

« Les états limites ou les limites dans tous leurs états »

Vendredi 14 octobre 2011

conférence organisée par le service Formation de RENOVATION

Introduction par Lin Daubech (Président) et Thierry Perrigaud (Directeur Général)
animation par Jean-Louis Deysson (Directeur d'ITEP)



ASSOCIATION
RENOVATION

« Les états limites ou les limites dans tous leurs états »

Vendredi 14 octobre 2011
Espace culturel Treulon
Avenue de Verdun 33520 BRUGES

Avec la participation de :
Daniel MARCELLI
Grégory MICHEL
Michaël STORA

Introduction de la journée

Lin Daubech

Ce sujet est particulièrement bienvenu ; en particulier la notion de soin : pour Fred Vance la philosophie du divan est un soin, c'est à dire une relation.

Tout ce qui est soin et n'est pas relation n'est pas du soin. Dans le soin je construis le Sujet et je me construis en même temps : c'est une relation réflexive, constitutive des deux facettes de l'humain, dans son rapport à l'autre et dans son intimité ; c'est fondamental,

La limite est absolument constitutive de la relation, elle permet de voir jusqu'où on peut aller dans l'acceptation de l'autre et de soi-même

Ce sujet est donc particulièrement bien choisi.

Thierry Perrigaud

C'est donc le thème très ambitieux que Rénovation a choisi cette année. Pourquoi ?

Parce que, parmi les personnes que nous accompagnons, le nombre de jeunes Borderline, état limite, ou qualifiés comme tels par la psychiatrie, augmente. Un ITEP recense en effet environ 80% d'États-Limites.

Parce que les professionnels ne savent pas toujours identifier ce que recouvre ce terme, et peuvent être tentés de l'appliquer à tort. L'adolescence n'est-elle pas elle-même un état-limite ?

Parce que nous voulons que nos équipes soient mieux formées et puissent échanger avec nos intervenants d'un jour sur ce sujet, pour repartir plus riches d'un savoir, ou d'une modestie dans le savoir.

Il s'agit d'une organisation psychique frontière entre deux eaux, avec une forte problématique de la dépendance - problématique qui est également au centre de l'adolescence (Dépendances aux substances, dépendance au groupe, etc...)

Et les États-limites, obsédés par l'angoisse de l'abandon, présentent des troubles de la dépendance.

Je souhaite donc que cette journée soit riche d'échanges et d'apports cliniques qui puissent trouver leur place dans nos pratiques.

Jean-Louis Deysson

Nous allons demander aux conférenciers de nous aider à y voir plus clair en ce qui concerne les États-Limites ainsi que ces concepts et grandes entités nosographiques que sont névrose, psychose et perversion ; de nous aider à construire notre pratique au quotidien.

Daniel MARCELLI

Professeur de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent à la Faculté de Médecine de Poitiers

Les États-Limites à l'adolescence, au carrefour de la psychiatrie et de la psychopathologie

Expression des symptômes

Étymologiquement, la patho-gnomonie (un gros mot!) signifie : la connaissance de la pathologie. Un signe pathognomonique (PG) est un signe qui n'appartient qu'à une pathologie et qui la désigne (exemple, la séropositivité pour le sida). La médecine somatique occidentale s'est construite autour des signes PG et en a tiré des catégories.

Or il n'y a aucun signe PG en psychiatrie (même les symptômes rencontrés dans les troubles autistiques, schizophréniques etc n'en constituent pas). Nous avons un problème énorme en psychiatrie : le DSM ou l'ICD (classification internationale des maladies) -la Bible !- ont décidé de remplacer la qualité par la quantité : cet artifice du comptage transforme des pathologies qui sont essentiellement dans le continuum, dans la « dimension », en catégories (oui/non) ? Exemple de la dépression : on en arrive à décrire des « états sub-syndromiques » etc et la psychiatrie est prise là-dedans. Cette démarche catégorielle pose problème. Il y a aussi des maladies somatiques qui sont dans des « dimensions », par exemple l'obésité. La médecine est de plus en plus confrontée à des états dimensionnels d'autant plus qu'on s'occupe non seulement de la maladie, mais aussi de la « santé ».

Les États limites sont un artefact lié à un mode de pensée (le besoin de catégoriser et de comptabiliser).

- **Traiter** (dont l'étymologie est Tractare, tirer avec violence) vise à enlever le mal : on ne s'occupe pas du patient.
- **Soigner** c'est être en souci du soin de l'autre, « être aux petits soins », attentif et gentil : il s'agit de soigner la personne dans la continuité et la dimension.

La médecine occidentale est avide de « traitements », sur ce plan elle est une des meilleures du monde ; mais pour tout ce qui est du « soin » elle est souvent moins bonne que les autres, orientale, chinoise notamment.

La psychiatrie est à la jonction de ces pratiques.

On EST un sujet déprimé ou bien on A une dépression ?

Contextualisation historique

Le concept d'État Limite est apparu à partir de deux voies différentes :

- autour des années 1950-60, A partir du moment où on a commencé à avoir des traitements efficaces pour les schizophrénies on a essayé de repérer les états pathologiques avant qu'ils soient installés, donc on a décrit des états pré-schizophréniques, des personnalités pré-schizophréniques, en limite de la schizophrénie.

- Dans les années 40-50 aux USA en particulier, la psychanalyse rencontrant un grand succès, les psychanalystes américains ont allongé sur le divan toutes sortes de patients... Très rapidement beaucoup ont commencé à développer des transferts délirants, une compréhension délirante...on s'est mis à décrire des États Pseudo-névrotiques (mécanismes de persécution, projection etc), on en est venu à parler de « patients limites ».

Ces deux démarches sont totalement opposées.

Dans les années 60-70 une conjonction de ces deux mouvements s'est opérée autour du terme « États-Limites ou Borderline »

Deux courants se sont dessinés :

- un courant structuraliste, pour lequel l'État Limite est une sorte d'état, de structure qui serait non-structurée - courant représenté par Bergeret -: une a-structure qui pourrait basculer vers la névrose ou la psychose ou bien durer longtemps entre les deux.
- A l'opposé on a la définition d'un aspect dynamique : l'être humain fait face à la réalité, tente de s'adapter et en fonction des circonstances va puiser dans des mécanismes de défense plus ou moins psychotiques ou névrotiques (ou entre les deux) ; on va décrire des « moments » (psychotiques, dépressifs, limites etc).

A partir de là, les seules limites qu'il y a aux États Limites, sont les limites du clinicien : il est assez difficile de saisir la réalité de l'objet.

Pour l'immense majorité des gens :

- ils sont repérés relativement tôt, on ne les a pas laissés auto-construire leur pathologie mentale. Plus on les prend relativement jeunes, moins les tableaux vont être classiques.
- On a des « soins », auxquels s'ajoutent éventuellement des « traitements »

Donc la totalité des tableaux classiques est brouillée et on se retrouve dans un magma indifférencié.

