

Bertolazzi, Giordano  
Bonifacio Vitale, Tiziana  
Bordin, Elena  
De Lajonquière, Leandro  
Del Col, Lara  
Ferruzza, Emilia  
Gatta, Michela  
Gavagnin, Tiziana  
Ghiliani, Giulia  
Giliberto, Massimo  
Hautfenne, Sylvie  
Heim, Abigaël  
Legaki, Lucia  
Matot, Jean-Paul  
Salandin, Chiara  
Soquay, Anne  
Viandante, Luigi  
Vier Machado, Leticia  
Willox, Nathalie  
Zanato, Silvia

**N.º 65 (2)**  
**1º semestre**

2018

**Número especial**  
**XVIII Congreso AEPEA y**  
**XXX Congreso Nacional**  
**de SEPYPNA**

# Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y  
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions  
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y  
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

ISSN: 1575-5967



# Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

*La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente es una publicación semestral dirigida a profesionales de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes desde un punto de vista psicoanalítico.*

*La revista admite publicaciones presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) así como las comunicaciones libres seleccionadas para su presentación en dichos congresos. También admite conferencias y aportaciones libres.*

*Su publicación es en castellano aunque permite la contribución original de trabajos en inglés.*

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

## DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

## CONSEJO DIRECCIÓN

*Directora:* Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

*Director Adjunto:* Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

## COMITÉ EDITORIAL

Daniel Cruz Martínez (Barcelona)  
Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)  
Ángeles Torner Hernández (Madrid)  
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)  
Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

Ainara González Villanueva (Bilbao)  
Fernando González Serrano (Bilbao)  
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)  
María Dolores Gómez García (Sevilla)  
Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)

## COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)  
Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (París)  
Alain Braconnier Centro Alfre Binet (París)  
M<sup>a</sup> Luisa Castillo Asociación Psicoanalítica Madrid (Bilbao)  
Miguel Cherro Aguerre Universidad del Desarrollo Montevideo  
Ana Estevez Universidad de Deusto (Bilbao)  
Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)  
Marian Fernández Galindo (Madrid)  
Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)  
Pablo García Túnez (Granada)  
Bernard Golse Universidad Paris Descartes (París)  
Carmen González Noguera (Las Palmas)  
Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)  
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)  
Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)  
Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)  
Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †  
Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)  
Cristina Molins Garrido (Madrid)

Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)  
Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)  
Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)  
Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)  
Roger Misés (París)  
Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (París)  
Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)  
Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)  
María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)  
Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)  
Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)  
Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)  
Jorge Tizón García (Barcelona)  
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)  
Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao)  
Eulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)  
Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)  
Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)  
Juan Manzano Garrido (Ginebra)

## INDICE:

|   |    |
|---|----|
| <b>L'autisme comme idéal d'enfance: quel enfant idéal?</b><br><i>Leticia Vier Machado et Leandro de Lajonquière</i> .....   | 9  |
| <b>L'action du service de la santé mentale pour les enfants et adolescents de l'université psychiatrique d'athènes aux îles elloignées de la mer égée</b><br><i>Lucia Legaki</i> .....  | 13 |
| <b>Digérer le non digestible: comment "mordre" dans le sens de l'échec</b><br><i>Chiara Salandin, Tiziana Bonifacio Vitale et Tiziana Gavagnin</i> .....  | 17 |
| <b>Urgence et urgence dans la psychopathologie du developpement: analyse du rapport des cas contesant un service neuropsychiatrique des enfants et des adolescents</b><br><i>Michela Gatta, Giulia Ghiani, Emilia Ferruzza, Lara Del Col et Silvia Zanato</i> ..... | 21 |
| <b>Décontenancement et position phobique à l'adolescence</b><br><i>Jean-Paul Matot</i> .....  | 27 |
| <b>Comprendre la violence et surmonter le traumatisme - réflexion sur la violence</b><br><i>Chiara Salandin</i> .....   | 31 |
| <b>À fleur de peau...</b><br><i>Sylvie Hautfenne et Nathalie Willox</i> .....   | 35 |
| <b>Modèle d'évaluation des enfants en mal d'apprentissage : l'abord pacida (psycho-affectivo-contextuel intégré des apprentissages)</b><br><i>Abigaël Heim et Luigi Viandante</i> .....   | 39 |
| <b>Le mouvement, reflet des mouvements à l'intérieur de soi, situation clinique d'une enfant "autiste"</b><br><i>Anne Soquay</i> .....  | 47 |
| <b>Adolescents' risk-taking behaviours in sexuality: a danger or an elaborative choice?</b><br><i>Elena Bordin and Giordano Bertolazzi</i> .....  | 51 |
| <b>Kaleidoscopic process: the construction of adolescence from teenagers' and parents' point of view</b><br><i>Elena Bordin and Massimo Giliberto</i> .....   | 55 |

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid. [www.editorialselene.com](http://www.editorialselene.com)

Impresión: Sorles, Leon

E-mail de información y envío de artículos: [publicaciones@seypna.com](mailto:publicaciones@seypna.com)

Página Web: <http://www.seypna.com/revista-seypna/>

Depósito Legal: M-35677-1985 / ISSN: 1575-5967

Periodicidad: semestral

Suscripción anual: 60 €

Precio por ejemplar: 35 €

La Revista **Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente** está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <http://www.latindex.unam.mx>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <http://www.psicodoc.org/acerca.htm>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. <http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=dulcinea&campo=ID&texto=1980>
- FEAP: Anuario de publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española. <http://www.feap.es/anuarios/2010/html/RevSP13.html>
- IBECs: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud. <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=IBECs&lang=e>
- EBSCO: Base de datos que ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas que cubren diferentes áreas de las ciencias y humanidades. <http://www.ebsco.com/>

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.)
- Selección de comunicaciones presentadas en los Congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres

Los Editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

#### **JUNTA DIRECTIVA DE SEPYRNA**

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Presidente:                   | Fernando González Serrano (Bilbao)      |
| Vicepresidente-tesorera       | Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)   |
| Vicetesorero:                 | Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)       |
| Secretaria:                   | Alicia Sánchez Suárez (Madrid)          |
| Vicesecretaria:               | Angeles Torner Hernández (Madrid)       |
| Vocales:                      | Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias) |
|                               | Agustín Bejar Trancón (Badajoz)         |
|                               | Daniel Cruz Martínez (Barcelona)        |
|                               | María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)    |
|                               | Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)         |
| Responsable de publicaciones: | Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)            |

---

Página web: [www.sepypna.com](http://www.sepypna.com)

---

## INDEX:

---

|  |    |
|--|----|
| <b>Autism as childhood ideal: which child is ideal?</b><br><i>Leticia Vier Machado and Leandro de Lajonquière</i> .....  | 9  |
| <b>Meeting the mental health needs of children and adolescents in the outlining aegean islands in Greece</b><br><i>Lucia Legaki</i> .....  | 13 |
| <b>Digest the not digestible: how to “bite into” the sense of failure</b><br><i>Chiara Salandin, Tiziana Bonifacio Vitale and Tiziana Gavagnin</i> .....   | 17 |
| <b>Urgency and emergency in developmental psychopathology: analysys of cases’ report attending a child and adolescent neuropsychiatric service</b><br><i>Michela Gatta, Giulia Ghiani, Emilia Ferruzza, Lara Del Col and Silvia Zanato</i> ..... | 21 |
| <b>Discontent and phobic position in adolescence</b><br><i>Jean-Paul Matot</i> .....   | 27 |
| <b>Understanding violence and moving past the trauma - reflection of violence</b><br><i>Chiara Salandin</i> .....  | 31 |
| <b>On edge...</b><br><i>Sylvie Hautfenne and Nathalie Willox</i> .....   | 35 |
| <b>Evaluation model of children with learning disabilities: the pacida approach (psychological, affective, contextual and integrated approach)</b><br><i>Abigaël Heim and Luigi Viandante</i> .....  | 39 |
| <b>Le mouvement, reflet des mouvements à l'intérieur de soi, situation clinique d'une enfant "autiste"</b><br><i>Anne Soquay</i> .....   | 47 |
| <b>Adolescents’ risk-taking behaviours in sexuality: a danger or an elaborative choice?</b><br><i>Elena Bordin and Giordano Bertolazzi</i> .....   | 51 |
| <b>Kaleidoscopic process: the construction of adolescence from teenagers' and parents' point of view</b><br><i>Elena Bordin and Massimo Giliberto</i> .....  | 55 |

---



---

# L'AUTISME COMME IDÉAL D'ENFANCE: QUEL ENFANT IDÉAL? \*1

## AUTISM AS CHILDHOOD IDEAL: WHICH CHILD IS IDEAL?

Leticia Vier Machado\*\* et Leandro de Lajonquière\*\*\*

---

### RÉSUMÉ

Les discours contemporains sur l'enfance sont traversés par la réflexion à propos de l'exercice de la parentalité. L'inquiétude des parents pour acquérir un savoir-faire avec cet enfant est traversée par le discours médical, selon lequel les enfants sont vulnérables à des épidémies qui appellent à une surveillance de la part des parents et les poussent à exiger l'entrée d'un tiers dans leur rapport aux enfants: parmi les plus récentes, l'épidémie d'autisme. Un souci excessif des signes cliniques d'une pathologie révèle paradoxalement un «ne pas vouloir savoir» de l'enfant dans son altérité. Cet essai théorique s'utilise de l'exemple de l'enfant autiste comme une métaphore représentative de l'enfant idéal, c'est-à-dire celui construit et nourri dans l'imaginaire parental. Cet enfant idéal ne fait pas appel à l'Autre et n'appelle pas les parents à l'exercice de la parentalité, dans la mesure où elle remet en cause le lieu de la transmission.

**Mots clés:** psychanalyse; autisme; enfance; parentalité.

### INTRODUCTION

Les discours contemporains sur l'enfance sont traversés par la réflexion à propos de l'exercice actuel de

la parentalité. Dans la quête de réponses sur comment développer cette fonction, nous, les professionnels du domaine psy, situés à la place de spécialistes porteurs d'une supposée connaissance de cet être étrange, familier et mystérieux être qu'est l'enfant, sommes appelés à répondre à des demandes pédagogiques, présentes dans les questions habituelles : « La technologie affecte ou pas le développement du bébé? Comment imposer des limites à mon enfant? »

Ces questions sont alimentées par le savoir anonyme des outils de l'internet. Le savoir universaliste du «docteur Google», par exemple, fonctionnant comme Autre, répond à l'angoisse des parents, qui confrontés à la position d'ignorance à laquelle leurs bébés les convoquent, transfèrent le savoir à la machine, au lieu de le supposer - ce qui est essentiel pour la constitution subjective du bébé (Jerusalinsky, 2002). À la suite de cette robotisation de la parentalité, on crée des petits génies, qui "apprennent" de plus en plus et très tôt à chanter en anglais et à manipuler les gadgets les plus complexes, parmi d'autres démonstrations d'acquisitions sur le plan cognitif, reproduisant mécaniquement le même savoir anonyme qui leur a été transmis.

---

\* Communication presented at the 8th European Congress on Child and Adolescent Psychopathology and XXX Congress of SEPYPNA, which under the title "Psychological development, psychopathology and human relations today: interaction between the biological and the social aspects" took place in Bilbao on April 26, 27 and 28, 2018.

<sup>1</sup> Travail réalisé avec le soutien financier du Conseil National de Développement Scientifique et Technologique (CNPq).

\*\* Psychologue, Doctorat en cours en Psychologie Scolaire et du Développement Humain à L'Institut de Psychologie de L'Universidade de São Paulo – (IPUSP), São Paulo – SP, Brésil. E-mail : leticiavier@usp.br

\*\*\* Professeur Titulaire première classe à l'Universidade de São Paulo (USP), Faculté de Sciences de L'Éducation ; Professeur au Département Sciences de l'éducation à l'Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis et Directeur de recherches psychanalytiques dans l'éducation à l'École doctorale Pratiques et théories du sens. E-mail : ldelajon@usp.br

Les sites internet de psychologie prêt-à-porter alimentent une sorte de manuel d'instruction sur l'éducation des enfants. Mais quel enfant est élevé? Quel enfant est celui, inventé par les expertises et alimenté par la pédagogie de l'internet, qui en connaît beaucoup, mais qui en sait très peu sur sa propre histoire? Nous pouvons supposer que c'est l'enfant idéal, imaginaire.

D'autre part, l'inquiétude des parents pour acquérir un savoir-faire avec cet enfant qui vient au monde inadverté est traversée par un autre discours : le discours médical, selon lequel les enfants (et avant eux, les bébés) sont vulnérables à toutes sortes d'épidémies. Certaines, telles que la rubéole et la rougeole sont les maladies vaccinables de l'enfance. D'autres appellent à une surveillance de la part des parents, posés dans un état d'alerte qui les poussent à exiger de plus en plus l'entrée d'un tiers - l'expert – dans leur rapport à leurs enfants: parmi les épidémies les plus récentes, l'épidémie d'autisme ou du moins une épidémie de diagnostics de l'autisme. Ainsi, un souci excessif des signes cliniques d'une pathologie révèle paradoxalement un «ne pas vouloir savoir» de l'enfant, dans son altérité absolue.

Effet des changements dans les manuels de diagnostic, mais aussi création d'un marché de la santé mentale en temps de néolibéralisme (Hochmann, 2010), l'autisme est devenu l'un des noms contemporains de l'enfance. Ici, il ne s'agit pas de discuter l'autisme en tant que cadre psychopathologique, mais de le prendre dans sa dimension signifiante: l'autisme (et sa popularisation) n'occuperait-il pas la place de l'idéal de l'enfance aujourd'hui?

En d'autres termes, l'enfant autiste n'est-il pas une métaphore représentative de l'enfant idéal, c'est-à-dire celui construit et nourri dans l'imaginaire parental? Cet enfant idéal qui ne fait pas appel à l'Autre et n'appelle donc pas les parents à l'exercice de la parentalité, dans la mesure où elle remet en cause le lieu de la transmission.

## **CE QUI A D'ÉTRANGER DANS L'ENFANCE ET L'ÉTRANGERITÉ DE L'AUTISTE**

La rencontre avec l'altérité nous provoque un tourbillon d'émotions et de pensées. Regarder l'autre, percevoir l'autre, c'est se regarder soi-même: l'acceptation de l'autre est d'une autre qui m'est identique, perçu narcissistiquement par moi. Dans cet exercice, nous prenons l'autre comme miroir au lieu de le percevoir dans son état d'altérité - parler à un autre comme image de soi (comme une communication entre des sourds, puisque le message retourne vers celui qui l'énonce), ou même avec

un autre spectaculaire.

L'autre comme miroir, perçu comme un reflet narcissique de moi-même, apparaît dans l'exercice du rôle parental lorsque les parents prennent leurs enfants comme des extensions d'eux-mêmes, conçus pour accomplir ce qu'ils n'ont pas été en mesure d'accomplir pour leurs parents eux-mêmes. L'autre spectaculaire, à son tour, apparaît dans le personnage autiste, qui par son altérité radicale, n'exige pas la réflexion à propos de ma place dans le monde, puisque, venant d'un autre monde, ne menace pas mon stabilité. En tout cas, l'étrangeté et l'étrangerité sont toujours attribuées à l'autre, comme si l'autre ne nous interrogeait pas sur notre propre place dans le monde, sur notre propre étrangeté et notre étrangerité.

L'enfance est, en quelque sorte, la rencontre avec cet étranger qui habite en nous, puisque nous renvoie à notre propre condition infantile (Lajonquière, 2010). Toutefois, si un enfant nous est présenté comme étranger, en tant que métaphore de l'enfant idéal, il occupe la place d'une étrangerité radicale, de laquelle nous devons garder la distance et de laquelle nous ne voulons rien savoir, et pour qui nous ne voulons pas être convoqués dans notre troublante condition d'enfant, déjà "oubliée". Le titre d'une oeuvre récent, « L'autisme: un monde troublé et sombre », écrit par Roy Grinker (2010), nous renvoie à cette altérité radicale – celle d'un sauvage ou d'un alien (Lajonquière, 2010) - par laquelle nous nous sommes intéressés dans la mesure où elle ne se présente pas comme une menace de devenir familier.

Suivant un peu plus le cours de notre métaphore, l'autisme tel qu'il est décrit par Kanner, comporte un besoin de immuabilité (sameness), concept qui fait référence au besoin de l'autiste de vivre dans un monde statique, intolérant aux changements. Bien que la psychiatrie actuelle a traduit ce signe par « adhésion inflexible à des habitudes et des rituels non fonctionnelles » (Manual, 2014), en prenant la proposition initiale de Kanner, nous voyons que l'immuabilité est l'un des principaux moyens de défense de l'autiste contre l'angoisse.

En plus, l'immuabilité se caractérise par une sorte d'arrêt du temps: la réalité est effrayante, et pour la garder sous contrôle, on en perpétue une éternelle répétition du même. Ainsi, l'immuable nous protège de la rencontre avec l'inattendu auquel l'enfance nous appelle, pas seulement l'enfance de l'autre, mais celle qui nous renvoie à la rencontre avec la nôtre, car elle n'existe comme temps perdu. Ainsi, chez l'enfant immuable, nous n'avons pas la rencontre avec l'horreur de notre propre étrangerité.

## AUTORITÉ ET L'EXERCICE DE LA TRANSMISSION

L'enfant réel, vécu, contrairement à l'enfant rêvé, convoque les parents à l'exercice de leur autorité parentale. Robert Lévy (2017) nous rappelle que l'autorité est un antipode du pouvoir: alors que le pouvoir s'impose, l'autorité est une fonction qui dépend de la reconnaissance de l'autre. Pour qu'il y ait d'autorité, un autre doit s'engager à s'y soumettre. Ainsi, l'enfant consent à se soumettre à l'autorité parentale pour se protéger de l'angoisse provoquée par le manque de limites, c'est-à-dire, par la possibilité d'une jouissance illimitée - et donc mortifère.

De ce point de vue, ce n'est pas l'exercice de l'autorité qui afflige les enfants, mais l'absence de limites que les parents interprètent à tort comme liberté. L'autorité exerce la fonction d'inscription de l'ordre symbolique, de même qu'une éducation inscrit l'enfant dans une affiliation symbolique. Celle-ci se constitue comme la marque nécessaire pour l'inscrire dans le registre familial, dans la mesure où l'enfant acquiert une place dans l'histoire qui le précède, mais, en quelque sorte, « prévu » par son arrivée sans pourtant l'assimiler au registre du spéculaire.

