

CENTRE TECHNIQUE NATIONAL
D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS
2, rue Auguste-Comte 92170 VANVES

L'ADOLESCENT ET SA MALADIE

**étude psychopathologique
de la maladie chronique
à l'adolescence**

LINDA SLAMA

Vient de paraître

- EDUCATION ET SUPPLEANCE FAMILIALE en internat
P. DURNING
- DEBOUT AVEC LES AUTRES
A. DE BEAUMONT, R. COLLOMPS, Dr. J. JOUGOVOY-
VISCONTI, C. MARREL, C. OUZILOU, Dr. M. PORTE,
Dr. L. TROCELLIER
Préface : Dr. E. ZUCMAN
- MALADIE MENTALE, TRAVAIL ET SOCIETE
M. DUYME, J. BARBEAU, B. JOLIVET, A. DUMARET
- UN SERVICE DE PREVENTION SPECIALISEE
essai d'évaluation
 - . Club des jeunes à Hyères
 - . C.R.E.A.I. Provence-Côte d'Azur
 - . CTNERHI
 - . Philippe PITAUD et Robert ALLEE

Va paraître

- LE TRAVAIL D'INTERET GENERAL
rapport de synthèse du groupe de travail
Président : Pr. SELOSSE
Rapporteur : Nicole BOUCHER

L'ADOLESCENT ET SA MALADIE

Etude psychopathologique des maladies chroniques à l'adolescence

La recherche clinique a été menée pendant deux années (1983-1984) dans un service hospitalier spécialisé dans l'accueil des adolescents (1).

L'élaboration théorique porte sur les processus psychiques en jeu dans les maladies somatiques chroniques à l'adolescence.

(1) Service d'adolescents du professeur B. Courtecuisse à l'Hôpital Bicêtre.

S O M M A I R E

	Page
PREFACE de M. le Professeur Jacques GAGEY	1
CHAPITRE I - PREALABLES DE LA RECHERCHE	3
1. Présentation du terrain de recherche	3
a) Historique	3
b) Recrutement	3
c) L'équipe	4
d) Notre position de chercheur	4
2. Population traitée	5
a) Echantillon	5
b) Population de référence	5
3. Collecte et traitement des données	5
a) Collecte	5
b) Traitement	6
4. Hypothèses à l'énoncé du projet de recherche	6
5. Quelques précisions concernant les concepts de maladie chronique et d'adolescence	7
a) La maladie chronique	7
b) L'adolescence	8

CHAPITRE II - TENTATIVES D'OBJECTALISATION DE LA SOUFFRANCE A L'ADOLESCENCE	11
1. Evolution de notre théorisation : Formulation du concept d'objectalisation de la souffrance	11
2. Théories fantasmatiques sur la maladie	13
3. Hypothèses théoriques Répercussions de la maladie : modifications dans la distribution de la libido.	14
CHAPITRE III - LES OBSERVATIONS CLINIQUES	19
Résumé des observations	21
CHAPITRE IV - MISE EN EVIDENCE DES ASPECTS CLINIQUES ET METAPSYCHO-LOGIQUES DU PROCESSUS D'OBJECTALISATION DE LA SOUFFRANCE A L'ADOLESCENCE	47
1. Processus d'objectalisation de la souffrance et névrotisation des symptômes organiques	48
2. Désorganisation somatique et processus d'objectalisation de la souffrance en tant que réorganisation psychique du sujet	57
3. Processus d'objectalisation de la souffrance et problématique de filiation à l'adolescence	67
4. Tentatives d'objectalisation de la souffrance et conduites à expression somatique	78

CHAPITRE V - MISE EN EVIDENCE DES DIFFICULTES ET ECHECS DANS LES TENTATIVES D'OBJECTALISATION DE LA SOUFFRANCE A L'ADOLESCENCE	85
1. Tentatives d'objectalisation de la souffrance et défenses maniaques	85
2. Signes visibles de la maladie et échec du processus d'objectalisation de la souffrance	98
3. Proximité du risque létal et échec du processus d'objectalisation de la souffrance	108
CHAPITRE VI - SERVICE D'ADOLESCENTS ET PROCESSUS D'ADOLESCENCE	115
CHAPITRE VII - ESSAI DE THEORISATION	147
1. Modèle économique	147
2. Processus d'objectalisation de la maladie	148
3. Spécificité et diversité des manifestations du processus d'objectalisation de la maladie à l'adolescence	150
A - Les défenses névrotiques	150
B - Théorie de la maladie - théorie de la filiation	152
C - Les conduites centrées sur le corps	154
D - Les défenses maniaques	157
4. Les facteurs contre-élaboratifs	159
A - La proximité de la mort réelle	159
B - Les signes visibles de la maladie	160
C - La survenue précoce de la maladie chronique dans l'histoire des adolescents peut-elle être considérée comme un facteur contre élaboratif ?	162

5. Fonction d'étayage d'un service de soins spécialisé dans l'accueil des adolescents	163
CONCLUSIONS	165
ANNEXES TECHNIQUES	167
LEXIQUE MEDICAL	169
LEXIQUE PSYCHANALYTIQUE	175
BIBLIOGRAPHIE THEMATIQUE	179
POST-FACE de M. le Professeur Philippe GUTTON	209

P R E F A C E

Si convaincue soit-elle de l'importance du facteur "psy" dans l'étiopathogénie des maladies organiques, la recherche en psychosomatique n'est guère en mesure, pour l'heure du moins, de nous éclairer sur ce sujet de façon très convaincante, seule faisant exception le cas des dépressions essentielles bien étudiées par Pierre Marty. Cette recherche débroussaille par contre avec un certain succès le retentissement psychique des dites maladies et les divers effets de retour qui s'ensuivent.

Le premier mérite de Madame Slama est de bien se tenir dans les limites de cette problématique. On ne trouve dans son texte aucune de ces hypothèses aventurées qui font le bonheur des lecteurs en mal de sensations fortes mais obèrent par contre coup le dialogue pourtant nécessaire entre médecins et psychopathologues. Son approche d'adolescents souffrants dans leur corps, essentiellement prudente, déjoue tous les risques qu'il peut y avoir à déployer le versant du travail psychique relatif à cette souffrance, lorsque cette mise en perspective ignore, ou traite par préterition, la réalité organique de la maladie. Madame Slama s'attache en effet à cerner la manière dont les adolescents, aux prises avec une maladie chronique, gèrent psychiquement cette situation, non seulement sans faire aucune hypothèse intempestive sur l'origine de leur affection, mais en tenant écartées de surcroît toutes considérations prématurées concernant l'impact de cette gestion sur l'évolution des choses. La voilà du coup acceptée dans les services hospitaliers, et la voilà donc en mesure de nous rapporter ce qu'elle a pu recueillir. Nous bénéficions ainsi de descriptions particulièrement fines touchant le fonctionnement psychique des adolescents pris en compte.

Moisson modeste, consciente de ses limites, mais en cela exemplaire. Les données cliniques s'y donnent telles quelles, sans qu'il soit besoin de les extraire d'une gangue théorique prématurée. Sur cette lancée, et dans cet esprit, d'autres observations à venir en grand nombre devraient peu à peu faire corps et donner au travail de théorisation l'étoffe dont il a besoin. Il en faudra certes beaucoup encore, de même style, pour que se dégagent des lignes de force significatives. Du moins un style, propice à des effets de cumulation fructueux, commence-t-il à s'affirmer. C'est déjà beaucoup.

Il y a plus. Cette prudence, dont nul n'ignore qu'elle est une vertu majeure de la rationalité, n'est pas en effet le seul mérite de la recherche de Madame Slama. Elle retiendra aussi, et peut-être surtout, l'attention parce que la réflexion psychopathologique trouve dans le biais choisi une occasion, sinon de rompre, du moins d'assouplir le cercle vicieux aux prises avec lequel bataille de toujours, et pas toujours avec succès, l'écriture clinique.?

A l'instar de toute clinique, une clinique approfondie des retentissements psychiques de la maladie et de leurs impacts sur le processus pathologique devrait être condamnée à suivre son chemin cas par cas, le savoir, pour autant qu'il n'y a de science que du général, fuyant alors comme l'horizon au fur et à mesure que l'on marche vers lui, tant il est vrai

que toujours fait défaut à la clinique l'élément de généralité qui lui serait comme un havre de repos. Pour preuve, s'il en est besoin, la série des apories que connaissent les enseignants en charge de dispenser une formation clinique, en psycho-somatique notamment. Ont-ils en vue une première sensibilisation, par le moyen en particulier de monographies où se déploie la "lecture" à laquelle s'essaye le psychanalyste de situations typées ? La sensibilisation escomptée butte fréquemment sur de grandes résistances idéologiques, et quand elle se produit, dérive trop volontiers vers une fascination malencontreuse. Envisage-t-on de donner au futur praticien une formation spécifique lui permettant de discerner et d'analyser "à son compte" les maladies sur leur versant psychologique ? Cette formation s'avère bien longue, trop longue, et pour finir difficile à coupler avec celle que requiert la juste appréciation médicale de ces cas : l'entremêlement de deux regards, pour un même oeil, est un art dont les règles demeurent cachées.

Prenant à revers ces apories, la clinique de Madame Ben Slama vise un élément de généralité, en tant que tel communicable. En effet, il ne s'agit pas ici de simples monographies touchant l'aura psycho-affective de la maladie telle qu'elle se donne à voir à un oeil exercé dans une suite de cas bien choisis. Il est question d'un effort pour saisir l'infléchissement de la gestion psychique de maladies chroniques lorsque survient la crise pubertaire. Celle-ci est alors certes vécue par les uns et les autres selon des modalités différentes. Elle n'en est pas moins caractérisable par l'infléchissement qu'elle subit dans la foulée du problème qui se pose alors aux adolescents.

On le sait, l'enfant devenant pubère se trouve dans l'obligation de remanier ses identifications premières. Il est amené à dépouiller son géniteur de son aura imagofique, de la toute puissance dont il était jusque-là crédit. Objet d'une admiration majeure, même si refoulée, et comme tel source d'une identification imaginaire mégalomane, ce père, ramené à de plus justes proportions, ou de tel ou tels autres personnages qui en prennent le relais, deviennent modèles identificatoires concrets. L'opération ne suit pas un chemin linéaire. Elle connaît des bas et des hauts, des avancées et des ratés. Elle n'en définit pas moins une problématique commune.

Tâcher à situer sur son horizon un infléchissement caractéristique du travail psychique des adolescents en butte à une maladie chronique offre une chance au discours clinique de déboucher sur un élément de généralité, qu'il s'agisse du discours que tient l'auteur sur les adolescents approchés, qu'il s'agisse d'une relecture, selon cet axe des notations cliniques déjà disponibles par ailleurs.

Madame Slama va-t-elle assez loin dans la voie nouvelle ainsi ouverte ? Chaque lecteur en jugera en fonction de ses exigences propres. Mais tous conviendront que voie nouvelle il y a bien, et qui méritait comme telle d'être offerte à la réflexion.

Jacques GAGEY

CHAPITRE I

PRELABLES DE LA RECHERCHE

Nous nous proposons, en premier lieu, de présenter le terrain de la recherche et de rappeler les hypothèses et concepts théoriques constituant les données à partir desquelles s'est construite et a évolué notre réflexion clinique.

1. Présentation du terrain de recherche

Service d'Adolescents de l'Hôpital Bicêtre
(Professeur V. Courtecuisse)

Il est apparu d'autant plus important de présenter le service où s'est effectuée la recherche que celui-ci s'est avéré être l'un des paramètres essentiels à intégrer dans notre réflexion concernant le vécu de l'adolescent malade.

La situation particulière d'une structure d'accueil spécifique pour adolescents et le mode de fonctionnement d'un tel service a une influence sur le mode d'appréhension de la maladie chronique par l'adolescent et c'est dans ce contexte institutionnel que s'est inscrit son discours lors de nos entretiens de recherche.

a) Historique

Le service d'adolescents du Professeur V. Courtecuisse s'est ouvert récemment (1981) à l'Hôpital Bicêtre. C'est un lieu d'accueil conçu pour répondre aux besoins des adolescents malades.

Cette unité d'hospitalisation (20 lits) et de consultation est le résultat d'un travail mené dans le service de pédiatrie générale de l'hôpital Antoine Beclère qui accueillait déjà des adolescents entre 12 et 20 ans.

L'équipe hospitalière a été amenée en raison des problèmes spécifiques posés par les adolescents à se démarquer de sa fonction pédiatrique pour trouver de nouveaux critères institutionnels convenant à leur accueil.

b) Recrutement

Le service d'adolescents de Bicêtre se caractérise par l'extrême variété du recrutement clinique.

- la pathologie somatique (chronique ou aigue) représente 60 % des admissions (dont 1/3 de maladies chroniques) ;

- les accidents 12 % ;
- les tentatives de suicide 18 %
- la pathologie dite comportementale 20 % (cette appellation correspond à une diversité de symptômes : anorexies mentales, manifestations de conversions hystériques, usage de toxiques, fugues, mauvais traitements subis).

L'unité n'accueille pas les adolescents relevant directement de la pathologie psychiatrique et exclut également la clinique de la toxicomanie et de la délinquance.

c) L'équipe

Elle est multidisciplinaire : l'équipe somaticienne initiale a évolué au cours des quatre dernières années, en intégrant un nombre croissant d'analystes (psychologues, psychanalystes, psychiatres) actuellement au nombre de 4. Engagés dans des processus thérapeutiques individuels avec les adolescents et parents. ceux-ci participent également à la réflexion de l'équipe sur un plan institutionnel.

d) Notre position de chercheur

Nous nous sommes située pour cette recherche comme intervenant extérieur à l'institution.

Si cette place nous a garanti de meilleures chances d'objectivité, elle n'en a pas moins été source de difficultés.

N'étant pas impliquée dans le circuit thérapeutique, notre présence en tant que chercheur a pu déclencher - surtout au début du projet - des réactions dans l'institution, suscitant chez les soignants (infirmiers et médecins) un sentiment d'intrusion dans la vie du service et de méfiance quant aux objectifs de notre démarche.

En fait, il est apparu progressivement que c'est le thème même de notre recherche qui a mobilisé des mécanismes de défense dans l'équipe dans la mesure où les soignants sont engagés dans une relation duelle particulièrement intense avec les adolescents atteints de maladie chronique, à potentiel létal le plus souvent.

En tant que tierce personne de formation psychologique s'immiscant dans une relation duelle de soignant à soigné, nous avons été investie de manière ambivalente se manifestant par une oscillation permanente entre demandes à notre égard et refus de notre statut.

Dans un post-scriptum "Hors mur" à propos d'une recherche, R. Zygouris (1) dit la complicité entre médecins et malades, "échange de paroles qui s'opère à l'insu des uns et des autres dans une communication non codée" et présente ainsi sa position de chercheur : "pour écouter de manière privilégiée l'histoire singulière du sujet, la psychanalyse met hors de son champ la violence de la mort physiologique et celle des événements politiques. Une telle exclusion au profit du singulier du discours est-elle soutenable dans un lieu public tel que l'hôpital" ?

Cela dit, l'analyse des résistances de l'équipe et de nos propres contre-réactions a eu une fonction dynamique pour l'évolution de notre réflexion en tant que thématique intégrable au projet et la qualité du matériel clinique recueilli au cours de nos entretiens avec les adolescents a été une source de gratifications venant compenser ces difficultés.

2. Population traitée

a) Echantillon

Nous nous sommes limitée à l'étude de 21 dossiers. La constitution d'un échantillon plus vaste ne nous a pas parue adaptée à l'objectif de la recherche, l'outil conceptuel choisi pour l'interprétation des résultats étant la psychanalyse. Notre démarche s'est située dans le champ de la clinique et n'a pas de prétention statistique.

b) Population de référence

Il s'agit d'adolescents âgés de 12 à 20 ans au moment des entretiens de recherche, atteints de maladies somatiques chroniques à potentiel léthal survenues soit dans l'enfance, soit au cours de la période pubertaire.

3. Collecte et traitement des données

a) Collecte

- Entretiens non directifs avec l'adolescent (et si possible les parents).
- Résumé du dossier médical (histoire de la maladie telle qu'elle est perçue par les médecins traitants).
- Participation à la vie institutionnelle dans le service où se déroule la recherche.

(1) Rimbault (R.), Zygouris (R.), Corps de souffrance, corps de savoir.- Paris, Seuil, 1976.

Nous avons exclu les tests projectifs, TAT et Rorschach de notre protocole, dans le but de préserver la qualité relationnelle des entretiens.

Le contexte hospitalier implique pour les adolescents les contraintes des bilans et examens médicaux. Nous n'avons pas voulu y ajouter une situation de test, particulièrement mal acceptée à cette période de la vie et pouvant avoir pour effet une réticence aux entretiens et un renforcement du système défensif.

De plus, le Rorschach et le TAT en tant que mode d'approche du sujet ne correspondent pas aux questions induites par nos hypothèses de recherche.

Notre démarche étant essentiellement clinique, le but a été d'obtenir un matériel qui soit le plus riche et varié possible, tout en reconnaissant les difficultés pouvant découler d'une telle approche du sujet pour le traitement et l'analyse des données.

b) Traitement

A partir d'une analyse de contenu du matériel recueilli, nous avons tenté de dégager des thèmes prévalents. L'interaction dynamique des facteurs à prendre en compte nous a amenée à formuler des concepts de théorisation qui unissent selon un axe commun les divers paramètres.

4. Hypothèses à l'énoncé du projet de recherche

Première hypothèse

La maladie, support de projections fantasmatiques liées à la valeur symbolique des fonctions corporelles ou des organes atteints prend un sens particulier à l'adolescence. L'étude des concepts mis en valeur (constructions théoriques qui entourent la maladie) spécifie la façon dont la maladie et la période d'adolescence sont vécues en interrelation. Comment les adolescents perçoivent-ils la maladie et l'inscrivent-ils dans leur espace corporel ?

Deuxième hypothèse : Notion de crise

Il convient de rapprocher l'événement maladie de l'événement puberté.

Touchant le corps réel, ils constituent tous deux des états de crise impliquant une rupture dans le cours des choses. L'atteinte organique entraîne un remaniement de l'image du corps propre et une actualisation des conflits affectifs.

1/ Quels sont les effets de sa survenue sur le déroulement de l'adolescence, période où l'authenticité du Moi et l'image du corps sont mis en cause.

La menace de mort éventuelle et de perte de l'intégrité corporelle vient se surajouter à l'angoisse vitale narcissique et aux problèmes d'identification liés à la crise pubertaire.

- 2/ Les adolescents dont la maladie date de l'enfance ont construit leur personnalité en fonction de leur état de malade.
Peuvent-ils, à l'occasion de la puberté, remanier et réorganiser leur relation à la maladie ?

Troisième hypothèse

Le processus d'adolescence se trouve-t-il infléchi par la survenue d'une maladie somatique chronique aux alentours de la puberté ?

5. Quelques précisions concernant les concepts de maladie chronique et d'adolescence en fonction des références théoriques choisies pour notre étude :

a) La maladie chronique

Une bibliographie assez complète de la pathologie organique à l'adolescence se trouve consignée à l'annexe technique. Nous avons constaté que les études sur ce sujet se trouvent dans les disciplines psychosociales et psychosomatiques. Les aspects psychologiques sont le plus souvent développés en fonction des spécificités d'une maladie chronique particulière. Il existe peu de travaux psychanalytiques sur ce sujet et encore moins en référence à l'adolescence (ou alors enfance et adolescence sont abordés sans distinction).

Sur le plan psychosocial (1) : Les maladies chroniques sont envisagées en tant que "handicaps secondaires" par opposition aux handicaps dont le caractère fixé et la stabilité sont généralement admis.

La définition et les limites nosologiques de ces maladies sont souvent floues.

Il est noté les difficultés d'études épidémiologiques en raison de l'évolutivité et du caractère non visible pour beaucoup de maladies chroniques.

Dans ces études ou enquêtes l'accent est mis sur la maladie chronique en tant que facteur de risque pour l'évolution psychologique de l'enfant et les mesures préventives à prendre pour pallier à ces difficultés.

(1) Deschamps J., Les maladies chroniques de l'enfant et de l'adolescent.- Journées parisiennes de pédiatrie.

Sur le plan psychanalytique :

Dans les limites même du champ psychosomatique, il convient de préciser notre orientation pour l'abord du sujet. La médecine psychosomatique peut être cernée selon deux paramètres pour la définir (1).

- L'un, restrictif, peut se définir comme l'étude des facteurs psychiques intervenant pour l'étiologie de toutes les maladies envisagées jusque-là comme organiques ;
- L'autre, exclusif, range sous le même terme l'accompagnement psychologique de toutes les maladies.

C'est la conception de la psyché et du soma perçus soit dans leur dualité, soit dans leur unité qui sont à la base des théorisations multiples sur le sujet.

L'objectif pour nous étant de comprendre comment la maladie prend sens dans l'histoire de l'adolescent, nous situons celle-ci comme événement réel qui atteint l'imaginaire du sujet et cherchons à repérer quels sont les processus psychiques mis en jeu à l'adolescence pour son intégration.

Comme le dit Philippe Gutton (2), **"tout phénomène somatique actuel renvoie à l'histoire globale du sujet : l'enfant, la famille, le médecin, les institutions psychiatriques, l'unicité du thème, l'enfant examiné et écouté à plusieurs, estompe l'opposition classique des maladies psychosomatiques et somato-psychiques et donne une fécondité plus grande à la divergence des positions de recherche lorsqu'elles sont éprouvées les unes aux autres de façon quotidienne"**.

L'écoute de l'adolescent dans son unité de sujet fournit nos thèmes d'étude, la maladie chronique et les symptômes qui lui sont liés s'inscrivant dans son histoire et ses relations inter-subjectives.

b) L'adolescence

Notre but étant de dégager des aspects de l'adolescence pouvant nous aider à la compréhension et à l'interprétation de nos observations cliniques, c'est la notion d'adolescence comme processus, dans son aspect psychodynamique qui nous a parue la plus adaptée à notre démarche de recherche.

(1) Cain (J.), Le symptôme psychosomatique.- Toulouse. Privat. 1971.

(2) Gutton (Ph.), Psychanalystes et pédiatres, 10 ans déjà.- Psychologie médicale, avril 1978, tome 10, n° 4.

Avec la réactivation de la sexualité infantile, Freud caractérise l'adolescence comme ayant pour but le regroupement des zones érogènes partielles sous le primat de la pulsion génitale et le choix d'un nouvel objet d'amour.

E. Kestemberg (1) propose une théorie de la crise d'adolescence comme organisateur psychique ayant une utilité évolutive dans le développement.

A partir des modifications corporelles qui en sont la source, on assiste à l'adolescence à un mouvement de fusion entre libido narcissique et libido objectale, tout conflit concernant la première retentissant sur la seconde.

"Nous assisterons donc, lors de la crise d'adolescence, à une altération non seulement des relations affectives généralisées mais aussi des satisfactions narcissiques en cela que l'estime de soi est altérée. Il s'en suivra une résurgence des conflits inconscients, inhérents aux relations objectales primitives où précisément l'estime de soi est étroitement dépendante des satisfactions de la libido objectale". E. Kestemberg.

Ce processus décrit par E. Kestemberg donne un éclairage particulier aux conflits psychiques des adolescents atteints de maladies chroniques.

A cette période de leur développement, où le remaniement de l'image de soi et des images parentales est particulièrement profond, qu'en est-il de la cohésion interne des adolescents malades, qui, blessés dans leur narcissisme, ont vu se fixer dans leur corps les séquelles de leur maladie.

Dans une même lignée de réflexion, un groupe de recherche de l'Université de Paris VII définit le processus d'adolescence selon le concept de la **"complémentarité des sexes"** (2). L'émergence de l'instinct sexuel entraîne à la fois le primat érogène du génital et la révélation du sexe complémentaire : complémentarité du génital (garçon-fille), complémentarité d'organes (pénis-vagin). Le processus d'adolescence comporte par le **"choix pubertaire"** un changement d'objet. Les objets infantiles oedipiens sont en cours de perte et cela dans la résurgence même des phénomènes oedipiens. Les nouveaux objets génitaux renvoient l'adolescent à un sentiment d'incomplétude à travers une **"conscience de l'être qui est reconnaissance de l'indispensable complémentarité des sexes"**.

(1) Kestemberg (E.), Identité, identification à l'adolescence.- Psychiatrie de l'enfant, V, fasc. 2, pp. 441-452.

(2) Gutton (Ph.), Birraux (Annie), Ils virent qu'ils étaient nus. Différence et complémentarité des sexes à l'adolescence.- Psychanalyse à l'Université, tome 7, n° 28, sept. 1982.

La théorie pubertaire s'oppose aux théories sexuelles infantiles. L'hétéroérotisme est constitutive d'une nouvelle mise en théorie. La représentation de l'acte est nécessaire à la représentation génitale. Cette conception de l'adolescence met en lumière de façon cruciale la problématique des adolescents malades chroniques. Pour ceux-ci, se trouvent dans une relation d'antinomie l'accès à la maturité génitale avec apparition de la capacité orgasmique d'une part, et le mauvais fonctionnement d'organe dû à la maladie d'autre part.

- L'atteinte d'une fonction corporelle en pleine période pubertaire ou post-pubertaire peut représenter une véritable mutilation au niveau du plaisir libidinal lié au fonctionnement génital.
- L'impact biologique de la maladie peut altérer le processus normal de la puberté et de son impact psychologique qui se traduit par des troubles d'ajustement à la maladie elle-même ou à l'adolescence.

CHAPITRE II

TENTATIVES D'OBJECTALISATION DE LA SOUFFRANCE A L'ADOLESCENCE

1. Evolution de notre théorisation : formulation du concept d'objectalisation de la souffrance.

Nous aimerions, dans un premier temps, résumer la démarche théorique qui nous a conduit à formuler une compréhension de la maladie chronique à l'adolescence en termes "d'objectalisation de la souffrance", ce concept nous paraissant applicable quel que soit l'âge d'entrée en maladie.

Au-delà des singularités spécifiques propres à chaque maladie chronique et des variations individuelles d'un sujet à l'autre, l'analyse des observations cliniques a permis de mettre en évidence des thèmes prévalents, apparaissant de façon régulière dans le discours des adolescents. L'un des thèmes principaux induit par nos hypothèses concernait les constructions théoriques élaborées par l'adolescent autour de la maladie.

D.S. Kipman (1) a pu répertorier des théories de la maladie construites par des enfants malades en fonction de leur âge, de leur niveau de développement, de leur environnement et les rapprocher des théories sexuelles infantiles.

"Les enfants, dans cette recherche de leur vérité du moment, se comportent comme des psychanalystes, sans en avoir conscience : ils interprètent les faits et les mots à la lumière de leur affectivité".

Dans une démarche un peu similaire, G. Rimbault (2) désigne sous le terme de quête étiologique, ce questionnement du sujet concernant sa maladie, à travers le filtre fantasmatique qui lui est propre, dans le but de découvrir et nommer ce qui est à l'origine du manque corporel. Comme si le repérage et l'inscription de la maladie réelle, par une recherche fantasmatique d'une origine ou d'un coupable, donnait au sujet le fantasme d'une maîtrise de ce non-sens qu'est la maladie. C'est dans cette perspective que nous avons demandé aux adolescents de nous "raconter" leur maladie, essayant de déterminer à travers leur discours "l'espace de maladie", ce terme désignant leurs représentations de la maladie, leur corps tel qu'il est parlé par eux. Ce qui se dégage de nos observations, sur ce thème est révélateur d'un discours fréquemment retrouvé chez les adolescents interrogés sur leur maladie.

1/ Soit les théories empruntent le masque médical :

Nous avons remarqué que souvent l'événement maladie est évoqué sous l'angle de la médicalisation, comme si celle-ci relevait essentiellement des médecins et du personnel médical.

(1) Kipman (D.S.), L'enfant et les sortilèges de la maladie.- Stock/Laurence Perroud, 1981.

(2) Rimbault (G.) et Royer (P.), L'enfant et son image de la maladie.- Archives Françaises de Pédiatrie, 24, 1967, pp. 445-462.

Les adolescents décrivent ce qui s'est passé pour eux en reprenant les termes même d'un discours médical plus ou moins bien intégré selon les cas. Ils tendent à ramener la signification de la maladie à quelque chose de purement somatique, mécanique et à scotomiser les liens entre corps malade et événements relationnels dans lesquels s'originent la maladie. Il a été difficile de faire préciser aux adolescents l'itinéraire de leur maladie et d'aborder les moments de leur histoire où ils ont souffert.

Il s'agit dans ces cas d'une mise en objectivité de la maladie. Le corps objectivé a une valeur substitutive dont la fonction principale est de masquer la blessure narcissique, l'horreur de la maladie. Cette attitude à l'égard de la maladie se manifeste de différentes manières :

Soit par l'absence de souvenirs, le vécu de pénible étant sous le coup du refoulement. Dans certains cas, on est frappé par le décalage entre les aspects dramatiques du dossier médical et la pauvreté du discours sur la maladie de la part des adolescents.

Soit par le refus d'évoquer un vécu pénible

Le processus en cause est alors la répression de l'affect. Ce type de résistance nous est apparu de façon significative chez certains adolescents dont la maladie constitue toujours une menace vitale particulièrement grave et active. Dans ces cas, toute parole concernant ce sujet est sous le sceau d'un secret familial et marqué d'un caractère tabou en raison de sa relation à la mort.

Soit par une dénégation de la maladie et du caractère de gravité du diagnostic.

Nous retrouvons ce processus chez certains adolescents. Ne ressentant pas les effets de la maladie, sous forme de souffrance ou de symptôme visible, ils ne se sentent pas concernés par elle. Laplanche et Pontalis (1), définissent la dénégation comme "un procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartienne".

Dans son article sur la négation, Freud (2) précise par ailleurs qu'il ne s'agit pas seulement "de savoir si le moi doit ou ne doit pas accueillir telle perception (un objet) mais si telle de ses représentations peut également se retrouver par la perception, c'est-à-dire dans la réalité. Il s'agit ici, encore, comme on peut le constater d'une question de dehors et de dedans".

Il semblerait en effet que pour certains sujets, la proximité de l'événement maladie dans son histoire n'a pas permis son intégration, de ce fait celle-ci est traitée comme objet extérieur appartenant aux médecins, ce qui explique sa propre indifférence.

(1) Laplanche (J.) et Pontalis, Vocabulaire.- Paris, P.U.F., 1967.

(2) Freud (S.), La négation.- in Inhibition, symptôme, angoisse, Paris, P.U.F., 1968.

Cela rejoint une réflexion de Rosolato (1) sur la maladie somatique. **"Les symptômes de la maladie somatique sont tributaires de leur étiologie et leur déchiffrement dépend d'un savoir. Ils rejoignent l'opacité du corps et, par l'impuissance qu'ils rendent manifeste lui donnent paradoxalement une extériorité d'objet.**

Seule la douleur garde son inéluctable présence, dans le repli narcissique qui détourne les objets".

Dans certaines observations, la dénégation de la gravité du diagnostic est associée à un processus de déplacement dont la fonction défensive prend la forme de phobies diverses.

Les difficultés de symbolisation spécifiques de l'adolescence correspondent à une faille des possibilités représentatives à cet âge. La fragilité narcissique rend difficile l'utilisation de la vie fantasmatique, l'invasion fantasmatique étant une menace pour l'organisation d'un monde interne stable.

L'adolescent s'en défend en faisant primer le vécu au pensé.

J.P. Pinel (2) parle à propos de l'adolescence, d'une dissociation des deux familles de processus - ceux qui intéressent le corps et ceux qui intéressent le langage et suppose que **"parmi les tâches que l'adolescent aurait à accomplir, il y aurait la reconnaissance du caractère anachronique de sa vie fantasmatique antérieure et la nécessité d'en construire une nouvelle".**

2/ Théories fantasmatiques sur la maladie

Dans d'autres cas, la maladie est spontanément référée par l'adolescent à un système de croyance, à une fantasmatisation ou à une problématique de filiation.

Ce type de théorisations sont à comprendre comme des tentatives d'intégration harmonieuse de la maladie somatique grave, permettant que s'effectue un déplacement de l'objet réel proche du biologique (la maladie) à l'objet fantasmatique.

L'investissement significatif des théories personnelles puise son matériau non seulement dans l'histoire de l'adolescent mais dans les symbolisations extérieures (charges métaphoriques).

- celles de la maladie à l'adolescence
- celles de la maladie dont l'adolescent est porteur, plus précisément puisées dans la culture adulte
- les symbolisations issues du groupe des soignants.

(1) Rosolato (G.), Recension du corps.- N.R.P., n° 3, printemps 1971, pp. 5-28.

(2) Pinel (J.P.), Relation de l'adolescent et de la psychanalyse.- R.F.P., 3-4, 1980.

Les différentes formes de discours à l'égard de la maladie sous-tendant une diversité de modes d'élaboration psychique de la pathologie organique à l'adolescence peuvent être interprétées comme ayant un sens commun qui les relie, dans une tentative de restauration narcissique et d'aménagement de l'identité.

Ce travail de restauration narcissique, nous l'avons nommé processus d'objectalisation dans la mesure où il consiste en une transformation en objet de ce qui est provoqué par la maladie à savoir la blessure narcissique.

Ce travail de restauration consiste en un passage de la souffrance corporelle à la souffrance psychique correspondant à la transformation de l'investissement narcissique en investissement d'objet. La "mise en objectivité" de la maladie qui théorise le corps phénoménologiquement comme un objet d'enveloppe en soi hors du corps de la parole s'oppose à l'"**objectalisation**" de la souffrance dont l'efficacité symbolique tente de guérir la souffrance provoquée par la maladie.

C'est dans cette perspective que nous proposons une compréhension des observations cliniques selon cet axe théorique commun qu'est le concept d'objectalisation de la souffrance à l'adolescence. Le choix de notre orientation se situe dans un souci d'unification des différents thèmes d'étude permettant un meilleur éclairage de la problématique des adolescents atteints de maladie chronique.

3/ Hypothèses théoriques. Répercussions de la maladie : modifications dans la distribution de la libido

Il est habituel de parler à propos de l'enfant malade d'un certain appauvrissement des ressources imaginaires qui est expliqué différemment selon les théories comme une altération de l'identité (1) par la maladie ou comme une incapacité de l'élaboration fantasmatique liée à une structure comportementale ayant pu induire une somatisation (2).

En ce qui concerne notre recherche, n'ayant aucun élément permettant de soutenir qu'il existe un fonctionnement mental sous-tendant la désorganisation somatique (excepté dans certains cas précis que nous évoquerons plus loin) nous avons préféré partir d'une hypothèse plus prudente concernant l'impact d'une affection organique sur le fonctionnement psychique d'un sujet : toute maladie quel que soit l'âge où elle survient, et quelle qu'en soit la gravité produit des modifications dans la distribution de la libido.

(1) Vasse (D.), Le poids du réel. La souffrance.- Paris, Seuil, 1983.

(2) Kreisler (L.), L'enfant du désordre psychosomatique, rencontres cliniques.- Toulouse, Privat, 1981.

Nous reprendrons, pour appuyer notre point de vue ce qu'en dit Freud dans "Pour introduire le narcissisme" 1914 (1).

"Il est universellement connu et il nous semble aller de soi que celui qui est affligé de douleur organique et malaises abandonne son intérêt pour les choses du monde extérieur, pour autant qu'elles n'ont pas de rapport avec sa souffrance. Une observation plus précise nous apprend qu'il retire aussi son intérêt libidinal de ses objets d'amour, qu'il cesse d'aimer aussi longtemps qu'il souffre. La banalité de ce fait ne doit pas nous empêcher de lui donner une traduction dans les termes de la théorie de la libido. Nous dirions alors : le malade retire ses investissements de libido sur son moi pour les émettre à nouveau après la guérison".

Le modèle économique évoqué par Freud dans sa théorie du narcissisme permet de décrire entre le Moi et les objets extérieurs ou entre lui et les objets fantasmatiques intériorisés une véritable balance énergétique : quand l'un s'enrichit, l'autre doit nécessairement s'appauvrir, l'individu ne disposant que d'une quantité libidinale relativement constante. Cependant il est important d'envisager les divers aspects de ce retrait libidinal sur le Moi.

Rosolato (2) distingue dans ce processus de retrait deux aspects :

- une fonction trophique du narcissisme au sens d'autorestauration **"évoquant les nécessités nutritives vitales qui dominent l'organisation initiale du narcissisme".**

Il s'agit là du retrait libidinal dans son rôle défensif qui induit les opérations d'intériorisation (incorporation, introjection, identification) qui permet de fortifier le Moi et d'affermir l'appareil psychique. **"Ce retrait oeuvre également à la cohésion, à l'unité, à l'identité et à l'estime de soi, ainsi qu'à la cohérence temporelle et au sentiment d'être vivant".**

- le narcissisme rétracté qui évoque sous ce terme des états défensifs où le sujet se prémunit et s'écarte du monde extérieur, réalisant une défense à l'égard de relations dangereuses ou douloureuses de dépendance, d'envie orale et de sadisme par rapport à l'objet, avec la culpabilité et les craintes de rétorsions consécutives.

De tels cas dériveraient des efforts pour restaurer une représentation et une estime de soi compromises par des traumatismes précoces (A. Reich).

(1) Freud (S.), Pour introduire le narcissisme.- in La vie Sexuelle, Paris, P.U.F., 1969.

(2) Rosolato (J.), Le narcissisme.- NFP, n° 13, printemps 1976.

Cette ambiguïté quant au caractère enrichissant ou à l'aspect négatif du retrait libidinal apparaît dans la traduction de Freud. Quand celui-ci parle de modification du Moi (dans le contexte d'une maladie organique), le terme employé en allemand est "**Ichveraudenung**" qui se retrouve fréquemment chez Freud avec un sens plus spécifique, celui de modification retentissant défavorablement sur les capacités du moi, ce qui justifie selon le traducteur de lui choisir comme équivalent français "**altération du moi**".

La question qui se pose pour nous, par rapport à ce modèle est de savoir comment estimer l'influence d'une maladie chronique sur la distribution de la libido. Que se passe-t-il dans ce contexte de pathologies organiques au long cours pour lesquelles il est possible d'évoquer des rémissions, mais exceptionnellement de parler de guérison. C'est là que nous ferons intervenir le concept de souffrance qui est à distinguer de celui de douleur (Van Reeth) (1).

L'impact de la douleur évoque l'idée d'une effraction locale et circonscrite de la paroi, le temps de la souffrance renvoie à la notion de durée, à la dimension temporelle d'une organisation qui peut être conçue avant ou après l'effraction.

Nous pourrions envisager la souffrance comme une tentative de mise en représentation de la douleur à titre de protection, de réorganisation ou de préparation à un nouvel état douloureux. Dans le contexte des maladies chroniques, la notion de souffrance nous semble recouvrir non seulement une mise en représentation de douleurs, liées à un dysfonctionnement d'organe, mais également de l'ensemble des soins et traitements subis, des contraintes de tous ordres (hospitalisation, régimes, surveillance), des conséquences des traitements (vergetures, cicatrices, obésité, etc...)

Toute altération physique constitue une atteinte portée au narcissisme et peut être interprétée en terme de blessure narcissique. Il est certain qu'une telle atteinte est différente selon qu'elle est vécue comme inscrite dans un patrimoine génétique ou qu'elle survient à l'adolescence dans la trajectoire d'une personne qui n'avait jamais connu de déficit. Ce qui nous paraît spécifique de la problématique adolescente est un mouvement de réorganisation de la relation de l'adolescent à sa maladie, dans une tentative de mise à distance ou d'élaboration de la blessure narcissique par un travail d'objectivation de la souffrance.

Il faut comprendre ces modifications des relations du sujet à sa maladie comme un réaménagement de l'équilibre libidinal dans le contexte d'un bouleversement profond des investissements objectaux et des investissements narcissiques, induit par les modifications corporelles propres à la période d'adolescence.

(1) Van Reeth (C.), Le temps de la souffrance et l'espace de la douleur.- Psychiatries, n° 58, 1984/1.

Ce travail d'objectalisation de la souffrance à l'adolescence, qui a pour but une restauration narcissique et un renforcement du Moi, peut prendre diverses formes selon le degré de maturation de ce processus, inscrit dans un fonctionnement psychique plus global.

Nous nous référerons, pour étayer notre démarche théorique, à la notion de relation d'objet.

Selon la définition de Laplanche et Pontalis (1), le terme de relation d'objet désigne le mode de relation du sujet avec son monde, **"relation qui le résultat complexe et total d'une certaine organisation de la personnalité, d'une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets et de tels types privilégiés de défense"**.

La notion de relation d'objet a, en psychanalyse, des utilisations croissantes au prix d'une grande ambiguïté quant à sa définition.

Pour de nombreux auteurs à la suite de Bouvet (2), telle qu'elle se donne à voir en clinique à partir de la sémiologie, la distance à l'objet est l'expression de l'organisation de la personnalité.

Nous prendrons pour modèle le développement de la relation d'objet normal tel que le définit Bergeret (3).

Chez le sujet normal, le passage d'une situation fusionnelle et narcissique unipolaire à la reconnaissance progressive d'une distanciation bipolaire sujet-objet inaugure les premières manifestations de l'autonomisation du Moi séparé peu à peu du milieu environnant.

L'existence **"d'un Moi séparé de l'objet qui le fonde"** (Lebovici) signe le passage d'un mode d'existence unipolaire à la bipolarité objectale, la relation dite objectale étant caractérisée par la séparation du sujet et de l'objet. L'heureux aboutissement de ce processus maturant dit **"de personnation"** (Racamier) permet l'entrée dans la problématique névrotique ou normale.

Sur le plan du fonctionnement mental, l'organisation d'un Moi séparé du non-Moi permet une reconnaissance implicite du sujet séparé des objets, qui s'exprime dans ses contenus psychiques par les représentations (distinguées des perceptions du réel extérieur) et enfin transmissibles verbalement.

(1) Laplanche (J.) et Pontalis (J.B.), Vocabulaire de psychanalyse.- Paris, P.U.F., 1967.

(2) Bouvet (M.), Oeuvres psychanalytiques I, La relation d'objet.- Paris, Payot, 1966.

(3) Bergeret (J.), Abrégés de psychologie pathologique.- Paris, Masson, 1972.

De même, nous envisageons comme un processus de cet ordre, le passage de la blessure narcissique inhérente à la maladie, non élaborée au niveau du Moi à une mise en représentation de cette blessure qui prend valeur d'objet par rapport au Moi, par le biais d'une érotisation de la souffrance.

Si par contre les sujets malades font l'économie de ce processus d'objectalisation de la maladie (ou plutôt de la situation traumatique qui lui est liée) ou échouent dans leur tentative, cela risque d'impliquer pour eux un rétrécissement des facultés libidinales, aussi bien dans l'investissement objectif que dans l'investissement du Moi qui se trouve appauvri, altéré par une rigidification des mécanismes de défense.

C'est à la lumière de cet a priori théorique que nous allons aborder les observations cliniques que nous discuterons ensuite.

CHAPITRE III

LES OBSERVATIONS CLINIQUES

Dans un premier temps, nous proposons une présentation des 21 dossiers constitués pour notre recherche sous forme de brefs résumés envisagés sous l'angle théorique de l'objectalisation de la maladie. Ces observations sont approximativement classées en fonction de l'âge de survenue de la maladie chronique et de la nature de celle-ci.

Nous illustrerons dans un second temps notre point de vue théorique par 9 observations cliniques suffisamment diversifiées pour rendre compte des différentes facettes du sujet. Nous avons sélectionné les observations qui paraissent le mieux se prêter à une démarche interprétative pour l'étayage de notre théorisation en tenant compte des divers aspects de la problématique des adolescents atteints de maladie chronique.

Ces observations sont classées en vue :

- d'une mise en évidence des aspects cliniques et métapsychologiques que prennent les tentatives d'objectalisation de la souffrance à l'adolescence.
- d'une mise en relief des aspects cliniques et métapsychologiques des difficultés, voire des échecs, de ce processus.

RESUME DES OBSERVATIONS (1)

OBSERVATION N° 1

MELANIE, 14 ans.

Mélanie est atteinte d'une cirrhose hépatique néo-natale dont l'expression symptomatique est faite dès trois mois.

Elle présente des hématoméses répétées à quatre ans, anastomoses porto-caves, hystérectomie.

Hospitalisations répétées jusqu'à aujourd'hui pour des symptômes broncho-pulmonaires, intestinaux, ictériques et une surveillance des traitements cortisoniques.

Le déroulement de l'enfance est gravement perturbé par la maladie chronique.

Dans le milieu familial : Géraldine, pathologie psycho-somatique de type tétanie - Mathieu, comitialité avec troubles psychiatriques, en I.M.P. - Laurent, rien à signaler.

Mélanie est la troisième de la fratrie.

Sur le plan social : divorce des parents lorsqu'elle avait sept ans. Problèmes financiers importants. Remariage de la mère avec un homme violent. Nouvelles séparations dramatiques, placement des enfants en nourrices, I.M.P.. Mélanie a été examinée fréquemment sur le plan psychologique. Aspect d'une inhibition de l'efficacité intellectuelle laissant à penser dans l'enfance à une pseudo-débilité. Ne marche qu'à deux ans. A dix ans, niveau d'un petit C.E 1, la lecture n'étant pas acquise.

A onze ans un médecin traitant annonce à Mélanie le pronostic létal de la maladie. A partir de ce moment, semble-t-il, les comptes rendus d'hospitalisation font état d'une très grande angoisse de Mélanie vis-à-vis des problèmes médicaux, une encoprésie secondaire, des troubles du caractère et du comportement (fugues), un désinvestissement scolaire, plusieurs tentatives de suicide, des refus thérapeutiques (médicaments, hospitalisations). L'hypothèse d'une encéphalopathie porto-cave a été évoquée devant la pauvreté de l'efficacité scolaire (treize ans, C.E. 2) et cette pathologie comportementale. Elle a été écartée après un bilan neuro-biologique (douze ans et demi).

(1) Un lexique médical est consigné à l'annexe technique.

Entre douze et quatorze ans : succession d'hospitalisations au service d'adolescents, de séjours en internats, de retours échoués en milieu familial, de moments en réanimation pour tentatives de suicide. Conflits mère/fille violents, violemment extériorisés des deux côtés. A l'entretien, l'histoire de Mélanie est typiquement une interaction de la pathologie de la relation mère/fille fort étroite et de la maladie.

Jusqu'à l'âge de dix/onze ans la maladie semble portée par la mère, ayant une incidence dépressive et alcoolique sur elle et des effets de restriction sur Mélanie. Lorsque le médecin traitant lui a dit qu'elle avait une chance sur mille de guérir, elle ne l'a pas cru, l'a oublié, l'a retrouvé, a demandé de nouvelles informations par une tentative de suicide. Puis :

- Etat dépressif de l'adolescence exemplaire avec des thèmes de culpabilité et de honte.
- La relation à la mère devient explosive : alternants conflits ouverts, positions régressives, identification à la mère malade et alcoolique, position traitante de sa mère.
- Le ressenti de la maladie présente en première ligne ce qui est visible : les yeux jaunes, vergetures, retard pubertaire important, l'amenant à des positions contraphobiques et une psychopathologie de type break-down (M. Laufer) (1).

Aucun processus patent d'objectalisation. La maladie et les faits d'adolescence sont clivés, niés et projetés sur le corps ressenti clairement ici comme inacceptable, persécuteur et humilié, objet de persécution par les médecins et la mère. Position dépressive, efforts défensifs par identification à l'agresseur et formation réactionnelle (médecin traitant de la mère).

(1) Le "break-down" signifie une cassure avec le monde extérieur, qui surgit à travers les transformations corporelles, au cours de l'adolescence. Cette cassure peut provoquer un véritable "effondrement psychique", au cours duquel la personnalité est totalement submergée et où l'adaptation à la réalité est compromise. La continuité psychique est rompue. Cet effondrement peut se traduire par des conduites psychopathologiques diverses.

OBSERVATION N° 2

BORIS, 13 ans

Cet adolescent, vu à 13 ans, a eu l'enfance d'un grand malade. Une **cirrhose hépatique antigène australia** dépistée à l'âge de 2 ans entraîne la décision des parents de quitter la Yougoslavie pour s'installer à Paris, proche du service spécialisé. Le retentissement fonctionnel de cet état cirrhotique est important : retard staturo-pondéral, prurit important, subictère, scolarité très intermittente malgré les décisions répétées de vivre comme tout le monde ; se trouve sous une hyper-protection, avec des hospitalisations répétées.

Traitement chimique à retentissement secondaire (en particulier Cortisone). Deux interventions chirurgicales : colicystostomie à cinq ans, cholécystojéjunostomie à six ans ; les parents refusent une dérivation porto-cave prophylactique.

A treize ans l'état hépatique est inchangé. Aucun signe pubertaire, niveau scolaire très faible (quatrième de perfectionnement). Les signes secondaires de puberté ne s'amorceront qu'à l'âge de quinze ans. Pas de signe d'encéphalopathie porto-cave. Le **modèle psychopathologique** principal de cet adolescent est celui de la **dépressivité** avec ses caractéristiques de pauvreté des investissements fantasmatiques et réels. Cette **pathologie narcissique** est subie comme telle en perpétuelle réparation par la relation privilégiée au père ; elle est encore défensive par rapport à la résurgence de peurs archaïques de mort, l'impression de pénétration du corps semble la séquelle mnésique des réveils d'anesthésie générale. Sa "résignation" retenue dans l'observation pédiatrique semble défensive d'une organisation narcissique (O. Kernberg) de type intermédiaire (1), **aucun essai d'objectalisation** hormis peut-être certains moments de la relation père/fils au cours et décours des moments médicaux fréquents de l'histoire de Boris.

(1) O. Kernberg a proposé de distinguer différents modes d'expression du narcissisme à l'adolescence. Le type intermédiaire est représenté par une identification pathologique de soi aux objets infantiles et la recherche d'objets qui représentent le soi infantile. Il n'y a plus de mélange d'investissements narcissiques et d'investissements objectaux.

OBSERVATION N° 3

PIERRE (observation rédigée). Entretien à 16 ans.