L' Adolescence est une période de transformations, de désengagement de l'infantile, mais la structure de la personne n'est pas encore constituée. C'est l'âge où l'individu, théoriquement, commence à s'intéresser à ses propres pensées (alors que l'enfant délègue à un autre le sens de ses pensées). C'est ce qu'on appelle, en psychiatrie, les « méta-pensées ».

C'est très important, le psychisme est un organe qui n'existe pas dans le corps (il utilise le cerveau mais ne s'y réduit pas) et qui a une seule fonction : maintenir l'illusion de notre continuité d'existence (nécessaire pour tolérer la vie, ne pas être trop angoissé).

L'adolescence, la grossesse, sont des attaques en règle contre le sentiment de continuité de l'existence, et il y a danger de vacillement identitaire. Le sentiment de continuité de l'existence est créé par l'investissement de la psyché : le plaisir de s'intéresser à ses pensées, qui garantit le scénario imaginaire. Il y a angoisse d'effondrement quand le sentiment de continuité psychique est menacé par un surcroît d'excitation, d'énerverment ; la solution consiste à se faire plaisir, s'inventer des scénarios, soit passer à l'acte, somatiser.

Les États Limites sont des sujets menacés dans leur continuité d'existence parce qu'ils ont du mal à faire face à un surcroît d'excitation.

Quand un adolescent commence à s'intéresser à ses pensées (au lieu de dire « tu m'emmerdes, tu me prends la tête ») il a une protection relative.

Aspect sémiologique.

Il n'y a pas de symptôme particulier des États Limites, mais on est toujours en limite de quelque chose.

Symptômes psychiatriques particuliers qui attirent l'attention :

l'angoisse est très fréquente

- perdre ses compétences, son métier, son conjoint, angoisse de castration : typiques du sujet névrotique
- éclatement, morcellement, anéantissement, typiques du sujet psychotique
- chez le sujet limite, l'angoisse de perte de sens, de vide, est assez typique ; toutefois la question du sens est inhérente à l'adolescence, ce qui peut donner lieu à des crises existentielles qui vont parfois jusqu'aux limites.

Sémiologie dépressive

- névrotique : culpabilité, faute, sentiment de ne servir à rien
- psychotique : effondrement, mélancolie

Troubles névrotiques

- phobies : le déplacement sur un objet phobique permet d'être à l'aise dans tous les autres domaines ; mais pour le borderline la phobie ne suffit jamais à lier l'angoisse.
- Symptômes obsessionnels : même phénomène : ce sont des symptômes « pseudo-névrotiques », qui échouent

Passages à l'acte :

Décharge de l'angoisse. On peut être excité aussi bien par un événement positif que par un événement négatif ; l'excitation est en soi désorganisatrice pour le sujet borderline il tend à y réagir par le passage à l'acte ou la décompensation somatique.

Épisodes psychotiques brefs

assez caractéristiques dans des moments d'excitation, de confusion, etc.

pathologies à l'adolescence, de dépendance et de consommation de produits.

La dépendance aux objets :

l'adolescence c'est l'âge où l'être humain du fait de l'apparition de la sexualité (secare, couper) devient dépendant du désir de l'autre pour sa satisfaction, en particulier sexuelle ; il faut attendre, tolérer la montée de l'excitation, tolérer la frustration.

Pour le patient limite c'est insupportable, alors que de l'objet il a la maîtrise - croit-il, ce qui est faux- longtemps le sujet a l'illusion d'être actif dans sa consommation, alors que dans la relation il est dépendant du bon vouloir de l'autre, qu'il a mal vécu dans son

enfance : c'est ignominieux. On ne peut pas soigner un toxicomane tant qu'il dit « je m'arrêterai quand je l'aurai décidé » (ce qui est un refus de s'inscrire dans une relation humaine).

Les pathologies de la dépendance sont une part importante dans les États Limites, d'autant plus qu'on ne cesse de poser l'autonomie dans les valeurs sociales. La sémiologie est protéiforme.

Pathologies de la sexualité

il n'y a pas de limite à la définition de l'État Limite.

Le versant psychodynamique

Le patient État Limite est comme un bâtiment : il y a ce qu'on voit (façade, portes, fenêtres) et la structure portante qu'on ne voit pas. La structure mentale est la structure portante ; les symptômes sont les portes et les fenêtres.

La structure mentale dépend des mécanismes de défense (la manière qu'on a de traiter les avatars de la vie) : projection, refoulement, inhibition, crainte, c'est moi qui souffre.

Étymologiquement, suffere : c'est une lettre en attente ; il faut donc investir le temps d'attente ; en 2011 c'est fini, il ne faut pas perdre son temps, on ne pense qu'à raccourcir la durée moyenne de séjour ! Le névrotique est dans un rapport au temps antinomique de la société actuelle.

Faiblesse du moi : le moi est un organe qui permet de s'affronter à l'angoisse. Il y a une fluctuation de l'angoisse chez l'État Limite qui est presque plus terrible que l'angoisse permanente du névrotique (lui il s'y installe, il érotise son mal).

- Intolérance aux fluctuations de l'angoisse
- intolérance à la frustration (parce qu'elle entretient l'excitation, l'attente etc)
- manque de capacité de créativité (savoir trouver en soi des ressources pour créer quelque chose qui fasse plaisir)
- difficulté dans l'utilisation de mécanismes de défense à la jonction du psychotique et du névrotique
- mais ils n'ont pas de mécanismes de défense de perte de la réalité (le sujet borderline perçoit la réalité mais lui donne une dimension perturbée, déformée dans son aspect qualitatif)
- clivage : deux attitudes complètement différentes et contradictoires. Je ne veux pas mettre ces contradictions en rapport parce que ça causerait de la souffrance, donc je me protège par le clivage de la contradiction ; ce qui protège le sujet au détriment de la perception de la réalité.

idéalisation/dévalorisation de l'autre entraînent des relations chaotiques, instables

omnipotence/dévalorisation brutale de soi

tous les adolescents utilisent des mécanismes de clivage, mais pas en permanence.

Le devenir

Le diagnostic d'État Limite à l'adolescence n'est pas fiable dans la durée ; c'est un diagnostic d'attente, on devrait dire « moment limite » « fonctionnement limite ». Le potentiel ultérieur demeure ouvert, il va beaucoup dépendre des rencontres, des investissements, des ressources personnelles.

La prise en charge thérapeutique s'organise autour du soin et de la durée. Il n'y a pas de « traitement » ; **on peut traiter certains symptômes** quand ils sont envahissants et désorganisateur. Il n'est pas complètement inutile de faire cesser un symptôme, à condition qu'on ne fasse pas que ça (sinon on assiste à des déplacements de symptômes).