La question qui nourrit l'exercice de l'autorité est: "comment limiter la jouissance?". Autrement dit, comment interdire l'accès de l'enfant à l'illimité et aux parents, et comment interdire l'accès des parents à l'enfant. Ainsi, pour que les parents représentent la loi, ils doivent eux-mêmes être soumis à la loi qu'ils véhiculent: l'exercice de l'autorité présuppose, par avance, la renonciation des parents à leur propre jouissance. De même, la rencontre avec l'enfant qui vient d'arriver au monde envoie les parents à leur propre castration – rencontre qui déterminera la possibilité d'exercer leur rôle parental, en soutenant la distance requise entre les générations, sans annuler l'enfant dans son altérité.

D'autre part, l'enfant autiste, à sa place métaphorique de l'enfant idéal, ne cherche pas l'accès aux parents, puisqu'il se situe en dehors du lien social et qui ne fait pas appel à un autre. Ainsi, dans sa brillante indépendance, il ne remet pas les parents à l'entreprise difficile de l'exercice de l'autorité, puisque aucune demande est formulé et ne nécessite donc pas de parents à s'y adresser ; ne les confronte pas à leur jouissance et ses limites - à la castration elle-même. L'enfant autiste, en tant que métaphore, soutient dramatiquement le narcissisme parental.

## QUEL ENFANT IDÉAL?

L'autisme est-il aujourd'hui plus fréquent qu'il y a cinquante ans? Celui est un faux problème puisque, là où il y aurait une différence de quantité (aujourd'hui plus qu'hier), il y a une différence de nature (l'autisme d'hier et l'autisme d'aujourd'hui). Indépendamment de sa prévalence, comme un diagnostic de l'enfance, la caricature de l'autiste aujourd'hui nous renvoie à un idéal de l'enfance, devenant le modèle de l'enfant idéal.

L'enfant idéal, dans la condition d'idéal, est toujours ailleurs: inaccessible, inassimilable. Placé dans un lieu autre que celui-ci, on n'invite pas les parents à s'interroger sur leur propre place dans le monde, ni sur leur propre désir, puisque celui-ci n'est pas menacé par l'enfant réel. De plus, l'enfant idéal ne convoque pas les parents à l'exercice de la transmission d'une affiliation symbolique, c'est-à-dire qu'il maintient la place de l'anonymat du désir.

Enfin, l'enfant idéal, générique, naturel et anonyme parce qu'il s'est exilé de l'histoire de l'humanité et de sa propre histoire, ne peut exister qu'en tant qu'image caricaturale. Ainsi, si la caricature de l'autisme, celle des protocoles et des questionnaires publiés dans les livrets de psychologie qui prolifèrent sur Internet, est celle de qui ne regarde pas (et donc n'invoque pas le regard de l'autre); qui n'exige pas (de telle manière que cela n'évoque pas la demande de l'autre); et qui ne fait pas de lien (et donc n'a pas besoin de la rénonce pulsionnel de l'autre), l'autisme, métaphore de l'enfant idéal, est aujourd'hui l'un des noms (im)propres et rêvés de l'enfance.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Grinker, R. (2010). *Autismo: um mundo obscuro e conturbado*. São Paulo: Larousse do Brasil.
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador, BA: Agalma.
- Hochmann, J. (2010). L'autisme à l'heure du néolibéralisme: quelques réflexions. *Enfances & Psy*, 1(46), p. 15-29.
- Lajonquière, L. de. (2010). *Figuras do Infantil: A psicanálise na vida cotidiana com as crianças*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lévy, R. (2017). *O que é autoridade?*. (Communication Verbale) 12<sup>o</sup> Colóquio Internacional do Laboratório de Estudos e Pesquisas Psicanalíticas e Educacionais sobre a Infância. São Paulo – SP, Brésil.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5*. 2014). 5<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed.



---

# L'ACTION DU SERVICE DE LA SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS DE L'UNIVERSITÉ PSYCHIATRIQUE D'ATHÈNES AUX ÎLES ELLOIGNEES DE LA MER ÉGÉE\*

## MEETING THE MENTAL HEALTH NEEDS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE OUTLINING AEGEAN ISLANDS IN GREECE IN THE UNIVERSITY OF ATHENS

Lucia Legaki\*\*

---

### RÉSUMÉ

Le Service de la Santé Mentale pour les enfants et les adolescents, qui fait partie de la Clinique Psychiatrique de l'Université d'Athènes, en collaboration avec l'Organisation à but non lucratif qui se nomme « Renaissance et Progrès » et son Equipe Médical Mobile participe à l'intervention pour la promotion des soins de santé primaires aux îles périphériques et isolées de la mer d'Égée en Grèce.

Les îles périphériques et isolées sont 33 et sont résidées par 55000 habitants de tous âges, parmi eux environ 5000 enfants et ados.

Dans les îles qui se trouvent à la frontière de la mer d'Égée, existe des Centres de Santé qui ou il y a des médecins qui font leur internat sans spécialité et parfois avec eux il y a une infirmière, mais ils sont insuffisants pour répondre aux besoins des résidents.

Au niveau psychologique, sociale et soins psychiatrique d'enfant il n'y a aucun soin. Les enfants et

leurs familles sont obligés de voyager aux grandes îles qui sont proches, ou à la Capitale où ils peuvent faire de consultation psychologique et avoir un diagnostic mais ne peuvent pas avoir un traitement.

**Monts-clés:** unité médicale mobile, soins psychiatriques primaires de l'enfance, Îles grecques isolées

### OBJECTIF DE L'INTERVENTION

Notre participation au programme a démarré en janvier 2016. Son objectif vise à contribuer à la prévention et la promotion de la santé mentale chez les enfants et la jeune population des îles éloignées de notre pays. L'intervention de notre Equipe se concentre principalement sur la détection et le traitement des troubles de l'apprentissage et des problèmes émotionnels qui les accompagne chez les enfants des îles.

L'intervention se faite avec des discours aux éducateurs et aux parents, avec des groupes expérientielles pour

---

\* Communication presented at the 8th European Congress on Child and Adolescent Psychopathology and XXX Congress of SEPYPNA, which under the title "Psychological development, psychopathology and human relations today: interaction between the biological and the social aspects" took place in Bilbao on April 26, 27 and 28, 2018.

\*\* Psychologue clinicienne. Psychiatric University of Athens. E-mail: legakilou@hotmail.com

parents et ados, avec des entretiens cliniques, des tests psychométriques et à la fin nous faisons une consultation brève avec les intervenants.

#### MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

La mise en œuvre du projet a débuté en janvier de 2014. Le Groupe Médicale Mobile a fait sa première expédition à Kastellorizo et à la suite il y a eu 33 missions aux 23 îles dans l'espace de 4 ans.

Sur 10 îles est devenue déjà une double mission et nous allons continuer à ce rythme.

Notre présence a l'intervention comme une équipe de spécialistes de la santé mentale des enfants et des adolescents a été lancée en janvier 2016 avec la première expédition en Agathonisi, avec 120 habitants.

Dans notre équipe thérapeutique participe des Pédopsychiatres, des Psychologues, des Psychoéducateurs, des Logo-thérapeutes et des Ergothérapeutes.

Nous avons participé jusqu'à maintenant aux 11 missions, aux 11 différentes îles et nous avons examiné 130 enfants de 2,6 à 18 ans.

- |                    |           |
|--------------------|-----------|
| 1. Αγαθονήσι       | 120 κατ.  |
| 2. Δονούσα         | 120 κατ.  |
| 3. Αμοργός         | 1500 κατ. |
| 4. Καστελόριζο     | 250 κατ.  |
| 5. Κάσσος          | 800 κατ.  |
| 6. Ψαρά            | 450 κατ.  |
| 7. Λειψοί          | 790 κατ.  |
| 8. Άη Στράτη       | 170 κατ.  |
| 9. Σαμοθράκη       |           |
| 10. Ικαρία – Ράχες |           |
| 11. Φούρνους       |           |

#### LE BUT

Pour notre équipe le but de la participation au programme avec l'Equipe Médical Mobile est la prévention, la détection et le traitement des troubles du développement du langage, d'apprentissage et des problèmes émotionnels qui les accompagnent chez les enfants de l'école primaire des îles grecques d'Égée.

Comme nous le savons bien les difficultés qui se produisent au début de la scolarité affectent de diverse façon la personnalité en développement de l'enfant quand il reste sans traitement. A l'évaluation est prévue d'examiner tous les enfants de l'école primaire, tandis que, dans ce processus nous allons voir les parents et les enseignants. L'évaluation diagnostique se fera par

le biais de questionnaire et d'entretien clinique de test psychométrique et projectif, tandis que la thérapie se fera par l'intermédiaire de télé-psychiatrie (Skype).

Les Outils de recherche sont :

Test Athéna: Test Diagnostics des difficultés d'apprentissage, ed. 2011. Echelle d'Intelligence de Wechsler pour enfants Intelligence Scale – troisième édition 1991 WPPSI-III Liste de contrôle de comportement enfant (CBCL) pour les parents. Liste de contrôle de comportement enfant (CBCL) pour enseignants Questionnaire de Sommeil Questionnaire de qualité de vie

## CARACTÉRISTIQUES DES PETITES ÎLES DE LA FRONTIÈRE GREQUE

### LE LIEUX

*Peu de paroles sur les caractéristiques des lieux où cela se passe:*

En Grèce, la répartition des services de Psychiatrie pour Enfants est inégale, la plupart des services sont concentrés dans les centres urbains, et il y a une pauvreté surtout dans les petites îles.

L'accès aux îles de la frontière peut se faire par avion, s'il y a un aéroport, et par la mer en bateau. Le voyage par la mer dure généralement de 8 à 15 heures. Les itinéraires en bateau ne sont pas quotidiens, surtout pendant la saison d'hiver, s'il y a une interdiction de départ de bateau, en raison des conditions météorologiques, les îles de frontières restent isolées du reste du pays pour beaucoup de jours. En cas d'une urgence comme un accident, un problème de santé grave, une naissance prématurée etc. il y a possibilité d'être aidé par l'hélicoptère, d'ailleurs toutes les îles ont des héliports.

Nous avons de témoignages par les habitants qui disent que plusieurs fois il y a des naissances sur le bateau ou dans l'avion, pendant le transport de la mère à Athènes.

Les habitants se plaignent souvent « Qu'ils sont oubliés par de Dieu », étant donné les itinéraires négligeables qui les relient aux ports de grandes villes du continent comme le Pirée, Thessalonique etc.

Pour tant il y a toujours un petit bateau local qui relie l'île à la grande île la plus proche

Notre présence sur l'île donne aux habitants un espoir qu'ils ne sont pas oubliés. L'accueil est très chaleureux

par l'Autorité de l'île qui est le Maire, le Directeur et les enseignants de l'école, le prêtre de l'église, et le médecin s'il y a sur le lieu.

Leur plaisir pour notre présence à leur île, se manifeste de plusieurs façons, telles que la préparation de l'espaces ou vont s'installer les médecins vont s'installer pour la pratique médicale. Aussi les femmes de l'île pendant la journée préparent de repas pour nous l'offrir pendant la longue journée du travail, souvent le repas du soir dans la taverne du village est offert par l'Autorité Municipale, comme aussi il y a un offert de produits du terroir en chacun d'entre nous. C'est une façon de nous remercier pour les soins qu'on leurs fournissons gratuitement. À noter également que tout avant le début du fonctionnement des dispensaires le prêtre de l'île bénit le bon fonctionnement de la mission.

## LES HABITANTS

Les habitants des îles appartiennent habituellement à un faible niveau socio-économique. La plupart sont des personnes âgées. Il y a également plusieurs immigrants en principe d'Albanie qui sont installés avec leurs familles aux îles.

Ces dernières années, pendant la crise de la Grèce, beaucoup de jeune gens se sont obligé de regagner leur lieu d'origine et d'essayer trouver une chance dans le secteur de l'élevage, de l'agriculture et de tourisme pendant l'été.

Dans les îles il y a également les fonctionnaires publiques qui ont été nommés par l'Administration publique de l'Etat comme les enseignants, les hommes de la police, les hommes du port, les pompiers et les employés de banques. Nous voyons souvent des relations entre les locaux et les autres qui aboutir à mariage et à la création d'une famille et enfin ils restent sur l'île.

La présence de tous ces gens qui devient de différentes origines sociales économiques et culturelles forment la mosaïque des résidents des îles périphériques. Les enfants de ces familles composent les élèves de l'école de l'île.

Les écoles sont de deux ou trois classes habituellement, en raison du petit nombre d'élèves.

Il y a tous les niveaux de l'éducation scolaire, jardin d'enfants, maternelle, école primaire, secondaire et collège. Nous remarquons souvent dans quelques îles qu'il y a plus des enseignants que des élèves. Pour l'évaluation finale des enfants nous prenons en compte tous les paramètres pour pouvoir obtenir le profil psychologique global et valable pour chaque cas. Ensuite, nous tenons les parents au courant des résultats et nous faisons une prescription thérapeutique appropriée pour leur enfant. En même temps, nous avons une communication avec l'enseignant où nous parlons de la situation de l'enfant, afin pour mieux le comprendre et de faire face. En partant nous laissons une liaison ouverte avec la famille et l'école pour pouvoir suivre chaque enfant.

## REMARQUES GENERALES SUR LES CAS QU'ON A EXAMINEES

Jusqu'à maintenant on a examiné 130 enfants et adolescents parmi eux 84 garçons et 46 filles

De l'évaluation clinique a émergé :

- 56 enfants avec des difficultés d'apprentissage == 43%
- 20 enfants avec des problèmes émotionnelles ==== 15%
- 10 enfants avec troubles spécial du développement===== 7,6%
- 3 enfants avec des troubles diffus du développement ===== 2,6%
- 3 enfants qui font pipi au sommeil
- 2 Asperger
- 2 garçons avec troubles de l'identité sexuelle
- 2 hyperactivités
- 2 bowlings
- 1 trouble d'alimentation
- 1 tics
- 30 sans psychopathologie ===== 23%

Un grand pourcentage a des difficultés d'apprentissage scolaire, mais aussi il y a le 23% qui a des inquiétudes qui aident à la prévention pour n'est pas se développer une psychopathologie dans l'avenir.



---

## DIGÉRER LE NON DIGESTIBLE: COMMENT "MORDRE" DANS LE SENS DE L'ÉCHEC\*

## DIGEST THE NOT DIGESTIBLE: HOW TO "BITE INTO" THE SENSE OF FAILURE

Chiara Salandin\*\*, Tiziana Bonifacio Vitale\*\*\* and Tiziana Gavagnin\*\*\*\*

---

*"Sara is now at school for me ..."*

*It is 5 pm on a September day, the month in which for many children and for many families the everyday life restarts, after the summer break. At that time she would be at school. A sure absence in an equally certain presence. This mother consoles herself and comforts us, welcomed by a group wrapped in a dense silence. Her voice, controlled and warm, fills the room and tells us the urgency to escape loneliness; the comfort of a daily meeting with her daughter, on the grave at the cemetery; the fear of a potential pathogenic pain, which she feels could make her sick; the desire to discover what happened, even in the details, and the desire not to know it at all.*

*Surviving those who we have engendered and losing a child is unnatural and cruel. A pain which surprises us unprepared, as a thunderbolt. We deluded ourselves: she was getting out of it, it was a happy period, she had new projects and new energies in her life. Nothing prefigured that she would fall in the trap, this time without exit. She proudly extracts a photo from her bag. She wants to show us the face of Sara, her youthful daughter, her beauty. The photo passes from the hand to hand, cradled by all*

*the parents presented who say: "The son of one of us is the son/daughter of anyone".*

*There were so many young people at the funeral, for the last goodbye to a friend who always said a word to help anyone. Even the boyfriend was at the funeral. He was as hard as nails, with a wedding dress. That boy who saved himself thanks to his forty kilos more and thanks to the drug rehab that made him healthier, stronger. That boy who, despite the effects of the drug, rescued her; raised her and brought her up to the front of the house, where he shed tears on her body, lying on the sidewalk. The boy's mother said that it was like "la pieta"; she gave the first aid, she warned her parents and powerless she assisted to this loss. The words of her father were. "Now Sara has found the peace". The group in chorus is unanimous: "And so she found it. Our guys not yet..."*

In Italian there is a saying, when somebody starts doing something (a journey, a new job, a relationship, etc.) "you know what you lose you don't know what you find".

We think that this statement fits with what we want to highlight with this work, addressed to the families of young teenagers, that we are building in a restricted

---

\* Communication presented at the 8th European Congress on Child and Adolescent Psychopathology and XXX Congress of SEPYPNA, which under the title "Psychological development, psychopathology and human relations today: interaction between the biological and the social aspects" took place in Bilbao on April 26, 27 and 28, 2018.

\*\* Psicologa Psicoterapeuta c/o Azienda ULSS 3 Serenissima - Terraferma Veneziana. SerD Mestre-Venezia – Area prevenzione, Giovani e Famiglie. Responsabile: Dr. A. Pani. E-mail : c.salandin@ordinepsicologiveneto.it ; labradorite@alice.it

\*\*\* Psicologa specializzanda c/o ITFV (Istituto Veneto di Terapia per la Famiglia). Docente Scuola. Primaria. E-mail : tiziana.bonifacio.v@gmail.com

\*\*\*\* Psicologa Psicoterapeuta in libera professione c/o Cooperativa Sociale "Villa Renata"- Lido di Venezia. Comunità Terapeutica "Villa Renata". Direttrice: Dr.ssa P. Cristofalo. E-mail : t.gavagnin@comuve.it

group of three psychologists psychotherapists, into the Prevention, Youth and Families Area.

In fact, being parents today is a task increasingly articulated and tested by situations of internal and external vulnerability to the family and, very often, these vulnerabilities undermine the relationships within the household.

This vulnerability has led us to highlight an increase in the request for help from families with young children who use substances (alcohol, substances of abuse, etc.), which show symptoms related to traumatic situations and relational difficulties.

As stated by Fiorella Pezzoli (2006) "Within the nuclear family dynamics are established, largely unconscious, which have a great weight on the definition of the identity of each of its members (Pezzoli, 2003). Acting in order to support this process in situations where particular problems are present or in prevention of mental disorders in the developmental age, represents an intervention of social utility".

This awareness has led the operators of the "young area of the SerD of Mestre Terraferma of the ASL 3 of Venice" to prepare an intervention first of all oriented to the adults parents of their patients as asserted by the EBP scientific evidence, that recognizes the effectiveness of the treatment if the family of the young patients is involved too.

For these reasons, we decided to propose a study aimed at the parents of patients who have been taken care of by the Public Service, involving a psychologist-psychotherapist of the "Community of Venice" Social Cooperative. The aim of this project is to propose a study of integrated public-private approach for the management of group aimed at the families of young people in treatment. The role of the psychologists in charge of this project was to strengthen and support their parenting skills in a moment of vulnerability and fragility, facilitating the "relationship of elaboration and containment" and the outsourcing of their own experiences, helping them with their anxieties.