Pierre est atteint d'une double pathologie organique : **glomérulite proliférative endocapillaire, hépatite évolutive liée** probablement à un **déficit immunitaire**. Pendant l'enfance, sémiologie d'un syndrome néphrotique à partir de l'âge de trois ans. Enfance très perturbée par cette double maladie : hospitalisations, restrictions diverses dans ses activités, pas de douleurs, obésité.

Milieu social aisé : père ingénieur - mère au foyer qui a investi essentiellement dans ses enfants.

Pascal est le 2ème d'une fratrie de 2 enfants. Niveau scolaire : 16 ans en seconde C. Bon élève.

Pierre est organisé sur le modèle d'une **personnalité narcissique** (O. Kernberg) dans le cadre des organisations intermédiaires : sur le plan adaptatif il semble normal avec des investissements diversifiés en particulier scolaires. Il est massivement dépendant des variations de l'objet qui ont une incidence narcissique immédiate sur lui (position dépressive et/ou persécutive) ; parmi ces objets la **maladie est perçue comme un corps étranger interne** perpétuellement menaçant dans son intégrité somatique et son équilibre psychique, symbolisé au dehors par le médecin. Le principal mécanisme de défense est le clivage du Moi. Sa problématique pubertaire est enfouie dans ce corps malade perpétuellement mal contrôlé.

OBSERVATION N° 4

DENIS (observation rédigée). Entretien à 15 ans.

Denis est le cinquième d'une famille modeste de cinq. Hospitalisé à cinq ans pour **syndrome néphrotique grave** pour lequel il sera hospitalisé neuf fois et placé pendant un an en aérium spécialisé. La lecture de l'observation pédiatrique décrit un enfant mou, apathique, phobique, en échec scolaire. On assiste à quatorze ans environ à un changement profond de la position de Denis à l'égard de sa maladie. L'observation permet de décrire in statu nascendi, le processus de symbolisation nouveau dans lequel la maladie s'intègre au cours de l'adolescence, processus dont il n'est pas encore sûr encore qu'il puisse défendre l'adolescent contre la blessure narcissique profonde, séquelle de son enfance. **A ce stade de l'observation il n'y a pas d'objectalisation de la souffrance au sens génital du terme, il y a néanmoins une tentative de réappropriation de son corps** qui va de pair avec un sentiment de surestimation narcissique, processus qui l'amène pendant un temps à refuser les propositions médicales.

OBSERVATION N° 5

REMI, 13 ans.

Rémi est atteint d'une hémophilie A majeure avec A C C (les traitements habituels de l'hémophilie ne sont pas pertinents, nécessité d'ajouts thérapeutiques plus modernes dont l'efficacité ne semble pas s'être manifestée clairement dans l'observation de Rémi).

Le pronostic vital a toujours été en jeu. Vingt-trois hospitalisations avant l'entretien de juillet 1983, le risque léthal de la maladie s'y est fait sentir à plusieurs reprises : pour exemple, hémorragie intestinale et rectorragie ayant fait suspecter longtemps une maladie de Crohn associée. Problèmes orthopédiques importants au niveau des deux genoux (intervention chirurgicale, rééducation).

Frère de dix-huit ans hémophile selon les mêmes caractéristiques que lui, une soeur vingt ans : délinquance, toxicomanie. Situation familiale rendue socialement précaire par l'instabilité professionnelle du père.

Niveau scolaire : douze ans - sixième.

L'essentiel de l'organisation psychopathologique de Rémi à l'égard de sa maladie nous semble être le déni ; son incapacité d'apprentissage de l'auto-perfusion lors des accidents hémorragiques en est un réflét (1). Il dit vivre comme les autres et en cela semble le porte-parole du discours parental. Lors d'un entretien avec le médecin traitant concernant la gravité de la maladie, Rémi se refuse à toute participation se contentant "de faire des grimaces". **Personnalité "comme si", défenses maniaques.** Phobies scolaires par périodes.

L'angoisse est sous-jacente, pauvreté de la verbalisation des conflits.

Cet ensemble psychopathologique est à resituer par rapport à l'âge de Rémi, "pré-adolescent", et au risque léthal particulièrement présent dans cette observation.

(1) Gutton (Ph.), Estrabaud (M.), Allain (J.P.), Etude du remaniement des résistances psychiques de 53 adolescents hémophiles lors de l'introduction d'un progrès thérapeutique majeur. (l'auto-perfusion)", Bulletin de psychologie, 1974-1975, 13-15, pp. 707-740.

OBSERVATION N° 6

MICHEL, 13 ans.

Michel est atteint d'une hémophilie A majeure.

Pas d'accident majeur dans la mesure où les parents ont rapidement été au point pour les substitutions intraveineuses lors des accidents. Troisième et seul hémophile d'une famille de quatre enfants.

Suivi dans le service pour la survenue d'une **seconde maladie grave** : **purpura trombopénique idiopathique** peu sensible à la corticothérapie dont le planning thérapeutique a été difficile du fait également de la méfiance, souvent soulignée dans le dossier, des parents à l'égard des équipes médicales hospitalières. La corticothérapie peu sensible entraîne des signes secondaires importants. Amélioration en 1983 après splénectomie.

Retard staturo-pubertaire (pas de signes pubertaires à quatorze ans). En 5ème à cet âge, difficultés pour suivre sa scolarité dans la mesure où jusqu'à l'âge de dix ans il n'a pratiquement jamais été à l'école, suivait une scolarité à domicile. Intelligence plusieurs fois explorée : normale.

Observé, nous dirions, en pleine période d'objectalisation de la maladie hémophilique en particulier à l'occasion des traitements importants que le purpura trombopénique a nécessité dans l'année 83 : acceptation sur un modèle dépressif ; théorie selon laquelle il pourrait guérir de son hémophilie avec la puberté : "Je guérirai quand je suis un homme" (doit-on entendre : il sera un homme lorsqu'il guérira ?).

Très grande immaturité protectrice de ses théories à l'égard de la sexualité et de la maladie.

OBSERVATION N° 7

SAMI (observation rédigée) - âgé de 14 ans lors de l'entretien.

Sami est atteint d'une **hypoconvertinémie congénitale** dont le diagnostic a été **porté à l'âge de six mois**. L'évolution de cette maladie est comparable à celle de l'hémophilie. Nombreux accidents hémorragiques externes et internes (intra-articulaires au niveau des deux genoux, strabisme interne de l'œil gauche, à l'occasion d'une hémorragie intra-crânienne, crise épileptique généralisée).

Au début de son adolescence, Sami révèle par tout un ensemble de propositions et une tentative de suicide, une certaine **conception nouvelle de sa maladie** : jusqu'alors subie passivement comme l'étaient pour lui les positions parentales, la maladie devient le stigmate du rejet principalement maternel, également familial plus large, enfin social. Du fait de la maladie, et en l'utilisant il exprime ses doutes sur l'amour que ses parents pourraient lui porter ainsi que sur sa filiation. Interrogation active, incluse dans cette prise de conscience, comparable à ce que D.W. Winnicott a décrit dans la structure anti-sociale.

OBSERVATION N° 8

JIANI, 11 ans.

Jiani est atteint d'un cavernome portal diagnostiqué à l'âge de deux ans, rompu à 10 - hémorragie intestinale gravissime, opéré en urgence à Paris avec restitution ad integrum post-opératoire. Il n'a pas eu l'enfance d'un enfant malade ; néanmoins les parents et lui-même auraient été prévenus de la possibilité de la rupture du cavernome comme menace permanente.

Deux frères cadets : dix et neuf ans.

Dans les jours qui ont suivi l'intervention chirurgicale de Jiani son père est décédé d'un cancer. **Le milieu socio-familial** : simple, instabilité professionnelle du père assez "psychopathique" jusqu'à sa mort.

La présentation de l'enfant est celle d'une grande immaturité. L'efficience intellectuelle est modeste, après le redoublement du C.P. et du C.M.1 il travaille médiocrement dans une classe de perfectionnement deuxième année à près de douze ans. Langage bébé avec une pauvreté de la structure grammaticale, des troubles de l'élocution, néanmoins une certaine richesse inattendue du vocabulaire. **L'aspect est sensiblement celui d'un état psychotique de l'enfance plus ou moins compensé par une baisse de l'efficience intellectuelle**, diagnostic retenu par le C.M.P.P. dans lequel Jiani est suivi depuis trois ans en psychothérapie individuelle. Les entretiens semblent avoir consisté en séances un peu comparables à celles qu'il entretient avec sa psychothérapeute au cours desquelles il marque son identité à travers son histoire à partir des événements somatiques successifs qui lui sont survenus ; ils sont nombreux : plusieurs fois renversé par une voiture avec "crâne fendu", chutes dans l'escalier, à quatre ans avale quinze comprimés, etc...

Par le récit de ses malheurs au cours duquel survient de loin en loin un matériel brut archaïque, il semble donner sens à son histoire et plus précisément au dernier événement où se trouvent juxtés dans le temps la mort de son père et l'intervention chirurgicale porto-cave. Le contenu des entretiens avec cet enfant se théorise comme des **essais d'objectalisation répétés et ne parvenant pas du fait de la structure psychopathologique de l'enfant, à leur objet.**

OBSERVATION N° 9

VINCENT, 16 ans.

Vincent est suivi depuis l'âge de deux mois pour glycogénose.

Fratrie : 1958 un garçon normal ; quatre fausses couches,
1964 une fille décédée à onze mois.

L'enfance de Vincent a été celle d'un très grand malade depuis sa naissance :

Le **pronostic vital** a été pendant les deux premières années surtout menacé par la possibilité de survenue d'**hypoglycémies létales**. Nécessité d'une surveillance constante en milieu hospitalier et hors des hospitalisations par la mère. Quelques épisodes hypoglycémiques survenus malgré cette surveillance ont confirmé la gravité de la maladie. Le dossier note : "l'évolution favorable actuelle à deux ans est un peu surprenante", en effet dans cette maladie rare peu nombreux statistiquement sont les enfants survivants.

- Pathologie neuro-motrice de l'ordre de l'hypotonie, par exemple : ne tient pas sa tête à six mois, marche maladroite, dysharmonieuse à huit ans. Il est classique dans cette maladie que le domaine neuro-moteur ne régresse qu'aux alentours de la puberté. Pendant l'enfance, retentissement orthopédique, fractures multiples, cirrhoses, genu-valgum.
- **Pathologie hépatique** nécessitant en permanence un traitement cortisonique. **Cirrhose cholestatique** comportant la croissance d'adénomes intra-hépatiques. **Anastomose porto-cave** chirurgicale en janvier 1983. Est projetée en septembre 1984, une greffe hépatique.

L'entretien se situe en janvier 1983 dans les semaines qui précèdent l'intervention porto-cave. Le niveau intellectuel de Vincent est normal encore que son efficacité scolaire se situât aux alentours d'une fin de C.M.2. Pendant cette période Stéphane se nourrit en continu par voie buccale, liquide, à l'aide d'un tube.

Trois structures psychopathologiques sont mises en évidence de façon assez sensible au cours des deux entretiens :

- 1) **Organisation paranoïaque** sensitive (1) centrée chez cet adolescent sur la question de la méfiance à l'égard des soignants, à l'égard des enseignants et surtout des psychologues. Dans les périodes où cela ne va pas à l'égard de la plupart des gens : impression qu'il est suivi dans la rue, plus précisément suivi du regard. L'objet protecteur est alors sa mère. Il fait état d'un sentiment d'insécurité important.

(1) La maladie lui donne le sentiment d'être à la fois un cobaye, objet d'étude qu'on exhibe, et un être exceptionnel. Il a peur qu'on le dépossède, qu'on ait des relations avec lui par intérêt pour sa maladie exclusivement.

- 2) Représentation-perception d'un ordre plus archaïque : impression d'être manipulé, que la psychologue lui sous-tire des choses. Ressenti d'intrusion hallucinatoirement vécu au niveau du corps, en particulier par voie orale.
- 3) L'insanisation associée à l'insanité est sa troisième procédure psychopathologique. (Selon Racamier (1)); le label d'insanité représente une forme de désavoue de la perception juste de la vérité, qui ne fait que traduire l'aménagement d'un déni. Le processus d'insanisation consiste en une conversion de la vérité en folie. La représentation perceptive est affectée du sceau de l'insanité).

Chez Vincent, ce processus d'insanisation est associé aux défenses maniaques : la symptomatologie en est l'aspect délibérément comique qu'il cherche à donner à ses diverses déficiences et plus précisément sa petite taille, son absence pubertaire, sa voie aigue. "Ce sont des rôles comiques qui me vont" (2).

L'organisation psychopathologique de cet adolescent est évidemment centrée sur l'étroite complémentarité avec laquelle il a vécu sa mère depuis sa naissance, dans le domaine à la fois des soins quotidiens et des relations. De la réussite de cette complémentarité, sa survie a été possible. Aujourd'hui encore, sa mère dort avec lui et vérifie plusieurs fois par nuit l'absence de problème d'ordre hypoglycémique. La question de son identité dans un schéma aussi complémentaire se pose à lui à travers différentes questions :

- possibilité identitaire ;
- identité masculine : il a été conçu par ses parents après la mort d'une petite soeur de la même maladie. Selon les dires de la mère, quand celle-ci était enceinte, les médecins lui avaient garanti que son enfant ne serait pas atteint.
- recherche d'objets transitionnels dans son processus identificatoire : s'occupe des chiens qu'il nourrit avec la même régularité que celle dont il est l'objet - place élective de son frère aîné qui a quitté maintenant la maison.
- au cours de son passage en service d'adolescents, il semble qu'il soit émergé chez lui une autonomisation possible en partie dans une relation avec une jeune fille anorexique, avec qui il semblait largement s'identifier.

(1) Racamier, Les schizophrènes, Pbp, Paris, 1980.

(2) Lors d'une émission de télévision sur le service, Vincent a joué un rôle important. Lorsqu'il a vu l'émission, l'aspect qu'il y donna provoqua chez lui un malaise très sensible, de l'ordre d'une auto-insanisation.

- cette procédure d'autonomisation est reportée après son intervention porto-cave qui est supposée lui donner une autonomie biologique meilleure, donc alors la possibilité d'un essai de classe de C.M.2. et la possibilité de trouver du travail auprès des parents de la jeune anorexique.

Tout porte à croire que cette autonomisation risque d'avoir des incidences psychopathologiques chez la mère, qu'elle semble avoir du mal à verbaliser dans le cadre du service.

OBSERVATION N° 10

OMAR, 12 ans et demi.

Omar est atteint d'une **recto-colite hémorragique** avec stagnation staturo-pondérale **ayant débuté très probablement à l'âge de trois mois**. **Pendant les trois premières années** de la vie, nombreuses hospitalisations dans un contexte d'extrême gravité : perforations intestinales, occlusions ayant nécessité plusieurs interventions de chirurgie abdominale, essais médicamenteux divers. **De quatre à dix ans** : douleurs abdominales à répétition avec anorexie sans pathologie organique grave repérée, dans un contexte justifiant un soutien psychothérapeutique selon les pédiatres qui le suivaient. Au cours d'un bilan psychologique l'enfant est considéré comme "intelligent mais accablé par la maladie et le contexte familial anxieux".

Reprise de la pathologie recto-colite hémorragique à dix ans. Le diagnostic est alors affirmé par une biopsie intestinale. A douze ans son âge osseux est de huit ans, sa taille : 1 m 33.

Omar prend conscience de sa maladie lorsque la petite taille dont il souffre beaucoup lui est rapportée (dans le service d'adolescents). A dater de cette prise de conscience Omar s'est senti malheureux, a commencé à réfléchir, et a décidé de prendre ses responsabilités quant à la maladie.

Quatrième d'une fratrie de cinq. Père : ouvrier agricole marocain immigré. Famille intégrée en France (hormis la mère) en pleine ascension sociale (fratrie aînée engagée dans les études universitaires).

Immaturité. Se vit sous la protection de son frère aîné et d'une mère dépressive (parlant encore exclusivement arabe). Depuis deux ans, date du départ du frère aîné à l'université et de la rechute de Omar, la relation mère/Omar semble le point de cohésion de l'organisation familiale.

Thèmes d'infériorité et de persécution quant à sa petite taille. Surinvestissement réussi de la scolarité (premier partout en cinquième).

Pré-adolescent dont la psychopathologie importante semble masquée par la relation privilégiée à la mère. **Travail d'objectalisation débutant** sur le symptôme ressenti : petite taille.

OBSERVATION N° 11

AMANDINE, 15 ans et demi.

Amandine est atteinte de bêta-thalassémie majeure découverte à l'âge de 2 ans.

Spénectomie à 7 ans suivie d'un programme transfusionnel systématique (à 15 ans, a eu 67 transfusions).

Retard staturo-pondéral, âge osseux de 8 ans à 12 ans et demi.

Aucun signe de développement pubertaire.

Intelligence normale.

Deuxième d'une fratrie de 4 enfants. Milieu rural normal. Mère asthmatique.

Au cours des entretiens de recherche, Amandine révèle ses théories de la maladie :

D'une part, l'étiologie de sa maladie est considérée selon elle comme liée aux rapports sexuels des parents. (Elle essaie en même temps de déculpabiliser sa mère qui croit que sa fille est malade en raison du mauvais lait dont elle l'aurait nourrie à sa naissance).

D'autre part, dans une même lignée de croyances, Amandine a la certitude d'avoir un enfant handicapé si son mari a le même groupe sanguin qu'elle. Cependant ses choix d'objet amoureux se situent toujours à l'égard de garçons ayant eux-mêmes une maladie du sang qu'elle investit comme des doubles narcissiques d'elle-même.

Ces théories justifient l'intensité de ses positions surmoiques concernant la sexualité.

Amandine est engagée dans une adolescence lente selon des stratégies oedipiennes et plus précisément des modalités hystériques ordinaires.

La relation à la mère ne s'est pas vraiment modifiée depuis l'adolescence.

OBSERVATION N° 12

FLORA (observation rédigée), 14 ans et demi.

Flora est atteinte d'une pathologie cardiaque chirurgicale, **ventriculo-cysternostomie à huit ans. Valve ventriculo-péritonéale** pour la persistance d'une **hydrocéphalie lentement évolutive à onze ans.**

Fille unique d'une mère guadeloupéenne, de père inconnu, actuellement mariée à un homme décrit comme violent et tyranique.

Le processus d'objectalisation de la maladie est patent chez cette adolescente, ce qui veut dire qu'il y a transformation en objet de la blessure narcissique provoquée par la maladie.

Ce processus s'effectue par une **élaboration de la symptomatologie somatique dans un registre clairement névrotique hystérique.**

L'origine organique ou psychogène de certains symptômes est discutée.

OBSERVATION N° 13

BARBARA (observation rédigée), 17 ans.

Survenue progressivement à **onze ans** de troubles de la marche ayant fait dès cet âge l'objet du **diagnostic de sclérose en plaques**. Ce diagnostic permet de reconsidérer les symptômes passés : baisse de l'acuité visuelle à huit ans et dyslexie-dysorthographe à neuf ans ; épisode d'hypotonie de la tête et des membres avec diplopie à neuf ans.

Le **recours à la défense maniaque** comme **mécanisme de défense prévalent** du fonctionnement mental est exemplaire dans ce cas, en tant que défense à l'égard des affects dépressifs.

OBSERVATION N° 14

FARIDA (observation rédigée), 15 ans.

Farida est l'aînée d'une famille de neuf enfants d'origine maghrébine. Elle est **hospitalisée à l'âge de treize ans** pour une **hépatite chronique active auto-immune** dès lors traitée à la cortisone et immuno-dépresseurs. L'évolution est rapidement favorable compliquée néanmoins par une ascite infectée. En outre un syndrome iatrogène (obésité).

L'entretien est motivé de la part du service par une non-compliance de l'adolescente au traitement. La survenue de la maladie a provoqué chez cette enfant en pleine adolescence un épisode régressif important. La **fragilité du travail d'objectalisation** est exprimée entre autre par une tentative de suicide grave.

OBSERVATION N° 15

LUCIE (observation rédigée), 14 ans

Le diabète de Lucie a commencé à treize ans sans traitement. Un coma profond a entraîné son hospitalisation dans le service. Cette maladie somatique survient dans ce contexte conflictuel : parents divorcés depuis sept ans, toujours en conflit quant à la garde des enfants. Un mois avant le coma : passage en jugement et échange d'expertises. Ensemble situationnel ayant un retentissement dépressif profond sur Lucie.

Le développement de la maladie organique, s'est effectué dans une psychopathologie spécifique de l'adolescence : le break-down décrit par M. Laufer. Tout porte à croire que le décours de l'épisode comateux, ce séjour dans le service d'adolescents, les entretiens psychothérapeutiques ont permis un **mouvement d'objectalisation de la maladie** dont on ne peut savoir encore la façon dont il pourrait influencer la désorganisation psychosomatique irréversible de la maladie diabétique.

OBSERVATION N° 16

CELINE (observation rédigée), 12 ans et demi.

Dans les jours précédents, le diagnostic d'**hépatite auto-immune à anti-corps** a été porté au décours d'une consultation banale. La mise en place de la corticothérapie et des immuno-suppresseurs entraîne une efficacité thérapeutique et des symptômes iatrogènes (obésité en particulier). Plusieurs entretiens montrent in statu nascendi la prise en compte de la maladie découverte dans la problématique de l'adolescence enrichie de questionnements de filiation.

Observation exemplaire du travail d'objectalisation.

OBSERVATION N° 17

SONIA, 15 ans.

Sonia est examinée au décours d'une première crise d'asthme, au cours de son hospitalisation en urgence. Née de père algérien décédé au cours d'un accident de travail lorsque sa femme était enceinte de Sonia. Elle est intégrée à la famille de sa mère, remariée, ayant eu ensuite quatre enfants. Mécontente avec son beau-père considéré comme violent, elle n'a appris les conditions de la mort de son père qu'à l'âge de six ans. Pubère à treize ans. Ses difficultés psychopédagogiques depuis un an (en quatrième de C.E.S.) l'amènent à être suivie en C.M.P.P. pour une aide pédagogique et l'éventualité d'une nouvelle orientation. **Depuis un an, Sonia se présente comme dépressive.** Sa théorie à propos de sa tristesse porte sur celle de sa mère, malheureuse dans son ménage avec un homme violent. Ses associations ne permettent pas d'aller plus loin dans les origines de sa position dépressive d'adolescente.

OBSERVATION N° 18

Sylvie, 18 ans.

Sylvie, est examinée lors du **diagnostic à dix-huit ans d'une maladie d'Hodgkin, stade 2**. Le protocole thérapeutique comprend l'irradiation seule par séances successives qui se sont révélées ultérieurement comme un très lourde épreuve pour cette jeune fille.

Le vécu de la maladie chez cette jeune fille est très particulier, inclu dans ce que l'on nomme aujourd'hui le processus de fin d'adolescence avec les hypothèses de recherche le concernant. Avant dix-huit ans l'adolescence de Sylvie est normale avec néanmoins des défenses caractérielles, elle semble avoir gardé alors une problématique d'identification masculine, peu refoulée, surtout projetée au niveau du corps : cette projection corporelle peut être décrite chez elle à la fois selon le modèle du processus de conversion hystérique donnant l'impression d'un "dédoublément de personnalité", soit de façon plus archaïque selon le modèle du break-down décrit par M. Laufer. L'entretien ne permet pas de distinguer ces deux niveaux projectifs encore que nous ayons tendance à considérer la prévalence du premier (modèle le plus névrotique) (1).

La maladie d'Hodgkin marque pour elle la fin de l'adolescence, c'est-à-dire un choix identitaire. Ce choix doit mettre fin au dédoublément possible pendant l'adolescence permettant de cliver et projeter la masculinité. L'identité globale exige quand elle est choisie une récupération en dedans des représentations projetées, c'est-à-dire une élaboration de la masculinité. La maladie est pour Sylvie le code de son choix selon son propos de sa philosophie : elle ne devient pas uniquement femme, elle devient femme malade. L'épreuve qui l'amène à ce choix se produit après... Ce choix identitaire auquel elle cherche à parvenir à travers "l'épreuve de la maladie" s'est fait dans et grâce à une période de dédoublément de la personnalité : "j'ai l'impression de tourner un film, que ce n'est pas moi. On n'imagine pas que ce genre de choses peuvent nous arriver à nous... Il faut que je continue ma vie normale ; lorsque je suis en soirée personne ne se rend compte que je suis malade..." Double vie également, d'une part la bonne élève au BTS de commerce, d'autre part sa vie de femme malade à Villejuif. Notons qu'elle se refuse à être accompagnée par sa mère à l'hôpital, craignant, dit-elle, de la perturber, défendant, croyons-nous, son identité naissante.

"La maladie est un révélateur qui permet de savoir quelles sont ses vraies amies" et de fait son amie de coeur se révèle décevante. La maladie l'amène à "ne pas comprendre les adolescents qui font une tentative de suicide ; ce qui lui est tombé dessus comme ça, elles se le provoquent, ça me dépasse".

(1) Dans ce raisonnement, nous faisons nôtre les observations de B. Kramer sur les processus conversifs à l'adolescence parmi lesquels tous les degrés du clivage psyché/coma sont relevés selon un certain continuum chez le même sujet à des moments différents de son évolution, allant de l'hystérie simple aux états-limites. Kramer B., "Vicissitudes de l'investissement du corps, Symptômes de conversion en période pré-pubertaire".- Psychiatrie de l'enfant, 1977, 20, 11, 129.

Propos que l'on pourrait théoriser en formulant que la maladie lui fait l'économie d'une tentative de suicide (1).

Cette observation permet aussi de reprendre l'adage classique que la maladie donne de la maturité, en l'occurrence transformant l'adolescent en adulte ; elle permettrait d'accepter la proposition globale que nous sommes tous mortels ; la mort plus possible ou plus probable, telle qu'elle peut être représentée dans une maladie grave comme la maladie d'Hodgkin, incite à une telle prise de conscience, s'inscrit en défaut de la "philosophie d'immortalité des adolescents", est un argument de ce que nous nommons aujourd'hui processus d'obsolescence.

(1) Nous savons que les tentatives de suicide de cet âge sont volontiers des essais pour se débarrasser ou changer le corps plus précisément les projections homosexuelles incluses dans le corps de l'adolescent (M. Laufer).

OBSERVATION N° 19

MANUEL, 14 ans.

Manuel consulte à quatorze ans pour des troubles neuro-psychiatriques survenus depuis quelques mois de façon assez rapide : troubles de débit de la parole (ralentissement, hésitations, de l'attention, accès impulsifs et de terreur, pathologie du caractère ayant débuté depuis environ un an), lenteur de l'idéation et de la compréhension provoquant un échec scolaire. La survenue de cet ensemble symptomatique dans un contexte familial conflictuel avait entraîné un début de travail psychothérapeutique en C.M.P.P.

Les bilans neurologiques, pédiatriques, psycho-sociaux n'ont permis le **diagnostic de maladie de Wilson qu'en avril 1984.** Il est alors possible de distinguer :

- a) les **symptômes neurologiques** en particulier d'ordre phonatoire.
- b) les **symptômes psychiques** en particulier **crises d'angoisse** très intenses **avec des épisodes d'aspect maniaque**, sensibles aux modifications psychologiques de l'environnement et pouvant à l'évidence en imposer pour une psychogénie.
- c) une **cirrhose hépatique** associant un blocage de la croissance depuis un an et un retard pubertaire.

Le bilan psychologique confirme la gravité de cette pathologie neuro-psychiatrique : inhibition importante des fonctions intellectuelles ; défenses maniaques comportant un déni de réalité tant à l'égard de sa maladie qu'à l'égard de l'adolescence (donnant l'aspect immature relevé dans l'observation).

OBSERVATION N° 20

ARNAUD, 14 ans et demi.

Arnaud est atteint d'un **cavernome portal néo-natal** dont les manifestations dans l'enfance sont restées plus que modestes : survenue épisodique "d'une splénomégalie" ayant toujours inquiété. **A quatorze ans, hémorragie digestive gravissime** menant à une succession d'hospitalisations en urgence jusqu'à l'**anastomose mésentérico-cave**.

Milieu social : petits employés. Parents consanguins (cousins germains). Deux enfants : Arnaud a un jumeau Christian. Pas de psychopathologie. Intelligence normale. Retard scolaire important (quatorze ans : sixième). Entretiens faits au décours de l'intervention chirurgicale. Adolescent normal engagé dans un processus de changement particulier du fait de la gémellité. Les **événements de la maladie sembleraient avoir eu un effet de rite initiatique** donnant à Arnaud une avance sur Christian. (En fait Arnaud semble avoir toujours été le jumeau "dominant"). Une certaine objectivité est patente devant l'événement dramatique raconté pourrait-on dire comme fait de guerre. On peut se demander en effet si l'épisode aigu n'a pas eu quelque incidence heureuse dans l'évolution d'Arnaud (1).

(1) long entretien au dossier avec la mère au décours de l'intervention confirmant ces données.

OBSERVATION N° 21

ALINE (observation rédigée), 18 ans.

Aline est atteinte d'un **lupus érythémateux disséminé diagnostiqué à l'âge de 11 ans**. Maladie systématique traitée principalement par hépanilothérapie et corticothérapie.

Sa réponse thérapeutique étant bonne, elle est suivie en consultation tous les mois et présente exclusivement des symptômes iatrogènes, obésité, vergetures, aspect cushingoïde pendant deux ans.

A quatorze ans, Aline, toujours sous cortancyl présente un faciès normalisé.

A dix-sept ans, l'arrêt du traitement est bien toléré. Aînée d'une fratrie de deux enfants (un frère de quinze ans).

Le processus d'objectalisation de la maladie chez Aline, **consiste en des constructions fantasmatiques** autour de son roman des origines et de sa filiation qui semblent suivre les aléas de son évolution.

Sa quête étiologique des origines de sa maladie trouve une réponse dans un contexte de culpabilité liée à un rejet des premières identifications parentales et au choix de nouveaux objets identificatoires qui vient contredire les projets paternels la concernant. La mise en scène de la maladie dans sa construction fantasmatique qui tend à intégrer le somatique dans l'ordre du symbolique est à resituer dans le contexte d'une **organisation névrotique de type hystérique**.

CHAPITRE IV

MISE EN EVIDENCE DES ASPECTS CLINIQUES ET METAPSYCHOLOGIQUES DU PROCESSUS D'OBJECTALISATION DE LA SOUFFRANCE A L'ADOLESCENCE

Nous présenterons pour chaque observation un bref résumé du dossier médical, un compte rendu de l'entretien de recherche, et une discussion sur le cas.

Nous nous sommes attachée, dans nos observations, à restituer le ton des entretiens, en reprenant le plus fidèlement possible les paroles mêmes des adolescents (en fonction des notes prises pendant l'entretien).

1. Processus d'objectalisation de la souffrance et névrotisation des symptômes organiques.

Il arrive que les symptômes d'une maladie organique survenue dans l'enfance soient remis en scène par le sujet à la période d'adolescence, sous forme de troubles conversifs.

Il s'agirait en quelque sorte d'une "hystérisation" de la maladie liée à la résurgence de la problématique oedipienne à l'adolescence.

OBSERVATION DE FLORA, 14 ans et demi

DOSSIER MEDICAL

Nous avons eu peu d'éléments concernant son histoire médicale avant la prise en charge de Flora par le service d'adolescents peu de temps auparavant.

Flora est la seule enfant d'une mère guadeloupéenne âgée de trente et un ans et d'un père inconnu. Elle a un beau-père adjudant dans l'armée française. Flora a été opérée à deux reprises, alors qu'elle avait huit ans, d'une **ventriculo-cisternostomie** puis, secondairement à onze ans, d'une **valve ventriculo-péritonéale** pour la persistance d'une **hydrocéphalie lentement évolutive**.

Cette valve est efficace puisque les ventricules actuellement sont redevenus de petite taille et donc théoriquement bien tolérée. Flora se plaint cependant, depuis cette mise en place de valve, de douleurs abdominales survenant par crises, accompagnées de vomissements par moment, à tel point qu'on recherche un kyste par échographie abdominale qui s'avère normale.

"Le problème est donc celui de l'organicité des troubles car le comportement de cette enfant a toujours été un peu particulier".

Lettre du neurochirurgien au service d'adolescents : "Le bon état général me rassure quant à la gravité de sa maladie, mais je serais content d'avoir votre avis sur l'attitude à adopter vis-à-vis de cette jeune fille".

L'histoire de sa maladie se présente ainsi :

L'hydrocéphalie est apparue très progressivement. Le début des troubles s'est manifesté vers l'âge de six ans, par une augmentation du périmètre crânien, des chutes avec troubles de l'équilibre et des céphalées. A cette époque Flora vivait aux Antilles avec sa grand-mère. Ce n'est que deux ans plus tard que le diagnostic est fait en France, quand Flora vient rejoindre sa mère qui y est installée.

Dans le service d'adolescents, Flora dit avoir des vomissements depuis plus d'un an, non provoqués, accompagnés de douleurs. Elle décrit une atmosphère familiale plutôt portée sur la violence. Son beau-père a découvert récemment une fille de vingt ans dont l'arrivée a posé beaucoup de problèmes.

Flora présente un strabisme de l'oeil gauche apparu à l'âge de sept ans, actuellement en rééducation. Elle est réglée depuis l'âge de douze ans et demi. La fibroscopie pratiquée conclut à une absence d'anomalie endoscopique organique oeso-gastroduodénale. Aux autres examens pratiqués, tout est normal.

C'est à l'occasion de cette hospitalisation que nous rencontrons Flora pour un entretien de recherche suivi de deux autres. A la suite de ceux-ci, Flora décide de suivre une psychothérapie avec l'une des thérapeutes du service (suivie de façon discontinue).

Un mois après Flora revient dans le service en consultation. Elle a de nouveau vomi depuis sa sortie. Le médecin, qui la voit avec son beau-père et sa mère, note : "Problème familial. Le père est à l'évidence très autoritaire. Flora et sa mère le craignent. Il veut envoyer Flora chez sa propre mère en Martinique alors qu'elle a sa grand-mère en Guadeloupe car "la fréquentation de certaines personnes n'est pas utile à Flora". Il donne l'impression qu'il est le maître absolu de la famille".

ENTRETIENS DE RECHERCHE

A son premier entretien, Flora se présente de façon curieuse : très "adultisée", elle s'exprime avec lenteur et son langage très recherché est à la limite de la préciosité. Son affectivité est constamment endiguée par un processus d'intellectualisation. Elle nous dit d'abord qu'elle est là pour nous "soutenir" dans notre recherche et pour nous aider à comprendre les causes de ses vomissements. Mais très rapidement, elle en vit à nous "confier des secrets" (selon sa propre expression).

Sur son histoire familiale, elle nous révèle ceci :

Son vrai père est un champion cycliste très connu en Guadeloupe qui a eu une aventure avec sa mère, dont elle est née. Il n'a pas voulu l'épouser parce qu'il voulait un fils, d'une part, et que d'autre part il menait une autre aventure avec une institutrice et que "cela faisait mieux socialement d'être marié à une institutrice". Il ne l'a pas reconnue.

Peu après la naissance de Flora, sa mère est partie en France, "pour sa carrière", laissant l'enfant aux soins de sa grand-mère, "qui lui a donné une très bonne éducation". Par exemple, chez sa grand-mère, on ne parlait que le français et non le créole : Flora a conscience d'appartenir à une "grande famille" au sens de "socialement élevée". C'est ce qui explique son langage très élaboré. Flora a vu son père par intermittence. Il rodait autour de sa maison et lui disait toujours qu'il lui apporterait plein de cadeaux, de jouets. Flora le croyait, mais il ne lui offrait jamais rien.

Sa grand-mère ne lui interdisait pas de voir son père mais exprimait une certaine réticence à cet égard. Flora le présente comme un héros déchu, après ses jours de gloire.

Elle décrit sa grand-mère comme une personne sévère, rigide, pouvant infliger des corrections mais sachant aussi moduler les punitions et donner de la tendresse.

Flora se souvient de son enfance en Guadeloupe comme d'une "période heureuse, idyllique" puis, vers l'âge de huit ans, il y a eu la maladie.

De son vécu de la maladie, elle dit :

De l'eau ne circulait pas tellement bien dans sa tête qui grossissait anormalement. Elle ne se souvient pas s'en être rendue compte mais savait en elle-même qu'elle était malade. Elle avait des étourdissements, tombait et se plaignait de maux de tête.

Flora est alors envoyée d'urgence en France pour être soignée. Elle ne se souvient pas du tout de la première intervention chirurgicale qui n'a pas réussi car le liquide continuait à mal circuler. Elle se rappelle par contre très bien de la seconde intervention au cours de laquelle on lui a mis une

valve dans la tête, qui passe par le cou et descend jusqu'au ventre. Elle était alors âgée de onze ans et constamment malade (varicelle, gripes, infections, angines).

Après sa deuxième opération, Flora a eu des spasmes donnant lieu à des vomissements qui ont été attribués à un surdosage de Primpéran. Les vomissements ont cessé ensuite pendant plus d'un an. Mais depuis trois mois, ses symptômes se sont aggravés. Elle vomit après chaque repas. Au début, elle ne s'en inquiétait pas jusqu'à ce que cela vienne entraver ses activités scolaires. Très bonne élève, elle est en classe de quatrième et a souffert du fait que ses professeurs ne prenaient pas ses symptômes au sérieux. Elle a depuis le début de l'année scolaire de mauvais rapports avec les élèves de sa classe qui se moquent de son aspect guindé, précieux. Flora aime à dire qu'elle a cotoyé "des adultes ayant un bon niveau intellectuel", qu'elle lit beaucoup et a de l'ambition. Elle souhaite retourner vivre en Guadeloupe quand elle aura une bonne situation. En attendant, elle souhaite voir d'autres pays pour s'épanouir sur d'autres plans.

Pendant toutes les épreuves liées à son hydrocéphalie, ses parents (sa mère et son beau-père) étaient très inquiets et l'ont beaucoup aidée, lui apportant des cadeaux (chats qu'elle adore).

Pour ce qui est du contexte actuel :

Elle a connu son beau-père à l'âge de neuf ans. Comme son vrai père qui a la peau très blanche, les cheveux roux et les yeux gris, celui-ci est clair de peau avec des yeux gris-bleus "mais" des cheveux bruns. Comme sa mère qui est comptable, il attache une grande importance à la profession et au statut social. Militaire de carrière (adjudant-chef) il a vingt ans de métier derrière lui. Très violent, il s'énerve brusquement et bat soit Flora, soit sa mère. Il lui arrive même de faire descendre Flora pour lui montrer la correction qu'il inflige à sa mère.

Au début de son séjour en France, une tante (soeur de la mère) âgée de vingt ans, vivait avec eux et subissait aussi les repréailles du beau-père. Une grande complicité s'était installée entre elles. Puis elle est partie à l'université et Flora s'est "retrouvée seule avec son fardeau". Dernièrement, son beau-père a retrouvé une fille de vingt ans qu'il veut imposer à la famille et l'atmosphère s'est encore détériorée.

Flora a souffert de sa relation à son beau-père. "Une partie de son enfance lui a été volée et elle n'a pas vécu son adolescence". Elle associe son cas à celui de Christine A. (émission de télévision ou livre) atteinte d'une grave maladie, qui dit ou écrit : "j'ai quinze ans et je ne veux pas mourir". Sa seule compensation est la culture. Elle fait de la danse, de la musique, lit beaucoup et désire faire des études poussées car elle a beaucoup d'ambition.

Lors du deuxième entretien (trois jours après) :

Flora présente ses vomissements actuels comme quelque chose qu'elle ne comprend pas. Les aliments pèsent lourd sur son estomac ou la dégoutent. Mais il lui arrive souvent de vomir avant même de manger.

Elle est ambivalente quant à l'interprétation de ses symptômes. Elle dit d'une part : "Vous êtes psychologue, vous essayez de comprendre d'où proviennent mes vomissements" et d'autre part elle pense que la cause n'en est pas psychique. Elle a commencé à vomir après sa deuxième opération mais dit par ailleurs que ses malaises n'ont rien à voir avec sa valve. "Ce matin j'ai vomi, hier soir aussi, mais il faut dire que j'ai été très contrariée parce que ma mère passait des examens très importants pour sa carrière".

Revenant sur ce qu'elle a dit au premier entretien, elle regrette d'avoir parlé : "je me suis jetée dans la gueule du loup". Elle craint que ses secrets ne soient communiqués à l'équipe soignante.

Elle se décrit, pendant cet entretien, comme une fille unique très choyée. Ses parents lui ont offert un troisième chat. Tout ce qu'elle a pu dire sur son beau-père est du passé, il n'est plus comme cela. Flora sait où elle en est et accepte ce nouvel entretien, pour "aider à la recherche" mais n'a aucune demande par elle-même. Elle ne se sent ni adolescente, ni enfant, mais adulte. Elle n'aime que la fréquentation de ceux-ci. Etre adulte pour elle, c'est connaître plus de choses que les enfants et les adolescents. "Mais, dit-elle "en tout adulte, il y a un petit enfant qui sommeille".

Flora dit "ne pas avoir la même conception du monde que les adolescents de son âge" et ne peut de ce fait discuter avec eux.

Concernant sa maladie, Flora ne se pose plus de question au sujet de sa valve dans la tête. On lui a plus ou moins bien expliqué et elle pense maintenant que les médecins savent ce qu'ils font, même si leur savoir n'est pas absolu. Elle leur confie son problème somatique et s'en décharge sur eux.

Un troisième entretien a lieu sur notre demande, que Flora accepte bien qu'elle pense avoir tout dit, au cours duquel elle se décide à commencer une psychothérapie avec un membre de l'équipe.

COMMENTAIRES

Le problème médical posé d'emblée par ce cas, dans le service d'adolescents, est celui de l'organicité des troubles actuels que Flora présente.

- D'une part, étant donné son passé médical d'hydrocéphalie évolutive bien contrôlée actuellement par la mise en place d'une valve, il s'agit de ne pas passer à côté d'un diagnostic mettant en cause l'efficacité de celle-ci.
- D'autre part "le comportement un peu particulier de cette enfant" constaté par les médecins induit un questionnement concernant une éventuelle étiologie psychique de ses malaises (céphalées, douleurs abdominales et surtout vomissements) qui emprunteraient pour se manifester la sémiologie propre à sa pathologie somatique.
- L'origine psychique des troubles est évoquée d'autant plus sérieusement que tous les examens médicaux pratiqués s'avèrent normaux.
- Par ailleurs, la présence d'un conflit familial est révélée.

Le cas de Flora nous paraît exemplaire d'un mouvement d'objectalisation de la souffrance qui s'intègre dans le cadre du processus d'adolescence.

Les symptômes présentés par Flora motivant son hospitalisation dans le service d'adolescents (essentiellement les vomissements) trouvent leur localisation à la faveur de la trace du traumatisme physique ancien correspondant à son hydrocéphalie évolutive.

Dans le contexte actuel, la complaisance somatique prend appui sur un point de cristallisation qui commande la vulnérabilité corporelle. Quoi qu'il en soit, que la symptomatologie de Flora soit purement convergente, qu'elle ait ou non un support physiologique, le discours "autour" du symptôme révèle la charge affective et les significations symboliques qui lui sont associées dans le cadre d'une réactualisation d'une problématique oedipienne infantile à l'occasion de la poussée pubertaire.

Si nous reprenons son histoire, telle qu'elle nous la livre dès le premier entretien, nous avons le sentiment d'avoir à faire à un véritable roman familial. La filiation mystérieuse de Flora qu'elle nous révèle d'emblée, insistant bien sur la notion de secret dévoilé pour la première fois semble être une histoire toute faite pour séduire la psychologue que nous sommes ! Pourtant cette construction historisation du vécu correspond bien à une situation réelle, reprise selon des scénarios fantasmatiques qui lui sont propres, de même que l'événement originnaire somatique fait l'objet d'une construction, d'une projection sur l'écran d'un corps symbolique au niveau oedipien. Il s'agit en quelque sorte d'une psychisation du symptôme ; d'une transformation du perceptif en représentation, de la maladie en fantasme de maladie.

A l'adolescence, le corps de Flora devient le lieu de mise en scène d'un drame inscrit dans l'inconscient à la faveur d'un événement venant réactiver une situation traumatique infantile. Il est possible de relier l'aggravation des vomissements chez Flora à une situation traumatique présente : le beau-père qui retrouve une fille (qu'il n'a pas reconnue) âgée de vingt ans qu'il cherche à imposer à sa famille dans une atmosphère de violence et de drame. Cet événement a valeur d'après coup, prenant sens à l'égard d'une situation traumatique initiale : la non-reconnaissance de Flora par son propre père et les tentatives de séduction de celui-ci à son égard (vécues dans une certaine culpabilité par Flora en raison des réticences - sinon de l'interdit - de sa grand-mère). Ces relations ambivalentes de Flora à son père (le héros déchu qui promet des cadeaux merveilleux qu'il ne donne pas, en échange de son amour) ont pris fin par la survenue de la maladie justifiant son départ en France.

La situation actuelle n'est devenue dangereuse pour le Moi de Flora que dans l'après-coup du premier événement (abandon et séduction du père). Les événements ultérieurs lui redonnent sa valeur traumatique par l'aspect répétitif du scénario mis en scène, qui réactive un vécu conflictuel de séduction et de perte d'objet : la peur d'être évincée par la vraie fille de ce substitut paternel que Flora identifie massivement à son père surtout par son aspect physique valorisant à ses yeux (ressemble à un blanc) et auquel elle voue des sentiments troubles d'amour et de haine.

Certaines scènes évoquées, notamment celles au cours desquelles Flora se voit obligée d'assister à la correction infligée à sa mère, sont vécues par elle sur le mode d'une séduction masochiste.

Il est à souligner que cette situation n'a été traumatique que dans la mesure où Flora n'a pu compter sur sa mère pour contenir ses propres désirs conflictuels, ce qui entraîne un violent retour du refoulé, le vomissement étant significatif d'une relation primitive où la mère est manquante. "Pour qu'il y ait traumatisme, il faut que la mère vienne à manquer dans le moment où l'enfant a besoin d'elle". Freud (1).

Dans le cas de Flora, sa mère s'est dérobée très tôt à ses "fonctions" maternelles au "profit de sa carrière", confiant l'éducation de son enfant à sa propre mère (une manière peut-être pour elle de racheter sa faute en offrant un nouvel enfant à sa mère). Sa relation à Flora est marquée par une mise à distance de toute proximité affective dans une émulation des réussites intellectuelles et sociales et par une utilisation de sa fille comme une valorisation narcissique d'elle-même.

Le travail élaboratif de Flora à propos de ses vomissements constitue une réinterprétation de sa position narcissique oedipienne, permettant qu'une transition s'effectue du corps malade au corps érogène.

(1) Freud (S.), Inhibition symptôme angoisse.- Paris, PUF, 1968.

La problématique de Flora est organisée sur le mode hystérique, la libido étant essentiellement génitale et le mécanisme principal restant le refoulement. La symbolisation est poussée assez loin pour maintenir bien cachés son désir de proximité objectale et le mélange d'érotisation et d'agressivité qui s'y trouvent mêlés.

Il existe chez Flora d'importantes fixations au stade phallique et de fortes composantes orales dont le vomissement est le symptôme désigné pour sa valeur symbolique et son investissement érogène. Il reste un compromis entre le désir et sa défense, jouant un rôle important dans ses difficultés relationnelles, notamment sur le plan scolaire. Son langage précieux est utilisé en vue de la séduction directe de l'objet. Sa quête affective et son avidité relationnelle cherchent à être maîtrisées par une conduite d'intellectualisation et de rationalisation, Flora se voulant à l'abri de toute perte objectale traumatique par une mise à distance de l'objet (après qu'elle l'ait séduit). Cependant, ce qui nous paraît prévalent dans le cas de Flora, est sa problématique narcissique (secondaire). Ses déceptions affectives ont produit une augmentation de l'investissement libidinal de soi en même temps qu'un retrait de l'investissement objectal. Cela apparaît sous la forme d'une préoccupation de soi, de fantasmes de réussite grandioses. Marquée par sa non-reconnaissance par le père, perpétuée à l'adolescence par le beau-père, Flora dans sa quête identificatoire est à la recherche d'un idéal du Moi, d'une image d'elle-même susceptible de lui apporter un soutien narcissique. C'est essentiellement dans l'identification aux adultes que Flora situe son investissement narcissique.

En conclusion, il est possible de repérer chez Flora un processus d'objectalisation de la maladie qui s'effectue par une élaboration de la symptomatologie somatique dans un registre plus symbolique, l'investissement somatique s'inscrivant dans une problématique oedipienne sous le primat des pulsions génitales.

2. Désorganisation somatique et processus d'objectalisation de la souffrance en tant que réorganisation psychique du sujet.

Si l'entrée en maladie peut correspondre pour le sujet à un échec de ses défenses psychiques et à la mise en jeu d'un système défensif archaïque (1) (l'ultime barrière défensive étant le corps), il est possible de constater dans un second temps une réorganisation psychique, l'adolescent dans l'après coup de la maladie, (ré)inscrivant celle-ci dans une problématique oedipienne.

(1) Marty (P.), *Mouvements individuels de vie et de mort.- Essai d'économie psychosomatique*, Paris, Payot, 1976.

OBSERVATION DE LUCIE, 14 ANS (n° 15)

DOSSIER MEDICAL

Lucie est l'aînée d'une fratrie de deux enfants. Ses parents sont divorcés. On note dans ses antécédents des problèmes psychologiques depuis sa jeune enfance, avec peur et angoisse.

L'histoire récente commence un mois plus tôt par deux situations stressantes :

- 1) Le nième passage en jugement du père qui veut avoir la garde de sa fille à tout prix alors que celle-ci y est profondément opposée.
- 2) La visite en consultation du Dr. B. psychiatre, sur la demande de sa mère car l'enfant est très angoissée, "introvertie". A la sortie de la consultation psychiatrique, Lucie se plaint de douleurs mal définies et mal localisées et d'une sensation d'oppression. De retour chez elle, elle se couche sans manger. Vers vingt heures, elle mange un peu. Elle est de plus en plus fatiguée avec augmentation des troubles.

La mère appelle le SAMU. L'enfant est en coma aréactif. En cours de transport aux urgences de l'hôpital Bicêtre, Lucie aurait fait un arrêt cardio-respiratoire (tracé E.E.G. plat).