Il faut arrêter nos bêtises des années 70 : le tout psychanalytique, le tout psychiatrique, etc. : sortir de ces clivages qui ne servent à personne.

On peut traiter un symptôme quand le patient l'accepte. Quand il accepte de « goûter » un médicament quelques temps et voir ce que ça lui fait. Un médicament ne change jamais les pensées de quelqu'un, ça change le regard (le verre à moitié plein plutôt qu'à moitié vide), ça rend la pensée tolérable. Il y a un vrai travail de pédagogie de la prescription qu'on ne fait pas suffisamment : il faut que le patient soit pleinement d'accord. On peut jouer de ces traitements provisoires.

Le soin : psychique, relationnel, éducatif

- **aspect contenant, apaisant** (éviter le déni : t'as pas de raisons d'être déprimé, angoissé!) acceptation de l'état émotionnel mais que ça ne nous entrave pas pour agir. Continuer d'avoir confiance dans sa propre activité soignante.
- **Éviter de mettre facticement et gratuitement les patients limites dans des états d'excitation** (négatifs ou positifs) ; proposer des dérivatifs - thérapies cognitivo-comportementales, stratégies éducatives
- **faire en sorte de relancer le plaisir à penser et la créativité.** Cf *Ces adolescents qui refusent de penser : pour une théorie de la médiation dans le soin*, D. Marcelli avec N. Catherine. Erès éd, janvier 2011.

La création, c'est être l'auteur de son geste, de sa pensée, de son activité. Exister c'est sortir de sa place. L'adolescent borderline, y trouve des éléments de reconstitution de sa continuité existentielle. Il faut un ou deux adultes auprès de lui, un ou deux autres ados ; que l'adulte ait du plaisir créatif dans l'activité en question ; l'adolescent va prendre un plaisir qui s'étaye sur l'adulte. C'est un élément de résilience (cf Cyrulnik) qui peut lui éviter des basculements graves.

Tout cela est difficilement cotable, mesurable, protocolisable, par les administratifs ! On ne peut pas « traiter » la médiation. (« arrête de me traiter » disent les ados...). La créativité est la porte de sortie (par les mots, le corps, le quotidien, l'artistique etc). Une équipe doit avoir la capacité d'offrir à un adolescent la possibilité d'attraper sa créativité. Après, il s'organise autour de ça.

Echanges

Question de Jean-Louis Deysson : à partir du livre « *Ces adolescents qui refusent de penser* » : il y est question de l'effacement du soignant, pourriez-vous en dire un petit mot ?

Daniel Marcelli

Une activité de médiation peut-être le contraire de l'activité thérapeutique (y compris psychanalytique, où l'interprétation incitative est le Graal des psychanalystes qui en attendent un changement assez soudain). La médiation opère de manière silencieuse cf *le livre de François Jullien « les transformations silencieuses »*.

ça va, ça vient, ça se transforme sans jamais savoir que ça se transforme. Le soignant est à côté du patient, s'offre comme étayage, petite exhortation qui n'a l'air de rien. Quand le sujet adolescent s'approprie, prend du plaisir, l'art de celui qui fait la médiation est de s'effacer, sauf quand le patient l'interroge du regard.

L'art de soigner : après s'être discrètement imposé, se déposer, se retirer, s'effacer - cela demande une certaine abnégation.

Gregory MICHEL

Professeur de psychologie clinique et de psychopathologie (Université Segalen Bordeaux 2),
Directeur du laboratoire : Psychologie, santé et qualité de vie

« Lorsque la violence devient récréative : enjeux psychopathologiques et préventifs. »

Les conduites à risques chez les adolescents font l'objet d'études - françaises et internationales - depuis une quinzaine d'années. Trois constats en ressortent :

- la sévérité : les conditions sont de plus en plus violentes, avec des comportements de mise en danger
- la précocité : un net rajeunissement de ces conduites
- elles sont rarement isolées, on les retrouve dans différents domaines

la question du normal et du pathologique se pose : des modalités adaptatives peuvent avoir des conséquences délétères ; à partir de quel moment peut-on y voir des signes d'État Limites ?

La plus ou moins grande tolérance de l'environnement va induire une représentation de l'acte et une réponse.

Violence : étymologie violencia, force, puissance. La violence est une conduite délibérée : « usage délibéré de la force physique, de la menace envers un autre, une communauté ou soi-même » (OMS). Elle implique une idée de pouvoir, de domination. Il y a des conditions qui interpellent l'adulte au travers de caractéristiques qui peuvent nous effrayer.

En 2007 j'ai participé à un groupe de travail : **réflexion sur les pratiques violentes en milieu scolaire et notamment les « jeux » dangereux**. Pour nous, adultes, ce ne sont pas vraiment des jeux, mais les adolescents utilisent ce terme de jeu. Ce groupe a rédigé un document qui a été réactualisé et enrichi cette année (septembre 2011) il est [publié sur le site du ministère](#).

Nous avons distingué :

- les jeux d'agression
- les jeux de non-oxygénation (défi : « t'es pas cap ! »)
- les jeux de surenchère de l'exploit
 - jeu de l'insomnie : ils vont tester leur capacité de rester éveillés après absorption massive d'hypnotiques
 - jeu du torero devant un train, le but ultime étant de l'effleurer...
 - jeu de l'autoroute : effleurer les voitures...
 - intoxication alcoolique

Les jeux de non-oxygénation

L'un des plus connus est le jeu du foulard, avec différentes modalités de non-oxygénation, en appuyant sur les carotides par exemple.

Dans les premiers temps ça se passe en groupe (comme dans certaines formes de bizutage) avec des modalités particulières pour accentuer l'effet : il s'agit d'être promoteur d'une sensation extraordinaire, rapportée ensuite par les ados (visions colorées pseudo-hallucinatoires, synesthésiques : sensation de décoller du sol).

Certains ne vont surtout pas recommencer.

Certains vont rechercher l'expérience - sachant que ce qui leur importe le plus c'est le partage ;

mais parfois ils continuent seuls.

S'ensuit très souvent l'évanouissement. Le but recherché est de créer cette sorte de néo-réalité, créer des états modifiés de conscience.

Ces jeux au départ ont été plutôt qualifiés comme des conduites exprimant des comportements suicidaires.

Il y a des décès (10 à 15 répertoriés)

il y a des conséquences qui dépendent aussi de la durée de l'anoxie (lésions, paralysies diverses)

on observe un certain nombre de séquences :

prendre le risque de se mettre dans une situation reconnue comme à risque pour la santé », de façon délibérée. Il y a une utilité derrière ça :

une recherche d'éprouvé intense qui succède à un état de douleur

la perte de conscience, le fait de disparaître momentanément à soi, disparaître de la réalité, puis cette sorte de résurrection, de réveil -souvent extrêmement brutal, violent (baffes des copains).