In these working groups, we increased the awareness that, as F. Di Maria and G. Lo Verso affirm "the small group proposes an intermediate space between single life, life of the couple and of the individual reflection, and the social life; this intermediate space reconsiders

and rethinks the links between individual and society".

During this work, the therapists had to face and, above all, to recognize what each subject was undergoing, an experience marked by deep wounds and internal lacerations already present or gradually emerging.

These are the goals of the therapeutic process:

- To offer a space of comparison/ understanding and elaboration among people experiencing the same problem lived, for some of them, in extreme solitude;
- To Reflect on the parental role and on how this significantly affects the treatment of drug addiction, restoring the parent's identity and their competence;
- To overcome the sense of guilt and shame;
- To reduce suffering;
- To create new relationships and to start possible changes.

The group worked around four fundamental principles: space, time, role and task.

The group met every fifteen days for an hour and a half at the headquarters of the SerD of Mestre-Venice, for six months. Initially, the project was presented to twenty people; eleven of them agreed to participate and finally the participation was settled at eight people. During the summer a point to every participant has been realized concerning the path taken.

Concerning the roles, every group was managed by a coordinator assisted by a psychologist specialized in Relational Family Therapy, with the task of helping the group to elaborate their own experiences, help them overcome obstacles, facilitate group communication, highlighting its resistance.

In the group the family opens up, recounting themselves in a progressive growth of confidence. More they find themselves similar in pain, in fatigue, in shame, in despair, more they have the courage to uncover their own specificity and their own difference. Every participant listens to the story of "normality", a normality that is different for everyone, but that in everyone has met a moment of block, as a cog jumping off the track. The typical dynamics of the adolescent period is the

<sup>2</sup> is a work of Renaissance sculpture by Michelangelo Buonarroti.

conflict of the boy / girl with their parents in the process of individualization and separation that leads to the progressive exit from the family. The development of a symptom in adolescence is usually linked to a difficulty in this process.

When the normal family custom experiences pathology of one of its members, it is difficult to recognize oneself as part of the problem. You are blind, defended. And then it is the fault of society incapability of offering opportunities; it is the fault of the group of friends who leads them astray; it is the fault of heartbreak to which the son / daughter has not been able to react; it is the fault in having been in the wrong moment at the wrong time... but what place the family can/must attribute to herself? And how to work on one's own role and responsibility by keeping away the guilt, which subtracts energies without producing new ones?

Families angry, disappointed, rejecting or compliant but equally blocked and powerless, in difficulty in enduring these levels of suffering, of their own and their children. It was hard for everyone to shift their attention from their kids to themselves. Some members of the group have worked very hard and this effort has contributed greatly to the evolution of others.

If it was difficult to narrate and to deal with the suffering inflicted on each of them by their child, it was even more difficult to express the feeling of shame felt for the failure of their parental role. Important was the recognition and acceptance of "errors" emerged in their stories. The moods were beyond the shame of the failure and also the feeling of insecurity leading the family to think that they were not able or sufficiently capable or intelligent enough to achieve the objectives prearranged. In some cases, pain and suffering were expressed with psychophysical discomfort signs involving the body such as insomnia, depression, rashes, etc., as well as giving rise to resistance and defense mechanisms. In fact, for some of them, their experience was intolerable and therefore they lived emotionally the fear of failure like a burden that did not allow them to open up to the group path sharing.

It is important to highlight how the wounds can heal, but the scars will forever remind us what we have experienced. Hence the importance of not ignoring pain because ignoring that it only hides it. When suffering is

massive, we lead to rigid and primitive defenses such as Negation, Projection or Projection Identification. For this reason, externalizing pain takes on a particular importance, recognizing it and facing it through a "containment relationship" and through promotion of comparison, to search for different meanings in events, behaviors and to experiment with alternative strategies.

And within this process of creating a plot in order to contrast the sense of failure and building new hopes, we see arriving the extreme defeat that breaks every sense of life: the loss of the Other. During the summer, after the end of the group, one family lost their only daughter twenty years old from a heroin overdose.

This loss had repercussions on both sides as if the objective that united parents and psychologists had been torn apart. The whole work group was injured, with a sense of defeat, exhaustion, and infertility. How many times in our speeches the topic of death hovered or faced as a possible reality. The psychologist, a technician of human suffering, contains and supports the states of pain, of disorientation of that family which is the natural context of reception and care of the discomfort.

The healthcare staff, not as usual, assumed an "active" attitude by participating in the funeral of the young girl. This choice has a reparative aim. Giving space to the experiences of the members of the group was felt by the team as indispensable as these events are complicated to take in. Following the traumatic event, in order not to let the member of the group live the pain in extreme solitude, we urgently organized an extraordinary meeting as reported in the initial story. "The rite transforms the void of loss into a space-time of relationships" (Cigoli, 2005). So it was. The organization of this meeting space-time made it possible to understand the meaning of death in the family and the group was able to share the pain. "It is sharing that allows bonds to feed, restructure and find new energies" (Cigoli, 2005).

To conclude, this work aims to be an example of a useful tool to be used in the process of caring for the child and for all the family members to overcome critical situations in order to improve internal relations. The containment report has allowed the whole group to recognize and support themselves even in moments of strong crisis of everyone and reduce loneliness, infusing trust and hope.

**BIBLIOGRAPHIC REFERENCES**

- Cigoli, V. (2005). *Spiriti e fantasmi in dialogo con i viventi in Lai, G. Spettri sul divano*. Milano: Franco Angeli.
- Di Maria, F. e Lo Verso, G. (1995). *La psicodinamica dei gruppi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lubrano Lavandera, A. e Malagoli Togliatti, M. (2002). *Dinamiche relazionali e ciclo di vita della famiglia*. Bologna: Il Mulino.
- Minuchin, S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Milano: Astrolabio.
- Pezzoli, F. (2013). *Gruppi di genitori a conduzione psicodinamica*. Milano: Franco Angeli.
- Van Der Kolk, B. (2005). *Il corpo accusa il colpo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

---

## URGENCY AND EMERGENCY IN DEVELOPMENTAL PSYCHOPATHOLOGY: ANALYSIS OF CASES' REPORT ATTENDING A CHILD AND ADOLESCENT NEUROPSYCHIATRIC SERVICE\*

## URGENCE ET URGENCE DANS LA PSYCHOPATHOLOGIE DU DEVELOPPEMENT: ANALYSE DU RAPPORT DES CAS CONTESTANT UN SERVICE NEUROPSYCHIATRIQUE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Michela Gatta\*\*, Giulia Ghiani\*\*\*, Emilia Ferruzza\*\*\*\*, Lara Del Col\*\*\*\*\* and Silvia Zanato\*\*\*\*\*

---

### ABSTRACT

Psychiatric emergencies have steadily increased in recent years, but they are still poorly defined and studied, especially in developmental age and outside the Emergency Department context.

This retrospective cross-sectional study aims to analyse characteristics of a clinical sample under the light of psychiatric urgency and emergency concepts.

Both the "urgency" and "emergency" concepts and the Rosenn & Gail's severity classification were applied to 399 first inspection forms to describe different conditions at the arrival.

About half of the cases corresponded to urgency/emergency conditions, with a male gender prevalence and an average age of 10 y. Emergency was associated to Behavioural Disorders mainly, while urgency conditions

were associated to Somatic sphere Disorders, Self-injured Behaviours, Anxious -Affective Disorders.

This research, operating a differentiation between urgency and emergency, allows a clearer identification and a tailored therapeutic plan about cases that are similar on a symptomatic side but different by a psychopathological perspective.

**Keywords:** Urgency, Emergency, Rosenn and Gail's classification, Psychiatric Disorders, Children, Adolescents.

### INTRODUCTION

With regard to developmental psychopathology, the number of cases who referred to services in conditions of psychiatric urgency or emergency has risen steadily in recent years. Looking at previous studies, an increase of

---

\* Communication presented at the 8th European Congress on Child and Adolescent Psychopathology and XXX Congress of SEPYPNA, which under the title "Psychological development, psychopathology and human relations today: interaction between the biological and the social aspects" took place in Bilbao on April 26, 27 and 28, 2018.

\*\* Children Psychiatrist University and Hospital of Padua - Woman and Child Health Department Padua - ULSS 6 Euganea Childhood Adolescence Family Unit, Padua (ITALY). E-mail: Mail: michela.gatta@unipd.it

\*\*\* Psychology Student ULSS 6 Euganea Childhood Adolescence Family Unit - University of Padua, Padua (ITALY)

\*\*\*\* Psychologist University of Padua – Developmental and Socialisation Psychology Department Padua (ITALY)

\*\*\*\*\* Professional Educator ULSS 6 Euganea Childhood Adolescence Family Unit, Padua (ITALY)

\*\*\*\*\* Child Psychiatrist University and Hospital of Padua - Woman and Child Health Department Padua (ITALY)

150% between 1971 and 1984 is recorded; between 1995 and 2000 literature references showed an increase of 59% (Edelson et al., 2003). Newton et al. conducted a study which reported an increase of 15% between 2002 and 2006, and a constant increase for the following decade was estimated. A French study (Chatagner et al., 2013) showed how the acceptance of patients who referred as urgency/emergency cases has tripled during the last 25 years.

A clearer differentiation of psychiatric situations at the referral can help both baseline triage and a better use of resources in order to plan an effective intervention. Low planning and organization in care process within children and adolescents' Neuropsychiatric services, linked to an inadequate differentiation of demand, can lead to a use of resources which is not appropriate to the complexity of patients' needs.

The main criticisms just consist in problems of identifying baseline indicators which may predict patients' pathways to care within the territorial service (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2013), considering that the efficiency of responses to child and adolescent complex needs must be based on the integration of clinical and organizational aspects, as well sanitary and social ones (Gatta et al, 2006; S.I.N.P.I.A., 2007; Chatagner et al., 2013;).

First, it is important to define the concepts of urgency and emergency that are often influenced by cultural tendencies of the operating and social context within which they happen: previous studies showed how these terms have been indeed used as interchangeable (Speranza et al., 2002; Marcelli et al., 2003; Boncompagni, 2004; Chatagner et al., 2013).

"Urgency" is defined as an acute and serious situation in which psychic suffering and related behaviours, due to any psychopathology, need an immediate intervention for the risks to themselves or to others (Baillon, 1990; Marcelli et al., 2003; Chatagner et al., 2013). On the other side, "emergency" is a situation mainly characterized by a breakup within the environment, which is often related to uneasiness and maladaptive social symptoms. Therefore, the psychopathology covers a secondary role and the intervention could potentially be postponed (Baillon, 1990; Marcelli et al., 2003; Chatagner et al., 2013).

This study planned to use the above definitions separately in order to identify two different clinical situations and analyse related clinical characteristics.

In addition, we decided to use the severity classification conceived by Rosenn (1984) and re-adapted by Gail

(2006) so that these clinical situations can be better recognised (S.I.N.P.I.A., 2007). The authors offered some criteria to estimate the severity of clinical conditions through 4 classes, which amount to standard situations that are possible to observe (Table 1).

| <b>CLASS</b> | <b>DESCRIPTION</b>  |
|--------------|---|
| Class I      | Urgency situations such as: suicide attempt (TS), self-harming acts, acute confusion, acute violence (aggressive behaviours, psychotic agitation, panic, impulses uncontrol), serious physical abuse and extreme neglect, dysfunctional eating behaviours with serious decline of general clinical condition. |
| Class II     | Urgency situations such as: distress/ serious panic attacks, conversion and somatization symptoms, victims of serious physical and psychic trauma.  |
| Class III    | Emergency situations such as: school phobia, reactive manifestations to social or family uneasiness, which don't present risks to themselves or to others.  |
| Class IV     | Situations perceived by patients as urgency/emergency, which require not an urgent psychiatric intervention. Therefore, in these cases the urgency/emergency is subjective and presented as a keen demand to the services ("false alarm").  |

## THE CLINICAL STUDY

### Aim

This is a retrospective cross-sectional study in patients under 18 years attending a Public Mental Health Service for Children and Adolescents in Padua (Veneto, Italy). We compared data about first inspection forms of people for whom a neuropsychiatric consultation was required. The aim of this study is to describe and analyse clinical characteristics of our sample and to establish the presence of any remarkable associations among categorical variables linked to psychiatric emergency features.

### Sample

The sample consisted of 399 patients referred to the Developmental Psychopathology Outpatients' Service for a neuropsychiatric consultation from January 2015 to August 2016.

They were aged between 1 and 18 years ( $M= 10.030$ ;  $DS= 4.6109$ ), males (66%) and females (34 %).

**Methodology**

First inspection forms, filled out during the first visit to the service, were analysed and ten categorical variables were devised (Table 2): gender, age (divided in three bands: 0-6 y, 7-12 y, 13-19 y), referral (spontaneous or on dispatch), first appointment requester (mother, father, other), agreement of both parents, history of previous visits, sent to (same Unit, different district in Padua, other), main reasons for consultation (7 symptoms' macro categories, Table 3), psychiatric conditions (urgency, emergency or deferrable), Rosenn & Gail's classes.

“Referral - on dispatch” variable shows 4 possibilities: doctor or specialist, hospital/territorial service, family or acquaintance, other.

The main reasons for neuropsychiatric consultation were clustered into 7 clinical macro categories, based on literature references (Crespo et al., 2006; Scivoletto et al., 2010; Mantoan Padilha et al. 2013; Porter et al., 2016; Holder et al., 2017), as shown in Table 3.

| Category                            | Description  |
|-------------------------------------|--|
| BEHAVIOURAL DISORDERS               | Aggressive behaviours to others, impulses uncontrol, oppositional behaviours, other dysfunctional patterns.                                      |
| ADHD                                | Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, similar patterns.  |
| DEVELOPMENTAL DISORDERS             | Learning specific difficulties, developmental disorders, autism or Asperger syndrome, speech disorders, similar patterns.                        |
| SOMATIC SPHERE AND EATING DISORDERS | Somatic complaints, conversion and somatization symptoms, dysfunctional eating behaviours (with possible decline of general clinical condition). |
| SELF-INJURING BEHAVIOURS            | Self-harm, suicide attempt, suicide ideation, other auto-directed aggressive patterns.   |
| RELATIONAL AND SCHOLASTIC DISORDERS | Difficulties in engaging and managing relationships, family difficulties, scholastic problems.   |
| ANXIOUS AND AFFECTIVE DISORDERS     | Anxiety, panic, distress, mood deflection and other emotional symptoms, psychotic traits.  |

The “Psychiatric condition” variable relates to the patients' condition at the referral: urgency, emergency, deferrable (distinction based on definitions described above).

| VARIABLE                                | %      |
|---|--------|
| <b>Gender</b>                           |        |
| Males                                   | 65.7%  |
| Females                                 | 34.3%  |
| <b>Age</b>                              |        |
| 0-6 y                                   | 25%    |
| 7-12 y                                  | 37%    |
| 13-18 y                                 | 38%    |
| <b>Referral</b>                         |        |
| (1) Spontaneous                         | 15. %  |
| (2) On dispatch (cumulative %):         | 84.6%  |
| Doctor/specialist (2.1)                 | 50.7%  |
| Hospital/territorial service (2.2)      | 14.9%  |
| Family or acquaintance (2.3)            | 6.4%   |
| Other (2.4)                             | 12.6%  |
| <b>First appointment requester</b>      |        |
| Mother                                  | 79.6%  |
| Father                                  | 15.5%  |
| Other                                   | 4.8%   |
| <b>Agreement of both parents</b>        |        |
| Yes                                     | 89.5%  |
| No                                      | 10.5%  |
| <b>History of previous visits</b>       |        |
| Yes                                     | 61%    |
| No                                      | 39%    |
| <b>Sent to</b>                          |        |
| Same Unit                               | 36.5%  |
| Different district                      | 40.1%  |
| Other                                   | 23.4%  |
| <b>Reasons for consultation</b>         |        |
| (1) Behavioural Disorders               | 14.6 % |
| (2) ADHD                                | 6%     |
| (3) Developmental Disorders             | 34%    |
| (4) Somatic sphere and Eating Disorders | 9.8%   |
| (5) Self-injured Behaviours             | 5%     |
| (6) Relational and Scholastic Disorders | 13.1%  |
| (7) Anxious and Affective Disorders     | 17.3%  |
| <b>Psychiatric condition</b>            |        |
| Urgency                                 | 27.8%  |
| Emergency                               | 23.6%  |
| Deferrable                              | 48.6%  |
| <b>Rosenn &amp; Gail's classes</b>      |        |
| Class I                                 | 11.5%  |
| Class II                                | 16.3%  |
| Class III                               | 23.6%  |
| Class IV                                | 48.6%  |

The clinical evaluation at the referral included the arrangement of clinical situations through the classes Rosenn & Gail's used: the severity of psychiatric condition was established looking at these four classes in decreasing order (from the most serious to the least).

The evaluation of clinical cases according to the two different approaches has been operated in double-blind procedure from different operators, with a 90% agreement.

Statistical data analysis was performed using the SPSS software (Statistical Package for Social Science, IBM® SPSS® Statistics 22.0 for Windows; International Business Machines Corp., Armonk, New York, USA).

In order to analyse specific clinical characteristics of our sample which are linked to psychiatric urgency/emergency features, frequencies and associations between the categorical variables were established with a Chi-Square test, observing significant values for  $p < .05$ .

## RESULTS

Among 399 analysed forms, 205 corresponded to urgency/emergency cases, with a male gender prevalence and an average age of 11.23 y (SD = 4.25).

Most of the cases were referred to the service by an external dispatch: there is a prevalence of patients sent by a doctor or specialist (50.7%) and less referrals from hospital/territorial services (14.9%), family or acquaintance (6.4%) and others (12.6%).

There is a significant prevalence of cases for which the first visit is booked by the patient's mother (79.6%), rather than by father (15.5%). In the 89.5% of cases, parents agreed about requesting the neuropsychiatric consultation.

Most of the patients presented a history of previous visits before this referral (61%). There is no significant difference between cases sent to other services within the same Unit (36.5%) and cases sent to other district in Padua (40.1%) or other places such as Hospital or social services (23.4%).

In addition, a significant prevalence of deferrable cases (48.6%) is shown, concerning those children and adolescents who referred to our service neither in urgency nor in emergency condition. Psychiatric urgency cases (24.4%) are slightly more prevalent than emergency ones (22.2%), however, not

significantly.

The variables of "clinical clusters", "psychiatric condition", and "Rosenn & Gail's classes" are distributed in relation to bands of age.

We found a significant association between adolescent age (band of age 13 to 19 y) and referrals for Anxious, Affective Disorders, and for Self-injury Behaviours, whilst there is a prevalence of pre-pubertal patients' (band of age 7 to 12 y) referrals associated to ADHD [ $\chi^2$  (12; 398) = 118,416  $p < .01$ ].