En fait, si l'on reprend l'histoire, le diagnostic de diabète a été posé un an auparavant à l'occasion d'un amaigrissement. Il est évoqué à ce moment la possibilité d'un traitement à vie par l'insuline. Cela entraîne une très vive réaction de Lucie ("Si c'est ça, je me suicide"). La mère va rechercher (et hélas trouver) une médecine douce. Depuis un an, Lucie est traitée par homéopathie - tranquillité (elle est diabétique parce qu'elle a des problèmes) - et crudités ?

Par ailleurs, il faut noter :

- 1) Une aménorrhée secondaire apparue dix huit mois plus tôt à la suite d'un séjour chez son père pendant lequel elle aurait dû avoir ses règles, ce qui l'angoissait beaucoup. (caractères sexuels peu développés)

2) sur le plan psychologique :

Les parents sont divorcés depuis sept ans. Le père est professeur de mathématiques et la mère est avocate. Depuis, le père fait procès sur procès pour obtenir la garde de sa fille. Lucie est très opposée à son père, ne supporte pas de le rencontrer et encore moins qu'il la touche.

Très bon niveau scolaire (quatorze ans en seconde) - pas d'amies. Décrite par la mère comme introvertie, angoissée, Lucie passe des heures seule dans sa chambre à étudier et à écrire des exposés.

A l'arrivée en réanimation, il est noté :

Coma profond stade 2-3. Aucun signe focal (hypotonie des quatre membres). Sur le plan somatique : état cachectique - maigreur diffuse, joues creuses, muscles atrophiés.

Signes de virilisation : atrophie des seins, hyperpilosité des membres.

D'après l'entretien avec la mère, Lucie aurait perdu huit kilos en un an. Elle est passée de 44 kilos à 36 kilos.

Une semaine après son hospitalisation, Lucie retrouve une conscience normale. Le diabète est traité par insulino-thérapie classique (gavage gastrique continu). Les radiographies sont impressionnantes : opacités des champs pulmonaires.

Plan neuro-psychiatrique : Lucie est très calme, parfaitement consciente et coopérante. La communication est possible par écrit ou par gestes. Elle supporte anormalement bien sa sonde d'intubation et sa canule de Mays. La prise en charge doit être globale : psychologique, + diabète.

Voici le compte rendu de son hospitalisation dans le service d'adolescents

Lucie est née à terme. Aucun diabète n'est connu dans la famille. La mère d'apparence chaleureuse, dit de sa fille qu'elle est renfermée, refusant les contacts avec les adolescents de son âge. Elle a peu de relations avec son frère âgé de douze ans. La mère est la seule à avoir un bon contact avec sa fille. Le diagnostic actuel est celui d'un coma acétosique sévère. La mère qui s'est bien rendue compte de la gravité de la situation est coopérante avec l'équipe soignante.

Un psychothérapeute du service a plusieurs entretiens avec Lucie (et sa mère) pendant son séjour dans le service. Il note que Lucie est coincée dans l'histoire névrotique des parents : onze procédures pour la garde des enfants. D'après la mère, le père est néfaste. La mère vit dans la peur de savoir Lucie avec son mari. La puberté de Lucie est traumatique pour la mère. Elle considère son mari comme un obsédé.

Lucie a eu du mal à parler de son père qui l'angoisse beaucoup. Elle sort au bout d'un mois et demi avec une hospitalisation à domicile. On constate au moment de sa sortie l'existence d'une paralysie au niveau de l'extérieur de la main et du pied droit (conséquence de l'arrêt cardiaque).

C'est la veille de sa sortie que nous la rencontrons pour l'entretien de recherche.

ENTRETIEN DE RECHERCHE

L'entretien avec Lucie a lieu dans sa chambre. Voici comment elle présente l'histoire de sa maladie :

Lucie a un diabète qui a été découvert l'été précédent. Ses parents sont divorcés depuis six/sept ans environ. Lucie est restée avec sa mère dans la banlieue parisienne. Celle-ci est avocate et a son cabinet dans sa maison. Elle a un frère de douze ans qui vit également avec la mère.

Depuis un an, le père qui est professeur de mathématique en Provence, essaie, alors qu'il ne l'a jamais fait auparavant, d'avoir la garde de ses enfants. Avant cela, Lucie passait l'année scolaire avec sa mère et partageait ses vacances scolaires entre son père et sa mère. Lucie dit que les relations avec son père ont commencé à se gâter quand il a essayé de la reprendre avec lui. Cela a correspondu à une prise de conscience chez Lucie, qu'elle dit liée à l'adolescence. Des souvenirs de sa petite enfance, de son père qui faisait pleurer sa mère, lui sont revenus à l'esprit. Ce qu'elle admettait autrefois sans se poser de question a été remis en cause, aboutissant à un rejet de son père et une culpabilité à l'égard de sa mère qui est toute seule à assumer ses enfants et qui travaille beaucoup. Par la suite, Lucie a toujours été réticente à l'égard de son père. Elle raconte comment elle attendait l'extrême limite pour partir chez lui, comment celui-ci la culpabilisait en lui reprochant de ne pas l'aimer, en lui "faisant des scènes".

L'été précédent, Lucie se sentait fatiguée et avait beaucoup maigri. Elle n'avait pas envie d'aller chez son père préférant se reposer chez elle. Il a insisté jusqu'à ce qu'elle accepte. L'ayant trouvée très amaigrie, il a voulu qu'elle fasse une prise de sang. Lucie décrit à cette occasion une atmosphère de violence, elle hurlant, ses grand-parents et son père forçant la porte de sa chambre pour la convaincre. Elle reproche justement à son père sa violence, sa maladresse, sa façon "de tout le temps la forcer".

Elle aurait accepté la prise de sang, s'il l'avait présentée autrement. Mais tel qu'il l'a fait, cela l'a paniquée. Les résultats ont montré qu'elle avait du sucre dans le sang. Son père a voulu qu'elle soit traitée sur place. Lucie a refusé et appelé sa mère à son secours. Celle-ci l'a emmenée dans une clinique belge où elle a été traitée par l'homéopathie. Selon elle, cette médication aurait pu être efficace si elle avait été en paix.

Mais là encore, son père ne lui a pas laissé de répit. Il est intervenu "avec des flics" pour l'obliger à quitter la clinique. Comme elle ne pouvait "se reposer" dans ces conditions, elle est retournée en France avec sa mère et a continué son traitement homéopathique qui a abaissé le sucre, mais pas suffisamment. A partir de ce moment, son père n'est plus

intervenu. Puis elle a eu, trois mois plus tard ce brusque coma dont elle ne se souvient absolument pas. Elle s'est réveillée en réanimation avec des tubes de partout, dans un état confusionnel, ne sachant pas où elle était ni ce qui s'était passé. Elle a gardé un problème d'articulation des mains et des pieds car les nerfs sont détruits, mais cela repousse.

Après un long moment en réanimation, elle a été transférée dans le service d'adolescents. Elle s'ennuie et a hâte de rentrer chez elle pour avoir la paix, se reposer, retrouver ses animaux et son jardin. Elle sait que sa mère s'est fait beaucoup de soucis pour elle et cela lui fait de la peine, par contre elle refuse de répondre à son père qui lui téléphone dans le service : "je ne veux pas en entendre parler, je suis trop fatiguée, peut-être après, quand je serai guérie, j'aurai plus de facilité à le revoir".

Son frère, lui, serait prêt à aller vivre avec son père. Sa mère est très compréhensive, elle lui dit toujours "si tu veux y aller, vas-y, n'hésite pas". Lucie pense qu'il ne comprend rien encore et que peut-être s'il vivait avec son père, il se rendrait compte. Elle aussi était comme lui avant d'être adolescente. Elle évoque l'adolescence comme un événement brutal survenu dans sa vie, qui l'a réveillée. Il se passe "des tas de choses dans sa tête". C'est flou. Elle n'arrive pas à rassembler ses idées, a des troubles de mémoire, des pertes de souvenirs récents alors que d'autres plus anciens lui reviennent en mémoire (notamment concernant sa petite enfance, les scènes de son père à sa mère). Brusquement elle a pris conscience de la réalité des choses. Elle s'est rapprochée de sa mère qu'elle aide comme elle peut. Mais dit-elle, elle ne peut pas beaucoup.

Lucie exprime un désir de se replier sur elle-même de s'isoler. C'est là que son père continue de la menacer en l'empêchant d'être en paix. Selon elle, sa mère ne lui aurait jamais dit de mal de son père : "c'est ton père après tout". C'est elle-même qui rappelle à sa mère des souvenirs dont celle-ci ne veut pas parler. A l'égard de la maladie, elle a un sentiment d'injustice. Elle n'a jamais fait d'excès d'aucune sorte contrairement à son frère qui mange beaucoup de sucre. Elle ne comprend pas pourquoi elle a ça. Lucie pense que si son père n'est pas responsable de la survenue du diabète, il l'est par contre de l'aggravation de son état, de cela elle en est persuadée. S'il l'avait laissée tranquille rien ne serait arrivé. C'est pourquoi elle ne veut pas le revoir. Elle sait qu'elle doit avoir des piqûres d'insuline matin et soir, mais ignore pendant quelle durée. Il n'est pas question pour elle de reprendre sa scolarité pour l'instant, car elle ne veut voir personne. Elle veut seulement se reposer chez elle avec sa mère et ses objets.

COMMENTAIRES

On distingue deux parties dans l'histoire médicale de Lucie.

La période qui précède de peu et qui suit l'établissement du diagnostic de diabète est marquée par une dégradation progressive de l'état mental et physique de Lucie avec pour toile de fond le climat hautement conflictuel entre les parents qui continuent à s'affronter à travers la maladie de leur fille. Dans ce contexte, la mère en répondant au désir de sa fille d'être traitée par une médecine douce, se situe comme bon objet par opposition au père qui fait figure de persécuteur tant parce qu'il est à l'origine de la découverte du diabète que par ses tentatives intempestives auprès de Lucie pour lui imposer un traitement insulinique contraignant.

Dans la période qui va du coma aréactif de Lucie jusqu'à sa sortie du service d'adolescents, l'hôpital intervient en tant que tiers dans le conflit familial, imposant une loi médicale qui met Lucie à l'abri de l'histoire névrotique de ses parents. On assiste alors à une réorganisation psychosomatique de Lucie qui, séparée des parents, réélabore dans l'espace de soins, son modè interne.

L'observation de Lucie illustre la complexité d'une approche diagnostique en clinique psychosomatique car nous avons le sentiment de nous trouver à la rencontre de pathologies relevant de registres nosographiques différents :

- Le diabète dans ce cas, nous semble être la conséquence d'une désorganisation psychosomatique par échec des mécanismes défensifs habituels. Cette faillite des processus défensifs est particulièrement manifeste dans la première période précitée.
- Le discours de Lucie, dans l'après-coup de la maladie et notamment au cours de l'entretien de recherche fait apparaître une problématique de type névrotique hystérique. L'événement maladie est repris par Lucie dans un scénario typiquement oedipien, la souffrance étant alors objectalisée, dans une réalaboration à la fois narcissique et objectale.

Nous nous proposons d'analyser ces deux modalités de fonctionnement mental survenant chez une même personne mais à des moments différents dans le temps.

La référence à la théorie du "break-down" (1) de Laufer nous paraît adéquate pour rendre compte du premier registre de fonctionnement utilisé par Lucie dans le sens d'une désorganisation somatique.

(1) Laufer (M.), Le break-down.- 1983, Adolescence, tome 1, n° 1, pp. 13-27.

Freud dans ses trois essais (1), a défini la puberté comme étant la récapitulation de la vie précoce revécue alors dans le contexte d'un corps physiquement mature. Un tel énoncé fait référence à la relation spécifique entre l'adolescence et la façon dont l'enfant a résolu le conflit interne à l'égard de ses parents oedipiens.

Voici comment Laufer décrit le break-down à l'adolescence (2). Il parle des adolescents "qui manifestent des signes que le mouvement de développement vers l'âge adulte s'est brisé, qui nous montrent qu'ils ont abandonné ou risquent d'abandonner le désir de posséder une sexualité adulte et qui ont accepté ou acceptent l'image d'eux-même comme étant anormaux ou endommagés sexuellement. Le risque dans le développement et dans le traitement de ces adolescents est que leur pathologie contient la relation aux parents oedipiens. Elle contient l'attaque à l'encontre du parent oedipien et est en même temps une destruction de leur propre sexualité adulte". "La cassure dans le processus de développement est la pathologie, parce que, dans chaque situation, le résultat en est nécessairement une relation déformée sur lui-même en tant qu'être sexuel, une relation passive au parent du même sexe et l'abandon du désir ou de la capacité de laisser derrière la sexualité infantile".

Bien que Laufer situe sa théorie dans le cadre d'une psychopathologie classique, il semble que le terme de "cassure dans le développement" convienne au cas de Lucie. L'accession à une maturité physique permettant la réalisation sexuelle, constitue pour Lucie un véritable traumatisme, dans son sens psychologique d'une possibilité de débordement des capacités de maîtrise du Moi. Chez elle, la défense contre le désir oedipien est particulièrement précaire dans la mesure où la mère elle-même renvoie de façon massive, tant sur le plan fantasmatique que dans la réalité, l'image d'un père "obsédé sexuel", capable d'un passage à l'acte incestueux avec sa fille. Pour cette mère, la puberté de Lucie est vécue comme traumatique.

Dans ce contexte, les tentatives répétées du père pour obtenir la garde de sa fille contre son gré viennent renforcer le sentiment de danger ressenti par Lucie, comme venant justifier les fantasmes maternels de père séducteur. (Selon les dires de Lucie, son père a tenté de la récupérer justement au moment de la puberté). Ses relations oedipiennes semblent avoir été caractérisées par un sentiment de menace imminente de passage à l'acte incestueux. L'inceste n'est plus un fantasme désormais, mais une réalité inélaborable et les moyens employés jusqu'alors pour maîtriser les craintes et les désirs incestueux vont se révéler insuffisants et exercer une pression sur le moi jusque là inconnue.

Lucie cherche à cacher à son père ses signes pubertaires et en particulier elle retarde de plusieurs jours son départ en vacances chez lui de peur d'avoir ses règles pendant son séjour. L'insistance de celui-ci et ses

(1) Freud (S.), Trois essais sur la théorie de la sexualité.- Paris, Gallimard, 1962.

(2) Laufer (M.), Le break-down.- 1983, Adolescence, tome 1, n° 1, pp. 13-27.

reproches culpabilisants renforcent chez Lucie son sentiment d'intrusion. Comment qualifier "l'aménorrhée secondaire apparue à la suite d'un séjour chez son père pendant lequel elle aurait dû avoir ses règles, ce qui l'angoissait beaucoup" ? (cf. dossier médical). Peut-on l'interpréter comme une manifestation psychosomatique ou comme un symptôme conversif hystérique ? Nous ne nous prononcerons pas sur ce point.

Par contre, la survenue d'un diabète dans cette situation conflictuelle nous paraît relever d'un débordement des capacités défensives de Lucie. Cette maladie permet à Lucie de dénier son corps sexué au profit d'un corps régressif, souffrant, asexué qu'elle offre à sa mère afin de tenter de retrouver une situation de maternage plus rassurante pour elle. Elle accepte son état cachectique, sa fatigue, sa détérioration physique comme étant le prix à payer d'un retour à une image du corps bi-sexuelle vécue comme une défense contre la menace d'un envahissement incestueux. Par contre, on peut se demander comment la mère a pu être témoin de la dégradation physique de sa fille, connaissant le risque létal d'un diabète non traité, sans intervenir jusqu'à l'accident du coma aréactif.

La conduite de cette mère nous semble liée à des fantasmes de toute puissance réparatrice, dans la croyance qu'elle avait d'une maladie induite par des facteurs psychologiques (dûs au père) qu'elle seule pouvait guérir. Le recours au psychiatre (le jour même où Lucie entre dans le coma) rend compte de la faillite de ses illusions de toute puissance. Pendant toute cette période, Lucie effectue une retraite narcissique comme solution à sa souffrance, à son mal être, mais sans obtenir d'effet réparateur comme si la libido narcissique s'appauvriissait en même temps que l'investissement objectal.

Green (1) a bien souligné cette double paternité du narcissisme qui est toujours un narcissisme de vie et un narcissisme de mort. Ce dernier suppose une déssexualisation, une déliaison partielle qui semble à l'oeuvre dans un premier temps chez Lucie, mettant gravement en cause son pronostic vital.

L'introduction de l'institution hospitalière dans la problématique de Lucie, outre sa fonction soignante sur le plan de la réalité corporelle a une fonction objectale, intervenant comme objet réel "à qui est dévolue la tâche de ranimer les objets internes incapables d'offrir à l'individu malade son assise narcissique". (Consoli) (2).

L'entretien de recherche qui a lieu dans l'après-coup de la situation traumatique témoigne d'une reprise de la capacité fantasmatique et symbolique à travers une réinterprétation des faits (et de la maladie)

(1) Green (A.), Narcissisme de vie, narcissisme de mort.- Paris, Ed. de Minuit, 1983.

(2) Consoli (S.), Narcissisme et étayage en psychosomatique.- in L'information psychiatrique, 1984, 60, 6.

selon un scénario oedipien. Dans la reconstruction de Lucie, la prise de sang effectuée de force sur l'ordre du père a valeur de viol incestueux et la maladie est ressentie comme un châtement équivalent d'une castration (dont elle garde un sentiment d'injustice, n'ayant rien fait pour en arriver là). Par ailleurs elle éprouve une grande culpabilité à l'égard de sa mère "qu'elle aide comme elle peut", c'est-à-dire pas beaucoup.

D'autre part, Lucie parvient à verbaliser son ressenti de la "crise d'adolescence" comme étant une résurgence des conflits inconscients inhérents aux relations objectales primitives, une prise de conscience d'une situation traumatique initiale (les disputes parentales) avec une désidérialisation des images parentales infantiles intériorisées (en particulier de celle du père dont la conduite intrusive maintient Lucie dans des liens régressifs à la mère).

On peut également repérer chez Lucie ce que Laufer décrit des conduites de séparation entre le corps et psyché, dans une tentative d'utiliser cette division pour focaliser sur l'un tout le vécu incestueux et de se servir de l'autre pour maîtriser les désirs et les craintes de passivité qui y sont attachées. C'est ainsi que l'on peut interpréter (avant son coma aréactif) la conduite ascétique de Lucie qui passe son temps dans sa chambre à écrire des exposés.

En conclusion, il paraît important d'insister sur le mouvement d'objectalisation de la maladie, que nous percevons dans un second temps chez Lucie, après ce qui nous paraît être une désorganisation psychosomatique induite par une expérience traumatique de l'adolescence. Il se dégage qu'il est possible de cerner des niveaux de fonctionnements différents chez un même individu, et cela de façon particulièrement manifeste à l'adolescence. Toutefois, l'irréversibilité de la maladie diabétique et la dimension narcissique de Lucie ne nous permettent pas d'évaluation pronostique, car nous n'étions pas suffisamment dans l'après-coup de l'événement au moment de l'entretien et n'avons par ailleurs aucun élément nouveau quant à l'évolution ultérieure de Lucie.

3. Processus d'objectalisation de la souffrance et problématique de filiation à l'adolescence

Certains auteurs (1) ont constaté que les malades atteints d'une affection grave cherchent à inscrire leur maladie dans une histoire familiale.

Ces généalogies mythiques ne sont pas toujours reconstituables : comme tous les mythes, elles appartiennent surtout à l'inconscient.

Nous avons remarqué pour notre part qu'un certain nombre d'adolescents atteints de maladie chronique se posaient, à un moment donné, des questions concernant leur filiation et construisaient dans certains cas un véritable roman familial.

(1) Raimbault (G.) et Royer (P.), L'enfant et son image de la maladie.- Archives Françaises de Pédiatrie, 24, 1967, pp. 445-462.

OBSERVATION D'ALINE, 19 ANS (n° 21)

DOSSIER MEDICAL

Aline, née en janvier 1964, d'un père juif tunisien et d'une mère française, présente en juin 1975, alors qu'elle est âgée de 11 ans, une altération de l'état général avec asthénie, anorexie, somnolence, amaigrissement. Premier enfant d'une fratrie de deux, elle a un frère de 8 ans.

En **septembre 1975**, elle est hospitalisée dans le service de pédiatrie de Bicêtre pour phlébite. Trois jours après, elle fait une embolie pulmonaire.

Une transfusion faite en raison d'une anémie entraîne un choc transfusionnel (confusion de groupe sanguin).

Peu après, il y a rechute de la phlébite, traitée par héparinothérapie.

Le **diagnostic de lupus érythémateux disséminé** est porté début **octobre 1975**.

Cette maladie systémique est traitée par une corticothérapie, plusieurs transfusions (relativement inefficaces) et par héparinothérapie. Excellente réponse thérapeutique, normalisation de la plupart des paramètres cliniques et biologiques. Elle sort avec un traitement d'héparinothérapie et de corticothérapie, **fin novembre 1975**.

Suivie alors en consultation, tous les mois à l'hôpital Bicêtre, on note :

En **décembre 1975**, prise de poids importante et aspect cushingoïde.

En **février 1976**, Aline ne présente aucun symptôme fonctionnel mais l'évolution de la maladie est encore manifeste. Devant la présence de vergetures considérables sur la racine des cuisses, il est décidé de réduire le cortancyl.

En **mars 1976**, Aline a nettement maigri mais il y a persistance d'un aspect cushingoïde et de vergetures importantes.

Juillet 1976, Aline semble maintenant tout à fait guérie : cédation de l'aspect cushingoïde et réduction des vergetures (maintien d'une compression élastique étendue jusqu'à la cuisse).

Décembre 1976, le résultat de la détermination des anti-corps anti DNA est de 39 %.

Rechute.

Lettre du médecin hospitalier : "L'évolutivité biologique du lupus d'Aline commande une réorientation". Un traitement ambulatoire est préféré à une réhospitalisation, pour ne pas imposer à Aline tous les aléas psychologiques de la rechute. (Aline est âgée de 12 ans).

Elle est mise sous régime strict, sous traitement stéroïdien et augmentation de la corticothérapie.

Juin 1977, Aline suit bien son régime mais présente une prise de poids régulière. Son activité scolaire est satisfaisante. Mais le médecin qui la suit en consultation à l'hôpital note dans une lettre à un confrère qu'il a eu des appréhensions concernant l'équilibre psychique d'Aline au cours des mois écoulés.

Juillet 1977, Aline va bien, elle mène une activité physique satisfaisante (natation, vélo, gymnastique). Elle passe en 5ème. (Elle est alors âgée de 13 ans et demi).

Juillet 1978, Aline est toujours sous cortancyl mais présente un facies normalisé.

Lettre du médecin hospitalier : "Il subsiste encore une discrète activité inflammatoire qui traduit que le processus propre au lupus érythémateux n'est pas encore éteint mais bien contrôlé, ce qui justifie la poursuite du cortancyl".

Aline se porte bien et passe en 4ème sans problème.

Elle présente des signes sexuels normaux à 14 ans et demi.

Novembre 1978, il est noté : "superbe jeune-fille à la mode, maquillée".

Avril 1979, Aline présente une prise pondérale excessive. Scolarité sans problème : elle passe en 3ème. Obésité.

Novembre 1979, Aline va bien, fait du sport (natation et jogging). Est noté : "belle fille à la Rubens".

Octobre 1983, devant l'excellent état général d'Aline et la stabilisation des résultats, **il est décidé d'arrêter le traitement d'entretien**, - fragment d'une **lettre du médecin aux parents** : "Ce ne sera toutefois qu'après plusieurs mois d'une surveillance médicale **régulière et attentive** que nous pourrons affirmer soit, comme nous l'espérons, une guérison, soit que l'état d'Aline requiert encore pour une durée non déterminée une béquille médicamenteuse.

"Nous souvenant de nos graves préoccupations de l'automne 1975, de l'évolution naturelle d'un lupus érythémateux disséminé avant l'introduction du traitement actuel, j'ai à vous demander de nous aider à entourer Aline au cours des mois à venir et à lui rappeler nos exigences".

"Certes, elle doit mener sans restriction la vie d'une adolescente de son âge, mais il ne me paraît pas admissible qu'elle refuse de collecter ses urines de 24 h avant la consultation prévue".

Avril 1981, Aline est éclatante de santé. Sa surcharge pondérale qui s'accroît, la préoccupe. L'arrêt de traitement a été bien toléré.

Novembre 1981, Aline est âgée de 17 ans et demi. Son **médecin** de pédiatrie **demande** qu'elle soit **prise en charge par le service d'adolescents** et qu'elle soit vue à cette occasion par la gynécologue du service pour un changement de pilule.

Avril 1983, Aline est hospitalisée pour des douleurs abdominales.

II - ENTRETIENS DE RECHERCHE

Nous avons vu Aline pour un entretien unique au cours de son hospitalisation pour douleurs abdominales, dans le service d'adolescents.

Hospitalisée pour des douleurs "au ventre" qu'elle décrit elle-même comme "psychosomatiques" Aline nous fait le récit suivant :

Elle dort très mal la nuit depuis quelque temps car elle a des terreurs nocturnes et voudrait qu'on lui donne des sédatifs. Elle a depuis quelque temps des visions : elle avait déjà vu une fois (il y a longtemps) son arrière grand-mère du côté paternel qui s'était dressée devant elle une nuit. Aline l'avait ensuite décrite à son père qui l'avait bien reconnue.

- Il y a quatre mois de cela, elle a eu d'autres apparitions : une femme enveloppée d'un voile blanc.

Décidant d'entrer en communication avec elle, elle fait à deux reprises des séances de spiritisme avec Gérard son ami anglais. L'esprit lui parle : il s'agit d'une jeune femme anglaise nommée Louise qui a vécu au temps d'Elisabeth I et qui se présente comme étant une amie à elle de l'époque (elle-même étant alors anglaise). Louise raconte qu'elles vivaient toutes deux dans une petite ville d'Angleterre, qu'Aline a pu localiser ensuite. Louise est brune aux yeux bleus (comme Aline). Dans cette vie antérieure, elles étaient de religion différente, toutes deux pauvres, mariées et avaient des enfants. Aline pose ensuite à Louise des questions sur l'avenir. Elle apprend ainsi que Dieu existe (mais Louise ne veut pas lui dire comment il est) qu'elle aura son baccalauréat, qu'elle se mariera avec Gérard et qu'elle aura trois enfants.

A la suite de ces séances de spiritisme, Aline a l'impression de sentir constamment la présence de Louise auprès d'elle. De plus, quand elle est seule, des manifestations étranges ont lieu : la cuisinière se met à bouger bruyamment, une lampe va se projeter contre un mur. Au début, elle vivait la présence de Louise comme rassurante, celle-ci la guidait dans ses choix. Mais ayant discuté de cela avec deux amies catholiques, celles-ci lui ont dit que ces séances de spiritisme étaient un blasphème envers Dieu, surtout si les questions posées concernent l'avenir. Depuis, Aline est ambivalente et craint la colère de Dieu si celui-ci existe. Sa crainte est confirmée par des faits :

La plupart de ses meilleurs amis ont eu de graves ennuis ces derniers temps. Gérard est hospitalisé pour un problème de santé depuis un mois en Angleterre. Aline se sent culpabilisée de ce qui arrive et pense que Louise doit se détacher d'elle pour qu'elle ne soit plus en situation de péché. C'est pourquoi elle a si peur la nuit : c'est à ce moment qu'ont lieu les apparitions de Louise. Aline craint alors d'ouvrir les yeux, de la voir et de porter ainsi malheur à ses amis. Le problème de conscience qui se pose à elle est sa peur de blesser Louise, de la trahir en l'éloignant d'elle. Peut-être celle-ci cherche-t-elle son salut auprès d'Aline ?

- Aline se demande également si elle n'est pas en train de se dédoubler car elle a l'impression que Louise et elle ne font qu'un.

Certaines de ses actions (comme par exemple rompre avec une amie) sont commandées par Louise. Celle-ci devient de plus en plus envahissante en elle.

Elle se demande quelquefois si son "subconscient" n'a pas tout inventé, bien qu'elle soit sûre de ce qu'elle a vu. Elle voudrait qu'on l'aide car elle a peur d'être prise "pour une folle" si elle raconte ce récit.

Pour ce qui est de son histoire d'amour, Aline a connu Gérard il y a un an en Angleterre. Pour ne pas la quitter, il est venu vivre en France. Agé de 20 ans, il n'a pas de métier. Ils vivent ensemble, ont quelques camarades anglais, mais préfèrent rester tous les deux seuls car ils rient beaucoup ensemble et vivent dans un monde à eux. Elle supporte très mal les séparations, c'est pourquoi l'hospitalisation de Gérard en Angleterre depuis un mois est une épreuve très difficile. Elle est retournée vivre chez ses parents de peur de voir Louise.

Sexuellement, Aline s'entend bien avec Gérard mais a depuis quelque temps "une barre au ventre" quand elle fait l'amour et pense que ces douleurs sont psychiques car elle est très "angoissée".

Avant Gérard elle a eu quelques aventures sans importance. Ses parents ont mal accepté qu'elle quitte la maison pour vivre avec Gérard. Son père est depuis particulièrement froid avec elle, "ce n'est plus comme avant. Il désire que Gérard ait un métier". Elle est par contre plus proche de sa mère qu'elle vit "comme une copine".

Elle voit ses parents une fois par semaine, par contre son frère âgé de 15 ans vient la voir tous les jours.

Concernant la religion, Aline dit que son père est juif et sa mère catholique. Elle même aurait tendance à se situer du "côté catholique" mais sans vraiment l'affirmer.

De son vécu de la maladie, Aline dit qu'elle a eu un lupus vers l'âge de 11 ans. Elle a su au bout d'un an qu'il s'agissait d'une maladie grave et même très grave. "Ce sont les globules blancs qui bouffent les globules rouges, on est anémié et ça produit un tas de désordres".

Elle dit avoir beaucoup souffert des traitements, en particulier des corticoïdes qui lui ont provoqué des vergetures et l'ont fait grossir.

Vers l'âge de 13, 14 ans, elle a eu beaucoup de mal à accepter son corps. Depuis, elle est toujours en train de faire des régimes. Dès qu'elle a des angoisses, elle devient boulimique puis fait ensuite des tentatives pour maigrir. Actuellement elle voudrait perdre 10 kg et pour l'instant arrive à peu manger.

Aline raconte qu'elle a été odieuse avec ses parents au début de sa maladie, sans qu'elle sache pourquoi. Elle ne supportait pas qu'ils soient là car elle avait l'impression "qu'ils lui prenaient son air" au sens littéral du terme. "Ils me prenaient vraiment mon air, quand ils étaient dans la chambre près de moi, je n'arrivais plus à respirer".

Vers l'âge de 12 ans, Aline a découvert en "feuilleter des papiers" qu'à sa naissance, et ce jusqu'à l'âge de 1 an, elle a porté le nom de sa mère. Ce n'est qu'alors que son père l'a reconnue et épousé sa mère. Aline n'a pas parlé de sa découverte et a pensé que son père n'était pas le sien. A l'occasion d'une dispute avec lui, vers l'âge de 13 ans, elle lui a "jeté sa découverte à la figure". Elle pense que son père en a beaucoup souffert et se sent culpabilisée à ce sujet. Elle croit actuellement qu'elle est bien la fille de son père.

Aline se reproche d'être égoïste, elle désigne par ce terme de brusques accès d'agressivité qu'elle ne contrôle pas, en particulier avec sa famille. Elle voudrait "être bonne" mais n'y arrive pas.

Elle croit à la réincarnation de l'âme et se pose des questions sur l'existence de Dieu. Elle pense qu'en mourant notre âme renaît dans un autre être pour réparer les péchés commis dans une vie antérieure. En ce sens, sa maladie représente pour elle une faute à payer pour une vie antérieure où elle a été trop égoïste. Aline relie ses préoccupations métaphysiques obsédantes à son année de philosophie. Bien qu'elle aille très peu en classe pour rester avec Gérard, elle aimerait avoir son baccalauréat et travailler dans le tourisme.

Peu après notre entretien, Aline a découvert qu'elle était enceinte. Après un temps de réflexion, elle a demandé l'interruption de grossesse. Elle est suivie régulièrement à la consultation d'adolescents et a confié à son médecin, lors d'une dernière visite qu'elle avait surmonté ses difficultés psychologiques depuis qu'elle en avait compris le sens.

III - COMMENTAIRES

Pour ce qui concerne les théories médicales. C'est dans le dossier médical de pédiatrie, à travers le discours du médecin qui l'a suivie durant de longues années que nous retrouverons les traces de sa puberté et du déclenchement du processus d'adolescence.

A côté des indications purement médicales concernant l'évolution de la maladie, se trouvent notées des indications sur l'évolution physique d'Aline, en relation d'abord avec les conséquences du traitement corticothérapeutique "aspect cushingoïde, vergetures", etc... puis, progressivement, avec des signes pubertaires apparents (juillet 1978 : présente des signes sexuels normaux à 14 ans plus ou moins) décrits sous un angle purement objectif. Puis d'un mois à l'autre, le discours change laissant apparaître un écho plus subjectif concernant l'aspect physique d'Aline.

Novembre 1978 : "superbe fille à la mode, maquillée".

Novembre 1979 : "belle fille à la Rubens".

Ces notes du médecin font apparaître un mode d'investissement du corps érogène d'Aline à côté du "corps de souffrance".

En octobre 1980, lors de la décision d'arrêt de traitement, la lettre du médecin hospitalier aux parents en dit long sur les modifications de la relation soignant-soignée. Une non-compliance d'Aline aux examens demandés par le médecin (analyse d'urine de 24 h) est interprétée par celui-ci comme un rejet qui le touche personnellement, le processus de séparation entre lui et Aline intervenant de manière symbolique au moment de la décision d'arrêter le traitement qui vient signifier d'une certaine façon la guérison et par là même une moins grande dépendance des liens qui unissent soignant et soignée à travers la maladie.

La lettre qu'il écrit aux parents met en opposition "la surveillance régulière et attentive" que requiert la gravité du diagnostic de "lupus érythémateux disséminé" malgré les signes de guérison présentés par Aline et le processus d'adolescence dans lequel Aline est engagée : "certes, elle doit mener sans restriction la vie d'une adolescente de son âge, mais..."

Il rappelle au passage, pour appuyer et justifier le pouvoir qu'il veut maintenir sur le corps d'Aline, qu'elle lui doit la vie, en évoquant "les graves préoccupations de l'automne 1975, de l'évolution naturelle d'un lupus érythémateux disséminé avant l'introduction du traitement actuel".

Nous constatons que pour Aline, le processus d'individuation qu'elle a engagé par rapport au médecin hospitalier, à la maladie et aux parents, a suivi le cours de l'évolution de la maladie, son autonomie étant acquise en même temps que sa guérison. Dans ce cas, c'est apparemment le médecin qui ne supporte pas la rupture induite par la guérison de la maladie et le processus d'adolescence. Son appel à l'autorité parentale pour maintenir son propre pouvoir sur le corps d'Aline, met à jour le sentiment d'impuissance ressenti devant l'autonomisation de sa patiente.

Le transfert de prise en charge d'Aline par le service d'adolescents s'effectue dans un contexte d'indication gynécologique pour changement de pilule, ce qui indique qu'Aline a fait le choix de nouveaux objets sexuels et que son accès à une vie génitale est acquis.

Il est à noter que c'est toujours en filigrane qu'apparaissent dans le dossier pédiatrique, les difficultés psychologiques d'Aline, faisant état des résistances des médecins à consigner cet aspect des problèmes.

C'est après coup, une fois qu'Aline va bien, que le médecin signale dans une lettre à un confrère "qu'il a eu des appréhensions concernant l'équilibre psychique d'Aline au cours des mois écoulés" (juin 1977). C'est dans ce même climat de réticences que la rechute en décembre 1976 est signalée. On la devine plus qu'elle n'est dite.

Les relations qu'engage Aline avec l'équipe du service d'adolescents font état de son ambivalence à l'égard de l'institution hospitalière. Les plaintes somatiques (douleurs abdominales) qui justifient son hospitalisation en avril 1983 masquent des difficultés psychologiques liées au processus d'adolescence.

C'est justement à nous, en toute connaissance de notre statut de chercheur extérieur à l'institution, qu'elle choisit d'exprimer ses craintes d'entrée dans la psychose, ses doutes concernant son identité à travers un scénario fantasmatique qui met en scène toute sa problématique adolescente (dont la maladie n'est pas exclue).

Son attitude à l'égard du service est révélatrice des liens de dépendance qu'elle maintient avec l'hôpital (elle retourne vivre chez ses parents et se fait hospitaliser quand elle se sent menacée) et en même temps de son besoin de préserver son autonomie (c'est parce que nous sommes extérieurs au service qu'elle dévoile ses difficultés). La suite des événements prouve qu'Aline a su parfaitement utiliser le service pour une évolution favorable de ses conflits. Elle garde une relation privilégiée avec un médecin de la consultation qu'elle voit régulièrement, décide d'elle-même une interruption de grossesse, après mûre réflexion, et prend progressivement des distances avec ses conflits psychiques.

Dans le cas d'Aline, la maladie chronique n'a pas freiné le travail d'élaboration du processus d'adolescence. Les différents facteurs pouvant justifier cette évolution sont :

- son "entrée tardive en maladie", à l'âge de 11 ans en période pré-pubertaire,
- la brièveté des hospitalisations : hospitalisée deux mois au début de l'évolution du lupus, elle a ensuite été suivie uniquement en consultation avec traitement ambulatoire, même au moment de la rechute,
- l'investissement affectif du médecin de consultation pédiatrique qui, plus ou moins inconsciemment, a su prendre en compte autre chose que le "corps objectif dans ses liens à la maladie" et permettre à Aline l'expression de son "corps fantasmatique", même si cela s'est joué dans une atmosphère d'ambivalence,

- son histoire personnelle, les relations à ses parents, l'interaction avec le monde extérieur, sur lesquels nous ne pouvons pas nous attacher, ayant recueilli peu d'éléments à ce sujet au cours de notre entretien unique avec Aline.

Aline a une théorie de sa maladie qui s'intègre dans une problématique névrotique pouvant être reliée au processus d'adolescence. Sa maladie représente pour elle une "faute à payer" pour une vie antérieure où elle a été trop égoïste. Ce qu'elle appelle égoïsme est son agressivité incontrôlée à l'égard de ses parents. Celle-ci existait au début de la maladie alors qu'elle ne supportait pas la présence de ses parents dans sa chambre, ayant l'impression "qu'ils lui prenaient son air".

Pour Aline, le rejet des objets parentaux et des identifications antérieures suscite en elle une profonde angoisse concernant la cohésion de sa personne et la construction de son identité. Sa démarche étiologique visant à maîtriser sa culpabilité la renvoie à une théorisation de la maladie comme "punition pour ses péchés".

Les constructions fantasmatiques d'Aline autour de son roman des origines et de sa filiation semblent avoir suivi les aléas de son évolution.

- La première étape consiste en un rejet du père comme père biologique dans une tentative de mise à distance du conflit oedipien (utilisant les éléments réels de son changement de nom à (l'âge de 1 an).
- Le lupus l'ayant atteinte un an plus tôt, au moment de la réactivation du conflit oedipien et du réveil des sentiments incestueux, a pu être l'occasion d'un réveil massif d'une angoisse de castration, la maladie apparaissant comme une sanction (c'est à cette époque qu'elle a l'impression que ses parents lui prennent son air au sens littéral du terme).
- Puis l'apparition d'une arrière grand-mère paternelle, une nuit, vient légitimer de nouveau ses liens de filiation au père.
- Ses dernières constructions fantasmatiques, au cours de ses derniers mois, ont été élaborées alors qu'elle attend un enfant (sans le savoir consciemment) et que son ami est hospitalisé depuis un mois dans un hôpital anglais.

Elles renvoient à une ancestralité beaucoup plus ancienne, tenant compte des liens actuels qui l'unissent à Gérard qui, d'une certaine façon, l'intègrent dans sa filiation (comme lui, elle était anglaise autrefois et avant la même religion que lui).

Sa quête étiologique des origines de sa maladie trouve une réponse dans un contexte de culpabilité liée à un rejet des premières identifications parentales et au choix de nouveaux objets identificatoires qui vient contredire les projets paternels la concernant.

Le personnage de Louise est un double d'elle-même construit dans une tentative de réintégration d'un corps sain. Louise prend le relais mythique de Gérard auprès d'elle, dans une relation de double, de miroir, dans une tentative de maîtriser l'angoisse de séparation. Le caractère persécutoire que prend progressivement sa relation à Louise semble signer l'échec de cette tentative d'aménagement des conflits internes et de la réalité.

De même, ses élaborations concernant une différence de religion entre Louise et elle, rendent compte de la réalité de sa filiation (son père est juif et sa mère catholique). Le Dieu auquel elle fait référence semble être une projection de l'instance surmoïque en tant qu'héritier des parents, en tant que source de menaces et de punitions.

Les constructions d'Aline ne sont pas un délire mais sont à concevoir comme une "fantaisie" à replacer dans le cadre d'une symptomatologie hystérique, la fonction fantasmatique ayant pour but de combler les failles d'identité.

Son roman familial en tant qu'aménagement du conflit oedipien est révélateur de ses difficultés identificatoires. Les fantasmes d'identification renvoient aux rêveries diurnes de la petite enfance et intègrent, par conflits surmoïques des parents interposés, une généalogie fantasmatique incluant les grands-parents et les ancêtres. (Alain De Mijolla).

La relation qu'Aline a avec Gérard correspond plus à un attachement identificatoire sur un mode narcissique qu'à une relation réellement objectale. La mise en scène de la maladie dans sa construction fantasmatique tend à intégrer le somatique dans l'ordre du symbolique. Le rejet du père en tant que père biologique peut se comprendre dans le contexte de sa maladie du sang (lupus), celle-ci s'intégrant dans une filiation originaire qui est celle du corps de la mère au corps de l'enfant. Guyotat (1) montre à travers des observations comment les maladies qui ont un rapport avec le sang renvoient au lien originaire. "Ce lien de corps à corps, ce lien de filiation du corps de la mère au corps de l'enfant en même temps que le lien entre les parties du corps, se situe par rapport à une interrogation sur la filiation paternelle".

(1) Guyotat (J.), Mort, naissance et filiation.- Paris, Masson, 1980.

4. Tentatives d'objectalisation de la maladie et conduites à expression somatique

Une conduite de non-compliance au traitement d'une maladie chronique à l'adolescence peut être envisagée dans certains cas comme une activité ludique ayant une valeur élaborative visant à la maîtrise du corps malade et à l'accès aux représentations sexuées.

Le caractère non perceptible d'une maladie chronique peut s'associer dans certains cas à une non-compliance au traitement que les adolescents justifient par cette absence de perception des symptômes.

Il se peut que les signes visibles ou perceptibles consécutivement à l'arrêt du traitement (oedèmes, vomissements, malaise) permettent aux adolescents d'appréhender la maladie comme objet interne.

OBSERVATION DE DENIS, 15 ANS (n° 4)

DOSSIER MEDICAL

Denis est le cinquième enfant d'une fratrie de cinq (famille modeste). Il est hospitalisé à l'âge de cinq ans en pédiatrie à Bicêtre pendant trois mois pour une méningite purulente décapitée (mai 1973). C'est alors qu'est posé le diagnostic de **syndrome néphrotique** (protéinurie et albuminurie, présence d'oedèmes). Il est ensuite envoyé en séjour à Margency "en raison d'un milieu familial médiocre". Suivi en P.M.I., avant la découverte de la maladie, il est signalé que "cet enfant est surprotégé par sa grand-mère (dort dans son lit), très timide et inhibé".

Il est mis sous traitement de cortancyl. Une première rechute a lieu trois mois après, dès qu'on tente de diminuer le cortancyl. Une deuxième rechute survient alors qu'il a six ans. Il est ensuite en rémission pendant près de deux ans (jusqu'en juin 1976). Puis une troisième rechute survient alors qu'il est âgé de huit ans.

Une quatrième rechute a lieu à l'âge de neuf ans (février 1977). Il est noté lors de cette hospitalisation : "Aspect général : enfant maigre, sale, d'aspect triste, lymphatique, pleurs, angoisse". Le neurologue écrit également : "enfant mou, apathique, semble avoir peur, émotif". Peu de temps après il est signalé lors d'une visite de contrôle qu'il fait de la natation et du vélo et qu'il a une excellente mine. Mais un conflit oppose la mère de Denis aux médecins. Ceux-ci veulent qu'il mange normalement mais la mère maintient un régime sans sel.

Octobre 1977, Docteur D. : "La maman est cramponnée au régime sans sel et persuadée que Denis risque de rechuter si on l'arrête. Mon autorité n'est rien à côté de sa certitude, poursuite du régime sans sel".

Novembre 1977, Docteur J. : "Régime sans sel poursuivi, mère obsédée par ce régime tant que la corticothérapie est poursuivie. Tentative de discussion, mais la partie n'est pas gagnée !"

Février 1978, Docteur J. : "Suit toujours régime sans sel malgré explications claires et vigoureuses".

Juin 1978, Cinquième rechute à l'âge de dix ans. Bruno présente un comportement inhabituel, très excité pendant plusieurs mois.

Décembre 1979, Sixième rechute (à l'âge de onze ans) soignée en consultation, la mère étant très opposée à l'hospitalisation.

Octobre 1981, Septième rechute. La mère n'avait pas appliqué le traitement depuis deux mois.

Août 1982, Huitième rechute. Est pris en charge le service d'adolescents.

Janvier 1983, Hospitalisé pour malaises, vomissements, douleurs lombaires, il est remarqué que "Denis prend irrégulièrement son cortancyl. Il n'allait pas bien mais refusait de venir malgré tous ses symptômes". Etat de précollapsus. Septicémie. Oedèmes.

Il est vu pour l'entretien de recherche lors de cette hospitalisation.

ENTRETIEN DE RECHERCHE

Réticent dans un premier temps, Denis se détend rapidement et parle avec facilité. Il présente ainsi sa maladie : il est tombé malade à l'âge de cinq ans. "J'avais une méningite, plus les reins. Tout ça, c'est à cause des reins qui me donnent de l'albumine". Il se souvient du début de sa maladie : "J'étais "dans les vaps" et ne me rendais compte de rien". De ses hospitalisations successives, Denis dit : "qu'on l'a pris en main, car il était à deux doigts de mourir". "C'est comme cette fois, si j'avais pas été pris en main, j'étais près de mourir".

Au début il n'était pas conscient de la gravité de sa maladie : "Quant on est enfant, on ne pense pas à la mort". Alors qu'actuellement il sait qu'il peut mourir de ses crises d'albumine. Il explique sa non-compliance au traitement comme "un jeu avec la mort". Il joue avec son traitement depuis un certain temps : "Je sais que c'est grave, mais je me dis que ça va passer tout seul et j'attends l'extrême limite pour consulter".

De plus Denis ne veut pas se priver devant ses camarades. S'ils achètent des gâteaux, il en prend aussi mais prend des médicaments ensuite "pour compenser et éliminer l'albumine". En agissant ainsi, il veut savoir jusqu'où il peut pousser les limites de ses capacités physiques. La mort est souvent présente dans ses pensées. Parlant de l'avenir, Denis dit "qu'il y a des gens qui peuvent devenir adultes et même vieux avec la même maladie que lui". Il n'en connaît pas personnellement mais s'est renseigné. Et puis, il se dit qu'un jour "ça" ne reviendra plus.

Hormis le fait qu'en raison de sa maladie "il doit se sentir responsable de lui-même", il ne se vit pas comme différent des autres. Il a des camarades qui savent ses problèmes de santé et s'entend bien avec ses parents.

Il pense avoir été plus protégé par eux que ses frères, mais trouve cela normal puisqu'il est malade.

Il a besoin d'être au courant de l'évolution de sa maladie et lit régulièrement son dossier médical. Il parle aussi de ce sujet avec ses parents.

Pour Denis, le cortancyl est un médicament miracle, il ne comprend pas que Pierre (observation n° 3) qui a la même maladie que lui, ait de la tension à cause de son traitement.

Sur le plan affectif, il sort avec une fille à laquelle il est très attaché depuis un an. Ils ne font pas l'amour ensemble "parce qu'ils sont trop jeunes et que c'est une grosse responsabilité". Ils le feront plus tard. Corinne (son amie) le protège, faisant attention à lui, à son régime, etc...

Sur le plan scolaire, il prépare un C.A.P. de plomberie.

COMMENTAIRES

Les éléments du dossier médical relevés comme significatifs pour l'interprétation du cas de Denis sont les suivants :

- Des difficultés affectives soulignées chez Denis avant le diagnostic de syndrome néphrotique à l'âge de cinq ans : suivi en P.M.I., il est présenté comme un enfant très timide, inhibé, surprotégé par sa grand-mère.
- Un milieu familial jugé médiocre par l'équipe soignante au point de justifier en début de traitement un placement à Margency (pour une meilleure prise en charge thérapeutique).
- Une pathologie chronique grave ayant nécessité de nombreuses hospitalisations en raison de multiples rechutes.
- Une non-compliance de la mère aux ordres médicaux, celle-ci maintenant contre toute logique un régime sans sel pour son fils.
- Un bon contrôle de la maladie par le traitement qui est par ailleurs bien toléré sans effet secondaire.
- Une non-compliance de Denis au traitement à partir de l'âge de douze ans, provoquant des rechutes de la maladie.

A un premier niveau, nous pourrions interpréter les liens que Denis entretient avec sa maladie dans le contexte des processus de remaniements à l'adolescence.

Contrairement à ce qui se passe pour Pierre (observation n° 3) qui semble vivre une "adolescence blanche", la non-compliance de Denis à son traitement peut être comprise comme une conduite de risque permettant de marquer une rupture quant à sa dépendance médicale et d'authentifier sa transformation.

Considérant qu'il existe une antinomie entre le travail normal de l'adolescence et la situation imposée par la maladie, une telle conduite de démission peut constituer l'un des seuls moyens dont il dispose pour agir la séparation. Pourtant quand on reprend son histoire médicale, on constate que la mère de Denis a eu à l'égard des prescriptions médicales une attitude similaire de "détournement" (plutôt que d'opposition) des ordres médicaux au nom de ses propres convictions intimes.

Notamment toutes tentatives d'autorité, de théorie, de rationalisation médicales ne pèsent d'aucun poids par rapport à ses certitudes qui justifient pendant plusieurs années le maintien d'un régime sans sel pour Denis, comme étant pour elle le garant magique contre la rechute.