Le plus souvent dans une logique qui n'est pas suicidaire mais qui vise à tester leur capacité, leur légitimité à exister.

C'est une conduite pseudo-ordalique (s'en remettre à quelque chose de supérieur), d'une intensité qui fait rupture avec le quotidien.

Ces jeunes qui ont joué et qui jouent régulièrement décrivent une appétence pour les situations extrêmes qui n'est pas limitée à ces jeux. Elle est complètement envahissante, c'est une sorte de trop-plein d'énergie, de vitalité, qu'ils sont dans l'incapacité de canaliser.

Ces conduites existent aussi chez les petits de maternelle, mais ce sont des pratiques mimétiques.

les jeux d'agression, d'attaque, où la violence physique est le dénominateur commun.

Des jeunes, en groupe, vont exercer une certaine violence sur un enfant ou un adolescent seul. La délimitation des rôles est très précise : agresseurs/victime ; le but est de faire mal, physiquement ou psychologiquement. C'est un balancement entre tendances sadiques et masochistes ; la sensation de plaisir est liée à l'utilisation de cette violence ou au fait de la subir. Ils sont parfaitement au courant des risques qu'ils encourent.

- Jeu de la canette : celui qui ne rattrape pas le ballon au foot va être celui qui va recevoir des coups, c'est le hasard qui va décider - mais dans certains cas ce n'est pas vraiment le hasard.

Jeu contraint : ce sont uniquement les agressions qui vont qualifier l'activité de jeu.

- Happy slapping : jeu de baffes visant des personnes complètement étrangères. Le défi consiste à frapper l'autre et à être filmé, diffusé (trophée), ce qui a une valeur re-narcissisante pour cet agresseur.
- Jeu de la mort subite : agresser un jeune qui portera le plus de vêtements d'une certaine couleur par ex. et qui va subir humiliations, brimades, coups, pour la journée et même parfois au-delà.

On va trouver dans ces jeux (cf. [Roger Caillois](#) « *Les jeux et les hommes* » Gallimard, 1957) :

- vertige, intensité, peur (vais-je devenir l'objet de cette violence ou être celui qui l'exerce?)
- simulacre extrêmement codifié, avec des règles très précises - mais souples, elles peuvent changer.
- L'agone, la compétition, ressentir toujours plus de sensations
- l'aléa : la part de hasard peut être recherchée
- conséquences délétères sur ces jeunes

Ces jeux se pratiquent dans les cours de récréation sensées renforcer les liens à l'autre : à l'inverse, c'est presque une sorte d'attaque du comportement institutionnel. Ils trouvent toujours des endroits pour pouvoir pratiquer ce type d'activité malgré la surveillance.

Ce sont des jeux, chez les petits, qui rentrent dans un processus de socialisation, presque diamétralement opposé avec ce qui va se jouer quelques années plus tard.

Les conséquences physiques peuvent dans certains cas être extrêmement graves.

Les conséquences psychiques :

le jeune qui subit est enfermé, il vit au quotidien des sentiments de honte, de culpabilité. Il est victime de ses copains, ce qui biaise complètement le rapport à l'autre, à l'amitié, à la confiance. Il se peut aussi que celui qui est reconnu comme victime ait été aussi agresseur.

Qu'est-ce qui se joue pour ces jeunes en termes d'expérience émotionnelle, existentielle ?

On a le meneur, qui a un ascendant sur les autres, une personnalité assez charismatique ; il peut aussi être le promoteur tout en contrôlant à distance.

Celui ou celle qui est à l'initiative ne présente pas des conduites violentes uniquement dans ce type de jeu. Il rencontre des difficultés dans d'autres domaines, une pathologie de l'agir qui l'amène à faire sauter toutes les limites et à en tirer une satisfaction identitaire : il fédère un groupe autour de lui.

On est aussi dans la violence psychique, silencieuse, des conduites d'intimidation.

Certains jeunes (timides, en retrait, anxieux) vont devenir des proies ; d'autres le deviendront parce qu'ils sont différents, voire suscitent la jalousie : le jeu peut servir à exercer une domination, un pouvoir, sur celui qui est redouté.

Influence de l'image, de la vidéo : Ces violences ne se limitent pas aux frontières de l'institution. Elles se diffusent par internet, les téléphones portables, on parle de cyber-harcèlement. Celui qui est victime de cette violence n'est jamais en sécurité. Il subit un double traumatisme, celui de l'acte et celui de l'acte relayé par le Net. L'absence de

contrôle et de limite en fait une violence extrêmement envahissante.

La vidéo tend à accentuer ce type de comportement, pouvant se retrouver chez ceux qui ont une sorte de fragilité identitaire entre la réalité et l'image.

Être exposé à des images violentes peut-il participer à l'augmentation des comportements violents ?

La littérature montre qu'effectivement quand le taux d'exposition est important (jeux, télé) cela nuit surtout par réduction des mécanismes pro-sociaux (empathie, compétences émotionnelles, sociales au cœur du vivre ensemble).

Ces jeunes sont extrêmement démunis pour expliquer, rapporter, leur parole est insuffisante, il n'y a pas de reconnaissance des émotions chez l'autre. C'est une faillite de l'empathie, et des compétences sur sa propre impulsivité.

L'agressivité et la violence

La violence est sous-tendue par un socle commun aux mammifères. Dans quelle mesure ces jeunes, qui recherchent ce type de pratiques sont-ils amenés à exercer ces comportements par le biais d'une agressivité non contrôlée ?

Dans les années 70 on a pensé que le comportement violent s'apprend. Il est indéniable que certains environnements favorisent la mise en place de certains comportements.

Dans la littérature freudienne (Aichorn) les enfants sont dis-sociaux ; le tout-pulsionnel est là au départ, le moi va se construire à partir du ça. L'interaction avec la réalité va amener l'enfant à gérer son agressivité en apprenant surtout à ne pas être violent, en apprenant à différer la satisfaction de ses besoins. Chez les petits c'est essentiellement de l'impulsivité : être incapable de se retenir. C'est avec le regard social qu'on interprète l'impulsivité comme un acte agressif.

D'où viennent les difficultés à réguler ?

- Les contraintes environnementales - familiales, socio-économiques
- les contraintes individuelles (qui proviennent également de l'environnement) : ce sont des jeunes qui ne sont pas libres vis à vis de leurs émotions, de leur comportement - ils ont un mode de fonctionnement répétitif, durable.

Il faut pouvoir leur permettre de regagner une forme de liberté par rapport à leur émotion, qui est une oscillation entre angoisse d'abandon et angoisse de persécution, une absence totale de sécurité intérieure. Cela induit un mode de fonctionnement qui rend très difficile de nouer un attachement sécurisé, solide, avec l'adulte, les institutions, les valeurs sociales.