Most of the referrals to the service in the urgency condition were adolescents, whilst pre-pubertal patients were mainly associated with the emergency condition [ $\chi^2$  (4; 399) = 54,943  $p < .01$ ]. We also found an association between adolescents and Rosenn & Gail's severity classes I e II (psychiatric conditions more urgent) [ $\chi^2$  (6; 399) = 58,531  $p < .01$ ].

Regarding gender, we found an association between males and Behavioural Disorders, ADHD, Developmental Disorder, Relational and Scholastic Disorders, whilst females were mainly associated to Self-injury Behaviours [ $\chi^2$  (6; 398) = 48,292  $p < .01$ ].

Male gender prevalence in emergency cases and deferrable case is significant too [ $\chi^2$  (2; 399) = 24,300  $p < .01$ ]. Rosenn & Gail's class III e IV are significantly associated with males [ $\chi^2$  (3; 399) = 24,696  $p < .01$ ].

In figure 1, associations between "psychiatric condition" (urgency, emergency, deferrable) and "clinical clusters" are reported: it shows a strong association between Anxious, Affective Disorders and urgency condition. The same association applies to Self-injury Behaviours, Somatic sphere and Eating Disorders. On the other side, Behavioural Disorders are associated to emergency cases. [ $\chi^2$  (12; 398) = 296,970  $p < .01$ ].

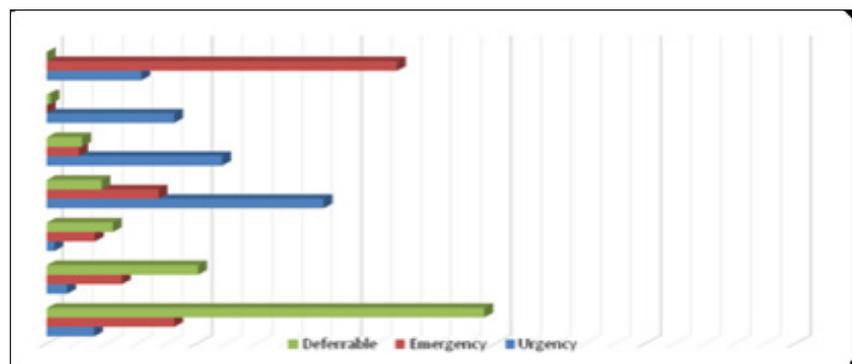


Figure 1. Reasons for consultation and Psychiatric conditions

In figure 2, “clinical clusters” in relation to “Rosenn e Gail’s severity classes” are reported: it shows how Self-injury Behaviours are associated to urgency cases of primary severity (R&G class I), while Anxious, Affective Disorders, Somatic sphere and Eating Disorders are associated to secondary urgency cases (R&G class II). [ $\chi^2(18; 398) = 444,584 p < .01$ ].

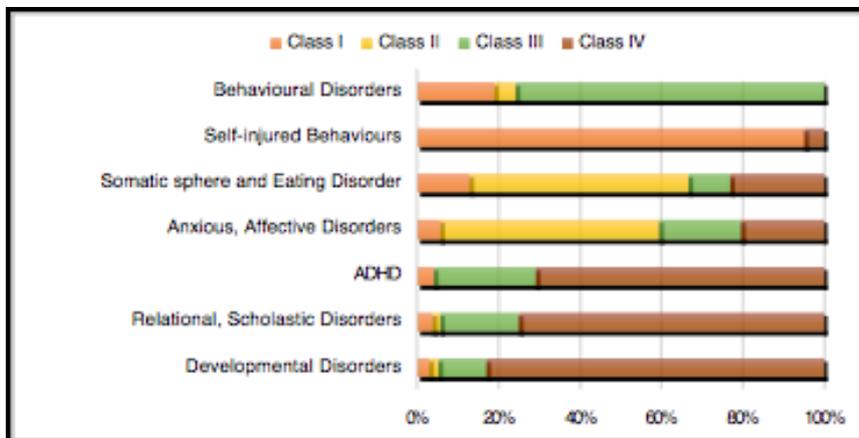


Figure 2. Reasons for consultation and Rosenn & Gail's classes

## DISCUSSION

In this study, the cases classified as urgency or emergency situations corresponded to 28% and 23% respectively of our sample and, considering them as aggregate as in previous studies, they correspond to about half of the cases.

The average age of these patients confirms predictions of previous studies (Chatagner et al., 2013), which mention a possible rejuvenation of paediatric population concerns, moving further away from adolescents' band of age.

Looking at the referral access, our results show a homogenous prevalence of referrals by a doctor or specialist, without any distinctions for urgency or emergency cases. This result could be a consequence of specific characteristics of our service, which amounts to a context of second level neuropsychiatric care, as a joining link between children and adolescents' neuropsychiatry first level care and hospital neuropsychiatry third level care: consequently, referrals are mainly by other services (Gatta et al., 2006).

Regarding analyses of clinical clusters, psychiatric condition, and Rosenn & Gail's classes, a strong

association links Developmental Disorders to a deferrable condition which, most of the times, presents a subclinical/chronic symptoms onset. This result can also be a consequence of a subjective alarm situation perceived by parents, linked to apprehension or impotent feelings.

Considering, once again, urgency and emergency as aggregate, we found results consistent with previous studies ones: Behavioural Disorders are the most frequent, then Self-injury Disorders, Somatic sphere and Eating Disorders and, lastly, Anxious, Affective Disorders (Scivoletto et al., 2010; Porter et al., 2016; Holder et al., 2017).

However, in deciding to differentiate the conditions of urgency and emergency, we found a strong association between Behavioural Disorders and psychiatric emergency. From which we can deduce that these clinical situations are more often related to a state of social uneasiness and difficult relationships in their everyday environment, rather than to

an individual psychopathological deficiency.

On the other side, we can see how Self-injury Behaviours, Anxious, Affective Disorders, Somatic sphere and Eating Disorders are significantly associated to psychiatric urgency situations. Therefore, these cases suggest a psychic suffering which could potentially involve risks such as suicide attempts or eating disorders which could involve serious physical decline.

Rosenn & Gail's classification allows us to move these considerations to a psychopathological point of view. Self-injury Behaviours, mainly associated to urgency cases, show a prevalence of primary urgency cases (R&G class I) and it reveals a match between the psychopathological side and the symptomatic one.

Anxious, Affective Disorders, Somatic sphere and Eating Disorder, instead, are significantly associated to secondary severity situations (R&G class II). So, these cases are likely supposed to be referred to our service in a state of intensive psychic suffering, but without involving risks to themselves or others, as such it has been possible to consider them both a psychopathological and symptomatic point of view.

## RESEARCH LIMITS AND STRENGTHS AND CONCLUSIONS

The main limitations of this study consist of the retrospective design and related quality of information available for data analysis, and on the lack of a follow-up phase.

However, the use of urgency and emergency concepts to shape two different psychiatric situations must be considered as a strength of the study. The same can be said for the use of Rosenn & Gail's classification, and arranging clinical situations which referred to a territorial Neuropsychiatric service (not hospital one).

This research, operating with a differentiation between urgency and emergency cases, allows a clearer identification and a more tailored therapeutic plan for cases that are similar on a symptomatic side but different from a psychopathological perspective.

## BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

- Baillon, G. (1990). *L'urgence en psychiatrie*, Paris: Masson.
- Boncompagni, G. (2004). *Definizioni di urgenza, emergenza e crisi in psichiatria*. Milano: Springer.
- Chatagner, A., e Raynaud, JP. (2013). Adolescents et urgences pédopsychiatriques: revue de la littérature et réflexion clinique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61, 8-16.
- Crespo Marcos, D., Solana García, MJ., Marañón Pardo, R., Gutiérrez Regidor, C., Crespo Medina, M., Miquez Navarro, C., et al. (2006). Psychiatric patients in the pediatric emergency department of a tertiary care center: review of a 6-month period. *An Pediatr (Barc)*, 64, 536-41.
- Edelson, GA., Braitman, LE., Rabinovich, H., Sheves, P., e Melendez, A. (2003). Predictors of urgency in a pediatric psychiatric emergency service. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1197-202.
- Gail, A. (2006). Psychiatric Emergencies in Adolescents. *Adolescent Medicine*, 17, 183-204.
- Gatta, M., Perakis, E., Talamini, A., Testa, P., Salviato, C., Ramaglioni, E., Nigri, B., Condini, A. (2006). Accoglimento dell'adolescente nell'urgenza psichiatrica, *Giornale Italiano di psicopatologia e psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, Vol.XIII, 3: 219-228.
- Holder, SM., Rogers, K., Peterson, E., Ochonma, C. (2017). Mental Health Visits: Examining Socio-demographic and Diagnosis Trends in the Emergency Department by the Pediatric Population. *Child Psychiatry Hum Dev*. doi: 10.1007/s10578-017-0719-y
- Marcelli, D., e Berthaut, E. (2003). Urgences psychiatriques à l'adolescence. *Rev. Prat.*, 53, 1191-1196.
- Mantoan Padilha, V., Said Schettini, CS., Santos, AJ., e Cruz Soares Azevedo, R. (2013). Profile of patients attended as psychiatric emergencies at a university general hospital. *Sao Paulo Med J.*, 131(6), 398-404.
- Newton, AS., Ali, S., Johnson DW., Haines, C., Rosychuk RJ., Keasuchuk RA., Jacobs P., e Klassen, TP. (2009). A 4-year review of pediatric mental health emergencies in Alberta. *CJEM*, 11, 447-54.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. (2013). *Piano d'azione per la Salute Mentale 2013-2020*.
- Porter, M., Gracia, R., Oliva, JC., Pàmias, M., Garcia-Parés, G., e Cobo, J. (2016). Mental Health Emergencies in Paediatric Services: Characteristics, Diagnostic Stability and Gender differences. *Actas Esp Psiquiatr.*, 44(6), 203-11.
- Rosenn, DW. (1984). Psychiatric emergencies in children and adolescents. *Emergency psychiatry: concepts, methods and practice*, 303-49.
- Scivoletto, S., Boarati, MA., e Turkiewicz, G. (2010). Psychiatric emergencies in childhood and adolescence. *Rev Bras Psiquiatr.*, 32, 112-20.
- S.I.N.P.I.A. (2007). Proposta di Modello Organizzativo per la rete dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.
- Speranza, M., Laudrin, S., Guillemet, I., DeGuillenmidt, C., Jallade, C., e Epelbaum, C. (2002). Urgences et intervention de crise en psychiatrie infanto-juvénile. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 50, 562-567.

---

# DÉCONTENANCEMENT ET POSITION PHOBIQUE À L'ADOLESCENCE\*

## DISCONTENT AND PHOBIC POSITION IN ADOLESCENCE

Jean-Paul Matot\*\*

---

### DU DÉCONTENANCEMENT CONTEMPORAIN

Le décontenancement, c'est l'état psychique de qui sent soudain vaciller ses repères, s'ébranler ses certitudes, alors même qu'il ne s'y attendait pas. C'est un trouble dans la pensée, qui s'accompagne d'un vécu de confusion et d'incertitude dans le rapport au monde et à soi-même.

Le décontenancement résulte d'un écart qui se révèle entre l'expectation se situant dans la continuité d'une certaine réalité psychique où se trouvait le sujet à l'instant d'avant, en phase – pensait-il – avec son environnement, et la confrontation avec une modification imprévue de son vécu de la réalité de cet environnement. Le sujet se sent incertain de l'origine, en « lui-même » ou dans l'environnement, de cet écart, il hésite à l'attribuer à son état psychique personnel ou à la « réalité » de son environnement.

L'étymologie lie le décontenancement à la perte de contenance : il est une forme de l'embarras, voire du malaise. Déconcerté, dérouté, désorienté, désarçonné, troublé, perplexe, égaré, confus ..., le décontenancé vit une discontinuité de son sentiment d'exister.

Cet état de décontenancement constitue pour moi l'arrière-fond du malêtre contemporain. L'individu se trouve confronté dans son existence quotidienne, au

sein de nos sociétés occidentales, à des degrés variables selon les moments et les contextes, au sentiment que la réalité du monde dépasse ses capacités d'entendement : ce monde, son monde, lui apparaît de moins en moins appréhendable et intelligible.

Le terme de décontenancement me semble approprié pour qualifier cet état de trouble dans notre rapport au monde, car il est en lien avec la perte de cohérence ou de pertinence de nombreux « contenants » qui assuraient plus ou moins bien, jusque vers la fin du XX<sup>e</sup> siècle, un sentiment diffus d'être « en phase » avec notre environnement et d'être en mesure d'agir peu ou prou sur lui.

La perception de notre décontenancement, de notre déphasage, s'est constituée progressivement, sous l'effet conjoint d'une « globalisation » du monde, d'une perte de consistance de nombreux référents communautaires, politiques et idéologiques, et surtout d'une perte de confiance dans le progrès humain.

L'éventualité d'une destruction nucléaire de grande envergure, tempérée par l'espoir d'un équilibre de la dissuasion, a cédé la place à la perspective d'une dégradation inéluctable de l'écosystème humain provoquée par l'exploitation sans limites des ressources, à l'aune de la maximisation des profits du capitalisme

---

\* Workshop presented at the 8th European Congress on Child and Adolescent Psychopathology and XXX Congress of SEPYPNA, which under the title "Psychological development, psychopathology and human relations today: interaction between the biological and the social aspects" took place in Bilbao on April 26, 27 and 28, 2018.

\*\* Psychiatre infanto-juvénile, psychanalyste (SBP-IPA), Maître d'enseignement à l'Université Libre de Bruxelles. E-MAIL: jeanpaulmatot@gmail.com

financier mondialisé. Cette exploitation généralisée s'est étendue, avec les technologies de l'information et de la communication, aux données personnelles des existences humaines connectées, rendant d'ores et déjà possible la manipulation à grande échelle des opinions publiques.

Face à cette prise de contrôle planétaire par les oligarchies financières, les démocraties parlementaires sont réduites, au mieux, à l'impuissance, au pire, à une collaboration active, tandis que les populations restent, dans leur grande majorité, prises dans des mécanismes de déni qui rendent compte de l'apathie et de la résignation à l'égard de cette dépossession et de cette passivation subies.

Les enfants et les adolescents de nos sociétés occidentales baignent et grandissent dans un univers mental où le passé est à la fois présenté comme seule « réalité » possible, et en même temps reconnu comme source de sa propre extinction et des désastres à venir. En effet, les sociétés adultes « décontenancées » s'avèrent incapables de recréer les conditions d'une intelligibilité du monde et donc aussi d'une restauration de la capacité d'agir des générations qui suivent. Deux facteurs à cet égard méritent d'être particulièrement analysés :

- La défaillance de nos capacités collectives de renouveler et d'adapter continuellement notre appréhension de la « réalité » dans laquelle nous vivons. La construction de la réalité passe par la symbolisation de l'expérience, symbolisation dont la psychanalyse contemporaine distingue deux formes, primaires, pré-langagières, et secondaires, langagières. Cependant, nous n'avons pas pris à temps la mesure de ce que le champ de l'humain, qui inclut la technologie, se trouve profondément transformé par elle. Pour la plupart d'entre nous, notre appréhension des techniques est réduite à leur utilisation, sans que les processus d'évolutions technologiques eux-mêmes ne soient intégrés à notre conception de l'identité humaine et du fonctionnement psychique. C'est tout le champ de ce que je propose d'appeler les symbolisations tertiaires.
- La négligence dans laquelle a été laissée la conceptualisation de ces symbolisations tertiaires participe du défaut plus général des transmissions transgénérationnelles. Au-delà de l'accélération qui rend les évolutions sociétales imprévisibles à l'échelle d'une génération, comment des sociétés adultes qui ont renoncé à s'approprier subjectivement le monde qu'elles ont

collectivement construit pourraient-elles prétendre transmettre aux générations suivantes des valeurs et des modes d'émergence de l'humanité à venir ?

## LA POSITION PHOBIQUE CENTRALE

Le décontenancement met en tension la ressource d'une régression vers ce que je qualifie, en élargissant le concept introduit par A. Green (2000), de « position phobique centrale ».

Telle que je la conçois, elle émerge dans le cours des processus de différenciations dedans/dehors dès lors que ceux-ci se trouvent recouverts par un clivage « kleinien » bon/mauvais trop envahissant, le « dedans » étant assimilé au « bon » et le « dehors » au mauvais, ce qui constitue le vécu organisateur de la position phobique centrale.

Dans le modèle proposé par Winnicott (1971), c'est le manque de survie de l'objet aux pulsions agressives qui rend compte d'une différenciation insuffisante entre l'objet détruit dans le fantasme agressif et la « réalité » d'un objet qui survit dans le lien libidinal en dehors du champ du fantasme agressif.

La position phobique centrale constitue un repli au sein d'une « enveloppe » familière face aux craintes suscitées par une « étrangeté » où règne le non-encore connu, la surprise, le nouveau, derrière lesquels se profile la menace d'un Réel inconnaissable. D'où évidemment l'évitement systématique du risque de l'associativité en séance sur lequel insistait Green.

Dans le mouvement de la symbolisation conceptualisé par Roussillon (2008) comme prise-déprise-reprise, la position phobique dresse un obstacle insurmontable par l'évitement systématique du temps de la « déprise », entravant le développement des symbolisations.

La position phobique centrale rend compte, chez les adultes, des tendances fortes aux replis identitaires collectifs, xénophobes, nationalistes, aux intolérances meurtrières à l'égard des communautés et des idéologies « différentes » et de leurs efforts d'affirmation, aux « radicalisations » violentes. Mais, au-delà, elle soutient la peur du changement, le refus de la curiosité et du doute, les conformismes de la pensée, les agrippements aux « certitudes » héritées du passé. Les sociétés de psychanalyse ne sont d'ailleurs pas épargnées par ces formes d'enfermement de la pensée.

Chez les enfants et les adolescents, la position phobique peut représenter un temps de pause, de latence, de repos lorsque les circonstances ou les enjeux du développement ne sont pas propices à l'appropriation subjective et à l'introjection.

Mais elle marque toujours également un arrêt dans les processus de transformation de l'omnipotence, celle-ci impliquant nécessairement cette dimension de « troc » que Freud mentionne à plusieurs reprises à propos du deuil. Or, ce « troc » suppose l'investissement d'un « ailleurs », d'un « différent », d'un « nouveau », qui permet alors de renoncer à ce qui devient un « précédent », un « ancien », sans devoir être vécu comme irrémédiablement perdu.