Son mode de fonctionnement se situe dans un registre archaïque de croyances où le rituel de la nourriture, équivalent oral du bon sein, est investi d'un pouvoir magique de réparation permettant de défendre Denis contre le mauvais objet destructif représenté par la maladie et de rétablir un certain équilibre interne.

En tant que bonne mère nourricière, elle a un sentiment de toute puissance sur la vie de son fils qui la pousse à rivaliser avec le pouvoir médical, auquel sont assimilés par association la maladie et le traitement perçus comme mauvais objets susceptibles de détruire Denis, dans une projection de ses propres pulsions agressives.

C'est dans ce contexte que peuvent être interprétés son refus d'hospitaliser Denis lors de sa sixième rechute et sa non-application du traitement pendant deux mois provoquant une septième rechute chez Denis.

Nous pourrions interpréter la conduite de Denis vis-à-vis de son traitement comme étant une répétition de celle de sa mère. Pourtant, en ce qui le concerne, son attitude paraît revêtir sous une même symptomatologie d'autres significations qui ne semblent pas forcément négatives pour son évolution ultérieure.

Dans un registre archaïque, le fonctionnement de Denis à l'égard de son corps est étroitement lié aux mécanismes paranoïdes. Il s'efforce de maîtriser par la toute puissance de ses pensées l'objet terrifiant (la maladie) qui l'habite et qui se trouvait primitivement à l'intérieur de la mère. A ce titre, il manipule son corps comme un objet partiel anal, véritable objet libidinal intermédiaire.

Ce jeu de mettre gravement sa vie en danger lui donne un possible sentiment de toute puissance.

Il y a manipulation de l'idée de mort sans qu'apparaisse chez lui une thématique dépressive. Son comportement peut être compris comme une tentative pour surmonter l'angoisse, tempérer la culpabilité dans un besoin de réparation visant à rétablir son corps et ses organes sexuels dans leur intégrité. S'il n'y a pas objectalisation de la souffrance au sens "génital" du terme, il y a néanmoins une tentative de réappropriation de son corps, qui va de pair avec un sentiment de toute puissance, de surestimation narcissique, les représentations de la maladie ayant un statut d'objet interne anal que Denis prend plaisir à contrôler, maîtriser en s'opposant "au pouvoir médical", ressenti comme substitut maternel. C'est dans cette problématique anale de contrôle que peuvent être interprétés le fait de consulter à la "dernière limite", de lire son dossier médical, de se dire "responsable de lui-même en raison de sa maladie.

Par ailleurs la position masochique apparaît dans son plaisir à "être pris en main" par la structure hospitalière lorsqu'il est "à deux doigts de mourir". Il livre alors son corps aux investigations médicales qu'il subit comme une satisfaction passive. Contrairement à sa mère, l'hôpital est ressenti par Denis comme un bon objet, susceptible de le réparer même s'il est "à l'extrême limite" et investi à cet égard d'un pouvoir sans

restriction, de même qu'il accorde au Cortancyl des vertus miraculeuses quasi magiques pour son maintien en vie.

Ce processus de répétition de la situation traumatique envisagé comme une activité ludique visant à l'intégration de la maladie a un effet de restauration narcissique dans le cas de Denis.

Il est à noter qu'il ne se présente plus du tout comme l'enfant "craintif, apathique et mou" décrit par les médecins pendant plusieurs années. Il a un contact facile, de bonnes facultés de verbalisation et semble à l'aise sur le plan relationnel.

La non-compliance de Denis à son traitement est notée dans le dossier médical à partir de l'âge de douze ans. Cette conduite **peut être interprétée comme symptôme spécifique du démarrage d'un processus d'adolescence.**

Il semble s'agir d'un passage à l'acte prenant le corps comme lieu privilégié d'externalisation des conflits.

Ce choix d'une mise en avant du corps, paraît de façon prévalente prendre sens dans le contexte d'une maladie chronique et témoigne de la fragilité des assises narcissiques inhérentes à la crise pubertaire particulièrement chez ces sujets. Nous trouvons chez Denis cette propension de l'adolescent dont parle Laufer (1) à séparer un corps sexué d'un corps régressif et souffrant, asexué, qu'il offre à sa mère et au service hospitalier (comme substitut maternel) afin de retrouver une situation infantile passive de maternage (non dépourvue pour lui d'un certain érotisme masochique).

Sa problématique s'inscrit dans des difficultés de symbolisation qui paraissent dépasser le cadre spécifiquement adolescent. Notamment l'intégration de l'expérience de la maladie passe par le recours au visible et au ressenti : en effet, quand Denis suit son traitement, il n'existe aucun signe manifeste de la maladie, ni sur le plan du visible ni sur un ressenti de douleur. Dès qu'il ne se soigne plus, la pathologie s'exprime au niveau de son corps par oedèmes repérables (parfois spectaculaires par leur aspect) et par de nombreux malaises physiques. Son choix d'objet actuel (sa petite amie qui le protège et lui rappelle son traitement) semble être de type anaclitique.

En conclusion, la symptomatologie présentée par Denis n'est pas à interpréter comme des prémices d'une organisation pathologique, mais au contraire comme ayant un rôle structurant sur le plan narcissique et relationnel.

Le pronostic vital n'étant pas alarmant dans le cas de Denis permet à celui-ci d'évoquer les risques de mort sans que cela mette à l'épreuve ses capacités d'adaptation et d'élaboration fantasmatique.

(1) Laufer (M.), Psychopathologie de l'adolescent. Quelques principes d'évaluation et de traitement.- Revue Adolescence, tome 1, n° 1, 1983.

CHAPITRE V

MISE EN EVIDENCE DES DIFFICULTES ET ECHECS DANS LES TENTATIVES D'OBJECTALISATION DE LA SOUFFRANCE A L'ADOLESCENCE

1. Tentatives d'objectalisation de la souffrance et défenses maniaques (1)

Le recours aux défenses maniaques à l'égard d'une maladie chronique, à l'adolescence, peut être utilisé en tant que mécanisme prévalent permettant l'évitement d'un état dépressif.

Bien que ces défenses maniaques court-circuitent le processus personnel de symbolisation, elles ne sont pas pour autant pathologiques et constituent quelquefois face à une menace narcissique insupportable liée aux caractères spécifiques d'une maladie, les seuls modes défensifs efficaces et actifs pour un réaménagement de l'organisation psychique.

(1) D'une certaine façon, les observations de Manuel (n° 19) et Vincent (n° 9) montrent que l'intégration de leur maladie se fait par un recours aux défenses maniaques.

OBSERVATION DE BARBARA, 17 ANS (n° 13)

DOSSIER MEDICAL

Barbara est la deuxième enfant d'une fratrie de deux. Hospitalisée pour la première fois à Bicêtre à l'âge de onze ans, dans le service de pédiatrie, en raison de l'apparition d'une difficulté à la montée des escaliers et d'une fatigabilité à la marche, Barbara fait également des chutes fréquentes, a l'impression que sa jambe droite est lourde et a des fourmillements au niveau des pieds. **La conclusion diagnostique est celle d'une sclérose en plaques débutante** chez une enfant de onze ans.

Il est à noter que la S.E.P. aurait débuté avant car à l'âge de huit ans, Barbara avait consulté en ophtalmologie pour une baisse de l'acuité visuelle, avec **hypermétropie et strabisme**.

A l'âge de neuf ans, elle avait présenté un **épisode de dyslexie et dysorthographe** et peu après une diplopie et des céphalées avec des épisodes d'**hypotonie de la tête et des membres** à la suite d'une chute.

Il est dit dans un extrait de lettre du médecin hospitalier au médecin traitant : "Nous avons expliqué aux parents qu'il s'agissait d'une maladie susceptible de récidiver mais nous n'avons pas présenté le mot. Nous avons parlé de "maladie inflammatoire du système nerveux".

Dans une autre lettre du chef de clinique au kinésithérapeute, il est dit : "Le diagnostic n'a pas été révélé aux parents (...) Il semble tout à fait indispensable que vous continuiez la rééducation de cette enfant, mais il faut bien savoir que sur le plan thérapeutique, nous sommes malheureusement très démunis et nous devons nous résoudre à attendre une hypothétique résolution spontanée en sachant que les rechutes et l'apparition de signes nouveaux sont possibles à tout moment".

A l'âge de douze ans, un an après que le diagnostic ait été posé, Barbara est réhospitalisée en raison de céphalées, de troubles de la marche et gêne du pied droit qui fauche à droite entraînant des chutes. Barbara a présenté aussi quelques mois auparavant un épisode de chute des deux paupières pendant quinze jours.

On conclut à une **nouvelle poussée de sclérose en plaques** qu'on traite par une corticothérapie sous forme de perfusions intraveineuses en séances quotidiennes. Ce traitement permet une nette amélioration. Une lettre du chef de service au médecin traitant dit que "Barbara est partie en vacances et doit revenir de temps en temps à la consultation de pédiatrie dans un but de soutien".

Une autre lettre adressée à un médecin hospitalier parle peu après de "pronostic d'avenir bien réservé avec une telle affection chez une malade aussi jeune".

Deux mois après sa deuxième poussée de S.E.P., il est noté une amélioration de l'état de Barbara mais avec une persistance d'un syndrome pyramidal des membres inférieurs.

Pendant un an, Barbara va ensuite "assez bien". Elle a de temps en temps des fourmillements et surtout de la fatigue. Barbara et sa mère ont un entretien avec une psychiatre du service (cf. compte rendu, p. 86)

Elle fait ensuite, à l'âge de treize ans, une troisième poussée de S.E.P. au cours de laquelle elle ne peut plus marcher. Elle présente un syndrome cérébelleux qui explique l'aggravation de la marche. "La mère est au courant du diagnostic mais non du pronostic, semble-t-il". La mère et la fille ont alors un entretien avec le psychiatre du service "qui ne voit pas pour l'instant la nécessité d'un soutien psychothérapeutique".

A l'âge de quatorze ans et demi, elle présente une nouvelle poussée de S.E.P., Barbara s'aide avec une béquille depuis quelques mois. Elle a cessé la danse depuis un an mais continue à aller à la piscine une fois par semaine. Elle porte des lunettes pour lire et a des tremblements (raideur et hypothermie de la jambe gauche).

Elle est en classe de troisième dans une école normale (après un essai de six mois en école spécialisée). Un mois après il est noté que Barbara a changé d'école. "A continué de s'améliorer mais n'est pas revenue à ses performances antérieures. Toutefois est gênée autant par ses difficultés motrices que par ses troubles de l'équilibre". Le médecin hospitalier parle pour elle de "difficultés psychologiques".

Barbara est ensuite réhospitalisée à l'âge de dix-sept ans pour **une poussée de S.E.P.** dans le service d'adolescents avec une symptomatologie paraplégique et cérébelleuse. Elle pèse alors soixante quatre kilos et mesure un mètre soixante et un (obésité).

"Barbara a la phobie des perfusions. Cela signifie qu'elle est bien malade, ne l'admet pas".

Le père est chef de travaux, la mère caissière. Le frère ne vit pas au domicile familial. Barbara a arrêté sa scolarité en troisième.

C'est au cours de cette hospitalisation que nous avons un entretien avec elle.

**ANNEXE DU DOSSIER MEDICAL : COMPTE-RENDU DE L'ENTRETIEN AVEC LE
PSYCHIATRE DU SERVICE ALORS QUE BARBARA EST AGÉE DE 12 ANS (cf.
p. 87)**

Entretien avec Mme A...

Ce qui ressort essentiellement de l'entretien est une très grande anxiété de cette mère, toujours sur le qui-vive et utilisant chaque petit élément en faveur de cette anxiété. Ce qui peut surprendre c'est l'utilisation des manifestations somatiques de Barbara comme argument psychosomatiques. (Ce qui permet à la mère d'apaiser ses sentiments morbides par l'explication). En effet cette mère fait planer sur ses enfants et sur elle-même une peur continuelle de menace du monde extérieur : délinquance, kidnaping, viol à la limite.

Dans ce contexte on a le sentiment que la famille vit assez repliée sur elle-même, exerçant un contrôle continu sur toutes les afférences extérieures.

Mme A... se plaint dans ce système qui lui permet de contrôler les activités de ses enfants, sous le prétexte de vouloir être proche d'eux. Elle confond d'ailleurs le rôle de mère et celui de copine, voulant alternativement être les deux selon ses besoins.

Ceci entraîne une certaine infantilisation de ses enfants, et surtout de Barbara qui reste câline, fragile, vulnérable selon Mme A... Il existe de plus une identification projective entre Mme A... et Barbara, ce qui entraîne une complaisance certaine de celle-ci vis-à-vis du comportement de sa fille.

Il faut noter dans l'histoire familiale deux faits qui ont leur importance :

- 1) le père, camionneur, est souvent absent,
- 2) la mère est nourrice d'un enfant illégitime, que les parents viennent voir rarement et qui alimente les fantasmes d'abandon de toute la famille.

Barbara

Entretien relativement aisé, pendant lequel Barbara aborde essentiellement le thème de l'abandon. Abandon de ses camarades de classe. Impossibilité de compter sur les autres, impression de petite fille fragile sur le plan affectif, demandant une réassurance pour pouvoir fonctionner.

l'importance de l'histoire du petit garçon vivant chez eux, qui réactive en permanence la peur de la perte d'amour parental, et l'abandon physique ; toutefois cet événement est décrit au niveau de la réalité extérieure.

Autre point-cléf de l'entretien, la peur transmise par la mère. Peur du monde extérieur hostile, agressif, dangereux, menaçant. Les peurs fantasmatiques de l'enfant semblent être parfois vécues au niveau de la réalité par la mère, ce qui rend plus difficile l'interprétation de ces craintes.

Dans l'état actuel des choses, vu la gravité de diagnostic envisagé, il ne semble pas urgent de prendre en charge Barbara.

Toutefois, je me mets à la disposition de la mère, qui va être très angoissée par cette maladie somatique et qui risque d'interagir par son angoisse sur Barbara".

ENTRETIEN DE RECHERCHE

Barbara s'exprime facilement. Sans avoir de demande précise, elle a besoin qu'on vienne à elle. Cet entretien est l'occasion pour elle de s'impliquer sans s'engager pour autant dans un processus psychothérapique qu'elle vit comme dangereux.

Voici comment elle dit l'histoire de sa maladie : elle est atteinte d'une S.E.P. (dit en abrégé), c'est-à-dire d'une sclérose en plaques. Tout a commencé à l'âge de neuf ans avec des problèmes aux yeux. D'un seul coup, elle a eu 3/10e à un oeil, ce qui l'a obligée à porter des lunettes. Sept ou huit mois plus tard, son regard est redevenu normal. Après elle a eu un déséquilibre magnétique : "j'étais toute molle, toute flasque comme une poupée de chiffon". Un autre soir à la sortie de l'école, elle boitait... Elle a "fait" alors de nombreux médecins allant jusqu'à Nice pour consulter un spécialiste. Personne n'y comprenait rien.

Puis à onze ans, elle a été hospitalisée à Bicêtre et c'est là qu'ils ont établi le diagnostic de la maladie. Les médecins ont dit à sa mère qu'elle avait une S.E.P. et celle-ci le lui a répété aussitôt. De toute façon, elle l'aurait su. Elle n'aime pas qu'on lui mente, qu'on lui cache des choses : "Ca ne me fait rien du tout d'avoir une S.E.P. On a ça, on a ça. Je l'ai, je la garde. Ma maladie, c'est presque mon Moi". Barbara évoque son attitude de dérision par rapport à sa maladie dans le contexte d'une complicité à sa mère : "Ma mère, la maladie, elle connaît pas !" Celle-ci serait elle-même atteinte d'un cancer du sein qu'elle ne soigne pas. Elle a des écoulements sanglants des mamelons depuis cinq ans dont elle plaisante sans arrêt. "Elle dit aux gens qui viennent à la maison en appuyant sur ses seins : "Oh ! regardez, c'est noir, c'est un cancer, je vais mourir !" et elle rigole".

De même, Barbara éprouve le besoin d'utiliser la dérision même quand elle a des crises, de rire avec sa mère de ses tremblements des mains ou de sa jambe qui se dérobo. Quelquefois, quand elle plaisante sur ce sujet, son frère de vingt ans ne supporte pas : "Ca lui fait mal que je puisse rire de ça". Barbara aime à dire que sa mère et elles sont vécues par les autres comme deux soeurs. Elle se confie à elle comme à une amie. Elle dit avoir terriblement besoin d'elle, tout en constatant qu'elle est envahissante : "Quand on me demande des choses sur la maladie, elle parle à ma place comme si c'était elle, et elle raconte n'importe quoi". Sa mère lui reproche d'être l'esclave de ses amies, quand elle en a, de les acheter pour les maintenir auprès d'elle. Barbara reconnaît qu'elle est prête à tout pour garder ses liens d'amitié. Elle pense qu'elle est vécue par les autres comme elle-même se sent aux yeux des autres : une handicapée.

Barbara se plaint d'avoir été traitée "comme une poupée de porcelaine" (l'image de la poupée de chiffon ou de porcelaine revient à plusieurs reprises dans son discours) par les professeurs et les élèves, d'être regardée d'une drôle de façon dans la rue. "Dans ce cas, je les regarde

jusqu'à ce qu'ils baissent les yeux", de ne pas pouvoir maîtriser son corps, elle qui faisait de nombreux sports autrefois a dû renoncer progressivement à tout. Elle continue seulement à aller à la piscine et décrit de façon pénible sa marche hésitante du vestiaire jusqu'au bord de la piscine où elle pose sa serviette et enfin sa détente quand elle est dans l'eau. En général, elle attend pour y aller qu'il n'y ait plus personne.

Elle a été très inquiète lors de la dernière crise (qui justifie l'hospitalisation actuelle). "Ca a mis plus longtemps que d'habitude pour revenir".

Barbara ne veut pas savoir l'évolution de son mal et dit n'avoir rien lu sur le sujet. "Il vaut mieux vivre au jour le jour". Son but est de maintenir une cohésion familiale en dépit de la maladie. Elle veut que "l'ambiance reste à la rigolade" et ajoute : "Et justement si un jour je reste bloquée... je ne sais pas comment ça va se passer". A notre demande de préciser ce qu'elle veut dire par "rester bloquée", elle répond : "Ne plus remarquer". Barbara hésite puis dit : "Je voudrais que même dans ce cas là, rien ne change à la maison".

Elle pense que sa dernière crise a été provoquée par une déception sentimentale. Deux mois auparavant, une radio libre qu'elle écoute, a diffusé le message d'un garçon qui demandait à rencontrer des filles. Après beaucoup d'hésitations, Barbara a fini par écrire. Pendant un mois, ils se sont téléphonés puis une rencontre a été organisée chez elle avec ses parents. Il est arrivé avec un ami et Barbara raconte comment elle s'est "postée avec sa béquille", bien qu'à ce moment elle ne lui était pas nécessaire (n'ayant pas eu de crise depuis un an). Ils ont bu le champagne puis sont allés se promener (avec les parents). Ils ont continué à se téléphoner de temps à autre par la suite. Barbara lui a dit : "Tu m'as vue avec ma béquille, c'est à prendre comme ça ou à laisser". Il lui a répondu qu'il s'en fichait mais depuis elle n'a plus de nouvelles. Elle a tellement investi en lui qu'elle se sent très malheureuse. Elle est ambivalente quant aux raisons qu'elle donne à cette rupture : "C'est parce qu'il s'en fout"... "C'est parce qu'il a des ennuis ou du travail". "Les autres filles peuvent dire "un de perdu dix de retrouvés", mais moi ? "

Barbara a eu l'année dernière des rapports sexuels avec un cousin. C'est la première fois qu'elle en parle. Elle était à Toulon chez lui, ils s'ennuyaient, alors ils ont fait l'amour : "Je voulais savoir ce que c'était, je ne veux pas mourir idiote".

Cela l'a déçue, "pas vraiment dégoutée" mais "ça ne la tente pas". Elle ne s'est pas posé de question concernant le bon fonctionnement de ses organes génitaux, son désir étant seulement de savoir ce que c'était".

Barbara se sent frustrée dans ses désirs. Elle dit qu'elle aimerait arriver à ne plus en avoir du tout pour ne plus être déçue. Elle a renoncé à sa scolarité, s'isole, se replie sur elle-même, mais sous cette apparence de renoncement (encouragé par sa mère) elle se sent profondément révoltée par sa situation et alterne entre deux attitudes opposées concernant sa maladie, qui consistent soit à l'exhiber, soit à la cacher, soit de se plaindre de son handicap ou d'en rire, soit de "faire comme si" elle était comme tout le monde.

COMMENTAIRES

Ce qui caractérise l'observation de Barbara est, sur le plan médical, la gravité du diagnostic de sclérose en plaques associée sur le plan pronostic à un risque d'invalidité d'autant plus grand que la maladie a commencé tôt (à l'âge de huit ans). Tout au long de l'histoire médicale, consignée dans le dossier, il est fait allusion "au pronostic d'avenir bien réservé avec une telle affection chez une malade aussi jeune".

Il est à noter, dans une même configuration, la réserve émise par les psychothérapeutes quant à l'éventualité d'une prise en charge psychologique tant leur relation à Barbara est infiltrée par les notions de gravité pronostique et d'invalidité corporelle, mettant en échec leurs désirs de réparation, et ce, malgré une reconnaissance des difficultés affectives manifestes de cette adolescente.

La compréhension du vécu de la maladie par Barbara demande un approfondissement de la notion de défense maniaque qui nous paraît pertinent pour rendre compte des mécanismes mis en jeu au niveau du Moi chez cette jeune fille, tant à l'égard de sa pathologie somatique qu'au processus pubertaire. Winnicott en donne la description suivante : "L'expression "défense maniaque" se propose de couvrir la capacité dont dispose une personne pour dénier l'angoisse dépressive inhérente au développement affectif, angoisse qui appartient à la capacité de ressentir de la culpabilité, de reconnaître sa responsabilité pour les expériences instinctuelles, et pour l'agressivité dans le fantasme qui accompagne les expériences instinctuelles".

Par ailleurs, Winnicott montre comment la défense maniaque est un mécanisme couramment utilisé mettant en jeu l'opposition entre réalité intérieure et réalité extérieure. L'attitude de dérision prônée par Barbara à l'égard de sa maladie nous paraît relever sous de nombreux aspects de la défense maniaque : la façon qu'elle a de rire des manifestations de la maladie au moment des crises, dont elle remarque l'effet discordant produit notamment dans les réactions de son frère à qui "cela fait mal" qu'elle puisse rire de ce sujet, son désir que l'ambiance reste à la rigolade qu'elle met en opposition avec l'aggravation possible de son évolution ("même si un jour je reste bloquée").

Ces processus maniaques utilisés par Barbara prennent appui sur la position franchement maniaque de sa mère qui encourage largement chez sa fille le recours à ce type de mécanismes dans une interaction identificatoire entre elles. "Ma mère, la maladie, elle connaît pas" dit Barbara, utilisant volontairement une dénégation pour introduire justement le cancer du sein de celle-ci et le mépris qui lui est associé par l'attitude exhibitionniste, volontairement provocatrice de la mère.

De même que sa mère utilise son sein malade comme objet extérieur susceptible de diminuer la tension dans la réalité intérieure, Barbara emploie sa béquille comme projection perceptible dans la réalité extérieure de la maladie qui menace de destruction sa réalité interne.

Son recours à la béquille, dans les circonstances de sa rencontre si importante avec le garçon qu'elle aime nous paraît particulièrement significative d'une défense maniaque. L'objet béquille offert au regard de l'autre à un moment où la maladie ne se manifeste pas de façon visible sur son corps, prend la place des représentations et des sensations corporelles internes de souffrance, devenant symbole de la maladie.

Cependant, comme l'a remarqué Ph. Gutton (1) "les productions symboliques maniaques court-circuitent le processus personnel de symbolisation. Ils restent soumis à une polysémie culturelle sans connexion avec un symbolisé".

Les deux images, de la poupée de chiffon et de la poupée de porcelaine, que Barbara renvoie comme symboles d'elle-même, ont "l'aspect d'étrangeté de la mise en scène comparable à la rencontre du sujet et de son double automate" (1) (Ph. Gutton).

Il existe une non-inscription de Barbara au niveau de son Moi, comme intervenant dans le Je.

Quand Barbara a des troubles physiques, des mouvements du corps qui lui échappent ou au contraire une fixité qu'elle ne contrôle plus, elle rit de ce double grotesque d'elle-même, qu'elle n'assimile pas à son Moi (comme représentation clivée d'elle-même).

Le mauvais objet (représentation du corps malade) est "excorporé", c'est à dire projeté à l'extérieur de soi.

Les défenses maniaques de Barbara fonctionnent sur le modèle de l'incorporation-excorporation, court-circuitant de ce fait le processus de symbolisation de l'activité fantasmatique.

Dans la scène de la rencontre, telle qu'elle l'évoque - elle, sur le pas de sa porte, appuyée sur sa béquille qu'elle exhibe - la symbolique maniaque apparaît comme "acte symbolique" donné à voir. Un tel acte a pour caractéristique de ne pas permettre la communication. Ce n'est qu'après, au téléphone, que Barbara dit au garçon "Tu m'as vue avec ma béquille, c'est à prendre comme ça ou à laisser".

Le déni des sensations de dépression apparaît dans le dessin qu'elle fait vers l'âge de douze ans d'un oiseau volant au dessus de pics de montagnes, alors qu'elle-même présente à ce moment une nouvelle poussée de S.E.P. l'empêchant de marcher. Cela correspond aux fantasmes omnipotents de maîtrise toute puissante de la réalité extérieure liés chez Barbara à son état de défense maniaque, contre-dépressif.

(1) Gutton (Ph.), A propos des méthodes maniaques utilisées chez les enfants.- In Psychanalyse à l'Université, juin 1982, tome 7, n° 27.

Mais par ailleurs Winnicott (1) dit : "Il est caractéristique de la défense maniaque que l'individu soit incapable de croire pleinement à une certaine animation qui nie l'état de mort" et dans une autre partie : "On voit parfois une reconnaissance étonnamment profonde de certains aspects de la réalité intérieure chez des gens qui néanmoins n'admettent pas comme faisant partie d'eux-mêmes les êtres qui les habitent".

Sous de nombreux aspects, Barbara reconnaît la gravité de ses troubles ainsi que l'évolution de son mal : "Si un jour je reste bloquée" "Ma maladie c'est presque mon Moi". Ce qu'elle évoque de sa marche pénible jusqu'à la piscine, ainsi que ce que la maladie induit comme perte objectale : "les autres peuvent dire un de perdu, dix de retrouvés, mais moi ?"

Le regard qu'elle ressent comme déplaisant des autres sur elle, "poupée de porcelaine" en état "d'animation suspendue" prouve qu'elle reconnaît dans une certaine mesure la réalité intérieure dangereuse de destruction et de mort.

Cette référence au double renvoie à la notion "d'inquiétante étrangeté" (Freud) (2) telle que De M'Uzan (3) la reprend dans une différenciation psyché-soma".

"Comment éclairer le sens de cette situation paradoxale où le sujet s'éprouve comme son propre fantôme, tout en cherchant une preuve de son irréalité dans sa rencontre avec un autre réduit lui-même à l'état de double".

En ce sens les manifestations de la maladie chez Barbara sont des "symptômes somatiques" émanant de l'organisme et soustraits par là même à toute espèce de contrôle. "Les frontières entre intérieur et extérieur en deviennent doublement incertaines car le corps, la pensée et le double du sujet tendent sans cesse à passer les uns dans les autres voire à se confondre tout à fait".

Pour ce qui concerne le processus d'adolescence, encore une fois nous constatons que les représentations de la maladie et les représentations de la puberté, chez Barbara, font bloc dans un jeu combinatoire donnant lieu à une érotisation autour des dégâts de la maladie :

(1) Winnicott (D.W.), *Les défenses maniaques.* - In, De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, P.B.P., 1969.

(2) Freud (S.), *L'inquiétante étrangeté.* - In, *Essai de psychanalyse appliquée*, Paris, Idées, Gallimard, 1923.

(3) De M'Uzan (M.), *E.S.J.M.* - In, *De l'art à la mort*. Paris, Tel, Gallimard, 1977.

Quand Barbara dit qu'elle a fait l'amour avec son cousin parce qu'elle ne veut pas mourir idiote, le sous-entendu est "qu'elle ne veut pas mourir vierge". Etre idiote concerne les conséquences possibles de la S.E.P., la virginité renvoie au corps sexué féminin. En cela, l'acte sexuel a pu être vécu comme ayant une valeur conjuratoire visant à effacer la maladie au profit d'un accès à la génitalité, processus au cours duquel l'image du corps physiquement mûr doit venir s'intégrer à la représentation de soi. Cet acte sexuel peut être également compris comme une défense maniaque qui exploite les aspects physiques de la sexualisation aux dépens de la réalité interne. La déception qu'elle éprouve après coup prouve que la défense n'est pas satisfaisante, l'acte n'ayant pas permis la maîtrise omnipotente des mauvais objets intériorisés.

En conclusion,

Le recours à la défense maniaque comme mécanique de défense prévalent du fonctionnement mental de Barbara ne nous paraît en aucun cas pathologique. S'il est vrai que ce mécanisme correspond à un évitement de l'état dépressif, il ne met pas en jeu pour autant une mauvais élaboration de la position dépressive (M. Klein) qui implique une prise en compte de l'ambivalence. Les caractères particuliers de la relation à la S.E.P. tenant à la nature discontinue et imprévisible de l'affection menaçant de destruction progressive le sujet sur le plan narcissique et objectal (1) ne peut qu'entraîner une déstabilisation complète du fonctionnement psychique donnant lieu à des modes de défenses peut-être plus archaïques mais également plus efficaces et actifs sur le plan d'un réaménagement de l'organisation psychique.

Il nous semble par ailleurs que la problématique de Barbara se situe dans un registre oedipien : la maladie comme castration est un thème qui apparaît d'autre part fréquemment dans son discours. C'est sur cette position qu'à notre avis va s'élaborer progressivement l'intégration de la maladie pouvant permettre une reconstruction en fin d'adolescence de l'image de soi.

Le réaménagement psychologique autour de la maladie ne peut faire l'économie d'un processus de deuil avec reconnaissance interne des affects dépressifs. Malgré la mise en avant des défenses maniaques, cet autre processus nous semble paradoxalement déjà à l'oeuvre chez Barbara.

(1) P. Bovier, Vivre la sclérose en plaques.- Revue de médecine psychosomatique, tome 23, n° 2, 1981.

2. Signes visibles de la maladie et échec du processus d'objectalisation de la souffrance (1)

Les signes ou symptômes visibles correspondant aux stigmates de la maladie ou du traitement peuvent être cause d'échecs dans les tentatives d'objectalisation de la souffrance.

La visibilité symptomatique, marque de la blessure narcissique, est alors vécue sur un mode persécutoire et empêche l'élaboration fantasmatique de la maladie.

C'est en référence au corps jugé, regardé que la maladie est appréhendée par les adolescents. Le corps n'acquiert une réalité pleine et entière qu'en fonction de son acceptation du regard et du jugement d'autrui permettant de construire une image du corps en accord avec la configuration fantasmatique dessinée par ses désirs.

L'écart entre la réalité du corps et le projet imaginaire est à l'origine du manque. Les signes visibles de la maladie deviennent pour les adolescents, les symboles de ce manque.

(1) Cf. l'observation de Mélanie (n° 1) où les symptômes visibles de la maladie (ainsi que le risque létal très important) signent l'échec du processus d'objectalisation de la maladie. On y retrouve comme chez Farida (n° 14) la non-compliance au traitement et des conduites suicidaires.

OBSERVATION DE FARIDA, 15 ANS (n° 14)

DOSSIER MEDICAL

Farida est hospitalisée dans le service de pédiatrie de l'hôpital Bicêtre pour le traitement d'une **hépatite chronique avec insuffisance hépatocellulaire** survenue alors qu'elle est âgée de douze ans.

On note dans ses antécédents familiaux que ses parents d'origine algérienne sont en France depuis de nombreuses années et que sa fratrie est composée de trois soeurs et quatre frères.

Histoire de la maladie

A l'âge de douze ans, Farida présente un ictère avec évolution favorable sans traitement. Quatre mois plus tard, elle est hospitalisée pour hémorragie méningée avec coma. Au cours des mois suivants, il y a altération de l'état général avec quelques épistaxis récidivantes.

A l'âge de treize ans, Farida est hospitalisée d'urgence pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, fébrile. Les examens révèlent une ascite et un foie dur de type cirrhotique sans nodule visible. Il est alors pratiqué une appendicectomie. C'est alors qu'est posé le diagnostic d'**hépatite chronique active auto-immune**. Elle est traitée au Cortancyl et à l'Imurel. L'évolution est progressivement favorable, compliquée toutefois par une surinfection d'ascite.

Depuis cette période, est notée une évolution un peu en dents de scie des transaminases, ayant à plusieurs reprises fait poser la question d'un traitement mal pris. La corticothérapie est mal supportée, avec une obésité, un faciès cushingoïde, une tension souvent limite aux alentours de 13/9.

Farida est réhospitalisée à l'âge de quatorze ans pour une rechute d'évolution très favorable avec réaugmentation des doses de corticoïdes.

Vers l'âge de quatorze ans et demi, on note en consultation une perte de poids de quatre kilos en deux mois et demi, une normalisation tensionnelle et la réapparition d'un subictère alors que les examens biologiques sont en aggravation notable.

L'entretien avec Farida confirme qu'elle prend très irrégulièrement ses médicaments.

Elle est l'aînée d'une famille de neuf enfants, d'origine maghrébine. Sa mère ne travaille pas. Son père est en invalidité à la suite d'un accident de travail. Sa mère est actuellement fatiguée et déprimée à tel point qu'est envisagée à court terme une hospitalisation. Son père semble peu intervenant.

Le suivi thérapeutique tourne autour de la difficulté à prendre le régime sans sel, de la surcharge pondérale, et peut-être d'un rejet du milieu médical, culpabilisant. Sous traitement par Cortancyl et Imurel, la fonction hépatique se normalise progressivement.

C'est à ce moment que nous la rencontrons pour un entretien de recherche.

Il nous a paru important de poursuivre l'étude du dossier médical qui rend compte de l'évolution ultérieure de Farida tant sur le plan physique que psychologique.

A la suite de ses aveux de non-compliance au traitement en raison de mauvaises relations avec le médecin hospitalier de Normandie, il est décidé pour Farida une prise en charge par le service d'adolescents de Bicêtre avec comme médecin référent une femme (la chef de clinique) et parallèlement un suivi régulier par le médecin généraliste de la famille.

Il semble cependant que cet aménagement ne soit pas suffisant pour une bonne compliance au traitement. Malgré des signes cliniques d'imprégnation cortisonique (vergétures et faciès cushingoïde), des résultats biologiques révèlent que le traitement n'est pas toujours parfaitement pris.

Il est décidé après quelques mois, en accord avec Farida, qu'une infirmière vienne à domicile tous les jours le matin pour lui donner son traitement.

A l'âge de seize ans, Farida est transférée après quarante huit heures d'hospitalisation à Flers, dans le service d'adolescents de Bicêtre pour un coma profond en rapport avec une intoxication médicamenteuse. Elle avoue elle-même avoir pris une dizaine de comprimés de Noctran 10, médicament utilisé par son père.

Il apparaît que le problème essentiel est que Farida a du mal à faire accepter à sa famille ses relations avec un garçon de son âge, dans le contexte de la religion musulmane. Après deux entretiens avec un psychothérapeute, Farida dit ne pas vouloir poursuivre une démarche dans ce sens. A la suite d'un entretien entre Farida, la chef de clinique et les parents, ceux-ci se disent prêts à laisser Farida fréquenter des camarades français.

Trois mois après, Farida est réhospitalisée pour une perte de connaissance, après avoir été violemment battue par son père qui l'a surprise dans un champ avec un garçon. Aux dernières nouvelles, Farida va bien, elle est réglée, s'entend mieux avec ses parents. Elle redouble sa classe de quatrième car tient absolument à être infirmière. Elle a des variations importantes d'appétit avec des moments boulimiques dont elle parle plus facilement. (obésité)

ENTRETIEN DE RECHERCHE

Nous rencontrons Farida dans sa chambre, après la visite de l'interne qui a tenté en vain d'avoir un dialogue avec elle, afin de comprendre les raisons de sa non-compliance au traitement.

Contrairement à l'attitude défensive qu'elle présentait un instant auparavant, Farida se met progressivement à parler d'elle-même.

Née en Normandie, de parents algériens, Farida est l'aînée d'une fratrie de huit frères et soeurs (la dernière n'ayant que neuf mois). Son père qui travaillait dans une usine de soudure, est depuis de longs mois en invalidité. "Ils ont trouvé dans sa tête un machin noir, une boule. Il perd la mémoire facilement". En raison de sa maladie, la famille a depuis quelques années de grosses difficultés matérielles. "On ne nous aide pas beaucoup. Avec la pension d'invalidité et les allocations familiales, on arrive difficilement à s'en sortir".

Farida décrit son père comme un homme renfermé en famille, aimant travailler tout seul à son jardin en journée et sortant le soir pour voir ses copains. Elle se dit par contre très attachée à sa mère dont elle est la préférée et la confidente. Farida raconte ainsi l'histoire de sa maladie :

Elle a eu une hépatite virale à douze ans. Sa mère lui avait fait passer des radios parce que son ventre gonflait, mais on ne trouvait rien même dans ses prises de sang. C'est quand elle a eu l'appendicite qu'ils se sont rendus compte qu'elle avait le foie malade. Farida est restée longtemps à l'hôpital en Normandie avec des perfusions qu'elle détestait car elle n'avait pas le droit de bouger. Avec les perfusions il y avait des fois où elle n'arrivait pas à se réveiller, ce qui affolait sa mère.

Ensuite elle a été transférée en pédiatrie à Bicêtre où on l'a déperfusée. Elle y est restée cinq mois. Ses hospitalisations ont posé de gros problèmes à sa mère qui ne supportait pas les séparations, se sentant perdue sans Farida. Pourtant depuis qu'elle est malade, Farida trouve que "sa vie a changé en bien". Avant la maladie, elle était timide et aimait bien rester à la maison avec sa mère pour faire le ménage et s'occuper de ses frères et soeurs. Maintenant elle sort plus de chez elle, a des camarades et se sent moins intimidée car elle a pris l'habitude de cotoyer du monde à l'hôpital. Sa mère, elle-même, qui ne se déplaçait jamais sans elle, sort de la maison pour rencontrer des gens. Sa maladie a même profité à ses frères car sa mère, qui a pris l'habitude de lui acheter plein de vêtements à la mode, a été obligée d'en faire autant pour eux.

Dans le service d'adolescents, elle se sent gênée par la présence des garçons car elle ne les aime pas. Elle n'aime pas être à l'hôpital et n'a pas l'habitude qu'on lui pose tant de questions.

Au début de sa maladie, Farida s'est demandée d'où cela venait, mais plus maintenant. Elle ne s'est jamais sentie fatiguée. Quand son ventre se mettait à grossir, elle pensait que c'était parce qu'elle mangeait trop. Après son séjour en pédiatrie, elle a eu un traitement à prendre tous les jours. Mais ces derniers temps, elle avait la flemme de prendre ses médicaments parce qu'elle en avait marre. Sa mère la surveillait mais elle cachait ses médicaments. Elle savait que "ce traitement servait à quelque chose jusqu'à ce que son foie soit rétabli" et que si elle ne le prenait pas, sa maladie recommencerait comme au début. Son père l'a engueulée quand il a su qu'elle ne prenait pas ses médicaments : "si tu les avais pris, tu n'en serais pas là". Il s'en doutait car il a vu que les médicaments n'étaient plus posés comme d'habitude, mais il n'était pas sûr".

Farida explique sa conduite comme une vengeance à l'égard du médecin hospitalier qui la suit en Normandie. A la dernière consultation, il lui a dit : "tu es trop grosse, tes résultats sont mauvais". Ce qui entrainait en contradiction avec le médecin hospitalier de Paris qui, à sa dernière visite, lui avait dit : "c'est bien". Alors, elle en a eu marre. Les paroles de son médecin l'ont d'autant plus vexée qu'elle faisait des efforts pour suivre un régime. C'est pour cela qu'elle a arrêté. En sortant de son cabinet, sa mère lui a dit : "tu n'es pas si grosse que ça".

Farida se dit décidée maintenant à reprendre ses médicaments : "que je sois grosse ou pas, il se débrouillera". Actuellement à Bicêtre, son médecin est une femme, ce qu'elle préfère de beaucoup car elle n'aime pas les hommes. Elle a un seul ami garçon, son voisin Bruno âgé de dix sept ans qui vient la chercher pour jouer. Farida ne veut pas se marier car elle veut rester avec sa mère qui ne s'en sortirait pas sans elle et qu'elle protège.

Sur le plan scolaire, Farida est en cinquième et veut être infirmière.

COMMENTAIRES

En reprenant l'histoire médicale de Farida, nous pouvons faire les constatations suivantes :

- sa pathologie chronique survient à l'âge de douze ans en début de puberté et se manifeste par une symptomatologie apparente (le ventre qui grossit).
- si le traitement corticothérapique contrôle à peu près bien la maladie qui après chaque rechute évolue favorablement, il est néanmoins mal supporté par Farida en raison des conséquences cliniques qui ont pour caractéristique d'être visibles sur le plan physique : obésité, faciès cushingoïde, vergétures.
- la non-compliance de Farida à son traitement entraîne une régression des signes cliniques (notamment une perte pondérale rapide) sans pour autant provoquer de douleurs sur le plan somatique.

Le cas de Farida nous paraît exemplaire d'un échec d'une tentative d'objectalisation de la souffrance dans le contexte d'une intrication dans le temps de deux événements antinomiques : la maladie et la puberté.

En reprenant l'histoire de Farida dans sa chronologie nous pourrions dire que c'est la maladie qui a permis chez elle la mise en route d'un processus d'individuation-séparation, faisant surgir d'une manière brutale une problématique adolescente.

L'hôpital en tant que tiers, intervient comme substitut idéalisé d'une image paternelle défaillante (le père de Farida est très diminué physiquement et mentalement) agissant la rupture d'une relation symbiotique mère-fille, dans laquelle Farida se situait comme objet d'étayage d'une mère fatiguée et dépressive.

Farida en tant qu'aînée de la famille assumait sans ambiguïté jusqu'alors sa fonction de substitut maternel auprès des frères et soeurs et paternel auprès de sa mère dans la mesure où elle évoluait dans un milieu très fermé, la protégeant contre les stimulations du monde extérieur.

Les séparations provoquées par les hospitalisations sont mal vécues par la mère "qui se sent perdue sans Farida" et envisage même à un moment donné de se faire à son tour hospitaliser.

La maladie de Farida se manifeste tout d'abord par un gros ventre pouvant induire chez elle des fantasmes oedipiens de grossesse associés à la personne du médecin hospitalier qui la soigne en Normandie.

Farida découvre ou reconnaît son corps sexué et érogène au moment même où elle risque de mourir d'une hémorragie méningée avec coma.

Le plaisir associé à la découverte de la maladie et de l'univers hospitalier est verbalisé par Farida qui trouve "que sa vie a changé en bien" à partir de ce moment, induisant un désir de reconnaissance de son corps sexué féminin dont la mère se fait complice dans un premier temps "prenant l'habitude de lui acheter plein de vêtements à la mode".

A cette époque pour Farida, corps de souffrance et corps de jouissance sont confondus dans un même investissement narcissique de l'image de soi.

Mais dès l'instant où le médecin référent qu'elle consulte en Normandie, exprime un rejet manifeste de son corps malade, pointant avec reproche son obésité alors qu'elle même a l'impression de faire des efforts (de séduction), il ouvre une brèche, provoquant une véritable hémorragie narcissique, par la perception visuelle d'un corps marqué non tant par la maladie que par son traitement, qui devient pour Farida un lieu de projection externe de la blessure narcissique.

Ce regard médicalisé désertisant est ressenti, au niveau de son organisation psychique, comme événement traumatique d'après coup ayant un effet désorganisateur sur le processus d'adolescence qui s'amorçait. Ce professeur est investi par Farida comme substitut du père dénué de pouvoir. En même temps qu'il prend valeur de modèle, il est ressenti, en raison de ses paroles critiques, comme un juge, un censeur et assimilé à une instance surmoiïque. Le surmoi est à la source de l'investissement narcissique de l'image du corps. Dès lors, la survenue de la puberté est vécue comme une double perte : perte du corps indifférencié de l'enfant et perte du corps sexuellement marqué d'une identité féminine, auquel vient se substituer un corps marqué par les signes visibles d'un traitement médical.

En ce sens, nous pourrions dire qu'il existe un clivage au niveau des représentations de la souffrance chez Farida.

Celles qui concernent la maladie restent investies libidinalement, alors que celles qui concernent le traitement vont être à la source de pulsions agressives dirigées contre le corps déformé qui dans ces conditions est vécu comme un objet quasi externe, étranger, sur lequel les tendances destructrices se focalisent.

Farida se trouve déposée d'une identification aux objets primitifs qui lui assuraient autrefois le sentiment interne d'être aimée, dans un fantasme de fusion narcissique avec une mère gratifiante et entravée dans sa quête de nouveaux objets d'identification sur un mode génitalisé. L'entretien que nous avons eu avec elle est empreint d'une nostalgie de la relation symbiotique à sa mère. Elle essaie en vain de recréer ce type de liens dans sa relation au médecin femme du service qu'elle choisit comme nouveau référent identificatoire, dans un mouvement de contre-investissement de ses pulsions génitales.

Son discours n'est que dénégarion de ses intérêts sexuels nouveaux : elle veut rester avec sa mère, ne pas se marier, elle n'aime ni les garçons,

ni les hommes... Ni les médecins masculins. Elle nie toute attirance pour Bruno, son voisin confident...

Farida fait un effort pour restaurer ce qu'elle a perdu. La maladie est le seul moyen pour elle de vivre son corps comme objet de gratification et d'amour approuvé dans la réalité ou dans le fantasme, afin d'éviter l'angoisse qui la menace quand elle se sent incapable d'y parvenir. Elle se défend contre la problématique pulsionnelle génitale par une régression pulsionnelle qu'elle provoque et se trouve contrainte d'utiliser son corps malade comme faisant partie de la relation objectale. Cependant Farida échoue dans sa tentative défensive car quoi qu'elle fasse pour maintenir l'illusion d'une cohérence interne, cela la renvoie à une problématique conflictuelle sans solution.

La non-compliance au traitement, qui se traduit dans la réalité par un estompage des signes visibles peu gratifiants sur son corps lui permet peut-être un réinvestissement narcissique précaire de l'image du corps, mais elle fait ressurgir la maladie à laquelle sont associées des représentations fortement érotisées, elles-mêmes source de conflit.

Dans cette problématique le corps sexué est vécu comme un objet externe, étranger, persécuteur, vis à vis duquel se développent des défenses narcissiques qui tendent à épuiser les ressources psychiques, dans une lutte mettant en jeu de façon dangereuse par sa proximité la mort réelle. Le service d'adolescents répond de façon concrète à sa demande manifeste de changement de médecin référent. En se proposant comme lieu de prise en charge, il se situe comme bon objet maternel susceptible d'offrir à Farida un étayage narcissique essentiel à la poursuite de son traitement. L'équipe soignante pense alors que la qualité de ces aménagements permettront à Farida de supporter les conséquences visibles du traitement sans qu'elle se sente par trop menacée par les déformations corporelles.

Il est vrai qu'il est relativement difficile à cette époque de repérer la problématique de Farida.

Les visites suivantes de Farida dans le service amènent une déception quant à leurs espérances. Malgré leurs efforts, le traitement est toujours irrégulièrement suivi et cette fois-ci, malgré les apparences car Farida a sur le plan clinique les signes d'imprégnation cortisolique. Elle-même dénie farouchement sa non-compliance au traitement. Pourtant les résultats biologiques sont là pour le prouver. L'équipe soignante continue à répondre au niveau de la réalité mettant en place de nouveaux aménagements : une infirmière (qui tient lieu de surmoi auxiliaire) qui vient tous les jours chez elle, lui donner son traitement.

C'est alors que survient la tentative de suicide de Farida qui met gravement sa vie en danger. Les raisons qu'elle donne à ce geste sont révélatrices de sa problématique : ses relations affectives et sexuelles (sinon sexuelles) avec un garçon français qui lui font craindre une désapprobation massive de sa famille. Pourtant même si ses craintes sont justifiées sur le plan de la réalité (la preuve en est la réaction de son

père qui, la surprenant dans un champ avec un garçon, la bat violemment), il faut chercher ailleurs les motifs de ses agissements ! Sur le plan métapsychologique, ce qui nous semble être en cause dans la problématique de Farida, concerne la fusion entre libido objectale et libido narcissique. L'une concerne un objet sexuel externe (son ami) et l'autre courant concerne la maladie et ses représentations. Mais les deux types d'investissements en se confondant, mettent gravement en danger l'estime de soi et les conflits inconscients inhérents aux relations objectales primitives. Les menaces qui viennent de l'objet qui est source d'investissement comme celles liées à la maladie dépassent ce qui est tolérable du point de vue des limites du Moi tant elles mettent en cause l'édifice narcissique.

Les mécanismes de défense archaïques sont à l'oeuvre. Le passage à l'acte (qu'il s'agisse de la non-compliance au traitement ou la tentative de suicide) est une décharge tensionnelle qui vise à une résolution globale ayant pour fonction de renforcer le Moi.

Il est certain que chez Farida la souffrance ne prend jamais le statut d'objet, de même que l'objet externe ne peut se situer que dans un registre pré-génital.

La puberté a sexualisé les représentations qui ont trait à la maladie comme celles qui concernent un objet externe mais cela ne rentre jamais dans le cadre d'une génitalisation, dans le contexte d'un conflit oedipien. Il en résulte l'insuffisance de l'élaboration secondaire et l'aspect figé de l'activité fantasmatique.

L'émergence affective massive ne peut se résoudre qu'en termes de décharge énergétique visant le corps, jusqu'à épuisement économique du Moi.

En conclusion, nous pensons qu'il y a eu pour Farida, une mauvaise élaboration de la position dépressive, dans l'enfance.