Toutes ces conduites peuvent s'entendre comme des « acting biography » qui vont les inscrire par rapport aux autres dans une identité : ce sont paradoxalement des actes créatifs. Chercher à les éradiquer est pratiquement impossible, agression et violence sont consubstantiels des êtres vivants.

Ils peuvent se traduire dans une idéologie (sur un mode plus silencieux), un conformisme : c'est la face opposée à la créativité.

On agit par le logos, le raisonnement, par principe aussi ; les jeux sont basés sur un principe, créer quelque chose en rupture avec le quotidien, qui s'oppose diamétralement avec « ça nous arrive » - les modifications subies par l'adolescent. Il devient promoteur d'un éprouvé. Cf Kant « l'action c'est le pouvoir d'un commencement ».

De plus c'est un agir « communicationnel » qui attend une réponse du « socius ».

Certains de ces ados agissent-ils réellement ou sont-ils agis ?

On est face à une sorte de responsabilité collective qui dépasse très largement les institutions du soin. Nos enfants ne sont-ils pas trop vite responsabilisés ? Leur donnons-nous les moyens de pouvoir agir, eux, sur leurs émotions ?

On est dans une logique du faire, de l'avoir, du remplissage, du culte de la sensation ; on est centré sur l'enfant....

Ce qui est fondamental, c'est la notion d'accompagnement dans leur processus de construction identitaire et d'apprentissage émotionnel. Le problème est essentiellement d'ordre existentiel et émotionnel.

Toutes les campagnes vont se déployer sans se préoccuper du public qui les reçoit ; elles vont dresser la liste des dommages ; or les jeunes concernés sont parfaitement conscients des risques. Pour le reste, l'accompagnement affectif ou émotionnel qui constitue la prévention, on n'intervient pas suffisamment. Il est très important d'insister sur la notion d'être reconnu par l'autre et sur la notion de responsabilité : c'est un aspect maturant et qui nous amène à nous positionner, tant par rapport à l'autre que par rapport à soi-même. Le « socius » a une responsabilité vraiment collective.

Einstein : « le monde est dangereux à vivre et pas tant à cause de ceux qui font le mal qu'à cause de ceux qui regardent et qui laissent faire »

Échanges

Question : peut-on parler de pathologie limite concernant ces ados ? Ces pratiques de jeu mettent en position d'attaque du sujet ; l'agressivité, la destructivité, sont tournées vers l'objet. L'axe référentiel narcissique et objectal n'est-il pas le fil rouge des carences pathologiques et des fonctionnements limites ?

N'y a-t'il pas dans tous ces registres une prééminence de l'excitation, de la sensation, du recours à l'agir au détriment d'une possibilité de recourir à la représentation : recourir à l'hallucination pour combler le déficit de représentation et de créativité chez l'adolescent ?

Quels aménagements thérapeutiques, quelles nouvelles voies envisager ?

G.Michel : les enfants et les adolescents que j'ai rencontrés dans le cadre de l'étude et celui de la clinique, ne présentent pas pour la plupart ce qui a été décrit ce matin (dimension borderline). Il faut bien mesurer l'utilité et les répercussions de ce type de pratiques sur l'adolescent : va-t'il recommencer ou est-ce une conduite d'essai ? Le plus souvent il s'agit d'une logique d'essai, d'expérience intense, sans que ça s'organise sur le mode d'un fonctionnement limite.

J'en ai aussi rencontré des adolescents « limites » en proportion assez réduite (plutôt dans les jeux de non-oxygénation) mais ils ne présentent pas uniquement ce type de conduite : il y a aussi des scarifications sévères, « disparition »...

Le traitement dépend de ce qui est sous-tendu ; on retrouve la dynamique du soin assez adaptée aux fonctionnements limites mais cela dépend aussi de ce qui est sous-tendu derrière.

Question : peut-on faire un parallèle avec les rites de passage ? Au moment où ces rites au niveau de la société disparaissent (bizutage par ex. : passeport pour être introduit dans un autre cercle) je me demande si la pathologie est si présente que ça.

G.Michel : j'ai évoqué la notion de rite de passage, notamment en parlant du rajeunissement de ces conduites. Elles s'apparentent à une forme de bizutage : s'ils ne participent pas, ils ne vont jamais intégrer le groupe des copains, ils risquent l'isolement.

Mais on n'est pas que dans cette notion-là. Il y a une augmentation significative de la pratique de ces jeux - très nette - en 6°, à la faveur du changement de mode de vie scolaire. Ils découvrent un trop-plein de liberté, mais ils n'ont pas été amenés à trouver des solutions pour la gérer. Après cette période, ça diminue. Il faut poser la question de cette responsabilité des adultes.

D.Marcelli : j'ai apprécié les points :

1. le sujet doit apprendre à ne pas être violent
2. la remarque sur l'acte biographique
3. la répétition de l'acte qui peut aboutir à un verrouillage. Philippe Jamet parle d'« auto-sabotage », une des difficultés des adolescents limite qui ont besoin de créativité : s'ils n'y arrivent pas, ils peuvent être dans la créativité de la destruction de soi-même.

Je trouve qu'il faudrait distinguer davantage sensations et émotions. La sensation est ce qu'on va chercher activement (ex. scarifications) ; elle survient quand un ado souffre parce qu'il vient de subir de manière passive quelque chose de désagréable. Activement, sa main dominante blesse sa main dominée.

C'est un des problèmes de la psychiatrie actuelle : on est constamment dans la transformation de l'émotion en sensation.

Quand l'émotion disparaît, il reste le souvenir, la nostalgie.

Quand la sensation disparaît il ne reste que le manque et la recherche de la faire réapparaître.

Vous avez peut-être laissé là des espaces de confusion possible.

G.Michel : je partage totalement cette remarque. L'émotion est un savoir ontologique propre ; la sensation est beaucoup plus corporelle, pulsionnelle, physiologique. Ce sont des démarches différentes. Philippe Jamet décrit une topique de l'évitement : occultation momentanée de l'émotion par le biais d'une sensation - c'est le registre du pulsionnel.

Michaël STORA

Psychologue, psychanalyste

« Addiction aux jeux vidéo en ligne : en quête de limite virtuelle »

Dans mon travail j'ai essayé de comprendre ce que certains jeunes cherchent dans ces mondes-là, et qu'ils ne trouvent plus dans la société.

Quand on travaille en pédo-psychiatrie, on ne peut plus faire l'économie de ces domaines-là.

On rencontre la situation assez étonnante du parent spectateur et de l'enfant joueur.

90% des français de plus de 45 ans pensent que ce que dit le journal de TF1 est vrai (sondage de Médiamétrie il y a 5 ans) ; les jeunes que j'ai pu rencontrer utilisent l'image comme n'importe quel jouet, alors que le parent spectateur y perçoit quelque chose d'assez violent.