Beaucoup d'enfants, et davantage encore d'adolescents, manifestent actuellement différentes expressions de cette position phobique, dans les registres de l'inhibition, mais également des comportements dits « antisociaux ». On retrouve ainsi pêle-mêle des enfants très jeunes en difficulté de socialisation, à la fois violents et isolés, souvent diagnostiqués comme « troubles envahissants du développement » ; des enfants plus âgés « mal dans leur peau », parfois victimes de harcèlement ; des enfants qui se sentent « différents », volontiers catégorisés comme « à haut potentiel », voire attrapés dans le grand filet des « troubles de l'attention ». Ce sont aussi ces adolescents en rupture scolaire, aussi angoissés que révoltés contre le monde adulte ; les grands consommateurs de cannabis, qui passent le plus clair de leur temps dans les mondes psychotropes intermédiaires ; les jeunes « geek » pour qui l'univers se limite à un écran d'ordinateur et la liberté d'agir à un clavier ou aux manettes d'une Play Station.

La position phobique centrale en effet ne constitue pas une entité psychopathologique homogène : elle accueille indifféremment des fonctionnements à dominance névrotique, dépressive, psychotique voire perverse, chacun colorant selon son propre mode l'expression subjective de cette position. Les dimensions hystériques, obsessionnelles, persécutives, omnipotentes, s'y croisent et s'y associent parfois.

Cependant, la caractéristique commune de cette position phobique, outre la limitation des processus de symbolisation et la stase dans la transformation de l'omnipotence infantile déjà signalées, réside dans le sentiment partagé par beaucoup de ces jeunes, en tout cas à l'adolescence, d'une distance entre ce qu'ils ressentent comme « eux-mêmes » et « le monde ». Distance qui peut prendre la forme d'un vécu de différence, teinté d'hostilité ou d'une affirmation d'« indifférence » à l'égard de ce monde ; de ne pas vouloir ou pouvoir y prendre place, sauf à renoncer à « l'individualité » de leur être. Le « monde », c'est le monde adulte, bien sûr, mais souvent aussi le monde des pairs, « débiles », « primaires », « superficiels » ; c'est le monde scolaire, vécu comme arbitraire, violent, dépassé, insupportable ;

le monde du travail, évidemment, mais au-delà, l'idée même d'avoir un jour une place à soi dans le « monde ».

Certes, tous ces enfants, devenus adolescents, n'en restent pas là. Ils cherchent, à leur manière, des portes de sortie de cette position phobique qui s'accompagne d'un malaise difficile à vivre, et qui peut les pousser à vouloir mourir ou, au moins, à se faire du mal, en particulier au niveau de cette limite étouffante, contraignante, cette peau qui s'oppose au débordement du corps hors de lui-même.

Je n'aurai pas le temps, dans le cadre de cet exposé, de développer quelques d'issues qui me semblent paradigmatiques des modes d'aménagements que certains de ces jeunes tentent d'aménager : l'issue psychotrope ; l'issue trans ; l'issue numérique.

## **ABORD THÉRAPEUTIQUE DE LA POSITION PHOBIQUE CENTRALE**

Je défends une perspective qui envisage le sujet humain comme indissociable de son environnement, transposant sur le plan du développement du psychisme humain les théories de l'individuation de G. Simondon (1958, 2005). Pour ce philosophe des techniques, qui a publié dans les années 1960 des travaux qui ont été peu diffusés, c'est à partir d'un état « pré-individuel » de non-différenciation originnaire qu'émergent simultanément l'individu et son environnement, aucun des deux termes ne précédant l'autre ni ne pouvant se concevoir indépendamment de l'autre. Le sujet, dans cette perspective, est constitué par le potentiel pré-individuel dont est issue la relation entre l'individu et son environnement.

Ce fondement écarte d'emblée la possibilité d'isoler un « sujet », et pose toute différenciation dedans/dehors comme un ensemble dont les deux termes sont indissociables.

Une conséquence en découle : l'homme n'a jamais accès qu'à des « dehors » qu'il construit lui-même en les opposant à des « dedans ». Autrement dit, il n'y a pas, contrairement à ce que ne cesse de répéter la psychanalyse, de réalité « interne » et de réalité « externe », mais des configurations psychiques qui organisent des différenciations dedans/dehors grâce auxquelles nous assurons la cohérence de notre sentiment d'exister face à un Réel à jamais inconnaissable.

De nombreux auteurs, psychologues du développement et psychanalystes, ont élaboré, à partir de leurs axes d'analyse personnels, des modèles de la construction du psychisme passant par des transformations successives. Je ne ferai que citer ici, sans prétendre à l'exhaustivité,

Piaget, Wallon, Stern, Bullinger, pour les premiers ; Bleger, Bion, Meltzer, Anzieu, Houzel, Kaës, pour les seconds.

Tous s'accordent sur l'idée, énoncée en son temps par Freud, que rien de ce qui fût un jour dans le psychisme ne disparaît. Chaque nouvelle modalité de l'être au monde qui émerge vient s'ajouter aux précédentes, en les remaniant en partie, mais sans les remplacer. Stern par exemple insistait dans son travail sur le fait que les différents « sens de soi » qu'il individualisait restaient toujours actifs tout au long de la vie.

Ces modalités d'organisation des sens de soi et du monde, je les conçois comme des configurations psychiques qui se structurent autour de différenciations dedans/dehors spécifiques.

Les modes de passages entre ces différentes configurations psychiques reposent sur les phénomènes transitionnels inventés par Winnicott : ils supposent un temps d'effacement d'une différenciation dedans/dehors qui permet d'« entrer » dans une nouvelle configuration structurée par une autre différenciation dedans/dehors. Le problème de la théorisation de Winnicott est qu'elle laisse supposer qu'il y aurait vraiment « un » dedans et « un » dehors, entre lesquels émergerait une aire transitionnelle. Cette réification d'un espace transitionnel me semble réduire l'intérêt de la théorisation des phénomènes transitionnels, et explique à mon sens l'impasse dans laquelle s'est retrouvé Winnicott pour expliquer en quoi le champ culturel dériverait du champ transitionnel.

Le modèle de la pluralité des configurations psychiques et des différenciations dedans/dehors que je propose m'amène à concevoir la position phobique comme le résultat d'une immobilisation défensive dans une configuration donnée, associée à une paralysie des fonctionnements transitionnels.

L'abord thérapeutique qui en découle suppose de soutenir ces fonctionnements transitionnels en accueillant le patient au sein de dispositifs s'appuyant sur les modalités primaires de la symbolisation, dans des registres sensori-moteurs, kinesthésiques, sonores, visuels.

L'objectif est alors d'offrir un cadre de sécurité (individuel ou groupal selon l'indication) rendant possible une régression à des niveaux de moindre différenciation, tout en respectant le niveau d'omnipotence où se trouve le sujet.

Les travaux de A. Brun (2014) dans le domaine des médiations thérapeutiques, sous-tendues par un concept d'associativité formelle utilisant le repérage des pictogrammes (Aulagnier, 1975) et des signifiants formels (Anzieu, 1987) offrent à cet égard des perspectives qui me paraissent déborder le champ des psychoses infantiles dans lequel l'auteure les a théorisés.

Yann Leroux notamment a repris, dans son utilisation des jeux vidéos dans des groupes thérapeutiques, une perspective centrée sur la sensorialité des jeux vidéos et la manière dont elle peut être travaillée dans un cadre thérapeutique : « Tout l'intérêt de l'utilisation des jeux vidéos dans un cadre psychothérapeutique psychanalytique réside dans le fait qu'ils proposent des voies d'accès à des niveaux de fonctionnement psychique qui sont bien plus archaïques que les fantasmes oedipiens. Les jeux vidéos, c'est là ma thèse, sont une voie d'accès aux premiers niveaux de symbolisation : signifiants formels (D. Anzieu), schèmes d'enveloppe et de transformation (S. Tisseron) » (Leroux, Psy et Geek, 15/9/2008 et 15/10/2008))

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Brun, A. (2014). Médiation thérapeutique picturale et associativité formelle dans les dispositifs pour enfants avec troubles envahissants du développement. *La psychiatrie de l'enfant*, 2, 437 – 464.
- Green, A. (2000). La position phobique centrale avec un modèles de l'association libre. *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 743-772.
- Leroux, Y. (2008). *Vers une métapsychologie du jeu vidéo*. Psy et Geek, 15/9/2008
- Médiations thérapeutiques et jeux vidéo. *Psy et Geek*, 15/10/2008
- Roussillon, R. (2008). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris: PUF.
- Simondon, G. (1958). *Du mode d'existence des objets techniques*. Paris : Aubier.
- Simondon, G. (2005). *L'individuation à la lumière des notions de forme et d'information*. Grenoble : Ed. Catherine Million.
- Winnicott, D.W. (1971). *L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet à travers les identifications*; dans : *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.

---

## UNDERSTANDING VIOLENCE AND MOVING PAST THE TRAUMA - REFLECTION OF VIOLENCE\*

## COMPRENDRE LA VIOLENCE ET SURMONTER LE TRAUMATISME - RÉFLEXION SUR LA VIOLENCE

Chiara Salandin\*\*

---

### ABSTRACT

The choice of this job theme resides in the afterthought of what continuously happens to us as professionals within our normal daily experiences. What are the effects of many violent actions in which we see and of which we are the spectators or protagonists? What are the means through which we filter fear, distress and the mental projections recounted from our patients? How much does this break us down? What about in the long term?

Entirely, we are reminded how to maintain our love for our work and the best intentions to help our patients

When we speak of our work, one can see that we express pleasure in helping, seeing the fruits of our labor, the bitterness and delusion, which is experienced both verbally and physically. So let's begin with the word 'violence'. A word having multiple meanings, for example, destroying another because they are inferring with ones' desires, destroying another psychologically because they are disturbing the person or groups well-being, the very last attempt to recuperate a relationship, strenuous fight to defend oneself.

**Key words:** Trauma, Reconciliation, Violence

According to the World Health Organization (WHO), violence is defined as "the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, which either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment, or deprivation."

Violence is a polysemic word that can be described as a demonstration of a submerged aggressive nature with negative consequences for oneself and others. Aggressiveness is the word that describes the negative effects: Anger, Anxiety, Disgust, Fear.

Between the destructive actions, that are unacceptable there are violent threatening actions, actions that destroy the furnishings, glasses, and those actions that we lead us to contracting the authorities. They are nonintentional aggressive actions because they are revolting against the health clinic and the patients. The patients that chose to navigate this steep, but fulfilling, path of helping each other. Maybe it really within the meetings of the patient and the institution. When this occurs the patient with their own idea of recovery then the actual proposed recovery

---

\* Communication presented at the 8th European Congress on Child and Adolescent Psychopathology and XXX Congress of SEPYPNA, which under the title "Psychological development, psychopathology and human relations today: interaction between the biological and the social aspects" took place in Bilbao on April 26, 27 and 28, 2018.

\*\* Psicologa Psicoterapeuta c/o Azienda ULSS 3 Serenissima - Terraferma Veneziana. SerD Mestre-Venezia – Area prevenzione, Giovani e Famiglie. Responsabile: Dr. A. Pani. E-mail : c.salandin@ordinepsicologiveneto.it ; labradorite@alice.it

program when progress is eventually made.

One would say that the world is swarming with violence as a result of an inner attitude of omnipotence, the omnipotence of the child. Let's think about displays as bullying, cyber bullying, femicide (a sad map shows how in North East Italy there's the peak of women homicides committed by the partner or by a close relative). Let's think about modern genocides, among which one was in Rwanda. But starting from these photographs taken from the first pages of *The New York Times* showing victims and perpetrators of heinous episodes happened during the war between Tootsie and Hutu in Rwanda (National Reconciliation), we can start thinking about reconciliation contrivance: with our work, with our colleagues, at last with the people looking for help, even if they look for it using their way of having relationships, showing anger, asking, being disappointed (Hugo, Dominus, 2014).

A violent style in relationships comes very often from rough violence experienced in the first years of life from parents or people in the same context; in fact, recent researches cited by M. Ammaniti reveal to us that also violence to which we have assisted leave a sign, as if they were experienced in person as a child. The risk for people born in a violent context/environment is not only living a painful and unbearable experience with consequences on each one sense of value, but also the impossibility of making positive ties with other people; who suffers violence precociously can assume both roles: victim and perpetrator. Episodes described by O. Kernberg in his description of narcissistic pathologies among the personality disorders that brings more frequently to acts of violence (Kernberg, 2013). It's in the narcissistic disturb that the highest presence of fantasies and projections of aggressiveness can be seen, a display of inner conflicts and fantasies regarding aggressive impulses.

Let's try to give a definition of narcissism: according to H. Faimberg it's "the Ego's love of itself and for its objects, based on the illusion of being the centre and master of its world. The ego loves itself as an object and this love and this illusion form the basis of the actual structuring process of the ego. The ego in fact refuses to recognize the following:

1. The impossibility for the subject to beget himself, i.e. that the world existed before him, the difference between generations.
2. The difference between the sexes (recognizing that each sex reflects the other as incomplete).
3. Otherness.

In other words, the ego refuses to accept the wound inflicted by the Oedipus conflict. (Faimberg, 2016)

## WHAT ELICITS PEOPLE'S VIOLENT REACTION?

For this we need delicate and complex competencies, starting from our feeling, our emotions here and now, but we also need a deep and patient research work on the legacy of previous generations, that is a psychogenealogy work: in this A. Ancelin Schützenberger's contribution is fundamental.

Schützenberger guides us through the search of the psychic transmission of both parents and previous generations: to understand today's act it's necessary going back to the history of the individual, to their family circle, to the path of the generations that succeeded each other.

There are "two kinds of family transmission: intergenerational and transgenerational, conscious, unconscious, assimilated or not:

- Intergenerational transmissions are transmission thought and spoken between about between grandparents, parents and children. They include family habits, skills, ways of being: one is a doctor, a teacher, a farmer, a notary, a sailor, or an army officer from father to son; one "works for the government" or has a "green thumb", "a good ear", is a "good cook", or "eats a lot". Either we follow suit or decide to do the contrary.
- Transgenerational transmissions are not spoken about; they are secrets, unspoken, kept quiet - hidden events which are sometimes banned even from thought, sometimes they are unthinkable - and they are passed down from generation to generation without being thought about or assimilated. And then we see traumas, illnesses, somatic manifestations, or psychosomatic manifestations which often disappear when you talk about them, cry, scream, or work them out." (Schützenberger 2004)

Schützenberger continues: "We even see terrifying nightmares in the grandchildren of concentration camp prisoners, members of the French underground or the Nazis, those dead at sea or without a burial site, and even in descendants of survivors traumatized by a very difficult past experience, like the trauma of the "wind of the cannonball".

We remember that "the transmitted trauma is far

stronger than the received trauma”. That is “the children of Holocaust survivors suffer post-traumatic syndrome three times more than their parents”. (Schutzenberger, 2004)

Always with the author’s words we “explain these phenomena as the involuntary and unconscious legacy of traumatic horrible events. These events were too terrible to speak - too terrible or terrifying to be mentioned, like Hiroshima or Verdun, the Armenian massacres or torture. These unspoken traumas, shattering events, were left unelaborated by words, unassimilated, and then became unthinkable. Yet, they manifest in a psychosomatic manner, through memories of traumas one did not experience, traumas that nevertheless filtered through, oozing from generation to generation, and which we can overcome through expressing them (psychotherapy,



**Fig. 1 Reconciliation in Rwanda.**

Hugo, P. (2014, April 4). Jean Pierre Karenzi (Perpetrator) and Viviane Nyiramana (Survivor) [Photograph]. New York Times.

dreams, drawings, even chants and lamentations) and by framing them in a transgenerational manner.”

We can then describe both people and families as provided with convictions that turn into a “coercion to act”, i.e. unconscious repetitions of pain, unpaid debts, injustice, loyalty, remembrance and more. With the help of psychotherapy, we can therefore modify the so-called destiny, what was already written before our birth.

So let’s go back speaking about violence starting from the relationship between the individual and the group, because violence often comes from trauma, lived or relived as an unconscious crypt handed down from

previous generations.

There is some kind of ambivalence between the individual and the group he belongs to, because the group generates the individual identity, but at the same time it threatens it (Anzieu 1975). “The others allow us to exist, but in a group not specifically organized in an evolutionary sense the individual risks to be threatened in his own uniqueness or to be sucked and confused in a magmatic aggregate” (M. Priori, 2016).

P. Aulagnier names this deal as individual and group Primary Narcissistic Contract, asking to the generational chain and to the institutions to pre-invest on the unborn child, to recognize in him the future voice taking the spot/position/role that he’s given (A. Sabatini Scalmati, 2014).

The subject, in exchange for the amount of narcissism



**Fig. 2 Reconciliation in Rwanda.**

Hugo, P. (2014, April 4). Juvenal Nzabamwita (Perpetrator) and Cansilde Kampundu (Survivor) [Photograph]. New York Times.

that he must donate to the group, taking it from himself, asks for the guarantee of the right to his own space of action, to a good, to a good degree of autonomy and to the choice of his own project of individuation.

In this contract something couldn’t work: for the characteristics of the parental couple, for injunctions imposed on the child, for the refusal opposed by other social groups or other values, for selfish impositions to the couple or because the couple is the victim of social exclusions or exploitation; this leads to the malaise that creeps into the psyche of the child, who will not know how to compose the present and the past, how to distance

himself from the original fantasy/ghost, not perceiving the differences between fantasy and reality (difference between generations and sexes, symbolization).

Work teams also inherit values and skills, but also opinions and convictions from generations of previous operators: perhaps we should also pay attention to the function of the institution and to how this organization vehicles violence, both direct and torpid.

What happens, moreover, to the exhausted attending doctor, emptied and often hurt by ingratitude?

Only a common way of thinking will save us: only the comprehension of what we feel and of what we feel as a group will give us some tools to understand. And if we understand something about the patient, we will surely be able to stay by his side in a different way.

We cannot bring all the violence to a single meaning, but we can see a similar underlying dynamic that helps us to understand: violence always responds to a threat to identity and represents an attempt to restore threatened identity.

Therefore, looking forward, we find devices and actions, even of long duration, to reduce conflicts and repair the effects of violence, even indescribable, as in the case of genocides.

In 2015, for example, the Nobel Peace Prize was awarded to the National Dialog Quartet of Tunis, set of four associations of civil society, which allowed dialogue between the opposing parties, after the "Jasmine Revolution", which made possible the drawing-up of the new Constitution of Tunisia.

This Quartet, formed in 2013, consists of the Tunisian General Labour Union (workers' Union), the Tunisian Confederation of Industry, Trade and Handicrafts, the Tunisian Human Rights League, and the Tunisian Order of Lawyers. This award offers us the dialogue and the agreement of several groups as a means of reducing and resolving violence ([www.jeuneafrique.com](http://www.jeuneafrique.com)).