Mélanie Klein décrit à ce stade, l'atténuation du clivage entre bon et mauvais objet et la capacité d'appréhender l'objet aimé comme objet total.

Dans le cas de Farida, la référence à des images parentales défailtantes, n'a pas permis d'assurer l'introjection stable et sécurisante d'un bon objet interne. Or, l'identification à l'objet interne est fondatrice d'un Moi susceptible de relations objectales.

Cela explique que Farida ait tant de difficultés de mise à distance de l'objet.

Dans le contexte de cette organisation narcissique de personnalité, la conjonction de deux séries d'événements touchant le corps réel - la maladie et la puberté - a gravement mis en cause l'image du corps de cette adolescente, faisant régresser son Moi à un mode archaïque d'expression, utilisant le langage corporel, dans un retour vers l'ancienne indistinction somato-psychique.

Le seul point positif est qu'elle reste maîtresse des manipulations agressives destructrices, concernant son corps.

3. Proximité du risque létal et échec du processus d'objectalisation de la souffrance (1)

Un échec du processus d'objectalisation de la maladie nous est apparu de façon significative chez certains adolescents dont la maladie constitue toujours une menace vitale particulièrement grave et active. Dans ces cas, le processus en cause est une répression de l'affect. Toute parole concernant le sujet de la maladie est sous le sceau d'un secret familial et marqué d'un caractère tabou en raison de sa relation à la mort.

Le risque létal peut être cause d'une véritable sidération de l'élaboration fantasmatique.

(1) Les observations de Boris (n° 2) et Rémi (n° 5) s'intègrent dans une même compréhension de l'échec de l'objectalisation de la maladie en raison de la proximité du risque létal.

OBSERVATION DE PIERRE, 16 ANS (n° 3)

DOSSIER MEDICAL

Pierre, deuxième enfant d'une fratrie de deux est atteint d'un syndrome néphrotique. La maladie est découverte à l'âge de trois ans et demi à l'occasion de l'apparition d'œdèmes qui ont justifié une hospitalisation. On conclut à une **glomérulite proliférative endocapillaire**. Il est mis sous solupred. A l'arrêt du traitement, six mois plus tard, Pierre fait un ictère et une éruption érythémateuse généralisée.

Hospitalisé à l'âge de quatre ans à Bicêtre (Pédiatrie) pendant trois mois, le diagnostic porté est le suivant :

- syndrome néphrotique
- hépatite épidémique
- pathologie auto-immune
- glomérulite proliférative endocapillaire

Pierre est mis sous traitement de Cortancyl et Aldactone.

A l'âge de quatre ans et demi, il est de nouveau hospitalisé à Bicêtre pour une rechute du syndrome néphrotique (pendant trois mois). Il présente un aspect cushingoïde et a une tension élevée. Pierre est envoyé à Margency (Centre médical et sanitaire pour enfants) avec un traitement diurétique et d'hypotenseur.

A cinq ans, il est hospitalisé de nouveau pendant trois mois pour exploration d'un état pathologique complexe associant un syndrome néphrotique, une hépatite chronique évolutive et un déficit immunitaire. Il y a un mauvais contrôle du syndrome néphrotique (la protéinurie persiste) et de l'hépatite. On conclut à une **maladie hépatique très évolutive**. Il est ensuite adressé à Margency.

A l'âge de sept ans, Pierre est hospitalisé pour une rechute du syndrome néphrotique, puis retourne chez ses parents au sujet desquels il est noté une "coopération parfaite".

A l'âge de dix ans, Pierre est adressé au service d'adolescents pour persistance de la protéinurie. On note alors que la maladie hépatique paraît déterminée, mais que le syndrome néphrotique est cortico-résistant. Il reprend progressivement une scolarité à temps complet et mène une vie pratiquement normale.

A l'occasion d'une visite de contrôle, il est noté que "Pierre se présente comme en pleine forme, bronzé, et grandit normalement", mais sa mère est hyperanxieuse, "vivant toujours dans l'attente d'un drame".

Vers l'âge de onze ans, lors d'une visite de contrôle, il est noté : "Pierre a toujours bon appétit et ne se plaint de rien. Selon la mère, crises anxieuses ; par contre la mère s'exprime en effet en permanence sur un ton de catastrophe".

Régime normal, ne reçoit aucun médicament. Rien à signaler ensuite jusqu'à l'âge de quatorze ans, si ce n'est l'anxiété de la mère.

A quatorze ans, Pierre est hospitalisé pour une **rechute du syndrome néphrotique**. Il est mis sous régime sans sel hypoprotidique et reprend un traitement corticothérapique. On remarque la présence d'œdèmes des chevilles et du visage et une augmentation de la tension artérielle. Sa puberté est amorcée. Le traitement a pour conséquence un faciès très cushingoïde.

A seize ans, Pierre est hospitalisé pour traiter une haute tension artérielle secondaire à la prise de cortancyl. La protéinurie n'a jamais disparu. Il mène une vie normale, fait du sport, est en troisième et a de bons résultats (père chimiste). C'est à l'occasion de cette hospitalisation que nous le rencontrons pour l'entretien de recherche.

Le médecin hospitalier remarque qu'à chacune de ses visites (pourtant fréquentes), Pierre est tremblant et inquiet.

ENTRETIEN DE RECHERCHE

Pierre accepte l'entretien avec une certaine réticence, mais n'oppose pas de refus. Le contact avec lui reste superficiel et les affects sont très contrôlés. Il présente sa maladie ainsi : il a eu une néphrite à l'âge de trois ans. Actuellement, il a de l'albumine, on le soigne à la cortisone, ce qui lui donne de la tension.

"Le problème, c'est les rechutes".

Il vient tous les mercredis en consultation à l'hôpital en ambulance de Compiègne. Sa maladie l'a gêné sur le plan scolaire car il manquait souvent. Il est actuellement en troisième et veut faire un B.E.P. de monteur en communication. Il lui arrive de penser à la maladie uniquement sous l'aspect des contraintes liées à l'hôpital. Par contre, il dit ne pas chercher les causes de sa pathologie.

"On ne sait pas d'où ça vient. Mon frère n'a rien, mes parents non plus".

Il a regardé dans un dictionnaire médical, lu des "choses" devant ses parents puis a écarté la question : "il peut y avoir plusieurs choses qui donnent de l'albumine". Pierre n'a pas de souvenir concernant la découverte de sa maladie car il écarte de sa pensée tout ce qui la lui rappelle. Il ne parle jamais de ses problèmes de santé, ni avec ses camarades : "ils savent", ni avec les professeurs : "ils sont avertis". Il vit le plus normalement possible, "comme s'il n'était pas malade", fait beaucoup de sport (volley-ball, hand-ball, football). Il n'aurait pas supporté de choisir un métier scientifique ou ayant un rapport avec la médecine. "Moins je les vois, mieux je me porte". Il s'entend bien avec ses parents, se sent toutefois plus proche de sa mère qui l'a toujours accompagné partout chaque fois qu'il était malade. Il a également de bons rapports bien que distants avec son frère aîné.

De son vécu de la puberté, il dit comme pour la maladie : "je ne cherche pas à chercher". Il se "sent" adolescent et a envie d'être un adulte. Le seul moment où son visage s'éclaire un peu est quand il parle de guérison. Pierre y pense souvent et espère qu'ils trouveront quelque chose pour que "ça" ne revienne plus et il rit : "ce serait bien".

COMMENTAIRES

Que constatons-nous en premier lieu sur les circonstances de la maladie de Pierre, telles qu'elles sont consignées dans le dossier médical.

- un passé hospitalier chargé, débutant à un âge précoce (trois ans et demi) ayant nécessité de nombreuses séparations d'avec son environnement familial.
- une pathologie chronique gravissime avec des rechutes fréquentes.
- un mauvais contrôle de la maladie par le traitement (persistance de la protéinurie) induisant un risque létal important.
- une pathologie secondaire au traitement (hyper-tension artérielle due à la corticothérapie).

Les réticences que Pierre exprime à aborder son vécu de la maladie, sont directement liées aux risques d'émergence d'angoisse suscités par les représentations ayant un lien quelconque avec la maladie.

Le mécanisme de défense prévalent utilisé à cet effet est l'évitement d'une rencontre avec des représentations menaçantes, qu'il s'agisse de souvenirs, d'un savoir objectif sur la pathologie ou d'une connaissance de son étiologie, avec une répression des affects qui leur sont attachés. Toute pulsion scopique dans ce sens est culpabilisée et pour cela soumise à l'approbation parentale : c'est sous leur regard qu'il consulte le dictionnaire médical pour y trouver sa maladie, comme si une recherche personnelle de cet ordre le mettait en situation de perdre l'amour parental. Pierre fuit la situation dangereuse, évitant ainsi toute occasion de souffrir : "je ne cherche pas à chercher".

En reprenant les points de notre théorisation nous ne trouvons pas chez Pierre de mouvement d'objectalisation de la souffrance. L'ensemble des événements de la maladie n'ont pas fait l'objet d'une élaboration secondaire. La maladie est vécue comme traumatique, les représentations la concernant donnent lieu à un afflux d'excitations excessives avec une mise en cause des capacités défensives à maîtriser ou à élaborer psychiquement ces excitations. (Laplanche et Pontalis)

Tout ce qui renvoie Pierre à sa situation de malade constitue une menace pour son narcissisme et mobilise des affects pénibles en raison d'une non-abréaction de l'expérience, qui demeure dans le psychisme comme un corps étranger.

Freud : "Nous devons bien plutôt affirmer que le trauma psychique ou plutôt son souvenir agit à la façon d'un corps étranger qui reste un agent actif longtemps après sa pénétration".

Cette compréhension de la maladie comme corps étranger interne qui menace perpétuellement Pierre dans son intégrité somatique, peut expliquer l'émergence d'angoisse constatée à l'occasion des hospitalisations et des consultations. Toute oscultation rend Pierre tremblant et inquiet comme si le médecin était perçu à la fois comme séducteur et agresseur, réactivant le traumatisme. Le contexte hospitalier devient alors porteur, dans un mouvement projectif, de ce mauvais corps étranger ; c'est ainsi que prennent sens les paroles de Pierre : "Moins je les vois, mieux je me porte".

Il a recours au mode de pensée magique pour évoquer la guérison : "il espère qu'"ils" trouveront quelque chose pour que ça ne revienne pas". Le plaisir qu'il manifeste pour en parler, donne à penser que cette idée est intégrée dans un système de croyances mobilisées pour lutter contre la dépression.

Sur le plan du fonctionnement mental, Pierre présente au niveau du Moi, une classique adaptation aux données de la réalité extérieure et d'autre part une fixation aux besoins narcissiques internes, au prix d'un rétrécissement des fonctions de son Moi qui fuit toutes les situations extérieures susceptibles de lui apporter du désagrément.

Sur le plan adaptatif, Pierre tente de vivre le plus normalement possible, travaille bien en classe et a des investissements sociaux (sportifs surtout).

Sur plan narcissique, Pierre demeure massivement dépendant des variations de la réalité extérieure et de la position des objets à son égard.

Il a, à l'égard de ses parents, et surtout de sa mère, une relation d'objet anaclitique qui ne se situe pas dans une économie génitale, mais dans un besoin de dépendance et de proximité qui nous semble en deçà d'un conflit d'objet oedipien.

Les seuls aspects cliniques décelables chez Pierre sont les crises anxieuses révélées par la mère (elle-même décrite comme hyperanxieuse) qui contrastent avec l'apparence notée par les médecins ("Pierre a toujours bon appétit et ne se plaint de rien"... "Pierre se présente comme en pleine forme, bronzé et grandit normalement"), etc..., - et les manifestations d'effroi "phobique", constatées par le médecin hospitalier qui le suit actuellement à chacune de ses visites.

Nous pouvons l'interpréter comme une angoisse d'intrusion (dangers d'une trop grande proximité) et de dépression, celle-ci étant sous-jacente de façon permanente chez Pierre.

La rigidité de son organisation défensive est due à la fragilité de ses défenses narcissiques pour lutter contre la dépression.

Bien que Pierre soit pubère, il ne semble pas qu'il ait amorcé un processus d'adolescence. Il y a inhibition chez lui des pulsions agressives et sexuelles. La maladie en tant que traumatisme désorganisateur a induit un désinvestissement pulsionnel figeant toute l'évolution libidinale de Pierre sur des positions narcissiques régressives. La crise d'adolescence se voit du même coup escamotée sur le plan objectal. Le statut d'inhibition sur le plan de l'aménagement pulsionnel tient lieu de mode essentiel de fonctionnement mental.

En conclusion, il nous semble qu'une sidération de l'élaboration fantasmatique chez Pierre a pu être induite par l'impact de la maladie somatique et par l'angoisse de mort qui peut lui être associée.

Le risque léthal particulièrement présent dans le cas de Pierre a pu déclencher une sorte de blocage évolutif portant aussi bien sur les fonctions adaptatives que sur les fonctions synthétiques ou défensives du Moi préorganisé au profit des réinvestissements narcissiques.

CHAPITRE VI

SERVICE D'ADOLESCENTS ET PROCESSUS D'ADOLESCENCE

Comme cela a été dit en début de compte-rendu, ce thème n'était pas prévu dans nos hypothèses initiales, mais s'est imposé à nous comme paramètre essentiel de recherche, pour la compréhension globale du vécu des adolescents malades chroniques dans le contexte spécifique de l'unité d'adolescents de l'hôpital Bicêtre.

Nous avons été frappés, d'une part à la lecture des dossiers médicaux, par la différence entre le discours médical de pédiatrie et celui du service d'adolescents, pour un même sujet, d'autre part par le changement de discours et de conduite de certains adolescents peu après leur intégration dans l'unité d'adolescents. Sans mésestimer les remaniements induits par le processus même d'adolescence, il nous est apparu comme une idée force que le service imprime la modalité du vécu de la maladie chez les adolescents concernés.

Pour illustrer nos propos, nous allons dans un premier temps consigner quelques réflexions de l'équipe pluridisciplinaire relevées dans des publications sur le service que nous confronterons dans un deuxième temps aux données cliniques à partir d'une interprétation de nos deux observations, dans cette perspective.

a) "l'adolescent apporte à l'hôpital avec sa maladie, son adolescence. Le médecin ne peut éviter d'avoir alors à faire avec un sujet à part entière.

Cette relation clinique particulière contraste radicalement avec la relation pédiatrique habituelle dans laquelle les enfants malades et leurs parents participent le plus souvent aux soins dans un climat de coopération" (1).

b) "L'hospitalisation d'un adolescent peut être malgré une affection très grave, un moment de maturation, de structuration, par les rencontres avec d'autres adolescents, avec la maladie des autres, avec un interlocuteur psychothérapeute" (1).

c) "Un point qui nous est apparu indispensable à considérer et important dans nos rencontres avec l'adolescent (...) est "la valeur de soins psychiques" que représentent l'unité de soins médicale et l'équipe somaticienne, telles qu'elles sont utilisées par l'adolescent lui-même, aux yeux du psychanalyste" (2).

d) "Pour nous, l'adolescent est dans le service, dans un espace de jeu symbolique comme un enfant que nous observons dans ses jeux". (2)

(1) Lévy-Leblond (E.), Arnoux (D.), Courtecuisse (V.). Une médecine d'adolescents : qui soigne quoi ?.- Archives Françaises de Pédiatrie, 1982, 39, 771-776.

(2) Lévy-Leblond (E.), Arnoux (D.), Jean (C.), Camus (C.). Espaces de soins, espace psychique.- Adolescence, 1982, 1, 1, 127-133.

e) Le service médical trouve un sens dans sa capacité d'offrir à cet âge de la vie par rapport aux angoisses des adolescents concernant leur corps et l'irruption pulsionnelle, des interlocuteurs soignants dont la reconnaissance est celle d'être garants de la santé : corps, vie psychique, vie. Nous avons pu observer comment l'adolescent peut certaines fois utiliser ces interlocuteurs particuliers pour sa propre adaptation et sa maturité psychique (...) Nous y voyons là un privilège pour l'adolescent, dans la crise ou la rupture dont l'hospitalisation permet parfois de reconnaître, de saisir la valeur organisatrice, transitoire, mais parfois à nos yeux déterminante. (1)

Nous avons relevé ces réflexions de l'équipe soignante pour rendre compte de "l'éthique" du service dans sa spécificité de fonctionnement et ses projets thérapeutiques.

L'accent porte sur :

a) La différenciation des modalités du fonctionnement entre un service de pédiatrie et un service d'adolescents imposés par la problématique même des adolescents (dans une interaction soignant-soigné).

b) La valeur organisatrice d'un tel service de soins pour la maturation psychique des adolescents.

Nous avons fait le choix de deux observations cliniques en tenant compte des différences d'âge d'entrée dans la maladie impliquant différents modes de familiarisation et de "pratique" de l'institution médicale afin de donner une illustration plus large d'expériences spécifiques.

Les deux observations qui suivent (Sami et Céline) illustrent de façon particulièrement significative la spécificité de la problématique des adolescents, atteints de maladies chroniques, en raison de l'extrême variété de la symptomatologie présente.

On y retrouve différents thèmes développés dans les chapitres précédents, comme la visibilité des symptômes, les théories de filiation, la non-compliance au traitement, etc...

Il nous est apparu important de montrer en quoi consiste cliniquement le fonctionnement d'un service d'adolescents dans les réponses diverses qu'il doit adapter à la variété des problèmes posés.

Le processus d'objectalisation de la souffrance, en raison des aspects parfois spectaculaires et alarmants qu'il revêt, exige que le service institutionnel remplisse sa fonction d'étayage pour que ce travail élaboratif soit mené à bonne fin.

(1) Lévy-Leblond (E.), Arnoux (D.), Jean (C.), Camus (C.), *Espaces de soins, espace psychique.- Adolescence*, 1982, 1, 1, 127-133.

OBSERVATION DE SAMI, 14 ANS (n° 7)

DOSSIER MEDICAL

Sami est né de parents algériens consanguins (le père de Sami est le cousin germain du père de sa femme). Les deux parents sont aides-soignants. **L'histoire de la maladie est une hypoconvertinémie congénitale (1) dont le diagnostic est porté à l'âge de 6 mois** à l'occasion d'une paracenthèse. Il s'agit d'un 4ème enfant, trois soeurs aînées sont bien portantes et ne présentent aucun trouble de l'hémostase. L'étude de 40 membres de la famille n'a pas permis de retrouver des troubles cliniques de l'hémostase et l'étude des quelques membres de la famille sur le plan de l'hémostase n'a pas montré non plus d'anomalie.

On note à l'âge de six mois une echymose frontale gauche due à une chute de lit, deux jours avant l'hospitalisation.

A l'âge de sept mois, Sami est amené aux urgences d'un hôpital, après une chute de son lit suivie d'une crise convulsive. Le traumatisme crânien a provoqué une première hémorragie intra-crânienne. L'enfant est transporté en neurochirurgie. L'urographie carotidienne est subnormale et le traitement consiste en des ponctions sous-durales sous protection hémostatique.

Le fond d'oeil montre l'existence d'hémorragies rétinienne étendues, bilatérales. Cet accident ne laisse aucune séquelle sur le plan moteur et 7 mois après, en octobre 1970, le fond d'oeil est normal.

A l'âge de douze mois, Sami est hospitalisé pour la 4ème fois pour hémorragie modérée du prépuce.

A l'âge de quatorze mois, il est hospitalisé pour une hémorragie gingivale permanente, pour la 5ème fois. On note à cette occasion des **echymoses frontales** dues à une chute, 3 jours auparavant.

A seize mois, une nouvelle hospitalisation pour plaie gingivodentaire hémorragique à la suite d'une chute sur la bouche. L'enfant est alors confié dans une pouponnière jusqu'à l'âge de 19 mois.

A vingt mois, rendu à sa famille, nouvelle hospitalisation pour chute de la banquette de la voiture sur le plancher à la suite d'un coup de frein brutal. On conclut à une nouvelle hémorragie méningée. L'examen neurologique est normal, ainsi que le fond d'oeil.

(1) Maladie proche de l'hémophilie.

A l'âge de vingt trois mois, il est hospitalisé d'urgence après chute de lit : Sami est retrouvé par terre somnolent au pied du lit. On note un traumatisme crânien avec héli-parésie droite et troubles de la conscience.

Transféré en neurochirurgie, il n'y a pas d'exploration neuro-chirurgicale car l'hémi-parésie droite a nettement régressé. Persiste l'asymétrie du sourire et du tonus. L'hospitalisation dure 2 mois, à l'occasion de laquelle on discute d'un éventuel placement dans un centre pour hémophiles.

Extrait d'une lettre du médecin hospitalier qui le suit : "Il paraîtrait utile de discuter, en cas d'incompréhension persistante des parents, d'un placement dans un établissement pour hémophiles où la scolarité pourrait s'effectuer de façon satisfaisante". Cette lettre a été induite par la non-compliance des parents à mettre à Sami un casque protecteur, ceux-ci invoquant les difficultés à s'en procurer un.

D'octobre à mai 1972, il va dans un centre héli-marin. On constate en mai 1972 un strabisme interne de l'oeil gauche à l'occasion de troubles de la conscience qui font craindre des troubles méningés.

En juillet 1972 (âgé de 3 ans), il est confié au centre de Margency de la Croix Rouge pendant un an et demi.

C'est lors de ce séjour que l'on constate une atrophie optique bilatérale en novembre 1972 confirmée par le service d'ophtalmologie de l'hôpital Trousseau en avril et en octobre 1973. Il existe un nyctamus horizontal bilatéral. L'acuité de l'oeil droit est de 2/10ème, l'oeil gauche de 3/10ème. Elle est de caractère cicatriciel secondaire à la compression du nerf optique lors des accidents hémorragiques intra-crâniens. Par ailleurs, l'électroencéphalogramme montre un tracé discrètement ralenti.

Le problème crucial posé à cette époque est donc celui de la vision. Amblyope à 1 ou 2 dyoptries il est impossible d'envisager une quelconque thérapeutique, en raison de l'absence de transmission de messages rétiniens au cortex.

En décembre 1973, lorsque l'enfant est rendu à sa famille (à l'âge de 4 ans et 4 mois) il est hospitalisé 4 fois pour des épistaxis abondantes qui nécessitent 4 transfusions pour corriger son anémie.

En février 1974, l'acuité visuelle est évaluée à 2/10ème de l'oeil droit, 0 de l'oeil gauche. Il est noté dans le dossier médical que "cet handicap ne semble pas le gêner dans ses activités journalières. Il ne semble pas être débile (tests psychologiques effectués), il est par contre turbulent". L'examen neurologique reste normal, sa croissance staturale est trictement normale et son poids est à - 1 DS.

En mai 1974, à la demande de ses parents, l'enfant est de nouveau confié à Margency. Il est alors âgé de quatre ans et demi.

En avril 1974, c'est la 17ème hospitalisation à la suite d'une chute alors qu'il est en vacances chez ses parents. Sami est alors placé à la Queue des Yvelines (centre pour hémophiles) où il est scolarisé en maternelle.

Pendant l'année 1975, on note de nombreux accidents à la Queue des Yvelines.

Plus rien n'est noté sur le dossier médical durant les années 1976, 1977, il semble que Sami ait poursuivi son séjour à la Queue des Yvelines, repartant dans sa famille à l'occasion de vacances.

Pendant l'année 1978 (Sami est âgé de 9 ans), on note trois hospitalisations de Sami dans le service de pédiatrie de l'hôpital Bicêtre pour hémarthroses du coude et du genou.

Rien n'est noté sur le dossier médical concernant les années 1979, 1980.

Mars 1981, il est signalé à l'occasion d'une consultation systématique à l'hôpital que Sami habite chez ses parents et va dans une école pour amblyopes.

Avril 1981, Sami vient à l'hôpital car la veille, après un choc sur la jambe, il s'est raidi, a eu des mouvements cloniques de la tête et de l'oeil droit, en pleine conscience, avec phosphène à droite pas d'amnésie. L'enfant dit que ce phénomène s'est passé six ou sept fois parfois sans facteur déclenchant. L'examen E.E.G. pratiqué est normal.

Une semaine plus tard, sous hyperpnée, l'E.E.G. montre des décharges paroxystiques bifrontales à maximum gauche. Karim est mis sous

Juin 1981, Sami n'a pas eu de crise depuis avril. Il prend 10 mg/jour de gardénaï. Il est noté "enfant agité".

Sami passe ses vacances d'été dans un établissement pour hémophiles. La vision des couleurs vives déclencherait des malaises.

Octobre 1981, Sami supporte mal le gardénaï, il est très agressif, il est mis alors à la dépakine 400 mg 2 fois/jour. Scolarité en classe de 7ème (école pour amblyopes).

Janvier 1982, Sami est hospitalisé pour hémorragie méningée avec déficit moteur du membre supérieur gauche.

De juillet à septembre 1982 : il passe ses vacances dans une maison de santé médicale.

Février 1983, Sami est amené pour crises convulsives. En maison de cure, aucune crise n'est signalée. Depuis la rentrée scolaire, il y a réapparition des crises, une à deux fois par semaine. Il est remarqué que "la réapparition des crises" semble avoir concordé avec l'irrégularité de prise de dépakine, mais elles persistent malgré un traitement bien contrôlé par les parents. De plus, Sami est fatigué et présente un amaigrissement de 4 kgs en un an. Il est alors mis sous tégrétoïl (2 comprimés par jour) ce qui entraîne la suppression totale des crises. En classe de 6ème, son travail scolaire est médiocre.

Début juin 1983, Sami n'a pas eu de nouvelle crise, il semble moins fatigué. Il est signalé qu'un entretien psychoscolaire à son école conclut "à une impression de rejet par son entourage". Son travail reste très médiocre.

Mi-juin : A la suite d'un choc sur la tête à l'école, Sami présente des céphalées et vomissements. Sa mère le substitue : 1000 unités de facteurs VII. Six jours plus tard, devant l'aggravation des symptômes, Sami est emmené aux urgences de Bicêtre où l'on constate un coma stade 1. Son état s'améliore progressivement. Sami est alors âgé de 13 ans et demi.

A partir de septembre 1983, il est adressé au service d'adolescents de Bicêtre pour la poursuite de sa prise en charge.

Octobre 1983 : Entré pour maux de tête et nausées, on remarque qu'il existe un écart de temps trop long entre l'apparition de céphalées et la substitution. On pose, pour la première fois, concernant Sami, la possibilité d'une mise en place d'un traitement plus précoce par apprentissage de l'auto-traitement dans le cadre du centre Cabanel.

Novembre 1983 : Nous retranscrivons

a) l'entretien du chef de clinique avec la mère, tel qu'il est consigné dans le dossier médical :

"Angoisse de la mère, de mort en particulier, depuis le coma de juin dernier. S'est sentie coupable du retard au traitement. Depuis elle harcèle Sami et le perfuse à la moindre occasion. Signale de nombreuses difficultés avec Sami depuis son retour de la Queue des Yvelines vers l'âge de 9 ans.

Difficultés scolaires : en 5ème dans une école pour amblyopes, Sami a redoublé trois fois. "Ne s'intéresse pas, n'a pas d'ambition". La mère décrit Sami comme ayant un caractère nerveux, inquiet. N'exprime pas ses sentiments secrets. Souffre de ne pas être comme les autres. Craint l'autorité de ses parents. Madame B. désire l'auto-perfusion pour Sami mais a peur que ce ne soit pas bien fait, de perdre patience.

"Grand désir d'autonomie pour Sami surtout pour l'avenir ("Si quelque chose nous arrivait à mon mari ou à moi, personne ne pourrait s'en occuper").

b) l'entretien du chef de clinique avec Sami

Sami a accroché tout de suite avec l'idée de s'auto-perfuser et a réclamé une perfusion pour un coude douloureux. Capable de remplir une seringue. Dit que sa vue est un obstacle mais en a très envie. Demande à en savoir plus sur sa maladie, car il dit qu'il ne sait presque rien. Est très ennuyé de ne pas pratiquer de sport comme ses frères et demande à être circoncis. Essayer de lui en apprendre le maximum en quelques jours. Rencontrer les parents.

Sami a tenté plusieurs essais d'autoperfusion qui ont bien marché, est très satisfait. En accord avec l'hématologue, va suivre le programme d'apprentissage du C.N.T.S. à raison d'un samedi après-midi sur deux. Mère étonnée et contente.

Début décembre 1983, hospitalisation pour tentative de suicide médicamenteuse. Sami prend 15 comprimés de Tégretol dans le but de se suicider et est amené aux urgences quelques heures plus tard par son père. **Nombreux entretiens avec Sami**, lors du séjour dans le service. Situation conflictuelle autour de Sami et de sa maladie. Se sent rejeté par sa mère principalement, considéré comme inférieur à ses frères. **Exprime des doutes sur l'amour que ses parents pourraient lui porter ainsi que sur sa filiation.**

La mère de Sami vit très difficilement sa tentative de suicide. Se sent totalement désavouée par son fils après des années d'effort pour le traiter.

Le père de Sami établit un contact avec son fils durant l'hospitalisation et manifeste clairement le souhait de l'aider.

Il est proposé sur la demande de Sami, une solution de retrait partiel de la famille. A savoir, l'internat en semaine à l'école pour amblyopes et les week-ends en famille (serait suivi en psychothérapie par un psychologue scolaire).

Nouvel entretien avec les parents (avec la chef de clinique).

Mère : ulcérée, réagit très mal à la TS et au refus de Sami de voir ses parents. "Il m'a fait ça, il veut me punir après tout ce que j'ai fait pour lui". Récriminations sur le comportement de Sami.

Père : ne parle que d'une chose : les résultats scolaires pour qu'il soit indépendant.

Entretien Sami : Il pense que ses parents ne l'aiment pas. Fait tout pour les embêter, l'ont rejeté, placé. Jusqu'ici n'a jamais rien dit, est resté dans son coin, maintenant il veut le dire. Il se demande s'il est vraiment leur fils.

Fin décembre, Sami est toujours hospitalisé et a des contacts fréquents avec son père (il ne voit plus sa mère). Le père est réticent pour toute décision d'éloignement de Sami du contexte familial. De plus, il est mécontent du service d'adolescents pour les fréquentations de son fils. Il a trouvé un mégot de cigarette sur sa table de nuit. Parle d'aller ailleurs si il a de nouveau besoin d'une hospitalisation.

Sur le plan clinique, principaux points à suivre :

- épilepsie partielle
- hépatite à virus B
- articulations
- croissance
- puberté stade III - IV (à - 1 DS)
- circoncision à rediscuter
- handicap visuel et possibilités scolaires
- signes neuro-déficitaires et crainte d'une hydrocéphalie minime ou transitoire.

Janvier 1984, après un court séjour dans sa famille, Sami est ramené dans le service avec sa valise par son père.

La situation familiale a continué de se dégrader, Sami menace de refaire une T.S. C'est dans ce climat que son père le confie au service et s'en va.

Après de longues négociations avec Sami et sa famille, un éloignement du milieu familial et un placement dans un foyer médical est décidé. **Avis des psychothérapeutes du service** quant au suivi de la famille, tacher de les voir régulièrement pour lui permettre d'accepter l'autonomisation de Sami.

ENTRETIENS DE RECHERCHE

Nous avons rencontré Sami pour la première fois, au cours de son hospitalisation pour tentative de suicide en novembre 1983.

De nombreux entretiens avec lui, au cours des mois suivants ont permis de cerner ce cas dans son aspect psychodynamique.

De parents algériens, Sami âgé de 14 ans, est le 4ème d'une fratrie de six enfants. Il a trois soeurs aînées et deux frères qui le suivent de près (13 ans et 11 ans).

Voici son récit de sa tentative de suicide :

Sami a pris 15 cachets de Tégretol pour mourir car il en avait marre. Ayant avalé ses premiers cachets à sept heures du matin, il a eu vers dix heures, l'impression de "pivoter comme un pantin" et a pensé "ça c'est bien".

L'effet étant passé, il a repris des cachets à dix sept heures et à vingt heures. Au cours du dîner, il a de nouveau "pivoté", failli tomber, tout en restant conscient. Ayant avoué son geste à ses soeurs, celles-ci ont prévenu les parents. La mère a refusé d'intervenir. C'est son père qui l'a emmené à Bicêtre après quelques hésitations. Sa décision a été prise en dix minutes, alors qu'il pensait à une réflexion faite par son père le jour même à cause d'un zéro en français. "Un jour tu seras dans la rue à faire l'aumône" et "à 16 ans tu iras à l'hospice".

De sa problématique actuelle il dit : "Les conflits familiaux éclatent toujours autour de sa scolarité et de sa maladie".

Ses parents remarquent ses mauvaises notes mais ne le félicitent jamais quand elles sont bonnes. Ils lui répètent souvent qu'ils lui laissent le choix entre être "poubelier", "clochard ou à l'hospice".

Ce discours revient fréquemment depuis qu'il est retourné vivre chez eux vers l'âge de 9 ans. "Je finis par croire que ça va être vrai. J'aurais préféré le cimetière qu'être avec eux". Il pense que ses parents ont toujours marqué une différence entre ses frères et lui, à cause de son hémophilie et de sa vue. C'est dernièrement qu'il a pris conscience de beaucoup de choses et qu'il s'est posé des questions.

Les trois frères ont reçu des montres, la sienne est moins perfectionnée, n'ayant ni calculatrice, ni alarme, alors qu'il rêvait d'une montre à quatre boutons. Ses frères sont souvent habillés de neuf alors qu'il met les vieux vêtements. Pour l'hiver, ses parents ont offert aux frères de belles bottes fourrées et à lui des chaussures orthopédiques alors qu'il n'est plus obligé d'en mettre.

Ses frères mangent à la table du père dans la salle à manger, lui mange avec ses soeurs à la cuisine.

Une vague tentative pour l'intégrer à la table des hommes a échoué sous un prétexte quelconque. En fait, c'est essentiellement à sa mère qu'il en veut. C'est elle qui monte son père contre lui. Sami n'a aucune autonomie, les trajets pour l'école se font en taxi. Le reste du temps, il reste chez lui, ses parents lui interdisant toute activité. Avant, il était plus passif, cette année à l'école, il est plus actif, il chahute et cela lui fait du bien. C'est justement ce que sa mère ne supporte pas. Elle voudrait qu'il ne bouge pas. Quand il a des hémarthroses, sa mère "le pique", mais chaque perfusion s'accompagne de scènes terribles, elle crie et le frappe, lui reprochant d'avoir "bougé". En général, le père intervient alors et prend la défense de sa femme.

Harcelé par elle, il en arrive à des manifestations de violence envers Sami, lui braquant un couteau sur la gorge ou menaçant de le jeter par la fenêtre. Ses parents verbalisent souvent des vœux de mort à son égard : "je souhaite que tu crèves et j'irai pas te voir à la morgue".

De son côté, Sami reconnaît qu'il fait tout pour provoquer l'agressivité de sa mère.

Sur le plan scolaire, il a redoublé trois fois et dit qu'il ne travaille pas à cause de ses problèmes car il ne voulait pas faire plaisir à ses parents. Sami n'a pas de difficultés relationnelles avec les adolescents de son âge.

Il s'entend bien également avec ses frères et soeurs. Il recherche souvent l'approbation et la complicité de son plus jeune frère qui est le "favori" reconnu de son père.

Le vécu de la maladie par Sami passe par un questionnement sur sa filiation.

Sami évoque peu d'éléments concernant l'histoire de sa maladie et tente depuis plusieurs mois, de reconstruire son passé car il se pose de nombreuses questions depuis qu'il est dans le service d'adolescents.

Il a demandé à la chef de clinique l'autorisation de consulter son dossier médical et veut avoir des renseignements sur sa maladie, sur son traitement (comment le produit agit, etc). Ses interrogations sur le sujet se sont manifestées après que les médecins aient envisagé pour lui la possibilité de s'auto-perfuser.

Personne n'avait soulevé le problème auparavant à cause de sa mauvaise vue.

L'une des raisons qu'il donne à sa tentative de suicide est liée au fait que contrairement à ses promesses dans le service, sa mère a refusé de l'emmener au centre Cabanel pour l'apprentissage de l'auto-perfusion.

Quand il était petit, ses parents l'ont envoyé dans un centre à Margency. Ils ont su, à l'âge de six ans qu'il était hémophile et l'ont envoyé à la "Queue des Yvelines". Concernant l'étiologie de la maladie, il dit "Je supportais avant l'hémophilie, ce n'est pas de ma faute, c'est celle de ma mère, c'est elle qui porte la tare".

Il a pensé ensuite : "si je suis le seul hémophile, c'est que je ne suis pas de leur famille".

Il s'est posé des questions sur son hérédité vers l'âge de onze ans, notamment par rapport à ses frères et soeurs à qui il ne ressemble pas.

Ses doutes sur sa filiation ont été renforcés par l'attitude rejetante de ses parents.

Il ressemble un peu à son père physiquement mais pas moralement.

Quand ses parents venaient le voir à la Queue des Yvelines, à l'âge de six ans, il ne savait pas qu'ils étaient ses parents. "Les bonnes raisons" qu'il a de douter de sa filiation sont contredites par des photos : notamment une photo à Margency "où son père le prend dans ses bras et une autre avec sa mère". Il ne comprend pas pourquoi il était à Margency à l'époque. Ses parents le rejettent à cause de son hémophilie et de sa mauvaise vue.

Son père fait des plaisanteries concernant ses yeux : "tu as un oeil qui regarde en Algérie et l'autre à Paris", sa mère se plaît à les reprendre. Son amblyopie est "de la faute de son père". "Quand il était petit, il retournait chez lui pendant les deux mois de vacances d'été. (A cette époque, ça se passait bien). Il avait un petit lit à barreaux et un jour, son père en le mettant au lit a oublié de remonter les barreaux. Il est tombé sur le coin de la tête. On ne s'est pas rendu compte que son oeil était atteint, son nerf optique aurait été touché".

Mais il ne restera pas avec les yeux comme ça. Il voudrait se faire opérer. Il demande aussi à être circoncis, car il veut ressembler à ses frères sur ce point.

Au cours de son hospitalisation, Sami pose également beaucoup de questions sur le Sida : ses parents lui ont dit : "à force d'être transfusé, tu finiras bien par avoir le Sida".

Avant les vacances d'été, quand il a eu son coma, il y a eu une erreur de manipulation d'aiguille, qui lui a provoqué une hépatite virale. Il s'est demandé s'il ne s'agissait pas d'un Sida. A l'hôpital on lui a dit

que non, mais il préférerait en être sûr par des analyses. Il sait qu'il y a plusieurs formes de Sida, que cela touche les homosexuels mais également les hémophiles car "ça s'attrape dans le sang".

Depuis que son père parle de le "jeter dehors" il surveille tout le courrier qu'il reçoit le concernant. "J'ai peur qu'il me cache quelque chose, alors je surveille tout, c'est une sorte d'instinct". "Si je retourne chez eux, je veux avoir leur parole que je ne quitterai pas la maison à 16 ans".

L'évolution de Sami au cours de son hospitalisation a consisté à se rapprocher de son père et à rejeter la faute sur sa mère, qu'il refuse de revoir. Elle-même s'est durcie, dans ses récriminations contre Karim.

Sensible aux tentatives de rapprochement de son fils, Monsieur B. l'a pris sous sa protection. Son attitude n'a fait que provoquer de nouveaux conflits, les deux frères se sentant alors lésés dans leur statut de "garçons favoris" ont rejeté Sami. Celui-ci a tout fait pour séparer le couple père et mère et a échoué. La situation devenant intolérable à la maison, Sami a préféré s'éloigner complètement de ses parents. Mais le choix d'aller dans un foyer était largement influencé par son amitié avec un garçon hémophile, suivi dans le service, que Sami admirait pour son charme et son autonomie.

Placé dans un foyer médical, Sami revendique de plus en plus son autonomie (bien que de manière très ambivalente).

Son père va le voir régulièrement tous les quinze jours, malgré le long trajet qu'il a à effectuer. Il n'a aucune nouvelle de sa mère.

Au cours des entretiens que nous avons eu ensemble ces derniers mois, la question de la filiation est revenue de façon répétitive dans son discours. Sami a eu accès à son dossier médical, il l'a lu tout entier, cela lui a fait du bien car il voulait savoir l'évolution de sa maladie.

COMMENTAIRES

L'observation de Sami nous paraît particulièrement exemplaire, pour ne pas dire caricaturale d'un certain mode de fonctionnement institutionnel en pédiatrie. Le diagnostic d'hypoconvertinémie est posé pour Sami à l'âge de six mois et on note à cette occasion une echymose frontale due à une chute de son lit. Jusque là rien de particulier. Par contre, nous sommes pour le moins surpris en poursuivant la lecture du dossier médical.

De l'âge de six mois à vingt trois mois, Sami est amené cinq fois pour des chutes (dont quatre chutes de son lit) ayant pour conséquence des hémorragies cérébrales sévères, la dernière endommageant à jamais la vue de Sami.

Chaque fois, le service de pédiatrie se contente de noter les faits et de rendre Sami à ses parents une fois la machine corporelle réparée. Quant aux parents, chaque fois qu'un "accident" survient, ils se précipitent aux urgences de l'hôpital. Ce n'est qu'après sa dernière chute de lit particulièrement grave dans ses conséquences à l'âge de vingt trois mois qu'il est discuté pour Sami la possibilité d'un placement dans un établissement pour hémophiles, ceci en raison de l'incompréhension persistante des parents" et de la "non-compliance" à mettre un casque protecteur à Sami.

Il est à remarquer par la suite que les incidents dûs à la maladie de Sami surviennent le plus souvent à l'occasion de vacances dans sa famille.

Sur le plan psychologique, les renseignements consignés dans le dossier médical sont pour le moins sommaires. Une description symptomatique du comportement de Sami est notée pour confirmer un diagnostic d'hémorragie interne, à savoir "enfant géniard, état d'omnubilation, etc...", puis quand les troubles se résorbent, "enfant joueur, sourit de nouveau, etc..." Les raisonnances dans le discours médical d'une évaluation psychologique effective dans le service, alors que Sami est âgée de 6 ans laissent pour le moins rêveur: "Il ne semble pas être débile, il est par contre turbulent". Vu sous l'angle médical, cela peut effectivement compliquer les soins. Il est dit également que son handicap de vision ne semble pas le gêner dans ses activités journalières. De même rien n'est dit de la relation à ses parents avant 1983 (Sami est âgé de 13 ans) où il est signalé "qu'un entretien psycho-scolaire conclut à une impression de rejet par son entourage". L'apparition des crises convulsives venant se rajouter aux autres complications de la maladie (en 1981) surviennent dans le contexte familial, il est constaté "qu'aucune crise n'est signalée en maison de cure où il a passé ses vacances d'été". Elles reprennent de plus belle, à la rentrée scolaire.

Juste avant qu'il ne soit adressé au service d'adolescents, en juin 1983, Sami est emmené par ses parents aux urgences où l'on constate un coma stade I, six jours après un choc sur la tête.

C'est dès son arrivée dans le service d'adolescents que les médecins constatant un écart de temps trop long entre l'apparition de céphalées et la substitution qu'ils proposent pour Sami l'apprentissage de l'auto-perfusion, en toute innocence...

Et c'est alors qu'éclatent les conflits. Brutalement le scénario change.

Le compte-rendu chronologique de la maladie de Sami avec ses accidents de parcours se transforme en histoire de Sami, avec ses difficultés, sa constellation familiale, ses craintes, ses conflits. Dans le dossier médical apparaît aussi pour la première fois, le discours des parents, leur récit des événements, leurs sentiments.

Que s'est-il passé d'un mois à l'autre ?

Un autre regard sur Sami, une proposition d'autonomisation de la part des médecins qui en a entraîné une autre de la part de Sami : sa tentative de suicide. Pour la première fois dans le scénario, il est acteur, c'est lui qui en étant que sujet décide de mettre en danger sa vie.

"Quelle ingratitude dira la mère, après tout ce qu'on a fait pour le maintenir en vie"...

Ce récit, quelque peu anecdotique des faits a pour but de faire ressortir nos points de théorisation. Pour introduire sur la relation de Sami à sa mère, nous citerons Mélanie Klein.

"On aime d'autant mieux un bon objet qu'il est davantage susceptible, en exaltant les tendances réparatrices d'offrir des satisfactions et de réduire l'angoisse. Autant un enfant sain et vigoureux est une réfutation de ses angoisses autant les confirme un enfant maladif ou simplement qui laisse à désirer. Il finit même dans certains cas par devenir persécuteur".
Au cours d'un entretien de la mère de Sami avec la chef de clinique du service, elle dit : "après avoir eu trois filles, je désirais tellement cette grossesse pour avoir un garçon... Et c'est Sami que j'ai eu, vous vous rendez compte". Dans de nombreuses études psychanalytiques sur la problématique de la mère mortifère, il est pointé la faillite grave du rôle réparateur que devaient apporter la grossesse, la naissance, puis le nouveau-né à son envie du pénis.

Ce qui est en cause pour la mère de Sami, c'est l'irréparable écart entre l'enfant de chair et l'enfant du désir. De plus, le drame de la maladie génétiquement transmise survient dans une famille musulmane pour laquelle on sait l'importance du premier né garçon, dans un contexte de consanguinité, le mari de Madame B. étant le cousin germain de son père. La représentation de la réalité de l'enfant malade s'est substituée à celle de l'enfant promesse. Image vivante des méfaits de la maladie, l'enfant ne peut plus être ce "lieu sûr" du narcissisme parental. Trop éloigné par sa disgrâce physique des représentations antérieures des parents, Sami ne pourra jamais être pour eux le dépositaire de leurs espoirs, de leurs désirs et les renverra toujours à l'étendue de leur perte. Dans la réalité

de sa "survie", Sami est devenu persécuteur pour sa mère, la mutilant par son inadéquation à ressembler à l'enfant imaginaire, la renvoyant à une problématique de castration.

Kreisler a repéré à propos des enfants battus les mécanismes fondamentaux de la déviance. "Il s'agit d'un passage à l'acte qui prend la forme d'une agression physique. Il est compulsif et répétitif, ce qui s'extériorise par la tendance à la récurrence" (1). Il n'a jamais été question pour Sami de mauvais traitements, mais bien plutôt "d'inconséquence" parentale, sous forme d'actes manqués qui prennent une valeur d'autant plus significative que les parents connaissent parfaitement le risque vital qui menace Sami à l'occasion de ces chutes, en raison même de sa forme de maladie. Il est puni par où il a péché. "L'accident d'un enfant, dit-on souvent, n'est pas accidentel". M. Soulé dit à ce sujet "qu'il faut avoir le courage de penser et de dire qu'ils sont dûs à une mère incapable de contrôler ses pulsions agressives. Ces nourrissons-là vivent le voeu mortifère de leur mère dans le plus profond de leur chair".

A "l'inconséquence" des parents, l'équipe soignante de pédiatrie a répondu par des résistances massives. Ce n'est qu'après que l'enfant ait été sérieusement et irrémédiablement endommagé sur le plan physique, qu'il a été évoqué la possibilité d'une séparation d'avec son milieu familial sans pour autant que le problème soit posé en termes relationnels entre Sami et ses parents. L. Kreisler justifie cette attitude des médecins par l'impossibilité pour eux d'attribuer à une mère des sentiments agressifs à l'égard de son enfant tant ils sont imprégnés du mythe de la pureté de l'amour maternel.

Nous serions tentés de faire une autre lecture des événements, mettant en cause un certain mode de fonctionnement institutionnel.

C'est en se réfugiant dans une pratique opératoire médicale qu'ils ont annulé ce qui pouvait être du registre du symbolique, qu'ils ont scotomisé la dimension mortifère de cette relation parents-enfant. A propos de la mère de Sami, nous dirons avec G. Raimbault (2) que lorsqu'elle amène son enfant à l'hôpital, dans un processus constant de répétition, elle apporte au bout de son corps souffrant, un objet qui la persécute, qui la détruit et qu'elle détruit et demande aux médecins protection et réparation dans un territoire animé de pulsions sexuelles et mortifères.

Dans le cas de Sami, les médecins ont répondu dans le sens d'un savoir faire médical, s'adressant au corps biologique en réparant les dégâts internes repérés par la sémiologie. Peut-être auraient-ils entrevu autre chose si Sami n'avait pas été atteint de maladie chronique, mais dans ce cas, il y aurait eu sans doute moins d'imprudences de la part des parents. S'adressant tout au long du parcours pédiatrique aux "signes de la maladie", ils ont déposés Sami de son histoire, de son identité, dans un travail de morcellement du corps, allant dans le sens de la "répétition d'un identique" signifiant en termes médicaux la chronicité.

(1) Kreisler (L.), Le corps meurtri.- In "Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée", Paris, Ed. E.S.F., 1978, p. 110-118.

(2) Raimbault (G.), Corps de souffrance. Corps de savoir. Clinique du réel.- Paris, Editions du Seuil, 1976.

Repéré en tant qu'"enfant malade en pédiatrie", toute référence à un ordre symbolique s'avère dès lors impossible pour Sami.

Celui-ci passe d'un modèle symbiotique de fonctionnement avec la mère à un autre système symbiotique avec l'institution pédiatrique (et vice versa), sans que jamais il ne soit fait référence à un tiers (comme le père) qui introduirait une autre parole, "un autre sens grâce à quoi tel événement particulier inscrit dans une histoire est symbolisable pour le sujet". (G. Raimbault)

C'est justement en tant que lieu de séparation, en tant qu'espace transitionnel entre Sami et sa mère, que le service d'adolescents est intervenu, déclenchant une crise familiale, mais surtout induisant un véritable processus organisateur, chez Sami, qui a à voir notre sens avec le processus d'adolescence. En pointant le décalage trop long entre céphalées et perfusion, comme menace vitale pour Sami, l'équipe soignante a mis le doigt sur la dimension mortifère de la relation mère-enfant.