Les parents ont oublié leur propre sadisme infantile quand ils jouaient avec leur poupée ou autres jouets.

L'espace du jeu permet la mise en scène de ses pulsions agressives : ne supporterions-nous plus que nos enfants ne soient pas « sages comme des images » ?

l'adulte de plus de 45 ans aurait des problèmes avec cette culture ? Du mal à s'identifier parce que lui-même n'a pas connu ces jeux ?

Nous avons créé une petite série de jeux vidéo où il s'agit de shooter un prince charmant, par exemple (le jeune shoote le prince charmant alors que sa mère l'attend désespérément sur Meetic!).

On rencontre des pathologies narcissiques où il y a un « pas assez », un abandon, mais aussi des enfants sur-valorisés, des enfants précoces. Le stade du miroir n'est plus le même, les parents regardent leurs enfants comme ils se regardent eux-mêmes, comme leurs propres idéaux.

Comment faire avec des problématiques d'une tyrannie de l'idéal ? Ce sont des enfants qui souffrent de ne pas être à la hauteur de l'exigence parentale. Dans les jeux ils peuvent continuer à combattre et obtenir des victoires. L'addiction est une manière de se soigner.

J'ai reçu plus de 200 jeunes de 15 à 25 ans - en majorité des garçons. Pourquoi si peu de filles ? Les femmes auraient un rapport au temps beaucoup plus utile ? Se sentiraient plus coupables de se permettre des loisirs inutiles ? Les filles choisissent des jeux « utiles », où on ne perd pas trop son temps. Quand on commence à parler des jeux vidéo et du virtuel, on en arrive vite à l'humain.

Parmi les « accros » on peut distinguer 3 groupes :

- environ 30% : crises d'adolescence virtuelles : l'objet vidéo est utilisé comme objet de transgression pour embêter ses parents. De plus en plus de parents ont tendance à créer des confusions dans les limites entre les goûts des uns et des autres (par ex on voit des parents et des enfants qui ont des piercings semblables).

Pour Winnicott, il ne faut surtout pas prendre en charge un ado en pleine crise d'adolescence ; il faut plutôt soutenir les parents, les « vieux cons »...pas facile d'accepter, en tant que parent, d'être vieux et con !

On voit de plus en plus d'ados qui vont « péter les plombs » mais au lieu de sortir, ils vont s'enfermer dans leur chambre et ouvrir leur Windows...

je suis responsable de la cellule psychologique de Skyrock : la crise est confortable et payée par les parents (via l'abonnement au serveur !)

- ▲ environ 70% sont des joueurs excessifs, des jeunes sur la voie de la déscolarisation - leurs notes chutent, ils vont à un moment, de manière désespérée, continuer le combat de manière folle : ce sont des compétiteurs dans l'âme, des petits Sarko en puissance, qui ont une envie de réussir folle quitte à écraser l'autre. Ils y passent 10 à 15 heures par jour, pendant quelques mois, voire plus.

On y rencontre des « hardcore games », des cinéphiles du jeu vidéo, des passionnés. Il faut savoir que ce monde-là marche plutôt bien économiquement, c'est intéressant. Il y a là un métier à prendre au sérieux.

- ▲ Et il y a les « no-life », environ 5%, qui disent je suis un « yes-life » mais vous, vous trouvez que ce n'est pas la vraie vie ! Ils sont précoces, ils ont des remarques étonnamment fines sur la réalité.

On retrouve un peu toute la gamme des problématiques narcissiques : que faire avec ces débordements d'excitation et pulsionnels ?

C'est un monde interactif : je manipule l'image comme peut-être je me sens manipulé par elle...

« la main est la métaphore du moi, dont le but est d'enfermer le monde entier dans son poing fermé » : on retrouve cela à beaucoup de niveaux, énormément.

Il existe un fascisme de l'esthétisme à tout prix de certains parents : les enfants ne sont jamais à la hauteur de leurs exigences.

Même si quelqu'un dit qu'il est « nul », impuissant, c'est montrer quelque part sa toute-puissance ; c'est le syndrôme du Christ, je porte sur moi tout le malheur du monde, donc je ne suis pas n'importe qui. Certains passent 20 heures par jour pendant plusieurs années au point même d'oublier son corps - ce qu'on retrouve aussi dans des problématiques familiales de toxicomanie.

Nous ne sommes pas tous d'accord là-dessus : certains professionnels disent que l'addiction n'existe pas, qu'il faudrait changer les parents et l'école... bon courage !

Dans les médias, la question de l'addiction virtuelle est de la responsabilité des parents ; certains jeunes disent « qu'est-ce que je fais là ? C'est ma mère qui est dépressive. »

Pourquoi cet objet-là et pas un autre ? Il y a des guildes avec chef, sous-chef, lettre de motivation...ce qui correspond à la recherche, par certains jeunes, de cadres clairs, contenant, qui n'existent pas à la maison (souvent la mère est dépressive et le père peu présent).

Dans ce monde-là les choses sont profondément claires par rapport à l'autre (l'avatar a sa fiche d'identité) ; l'ambivalence est insupportable et n'y a pas cours. Cela satisfait le désir de retrouver une clarté dans le rapport à l'autre.

Je demande à un jeune « qu'est-ce qui te plaît dans ces mondes-là ? » il répond « c'est l'autre »...or, l'autre, on ne le voit pas. Ce qui est sur-investi, ce n'est pas tant l'autre que la relation que j'ai avec lui. C'est comme Madame Bovary qui aime l'amour...

ça ressemble étrangement à notre travail de psychanalyste : un sur-investissement de la relation avec toutes les projections ; les relations dans les jeux sur internet peuvent être incroyablement passionnelles et amoureuses.

En un seul clic je peux faire dégager l'autre sur facebook : je suis de nouveau acteur. Cf la « théorie de l'évitement »

Ils vont jouer avec une sorte d'optique auto-thérapeutique : ils souffrent d'une trop grande passivité et le virtuel va leur permettre de redevenir acteurs, de se reconstruire dans une espèce de mise en scène de soi.

A Skyrock, les modérateurs me signalent les blogs inquiétants (désir de mourir etc). Mon travail consiste à leur envoyer un mail, avec une question finale pour entamer un dialogue. Les ados utilisent ces espaces comme une sorte de laboratoire pour création de soi.

L'esthétique de la mort est assez banale à l'adolescence. Une jeune fille qui parlait dans son blog de son désir de mourir avait surtout un besoin d'audimat intime en reprenant à son compte la « culture du fake », la culture Paris-Match.

Quand un ado accepte de montrer son blog, un espace de triangulation se crée autour d'un objet : c'est génial !

Il y a 2 ans ½ j'ai animé un atelier blog chez Marie-Rose MORO (Maison des Adolescents à Avicenne). Je leur ai imposé 10 articles, dont un libre.