Similar situations are described by the Table of Reconciliation in Rwanda and South Africa, where the people worked on reconciliation with a twenty-year-long work in the communities gathered to dialogue and to rediscover the common cultural roots.

Therefore, peace is built through a network of groups that work in harmony and clarity: this is one of the proposals for inter-institutional models in the territorial services of the Venetian area: it is nice to think of a flow between social, psychological and clinical, strictly speaking.

The experiences of reparation and reconciliation can guide us in adapting models and reinventing reconciliation methods between the various levels of care facilities. It is interesting that the most innovative choices come from non-European countries and that they use techniques that put the community and the history of the community at the center as a reparative mechanism for group and individual identities.

## BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

- Schützenberger, A. (2010). *Il piacere di vivere*. Roma: Ed.Di Renzo.
- Schützenberger, A. (2004). *La sindrome degli antenati*. Roma: Ed.Di Renzo.
- Novelletto, A., Biondo, D. And Monniello, G. (2000). *L'adolescente violento*. Milano: Ed.F.Angeli.
- Sabatini Scalmati, A. (2014). *Lo spazio terzo da Freud a Kaes*. Evento ECM Società Italiana Psicoterapia Psicoanalitica : " Funzione del padre e vicissitudini nel processo di formazione del terzo oggetto." Catania, 11/4/2014. PDF
- Van Der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Milano: Ed.Raffaello Cortina Editore.
- Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'incoscient*. Paris: Ed.Dunod.
- Faimberg, H. (2007). *Ascoltando tre generazioni*. Milano: Ed. Franco Angeli.
- Borger, J. (2015). *Who are the Tunisian Dialogue Quartet?* HYPERLINK "<http://www.theguardian.com>" [www.theguardian.com](http://www.theguardian.com) 9/10/2015
- Priori, M. (2016). Un posto per i genitori, negli interventi in età evolutiva e nella nostra mente. Dispensa del corso seminariale: "Quale stanza per i genitori?" Centro di Consultazione per Genitori, Bambini ed Adolescenti. Centro Studi Martha Harris, Venezia.
- O.Kernberg : *Lezione magistrale. Convegno SIPP: "Le forme della violenza"*. Napoli, 4-5/10/2013, appunti personali.
- Hugo, P. and Dominus, S. (2014). Portrait of Reconciliation – The New York Times , 5/6-04-2014
- Kaes, R., Faimberg, H. Enriquez, M. and. Baranes, J. J. (1995). *La trasmissione della vita psichica tra generazioni*. Rom: Ed. Borla.
- Tunisie: *Le Quartet gagnant du Nobel de la Paix*. HYPERLINK "<http://www.jeuneafrique.com>" [www.jeuneafrique.com](http://www.jeuneafrique.com) 15/10/2015

---

## À FLEUR DE PEAU...\*

### ON EDGE...

Sylvie Hautfenne et Nathalie Willox\*\*

---

#### « A FLEUR DE PEAU »

Récit d'une prise en charge pluridisciplinaire d'un enfant gravement brûlé.

Nous souhaitons vous parler de Leo, 8 ans, gravement touché dans son intégrité physique à l'âge de 2 ans suite à un incendie déclenché par son frère. Léo séjourne dans notre institution depuis ses 4 ans mais c'est dans un environnement violent dont nous ne pouvons pas toujours le protéger que Léo doit grandir et se construire. Violence du traumatisme, violence familiale, violence médicale, violence sociale...

Nous le soignons « à fleur de peau », lui, pris dans les actes et les paroles de soignants, dans l'opposition ou l'effondrement et nous, engagées à lui garder son humanité de petit garçon, malgré tout. Malgré ce que nous savons de lui, de son avenir et de l'impossibilité à le guérir.

Comment permettre à Léo d'avoir une place de sujet quand à l'hôpital parents et médecins parlent de son avenir comme s'il n'était pas là ?

Comment accompagner un enfant dans les soins sans « oublier » de lui parler et de lui offrir de s'exprimer ?

Et comment préserver notre sensibilité alors que nous devons affronter les violences d'un traumatisme ?

#### « THIN-SKINNED »

This is the story of a child suffering severe burns, with multidisciplinary care.

We are going to tell you about Leo, 8 years old. When he was 2, Leo has been seriously hurt in his physical integrity during a fire triggered by his brother.

Leo lives in Clairs Vallons since the age of 4. But it's in a violent environment from which we can't always protect Leo that he has to grow up and build his future : trauma, domestic violence, medical violence, social violence...

We take care of Leo, thin-skinned, trapped in acts and words of care givers, either in opposition or breaking down. Our team, invested in keeping his childhood whatever, despite all that we know about him, about his future and our incapacity to cure him.

How to help Leo to take hold of his life while in the hospital, parents and doctors are talking about his future as if he wasn't there.

How to support a child without forgetting to adapt our medical terms into a child's language, and to offer him back to express himself ?

How to manage and take care of our sensibility while we are coping with the violence of the trauma.

---

\* Communication presented at the 8th European Congress on Child and Adolescent Psychopathology and XXX Congress of SEPYPNA, which under the title "Psychological development, psychopathology and human relations today: interaction between the biological and the social aspects" took place in Bilbao on April 26, 27 and 28, 2018.

\*\* Kinésithérapeutes. Centre pédiatrique Clairs Vallons.

Je m'appelle Léo, je vais vous raconter mon histoire. C'est difficile à entendre.

J'ai 9 ans, je vis dans le centre médical pédiatrique Clairs Vallons en Belgique depuis 5ans. Mon frère a mis le feu à mon matelas pendant ma sieste quand j'avais 2 ans. Je suis devenu un grand brûlé ....

Pourquoi mon frère m'a-t-il fait ça ?

Maman où étais tu pour me protéger ?

Une centaine d'opérations dans les 2 premières années. J'étais petit, je n'ai pas tout compris, mais j'ai ressenti dans mon corps.

Ça faisait mal, je ne savais pas bouger, j'avais peur.

Ma vie à l'hôpital : anesthésie, opérations, pansements, soins, immobilisations, postures, kinésithérapie.

Maman était là ou pas, papa travaillait.

Après 2 ans, je suis sorti de l'hôpital pour être placé à Clairs Vallons par un Service d'Aide à la Jeunesse.

Ma rééducation et mes soins font toujours partie de mon quotidien, mais désormais je peux aller à l'école, me faire des copains, jouer, sortir dehors et sentir le vent. Même si c'est à travers mes contentions.

Je retourne très souvent à l'hôpital en consultation.

Maman n'est plus là.

Elle nous dira : « Moi l'hôpital je peux plus. »

Papa non plus.

« Je travaille moi, je ne sais pas prendre congé comme ça ! »

Je suis avec ma kinésithérapeute et mon infirmière.

Les médecins regardent mon corps, l'examinent, et s'interrogent, ils parlent entre eux comme si j'étais pas là.

J'entends des mots : « opération », « amputation », greffe, je comprends vraiment pas tout... Je me sens pas bien.

En tant que kinésithérapeute, je me suis souvent sentie mal pendant ces consultations, démunies d'humanité et d'intimité, et Léo lui devait les vivre.

Comment ne pas être choqué par ses images de peau brûlée, ce petit corps amputé de certaines parties, ces plaies ouvertes, ce visuel insoutenable, « ces bobos » comme dit Léo.

J'ai souvent ressenti la stupeur des médecins et des soignants malgré leur fonction. Cette violence visuelle les empêche-t-il de voir Léo comme un enfant qui ressent et qui pense ?

Trop d'empathie est-elle dangereuse ?

Pour être dans le soin, faut-il créer une distance psychique ? Face à Léo donc le corps a subi l'impensable.

Quelle décision prendre quand on est médecin avec un

enfant si atteint ? Faut-il l'opérer ou pas ?

Y aura-t-il amputation ?

Challenge ou peur de soigner et de réparer, ne pas savoir guérir.

Faut-il intervenir en chirurgie avec un risque élevé de complications ?

Et des complications, j'en fais si souvent.

Des petites infections avec des hospitalisations courtes, jusqu'à ce que des mauvaises bactéries fassent des trous dans mon ventre ; il a fallu retirer une partie de mon intestin.

J'étais entre la vie et la mort.

J'ai entendu les soignants de l'hôpital et de Clairs Vallons, les kinés, les infirmières, me dire au revoir...

Je ne suis pas mort.

Je resterai 6 mois à l'hôpital, et 1 an sans manger, nourri par parentéral.

Sous le choc d'une mort annoncée, papa et maman sont à nouveau présents à l'hôpital.

Papa est fâché : il pense que le centre est responsable. Mamy (la maman de maman) restera avec moi pendant la longue hospitalisation.

Papa ne parle plus à mamy ils se sont disputés, c'est compliqué...

Maman est enceinte de ma petite sœur, je la vois moins.

Je retourne après 6 mois à clairs vallons, je passe une grande partie de la journée dans ma chambre, j'aide les infirmières.

Mais quand mes soins sont trop durs je me déconnecte, couché le regard vide.

Léo rentre-t-il spontanément en auto-hypnose pour se protéger ?

C'est long, je suis patient, je pleure souvent très fort. Je crie, c'est trop long c'est trop dur, j'ai envie de jouer avec mes copains.

Léo si atteint dans son enveloppe corporelle, frontière protectrice entre le dehors et le dedans, observe pendant les soins ce dedans qui s'extériorise désormais par deux stomies.

Après 1 an, je retourne à l'hôpital. On répare mon intestin, je peux à nouveau manger et boire... Hummm ! et être avec mes copains, chouette.

Je reviens dans le centre. Ouf je retourne à l'école, j'adore l'école ! Et les w e je peux rentrer à la maison.

Mais mon corps grandit, je dois à nouveau me faire opérer, c'est les chevilles cette fois. Opération compliquée.

Je retourne dans mon centre après quelques semaines,

je roule en chaise jusqu'à ma chambre ! Oh mes jeux sont toujours là je suis content ! Vite, vite dire bonjour à tout le monde !

Retrouver ma place dans le groupe d'enfant n'est pas toujours facile, mais les adultes m'aident à trouver cette place.

La chirurgienne qui me soigne part dans un autre hôpital, il faut changer de docteur. Elle est bizarre ce nouveau médecin, elle rentre, elle sort de la pièce, parle au téléphone.

Elle ne me voit pas ?

Puis à nouveau, on me déshabille devant tout le monde, on m'examine.

« Vous pouvez déshabiller Léo, on va prendre des photos ! »

Me revoilà tout nu, et c'est reparti avec ces mots compliqués... je commence pourtant à comprendre maintenant : j'ai grandi, et au centre on m'a expliqué pourquoi on allait revoir les médecins. Ma kiné et mon infirmière m'ont promis que cette fois on n'allait pas rester à l'hôpital, on me rassure avec des mots que je comprends.

Papa est présent pendant ces consultations, maman pas.

D'ailleurs, papa et maman c'est compliqué aussi, ils se sont disputés, et maintenant quand ils viennent me voir c'est séparément.

Ça veut dire quoi séparé ?

Maman vient maintenant plus me voir, et pendant la visite il y a toujours deux psychologues avec nous. On joue, ensemble avec ma petite sœur, que c'est gai...

Cette maman pourra nous confier, à notre équipe, ces difficultés sur l'accident de Léo, sur son couple, les violences qu'elle subit quotidiennement. Elle ne veut plus vivre avec le père de Léo.

Le frère de Léo sera placé en institution par le Service d'Aide à la Jeunesse pour le protéger de ces violences subies en famille.

On expliquera tout cela à Léo, c'est difficile.

Je ne vais plus à la maison le w e.

Tu as très envie de rentrer chez papa et maman, mais au retour du dernier w e tu n'étais pas bien... Et tu avais très peur.

Reviement de situation : les parents se marient.

Ça veut dire quoi, se marier ?

Je fais partie de la fête : maman toute belle en blanc. Papa, mon frère et moi tout beau en costume, ma petite sœur en mariée, la famille est pour ce jour réunie.

Je participe à la cérémonie, je me sens bien, je suis avec

ma famille et je suis accompagné par la psychologue et l'assistante sociale du centre.

Notre équipe restera inquiète, nous garderons à l'esprit les confidences de sa maman sur les violences du père de Léo.

Au niveau médical nous attendions depuis quelques semaines des nouvelles de la chirurgienne de Léo, nous avons demandé un suivi et une réflexion autour de son avenir avec les différents chirurgiens, orthopédistes et plasticiens.

Nous irons enfin à un rdv fixé par cette équipe où elle sera absente.

Les médecins démissionnent, le cas de Léo est-il trop complexe, est-ce trop dangereux d'opérer ce petit garçon ?

Suite à cette abandon notre équipe est démunie.

Après réflexion et en accord avec les parents nous changeons d'hôpital.

La nouvelle équipe découvre Léo, ce petit garçon souriant mais tellement abimé qu'il fige le regard des médecins.

Certains seront bienveillants mais d'autres confrontant voire sarcastiques.

Sarcasme violent lorsqu'un médecin ira jusqu'à nous dire : « il n'a plus d'orteils mais les orteils ça sert à rien c'est pour les tongs ».

Léo grandit et il faudra encore intervenir sur sa peau.

En 8 mois, il a déjà été hospitalisé deux fois, des hospitalisations courtes d'après les prévisions du médecin mais qui au final auront duré 1 à 2 mois.

Hospitalisations dans un service de grand brûlé où Léo aura comme compagnon de chambre, d'autres grands brûlés adultes.

Les parents nous répéteront : « oh mais Léo est habitué, il connaît... ça ne lui fait rien. »

Les parents de Léo sont présents constamment durant ces hospitalisations, veulent reprendre le contrôle des décisions, manipule la nouvelle équipe, joue le rôle d'une famille sans histoire et mettent beaucoup d'énergie pour que leurs violences graves et répétées ne soient pas connues de cette nouvelle équipe.

Maman est en colère, je l'entends dire que je ne vais pas rester à clairs vallons.

La maman de Léo, autrefois si absente et qui avait pu se confier à notre équipe sur les violences de son mari, semble maintenant mener un combat contre nous. Lors d'une convocation au Service d'aide à la jeunesse, elle parlera de notre équipe en les termes de « pourriture de

centre ».

Nous ne pouvons pas balayer les graves faits de violence qu'elle nous avait confiés. À ce jour, nous sommes toujours vigilants.

Elle qui avait démissionné de son rôle de mère, reprend sa place. Par leur mariage, les parents de Léo font mine d'être une famille unie.

Pas simple pour Léo, qui doit entendre les remarques dénigrantes de ses parents à notre égard.

Comment un enfant peut-il se construire, grandir quand sa vie n'est que violence : violence du traumatisme, violence médicale, chirurgicale, violence familiale et sociale, va et vient entre l'hôpital, le centre et la maison, et les centaines de soignants ?

Dans nos soins de kinésithérapie, nous lui permettons d'utiliser son corps comme moyen d'expression.

Lui permettre de l'appriivoiser, de le découvrir, d'exprimer ses douleurs, d'être maître de son corps.

Nous mettons des mots sur ses sensations corporelles, sur ses attitudes, nous touchons, massons en douceur et bienveillance. Nous sommes là depuis 5 ans.

Nous lui avons appris la différence entre sourire-colère-douleur. Dans chaque espace de thérapie, nous l'avons aidé à ajuster ses expressions de visage en rapport à ses sensations, afin de lui permettre de ressentir toutes ses émotions et ne pas toujours avoir un sourire éclatant et plaqué pour attirer l'adulte, mais une émotion juste qui correspond au moment présent.

Notre équipe pluridisciplinaire lui a expliqué, l'a rassuré sans l'épargner ; nous avons dit simplement la vérité.

Nous avons traduit le vocabulaire compliqué des consultations avec ses mots simples d'enfants.

Comprendre et nommer les moments difficiles et les

colères naissantes de Léo. Accepter le refus de travailler quand le corps fait si mal.

Et puis il y a eu ce moment où nous avons senti ses questionnements par son regard qu'il posait sur lui, sur nous, sur les différences et les pourquoi.

Nous avons dû insister auprès des parents pour qu'ils expliquent à leur fils son histoire, pour que Léo puisse se construire.

Papa le fera difficilement avec les psychologues mais sans maman, ni son frère.

Les parents de Léo sont dans le déni du handicap et de la maltraitance et sont incapables de percevoir les difficultés et le ressenti de leur fils.

Nous avons été les témoins, les confidents mais nous ne sommes plus les partenaires de soins de cette famille qui banalise les violences subies par Léo. Nous sommes disqualifiés.

Ils nous reprochent régulièrement de ne pas avoir su réparer leur petit garçon, de n'avoir pas su résorber son retard mental, et de n'avoir pas su prévoir les imprévus.

Notre sensibilité et celle de notre équipe pluridisciplinaire est souvent mise à mal. Toutes ses violences nous les vivons avec lui. Je me sens transparente devant le papa de Léo qui me dit bonjour sans me regarder, comme si je n'existais pas. Et que ressent Léo devant sa maman qui reste les yeux rivés sur son téléphone pendant toute la consultation.

Notre bagage professionnel nous permet de renvoyer à l'enfant un regard bienveillant, un toucher enveloppant et thérapeutique mais nous avons souvent envie de le protéger plus, mieux, d'avoir la formule magique d'une famille différente.

---

# MODÈLE D'ÉVALUATION DES ENFANTS EN MAL D'APPRENTISSAGE : L'ABORD PACIDA (PSYCHO-AFFECTIVO-CONTEXTUEL INTÉGRÉ DES APPRENTISSAGES)\*

## EVALUATION MODEL OF CHILDREN WITH LEARNING DISABILITIES: THE PACIDA APPROACH (PSYCHOLOGICAL, AFFECTIVE, CONTEXTUAL AND INTEGRATED APPROACH)

Abigaël Heim\*\* et Luigi Viandante\*\*\*

---

### RÉSUMÉ

L'évaluation des difficultés d'apprentissage chez l'enfant doit non seulement considérer les dimensions neurodéveloppementales comme facteurs explicatifs des troubles, mais également prendre en considération les dimensions psychoaffective et contextuelle. Une

vision unifiée et intégrée des facteurs impactant les apprentissages est nécessaire pour

permettre la mise en place de mesures adaptées et investies par les acteurs en jeu : l'enfant, la famille et l'école. Notre modèle d'évaluation PACIDA propose un regard intégré sur cette problématique.

The assessment of learning difficulties in children should consider not only neurodevelopmental dimensions as explanatory factors for the disorders, but also take into

account psycho-affective and contextual dimensions. An unified and integrated vision of the factors impacting learning is necessary to allow the implementation of measures which are adapted and invested by involved actors: the child, the family and the school. Our PACIDA evaluation model offers an integrated look at this issue.