C'est sa mère qui le "subsistue" quand il a des hémarthroses et cela se déroule toujours dans une atmosphère de drame, Mme B. accusant Sami d'avoir joué "brutalement". "Elle ne supporte pas que je bouge", dit Sami. En fait, ce qu'elle ne supporte pas, c'est que Sami puisse utiliser son corps autrement qu'en tant que corps de souffrance. D'une certaine manière, les hémarthroses sont pour elle la preuve que Sami a pris du plaisir. Ce que Sami ne dénie pas. "Avant je restais dans mon coin, maintenant je m'extériorise plus, ça me fait du bien". La manifestation "d'un corps de jouissance" chez Sami va à l'encontre de son mode d'investissement. Elle traite son enfant comme une chose qui ne devrait pas manifester une existence propre mais dépendre de son désir. La dépendance créée entre la perfusion faite par elle et les hémarthroses preuves du plaisir que Sami prend en dehors d'elle ont délimité un champ vital où elle a effectivement tout pouvoir de vie et de mort sur lui, pouvant contrôler à tout instant sur le corps de souffrance, les marques d'une tentative d'autonomie. A cela, Sami a répondu en retardant son aveu des hémarthroses. C'est là qu'intervient le service d'adolescents. En proposant à Sami l'apprentissage de l'auto-perfusion, il se situe en tant que tiers, ouvrant une brèche dans la relation mère-enfant, introduisant une triangulation.

L'auto-perfusion devient pour Sami, le symbole de son autonomisation. Elle lui permet de devenir sujet de sa maladie. Le service d'adolescents est un nouveau référent qui prend la place du père symbolique, là où il y avait un père défaillant. Mais dans ce mouvement, le père réel a pu être introduit.

A partir du projet d'auto-perfusion, tout s'enchaîne très vite.

Au refus de la mère d'y participer, correspond un insight chez Sami qui prend conscience d'une image fantasmatique de mère dangereuse face à un père effacé devenant lui-même mortifère sous son influence.

La référence au service en tant que représentant symbolique du père permet la levée du refoulement concernant une problématique archaïque qui lie Sami à sa mère sous forme d'identification projective (Laplanche et Pontalis) (1) : "mécanisme qui se traduit par des fantasmes, où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le menacer et le contrôler".

Grâce à ce nouveau référent, Sami se sent moins menacé de destruction par "la mauvaise mère introjectée", une distance s'étant établie entre elle et lui. Dès lors le processus d'individuation est déclenché. Sa tentative de suicide prouve qu'il a réalisé comment il peut utiliser le service aussi bien dans sa réalité de structure que sur le plan fantasmatique. Il fera appel à lui chaque fois qu'il se sentira menacé. Fixé auparavant dans une position infantile où le somatique est au premier plan, Sami devient adolescent mettant en avant toute la dimension psychologique de ses difficultés. La crise familiale qui s'en suit est à envisager sous un angle positif. Le fonctionnement du service permet que la parole circule entre tous les membres engagés dans le conflit. L'unité d'adolescents devient le lieu privilégié où chacun selon sa problématique peut verbaliser aussi bien un passé traumatique qu'un présent difficile.

La mère y exprime sa blessure narcissique et son désarroi face à une situation devenue intolérable pour elle, dans sa relation à Sami.

Sami est engagé dans un processus long et difficile d'individuation, le rejet des identifications antérieures, en particulier de la mauvaise mère internalisée, le laissant dans une position précaire de fragilité narcissique. Toute sa problématique qu'il va développer au cours des entretiens avec nous, à l'occasion de son hospitalisation concerne sa quête d'identité. En demandant à lire son dossier médical, il se réapproprie son histoire, sa maladie, il reconstitue les événements, comblant les trous de son passé, rétablissant une continuité de perception et de savoir, recollant "ses morceaux de corps malade", dans une recherche d'unité de sujet.

Ce processus de désorganisation, réorganisation le mène à la constatation qu'il n'a pas eu le droit comme ses frères à un statut de garçon (il mange à la table des filles). Cette prise de conscience détermine une revendication phallique, sa quête d'identité sexuée s'exprimant sous forme de demandes faites au service d'interventions somatiques sur ses yeux (qu'il ait de nouveau un regard droit) et surtout sur son sexe (qu'il soit circoncis comme ses frères). Sami demande implicitement au service de l'aider à une réhabilitation du père réel en tant que support d'identification sexuée, rendant possible le processus d'accès à une identité sexuée.

L'évolution de la relation père/fils dans ce sens prouve que le service a pu jouer ce rôle de médiateur réintroduisant le père en tant que 3ème terme de la relation, même si ce rapproché père/fils n'a pas encore trouvé de juste équilibre et s'effectue dans un climat de tension familiale dramatique pour tout le monde.

(1) Laplanche (J.) et Pontalis, Vocabulaire.- Paris, P.U.F., 1967.

Quant au père, il a pu également utiliser le service dans une fonction d'étaillage, lui permettant d'aller à l'encontre des désirs maternels, par l'établissement d'une relation privilégiée à son fils, celle-ci s'étant avérée impossible auparavant, par un phénomène d'exclusion de la dyade mère/enfant en raison de la maladie.

La littérature psychanalytique sur l'auto-traitement (1) des hémophiles met l'accent sur les implications psycho-affectives et relationnelles profondes qui en découlent sur le plan familial, induisant une réactivation des conflits autour de la maladie et un processus de réorganisation psychique pour les sujets concernés.

Seul un fonctionnement adéquat de l'équipe soignante dans l'accompagnement des familles et de leurs enfants permet la réussite de l'apprentissage de l'autoperfusion dans un projet d'autonomisation.

ANNEXE : PROBLEMATIQUE DE FILIATION ET PROCESSUS D'OBJECTALISATION DE LA SOUFFRANCE.

On est frappé, dans l'observation de Sami par le décalage entre "l'énormité" du dossier médical où sont consignés les nombreux "accidents" qui ont jalonné l'histoire de la maladie depuis la naissance de Sami et la pauvreté de son propre discours sur le sujet : "c'est à 6 ans qu'ils ont su qu'il était hémophile". "C'est sa mère qui porte la tare". "C'est son père qui est responsable de son amblyopie, ayant oublié de remonter les barreaux de son lit quand il était petit.

Dans son cas, l'amnésie est significative du contexte particulier de sa prise en charge médicale et la maladie est englobée dans une problématique plus actuelle de questionnement sur sa filiation. Celle-ci est une manifestation prévalente du processus d'objectalisation de la maladie à l'adolescence.

C'est dans cette problématique de filiation que Sami tout en sachant qu'il est l'enfant de ses parents (la preuve en est les photos avec eux à Margency et la ressemblance physique avec le père) verbalise son fantasme d'une autre filiation éventuelle, celle-ci étant à situer dans un roman familial dont il refuse de nous parler.

(1) Gutton (Ph.), Estrabaud (M.), Allain (J.P.), Etude du remaniement des résistances psychiques de 53 adolescents hémophiles lors de l'introduction d'un progrès thérapeutique majeur (l'autoperfusion).- Bulletin de psychologie, 1974-1975, 13-15, 707-740.

Cette référence à une autre filiation constitue pour Sami une possibilité d'échapper à une problématique de castration particulièrement prégnante dans les fantasmes mortifères de la mère, pour prétendre à l'accès à une identité sexuée, dans une différenciation d'avec le corps de la mère. Tant qu'il pensait que son "hémophilie" était une tare génétiquement transmise par sa mère, il l'acceptait, comme il acceptait l'ambiguïté de son statut d'être non sexué, n'ayant pas droit comme ses frères plus jeunes que lui à une reconnaissance familiale de son "pouvoir phallique" (très présent chez les musulmans).

Le décalage entre Sami enfant réel malade et la construction fantasmatique par laquelle ses parents avaient prédéterminé son identité, en tant qu'aîné des garçons, ne peut permettre son inscription dans une généalogie mythique de la famille.

Renvoyant à des représentations inacceptables, Sami est exclu de la filiation masculine, comme un élément venant rompre la continuité familiale. Destiné par sa maladie à demeurer dans cette ambiguïté sexuée, dans le désir de la mère, dans un contexte d'identification projective, le moyen pour lui d'échapper à la castration est de prendre des distances avec la maladie (mauvaise mère internalisée qu'il tente de projeter à l'extérieur de lui) en ne reconnaissant plus le lien génétique de transmission de la maladie.

"Attention", lui dit sa mère, chaque fois qu'il essaie d'échapper à son désir, de se différencier d'elle, dans une transgression de l'interdit, "à force de repiquer (c'est elle qui le perfuse), tu vas attraper le Sida" ("maladie des homosexuels mais qui peut se transmettre par le sang", dit Sami).

"Si, pour éclairer notre lanterne, nous faisons grosso modo coïncider l'adolescence avec la phase pubertaire, on est confronté dans le registre du corps et des emblèmes identificatoires à la présence, qui peut être positive ou destructurante, d'une nouvelle image, marquée par les signes apparents de la propre identité sexuelle. Image qui récusé cette indifférenciation relative dans laquelle les parents avaient pu laisser ce petit personnage". Piera Aulagnier (1)

Ainsi cette construction d'une autre filiation permet une référence mythique à un père plus puissant qui lui servira, contre la mère, de support identificatoire sexué.

(1) Aulagnier (P.), "Telle une zone sinistrée".- Adolescence, 1984, 2.1., 9-21.

OBSERVATION DE CELINE, 12 ANS ET DEMI (n° 16)

DOSSIER MEDICAL

Céline, née en novembre 1970, est hospitalisée dans le service d'adolescents de Bicêtre en avril 1983, alors qu'elle venait pour une consultation. Une biopsie du foie pratiquée à l'hôpital montre un aspect de cirrhose inflammatoire avec des signes d'agressivité. Le **diagnostic** porté est celui d'**hépatite auto-immune à anti-corps** soit muscle lisse, soit anti-reticulum endoplasmique.

Il est décidé de la traiter par corticothérapie et immuno suppresseurs.

Céline, âgée de 12 ans et demi lors de son hospitalisation est une adolescente obèse pesant 65 kgs pour 1 m 60. Elle n'est pas encore réglée. Devant l'aspect impressionnant de la biopsie hépatique (gros foie dur avec fibrose diffuse), la mère est prévenue de la gravité de la situation actuelle.

Son père est restaurateur et sa mère infirmière. Céline est décrite comme ayant un "très bon contact, très coopérante, souriante". Elle ne se plaint de rien et trouve même qu'elle a plus d'appétit depuis qu'elle est malade. Elle signale par ailleurs cinq épisodes d'épistaxis durant 5 mn.

Le 5 juin 1983, Céline est sous régime sans sel et hypoprotidique. Elle se sent très fatiguée depuis qu'on a commencé le traitement et a du mal à manger sans sel.

Le 17 juin 1983, Céline est toujours très fatiguée et se plaint d'insomnie d'endormissement. Elle a pris 2 kgs depuis le début du traitement.

Le 20 juin 1983, Céline ne dort toujours pas. Cette nuit, elle ne s'est endormie qu'à cinq heures du matin.

Le 28 juin 1983, Céline présente un épisode de malaise sans perte de conscience, vertiges, céphalées, bourdonnements d'oreilles, durée de quelques minutes.

C'est à l'occasion de sa longue hospitalisation que nous la rencontrons pour de nombreux entretiens.

ENTRETIENS DE RECHERCHE

Céline a été hospitalisée pendant plus de 3 mois dans le service d'adolescents. L'intérêt particulier de ce cas réside dans l'évolution dynamique de la problématique de Céline à l'intérieur du service.

Pour en rendre compte, nous restituerons quelques repères chronologiques correspondant aux multiples entretiens que nous avons eus avec elle au cours de ces trois mois.

Fin mai 1983, Céline accepte sans réticence de participer à la recherche, mais son discours est essentiellement défensif.

Tel est son discours sur la maladie : elle ne s'est pas aperçue qu'elle était malade. Sa mère, infirmière de métier avait remarqué depuis un certain temps qu'elle avait les yeux jaunes. Le diagnostic "d'hépatite virale" a été posé en février. Ce dont elle a le plus souffert est d'avoir quitté l'école car contrairement aux autres années, sa classe de 6ème l'intéressait et elle travaillait bien, et d'avoir été isolée en raison de la contagion de sa maladie.

N'ayant ressenti aucun symptôme de la maladie, elle ne "s'en fait pas", n'a aucun problème et ne se pose pas de questions. Elle a du mal à supporter la corticothérapie mais s'habitue progressivement au régime sans sel.

Ses parents la trouvant trop grosse, l'avaient mise depuis l'année dernière au régime, ce qui fait qu'elle est passée d'un régime à l'autre. Quant à elle, son obésité ne la gêne pas. Elle s'est pliée à la demande de ses parents pour leur faire plaisir. Dans sa famille, tout le monde est obèse sauf son frère, mais précise-t-elle, il s'agit d'un demi-frère du côté de sa mère. Son récit concernant toutes les péripéties de sa maladie sont assez flous. En bref, elle a fait de nombreux hôpitaux où ils n'arrivaient pas à la soigner avant d'être adressée à la consultation du Dr. D. à Bicêtre où elle a été hospitalisée d'urgence. Ici, ils ont trouvé le bon traitement, la preuve en est "ses prises de sang qui deviennent meilleures".

Le service d'adolescents lui plaît, elle a de bonnes relations avec tout le monde et sa mère est en confiance lorsqu'elle la laisse ici. Aux questions sur l'étiologie de sa maladie, elle dit "qu'ils" se sont demandés d'où ça venait mais qu'ils ne trouvent pas. Elle se demande, si cela n'est pas dû à des huîtres qu'elle a mangées aux noces de diamant de ses grands-parents.

De l'adolescence, elle dit "qu'elle n'a pas fait sa puberté". Elle se vit un peu "comme un garçon manqué" et aime la compagnie et les jeux masculins. Elle n'est jamais tombée amoureuse, tout cela ne l'intéresse pas.

Concernant ses relations familiales, Céline dit "bien s'entendre avec ses parents et son demi-frère âgé de 19 ans. A son sujet, elle n'a jamais posé de questions quant au passé de sa mère : "ça ne l'avancerait à rien". Les seules difficultés évoquées concernent le manque d'intimité familiale. Le père de Céline tenant un hôtel-restaurant, celle-ci dort à l'hôtel et prend ses repas aux cuisines du restaurant, la famille n'ayant aucun lieu de vie personnel.

De sa scolarité : elle parle d'une manière moins défensive. Elle a de grosses difficultés en orthographe depuis sa petite enfance et malgré des efforts, ne parvient pas à améliorer ses résultats. L'année précédente, une relation conflictuelle avec "une vieille institutrice qui l'avait prise en grippe" l'a fait beaucoup souffrir. Elle était "terrorisée" et jusqu'à présent lorsqu'elle la rencontre dans la rue, change de trottoir.

Début juin, Céline se présente sous un jour différent. Les entretiens suivants ont lieu sur sa demande. Elle se sent de plus en plus anxieuse et a des malaises quotidiens à heure fixe (14 h.). Elle associe d'abord ceux-ci à une scène à laquelle elle a assisté : l'interne du service se faisant agresser verbalement par une adolescente. Céline éprouve pour cette interne que nous nommerons Josiane, un sentiment trouble qu'elle dit ne pas comprendre, ni contrôler. Toutes les nuits, elle rêve que Josiane est assise à son chevet et qu'elle veille sur elle. Le matin, elle guette sa voix et ne peut s'empêcher de sortir de sa chambre dès qu'elle l'entend dans les couloirs. Dans le même temps, Céline est obsédée par des craintes de mort concernant Josiane. Elle a peur qu'elle travaille trop et qu'à force de réfléchir sur les dossiers, elle ne tombe malade. Elle explique son attachement à Josiane par le fait que celle-ci a été sa référente privilégiée concernant sa maladie et son traitement, sachant donner des réponses adaptées aux questions qu'elle posait. Peu après, Céline associe ses premières manifestations d'angoisse à une autre scène dont elle a été témoin : une adolescente gravement malade a été prise d'hémorragies digestives brutales et abondantes. C'est à cette occasion qu'elle dit avoir pris soudain conscience du danger mortel dont pouvait être menacée non seulement cette fille mais tous les adolescents du service. "Ce que je me dis, c'est que si ça ne s'était pas passé à l'hôpital, s'il n'y avait pas eu d'intervention dans les deux minutes qui suivent comme ça a été le cas, elle serait morte. Ici, il y a toujours quelqu'un, mais si ça s'était passé ailleurs dans la rue... J'ai peur pour tous ceux qui ne peuvent être secourus à temps".

Dans les derniers jours qui suivent, Céline présente un état d'agitation anxieuse de plus en plus manifeste. Sa "passion" et "ses angoisses de mort" concernant Josiane deviennent envahissantes. Elle fait de nombreux rêves dont le thème répétitif est toujours la mort de Josiane dans des circonstances diverses : "Josiane quitte l'hôpital en voiture, très fatiguée par sa journée de travail. Elle a un accident. Emmenée d'urgence dans le service, elle meurt. Quelqu'un dit : "c'est trop tard". Ou : "Josiane meurt

d'une crise cardiaque dans le service, etc..." Au cours de son séjour un autre événement est cause de trouble pour Céline. Sa compagne de chambre ayant fugué, Céline se dit dépositaire d'un terrible secret qu'elle ne se sent le droit de révéler à personne. Mais elle ne peut non plus le garder pour elle car cela représente une trop lourde responsabilité. C'est avec Josiane qu'elle choisit de partager son secret dont le contenu a un rapport avec un risque de mort touchant sa camarade. Parallèlement, elle s'étonne d'éprouver à l'égard de sa famille, en particulier de sa mère, un sentiment d'indifférence. Elle ne trouve plus rien à lui dire alors qu'elle racontait tout autrefois.

Au bout d'une demi-heure de visite, elle souhaite qu'elle s'en aille. Cette indifférence va évoluer en un rejet massif, par la suite, Céline refusant de voir sa mère. Elle vit le service d'adolescents comme un événement, l'ayant révélée à elle-même. Elle évoluait dans un univers clos où elle se posait peu de questions et a l'impression depuis qu'elle est là qu'elle en a trop appris. Elle se sent débordée par ce qui lui arrive mais dit qu'elle n'a jamais été si heureuse.

Cet état, proche de l'exaltation, est dû à la confiance que les adolescents lui accordent, en lui faisant leurs confidences. Si elle les comprend en partie, beaucoup de choses lui échappent encore, elle sent un décalage entre elle et eux. Céline a le sentiment d'avoir basculé brutalement du monde de l'enfance à celui de l'adolescence, mais de ne pas avoir la maturité nécessaire pour tout intégrer. C'est à son immaturité fonctionnelle et sexuelle qu'elle fait allusion, Céline n'ayant pas démarré sa puberté.

Si elle se sent préoccupée et responsable des problèmes des autres, elle n'a par contre aucun fantasme concernant sa propre maladie. Elle justifie son indifférence à cet égard en disant qu'elle a des difficultés à croire à la gravité de son état, n'ayant jamais ressenti aucun des symptômes de la maladie : "on me dit que je suis malade, mais je n'ai mal nulle part et je ne ressens rien".

Mi-juin, Céline raconte à qui veut l'entendre que la personne qui l'élève est sa belle-mère. Sa vraie mère est morte peu après sa naissance. Céline a vécu chez sa grand-mère maternelle jusqu'à l'âge de quatre ans, date à laquelle son père s'est remarié avec sa belle-mère actuelle qui avait elle-même un fils. Les circonstances de la mort de sa mère font l'objet d'un tabou familial, particulièrement entretenu par sa belle-mère. Céline demande des explications sur l'origine du décès de sa mère et les raisons du silence familial. Dans le service, Céline est toujours agitée et anxieuse, elle dit "faire des crises de nerf dans sa chambre" et montre des bleus qu'elle se serait fait en cognant ses poings contre les murs. Il est décidé après une discussion avec Josiane que Céline essaie d'aborder ce sujet lors d'une prochaine visite de sa belle-mère. Mais cette tentative échoue, sa belle-mère s'étant mise à pleurer dès que Valérie a abordé ce thème avec elle.

Sa sortie de l'hôpital étant prévue pour fin juin, Céline exprime son sentiment d'insécurité à l'égard du monde extérieur. Elle est prise de peur dès qu'elle quitte les enceintes de l'hôpital, même pour une brève

promenade. De plus, elle éprouve une appréhension à l'idée de se sentir à nouveau isolée dans son milieu familial et exprime son besoin de continuer à communiquer avec d'autres adolescents. Le plus dur pour elle est la séparation avec Josiane. Elle s'en va cependant avec des résolutions positives. Elle veut reprendre contact avec ses camarades de lycée, faire un régime pour maigrir et demande à avoir de nouveaux entretiens avec nous, lors de ses prochaines consultations. Sa mère n'est pas d'accord, se méfiant des "psy", mais Céline dit : "c'est ma vie".

Fin octobre 1983, Céline est réhospitalisée dans le service. Une prise de sang révèle une augmentation des transaminases. Elle a mal au foie et a vomi. Céline avoue rapidement avoir arrêté son traitement depuis plus d'un mois. Elle raconte d'autre part une tentative de suicide au mois de septembre par prise médicamenteuse. Elle a avalé 29 cachets de librium 5 et 12 cachets de librium 10. Elle a dormi vingt quatre heures, sa mère a cru qu'elle était fatiguée et ne s'est pas inquiétée. Le motif invoqué est le conflit qui l'oppose à sa mère : "je voulais arriver au point zéro et mourir parce que ma mère ne m'aime pas". Autre raison invoquée : son obésité : "je suis trop grosse, je ressemble à quoi ? Quand je vois des filles minces dans la rue, ça me fait mal. Je voulais maigrir en arrêtant les corticoïdes, d'ailleurs j'ai perdu 7 kgs". Valérie exprime son désir de punir sa mère en la rendant coupable de mort. "Elle ne s'occupe pas de moi, je ne la vois jamais et c'est insupportable". Sa belle-mère est effectivement très occupée, assurant en plus de son emploi d'infirmière, le service au restaurant. Sur sa maladie, elle tient également un discours contradictoire. "Je sais que c'est très grave et que si je ne prends pas mon traitement, je meurs" et : "je n'y crois pas à cette maladie. Je ne ressens rien et j'en ai marre de prendre des trucs contraignants pour quelque chose que je n'ai pas".

D'autre part, elle exige que le voile soit levé concernant le secret familial sur la mort de sa mère. Elle aurait appris par son frère que sa mère se serait défenestrée parce que son père ne la rendait pas heureuse.

Sa belle-mère refuse toute allusion à cette histoire, de même qu'elle refuse que Céline mette des photos de sa vraie mère dans sa chambre. Elle a cherché la tombe de sa mère, là où est enterrée toute sa famille et ne l'a pas trouvée. Elle parle beaucoup de sa grand-mère maternelle à laquelle elle est très attachée : "j'ai toujours dit, depuis que j'étais petite, que lorsque ma grand-mère mourrait, je mourrais aussi". Elle voudrait retourner vivre chez elle. "J'ai toujours aimé mon père, mais j'en ai toujours voulu à ma belle-mère car je la tiens pour responsable de la séparation avec ma grand-mère quand j'avais quatre ans. Au début, j'ai eu beaucoup de mal à retourner vivre avec mes parents". Depuis sa rentrée scolaire, Céline sort avec un garçon âgé de 16 ans, dont elle dit seulement qu'il est très gentil. Elle dit que ses parents se rendent bien compte qu'elle a beaucoup changé depuis son séjour à l'hôpital et qu'ils ne savent que faire.

Un entretien familial entre le chef de clinique, Céline et ses parents, va permettre de dénouer la situation : le père promet de la mettre au courant du secret familial, la belle-mère promet de laisser Céline plus autonome et de lui permettre la pratique d'un sport (ce qu'elle a toujours refusé).

Elle confie à cette occasion à Céline qu'elle comprend sa situation, ayant elle-même été élevée par une belle-mère avec laquelle elle était très agressive.

D'autre part, les parents manifestent le désir d'avoir une maison séparée de l'hôtel-restaurant, afin que Céline ait un cadre de vie plus stable. Céline semble satisfaite de l'entretien et repart chez elle sans difficulté d'autant plus que Josiane a terminé son stage d'internat et quitté le service. Elle vient depuis une fois par mois à la consultation du Dr. D. à Bicêtre et rien de particulier n'est signalé à son sujet.

COMMENTAIRES

Cette observation est caractérisée par l'aspect spectaculaire des remaniements psychiques qui s'effectuent chez Céline consécutivement au diagnostic d'hépatite auto-immune (de pronostic grave) et à son entrée dans le service d'adolescents. Nous sommes tentés pour Céline de concevoir son "entrée en maladie" et surtout sa rencontre avec le service d'adolescents comme ayant valeur de rite de passage du statut d'enfant à celui d'adolescent. "Le rite marque la coupure avec les actes de la vie habituelle, prend valeur de signe et permet l'introduction du sujet dans une nouvelle façon d'être, dans un statut, un état d'âme différent de celui vécu dans la vie ordinaire".

Cette observation va à l'encontre des études psychanalytiques qui décrivent le processus d'adolescence et la maladie chronique comme étant dans une relation d'antinomie.

P. Tridon, C. Vidailhet, A. Dêtre (1) évoquent "les grands risques que cette adolescence soit une adolescence "blanche" pour demeurer le bon enfant, le bon malade qui refoule inquiétude et agressivité, accusation culpabilisante pour les familles et les thérapeutes" et considèrent certains refus de traitements à l'adolescence comme ayant une valeur positive de véritables rites et épreuves visant à marquer la rupture pour accéder à un nouveau statut, à de nouvelles relations et à une plus grande autonomie.

Ph. Gutton (2) conçoit quant à lui la maladie comme un rite et souligne l'antinomie entre adolescence et rite, envisageant "l'entrée en maladie" organique grave comme une intervention qui bloque le processus élaboratif de la puberté. "Le trajet élaboratif ne se fait pas. A l'angoisse de mort (phénomène pulsionnel) est substituée la peur de la mort et la douleur somatique. La peur supprime l'angoisse et la culpabilité, la dépression se nomme fatigue. Plus généralement, l'affect s'estompe au bénéfice de la sensation (...) Au lieu de devenir un adolescent, il devient un malade..."

(1) Tridon (P.), Vidailhet (C.), Dêtre (A.), Abandon ou refus thérapeutique : vide de passage chez l'adolescent handicapé et malade chronique".- Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, n° 8-9, août-septembre 1983, 407-408.

(2) Gutton (Ph.), La maladie somatique conçue comme rite.- Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, n° 8-9, août-septembre 1983, p. 409-411.

C'est le processus inverse que nous observons chez Céline. Nous notons au premier entretien avec elle, une négation de toute difficulté qui s'exprime par une suradaptation à la réalité externe, avec évitement des conflits, rejet des émotions et refus d'envisager l'aspect affectif des relations. Peu de place est laissée à sa vie fantasmatique. Seul son discours sur ses difficultés scolaires et sa relation conflictuelle avec une institutrice trahissent des difficultés d'ordre affectif. Le médecin lors de sa première consultation à l'hôpital Bicêtre la décrit comme ayant "un très bon contact, très coopérante, souriante", "elle ne se plaint de rien et trouve même qu'elle a plus d'appétit depuis qu'elle est malade".

Puis, brutalement, alors qu'elle est hospitalisée depuis un mois dans le service, apparaît un brusque changement de conduite avec rejet des identifications antérieures (en particulier de la mère) sentiment de flottement d'identité, augmentation de la fantasmatisation et apparition d'une angoisse de mort, et expression des conflits. Ce processus de dégageant des objets internalisés est compensé chez Céline par un investissement des objets extérieurs et extra-familiaux dans le contexte de l'unité d'adolescents, qui lui servent de nouveaux supports identificatoires et qui jouent un rôle "d'objets médiateurs". Dans ce climat de bouleversement interne de la personnalité et de réactions de l'entourage (aussi bien hospitalier que familial), nous sommes loin de l'annulation de la crise, avec appauvrissement du Moi, rétrécissement des facultés libidinales et rigidité dans la dénégation tel que cela a été décrit dans les cas de survenue de la maladie pendant la période d'adolescence. Pour reprendre le concept de rite tel que nous l'avons évoqué précédemment, il nous semble que le service d'adolescents par sa structure et sa dynamique de soins a eu sur Céline un impact initiatique d'apprentissage de l'adolescence, en tant que groupe dont les membres (soignants et adolescents) ont joué le rôle d'initiateurs prenant le relais des objets parentaux et de l'idéal du Moi. (1)

M. Laufer pense que l'adolescent doit parvenir à percevoir son corps non comme une extension de celui de sa mère, mais comme sa propriété. C'est ce processus d'individuation psychique au sens organisateur du terme qui s'engage une fois encore dans le service d'adolescents à l'occasion d'une grave maladie.

Nous allons comparer le processus "d'entrée en maladie et en service d'adolescents" au schéma initiatique, tel que le décrit Mme Calamé-Griaule (2) en distinguant trois phases :

a) la séparation d'avec le groupe familial et social avec au sens propre : départ, au sens figuré : rupture.

° L'hospitalisation de l'adolescent constitue un moment de rupture avec l'entourage familial, scolaire ou professionnel.

(1) Cf. L'observation d'Arnaud (n° 20), où est présent l'impact initiatique du service d'adolescents pour le déclenchement d'un processus d'adolescence.

(2) Calamé-Griaule, Le schéma initiatique. Table ronde sur l'initiation.- Février 1977.

b) la phase de réclusion dans laquelle sont discernés les éléments symboliques qui montrent qu'elle est ressentie comme une gestation, avec des activités spécifiques qui doivent être tenues secrètes et qui comportent :

- des épreuves physiques.

° Une affection grave et son traitement peuvent être envisagés dans ce sens.

- un enseignement à la fois religieux et social.

° La rencontre avec d'autres adolescents, avec la maladie des autres, avec des soignants auxquels il peut s'identifier, qu'il peut utiliser selon ses besoins du moment.

- des transformations corporelles, essentiellement au niveau des organes sexuels avec suppression des signes d'ambiguïté sexuelle propre à l'enfance.

° L'hôpital peut être une occasion d'individuation par rapport au corps de la mère et d'une revendiction d'identité sexuée.

- mort et renaissance symboliques.

° Dans certains cas, comme pour Céline, c'est une véritable mutation qui s'effectue à la faveur de la maladie qui a à voir avec la proximité d'une mort possible et d'une renaissance en tant que sujet (dans un processus d'autonomisation).

c) Le retour consacré à la réintégration dans la société. Les initiés ne reconnaissent plus les leurs et doivent refaire tous les apprentissages.

° Le retour en famille après un long séjour hospitalier où se sont effectués des remaniements psychiques, de nouveaux systèmes identificatoires, des processus d'individuation, peut constituer un véritable réapprentissage pour les adolescents concernés. (Céline a peur de sortir des enceintes de l'hôpital, car n'ayant plus les mêmes repaires qu'autrefois, elle se sent menacée et en décalage avec le monde extérieur ou dans le contexte familial).

Si nous avons comparé rite initiatique et "entrée en maladie" (et à l'unité d'adolescents) c'est en raison du caractère brutal que revêt l'évolution de certains adolescents atteints de maladie chronique à l'intérieur du service.

Pour Céline, le service a été utilisé en tant que médiateur des systèmes d'identification et d'identité à travers :

a) la rencontre avec d'autres adolescents qui a permis une externalisation des conflits par effet de miroir ; (les problèmes des autres ayant été un facteur de prise de conscience des siens) et,

b) avec une interne (Josiane) dans un mouvement massif d'investissement libidinal, visant à une désidéalisée de la mère.

Le mouvement naturel des investissements de l'adolescent l'entraîne à trouver un objet de complétude narcissique, double idéal de lui-même qui se situe au-delà de toute insuffisance possible et en deçà de la différence des sexes. Il est ainsi poussé à chercher au dehors une figure qui fasse pendant et contrepoids à l'imgo interne indifférenciée.

"Cette figure aura certaines caractéristiques de l'imgo interne, notamment quant à son caractère de puissance et de complétude, mais elle devra s'en différencier suffisamment pour perdre son effet d'excitation pulsionnelle, protégeant alors l'adolescent des dangers liés à l'imgo interne et assurant ainsi sa sécurité". Ph. Jeammet (1). Comme Sami, Céline dans sa quête d'identité va chercher à se réapproprier son histoire, dans une attitude de transgression des non-dits familiaux concernant ses origines (un véritable consensus familial s'étant établi dans le maintien du secret de la mort de sa mère biologique peu après sa naissance).

Le processus dans lequel s'est engagée Céline à l'occasion de sa maladie, constitue une étape déterminante pour son évolution.

Elle n'en est qu'au début et étant donné le caractère des remaniements psychiques, elle est loin d'avoir élaboré ses conflits et réorganisé son monde interne.

C'est dans le maintien des relations avec le service d'adolescents qu'elle pourra trouver un support à son étayage narcissique lui permettant une restructuration de son espace psychique et de ses relations avec la réalité externe.

ANNEXE : PROBLEMATIQUE DE FILIATION ET PROCESSUS D'OBJECTALISATION DE LA SOUFFRANCE

Si le droit au secret est une condition pour pouvoir penser (2), l'expression et l'élaboration d'un "non-dit" portant sur un des éléments essentiels de l'existence d'un sujet paraît nécessaire à la reconstitution de l'être. C'est dans un travail de construction et d'historicisation du vécu que s'inscrit pour Céline la demande d'une levée des non-dits concernant son origine. L'atteinte brutale par la maladie, à une période de remaniement pulsionnel est à l'origine de cette reconstruction du passé, "comme

(1) Jeammet (Ph.), Réalité interne, réalité externe.- Revue française de psychanalyse, 3.4, 1980.

(2) Castoriadis-Aulagnier (P.), Le droit au secret : condition pour pouvoir penser.- Nouvelle Revue de Psychanalyse, n° 14, 1976, pp. 141-157.

détenteur du sens caché du présent" (1). La maladie représente pour Céline un non symbolisable qui la renvoie à un autre événement qui est la mort de sa mère, tout aussi inélaborable dans la mesure où elle est l'objet d'un non-dit familial.

Cette interprétation vient s'inscrire dans le modèle du passage du traumatisme physique au traumatisme psychique comme lecture des événements. Ph. Gutton : "l'événement prend son sens dans la mesure où il vient répéter un événement passé et premier inconnu ; la maladie actualise cet objet interne. Ce passé, demeuré en quelque sorte en attente dans les limites du préconscient groupe psychique séparé, se trouve ramené à la surface externe lors de l'événement maladie auquel il confère le titre de traumatisme. C'est bien le télescopage entre la maladie et certains fantasmes privilégiés de l'enfant et de sa famille qui va constituer le modèle même de recherche du psychanalyste à l'égard de cet enfant atteint de maladie chronique ou aigue. (2)

Pour Céline, l'événement maladie à risque létal et l'événement de sa rencontre avec l'unité d'adolescents, lieu où la parole circule ont été le catalyseur d'une démarche de reconstruction du passé à comprendre comme une appropriation de son histoire lui permettant de devenir sujet, dans une continuité généalogique de filiation. La qualité des relations nouées à l'intérieur du service lui fait prendre conscience de la pauvreté relationnelle des liens qui l'unissent à ses parents, dans ce consensus de non-dit, autour d'un événement aussi important que la mort d'une mère.

La levée du non-dit est la condition pour que le discours familial perde son caractère opératoire et que se développe une fantasmagorie jusque-là bloquée dans des mécanismes mortifères de déni des différences.

Le non-dit qui est à l'origine de sa naissance bloque toute une dynamique fantasmagorie basée sur les fantasmes originaires et empêche l'intégration des événements maladie et mort de la mère dans le registre du symbolique. P. Aulagnier (3) définit la "fonction symbolique" dont le propre est de "créer une configuration relationnelle symbolique, engendrant une mise en forme du réel" (...). Le terme de parenté qui édicte et engendre la loi relationnelle, présente entre la totalité des termes du système qui définit, la place et la fonction du sujet dans son réseau familial".

La problématique de Céline ne peut s'élaborer dans une relation de triangulation, toutes ses relations sont duelles. La relation qu'elle a à Josiane renvoie au modèle de l'identification projective de M. Klein, dans un fantasme d'envahir le corps de l'autre et de le manipuler de l'intérieur, par l'angoisse qui y est littéralement injectée.

(1) Aulagnier (P.), Telle une zone sinistrée.- Adolescence, 1984, 2.1., 9-21.

(2) Gutton (P.), Psychanalyste dans un service de pédiatrie en 1974.- in L'évolution Psychiatrique, 1974, 49, 3, p. 473-491.

(3) Castoriadis-Aulagnier (P.), La violence de l'interprétation.- Du pictogramme de l'énoncé. Paris, P.U.F., 1975.

"On peut considérer l'espace de secret" comme territoire propre du sujet où sont conservés par lui les éléments qui avaient assuré son identification primaire, c'est-à-dire grâce à quoi il avait instauré au départ même le fonctionnement d'une triangulation par laquelle il pouvait se reconnaître comme objet de désir". (V. Smirnoff) (1)

L'élaboration de son identité ne peut s'effectuer qu'à travers le passage du non-dit au secret. Dans le service, Céline passe son temps à "secréter des secrets", dans une tentative de triangulation de la relation.

(1) Smirnoff (V.), Le squelette dans le placard.- Nouvelle Revue de Psychanalyse, 1976, n° 14.

CHAPITRE VII

ESSAI DE THEORISATION

La réflexion qui s'impose d'emblée à l'étude des observations précitées concerne le processus de sexualisation des représentations de la maladie ou de la souffrance qui s'opère à la puberté chez les adolescents atteints de maladies chroniques.

Cette érotisation de la souffrance qui vient s'intégrer au processus plus global de sexualisation de la pensée et du corps sexué à l'adolescence, va faire l'objet de mesures défensives de formes diverses, en fonction :

- du réajustement par l'adolescent de sa structure antérieure à la génitalisation acquise.
- de l'intensité de la reviviscence du conflit oedipien qu'entraîne la modification corporelle.
- de la maladie en cause, (en particulier du caractère létal plus ou moins important de celle-ci).
- de l'étayage offert par la structure hospitalière qui prend en charge ces adolescents.

Nous avons voulu par la présentation d'observations différentes, rendre compte de la diversité et de la spécificité de la sémiologie utilisée par les adolescents malades sous forme de conduites défensives prévalentes allant de l'aménagement de mécanismes archaïques à un système défensif plus élaboré, selon la problématique en cause et le contexte de la maladie.

1. Le modèle économique

Nous allons dans un premier temps reprendre brièvement les éléments théoriques permettant d'étayer notre démarche analytique.

Freud, dans les Trois Essais sur la Théorie de la Sexualité, caractérise l'adolescence par la réactualisation de la sexualité infantile et lui assigne comme buts l'affirmation du primat de la génitalité et le choix d'un nouvel objet d'amour. C'est l'intégration de son fonctionnement sexuel qui va permettre à l'adolescent d'accéder à une identité sexuelle ressentie comme son propre choix.

L'adolescent se trouve dans une situation de sexualisation massive du corps, de l'ensemble des conduites et des processus d'acquisition ou de pensée, faisant peser la menace d'un envahissement incestueux. E. Kestemberg (1) insiste à ce sujet sur le réveil massif du conflit oedipien et les défenses forcenées qu'il mobilise entraînant un remaniement des investissements au profit des investissements narcissiques et au

(1) Kestemberg (E.), Identité, identification à l'adolescence.- Psychiatrie de l'enfant, V, fasc. 2, 1962, p. 441.

détriment de ceux objectaux trop marqués par le conflit oedipien. "On assiste donc à l'adolescence en fonction même des modifications corporelles qui en sont la source, à une rupture de l'équilibre économique précédent entre libido objectale et libido narcissique (...). Il semble se produire au cours de l'adolescence une sorte de fusion entre la libido objectale et la libido narcissique, tout conflit concernant la première retentissant en profondeur sur la seconde".

Nous avons évoqué dans notre première partie les modifications dans la distribution de la libido, telles que les définit Freud (1) dans le contexte d'une maladie organique, le sujet malade retirant son investissement des objets jusqu'à la guérison dans un processus de retrait narcissique.

Comment comprendre sur un plan dynamique ces processus de sexualisation des représentations de la maladie tels qu'on les observe à la puberté ? Il nous faut revenir à la notion d'étayage (2) développée par Freud dans les "Trois essais" selon laquelle la pulsion sexuelle s'étaye sur une fonction non sexuelle, vitale, ou comme le formule Freud "sur une fonction corporelle essentielle à la vie".

Comme le précise Laplanche (3), les termes de fonction, de besoin et d'instinct qualifient généralement le registre de l'auto-conservation par opposition au registre sexuel. L'activité sexuelle s'est tout d'abord étayée sur une fonction servant à conserver une vie dont elle ne s'est rendue indépendante que plus tard. "On assiste à une séparation de l'une et de l'autre puisque la sexualité, toute entière d'abord appuyée sur la fonction, est en même temps toute entière dans le mouvement qui la dissocie d'avec la fonction vitale".

On peut alors concevoir ce qui se passe sur le plan économique en cas de survenue d'une pathologie organique, comme un retrait de la libido objectale, l'investissement se situant lors, essentiellement dans le registre de l'auto-conservation.

2. Processus d'objectalisation de la maladie

P. Gutton (4), se référant à cette première théorie des pulsions de Freud envisage le repli narcissique qui accompagne la survenue d'une maladie en termes de "désétayage" ayant pour conséquence un effacement de

(1) Freud (S.), Pour introduire le narcissisme.- La vie sexuelle. Paris, P.U.F., 1969.

(2) Freud (S.), Trois essais sur la théorie de la sexualité.- Paris, Idées, N.R.F., 1968.

(3) Laplanche (J.), Vie et mort en psychanalyse.- Paris, Champs, Flammarion, 1970.

(4) Gutton (Ph.), Séminaires.

l'érogénéité et un processus de désymbolisation. La fusion entre libido narcissique et libido d'objet à l'adolescence peut induire des "réétayages paradoxaux" qui sont à l'origine d'une érogénéisation des représentations de la maladie. Le travail de la souffrance vient s'intégrer au processus d'adolescence, au cours duquel l'image du corps physiquement mûr doit venir s'intégrer à la représentation de soi. Les blocs de représentations qui concernent la maladie se trouvent intimement liés à ceux qui concernent la puberté. Les adolescents ont à faire un travail de reconstruction à partir de la souffrance, ayant pour but de redonner sens à celle-ci. Le travail de la souffrance peut être conçu comme une réélaboration du corps pubertaire malgré et avec celle-ci, dans un rapproché entre la puberté et le sens que prend la souffrance à ce moment-là.

Nous pourrions dire que la sexualisation des symptômes de la maladie se trouve à l'origine de ce processus élaboratif de reconstruction de l'histoire du sujet dans un scénario qui inclurait la maladie, le corps souffrant, introduisant une continuité là où il y avait rupture traumatique, blessure narcissique. Comme la maladie, la puberté constitue une irruption du réel, une réapparition brutale de l'objet qui menace le statut narcissique aussi bien que le silence fonctionnel psychosomatique.

Il s'en suit une situation nouvelle où se révèle l'aspect le plus destructeur des pulsions, avec l'angoisse qui y est liée. C'est alors que la nécessité de l'élaborer prend un caractère vraiment présent. Affronter le danger interne d'être radicalement submergé par la somme des excitations engagées ne peut être réalisable que par une mise en scène de la situation, qui, en projetant des images et des formes reliées entre elles dans un ordre significatif, lie et intègre les tensions de telle sorte que l'événement n'est pas seulement une expérience passivement subie mais prend jusqu'à un certain point l'efficacité d'un acte.

C'est ce processus élaboratif de l'expérience traumatique de la maladie reprise en fonction du développement psychosexuel du sujet que nous nommons processus d'objectalisation de la souffrance.

Dans la mesure où la sexualisation des représentations de la maladie s'inscrit dans une problématique pubertaire plus globale mettant en cause l'image d'intégrité narcissique et sexuelle du sujet, les mesures défensives mobilisées pour maîtriser le danger lié à l'érotisation de la souffrance vont varier en fonction des sujets, le processus d'objectalisation de la souffrance prenant des formes différentes dans ses manifestations au niveau du Moi.

Ce travail élaboratif autour de la maladie, va constituer en quelque sorte la tâche principale de l'adolescent malade, comme une expression prévalente du processus d'adolescence caractéristique des problématiques particulières mettant en jeu le corps souffrant.

Nous dirons avec De M'Uzan (1) que grâce à la mise en scène dramatique de la situation qui vise à rétablir un nouveau silence fonctionnel, l'expérience acquiert une valeur positive. "Cette description de l'actuel, qui se fait par une récupération active du passé et accomplit le passage du discontinu au continu, crée littéralement la réalité dont, autrement l'opacité serait totale puisqu'elle se réduirait à un ensemble incohérent de formes abstraites".

Dans un premier temps nous nous arrêterons sur les différentes formes d'expression prises par le processus d'objectalisation puis nous envisagerons dans un second temps sur ce qui peut entraver le bon fonctionnement de ce processus.

3. Spécificité et diversité des manifestations du processus d'objectalisation de la maladie à l'adolescence.

A - Les défenses névrotiques

Nous avons constaté dans certains cas une véritable "hystérisation" des symptômes de la maladie (comme Flora) qui prouve l'existence d'une résonnance fantasmatique et d'un espace relationnel marqué par l'érotisation. Au cours de l'adolescence, la maladie est reprise selon de nouvelles constructions comme terrain du conflit, sous forme de symptômes somatiques chargés d'une valeur symbolique ayant un rapport avec une organisation se structurant sur un mode génital. Dans ces cas, il y a réellement objectalisation de la souffrance, par un travail psychique de mise en représentation des symptômes de la maladie dans une problématique pubertaire.

Dans les théorisations sur leur maladie des adolescents concernés par ce type de défenses, c'est l'angoisse de castration qui se substitue à l'angoisse de mort par rapport à l'intégrité corporelle. La souffrance liée à la maladie en tant qu'objet interne narcissique est chargée de libido, investie, comme un objet fantasmatique intériorisé. Par cette position, le Moi de l'adolescent se constitue comme objet libidinal et non plus essentiellement dans ses fonctions vitales. Tout se passe comme si la puberté permettait une sorte de reprise des fonctions vitales par le Moi et son support libidinal. Ces mécanismes d'"hystérisation" d'une pathologie organique s'inscrivent comme double mécanisme d'appropriation de son corps malade par l'adolescent, mais en même temps appropriation d'un corps en changement (du fait des remaniements pubertaires). Comme nous le constatons pour Flora, le conflit est de nature génitale oedipienne mais renvoie à un conflit plus archaïque lié à l'identité sexuée et les incertitudes projetées sur l'image du corps.

(1) De M'Uzan (M.), Aperçus sur le processus de création littéraire.- In De l'art à la mort. Paris, Tel, Gallimard, 1977.

D'autre part, l'observation de Lucie nous permet de cerner deux niveaux de fonctionnement dans des temps différents chez une même adolescente :

- l'un appartenant au registre psychosomatique en tant que désorganisation touchant l'équilibre somatique et psychique.
- l'autre appartenant au registre névrotique (avec de fortes composantes hystériques), les symptômes surdéterminés de la maladie ouvrant vers une symbolisation possible des affects mis en jeu par une problématique oedipienne.

Dans un article intitulé "de la psyché de la somatose en quête de névrose, le sentier obstrué", P. Lefevre (1) pointe la transition qui peut s'effectuer de la psychosomatose à la névrose, du corps malade au corps érogène. Signalant quelques aspects pathognomoniques du rapport sujet-objet chez les individus en voie de somatisation, il constate que leur investissement n'a aucune qualité d'objectalité libidinale authentique, qu'ils ne sont pas non plus en quête de l'altérité différente de l'objet (exigence de sameness) et que leur mode relationnel narcissiquement pathologique contient la notion de faille dans le processus identificatoire.

D'autre part la clinique des malades en voie de somatisation montre que l'utilisation de la fonction symbolique est effacée et inadéquate pour ouvrir la voie à la psycho-névrose et à l'érogénéisation du vécu corporel, "le malade aura à dénouer l'impasse narcissique et à récupérer ou développer une capacité symbolisante, permettant une élaboration psychique en rapport avec des émois jusque-là inénarrables et inassimilables". C'est précisément lorsque le recours à la symbolisation devient possible que l'intégration des parties clivées du Moi est assumable par le sujet du fait que l'impasse narcissique se relativise.

La problématique du sujet se situe alors dans un registre névrotique oedipien. C'est ce qui est en cause au cours du processus d'objectalisation de la maladie à l'adolescence. Dans cette perspective, nous pouvons dire que Flora et Lucie, bien que dans des situations différentes sont toutes deux engagées dans ce processus, celui-ci étant en cours d'élaboration et n'ayant pas encore abouti vers une issue positive qui serait l'intégration de la maladie et la résolution de la crise d'adolescence.

(1) Lefèvre (P.), La psyché de la somatose en quête de névrose, le sentier obstrué.- Revue Française de Psychanalyse, 1984.5.

B - Théorie de la maladie - théorie de la filiation

C'est en tant que manifestations spécifiques du processus d'objectalisation de la maladie à l'adolescence, que se situent les théorisations sur la maladie qui vont de pair chez les adolescents avec un questionnement sur leur filiation.

Si l'élaboration d'un véritable roman familial est exemplaire chez Aline, nous constatons également la présence d'une thématique de filiation chez Céline et Sami, ainsi que dans bien d'autres cas encore.

De telles élaborations fantasmatiques sur la filiation sont à envisager comme des manifestations particulières du processus d'objectalisation des représentations de la maladie à l'adolescence dans la mesure où le but en est la restauration narcissique. Pour comprendre la signification de ces théories nous allons reprendre la définition du roman familial, selon Laplanche et Pontalis (1).

"Expression créée par Freud pour désigner des fantasmes par lesquels le sujet modifie ses liens avec ses parents (imaginant par exemple qu'il est un enfant trouvé). De tels fantasmes trouvent leur fondement dans le complexe d'Oedipe. M. Soulé (2) remarque pour sa part, qu'en tant que "fantaisie diurne consciente" plus ou moins élaborée, le roman familial trouve sa place dans des réélaborations conflictuelles très différentes et constitue un réaménagement du fantasme originare avec interférence du vécu individuel. A cela, il ajoute une visée économique : le fantasme inconscient cause la tension et la fantaisie consciente tente de la résoudre.

La réalité par rapport à la fantaisie joue le rôle du reste diurne par rapport au rêve. Pour notre sujet, ce qui nous intéresse est la fonction et le rôle joué par le roman familial.