Un ado m'a demandé : « le mot amour je l'écris en quelle police de caractères et de quelle couleur ? » - le fond et la forme viennent aussi nommer quelque chose qu'il ne veut pas nommer.

Ça vaut vraiment le coup de prendre le risque de créer un atelier blog. Peu après il se transforme en groupe de parole. On leur a demandé s'ils voulaient signer en leur nom personnel ou « maison des adolescents » : ils préféreraient « maison des adolescents (alors que les adultes, initialement, ne voulaient surtout pas).

Xavier Pommereau accepte maintenant que des adolescents entrent en contact avec lui par mail : c'est un apprivoisement.

Il y a 10 ans j'étais psychologue dans un CMPP pour adolescents à Pantin (93) ; je recevais des enfants et des adolescents avec qui je m'ennuyais profondément : ce qui les intéressait c'était l'enjeu, perdre ou gagner. Beaucoup de collègues disaient « ils sont limités » ; c'étaient de grands cancre avec troubles du comportement (moi-même j'ai été cancre, je sais à quel point c'est un enfer, il faut bien trouver un moyen d'exister...). Pennac dit bien que le premier ennemi du cancre est lui-même.

La thérapie en face à face est beaucoup trop inquiétante, il fallait trouver un objet de médiation : j'ai installé une console vidéo, ils m'ont appelé « le psy qui console » - même si on m'accusait un peu de séduction. Je suis moi-même joueur, j'aime jouer, si on travaille en pédo-psychiatrie il est préférable d'aimer jouer !

Je leur ai proposé un espace de médiation : les monstres contre lesquels on se bat peuvent être profondément transformés selon sa propre histoire.

Le jeu vidéo est tout à fait adapté aux pathologies limites, à la relation entre la pulsion et le narcissisme. Le jeu vidéo est un espace où je dois faire entrer ma pulsion dans un tuyau symbolique pour satisfaire mon narcissisme. Cf. Winnicott : il est question de destructivité mais surtout de la résistance de l'objet. Et dans le jeu vidéo il y a beaucoup de résistance.

Il faudrait faire un lien entre l'espace du jeu vidéo et celui de la psychothérapie : onirisme, affrontement de certaines représentations qui sont parfois réprimées. L'avatar, l'ennemi, sont une partie de moi. Il y a là un espace transitionnel tel que le décrit Winnicott.

La violence, c'est pour le parent ou le soignant-spectateur : il faut qu'il accepte de ne pas à tout prix tout maîtriser.

Échanges

Jean-Louis Deysson : à vous écouter, ça me fait penser aux contes...

Michaël Stora : oui, totalement. Par écrit, pour la revue Dialogues j'ai fait un parallèle avec l'atelier contes, marionnettes, psychodrame. Il y a des transferts collatéraux sur ces autres contre lesquels on se bat - condensation.

Question : Au sujet des différences entre les garçons et les filles n'est-il pas question aussi d'un rapport au plaisir ? De l'émergence d'un potentiel orgasmique chez l'adolescent, de l'effraction du pubertaire. Dans les jeux auto et hétéro agressifs évoqués ce matin, y a-t'il une différence entre les garçons et les filles adolescents ?

Michaël Stora : la seule clinique que j'aie est celle des blogs. Beaucoup d'adolescentes exposent leurs scarifications sur le blog ; les garçons les font sur des parties cachées de leur corps et ne les montrent jamais. Chez les filles il y a une dimension plutôt esthétique. Les garçons se font des entailles beaucoup plus importantes, ils écrivent des mots ou des lettres à des endroits que les parents ne peuvent pas voir. C'est beaucoup plus lourd (pré-psychose souvent). Les filles montrent souvent de jolies petites blessures...

le cyber-harcèlement est assez minoritaire

Sur la question de la différence des sexes, il y a la grande étude de l'INSERM sur la sexualité des français : la masturbation féminine est passée de 11 à 75 %

A Skyrock on s'est beaucoup demandé : doit-on laisser des adolescentes s'exhiber ? Il s'agit peut-être pour elles de vouloir s'affranchir, rompre avec la culpabilité et la honte (de leur maman) ?

On est, en France, le seul pays à avoir abordé le blog sous l'angle du journal intime.

Question : L'atelier virtuel présente deux cadres : un cadre relationnel et le cadre du jeu. Pour vous, comment cet emboîtement des deux cadres induit ce décalage dans la position du clinicien, à côté du jeune ? Le jeu porte en lui une loi ; habituellement, dans un atelier thérapeutique, le clinicien porte en lui une loi réelle. Est-ce que, pour vous, cela permet de changer la position du clinicien ?

Michaël Stora : il y a une règle propre à l'atelier, c'est très rassurant pour nos patients, la continuité est importante : une séance par semaine, 1heure de groupe, 1H1/2 de jeu. Dans le jeu, c'est l'aventure.

(Pendant 7 ans j'ai animé un atelier cinéma avec des adolescents psychotiques : cela nécessite un cadre extrêmement contenant et rigide).

- Il y a de plus l'importance du « père programmeur » : présence invisible de ceux qui ont créé le jeu. C'est ce qui fait que ça marche (et effectivement, ça marche)
- le jeu a lui-même une fonction parce qu'il est dans un cadre clinique - même sans le reprendre par la parole (cf. Winnicott)

Des gens, même chez eux, vont jouer à des jeux vidéo à des moments très précis de leur vie. Le jeu est une espèce de re-création également pour les adultes.

Il est important de garder sa place, je suis un peu le meneur mais je ne joue jamais.

C'est un travail sur le réinvestissement du désir d'apprendre et de savoir.

C'est un objet clinique premier et ça marche plutôt bien.

Au CMPP de Talence Diane Leroux utilise ces nouveaux objets et d'autres. Ce sont de nouvelles formes de médiation thérapeutique. Avec l'idée que tout est à inventer, c'est assez excitant en soi.

Témoignage d'un clinicien : L'ITEP d'Andernos est assez isolé, le tissu n'est pas urbain, on a été confrontés à des passages à l'acte virtuels avec incidences dans la réalité, ce qui a entraîné un mouvement de réflexion au niveau de l'institution pendant deux ans. Chaque pôle s'est donné l'objectif de se familiariser avec ces outils et d'en faire quelque chose avec les jeunes. En 2006, un atelier « mondes virtuels » a été proposé à 3 jeunes sur 1H1/2 (un temps de jeu suivi d'un temps de parole pour aborder la sexualité, la violence par rapport au monde). Aujourd'hui, avec le recul, cela me paraît intéressant : en tant que clinicien on est toujours dans une posture double, dans cette idée d'étayage ; le support numérique nous en dégage, avec le père concepteur. Cela nous permet, dans la relation au jeune, de nous décaler, de faire vivre cette fonction tierce de la loi.