### INTRODUCTION

Dans la Convention relative aux droits de l'enfant conclue à New York le 20 novembre 1989 par l'ONU et ratifiée par la Suisse en 1997, l'accès à l'éducation et à un enseignement adapté est clairement mentionné (art.28 et 29). Lors d'apparition de difficultés scolaires, les familles et le corps enseignant ont le devoir d'offrir de l'aide à

---

\* Communication presented at the 8th European Congress on Child and Adolescent Psychopathology and XXX Congress of SEPYPNA, which under the title "Psychological development, psychopathology and human relations today: interaction between the biological and the social aspects" took place in Bilbao on April 26, 27 and 28, 2018.

\*\* MD, Spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents

\*\*\* Psychologue associé spécialiste clinique FSP/ Psychothérapeute ASP

CHUV, SUPEA-Pédopsychiatrie de liaison. Consultation spécialisée du développement en pédopsychiatrie (CSD-P). Plateforme des troubles des apprentissages. Hôpital Nestlé. Lausanne.

l'enfant en difficulté dans ses apprentissages. Dans cette optique, ils peuvent recourir à divers professionnels pédago-médico-psychologiques.

La Consultation Spécialisée du Développement en Pédopsychiatrie (CSD-P), faisant partie de la Plateforme des troubles des apprentissages du CHUV, a adopté un nouveau fonctionnement issu de la rencontre d'un psychologue clinicien psychodynamicien et d'une pédopsychiatre systémicienne décidés à unir leurs forces autour des familles et de leurs enfants présentant des difficultés scolaires. Nous fonctionnons comme une unité tertiaire, recevant donc des familles et des enfants déjà coutumiers des rencontres avec toutes sortes de professionnels pédago-médico-psychologiques. Ancrés dans le service de pédopsychiatrie de liaison, nous collaborons activement avec la Consultation Troubles des Apprentissages Scolaire de l'unité de neurologie pédiatrique du CHUV. L'évaluation neuropédiatrique et le cas échéant neuropsychologique qui en découle permet de confirmer ou d'exclure l'existence d'une atteinte cérébrale, neurologique ou de troubles instrumentaux complexes.

Dans notre consultation clinique, il nous est apparu que, malgré la rencontre des enfants et de leur famille avec plusieurs professionnels appartenant à différentes disciplines, ceux-ci suivant pourtant les guidelines en vigueur, et malgré les diverses tentatives de solutions, il persistait chez nos patients et leurs familles une souffrance en lien avec la scolarité.

Cette souffrance persistante en milieu scolaire s'exprime sur différents plans.

La capacité d'apprentissage de l'enfant s'inscrit dans une complexité des processus en jeu qui dépendent à la fois de l'équipement neurobiologique et cognitif de l'individu mais également de son environnement psychologique et relationnel au sens large (Golse, 2008). Ainsi parmi les pré-requis au métier d'élève, citons par exemple: la capacité à appartenir au groupe classe de façon tranquille, paisible et sereine ; la capacité à faire face à ses émotions et à les réguler, la capacité à mobiliser son attention, à distinguer les différents moments de la journée scolaire et à adapter son comportement en fonction, celle consistant à catégoriser les informations reçues selon leurs importances afin de prioriser leur utilisation, à organiser le fil de sa pensée afin d'accéder à la connaissance enseignée, à pouvoir stocker l'information et à en disposer, puis coordonner différentes fonctions pour mettre en œuvre et produire une tâche complexe, résoudre un problème ou créer un récit par

exemple. D'un point de vue neuropsychologique, nous pourrions rattacher ces préalables au développement des fonctions exécutives (Roy, 2012) qui, telles un véritable chef d'orchestre, intègrent et coordonnent les diverses capacités à disposition du sujet, et peuvent être mises en perspective avec les fonctions du Moi dans une vision psychodynamique.

La difficulté de l'enfant à entrer dans les apprentissages scolaires et à profiter de l'enseignement peut alors être affectée à divers stades et liée à différents facteurs :

- Un trouble psychique entravant le développement psychoaffectif identitaire peut empêcher l'enfant d'organiser sa pensée. Lorsque le narcissisme primaire, autrement dit les prérequis identitaires, présente des failles importantes, l'appréhension du monde interne et du monde externe est mis à mal. L'incapacité à créer une représentation de soi et des autres qui soient suffisamment stables, de manière cohésive et cohérente, renvoie l'enfant à des angoisses primaires massives qui envahissent le fonctionnement psychique. Le développement d'un type d'attachement suffisamment sécurisant aux personnes de référence est entravé, ainsi que la constitution des contenants de pensée primordiaux (Gibello, 1995) et de l'appareil à penser les pensées (Bion, 1962).
- Des difficultés instrumentales importantes peuvent entraver les acquisitions scolaires de diverses manières. Avant tout, il convient de déterminer le plus précisément possible quelles fonctions cognitives peuvent être atteintes chez l'enfant. Si une évaluation cognitive de première ligne, type WISC-V accompagnée d'une évaluation clinique des apprentissages, permet un premier défrichage des aptitudes cognitives de base et la compréhension de certaines difficultés, elle n'est souvent pas suffisante pour déterminer des atteintes sur des aptitudes plus précises. L'apport du bilan neuropsychologique pour évaluer la variété des dimensions cognitives (gnosies, praxies, traitement visuospatial, mémoire, langage oral et écrit, numération, fonctions attentionnelles et exécutives, temporalité, cognition sociale) grâce à des outils spécifiques est indéniable. Malgré une évaluation de plus en plus précise, la thérapie de ces troubles dits dys- est parfois résistante, notamment lorsque plusieurs fonctions présentent des atteintes développementales. Cette dysharmonie impacte de manière significative le

développement narcissico-identitaire de l'enfant, notamment dans son expression émotionnelle et relationnelle. Le clivage des professionnels ne répondant qu'en terme cognitiviste ne permet pas de prendre en considération la subjectivité de l'enfant et l'appropriation de ses troubles de manière unifiante et renforce les clivages développementaux. Ainsi en classe, les seules adaptations pédagogiques s'avèrent souvent peu efficaces si elles ne prennent pas en considération le vécu subjectif et relationnel de l'enfant. Tout apprentissage implique un certain degré d'incertitude, de frustration et de découragement, et se trouve amplifié par les troubles instrumentaux de l'enfant qu'il convient d'aider à contenir les affects mobilisés par cette confrontation, faute de quoi, la projection de ces éléments non détoxiqués envahit le champ de la classe et tend à distordre la relation d'apprentissage (Salzberger-Wittenberg 2012 ; Youell, 2009).

- Une tension, dissension, voire une discorde entre le corps enseignant et les parents peut être présente explicitement ou implicitement, l'enfant étant à risque d'être mis dans un conflit de loyauté (Boszormenyi-Nagy, 1973). Cette tension peut résulter de divers facteurs. Des difficultés d'intégration peuvent apparaître chez une famille migrante, celle-ci pouvant être en mal d'appartenances et ressentir son intégration à son pays d'accueil comme l'expression d'une déloyauté envers son pays d'origine. Ce sentiment peut encore être exacerbée par des séquelles de traumatismes diminuant la capacité d'adaptation et rendant l'intégration des enfants plus difficile en milieu scolaire (Dalgaard, 2015). Des difficultés de séparation peuvent être présentes chez un ou plusieurs membres de la famille. L'enfant ne sent alors pas ses parents tranquilles lorsqu'il va à l'école et valide leur inconfort en se montrant lui-même inconfortable. Au sein de la famille, des expériences scolaires malheureuses antérieures peuvent avoir dessiné des cartes du monde (Elkaim, 1989 ; White 2007) pessimistes quant à l'école, chaque incident risquant alors de confirmer cette carte. Ainsi, pour profiter de l'enseignement, parmi les pré-requis nécessaires à entrer dans les apprentissages, l'élève doit se sentir autorisé à investir le milieu scolaire. Il doit par ailleurs attribuer à l'enseignant les qualités humaines, les

compétences pédagogiques et les connaissances validant ce dernier dans sa fonction d'enseignant.

Dans les cas que nous rencontrons à notre consultation tertiaire, l'enfant reste en souffrance. Les différentes propositions et tentatives de solutions n'ont pas permis de résolution : des éléments de réalité ont pu rendre l'application de ces propositions caduques ; les propositions des professionnels n'étaient pas compatibles avec les représentations des parents qui ne les ont pas mises en place, car ils n'y adhéraient pas ; malgré la mise en place des propositions, l'enfant ne peut investir les aides ou les espaces proposés ; malgré l'investissement des aides ou espaces proposés, un facteur freine ou retarde les progrès.

Fréquemment, l'intrication de facteurs cognitifs, affectifs et contextuels décrits ci-dessus nous semblaient présents dans les difficultés scolaires.

### **Déroulement de l'évaluation :**

Notre modèle d'évaluation PACIdA s'inscrit en complément d'une évaluation cognitive suffisamment documentée. Cette dernière peut déjà avoir été effectuée précédemment par divers professionnels du réseau de l'enfant et ne nécessite qu'un complément dans notre service ou peut être demandée conjointement à la Consultation Troubles des Apprentissages Scolaires de l'unité de neurologie pédiatrique. La restitution de cette évaluation cherche à intégrer les divers facteurs entravant les apprentissages afin de donner un sens cohésif et cohérent à la problématique (Georgieff, 2014 ; Speranza, 2010).

Lors du premier entretien, nous rencontrons la famille, l'enfant patient désigné et éventuellement un membre du réseau désireux d'accompagner la demande. Nos deux regards se concentrent sur cette situation problématique et nous avons à cœur d'étudier minutieusement la demande (Tilmans, 1987). Nous questionnons ainsi les tentatives de solutions déjà parcourues, le succès ou échec de chacune de ces tentatives. Nous étudions le regard des différents membres de la famille et intervenants sur les difficultés, la façon dont ils se les représentent. Nous demandons s'il y a un consensus à ce niveau-là ou au contraire des visions très contrastées. Nous relevons quelles personnes de l'entourage sont au courant et lesquelles ignorent les difficultés et pour quelle raison le cas échéant. Nous nous intéressons aux questions restantes et aux attentes des différents membres de la famille et intervenants.

Nous questionnons également le risque à effectuer cette nouvelle évaluation.

Lors de cette première rencontre, une pause en fin de séance permet aux deux thérapeutes de confronter leurs points de vue et de se coordonner quant à la suite à donner à l'évaluation.

### **Première éventualité :**

-les dissensions entre les parent et les intervenants du réseau sont telles qu'il y a un risque quant à l'utilisation des résultats de l'évaluation à des fins ne bénéficiant pas à l'enfant et/ou lorsque nous doutons que les parents et intervenants puissent adhérer aux éventuelles propositions. Des nouvelles entrevues sont fixées afin de tenter d'assainir les rapports et d'harmoniser la demande.

Deuxième éventualité :

-Il n'y a pas de réelle demande, il s'agit d'une erreur d'aiguillage ou de tourisme médical.

Troisième éventualité :

-La demande est suffisamment claire et les prochains rendez-vous sont fixés comme suit.

- Des entretiens avec l'enfant en vue de compléter, si nécessaire, l'évaluation des fonctions cognitives et d'effectuer ou de compléter le bilan psychoaffectif par le psychologue clinicien. Pour ce faire, l'utilisation des tests projectifs est privilégiée, afin de déterminer le fonctionnement psychique prépondérant de l'enfant dans la perspective d'analyse dynamique du discours du Groupe de Lausanne (Husain, 2001). Les outils projectifs permettent de mieux saisir les processus de pensée et les éventuels défauts de symbolisation, d'accéder aux représentations de soi et de l'objet, de déterminer le niveau de constitution des enveloppes du Moi, sa capacité de différenciation vers une logique bivalente (Matte-Blanco, 1988) et sa résistance face à l'impact pulsionnel, mais également de mettre en évidence le type de relation d'objet dans lequel s'inscrit l'enfant, le type d'angoisses prédominantes et les mécanismes de défenses pour y faire face.
- Proposant un matériel non structuré où tout discours est libre, le Rorschach se justifie par sa complémentarité aux tâches cognitives très structurées. Il permet de mettre en jeu la complexité des processus mentaux et se révèle très sensible aux dysfonctionnements cognitifs. Les troubles de la pensée chez l'enfant peuvent ainsi être appréhendés par le repérage des failles dans la

constitution des enveloppes psychiques (Frédéric-Libon, 2005). De plus, pour maîtriser les codes d'apprentissages (lecture, écriture, calcul), l'enfant doit faire preuve de capacités de symbolisation secondaire. Ce degré d'élaboration symbolique dépend de la différenciation et de l'intégration des contenus de pensée primordiaux repérables par les tests projectifs (Lefebvre, 1999). D'un point de vue développemental, il nous semble nécessaire d'inscrire les difficultés d'apprentissage de l'enfant en regard de la construction de sa personnalité, cela dans une perspective de polysémie du symptôme.

- A ce testing s'ajoute l'évaluation du type d'attachement (Miljkovitch, 2008) soit au moyen de scénette de jeu à compléter (Bretherton, 2008), soit par un entretien semi-structuré en fonction de l'âge de l'enfant (Borghini, 2014). Différents éléments complémentaires aux projectifs peuvent ainsi être mis en lumière. Les narratifs élaborés par l'enfant et leur codage permettent de faire ressortir les stratégies représentationnelles d'attachement qui se composent de 4 prototypes : sécurité, inhibition du système d'attachement, hyperactivation du système d'attachement et désorganisation. Différentes sous-échelles évaluent de manière plus spécifique les représentations de soutien parental, la réaction aux séparations, mais également la distance symbolique de l'enfant et ses compétences narratives, la congruence des affects aux situations ou encore les capacités de mentalisation pour les enfants d'âge scolaire.
- L'efficacité des interventions familiales a déjà été démontrée, même lorsqu'elles sont brèves (Vaudan, 2016). Les entretiens entre les parents et la pédopsychiatre offrent un espace de parole privilégié concernant le trouble de leur enfant et son impact sur la famille et sur l'école, et permettent de mettre en lumière les facteurs contextuels (familiaux, scolaires) péjorant ou apaisant le trouble. La réalisation d'un génogramme soit dessiné par le thérapeute (McGoldrick 1985) selon les instructions des parents, soit croisé (Duval, 2007) permet de réancrer ces derniers dans leurs histoires respectives. Le parcours de vie, en tant que descendant, membre d'une famille, enfant, écolier de chaque parent est évoqué. Ainsi les forces, figures significatives, modes éducatifs, valeurs, ressources mais aussi faiblesses et traumatismes des deux familles apparaissent au

cours de cet exercice. Les valeurs autour desquels se rencontrent ou se disputent les parents sont mises en relief, le mode éducatif choisi, de même que les projections ou attentes des parents quant à leurs enfants sont mis en évidence.

- L'exécution du génogramme dans la pratique psychothérapeutique a été détaillée dans ses applications par plusieurs auteurs appartenant à divers courants (McGoldrick 1985 ; Wachtel, 1982 ; Lemaire Arnaud, 1980 ; Cabié, 2007 ; Katz-Gilbert 2015). Classiquement dévolu à la thérapie de couples et des familles, il peut être perçu comme appartenant à la thérapie contextuelle (Boszormenyi-Nagy, 1973) et peut être considéré comme un objet flottant (Caillé, 2004).
- Dans notre pratique, nous le proposons lors de la première rencontre avec les parents seuls, en vue de favoriser l'alliance thérapeutique (Mosca, 2005). L'exercice leur offre un support visuel et un espace tiers permettant d'ancrer leur récit actuel au niveau contextuel et au niveau temporel. L'exécution croisée du génogramme revêt un avantage considérable lorsque des divergences éducatives apparaissent comme prédominantes. Rappelant la technique du questionnement circulaire (Selvini-Palazzoli, 1982), il permet à chacun des parents de reparcourir l'histoire éducative et filiale de l'autre parent avec la distance permise par la contenance amenée par l'outil. Le parent dans la symbolisation active de la famille d'origine de son partenaire, pourrait être alors plus à même de mettre du sens sur les principes ou évidences éducatives chers à l'autre. Ce dernier, à l'écoute d'une compréhension de son histoire par son conjoint, peut être surpris et est laissé libre de rectifier la lecture que son compagnon en fait. Souvent touché par l'attention et la considération portée à leur parcours, les parents pourraient assouplir leur regard sur la problématique de leur enfant.
- Au cours de cet exercice, le thérapeute est le témoin de cette co-construction et devient le réceptacle de l'histoire familiale. Son point de vue quant à la situation devenant ainsi plus éclairé, il pourrait être mieux considéré par la famille. C'est depuis cette position qu'une réflexion est menée avec les parents quant aux possibilités de mettre telle ou telle prise en charge en place.
- Selon les difficultés décrites, des questionnaires

sont distribués afin d'appréhender d'une façon la plus objective possible l'expression des symptômes dans les différents milieux de l'enfants (famille, école, foyer éducatif, accueil extra-scolaire). Les échelles standardisées les plus fréquemment utilisées sont le Conners pour l'évaluation des difficultés attentionnelles, le BRIEF pour l'évaluation comportementale des fonctions exécutives ou encore le Bishop pour l'évaluation de la pragmatique du langage.

- Enfin, des entretiens téléphoniques sont proposés aux intervenants du réseau scolaire afin de recueillir les observations, les ressentis et les projections des enseignants. Nous les encourageons à penser l'enfant dans le champ même de la classe et dans sa relation d'apprentissage pour les aider à comprendre la nature de cette relation qui les implique pleinement avec leur élève (Youell, 2009). En comprenant ce que l'enseignant vit avec son élève ou sa classe, nous pouvons comprendre ce que vivent les enfants confrontés à leurs apprentissages. La réflexion à plusieurs sur le vécu émotionnel que suscite un enfant permet de prendre de la distance et de reconsidérer ce vécu à la place de l'enfant. Nous tentons ainsi de remobiliser la capacité de contenance de l'enseignant face à son élève, de penser celui-ci dans l'intersubjectivité et de rassembler les ressources à disposition du champ.

Suite aux différents entretiens, les deux thérapeutes établissent des liens entre le fonctionnement intrapsychique de l'enfant, ses fragilités et forces affectives et cognitives, et le système familial. La restitution est faite de façon réaliste, respectant la sensibilité de la famille et évoquant des propositions adoptables sur le plan pratique en concertation avec les possibilités du réseau.