- d'une part, il permet une mise à distance des objets parentaux ; il y a déplacement de l'objet réel sur l'objet fantasmatique, investissement dans le fantasme des parents au lieu de l'investissement des parents.
- d'autre part, l'élaboration d'un roman familial permet une restauration narcissique. Sa thématique est structurée par la résurgence de la mégalomanie infantile. L'étude des problématiques des adolescents atteints de maladie chronique nous a montré à quel point il était difficile pour eux de se dégager des imagos parentales (en particulier de la dépendance étroite d'une imago maternelle archaïque) pour acquérir dans un processus d'individuation séparation, une identité sexuée.

(1) Laplanche (J.) et Pontalis, Vocabulaire.-, Paris, P.U.F.

(2) Soulé (M.), Fantasmes du roman familial et nouveaux modes de filiation.- in Le nouveau roman familial, Paris, E.S.F.

"Les malades en médecine ne le sont pas en tant que sujets. Mais entre leur corps et la partie malade s'établit un rapport d'appartenance qui permet d'exclure la partie du tout. A son tour la partie (malade) fonctionnera comme un tout pour d'autres sujets que le malade, pour les médecins, dans un autre registre : l'enfant malade est partie (malade) du tout du territoire mère-enfant". G. Raimbault (1)

D'autre part, sur le plan narcissique, on peut imaginer la blessure induite par le "mauvais fonctionnement d'organes" lié à l'invalidation par la maladie que l'adolescent peut vivre comme une véritable castration (réelle et symbolique), la notion de plaisir ayant peu de place dans ce contexte de souffrance et de réduction des possibilités physiques.

On peut penser que dans ce contexte, le roman familial pour ces adolescents peut avoir une valeur restauratrice particulièrement significative, dans une tentative de reconstruction de leur histoire.

A propos de la réorganisation des investissements propres à l'adolescence, Piera Aulagnier met l'accent sur le travail d'historisation de son temps passé qu'opère le Je (2). "Cette construction-historisation du vécu est une condition tout aussi nécessaire pour la mise en place d'un investissement du temps futur, pour que le Je ait accès à la temporalité, pour qu'il puisse prendre en charge et investir ce que j'avais défini du terme de projet identificatoire".

Mais pour que ce projet soit investi, encore faut-il que le Je trouve en lui-même, tel qu'il pense être dans son présent, une potentialité qu'il peut espérer dans son devenir "futur". Dans ce sens, la verbalisation d'une construction telle que le roman familial peut permettre de corriger la vérité telle qu'elle est et d'organiser le thème de filiation selon des scénarios qui visent à aménager la destinée en échappant à ce déterminisme assigné par la construction fantasmatique propre aux parents.

"Par le roman familial, l'enfant vise par exemple à tuer l'enfant imaginaire déposé en lui par ses parents et qui le parasite" (Soulé).

En conclusion, nous constatons que la verbalisation d'un roman familial ou d'un questionnement sur la filiation par les adolescents malades chroniques est à intégrer dans la dynamique

(1) Raimbault (G.), Corps de souffrance, corps de savoir.- Paris, Clinique du réel, Editions du Seuil, 1973.

(2) Aulagnier (P.), Telle une zone sinistrée.- Adolescence, 1984, 2.1. - 9-21.

d'un processus de restauration narcissique et d'aménagement d'une identité. Elle s'inscrit dans une problématique propre à l'adolescence, d'historisation-construction du vécu afin d'accéder à la possibilité d'investir de nouveaux objets, de proposer de nouveaux buts au désir, de choisir de nouveaux idéaux plus autonomes.

Comme les fantasmes originaires, ces reconstructions fantasmatiques ont un pouvoir structurant sur le psychisme. Le mythe oedipien, la fantasmatisation oedipienne est ce qui vient donner sens et forme à la relation au monde.

Si le roman familial est une fantaisie prévalente qui se retrouve dans toutes les destinées, il prend une valeur particulièrement significative quand il est verbalisé dans un contexte de maladie chronique à l'adolescence.

C - Les conduites centrées sur le corps

Nous avons constaté que les adolescents malades utilisent essentiellement leur corps comme moyen d'expression et de communication.

Les conduites à expression somatique peuvent constituer une défense relative face à l'élaboration mentale. Il semble que chez les adolescents malades, les conduites centrées sur le corps doivent être comprises comme étant des formes particulières de l'élaboration mentale, dans un registre plus ou moins symbolique. En effet, le travail de symbolisation s'effectue par le biais du corps. Bien qu'il ne se situe pas dans la sphère purement psychique, il n'est pas question de conclure à une faille des facultés d'élaboration et de symbolisation chez ces adolescents particuliers. Les conduites centrées sur le corps sont le fait des adolescents en général. Comme le remarque P. Jeammet (1), "La plainte corporelle est à cet âge un moyen habituel d'exprimer tout à la fois une revendication affective, un besoin régressif et un vécu dépressif. Il existe chez l'adolescent une nette prédominance du vécu sur le pensé, mesure défensive à rapprocher sur le plan économique d'un contre-investissement qui est lié à la sexualisation globale de la pensée et du corps sexué". Dans cette optique, les conduites des adolescents ayant toujours un rapport direct avec le corps malade peuvent représenter conjointement une tentative de maîtrise active par le Moi de la situation de passivité dans laquelle se trouve l'adolescent face à la violence de la sexualisation apportée par la puberté.

(1) Jeammet (P.), Réalité interne, réalité externe.- Revue Française de Psychanalyse, 3.4., 1980.

Nous avons dit que ces conduites sont à comprendre comme un travail de symbolisation plus ou moins évolué en fonction de la problématique des adolescents concernés et nous insistons sur le fait que dans bien des cas, la pathologie organique ne se substitue pas à l'élaboration psychique. Il s'agit plutôt, pour ces adolescents, d'une utilisation de leur propre corps comme objet transitoire transitionnel, ou transactionnel sur lequel ils dirigent leurs pulsions par le biais d'une manipulation ou d'une spéculation sur la maladie.

Choisir son propre corps comme objet d'amour est l'un des paliers du narcissisme secondaire tel que Freud l'a défini. Freud s'est essentiellement intéressé au destin de la pulsion libidinale. On peut penser qu'il en est de même pour celui de la pulsion agressive. Le corps considéré comme une sorte d'objet relais aux diverses pulsions libidinales et agressives devient lieu de projection fantasmatique, à mi-chemin entre l'objet externe et les objets intériorisés.

Les conduites centrées sur le corps malade, comme la non-compliance au traitement qui a pour conséquence une réapparition de la symptomatologie organique et la tentative de suicide non déguisée, font apparaître de manière prévalente le besoin de maîtrise et la capacité de régression.

Il ne faut pas oublier l'aspect économique de telles conduites, dans l'activité de décharge tensionnelle qu'elles remplissent, qui peuvent être comprises dans leur valeur d'acting out. Pourtant comme nous l'avons remarqué pour Denis et Farida, la non-compliance au traitement peut prendre des valeurs différentes.

Nous sommes tentés de reprendre dans le contexte qui nous intéresse, la théorisation de M'Uzan concernant la distinction entre acting out de transferts directs et indirects (1). Les acting out directs visent l'objet directement, sans réflexion. "De toute manière les représentations instinctuelles lorsqu'elles s'expriment, restent sommaires, collées à leur affect, elles font parfois brusquement irruption à la conscience sans aucun aménagement. (...) Le rôle des situations extérieures réelles est accentué, mais surtout relativement à la quantité d'excitation qu'elles suscitent et beaucoup moins quant à leur qualité".

La répétition d'une conduite de non-compliance au traitement chez Farida qui entraîne une rechute de sa maladie hépatique, puis sa tentative de suicide, nous semblent relever de ce type d'acting out directs. On est frappé chez elle par la pauvreté symbolique dans laquelle se situe sa conduite. La rationalisation intervient à peine. "Ce type d'acting out direct

(1) De M'Uzan (M.), *Le même et l'identique*. - in *De l'art à la mort*, Paris, Tel. Gallimard, 1977.

constitue toujours une référence à une situation ancienne réelle et réactualisée, mais il a la valeur d'un cri, d'une exigence, qui se répètent purement et simplement et qui n'entrent pas dans une construction impliquant la présence d'un tiers".

Farida investit le service d'adolescents dans le cadre d'une relation duelle et tous les aménagements de sa situation n'empêchent pas la répétition de sa conduite morbide. Seule est réellement investie la valeur régressive de la décompensation et la fonction de décharge énergétique qui lui est associée. La conduite de Farida se produit "au-delà du principe de plaisir" et représente la compulsion de répétition.

Il est à remarquer cependant qu'il y a malgré tout chez Farida une modification de sa situation puisqu'elle passe d'une relation symbiotique à sa mère à une relation fortement sexualisée à un objet externe entraînant une rupture des identifications initiales. Cependant la découverte brutale de l'objet (trauma) ne s'effectue pas sous le primat génital. Il s'agit plutôt alors, d'une mise en acte fortement chargée libidinalement où l'objet est happé dans une relation fusionnelle, mettant en jeu des pulsions archaïques associées à des affects peu nuancés dont l'exigence est celle d'une décharge économique.

Bien différente est la conduite de non-compliance au traitement de Denis qui peut être interprétée comme "acting out indirect" dans la mesure où cette conduite a une valeur élaborative par l'effort de maîtrise du corps malade pour permettre l'accès aux représentations du corps sexué. Dans le contexte de cette conduite, le service d'adolescents assure un rôle de tiers structurant.

Les éléments recueillis concernant l'évolution psychogénétique de Denis montrent que celle-ci s'est effectuée de manière positive. Chez Denis la répétition de la rechute de sa maladie a une valeur organisatrice. Tout se passe comme s'il avait besoin de sa maladie, comme s'il fallait maintenir la faiblesse organique, pour que soit justifiée sa demande d'intervention d'un tiers représenté par le pouvoir médical, qui l'aide à combler les carences relationnelles primitives, lorsque, par le traitement qui contrôle la maladie, le "manque" est comblé et n'a plus la signification origininaire d'appel. Nous percevons chez Denis un travail de la souffrance, qui s'effectue, il est vrai, hors de la sphère psychique, par objectalisation du corps malade, à travers une conduite qui prend valeur de reconstruction aux effets abréactifs d'une situation traumatique initiale. La libido qui circule reste située entre le Moi et ses objets.

Au sujet de ces deux observations (Farida et Denis), il est possible de parler de clivage produit par la compulsion de répétition, à propos de laquelle il est souhaitable de distinguer, avec De M'Uzan (1) deux types de phénomènes.

On peut reconnaître ceux où domine la reduplication de l'identique, fait d'organisation où ce sont les défenses archaïques qui dominent et où la remémoration est nulle (il s'agit d'un véritable automatisme de répétition à valeur de décharge (cf. Farida). Et puis, il y a ceux où opère la répétition du même, là où le refoulement a pu se constituer, quel que soit le processus de défense qui le "représente". La répétition qui oeuvre dans ces cas recèle en elle-même des possibilités de changement et implique une remémoration ; il y a un décalage très progressif, avec modification de la fonction économique (Denis, observation n° 4).

D - Les défenses maniaques

Appréhendé comme l'instrument de la conscience, le corps se confond avec la personne qui s'y identifie. Cependant la maladie est précisément ce qui vient défaire cette cohésion : elle renvoie brutalement à la dépendance originelle, physiologique sur quoi repose l'essor de la conscience. On pourrait envisager les défenses maniaques présentées par Barbara à l'égard de sa maladie, comme une tentative de réconciliation entre son identité et sa maladie. Son discours nous a permis de cerner un aspect particulier de la perception du corps malade par le sujet. Barbara, dont les facultés psychiques sont intactes, est spectatrice d'une dégradation progressive de son corps. Ce décalage qu'elle pointe avec dérision fait apparaître le corps, ce lieu familier, comme étrangement inquiétant car lieu du double.

La sclérose en plaques détruit inexorablement le corps anatomo-physiologique qui est en rupture avec le corps érogène. Entre les deux, il y a le rire de Barbara et ses défenses maniaques... Barbara éprouve devant son corps un sentiment d'inquiétante étrangeté et son discours sur sa maladie se calque étrangement sur ce qu'écrivit Freud de ce sentiment (2) "celui où l'on doute qu'un être en apparence animé ne soit vivant et, inversement, qu'un objet sans vie ne soit en quelque sorte animé" et il en appelle à l'impression que produisent les figures de cire, les poupées savantes et les automates (après E. Jentsch).

(1) De M'Uzan (M.), Le même et l'identique.- In De l'art à la mort.- Paris, Tel. Gallimard, 1977.

(2) Freud (S.), L'inquiétante étrangeté.- In Essai de psychanalyse appliquée, Paris, Idées, Gallimard, 1933.

Barbara se vit soit comme une poupée de chiffon (au moment de la crise de S.E.P.) soit comme une poupée de porcelaine, sous le regard de ceux qui savent, mettant en cause l'impression de "processus automatiques" qui pourraient bien se dissimuler sous le tableau habituel de la vie.

Freud développe le thème du double comme étrangeté inquiétante : "nous y trouvons une personne identifiée à une autre, au point qu'elle est troublée dans le sentiment de son propre Moi, ou met le Moi étranger à la place du sien propre. Ainsi redoublement du Moi, scission du Moi, substitution du Moi (...) les rapports du double avec les doctrines relatives à l'âge et avec la crainte de la mort renvoie à son origine primitive où le double était une assurance contre la destruction du Moi, un "énergie démenti à la puissance de la mort". (O. Rank)

Selon Freud, l'idée du double qui apparaît avec le narcissisme primaire, peut au cours des développements successifs du Moi acquérir des contenus nouveaux. "Dans le Moi se développe peu à peu une instance particulière qui peut s'opposer au restant du Moi, qui sert à s'observer et à se critiquer soi-même, qui accomplit un travail de censure psychique et se révèle à notre conscient sous le nom de conscience morale". Freud (1)

Les défenses maniaques de Barbara mettent en scène un sujet "Je" distinct du "Moi". La conscience morale (ou la conscience de soi) - symbolisée par le rire de Barbara - est le regard narcissique où se séparent le "Je" et le "Moi", l'un renvoyant à un corps désirant et l'autre à une machine corporelle en état de dysfonctionnement, de désagrégation.

Au fond, la défense maniaque pour Barbara représente la seule issue possible au maintien d'un sentiment d'unité, de cohésion de soi malgré le destin tracé de dégradation corporelle (et non de mort). Cependant, se pose la question du destin de la libido associé à ce mode de fonctionnement particulier. Encore une fois, c'est De M'Uzan (2) qui nous offre l'éclairage de sa théorisation dans son article "ESJM" qui met en cause la problématique du double. Il distingue à côté de l'opposition classique entre libido narcissique et libido objectale, "une autre sorte de tension jouant cette fois entre libido narcissique "intra-ego" et une libido narcissique "extra-ego".

(1) Freud (S.), L'inquiétante étrangeté.- In Essai de psychanalyse appliquée. Paris, Idées, Gallimard.

(2) De M'Uzan (M.), E.S.J.M. in De l'art à la mort.- Paris, Tel, Gallimard, 1977.

"Entre les deux ordres, celui du Moi et celui du non-Moi, il n'y a pas à proprement parler de frontière, mais une sorte d'espace transitionnel. Si "Je" n'est pas dans le Moi, il n'est pas non plus entièrement dans l'autre, mais réparti tout au long des franges d'un spectre, disons d'un spectre d'identité, défini par l'ensemble des diverses positions dont la libido narcissique est susceptible". Les représentations de la maladie chez Barbara sont investies de libido narcissique dans le "Je en extra-territorialité" comme un avant-poste du sujet.

4. Les facteurs contre-élaboratifs

A - La proximité de la mort réelle

C'est l'observation de Pierre qui donne la meilleure illustration de l'effet de sidération produit par un risque léthal imminent sur l'élaboration fantasmatique du sujet menacé.

Si la maladie physique peut être la conséquence d'une régression profonde, elle constitue aussi un événement en soi qui met à l'épreuve les capacités d'adaptation de l'individu. "Face à l'angoisse de mort, le malade est comme le petit enfant confronté à l'inconnu de la vie qui l'attend. Il est brusquement vide. Il a beau avoir un univers fantasmatique qui lui permette de parler aux déficiences contingentes des objets réels successifs auxquels il a pu s'attacher : face à une défaillance de cette nature, quand c'est le sol qui se dérobe sous vos pieds, il n'y a pas forcément d'objet interne capable de combler le gouffre". S. Consoli (1)

Dans le dernier chapitre de l'essai "le Moi et le Ca" (2) Freud, en l'espace d'une page, distingue l'angoisse de mort de l'angoisse névrotique puis la considère comme un produit d'élaboration de l'angoisse de castration et concède que la mort est une notion abstraite dont la correspondance inconsciente est encore à trouver.

Pour M. Klein, il existe bien dans l'inconscient une peur de l'anéantissement de la vie, l'angoisse de castration n'en étant que l'élaboration secondaire, peur liée à la crainte de sa propre destruction par l'autre. Pour Winnicott, l'angoisse de la mort existe antérieurement à la distinction sujet-objet et l'angoisse de morcellement dans ce contexte, apparaît comme une défense désespérée face au danger extérieur de mort, à l'anéantissement.

(1) Consoli (S.), Narcissisme et étayage en psychosomatique.- in L'information psychiatrique, 1984, 60.6.

(2) Freud (S.), Le Moi et le Ca".- In Essais de Psychanalyse, Paris, Payot, 1963.

Nous avons vu comment, chez Pierre, le risque léthal présent implique un rétrécissement des facultés libidinales, une rigidité dans la dénégation massive et dans l'évitement et un appauvrissement du Moi. C'est que toute émergence fantasmatique le renvoie à l'inéluçabilité, à la proximité de sa mort prochaine et ne peut que susciter selon nous des angoisses très archaïques plus proches de l'angoisse de morcellement que de celle de castration, dans la mesure où cette dernière a des conséquences plus riches sur le plan fantasmatique.

Pour De M'Uzan (1), l'angoisse de castration est l'expérience cruciale qui prend la valeur d'un modèle rétroactif de tous les états traumatiques antérieurement vécus et peut être regardée paradoxalement comme une chance de l'imagination humaine, car "le phallus, en tant qu'objet tout à la fois symbolique et strictement délimité, non seulement inspire la mise en scène de la rupture, mais apporte à la représentation un élément structurant qui lui ouvre de nouvelles possibilités". Ce n'est pas en ces termes que l'angoisse de mort peut être appréhendée quand elle correspond à la réalité d'une mort à court terme. Elle induit plutôt une altération de l'identité ayant pour corollaire un certain appauvrissement des ressources imaginaires. Dans ce contexte, les pulsions corporelles sont vécues comme une menace pour la cohésion du Moi. Pierre se détourne de l'objet dans un repli narcissique qui le protège de la sexualité, et des conflits pubertaires au prix d'un appauvrissement libidinal. Chez lui, comme chez d'autres pour lesquels existe la même menace vitale, l'ambition narcissique et ses corollaires fantasmatiques semblent opérer une véritable rédition devant le réel.

B - Les signes visibles de la maladie

Nous pourrions dire que le corps érotisé est caractérisé entre autres par la distance qu'il maintient entre le fantasme et le réel. Si la maladie peut devenir support érogène pour le sujet, ainsi que nous l'avons constaté dans notre travail, on peut imaginer que les signes visibles de celle-ci se prêtant au regard de l'autre peuvent le devenir également.

Pourtant le cas de Farida, exemplaire d'autres observations, nous oblige à penser que la réalité perceptible de la maladie au niveau du corps de l'adolescent peut avoir une fonction désorganisatrice sur le processus d'objectalisation de celle-ci comme si les signes organiques visibles mettaient en échec les possibilités de fantasmatisation à l'égard du corps érogène, n'offrant au regard que l'aspect fonctionnel défaillant.

(1) De M'Uzan (M.), *Aperçus sur le processus de création littéraire.- in De l'art à la mort*, Paris, Tel, Gallimard, 1977.

On observe chez Farida, un aller-retour constant entre une tentative d'objectalisation de la maladie (qui, elle, est érotisée) et la répétition de l'échec du processus qui se solde par un passage à l'acte où les pulsions destructrices trouvent leur lieu de décharge dans le corps investi de façon ambivalente. Le corps marqué d'une inscription visible de la blessure narcissique met en cause la relation à soi-même et aux autres.

A propos du handicap moteur et des signes très visibles qui les caractérisent, un groupe de recherche du C.T.N.E.R.H.I. (1) écrit : "Le handicap est une espèce d'intériorisation dont le message reste intraduisible et qui, à ce titre, sert à ce qu'un secret soit gardé, demeure enfoui dans le corps".

Il est certain que la mise en avant chez Farida de son "corps organique" dans une dynamique répétitive, permet de masquer, à la manière d'un contre-investissement, le regard sur un corps porteur d'un certain degré d'érotisation trop dangereuse dans la problématique de Farida, car renvoyant au manque, au décalage, entre ce qui est contenu dans la pulsion et ce que celle-ci rencontre.

Les cicatrices dues à la maladie marquent le décalage entre le corps fantasmé et le corps organique dont naissent le manque et la déception, créant un espace vide que le sujet cherchera toujours à combler. Il se peut que des carences relationnelles primitives soient à la base d'une intolérance particulièrement manifeste de l'aspect visible de la maladie. Les conduites destructrices au niveau du corps sont souvent le fait d'organisations (ou d'un système de défenses) narcissiques mettant en cause une blessure liée aux imagos parentales (comme c'est le cas pour Farida).

Dans ce contexte, le surgissement de l'objet est vécu comme traumatique en raison d'une hypersensibilité à l'intrusion dans l'espace du soi, il en est de même pour l'irruption de la sexualité dans le Moi.

A ce propos, André Green (2) parlant d'objet trauma, pointe essentiellement "la menace que l'objet présente pour le Moi, dans la mesure où il force le Moi à modifier son régime par sa seule existence. Car, d'une part, l'objet étant interne au montage pulsionnel, il est chargé de toute l'énergétique et de toute la fantasmagorie pulsionnelle ; il cherche donc à pénétrer dans le Moi de l'intérieur. D'autre part, en tant qu'il est

(1) C.T.N.E.R.H.I., Vécu des aides techniques par les adolescents handicapés moteurs.- Collections C.T.N.E.R.H.I., P.U.F., n° 1, 1981.

(2) Green (A.), Narcissisme de vie, narcissisme de mort.- Paris, Ed. de Minuit, 1983.

extérieur au montage pulsionnel, l'objet n'est pas à la disposition du Moi et celui-ci doit (...) se faire violence pour sortir de sa quiétude et aller à l'objet comme on dit aller au travail".

Le surgissement "de l'objet trauma" est tout à fait repérable chez Farida, dans les conséquences qu'il va produire sur sa conduite (de non-compliance ou de tentative de suicide), qu'il s'agisse de la maladie, de la sexualité ou d'un objet réel (le garçon dont elle est amoureuse). Cependant, d'une manière plus générale, le surgissement de la sexualité et de l'objet chez l'adolescent qui présente sur son corps les stigmates de la maladie peut être vécu comme traumatique dans la mesure où il focalise la blessure narcissique, engendrant le manque.

On comprend dans cette optique que le corps puisse devenir le lieu privilégié des pulsions destructrices du sujet à travers des conduites mettant directement sa vie en danger, dans une mise en acte de la souffrance psychique qui ne peut être élaborée.

C - La survenue précoce de la maladie chronique dans l'histoire des adolescents peut-elle être considérée comme un facteur contre-élaboratif ?

Nous laissons ouverte cette question, n'ayant pas suffisamment d'éléments objectifs pour y répondre d'une manière formelle.

Cependant, au regard de nos observations cliniques (cas n° 1 à 21), nous sommes forcés de faire la constatation suivante, selon laquelle plus la maladie survient tôt dans la vie des sujets, plus le processus d'objectalisation de la souffrance s'effectue difficilement, ou a tendance à évoluer vers un échec.

Cette remarque s'oppose à ce qui a été constaté par Ph. Gutton dans une recherche un peu similaire à la nôtre.

Selon cet auteur, les échecs de l'objectalisation sont plus sensibles dans la pathologie physique survenant lors de l'adolescence que dans le devenir adolescent des enfants physiquement malades.

Comme en témoignent nos observations, il est vrai que la violence de la maladie écartée par l'enfant ou méconnue de lui resurgit à la puberté. L'adolescent semble à cette époque, et malgré un passé de malade, "entrer véritablement en maladie". Toutefois nous avons noté dans les cas de pathologie chronique néonatales, des échecs des mouvements d'objectalisation de la souffrance ou une absence de ce processus, allant de pair avec une non-élaboration du processus d'adolescence.

Dans ces observations, nous retrouvons plus fréquemment une fixation de la part des sujets aux besoins narcissiques internes au prix d'un rétrécissement des fonctions du Moi avec une rigidification des mécanismes de défense.

Selon nous, ces différences de point de vue tiennent à la population de référence et à la nature même de la pathologie somatique qui est en cause.

Il s'agit plus souvent dans les observations de Ph. Gutton de maladies chroniques dont les manifestations cliniques sont minimales (dilatations des voies biliaires) alors que dans nos observations la pathologie somatique de l'enfant est lourde et le risque léthal très présent. C'est pourquoi nous restons prudent quant à nos affirmations selon lesquelles ce serait l'âge de survenue de la maladie chronique qui serait en soi un facteur contre élaboratif au processus d'objectalisation de la souffrance.

Ne seraient-ce pas plutôt la gravité de la pathologie somatique, le risque léthal plus grand ou la visibilité des symptômes qui sont la cause, chez ces adolescents, des difficultés d'objectalisation de la maladie ? Bien que nous ne puissions donner de réponses à ces questions, il nous paraissait cependant important de signaler nos constatations cliniques sur le sujet, comme pouvant être le point de départ de nouvelles recherches dans ce sens.

5. Fonction d'étayage d'un service de soins spécialisé dans l'accueil des adolescents

Nous avons approfondi cet aspect préalablement, à l'abord des observations qui l'illustrent.

A travers différents exemples, nous avons tenté de mettre en évidence les différences de prises en charge qui existent entre un service de pédiatrie et un service d'adolescents.

Envisagés du côté des soignants, la relation clinique avec l'adolescent malade est très particulière dans la mesure où l'adolescence impose une médecine différente de celle de l'enfant.

Contrairement à ce qui se passe en pédiatrie où la régression est l'attitude que les soignants sont habitués à rencontrer, l'adolescent, dans son effort pour mettre à distance le corps pulsionnel, ne se laisse aller ni à la régression ni aux soins.

D'autre part, en pédiatrie, l'enfant soigné est d'abord l'enfant de ses parents et l'institution soignante s'adresse à une unité indifférenciée mère-enfant.

Cela n'est pas le cas pour l'adolescent, qui en même temps que sa maladie apporte à l'hôpital son adolescence.

Le médecin ne peut éviter d'avoir alors à faire avec un sujet à part entière. Comme le dit très justement V. Courtecuisse (1), l'hospitalisation est un événement qui s'inscrit dans l'histoire d'une crise, elle-même développée sur la crise de l'adolescence. A ce titre, le séjour hospitalier de l'adolescent peut devenir une situation privilégiée, utilisée aussi bien comme temps de contact et d'écoute que comme occasion de soigner le corps malade.

Du point de vue de l'adolescent, nous avons pu constater que dans de nombreux cas, une unité spécialisée dans l'accueil des adolescents permet à ceux-ci d'ébaucher et de devancer le travail symbolique de détachement familial et d'appréhender leur maladie de manière différente.

Comme nous l'avons souligné au cours de nos observations, l'entrée dans un service d'adolescents a dans certains cas une valeur de rite initiatique d'entrée dans l'adolescence.

L'unité d'adolescents peut être envisagée comme un espace transitionnel où va se jouer, dans un mouvement d'extériorisation, la figuration de l'espace psychique interne. De ce fait, il a un impact déterminant sur les sujets atteints de maladie chronique, allant quelquefois jusqu'à une véritable désaliénation, dans un processus de séparation d'avec la mère et d'avec une certaine image d'eux-même "d'objet malade".

Proposant une possibilité de holding, le service hospitalier en apportant des réponses appropriées, peut avoir un rôle de Moi auxiliaire permettant chez l'adolescent malade, si vulnérable narcissiquement, un réinvestissement positif du fonctionnement psychique, du monde extérieur et des relations objectales, là où il y avait blessure narcissique, repli sur soi.

Dans ce contexte, l'hôpital devenant un lieu de déplacement des investissements et de réaménagement des conflits, offre à l'adolescent une fonction d'étayage pour que s'effectue un processus de maturation psychique qui favorise l'objectalisation de la maladie chronique.

Sans méconnaître le poids de l'histoire passée, le degré d'imprégnation de la maladie et des réactions qu'elle a suscitées au niveau de l'institution pédiatrique et de l'entourage familial, on peut penser que les relations que noue l'adolescent avec le service ont une influence majeure sur ses possibilités d'évolution.

(1) V. Courtecuisse, L'adolescent en milieu hospitalier.- Archives Françaises de Pédiatrie, 1976, 33, 733-737.

CONCLUSIONS

Conformément aux hypothèses formulées à l'énoncé du projet, nous avons tenté de reconnaître les effets d'une pathologie somatique chronique sur le processus élaboratif pubertaire, tels qu'ils sont apparus chez les adolescents de notre étude. Nous avons pu repérer un processus d'objectalisation de la maladie plus ou moins marqué selon les sujets, sous forme d'un travail de la souffrance qui constitue une manifestation spécifique du processus d'adolescence en tant que réécriture de l'histoire sexuelle infantile dans un corps physiquement mature.

S'il ne nous est pas possible de soutenir qu'il existe un fonctionnement mental spécifique ayant sous-tendu la désorganisation somatique chez les sujets de notre groupe (d'autant plus qu'il s'agit pour certains d'une maladie génétique ou congénitale), il n'en reste pas moins que la maladie physique constitue un événement en soi qui peut mettre gravement à l'épreuve les mécanismes défensifs et les capacités élaboratives des individus qui en sont atteints.

Nous avons constaté que sous des aspects parfois spectaculaires et alarmants constitués par des conduites de risque, ce travail de la souffrance a une valeur organisatrice, dans la mesure où il permet une redistribution de la libido. La position de retrait narcissique qui caractérise l'atteinte somatique est abandonnée au profit d'un réinvestissement objectal par l'adolescent qui utilise sa maladie et son corps comme un véritable objet transitionnel.

La remise en cause de la situation traumatogène représentée par la maladie permet aux adolescents de la surmonter pour accéder à une position plus évoluée, par une restructuration du Moi à la faveur d'une normalisation des investissements narcissiques. Le travail de la souffrance n'est pas du côté des pulsions de mort, c'est au contraire une façon de rendre présent l'objet.

Il existe un mouvement dialectique entre le processus pubertaire et le travail de la souffrance : le processus pubertaire déclenche le travail de la souffrance qui à son tour permet la maturation du processus d'adolescence.

Nous avons remarqué que lorsque ce processus d'objectalisation de la maladie n'avait pas lieu, il y avait parallèlement blocage du processus élaboratif pubertaire. La blessure narcissique induite par la maladie restant inélaborable, dans le non-dit, l'adolescent se replie alors sur une position narcissique d'hypernormalité impliquant un rétrécissement des facultés libidinales et un appauvrissement du Moi. Corrélativement, il présente une "adolescence blanche" dont le risque est à court terme une décompensation dépressive. Il est à noter qu'une sidération de l'élaboration fantasmatique peut être induite par l'impact d'une maladie en fonction du risque léthal qui lui est associé ou des stigmates visibles

sur le corps qui en sont la conséquence. La réalité devient alors tellement prégnante qu'elle met en échec toute tentative d'objectalisation de la souffrance, tant la blessure narcissique est profonde.

Nous nous proposons d'établir des éléments de comparaison entre les adolescents atteints par la maladie chronique dans l'enfance et ceux dont l'entrée en maladie s'est produite à l'adolescence.

Il semble que dans les deux situations, le processus d'objectalisation de la souffrance peut s'effectuer. Cela dépend de l'organisation psychique du sujet avant la puberté et de l'état de dépendance induit par la maladie en question. Toutefois, nous avons été frappés dans certains cas de survenue d'une maladie à la puberté par la rapidité des remaniements psychiques qui s'effectuent dans le sens d'une reconstruction défensive dans un registre névrotique alors que ce processus paraît plus lent à se déclencher ou plus laborieux chez les adolescents malades depuis leur enfance.

La diversité des manifestations défensives présentées par les adolescents malades chroniques ne peut se prêter à des spéculations nosographiques rendant compte de leur évolution psychique ultérieure, étant donné le caractère transitoire et fluctuant des mécanismes défensifs et de la symptomatologie qui se situent dans des registres différents de fonctionnement dans des temps rapprochés pour un même sujet.

Nous ne pouvons qu'insister d'autre part, sur l'importance de la fonction d'étayage tenue par le service hospitalier qui prend en charge ces adolescents. Dans ce contexte, où à tout moment se pose l'enjeu vital, seules des réponses adaptées de la part de l'équipe soignante peuvent permettre l'accompagnement de ce processus d'objectalisation de la maladie, dans lequel sont engagés les adolescents, vers une issue positive.

Pour conclure, il nous semblerait intéressant, sur un plan prospectif, que des recherches longitudinales à plus long terme puissent s'effectuer sur le sujet.

Dans notre étude, nous étions dans le vif du processus d'objectalisation de la maladie à l'adolescence.

Reste à savoir ce qu'il advient des effets de ce processus à long terme, dans l'après-coup de l'adolescence.

ANNEXES TECHNIQUES

LEXIQUE MEDICAL

LEXIQUE PSYCHANALYTIQUE

BIBLIOGRAPHIE THEMATIQUE

DEFINITION DES MALADIES CHRONIQUES MENTIONNEES DANS LES OBSERVATIONS

ASTHME

Maladie respiratoire caractérisée par des crises de dyspnée aigue souvent nocturnes, dues à un brusque resserrement des bronches et des bronchiales par un spasme, un oedème ou une hypersecrétion bronchique.

CIRRHOSE

Maladie diffuse du foie comportant une atteinte de l'hépatocyte (cellule hépatique), une sclérose et des nodules de régénération. Ces derniers sont des amas hypertrophiques de cellules hépatiques qui ont perdu leur agencement normal.

Evolution : Se fait tôt ou tard vers l'apparition de complications comme l'**ascite**, souvent associée à des **oedèmes** des membres inférieurs, des **ictères** par rétention biliaire, de la fièvre et une susceptibilité accrue aux infections du fait des troubles des gammaglobulines ; enfin et surtout les hémorragies digestives qui relèvent de trois mécanismes : la rupture des varices oesophagiennes, l'ulcère gastroduodenal et la gastrite hémorragique. Les troubles de la coagulation qui accompagnent toujours les grandes insuffisances hépatiques aggravent le pronostic de ces hémorragies. L'encéphalopathie hépatique est une complication des cirrhoses très évoluées. Chez l'enfant, la cirrhose peut succéder à une hépatite virale. Les autres causes sont l'hémochromatose, la maladie de Wilson, la cirrhose biliaire primitive (rétention biliaire intrahépatique), la cirrhose biliaire secondaire à un obstacle des voies biliaires. Il n'existe pas de traitement curatif de la cirrhose déclarée. Le traitement se limite à traiter ou à prévenir les complications.

DIABETE

Le diabète maigre. Encore appelé insulino-prive (par absence d'insuline), cette forme de diabète frappe le sujet jeune et les enfants. C'est une maladie héréditaire, autosomique récessive, qui est provoquée par une insuffisance de la sécrétion d'insuline par le pancréas. Cliniquement, la survenue chez un sujet jeune d'un amaigrissement brutal, accompagné d'un syndrome de polyurie et de

(1) Petit Larousse de la médecine. Librairie Larousse.

polydipsie (soif accrue, urines abondantes), d'installation rapide, orientent le diagnostic, surtout dans un contexte familial diabétique. Biologiquement, la glycosurie est massive quel que soit le régime suivi. Très rapidement apparaissent dans les urines des corps cétoniques (acétone) décelés par la réaction de Gerhardt et par les papiers réactifs du commerce. L'évolution de cette forme de diabète est dominée par l'atteinte rénale et le risque de décompensation avec coma diabétique. Le traitement repose sur l'administration d'insuline et le régime. Les injections sous-cutanées doivent être faites par le malade lui-même en variant au maximum les points d'injection pour éviter la formation, à la longue, d'une fibrose sous-cutanée. Le malade surveille ses urines au moyen du papier réactif et pourra, avec l'habitude, adapter lui-même les doses de ses injections. Le régime doit être soigneusement équilibré en majorant la dose des protides pendant la croissance.

Le coma diabétique : C'est la complication majeure du diabète maigre, il est le plus souvent secondaire à une agression (traumatisme, infection, grossesse) ou à une erreur thérapeutique (non respect du régime, erreur de dosage de l'insuline et non surveillance des urines). C'est une urgence médicale que l'entourage de tout diabétique doit être à même de déceler dès les premières minutes afin d'assurer l'hospitalisation. Le coma est précédé d'une phase prodromique où s'associent asthénie, essoufflement, troubles digestifs divers (douleurs, vomissements). Il s'installe assez rapidement sans aucun risque neurologique. Le malade est déshydraté et présente une respiration ample et bruyante (respiration de Kussmaul). L'haleine a une odeur caractéristique d'acétone (verniss à ongles). Les examens biologiques mettent en évidence une hyperglycémie, une baisse importante de la réserve alcaline (acidose) dans le sang ; la présence massive de glucose et de cétones dans les urines (d'où le nom de "coma acidocétosique"). Le traitement du coma diabétique nécessite l'hospitalisation d'urgence. On associe une insulinothérapie et une réhydratation massives. Progressivement le malade reprend conscience, les constantes biologiques reviennent à la normale mais certaines complications peuvent surgir : le collapsus cardio-vasculaire (chute de tension) et la survenue d'infections graves sur ce terrain déficient. Le pronostic dépend de l'état cardio-vasculaire du malade, des possibilités d'équilibration de son diabète et surtout du terrain. Le diabétique est également menacé par le coma hypoglycémique, qui survient au moindre excès d'insuline ou si le malade n'a pas absorbé sa ration de glucides. C'est un coma avec contractures musculaires, voire convulsions, d'installation progressive, accompagné de sueurs profondes. Il régresse sans séquelle avec l'administration de sucre, pourvu qu'il n'ait pas duré trop longtemps.

GLOMERULONEPHRITE

Affection rénale caractérisée par l'atteinte prédominante des glomérules. Elle est aiguë ou chronique, mise en évidence par une protéinurie et du sang retrouvé dans les urines, l'existence éventuelle d'œdèmes et d'hypertension artérielle.

GLYCOGENOSE

Maladie héréditaire liée à l'absence des enzymes nécessaires au métabolisme du glycogène, qui ne peut plus être utilisé normalement par l'organisme.

HEMOPHILIE

Maladie héréditaire liée au sexe consistant en une anomalie de la coagulation qui entraîne des hémorragies incoercibles au moindre traumatisme. Le gène responsable est lié au chromosome X et récessif. C'est pourquoi il est transmis par les femmes (XX) et ne se manifeste pratiquement que chez les hommes (XY). Ceux-ci n'ayant qu'un chromosome X, le gène responsable ne peut pas être inhibé par son allèle dominant. La maladie consiste en un déficit congénital de facteurs de la coagulation qui sont le facteur VIII ou A : c'est l'hémophilie A, forme grave, le facteur IX ou B : c'est l'hémophile B, ou forme modérée. Dans la forme grave, les hémorragies apparaissent dès le plus jeune âge, souvent massives et gravissimes. Dans la forme atténuée, elles peuvent n'apparaître que chez l'adulte. On voit des plaies vasculaires qui ne se ferment pas lors d'intervention chirurgicale ou de la chute d'une dent, des saignements de nez, des gencives ; des hématomes volumineux et dangereux qui surviennent lors de traumatismes minimes aux membres, aux muscles psoas, simulant une urgence abdominale, au plancher de la bouche asphyxiants ; des hémorragies des articulations (hémarthroses) ; des hémorragies urinaires. Devant une hémorragie chez un hémophile, il faut d'abord corriger l'anémie par transfusions si la déperdition sanguine est importante, ensuite injecter le facteur manquant de la coagulation : facteur VIII pour l'hémophile A, IX pour l'hémophile B ; les injections peuvent se faire par voie intraveineuse ou par transfusions. Le meilleur traitement de l'hémophilie est en fait l'injection de la fraction PPSB (facteurs II, VII, X et IX). Mais la conduite à tenir la plus importante pour tout hémophile est de prévenir l'apparition des hémorragies en limitant sévèrement les risques de choc, en proscrivant toute injection intramusculaire, toute ponction d'articulation et d'inscrire le malade à l'Association des hémophiles. Il devra en permanence porter sur lui sa carte de groupe sanguin et sa carte d'hémophile.

HEPATITE

Inflammation du foie. Les hépatites ont pour cause soit des substances toxiques, soit des virus, soit des bactéries ou des parasites.

Hépatite chronique : quelle que soit l'étiologie de l'hépatite, il arrive qu'elle se prolonge anormalement ou qu'elle rechute constamment. On parle alors d'hépatite chronique, apparaissant sur un terrain génétiquement prédisposé et présentant des troubles de l'immunité. L'évolution de l'hépatite chronique est grave et se fait soit vers l'atrophie, soit vers la cirrhose du foie.

HODGKIN (Maladie de)

Affection maligne touchant essentiellement la trame réticuloendothéliale des ganglions lymphatiques. Elle est caractérisée par la prolifération de cellules spécifiques, les cellules de Sternberg, dans tout le système réticulo-endothélial, et par la disposition parallèle de la structure normale de ce tissu. C'est une maladie de cause inconnue, qui peut se voir à tout âge. Touchant d'abord les ganglions, elle entraîne des adénopathies superficielles et profondes dont le bilan est fait par la lymphographie. Elle s'étend ensuite aux viscères, et en premier lieu à la rate, réalisant une splénomégalie (grosse rate) signe de l'extension de la maladie, elle peut toucher ensuite le foie, les poumons, la plèvre, le système nerveux, cette extension viscérale s'accompagnant de signes généraux : fièvre, démangeaisons, sueurs, dont l'existence isolée doit déjà faire suspecter la maladie, même en dehors de l'existence de ganglions palpables. Le diagnostic est porté par la découverte de cellules de Sternberg à la biopsie ganglionnaire. Le pronostic jadis toujours mortel a été considérablement amélioré par les traitements modernes, à base d'irradiations massives et de chimiothérapie. On a déjà constaté des guérisons complètes.

HYPOCONVERTINEMIE

Voir hémophilie dont la symptomatologie est très proche.

LUPUS HERYTHEMATEUX DISSEMINÉ

Il s'agit d'une maladie générale, de cause inconnue, frappant surtout la femme jeune. Cette affection se manifeste par une éruption érythématosquameuse de la face (lupus) en aile de papillon, une altération de l'état général associé à une fièvre variable, des douleurs articulaires, des atteintes viscérales, dont les plus fréquentes sont rénales, cardiaques (endocardite, péricardite) pleurales (épanchements inflammatoires). Les examens biologiques montrent la présence de nombreux anticorps circulants et de cellules L.E. (ou cellules de

Hargraves) dans le sang. L'évolution peut s'étendre sur de nombreuses années, aboutissant encore fréquemment à la mort malgré les traitements qui associent corticoïdes, antipaludéens de synthèse et immunosuppresseurs.

NEPHROTIQUE (syndrome)

Affection qui frappe surtout les jeunes, et est habituellement l'expression d'une néphropathie glomérulaire. Il se caractérise par des oedèmes blancs et mous, une protéinurie (albuminurie) abondante, une augmentation du cholestérol et des lipides totaux, une diminution des protéines du sang. Parfois, le syndrome néphrotique évolue vers l'insuffisance rénale, mais l'évaluation du pronostic, assombri par la constatation d'une hématurie microscopique, d'une hypertension artérielle, dépend de la cause retrouvée. Les syndromes néphrotiques secondaires à une affection générale (amylose, diabète, lupus) ou locale (thrombose de la veine cave) régressent avec le traitement de la maladie en cause. Les syndromes néphrotiques "primitifs" sont divisés en plusieurs groupes par la biopsie rénale. Dans les syndromes néphrotiques purs, variété la plus fréquente chez les sujets jeunes, le traitement par les corticoïdes, est formellement indiqué. Les glomérulites membraneuses avec épaissement de la paroi des capillaires, généralement dû à des dépôts pathologiques en dehors ou en dedans de la membrane basale, ne guérissent jamais complètement malgré les tentatives de traitement par extraits thyroïdiens, la nivaquine. Dans les glomérulites prolifératives endocapillaires, où l'effet des corticoïdes est minime, le traitement anti-infectieux semble le mieux indiqué.

HYDROCEPHALIE

Dilatation des ventricules cérébraux et, par suite, de la tête, chez l'enfant, secondaire à une augmentation du volume du liquide céphalo rachidien. (Chez l'adulte une hypertension intracrânienne, rigide). Deux phénomènes peuvent être à l'origine de cette atteinte : une surproduction ou une non-résorption du liquide, ou un obstacle à son écoulement. Causes : en dehors des tumeurs, qui sont rares, les principales causes sont congénitales (anomalie de circulation du L.C.R.) ou inflammatoires (infectieuses ou hémorragiques). Traitement : il doit être rapide pour prévenir l'altération du tissu nerveux et il doit être pratiqué sur un sujet sans lésions cérébrales. Il consiste à dériver le L.C.R. dans le système veineux au moyen d'une valve reliant l'espace ventriculaire à l'oreillette droite du coeur. Cette opération, qui donne de bons résultats, est actuellement le meilleur traitement, mais elle expose à des infections et l'extension du matériel ajouté qui ne "suit pas" la croissance est un inconvénient important.

**RECTOCOLITE
HEMORRAGIQUE**

Affection caractérisée par l'érosion de la muqueuse rectale et colique avec hémorragies et parfois suppuration. Sa cause est mal connue. Certaines formes se traduisent par un syndrome dysentérique avec fièvre, hémorragies d'évolution subaigue. D'autres ne se manifestent que par l'émission d'une glaire sanglante. La maladie évolue souvent par poussées. La rectoscopie et le lavement baryté permettent de faire le diagnostic. Le traitement des poussées aigues comporte toujours l'administration d'antiseptiques intestinaux, de lavements aux corticoïdes.

**SCLEROSE EN
PLAQUES**

C'est une affection répandue, de cause inconnue. Sa définition est anatomique. Les coupes histologiques montrent des plaques disséminées de désintégration des gaines de myéline. La maladie, débute en règle générale entre 20 et 40 ans, par des troubles de la marche, une diplopie ou par des paresthésies des membres. La maladie installée peut réaliser différents syndromes : paraplégie spasmodique, syndrome cérébelleux, syndrome cordonal postérieur, etc... L'évolution de la maladie se fait sur de nombreuses années, par poussées entrecoupées de rémissions parcellaires, vers un état grabataire, lui-même source de complications.

THALASSEMIE

Anomalie du sang caractérisée par la persistance de l'hémoglobine F, de type foetal observée dans les populations méditerranéennes, et d'origine génétique. La thalassémie, majeure ou maladie de Cooley s'observe dès la naissance. L'anémie est importante ; on remarque un retard staturo-pondéral, une grosse rate et des anomalies au niveau du crâne. La thalassémie mineure est compatible avec la vie. Les signes cliniques sont atténués quand ils existent et l'étude de l'hémoglobine montre une élévation modérée de celle de type foetal. Le seul risque réside alors dans la transmission de la tare.

**VARICE
OESOPHAGIENNE**

Est une dilatation des veines oesophagiennes consécutive à une gêne à la circulation dans la veine porte (poussée par la confluence des principales veines des viscères abdominales). Causes : cirrhose du foie, anévrisme portal. Elle est la cause d'hémorragies digestives.

**WILSON
(maladie de)**

Maladie héréditaire récessive, consistant en un dépôt de cuivre dans les viscères, en particulier le foie, le cerveau et le rein. Elle se caractérise par une cirrhose du foie et des troubles neurologiques qui prédominent sur les noyaux gris centraux du cerveau. Le traitement consiste en l'administration d'un chélateur du cuivre, la penicillamine, produit de dégradation de la pénicilline.

LEXIQUE PSYCHANALYTIQUE (1)

ABREACTION

Phénomène de décharge émotionnelle survenant dans un processus de libération d'un affect inconscient grâce à la remémoration et à la verbalisation d'événements oubliés.

ACTING OUT

Terme emprunté au vocabulaire anglais de la psychanalyse et souvent traduit par "passage à l'acte". L'acting caractérise l'émergence de la pulsion dans la situation analytique ou hors d'elle. L'acting out se caractérise par l'expression de désirs inconscients refoulés.

ANACLITIQUE

Adjectif désignant une dépendance à un objet extérieur dont la possession s'étend comme recherche de gratification. Pour Freud, le choix d'objet anaclitique se différencie du choix d'objet narcissique.

APRES-COUP

Expression, souvent utilisée par Freud pour souligner la fonction essentielle du remaniement des expériences passées à la lumière d'expériences nouvelles.

BLESSURE NARCISSIQUE

Expression servant à désigner le sens inconscient que peuvent prendre une humiliation, une déception, une séparation. Ces expériences prennent dans certains cas le sens d'un dommage vécu comme irréparable, ou comme une mutilation de l'image gratifiante de soi dans une situation donnée ou avec un être aimé.

BON OBJET - MAUVAIS OBJET

Expressions utilisées par Mélanie Klein pour connoter la nature fantasmatique des premiers objets - partiels ou totaux - sur lesquels se projettent les pulsions du jeune enfant. La qualité du bon ou de mauvais objet n'est pas tant constituée et distinguée par l'objet lui-même que par le rapport imaginaire à la gratification et à la frustration, ou encore à la fusion et à la séparation.

CASTRATION

Ce terme désigne toute atteinte à l'intégrité psychique et corporelle.

(1) Pierre Fedida, Dictionnaire de psychanalyse. Larousse.