Il y a un avantage beaucoup plus trivial : en ITEP on passe beaucoup de temps à courir après les jeunes... le jeu vidéo fait courir les jeunes derrière nous !

On retrouve tous les grands archétypes du conte.

Les nouvelles technologies sont une opportunité exceptionnelle pour les cliniciens dans le travail quotidien auprès des jeunes.

Michaël Stora : on parle maintenant de TIC, non plus de NTIC car ces technologies ne sont plus nouvelles. Ces enfants nés avec ces objets-là ne les sacralisent pas, c'est une pâte à modeler, pour eux. L'important c'est la narration ; le piège c'est de n'être que dans l'occupationnel.

Il y a un grand combat à mener : le soutien à la parentalité. L'important c'est ce qui se passe autour des jeux vidéo et de la télé. Les jeux vidéo ont un effet cathartique très important. Suite à l'attentat du 11 septembre 2001, le jeu « fly simulator » ne s'est jamais autant vendu (les terroristes l'avaient utilisé pour se préparer à l'attentat). Cette culture interactive permet de redevenir interacteur.

Jean-Louis Deysson : pourriez-vous préciser le concept d'« attention conjointe » ?

Michaël Stora : c'est un concept qui vient de la psychologie du développement. A partir d'un an, l'enfant et la mère partagent un point de vue tiers - qui n'est pas toujours le père. Ils voient ensemble un objet et se retrouvent pour partager, avec un affect très positif : c'est une des premières expériences de psychologie œdipienne. J'ai pensé à l'attention conjointe comme à un équivalent du stade du miroir.

Dans les jeux vidéo, il faut souligner aussi l'importance de la proprioception : être l'auteur de ses propres actes par résistance de l'objet ou retour d'effort : c'est étayage numérique qu'on pourrait imaginer.

Question : vous parlez de certaines catégories de jeux vidéo, où le jeune est amené à être créatif ; mais d'autres ne peuvent-ils être plus mortifères ? Que pensez-vous de Tétris (j'y ai joué des heures quand j'étais ado...)

Michaël Stora : en effet, Tétris n'est pas franchement créatif ; il a une tendance très obsessionnelle.

C'est très compliqué de choisir un jeu.

Dans Shum, il y a un espace de projection possible. ; j'utilise des jeux vidéo très narratifs : « Role Playing Game » (RPG) : jeux d'aventure où il y a une histoire. Les choix du joueur vont avoir un effet dans le jeu. Ce sont des jeux plutôt beaux - pas forcément ceux qu'aiment les ados que nous recevons. Nous utilisons le même jeu pendant un an.

Il y a une dimension de transformation du symbolique dans ces espaces ; on peut continuer d'imaginer quelque chose d'autre, la fable par exemple. La possibilité existe d'être soit du côté du bien, soit du côté du mal, mais le jeu ne juge pas.

Maintenant je crée des jeux - avec une société- à vocation thérapeutique, avec des concepts un peu innovants : on tente.

Toutes les contraintes pulsionnelles ne peuvent s'intégrer que parce qu'il y a une valorisation : quelque chose se joue en visible de ce qui se passe en creux dans certains conflits.

Question : y a-t'il la possibilité de ne rien faire ? Généralement si on ne fait rien l'écran s'éteint...Que fait-on de la question de l'ennui ?

Michaël Stora : Quand vous arrêtez de jouer avec votre avatar il est en mode « pause » ou bien il se retourne « et alors, qu'est-ce que tu fais? »

Bayonetta est un splendide jeu : parfois l'avatar se retourne vers le joueur et lui fait un clin d'œil : parfois on se demande qui manipule qui ?

Idée étonnante de pouvoir toucher l'image, s'amuser de cette image, la transformer.

Oui, la question de l'ennui existe mais il y a d'autres espaces pour la travailler.

Les jeux vidéo sont indiqués pour ces enfants qui sont dans l'incapacité à perdre. Dans notre travail, le jeu vidéo m'apprend que c'est en perdant que j'apprends à gagner. A l'école, quand ils perdent, ils restent des perdants. Là c'est en me plantant que je peux élaborer des stratégies pour pouvoir m'en sortir.

On joue sur des images étonnantes : les monstres deviennent les monstres parentaux.

Jean-Louis Deysson : question à Gregory Michel : pourquoi la violence surgit-elle plus particulièrement dans les cours de récréation ?

Gregory Michel : les jeux de non-oxygénation sont surtout des conduites d'essai autant de filles que de garçons (jeu du foulard en milieu scolaire). En revanche les accidents et les décès touchent plus particulièrement des garçons - parce qu'ils continuent dans des lieux non accompagnés par les autres ados.

Les jeux d'agression ou d'attaque révèlent une forte prévalence des garçons à la recherche de conduites de re-virilisation. Ce qui est discuté dans certains établissements scolaires où ces jeux tendent à se féminiser.

Au féminin, ce sont plutôt des conduites d'intimidation, de harcèlement :

agressions psychiques : répéter, reprocher, insulter

agression émotionnelles : plonger l'autre dans une situation humiliante

Les agressions sexuelles et physiques sont plutôt le fait de garçons.

Pourquoi l'augmentation de ces comportements - qui peuvent avoir une solution, extrêmement violente - dans les cours de récréation ? L'explication peut être un peu plus sociale que limitée au fonctionnement scolaire. Cela dépasse l'univers scolaire.

Il est essentiel, quand on parle d'États limites, de prendre en compte la question du cadre, des limites, imposés par l'institution, les soignants.

Le cadre institutionnel, le cadre des séances de psychothérapie, est essentiel. Il y a, dans le cadre, la position que le soignant doit adopter.

Les jeunes qui présentent une position anaclitique vont passer de l'idéalisation à une bascule très rapide vers la disqualification (qui peut aller jusqu'à une rupture dans le soin).

La compréhension de ce fonctionnement est essentielle dans une prise en charge durable.

Un contrat d'accompagnement cohérent est nécessaire. Il faut un cadre déterminé, solide, qui sera attaqué et deviendra contenant au bout d'un certain temps.

Ce cadre s'appuie sur une prise en charge pluri ou bi-focale pour permettre un redéploiement du transfert et de ses investissements.

Jean-Louis Deysson : Conclusion

La posture des professionnels est une
position de recul
qui vient offrir un appui
pour que s'instaure un écart
qui introduise une limite.

« la jeunesse fait rêver, les jeunes sont méprisés... »
(fin de l'édito d'un gratuit sur l'art et la culture)

le péril jeune bruyant et borderline est plus dangereux
pour les jeunes eux-mêmes que pour les adultes.

Mieux vaut la bienveillance qu'une intrusive surveillance.

Compte-rendu réalisé par Marie-Claude Saliceti
(Membre du Conseil d'Administration et de la commission communication de Rénovation)