CLIVAGE DE L'OBJET	Séparation de l'objet en bon et mauvais selon un processus propre aux pulsions sexuelles érotiques et agressives (destructrices). Cette notion d'inspiration (en partie) kleinienne répond au repérage d'un mécanisme de défense extrêmement primitif contre l'angoisse.
CONVERSION	Exprime le mécanisme d'une transposition dans le corps ou d'une traduction en un symptôme physique, de tensions psychologiques engagées dans des conflits présents dans l'histoire personnelle.
ECONOMIQUE	(Point de vue) Est l'un des trois points de vue dont la métapsychologie vise à faire la synthèse (les deux autres étant : la dynamique et le topique). L'énergie pulsionnelle obéit à une économie qui rend compte de sa valeur quantitative, des rapports de circulation et d'échange et de sa répartition.
ELABORATION PSYCHIQUE	Travail accompli par l'appareil psychique pour transformer, selon différents modes, l'énergie qu'il reçoit et pour répartir, selon une économie particulière les tensions dont l'accumulation serait pathogène.
EROGENE	Qualifie une activité capable d'engendrer une excitation sexuelle ou encore des zones corporelles ou le corps tout entier, définis comme lieux multiples de plaisir.
EROGENEITE	Propriété de zones corporelles et du corps tout entier de se comporter comme sources de plaisir sexuel.
ETAYAGE	Désigne l'action de s'appuyer. Cette notion concerne l'appui primitif que trouvent les pulsions sexuelles sur les besoins vitaux et les fonctions qui leur correspondent. On parlera aussi d'étayage pour désigner le fait que le sujet s'appuie sur l'objet des pulsions d'auto-conservation dans son choix d'un objet d'amour : c'est là ce que Freud a appelé le type de choix d'objet par étayage.
GENITALITE	Dans la théorie freudienne du développement psychosexuel, l'organisation génitale acquise avec la puberté, place les zones érogènes sous la subordination de la zone génitale.

IDENTIFICATION PROJECTIVE Notion kleinienne désignant "une forme particulière d'identification qui établit le prototype d'une relation d'objet agressive". Il s'agit donc d'un mécanisme archaïque qui vise le corps maternel (projection de fragments de soi dans le corps de la mère et identification à ces fragments pouvant être réintrojetés sous forme persécutrice.

LIBIDO DU MOI Libido investie par le sujet sur sa propre personne.

LIBIDO D'OBJET Désigne l'énergie de la pulsion se rapportant à des objets extérieurs.

OBJET PARTIEL Est partie ou fragment du corps (le sein, les fesses, le pénis) pris pour objet des pulsions partielles.

OMNIPOTENCE Notion se rapportant à la croyance infantile inconsciente de la toute puissance des pensées, des désirs et des actions.

(Position) Caractéristique des quatre premiers mois de la vie, définit une modalité des relations d'objet où prédominent les pulsions agressives, le caractère partiel de l'objet, le clivage entre le bon et le mauvais, les processus de projection et d'introjection. L'angoisse est alors essentiellement de persécution.

PRE-OEDIPIEN Période ou phase de développement précédant l'entrée du sujet dans l'oedipe. La qualification de "préoedipien" est essentiellement attribuée à un type de relation duelle, sur le modèle du rapport exclusif mère-enfant.

PROCESSUS Notion fréquemment utilisée en psychanalyse pour désigner un mode de fonctionnement.

PROJECTION Terme qui évoque un mécanisme ou un processus de passage d'un intérieur à un extérieur. La projection dans un sens psychanalytique est un mécanisme de défense primaire que l'on voit à l'oeuvre dans la paranoïa, la phobie, la jalousie. Le sujet attribue à l'autre les pensées désagréables qu'il ne peut supporter en lui-même et il les ressent comme autant de reproches qui lui sont adressés, venant de l'extérieur.

BIBLIOGRAPHIE THEMATIQUE

P. Alvin, D. Arnoux, V. Joly

Cette bibliographie a été élaborée en partie grâce aux subventions de l'organisme "C.T.N.E.R.H.I." concernant la recherche présente : elle est parue dans la revue Adolescence "Corps souffrant", 1985, 3, 2, 225-237.

GENERALITES

AGMAN (G.)

L'usage d'un groupe d'accueil d'adolescents comme dispositif de soins intensifs.- Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1984, 12, 571-575.

ALAGILLE (D.)

Responsabilité du pédiatre devant l'adolescent malade.- Centre de bioéthique de l'Institut de Recherches Cliniques de Montréal, Québec, Médecine et adolescents. Québec, Presses de l'Université Laval éd., 1979 (Cahiers de bioéthique, 3)

ALVIN (P.E.), CAMUS (C.)

La fatigue chez l'adolescent.- Médecine et Enfance, 1983, suppl. 3, 1-7.

ALVIN (P.E.)

Quelques avatars pubertaires. L'adolescent et son image corporelle.- Médecine et Enfance, 1982, 2, 387-394.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS-COMMITEE ON HOSPITAL CARE

Hospital care of children and youth.- Evanston, AAP éd., 1978., 1976, 40-41.

ANTHONY (E.J.), KOUPERNIK (C.)

L'enfant devant la maladie et la mort.- in L'enfant dans la famille, publié sous la dir. de E.J. Antony et C. Coupernik, vol. 2, Paris, Masson, 1974.

ANTHONY (E.J.)

Operational thinking at adolescence in relation to psychosomatic disorder.- Journal of youth and adolescence, 1978, 7, 3, 307-318.

ARTISS (K.L.), LEVINE (A.S.)

Doctor-patient relation in severe illness.- New-England J. Medicine, 1971-1973, 288, 1219-1214.

ASSOCIATION FOR THE CARE OF CHILDREN IN HOSPITALS

Position statement on the care of adolescents and their families in health care settings.- Washington, 1979.

BASQUIN (M.)

La liberté de l'adolescent face aux soins médicaux.- Médecine de l'homme, 1974, 69, 16-28.

BARRY PLESS (J.)

Clinical Assessment : physical and psychological functioning.- The pediatric clinics of North-America, 1984, 31, 1, 33-45.

BAVER (L.)

Déficients physiques et maladies chroniques.- in Petit J., Dir. Les enfants et les adolescents, T.I. Paris, A. Colin, 1972, 43-46.

BETTELHEIM (B.), SYLVESTER (E.)

Physical symptoms in emotionally disturbed children.- The psychoanalytic study of the child, 1949, 3-4, 353-368.

BLOS (P.J.)

Children think about illness : their concepts and beliefs in psychosocial aspects of pediatric care, Gellert E. ed., New-York, Guine and Stratton, 1978.

Cahiers de bioéthique, Médecine et Adolescence, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 1980.

CASTET (B.)

La loi, l'enfant et la mort.-
Toulouse, Privat, 1973.

COHEN (M.L.) et al.

Perspectives on adolescent medicine : concepts and program design.- 1st Symposium on Adolescent Medicine, Helsinki, 1976.

Committee on adolescent medicine (AAP)

Characteristic of an patient unit for adolescents.- Clin. pediat.
(Phila), 1973, 12, 17-21.

COUPEY (S.M.), COHEN (M.I.)

A developmental approach to the chronically ill adolescent.-
Feelings (Ross), 1980, 22, 2, 7-10.

COUPEY (S.M.), COHEN (M.I.)

Special considerations for the health care of adolescents with
chronic illness.- Ped. Clinics of North America, 1984, 31, 1,
211-219.

COURTECUISSÉ (V.)

L'adolescent en milieu hospitalier.- Archives Françaises de
Pédiatrie, 1976, 33, 733-737.

COVELLO (A.), MIGNARD, DUPASQUIER (M.A.), L'HERITEAU (D.)

Blessure organique - blessure narcissique.- La psychiatrie de
l'enfant, 1973, 14, 22, 381-476.

DERENNE (R.T.), TAI (S.W.)

Social class socialization practices and psychomatic ailments in
adolescents.- Journal of youth and adolescence, 1975, 271-279.

DOUCET (H.)

Bioéthique et médecine d'adolescence.- Médecine et Hygiène,
1982, 40, 861-864.

EASSON (W.M.)

The dying child. The management of the childer adolescent who is dying.- Springfield, Charles C. Thomas, 1970.

IESSLER (R.S.), FREUD (S.), KRIS (M.), SOLNIT (A.J.)

Physical illness and handicap in childhood, an anthology of the Psychoanalytic St. of the Child.- Londres Yale University Press, 1977.

FINE (S.H.), TONKIN (R.S.)

Limited psychiatric consultation to an adolescent medicine unit.- Child Psychiatr. Hum. Dev., 1982, 13, 1, 48-54.

FREUD (S.)

Le rôle de la maladie somatique dans la vie psychologique des enfants.- Revue Française de Psychanalyse, 1957, 5, 631-645.

GAROUX (R.) et al.

Les "malaises" chez l'enfant et l'adolescent en dehors d'une cause organique (à propos d'une enquête portant sur 45 cas), Annales Médico-psychol., 1979, 908-914.

GEIST

Onset of chronic illness in children and adolescent, psychotherapeutic and consultative intervention.- American Journal Orthopsychiat., 1979, 49, 1, 423.

GELLERT (E.)

Psychosocial aspect of pediatric care.- New-York, London, Guine and Stratton, 1978.

GUTTON (P.)

Psychanalystes et pédiatres, dix ans après.- Psychologie médicale, 1978, 10, 4.

GUTTON (P.)

Le pédiatre et l'enfant atteint d'une maladie chronique.- Gazette Médicale de France, 1979, 12, 1865-1868.

GUTTON (P.)

Psychanalyste dans un service de pédiatrie en 1974.- Evolution psychiatrique, 1974, 3, 473-491.

GUTTON (P.)

La maladie somatique conçue comme rite.- Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1983, 8, 9, 409-411.

HAGGERTY (R.J.), editor.

Symposium on chronic disease in children.- Pediatr. Clin. North America, 1984, 31, 1, 1-273.

HAMBING (J.), HORPKINS (P.)

Psychosomatic disorders in adolescents and young adults, Proceedings of a conference held by the society for Psychosomatic Research at the Royal College of Physicians.- London, 1960, London, Paris, N.Y., Perpignan Press, 1965.

HARRIS (H.I.)

The range of psychosomatic disorders in adolescence.- in HOWELLS (J.G.) ed., Modern perspectives in adolescent psychiatry, Edingburgh, Oliver and Boyd, 1971, 237-253.

HIRSCH (J.G.)

Understanding the adolescent patient.- Major Probl. Clin. Pediatr., 1978, 19, 28-38.

HOTALING (G.T.), ATWELL (S.G.), LINSKY (A.)

Adolescent life changes and illness ; a comparison of three modes.- J. of youth and adolescence, 1978, 393-403.

HOFMAN (A.D.) et al.

The hospitalized adolescent, The free Press, New-York, 1976.

JACKSON (D.W.)

The adolescent and the hospital.- Pediatr. Clin. N. Amer., 1973, 20, 901-910.

JEAMMET (P.)

Corps et psychopathologie de l'adolescent.- Inf. Psychiatrique, 1984, 60, 8, 887-905.

JEAMMET (P.)

Les handicaps survenant à l'adolescence ou la désignation d'un adolescent comme handicapé constitue-t-elle un handicap supplémentaire.- in Le jeune handicapé et sa famille. L'apport de la psychiatrie de l'enfant.- Paris, E.S.F., 1982.

JEANNERET (O.), SAND (E.), DESCHAMPS (J.P.), MANCIAUX (M.)

Les adolescents et leur santé.- Paris, Flammarion, Montréal, Les presses de l'Université de Montréal, 1983.

KASHANI (J.), HAKAMI (N.)

Depression in children and adolescents with malignancy.- American J. Psychiatry, 1982, 27, 474-477.

KAUFMAN (R.V.)

Body-image changes in physically ill teen-agers.- J. Am. Acad. Child Psychiatry, 1972, 11, 1, 157-170.

KELLERMAN (J.) et al.

Psychological effects of illness in adolescence. Anxiety, self-esteem and perception of control.- J. Pediatr., 1980, 97, 126-131.

KIPMAN (S.D.)

L'enfant et les sortilèges de la maladie. Fantômes et réalités de l'enfant malade, des soignants et de sa famille.- Paris, Stock, 1981.

KREISLER (L.)

L'enfant du désordre psychosomatique, rencontres cliniques.- Toulouse, Privat, 1981, 400 p.

LAVIGNE (J.V.) et al.

Psychological adjustment of sibling of children with chronic illness.- Pediatrics, 1979, 63, 616-627.

LEICHTMAN (S.R.) et al.

Social and psychological development of adolescents and the relationship to chronic illness.- Pediatr. Clin. North Am., 1975-59, 1319-1328.

LEVINE (M.S.) et al.

Adolescents with developmental disabilities.- Clin. Pediatr. (Phila), 1975, 14, 25-32.

LEVY-LEBLOND (E.), ARNOUX (D.), COURTECUISSÉ (V.)

Une médecine d'adolescents : qui soigne quoi ?.- Arch. Fr. Pédiatr., 1982, 39, 771-776.

LEVY-LEBLOND (E.), ARNOUX (D.), JEAN (C.), CAMUS (C.)

Espaces de soins, espace psychique.- Adolescence, 1982, 1, 1, 127-133.

LEVY-LEBLOND (E.), DUPUY (J.M.), GUTTON (P.)

Des bénéfices et des dangers d'être hystérique en pédiatrie.- Psychologie Médicale, 1978, 10, 4, 731-736.

LITTLE

Psychology of physical illness in adolescents.- Ped. Clin. of North Amer., 1960, 7, 1, 85-96.

LOHMANN, VOGES, MENTER, TARTH

Psychopathology and psychotherapy in chronic physically ill patients.- Psychother. Psychosom., 1979, 31, 1-4, 267-276.

LOPEZ (R.I.)

Adolescent medicine, Topics, vol. 2, New-York, Spectrum Publications, 1980.

MAIRESSE (A.M.)

Les troubles psychosomatiques de l'enfant et la dépression.- Rev. de Méd. Psychosomatique, 1981, 23, 3, 267-291.

MARCELLI (D.), BRACONNIER (A.)

Psychopathologie de l'adolescent.- Paris, Masson, 1984.

MARQUIS (F.), DESCHAMPS (J.P.)

L'adolescent à l'hôpital.- Rev. Pédiatrique, 1981, 17, 423-428.

MAC COLLUM (A.T.)

The chronically ill child - a guide for parents and professionals, London, Yale University Press, 1981.

MAZET (P.)

Les troubles psychosomatiques dans la grande enfance.- Rev. Péd., 1982, 18, 5, 259-264.

MICHAUD (P.A.), WILKINS (J.)

Implantation de service de santé pour les adolescents en milieu hospitalier : l'expérience québécoise.- Courrier du Centre International de l'Enfance, 1983, 5-6.

MICHAUD (P.A.)

La santé des adolescents.- Le concours médical, suppl. de documentation pratique, n° 44, 1983, 1-32.

MILLAR (H.E.C.)

Approaches to adolescent health care in the 1970's.- DHEW Public, N° 76, 5114, 1975.

MILLSTEIN (S.G.), ADLER (N.E.), IRWIN (C.E.)

Conception of illness in young adolescents.- Pediatrics, 1981, 68, 834-839.

MORRISSEY (J.R.)

Children's adaptation to fatal illness.- Social Work, 1963, 81-88.

MORRISSEY (J.R.)

Death anxiety in children with a fatal illness.- Am. J. of Psychotherapy, 1964, 18, 606-615.

PERRIN (E.C.), GERRITY (P.S.)

Development of children with a chronic illness.- The Pediatric Clinics of North America, 1984, 31, 1, 19-31.

RADIUX (S.) et al.

Adolescent perspectives on health and illness.- Adolescence, 1980, 15, 58, 375-384.

RAIMBAULT (G.)

Médecins d'enfants : onze pédiatres, une psychanalyste.- Paris, Seuil, 1973.

RAIMBAULT (G.)

L'enfant et la mort.- Toulouse, Privat, 1975.

RAIMBAULT (G.), ZIGOURIS (R.)

Corps de souffrance, corps de savoir.- Paris, Seuil, 1976.

RAIMBAULT (G.)

Clinique du réel : la psychanalyse et les frontières du médical.- Paris, Seuil, 1982.

RAUSCH DE TRAUBENBERG (N.)

L'étude psychologique des enfants handicapés physiques et malades somatiques.- Année psychologique, 1966, 66, 623-640.

SCHOWALTER (J.)

The adolescent patient's decision to dire".- Pediatrics, 1973, 51, 1.

SCHOWALTER (J.E.)

Le rêve des infirmières et la mort dans un service de pédiatrie pour adolescents.- in L'enfant devant la maladie et la mort. Paris, Masson, 1974, 169-175.

SCHOWALTER (J.E.)

Psyche and soma of physical illness during adolescence.- Psychosomatics, 1983, 24, 5, 453-61.

SCHOWALTER (J.E.)

Psychological reactions to physical illness and hospitalization in adolescents.- J. Am. Child Psychol., 1977, 16, 500-516.

SICHEL (J.P.)

L'enfant psychosomatique.- Encyclopédie médico-chirurgicale, 37404, A 10 (11 1974), 6 p.

SILBERT (T.)

Physician-adolescent patient relationship.- The ethnical dimension., Clin. Pediat. (Phila), 1980, 19, 50-55.

SMITH (M.S.), DEISHER (R.W.)

Chronic disease, mental retardation and handicapping conditions in adolescence.- J.C.A.M., 1979, 1, 10.

SOCIETY FOR ADOLESCENT MEDICINE

Committee on inpatient care for adolescents. Characteristics in an inpatient unit of adolescent medicine.- Clin. Pediat. (Phila), 1973, 12, 17-21.

TRAVIS (G.)

Chronic illness in children, its impact on child and family.- Stanford, Stanford University Press, 1976.

TRIDON (P.), VIDAILHET (C.), DETRE (A.)

Abandon ou refus thérapeutique : rite de passage chez l'adolescent handicapé et malade chronique.- Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1983, 31, 8-9, 407-408.

WILKINS (J.)

Médecine de l'adolescence : une réalité. L'expérience québécoise.- Archives Françaises de Pédiatrie, 1980, 37, 43-46.

WERTHEIMER (N.)

A psychiatric follow up children with rheumatic fever and other chronic diseases.- J. of Chronic diseases, 1963, 16, 223-237.

WOLFISH (M.G.), MAC LEAN (J.A.)

Chronic illness in adolescents.- Pediatric Clinic of North America, 1974, 21, 4, 1043-1049.

ZELTER (L.), KELLERMAN (J.) ELLENBERG (L.), DASH (J.), RIGLER (D.)

Psychological effects of illness in adolescence. 2. Impact to illness in adolescents, crucial issues and coping styles.- J. Pediat., 1980, 97, 132-138.

GYNECOLOGIE - ENDOCRINOPATHIES

ALBY (J.M.)

Le trans-sexualisme.- Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance, 1959, 7, 1-2.

ALVIN (P.)

Installation des règles - Dysménorrhée.- Les dossiers de l'obstétrique, 1984, 106 : 9-15.

ALVIN (P.)

Les hémorragies génitales anormales chez la jeune fille.- I.R.M.A., 1984, 7 : 13-17.

BERG (R.), BERG (C.), SVENSSON (J.)

Penile malformation and mental health. A controlled psychiatric study of men operated for hypospadias in childhood.- Acta Psychiatr. Scand., 1982, 66, 5, 398-416.

BERG (R.), BERG (C.)

Penile malformation, gender identity and sexual orientation.- Acta Psychiatr. Scand., 1983, 68, 3, 154-166.

BLOS (P.)

Comments on the psychological consequences of cryptorchism.- Psychoanal. Study of the Child, 1960, 15, 395-429.

BRADLEY (S.J.)

Female transsexualism - A child and adolescent perspective.- Child Psychiatry Human Dev., 1980, 11-12, 18.

CLAESSENS (E.)

A dysfunctional uterine bleeding in the adolescent.- Pediatr. Clin. North Am., 1981, 369-378.

CORBOZ (R.J.)

Psychological aspects of retarded puberty.- Adolescence, 1966, 1, 141-143.

CRAWFORD (J.D.)

Management of the child with ambiguous genitals.- in : The management of genetic disorders, New-York, Alan R. Liss, 1979, 319-329.

DAVID (M.), MOLLARD (P.), DAUDET (M.), LAVRAS (B.)

L'ambiguïté sexuelle dans le pseudohermaphrodisme féminin à propos de 61 observations.- Pédiatrie, 1972, 27, 871-884.

DEWHURST (J.)

Breast disorders in children and adolescents.- Pediatr. Clin. North Am., 1981, 28, 287-308.

GROSS (R.J.), DOERR (H.), CALDIROLA (D.) et al.

Borderline syndrome and incest in chronic pelvic pain patients.- Int. J. Psychiatr. Med., 1980, 10, 1, 79-96.

GREW (R.S.), STABLER (B.), WILLIAMS (R.W.) et al.

Facilitating patient understanding in the treatment of growth delay.- Clin. Pediatr., 1983, 22, 10, 685-690.

HUFFMANN (J.W.)

Amenorrhea and hirsutism.- in Ed. HUFFMANN, DEWHURST et CAPRARO SOUNDERS ; The gynecology of childhood and adolescence. Philadelphia, 1981, 417-452.

HURTING (A.L.), RADHAKRSHNAN (J.), REYES (M.M.) et al.

Psychological evaluation of treated females with virilizing congenital adrenal hyperplasia.- J. Pediatr. Surg., 1983, 18, 6, 887-893.

KLEIN (J.R.)

Update : adolescent gynecology (Symposium on adolescent medicine), Pediatr. Clin. North Am., 1980, 27, 141-152.

KREISLER (L.)

L'enfant et l'adolescent de sexe ambigu ou l'envers du mythe.- Nouvelle Rev. de Psychanalyse, 1973, 7, 117-133.

KREISLER (L.), CANLORBE (P.)

Les incidences psychologiques des ambiguïtés génitales : à propos du pseudo-hermaphroditisme masculin.- in : Journées parisiennes de pédiatrie. Paris, Flammarion-Médecine, 1974, 315-323.

KREISLER (K.)

Les intersexuels avec une ambiguïté génitale. Etude psychopédiatrique.- La psychiatrie de l'enfant, 1970, 13, 1, 5-127.

KRIMS (M.)

Psychiatric observations of children with precocious physical development.- J. of the American Academy of Child Psychiatry, 1962, 1, 3.

KRONBERG (J.) et al.

Treatment of transexualism in adolescence.- J. of Adolescence, 1981, 4, 2, 177-185.

MAC DONOUGH (P.G.), GAMBRELL (R.D.)

The adolescent gynecologic patient and her problems.- Clin. Obstet. Gynecol., 1979, 22, 2, 491-507.

MONEY (J.), LEWIS (V.)

Homosexual/Heterosexual status in boys at puberty.- Psychoneuroendocrino., 1982, 7, 4.

NEWMAN (L.E.), STOLLER (R.J.)

Gender identity disturbance in intersexed patients.- Am. J. Psychiatr., 1968, 124, 1262-1266.

NIDICK (M.) et al.

Gynécomastia in adolescent boys, J.A.M.A., 1961, 178, 449-451.

OPPENHEIMER (A.)

Le choc de la puberté. A propos de la demande de changement de sexe.- Adolescence, 1983, 1, 2, 309-318.

REY-STOCKER (I.)

La physiopathologie du cycle menstruel chez l'adolescente.-
Revue Méd. Suisse Romande, 1977, 97, 314-321.

SCHIFFRIN (B.S.) et al.

Teen-age endometriosis.- Am. J. Obstet. Gynec., 1973, 116,
973-980.

SCHONFELD (W.)

Body-image disturbances in adolescents with inappropriate sexual
development.- Am. J. Orthopsychiatry XXXIV, 1964, 493-502.

SENARCLENS (M. de), FISCHER (W.)

Aménorrhée : féminité impossible ? Etude psycho-somatique.-
Paris, Masson, 1978.

SOLYOM (E.), AUSTAD (L.), SHERICK (I.)

Precocious sexual development girls.- J. Pediat. Psychol., 1980,
5, 4 - 385-393.

WIDHOLM (O.)

Dysmenorrhea during adolescence.- Acad. Obstet. Gynecol.
Scand. (suppl.), 1979, 87, 61-66.

YEN (S.S.C.)

The polycystic ovary syndrome.- Clin. Endocrinol. (Oxf.), 1980,
12, 177-207.

HEMATOLOGIE

ALBY (N.) et ALBY (J.M.)

L'intervention psychologique dans un centre de recherches et de traitement d'hématologie. Travail portant sur les leucémies d'enfant.- La psychiatrie de l'enfant, 1971, 14, 2, 465-502.

BRUHN (J.), HAMPTON (J.), CHARDLER (B.)

Clinical marginality and psychological adjustment in hemophilia.- J. of Psychosom. Research., 1970, 15, 207-213.

DELORD (S.), ALLAIN (J.P.)

Aspects psychologiques de l'auto-traitement chez le préadolescent hémophile.- Psychologie médicale, 1978, 10, 4, 739-747.

DUCORE (J.M.), WALLE (D.A.), EMSLIE (G.)

Acute psychosis complicating induction therapy for acute lymphoblastic leukemia.- J. Pediatr., 1983, 103, 3, 477-480.

GUTTON (P.), ESTRABAUD (M.), ALLAIN (J.P.)

Etude du remaniement des résistances psychiques de 53 adolescents hémophiles lors de l'introduction d'un progrès thérapeutique majeur (l'auto-perfusion).- Bulletin de psychologie, 1974-1975, 13-15, 707-740.

GUTTON (P.)

Réflexion sur la psychologie de l'enfant hémophile.- Revue de neuropsychiatr. Infant., 1976, 24, 375-382.

STEINHAUSEN

Hemophilia : a psychological study in chronic disease in juvenils.- J. Psychosom. Research., 1976, 20, 5, 461-467.

MALADIES RESPIRATOIRES

BOYLES (R.), DISANT'AGNESE (P.A.), SALLYAN (S.), MILLICAN (F.), KULCZYCKI (L.L.)

Emotional adjustment of adolescents and young adults with cystic fibrosis.- J. Pediatr., 1976, 88, 318-326.

BYWATER (E.M.)

Adolescents with cystic fibrosis : psychosocial adjustment.- Arch. Dis. Child, 1981, 56, 538-543.

CONSOLI (S.)

Asthme, commémoration, symbolisation.- Etudes psychothérapeutiques, 1980, 39, 57-62.

CYTRYN (L.), MOORE (P. Van P.), ROBINSON (M.)

Adaptation psychologique des enfants atteints de mucoviscidose.- in : L'enfant dans la famille, vol. 2 : L'enfant devant la maladie et la mort, Paris, Masson, 1974, 32-41.

GOLDBERG (R.T.)

Vocational development and adjustment of adolescents with cystic fibrosis.- Arch. Phys. Med. Rehabil., 1979, 60, 369-374.

KULCZYCKI (L.L.), ROBINSON (M.E.), BERG (C.M.)

Somatic and psychological factors relative to management of patients with cystic fibrosis.- Clin. Proc. Child Hosp. D.C., 1969, 25, 320.

LEIKEN (S.J.), HASSAKIS (P.)

Etude psychologique des parents d'enfants atteints de mucoviscidose.- in : L'enfant dans la famille, vol. 2 : L'enfant devant la maladie et la mort, Paris, Masson, 1974, 42-48.

MATOS (I.), KINSMAN (R.A.), JONES (N.F.)

Pediatric patient attitudes toward chronic asthma and hospitalization.- J. Chronic Dis., 1978, 31, 9-10, 611-618.

RUBENSTEIN (H.S.), KING (S.H.), LONDON (E.L.)

Adolescents and postadolescent asthmatics perception of their mothers as overcontrolling in childhood.- Adolescence, 1979, 1-18.

SINNEMA (G.), BONRIUR (J.C.J.), STOOP (J.W.) et al.

Adolescents with cystic fibrosis in the Netherlands.- Acta Paediatr. scand., 1983, 72, 3, 427-432.

STEINHAUSEN (H.C.), SCHLINDER (H.P.)

Psychosocial adaptation in children and adolescents with cystic fibrosis.- J. Dev. Behav. Paediatr., 1981, 2, 3, 74-77.

TURK (J.)

Impact of cystic fibrosis on family functioning.- Pediatrics, 1964, 34, 67-71.

VOORHORST-SMEENK (F.)

How do children feel about having asthma ?.- J. Asthma Res., 1977, 14, 4, 169-188.

ZYLBERZAC (F.)

Problèmes psychologiques posés par l'enfant asthmatique.- La psychiatrie de l'enfant, 1972, 14, 1, 149-201.

GASTROENTEROLOGIE

ACKERMAN (S.H.), MANAKER (S.), COHEN (M.I.)

Recent separation and the onset of peptic ulcer disease on older children and adolescent.- Psychosom. Med., 1981, 43, 4, 305-323.

COURTECUISSÉ (V.) et GUTTON (P.)

Colite ulcéreuse idiopathique de l'enfant.- Rev. du Praticien, 1970, 20, 30, 4851-4871.

GUTTON (P.)

La colite ulcéreuse de l'enfant, données cliniques et recherches psychanalytiques.- Evolution psychiatrique, 1974, 3, 567-600.

GUTTON (P.), CASTEIX (E.), ESTRABAUD (M.)

Les vomissements psychogènes.- Psychologie médicale, 1978, 10, 4, 671-701.

GUTTON (P.)

Psychopathologie clinique et hépatologie infantile.- (Orientations de recherche) en coll. avec LEVY-LEBLOND (E.), Psychiatrie de l'enfant, 1978, 21, 1, 4-66.

GUTTON (P.), ESTRABAUD (M.)

Les douleurs abdominales psychogènes.-Rev. de Neuropsychiatrie infantile, 1975, 23, 425-447.

LAVERDANT (Ch.)

Ulcère gastro-duodéal de l'adolescent.- Lyon-Médical, 1971, 225, 8, 715-722.

RAYMER (D.), WEININGER (P.), HAMILTON (J.R.)

Psychological problems in children with abdominal pain.- Lancet, 1984, 1, 439-440.

ROSENBAUM (M.)

Ulcerative colitis.- Psychosomatics, 1983, 24, 6, 515-529.

SAINT-MACARY (M.)

Ulcère duodénal ou bulbo-duodénite chez l'enfant.- Thèse de médecine, Bordeaux, 1972.

SPERLING (M.)

Psychoanalytic study of ulcerative colitis in children.- Psycho-anal., Quart, 1946, 15, 9-2, 302-385.

SPERLING (M.)

The role of the mother in psychosomatic disorders in children.- Psychosom. Med., 1949, 11, 377-385.

SPERLING (M.)

Problems in analysis of children with psychosomatic disorders.- Quart., J. Child Behav., 1949, 1, 12-17.

SPERLING (M.)

The psychoanalytic treatment of ulcerative colitis.- N.Y. States J. Med., 1959, 59, 3801-3806.

SPERLING (M.)

Unconscious phantasy life and object-relationship in ulcerative colitis.- Int. J. Psycho-Anal., 1960, 41, 450-455.

SPERLING (M.)

A cas of ophidio-philia : a clinical contribution to snake symbolism and a supplement to psychoanalytic study of ulcerative colitis in children.- Int. J. Psycho-Anal., 1964, 45, 227-233.

SPERLING (M.)

Ulcerative colitis in children-current views and therapies.- J. of Child Psychiatry, 1969, 8, 2, 336-352.

STERN (A.L.)

Recto-colite hémorragique chez une fillette de onze ans. Début d'une psychothérapie.- Rev. Méd. Psychosom., 1963, 5, 4, 382-387.

DERMATOLOGIE

EGASSE-BROCA (I.)

L'acné.- Concours Méd., 1980, 102, 3038-3049.

GUILLET (G.), CHOUVET (B.)

Les problèmes de peau de l'adolescence.- Concours Méd., 1980, 102, 6605-6620.

LOEFFEL (E.D.)

Psoriasis in adolescence.- Major Probl. Clin. Pediatr., 1978, 19, 143-162.

MELSK (J.) et al.

Current concepts : Topical therapy for acne.- N. Engl. J. Med., 1980, 302, 503-505.

RASMUSSEN (J.E.)

A new look at old acne.- Pediatr. Clin. North Am., 1978, 25, 285-303.

DIABETE - MALADIES METABOLIQUES

AIMEZ (P.), TUTIN (M.), GUY-GRAN (B.), DESME (F.), HOUR (H.)

Conséquences psychologiques des contraintes thérapeutiques chez le diabétique.- Journées de diabétologie de l'Hôtel-Dieu, Flammarion Médecine-Sciences, 1971.

APPELBOOM-FONDU (J.), VERSTAETEN (F.), DOPCHIE (N.)

Aspects psychologiques du diabète et de son traitement à l'adolescence.- Revue de Neuropsychiatrie Infantile, 1974.

BENNEITT (D.L.), WARD (M.S.)

Diabetes Mellitus in adolescents : a comprehensive approach to outpatient care.- South Med. J., 1977, 70, 6, 705-708. Communications de BERECZKI (Z.), et coll., BOZIO (A.M.) et coll., CHAZAN (B.I.) et coll., DENOLIN (F.) et coll., ERNOULD (C.) et coll., GREYDANUS (D.E.), HAUSER (S.T.) et coll., JACOBSON (A.M.) et coll., LINDSAY (M.) et coll., PINELL (L.) et coll., SANGLADE (A.) et coll., 5th International Beilinson Symposium, On psychosocial aspect to diabetes in children and adolescents, Karger, 1981, 2 vol., Basel.

CRAMER (B.), FEIHL (F.), ESPASA (F.P.)

Le diabète juvénile - maladie difficile à vivre et à penser. Etude psychiatrique multifocale d'enfants diabétiques.- Psychiatrie de l'enfant, 1979, 22, 1, 5-66. Bibliogr.

DEBRAY (R.)

L'équilibre psychosomatique : organisation mentale des diabétiques.- Paris, Dunod, 1983.

FALSTEIN (E.I.), JUDAS (L.)

Juvenile diabetes and its psychiatric implication.- Am. J. Orthopsychiatr., 1955, 25, 330.

GATH (A.), SMITH (M.A.), BAUM (J.D.)

Emotional, behavioral and educational disorders in diabetic children.- Arch. Dis. Child., 1980.

GREYDANUS (D.E.), HOFFMANN (A.D.)

Psychological factors in diabetes mellitus. A review of the literature with emphasis on adolescence.- Am. J. Dis. Child, 1979, 133, 106.

GUTTON (P.)

Réflexions à propos d'observations d'enfants atteints de maladie métabolique héréditaire.- Psychiatrie de l'enfant, 1978, 21, 1, 26-56,

GUTTON (P.)

Psychopathologie clinique et hépatologie infantile. (Orientations de recherche) en collab. avec E. Levy-Leblond, Psychiatrie de l'enfant, 1978, 21, 1, 4-66.

INTERNATIONAL BEILLINSON SYMPOSIUM, 1981, Israël.

Pediatric and adolescent endocrinology, vol. 10, Psychological aspects of diabetes in children and adolescents, Basel, Karger, 1982, 247 p.

JACOBSON (A.M.), LEIBOITCH (J.B.)

Psychological issues in diabetes mellitus .- Psychosomatics, 1984, 225, 2, 7-15.

JOHNSON (S.B.), ROSENBLOOM (A.L.)

Behavioral aspects of diabetes mellitus in childhood and adolescence.- Psychr. Clin. N. Am., 1982, 5, 2, 357-369.

KAUFMAN (R.V.), HERSHER (B.)

Body-images changes in teen-age diabetics.- Pediatrics, 1971, 48, 259.

KINMONTH (A.M.), LINDSAY (M.K.M.), BAUM (J.D.)

Social and emotional complications in a clinical trial among adolescents with diabetes mellitus.- British Med. Journal, 1983, 286, 952-954.

LARON (Z.)

Psychosocial problems of diabetic children and adolescents. Acta Diabetol Lat., 1984, 2, 1, 35-46.

POLOWITCH (C.), ELLIOTT (M.R.)

The young diabetic patients ; is control possible ?.- Infirm. Con., 1978, 20, 5, 30-33.

SOLOWIEJOZYK (J.), BAKER (L.)

Being an adolescent with diabetes.- Diabetes care, 1, 2, 124-125.

STEIN (C.)

Emotional in juvenile diabetes mellitus.- Am. J. of Psychiatr., 1971, 128, 6.

SULLIVAN (B.)

Adjustment in diabetic adolescent girls : I. Development of the diabetic adjustment scale. II. Adjustment, self esteem and depression in adolescent girl.- Psychosomatic Med., 1979, 41, 119, 127.

TODD (W.A.)

Psychosocial problems as the major complication of an adolescent with trimethylaminuria.- J. Pediatr., 1979, 94, 936.

ZEIDELIA

Problèmes d'adaptation affective dans les diabètes juvéniles.- in : L'enfant dans la famille, n° 2, L'enfant devant la maladie et la mort, E.J. ANTHONY, C. KOUPERNIK.- Paris, Masson, 1974, 49-53.

NEPHROPATHIE

BECKER (D.), IGOIN (L.), DELONS (S.)

L'adolescent devant l'hémodialyse et la transplantation : problèmes psychologiques et facteurs d'évolution.- Arch. Françaises de Pédiatrie, 1979, 36, 3, 313-319.

CALLINS (J.L.)

Multidisciplinary consultation for a renal dialysis kidney transplantation unit.- J. Nat. Med. Ass., 1974, 66, 4, 277-280.

CROMBEZ (J.C.), LEFEBVRE (P.)

La fantasmagie des greffés rénaux.- Rev. Fr. de Psychan., 1973, 1/2, 95-107.

DEBRE (M.), DULONG (O.), RAIMBAULT (G.)

Etudes psychologiques d'enfants en hémodialyse chronique.- Arch. Fr. de Pédiat., 1973, 30, 163.

DE-NOUR (A.K.)

Adolescents adjustment to chronic hemodialysis.- Am. J. Psychiatric, 1979, 136, 4, 430-433.

DROTAR (D.)

The treatment of severe anxiety reaction in an adolescent following renal transplantation.- J. Am. Acad. Child Psychiatr., 1975, 14, 3, 451-461.

FINE (R.H.), MALEKZADEH (M.H.), PENNISI (A.J.), ETTENGER (R.B.)

Long term results of renal transplantation in children.- Pediatrics, 1978, 61, 4, 641-650.

FINEMAN (A.D.)

Ego development in boys with congenital defect of the genitorinary system.- J. of Child Psychiatry, 1963, 3, 4, 636-652.

GOLDMAN (R.H.), COHN (G.L.), LONGNECKER (R.E.)

The family and home hemodialysis ; adolescents' reactions to a father on home dialysis.- Intern. J. Psychiatr. in Med., 1980-81, 10, 35, 235-254.

LAWLER (M.K.)

An adolescent's behavioral responses to a second renal transplant.- Maternal Child Nursing Journal, 1977, 5, 6, 51,

RAIMBAULT (G.), ROYER (P.)

L'enfant et son image de la maladie.- (Etude de 12 observations de néphropathies chroniques), Archives Françaises de Pédiatrie, 1967, 24, 4, 445-462.

RAIMBAULT (G.)

Problèmes psychologiques dans les névropathies chroniques de l'enfant.- in : L'enfant dans la famille, n° 2, L'enfant devant la maladie et la mort, E.J. ANTHONY, C. KOUPELNIK. Paris, Masson, 1974, 54-61.

STARKMAN (M.N.)

Psychological problems resulting from parent to adolescent renal transplantation.- General Hospital Psychiatry, 1980, 2, 289-293.

TISZA (V.B.), DORSETT (P.), MORSE (J.)

Psychological implications of renal transplantation.- J. of Child Psychiatry, 1976, 15, 709-720.

ZARINSKY (I.)

Psychological problems of kidney transplanted adolescents.- Adolescence, 1975, 10, 37, 101-109.

PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE

(en dehors de l'hypertension artérielle) *

CLEVELAND, REITMAN, BREWER

Psychological factors in juvenile rheumatoid arthritis.-
Arthritis and Rheumatism, 1965, 8, 6, 1152-1158.

LITT (I.F.), CUSKEY (W.R.), ROSENBERG (A.)

Role of self-esteem and autonomy in determining medication compliance among adolescents with juvenile rheumatoid arthritis. Pediatrics, 1982, 69, 1, 15-17.

OBADIA (J.P.)

Maladie rhumatoïde et psychosomatique.- Revue Française de Psychanalyse, 1975, 17, 619-625.

PERICHI (C.)

Problèmes de vie et de mort. A propos de jeunes cardiopathes congénitaux, Thèse de 3ème cycle de Psychologie, Université Paris VII, 1978.

RAUSCH de TRAUBENBERG (N.)

Aspects psychologiques et cardiopathies congénitales chez l'enfant.- in : L'enfant dans la famille, vol. 2, L'enfant devant la maladie et la mort. Paris, Masson, 1974, 62-69.

* Cf. CONSOLI (S.), L'hypertension artérielle à l'adolescence, dans le présent numéro.

CANCER

BLUM (R.W.), CHANG (P.)

A group for adolescents facing chronic and terminal illness.- J.C.A.M., 1981, 7-12.

BRUNNQUELL (D.), HALL (M.D.)

Issues in the psychological care of pediatric oncology patients.- Am. J. Orthopsy, 1982, 52, 1, 32-44.

CONYARD (S.), KRISHNAMURTHY (M.), DOSIK (H.)

Psychosocial aspects of sickle - cell anemia in adolescents.- Health Soc. World, 1980, 5, 1, 20-26.

FARRELL (F.)

Activities relationships and concerns of adolescents with cancer.- J.C.A.M., 1980, 15-18.

FRESCO (R.), HODOUL-AZEMA (D.), BUSO (M.)

Les cancéreux testiculaires ; difficultés psychologiques et sexuelles.- Psychologie Médicale, 1984, 16, 13.

HAYDEN (P.W.), DAVENPORT (S.L.), GAMPBELL (M.M.)

Adolescents with myelodysplasia : impact of physical disability emotional maturation.- Pediatrics, 1979, 64, 1, 53-59.

KAGEN-GOODHEART (L.)

Reentry : living with childhood cancer.- Am. J. Orthopsychiatry, 1979, 47, 4, 651.

KASHANI (J.), HAKAMI (N.)

Depressop, in children and adolescents with malignancy.- Can. J. Psychiatry, 1982, 27, 6, 474-477.

KOOCHER (G.P.), O'MALLEY (J.E.), COGAN (J.L.) et al.

Psychological adjustment among pediatric cancers survivors.- J. Child Psychol. Psychiatr., 1980, 21, 163-173.

MORISI (J.), ULLMA (D.)

Traitez-le comme un enfant normal.- Psychanalyse à l'Université, 1977, 2, 8, 699-705.

NIRENBERG (A.), ROSEN (G.)

The day hospital : ambulatory care for the adolescent with cancer.- Am. J. Nurs., 1979, 79, 500.

PECK (B.)

Effets of childhood cancer on long-term survivors and their families.- Br. Med. J., 1979, 1, 6174, 1327-1329.

ULLMO-BRUN (D.)

L'enfant à perdre.- Psychologie médicale, 1978, 10, 4, 643-650.

ULLMO (D.)

Enfants atteints de cancer et leur devenir. Analyse des relations parents-enfants dans la maladie. Etude clinique portant sur 47 enfants traités pour medullo-blastome à l'Institut G. Roussy, Thèse Univ. Paris VII, Sciences Humaines, 1976, 455 p.

VICHINSKY (E.P.), JOHNSON (R.), LUBIN (B.H.)

Multidisciplinary approach to pain management in sickle cell disease.- Am. J. Pediatr., Hematol. Oncol., 1982, Fall, 4, 3, 328-333.

WILBUR (J.)

Sexual development and body-image in the teenager with cancer.- Front. Radiat. Ther. Onc., 1980, 14, 108-114.

PATHOLOGIE ET PSYCHOTHERAPIE FAMILIALE

DOHERTY (W.J.) et BAIRD (M.A.)

Family therapy and family medicine.- The Guelford Press, 1982.

COMPERNOLLE (T.)

Eco-psychosomatique : influence de la famille sur l'enfant malade et vice-versa.- Thérapie familiale, 1981, 2, 3, 221-228.

EASSON (W.M.)

The ego-ideal in the treatment of children and adolescents.- Arch. Gen. Psychiatr., 1966, 15, 228-292.

FINE (S.)

Adolescent somatic symptoms : masks for individual and family psychopathology.- Compr. Psychiatry, 1977, 18, 9, 135-140.

FREIDMAN (S.B.), CHODOFF (P.), MASSON (J.W.), HAMBURG (D.A.)

Behavioral observations on parents anticipations the death of a child.- Pediatrics, 1963, 32, 610-625.

GILLIERON (E.), KAUFMANN (L.)

La dimension familiale dans les troubles psychiatriques et psychosomatiques.- Praxis, 1971, 60, 332-337.

GIRARD (L.)

Parents impossibles, impossibles parents.- Psychologie médicale, 10, 4, 1978, 701-706.

GROL NICK (L.)

A family perspective of psychosomatic factors in illness : a review of the litterature.- Family process, 1972, 457-486.

LASK (B.)

Illness in the Family : a conceptual model in family therapy : collected papers.- Routledge et Keagan Paul, London, 1980.

LASK (B.) et MATTHEW (D.)

Childhood asthma : a controlled trial of family psychotherapy.-
Arch. Dis. Childhood, 1979, 54, 116-119.

LAX (R.)

Some aspects of the interaction between mother and impaired child : mother's narcissitic trauma.- Int. J. Psychoanalysis, 1972, 53, 339-344.

LIEBMAN (R.) et coll.

The role of the family in the treatment of chronic asthma.- in Family therapy, P.J. Guérin ed., Gardner Press, N.Y., 1976.

MASSON (D.)

Maladies psychosomatiques et famille.- Thérapie familiale, 1983, 4, 2, 133-139.

MINUCHIN (S.), FISHMAN (M.)

The psychosomatic family in child psychiatry.- J. of child psychiatry, 1979, 76-90.

RAIMBAULT (G.), ROYER (P.)

La présentation par la mère de la maladie de son enfant (étude de 10 observations de néphropathies chroniques).- Archives Fr. de Pédiatrie, 1968, 25, 6, 605-620.

SABBETH (B.)

Understanding the impact of chronic childhood illness on families.- Pediatric clinics of north america, 1984, 31, 1, 47-57.

STIERLIN (H.) et al.

Family dynamics and psychosomatic disorders in adolescence.- Psychopathol. Psychosom., 1977, 28, 243-251.

Unité de Recherche sur l'Adolescence
Université Paris VII
Centre Censier
13, rue Santeuil
75005 PARIS

Saisi par l'événement de sa puberté, l'adolescent est sensible à l'événement. La maladie grave est, Linda Slama nous l'apprend, une tragédie plus qu'à d'autres âges. Elle attaque les processus de changement mêmes.

Afin que l'écran et les objets qu'il porte soient visibles, la salle du cinéma doit être obscure. Maurice Merleau-Ponty aimait cette image pour installer dans sa démonstration la nécessaire opacité du corps pour percevoir le monde. Ne peut-on également poser l'assertion rudimentaire : il faut dormir pour rêver ; le sommeil est le gardien du rêve.

Le fait est qu'à la puberté, après la phase de latence, le corps s'éclaire, le corps excite. S'en trouvent masqués, voire effacés, les souvenirs auto-érotiques de l'enfance et dès lors en construction la légende de celle-ci. Dans l'actuel, la dimension narcissique de la relation s'accroît. Le Moi envahit la scène au détriment du monde. A partir de ce Moi, le monde seulement pourrait se redécouvrir. Le travail d'adolescence, comparable au travail du rêve, vise à éteindre progressivement cette irruption du corps, dont la lumière pâlit tous autres objets que lui, c'est-à-dire à inscrire ce corps dans l'histoire secrète du sujet.

La maladie du corps telle qu'elle est remarquablement travaillée dans le livre de Linda Slama est une toute autre levée de l'opacité corporelle. Elle est un dramatique éclairage dont les effets semblent doubles.

1) La souffrance qui s'impose est contradictoire de la puberté. Tel un néon cruel, la maladie éteint toute autre source lumineuse. La souffrance est d'abord anti-libidinale, comme il est rappelé ici, après S. Freud. Cette extinction fait mouche sur la dynamique adolescente, sur sa source, sur le processus qui peut se trouver interrompu à son origine ou en cours, bloqué dans son développement, avorté ou inachevé. L'étouffement se fera sentir peut-être après la guérison de la maladie somatique comme effet de quelque chose qui aurait dû survenir et qui n'est pas survenu. L'adolescent peut et doit se sortir de cette nuit, faire un travail de rééclairage : il aurait à apprendre ou à réapprendre à être un adolescent. Nous pouvons l'aider et le groupe des adolescents tel qu'il le rencontre dans une institution de soins peut être un étayage d'intérêt.

2) Le corps souffrant occupe tout l'écran. On oserait dire, après la lecture du livre, que sur ce mystérieux écran, une grande part de l'adolescence et de l'histoire de la maladie, avec les médecins et dans la famille, trouve à se jouer. Un tel corps-écran est de bien mauvaise qualité pour recueillir et diffuser les objets : il déforme, altère, désorganise et rend incompréhensible, ailleurs provoque des contre-sens et des quiproquos. La compréhension des codes d'adolescence et de maladie n'est pas évidente, elle nécessite une grande expérience et sans doute un travail d'équipe.

"L'entrée en maladie" se marque par l'institution de nouvelles procédures à penser et à être. Le symptôme (par exemple l'obésité ou l'hémorragie) exprime, par une condensation peu ordinaire, les conflits d'adolescence, déroutants voire déboutants si ne travaillaient ensemble le pédiatre et le psychanalyste :

- Dans certains cas ici relatés, le chaos est tel que rien ne peut se comprendre, rien ne semble avoir sens, cette désorganisation serait le régime du psychosomatique.

- Ailleurs, le fil des significations peut être, si ce n'est suivi, repéré de loin en loin, en particulier à travers les questionnements nouveaux faisant irruption chez les adolescents malades quant à ses filiations et ses liens actuels.

Cette psychopathologie est nouvelle pour chacun d'entre nous. Les observations de Linda Slama éclairent des champs de recherche et permettront à d'autres cliniciens de se repérer dans des espaces-temps bien obscurs jusqu'alors. Le financement de travaux semblables est à espérer s'il peut permettre la rencontre entre un psychanalyste et une institution de soins de haut niveau.

Professeur Philippe GUTTON

Édité par le C.T.N.E.R.H.I.
Tirage par la Division Reprographie
Dépôt légal : JUIN 1987

Le Directeur : Christine PATRON