### **Synthèse d'un cas :**

Paul, 8 ans, présente un tableau complexe qui s'inscrit dans une dysharmonie développementale. Sur le plan neurodéveloppemental, tous les critères pour un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité sont réunis, incluant un trouble dysexécutif important. Toutefois, dans les questionnaires, tant les réponses de l'enseignant que celles des parents font suspecter des difficultés qui dépassent le TDA/H et touchent à la dimension affective. Ce trouble ne semble pas pouvoir expliquer à lui seul les difficultés que rencontrent Paul dans ses apprentissages

et la difficulté à mettre en place certaines aides proposées par les professionnels du réseau. En conséquence, la proposition d'une médication, sans tenir compte des éléments psycho-affectivo-contextuels, risquerait de ne pas répondre aux besoins de l'enfant. Notre évaluation a permis de comprendre que chez Paul ce trouble était alimenté par des aspects anxio-dépressifs sous-jacents. Paul cherche la valorisation et l'attention de l'autre mais peine à s'inscrire dans une relation suffisamment sécuritaire qui lui permette de faire face à la survenue émotionnelle. Son système d'attachement est inhibé. Il lutte activement pour ne pas se sentir dépendant de l'autre, alors même que l'étayage lui est nécessaire au vu de ses fragilités. Son trouble attentionnel, accentué par une tentative d'éviter ce qui le met face à l'impuissance et à la frustration, le maintiennent hors du champ de la relation d'apprentissage avec l'enseignant. Une trop forte confrontation entraîne un mouvement de désorganisation de la pensée, l'enfant ne parvenant plus à se contenir et à s'autoréguler et ne pouvant compter sur l'autre pour s'apaiser. Des défenses d'allure hypomane apparaissent dans une lutte active pour ne pas céder à un effondrement dépressif primaire.

Parmi les nombreux éléments apparus au cours de l'exécution du génogramme, nous retenons la notion de rivalité revenant à plusieurs reprises dans le discours. Les avortements évoqués comme événements significatifs sont mis en lien avec la notion de faute portée par les générations suivantes. En échange des soins reçus, chaque génération semble devoir laver les péchés des générations précédentes et valider les qualités parentales. Peu d'importance est attribuée aux compétences des intervenants externes au milieu familial. Les alliances se développent verticalement, au risque de dégrader les relations horizontales. La fratrie n'est pas considérée comme ressource, contrairement à la religion qui est source de liens sociaux. Les valeurs communes aux deux parents sont la réussite, la combativité et la soif de connaissance.

Dans ce contexte, l'apparition des difficultés de Paul a suscité une irritation couplée à un sentiment de culpabilité chez la mère, enseignante, et des mouvements agressifs de la part de ses frères et sœurs. L'entrée à l'école a rendu visibles les difficultés à l'extérieur du cercle familial, suscitant un sentiment de honte chez les parents. Une année de scolarité à domicile a permis d'apaiser ce sentiment et de permettre l'entrée dans les apprentissages, validant les compétences maternelles mais exacerbant la jalousie de la fratrie. Le retour à une scolarité classique

a exposé à nouveau la famille au regard extérieur, faisant peser une grosse pression sur les épaules de Paul et provoquant des angoisses de performance massives chez le garçon. Il a pu craindre à juste titre de décevoir ses parents et n'a pu compter sur le soutien de sa fratrie avec laquelle il a préféré éviter les contacts. Rajoutons encore que, le père confiant l'éducation à la mère, les difficultés scolaires de Paul ont pu être la source de tensions entre les parents, augmentant encore la pression mise sur sa réussite.

Dans cette situation, il apparaît que, face aux fragilités émergentes de leur troisième né, les parents n'ont pas pu mettre en place précocement les aides proposées par les différents intervenants. La mère avait à cœur de mettre ses propres compétences éducatives au service du développement de Paul. La persistance de sa symptomatologie n'a fait que renvoyer à la mère un sentiment d'insuffisance et d'impuissance, mettant à mal la relation d'attachement mère-fils.

Dès le début de l'évaluation, les deux parents se sont néanmoins montrés investis et actifs. Ils ont mis en lumière les habitudes issues de l'héritage familial de chacun et évalué la portée de cet héritage sur le fonctionnement familial actuel. Ils ont pu mettre le bien de leur fils au centre de leurs préoccupations et réfléchir à l'intrication de leurs attentes, leurs envies et leurs représentations avec les symptômes externalisés que présentent Paul. Ils se sont rapidement autorisés à expérimenter des nouvelles façons d'être en lien avec leur fils, démontrant une certaine souplesse, ce qui est de bon pronostic.

Sur le plan scolaire, le même type d'attachement insécure à l'enseignante renforçait à nouveau le système en place. Cette dernière a pu exprimer son impuissance face à la situation et sa difficulté à trouver les aides appropriées ayant déjà fait appel à une multitude de professionnels du milieu scolaire. Nous avons également mis en évidence une forme d'irritation face aux comportements inadaptés de Paul qui risquait d'entraîner un désengagement relationnel. Dans ce cas, la charge émotionnelle dont est porteuse l'enseignante nous renseignent vraisemblablement sur le vécu de Paul dans sa relation d'apprentissage. En liant ses vécus à la situation de l'enfant face aux apprentissages, un réinvestissement de la relation est possible. Paul est à nouveau pensé dans l'intersubjectivité du champ. Cela s'est manifesté par une remise en pensée d'éléments pédagogiques pouvant favoriser la métacognition de Paul que l'enseignante avait inhibé. Une demande d'aide en classe a pu alors être envisagée. Le but de ces moyens auxiliaires était de

mieux contenir l'enfant en difficulté et de lui proposer une aide efficace pour palier à ses fonctions exécutives défaillantes.

Alors que Paul devait trouver un cadre externe suffisamment sécuritaire, dans la continuité, pour lui permettre de s'y appuyer afin de développer ses capacités de régulation et sa réflexivité, le fonctionnement familial et scolaire tendait à renforcer ses difficultés. Le cas de Paul nous montre l'importance d'une évaluation qui prenne en compte la complexité des processus en jeu et la mise en sens des troubles dans leurs différentes dimensions. En remobilisant les ressources du système familial et du système scolaire et en permettant à chacun de se diriger vers un positionnement plus confortable, les prises en charge thérapeutiques indiquées peuvent être pensées dans la temporalité et suffisamment investies par les différents protagonistes.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bion, W. (1979). *Aux sources de l'expérience*. Paris: PUF.
- Borghini, A., Pierrehumbert, B., Habersaat, S., Faure, N., Turpin, H. et Casonato, M. (2014). *La CAME: Cartes pour l'évaluation de la Mentalisation et de l'Attachement chez l'Enfant d'âge scolaire*. Documents non publiés.
- Boszormenyi-Nagy, I. et Spark, G. (1973). *Invisible Loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Jarper and Row.
- Bretherton, I. (2008). Les histoires à compléter pour l'étude des représentations d'attachement. *Enfance*, 60(1), 13-21.
- Caillé, R. et Rey, Y. (2004). *Les objets flottants : Méthode d'entretiens systémiques*. Paris : Fabert.
- Dalgaard, N., Todd, B., Daniel, S. et Montgomery, E. (2016). The transmission of trauma in refugee families: associations between intra-family trauma communication style, children's attachment security and psychosocial adjustment. *Attachment & Human Development*, 18(1), 69-89.
- Duval, D. (2007). *Des possibles fonctions thérapeutiques du génogramme*. In A.-M. Garnier et F.Mosca (Eds), *Génogrammes* (pp.39-48). Paris : Erès.
- Elkaïm, M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Approche systémique et psychothérapie*. Paris : Le Seuil.
- Frédéric-Libon, C. (2005). Phénomènes archaïques de pensée au Rorschach en clinique infantile. *Bulletin de psychologie*, 480(6), 645-654.
- Gibello, B. (1995). *La pensée décontenancée*. Paris : Bayard Edition.
- Gibello, B. (2013). Pathologies cognitivo-intellectuelles chez l'enfant. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 3(1), 247-262.
- Golse, B. (2009). Un regard psychanalytique sur la scolarité et les apprentissages. *Le français aujourd'hui*, 166(3), 11-19.
- Gorgieff, N. (2014). Pédopsychiatrie et neurosciences – Lectures neuroscientifique et psychopathologique des troubles des apprentissages. Dans E. Lenoble et D.Durazzi (Eds.), *Troubles d'apprentissage chez l'enfant. Comment savoir ? Écouter, observer, aider* (pp39-49). Paris : Lavoisier.
- Husain, O., Merceron, C. et Rossel, F. (2001). Introduction à l'analyse dynamique du discours. Dans *Psychopathologie et polysémie: Études différentielles à travers le Rorschach et le TAT* (pp. 17-40). Lausanne: Editions Payot.
- MacGoldrick, M. (1985). *Genograms in family assessment*. New York: Norton.
- Matte-Blanco, I. (1988). *New library of psychoanalysis, 5. Thinking, feeling, and being: Clinical reflections on the fundamental antinomy of human beings and world*. Florence, KY: Taylor & Frances/Routledge.
- Miljkovitch, R. et Pierrehumbert, B. (2008). Des stratégies comportementales d'attachement aux stratégies représentationnelles : construction et validité des cartes de codage pour les histoires à compléter. *Enfance*, 60(1), 22-30.
- Mosca, F. et Garnier, A.-M. (2005). Le génogramme, outil de base en pédopsychiatrie. *Thérapie familiale*, 26(3), 247-258.
- Organisation des Nations Unies, Convention relative aux droits de l'enfant, Adoptée et ouverte à la signature, ratification et adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989.
- Roy, A., Le Gall, T., Roulin, J.-L. et Fournet, N. (2012). Les fonctions exécutives chez l'enfant : approche épistémologique et sémiologie clinique. *Revue de neuropsychologie*, 4(4), 287-297.
- Salzberger-Wittenberg, I., Williams, G. et Osborne, E. (2012). *L'expérience émotionnelle d'apprendre et d'enseigner*. Larmor-Plage : Editions du Hublot.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo L., Cecchin G. et Ptata, G. (1982). Hypothétisation-circularité-neutralité : Guides pour celui qui conduit la séance. *Thérapie familiales*, 3(3), 117-132.

- 
- Speranza, M. et Giovanni V. (2010). Trajectoires développementales en psychopathologie : apprentissages et construction de soi chez l'enfant et l'adolescent. *Développements*, 6(3), 5-15.
- Katz-Gilbert, M., Darwich, J. et Veuillet-Combier, C. (2015). *Génogramme ou arbre généalogique : regards systémique et psychanalytique*. Paris: In Press.
- Tilmans-Ostyn, E. (1987). La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande. *Thérapies familiales*, 8(3), 229-346.
- Vaudan C., Darwiche, J. et De Roten Y. (2016). L'intervention systémique brève. Dans N.Favez et J.Darwiche, *Les interventions de couple et de famille* (pp 251-268). Bruxelles : Margada.
- Wachtel, E.-F. (1982). The family psyche over three generations: The genogram revisited. *Journal of marital and familial Therapy*, 8, 335-343.
- White M. (2007). *Maps of Narrative Practice*. New York: WW Norton & Company.
- Youell, B. (2009). *La relation d'apprentissage*. Larmor-Plage: Editions du Hublot.

---

# LE MOUVEMENT, REFLET DES MOUVEMENTS À L'INTÉRIEUR DE SOI, SITUATION CLINIQUE D'UNE ENFANT "AUTISTE"

Anne Soquay

---

## INTRODUCTION

Voici une vignette clinique d'une petite fille que nous avons appelée Ilona. Nous avons choisi ce prénom car Ilona sonne comme "alone" et "ilot", c'est vous dire déjà la solitude, l'isolement de notre Ilona.

Ce prénom est aussi porté par une héroïne de bande dessinée belge, une jeune femme assaillie et malmenée par les projections parentales, objet d'attentes, sujet de rien, qui n'a d'autre issue que de s'enfuir et disparaître pour tenter de vivre sa propre vie.

Ilona grandit en collectivité depuis l'âge de 16 mois, dans une unité de vie médicalisée, soignée et éduquée par une équipe pluridisciplinaire. Elle est dénutrie, fortement carencée et présente un grave retard staturo-pondéral. Cela fait cinq années que nous tentons de l'aider à se développer, à s'apaiser.

Dès son arrivée, les signes autistiques sont à certains moments fort présents et à d'autres moins.

Elle refuse le contact, quitte l'adulte qui s'approche ou le frappe durement. Elle s'enfonce les doigts dans les yeux, se cogne la tête, arrache sa stomie qui lui permet

d'être alimentée. Ilona se replie sur elle-même, ne parle plus et pleure très longtemps.

A d'autres moments, elle s'apaise et nous assistons à des bonds dans son développement, signe de sa vitalité. Elle cherche un contact tendre avec l'adulte, s'adresse à lui. Elle joue avec ses poupées, s'amuse, chante des comptines.

Anne, kinésithérapeute, va vous présenter son travail avec Ilona, qu'elle suit depuis son arrivée.

Des petits bouts de vie partagée dans le mouvement, dans la tonicité, qui seraient le reflet de sa vie interne tellement compliquée.

Lors de notre première rencontre, Ilona séjourne dans l'unité mère-enfant. Elle semble aussi perdue que son petit corps dans cette grande poussette. En la prenant dans mes bras, je suis décontenancée. Je la sens si fragile. Son port de tête aussi inexistant que celui d'un nouveau-né.

Délicatement déposée sur le tapis, Ilona se tourne en couché latéral pour me tourner le dos.

Elle est très calme. Elle donne l'impression d'être épuisée, faible.

Les larmes me montent aux yeux.  
Pourquoi les larmes aux yeux?

Parce que l'âge et l'aspect d'Iлона ne collent pas.

Parce que cette petite fille semble à peine en vie.

Son regard fuit.

Son corps se détourne.

Un corps maigre tellement hypotonique qu'il ne résiste pas à l'apesanteur. Tout son corps est cloué au sol.

Les larmes me montent aux yeux parce que rien ne se dégage de cette petite fille qu'un douloureux silence. Comme une volonté de ne pas être là. De se faire oublier.

Après un temps d'arrêt, je retrouve mes esprits. Je suis là pour observer cette enfant, observer ses compétences motrices. Analyser comment elle coordonne ses mouvements. Comment elle appréhende son environnement.

Alors je tente de l'animer. J'attire son attention, Iлона réagit aux sons et à la voix.

Je donne de l'énergie, mais pas trop, à demi mesure, de peur de l'abîmer. Qu'elle ne résiste pas face à trop d'agitation.

Voilà, elle se retourne. Couchée sur son dos, elle a un petit sourire aux lèvres et suit du regard mon visage.

Elle met son pouce en bouche. Il est posé, là, elle ne le tète pas.

Elle accepte que j'effleure sa joue et gazouille. Puis à son tour, elle tend la main pour toucher mon visage.

Nous sommes entrées en relation, maintenant, je peux la toucher. Elle me laisse manipuler ses bras, ses jambes, bouger avec précaution ses membres, tester ses amplitudes articulaires, si amples!

En réponse, elle me montre ses compétences. Elle aussi peut fléchir ses hanches, pousser ses pieds dans le sol, tendre ses bras vers le haut. Lorsque je la redresse, en la tenant fermement dans mes deux mains, je sens un peu de tonus, la volonté de participer, quelques brèves poussées de ses pieds sur le sol. Son visage rayonne.

Comment faire pour rencontrer un bébé mort-vivant ? Comment la toucher sans la casser ? Comment la penser sans sombrer ?

Et comment faire le tri entre toutes les angoisses de mort qui te submergent, et celles qui lui appartiennent ?

En effet, après notre première rencontre, il m'a fallu attendre plus d'une dizaine de jours avant de lui donner un nouveau rdv. Avant de pouvoir commencer ce qui sera un long chemin de soin. J'ai besoin de temps pour évacuer l'inconfort, le malaise dans lequel cette toute petite fille fragile m'a laissée.

Cette fois, je suis préparée à la recevoir.

Je fixe mon cadre le plus sécurisant possible et organise mes objectifs.

Iлона me montre rapidement qu'elle a des compétences. Mais l'envie est parfois là, parfois pas. Et la force manque au début. Son corps est fragile. Les infections se répètent. L'hospitalisation parfois inévitable.

Très vite, un petit rituel s'installe pour nos séances.

Elles commencent par un « massage » à travers les vêtements de corps. Là,

Iлона est assez souriante.

Je lui raconte tout ce que je fais. Le toucher de la tête aux pieds, avec des pressions plus ou moins appuyées, pour délimiter son corps. Les mouvements sont lents pour être mieux intégrés.

Ensuite viennent les stimulations pour provoquer l'activité.

Le but est de l'amener à développer une activité spontanée, des déplacements volontaires. Je la guide dans ses mouvements. C'est elle qui gère son rythme.

Elle accepte quelques changements de position, semble apprécier le redressement deux ou trois minutes.

Iлона a presque un an et demi. Seule, elle peut se retourner du couché dorsal au couché latéral.

Son corps se rassemble en flexion. Les retournements se font aisément. Elle prend du plaisir à bouger. Je le lis dans ses yeux qui me regardent et me sourient. Même si le regard ne dure pas. Elle montre des signes de bien-être. Elle rigole aussi. Elle aime la musique, elle se dandine. Chanter l'apaise.

Mais quand c'est trop, elle donne son signal: elle jette sa tête en arrière à la recherche du contact sur le sol. Elle a besoin de récupérer.

Alors, les contacts visuels peuvent être furtifs voir fuyant. Ilona commence aussi à attraper, à griffer notre visage.

Ilona montre combien être en relation est dangereux.

Ses enveloppes corporelles trop perméables empêchent trop de proximité. Être trop près, c'est être dedans.

Et, agripper douloureusement le visage est une manière de maintenir la distance mais aussi de s'accrocher vigoureusement pour lutter contre l'anéantissement.

Ilona a 22 mois. Ça y est, elle rampe toute seule!

Pendant ces six mois passés dans l'unité mère-enfant, elle a entre autre développé sa motricité au sol. Certes, elle est toujours couchée, sa tête commence à peine à se redresser, mais déjà quel progrès! Maintenant, elle peut partir à la découverte de son environnement proche. Elle peut se déplacer, s'éloigner et revenir. Aller chercher un doudou, une peluche qui crépite quand on la serre.

Maintenant que sa motricité se délie, c'est maman qui part, un jour et ne revient plus.

Au départ de sa maman, Ilona passe par deux phases. Les premiers jours, elle gazouille beaucoup, esquisse des sourires de plus en plus fréquents. Et peut maintenir le contact visuel plus longtemps.

Et puis dans les semaines qui suivent, les difficultés relationnelles s'intensifient. Ilona se frappe, frappe les autres, griffe. Son visage se ferme, les sourires se font plus rares. Elle multiplie les mouvements stéréotypés. Elle se balance, tape des pieds au sol. Tout ça, elle nous l'avait montré avant. Mais ces moments de mal-être sont plus fréquents. Elle ne supporte plus la présence d'autres enfants ni d'autres adultes à moins de lui donner toute son attention.

D'ailleurs elle ne regarde que peu les adultes qui l'entourent. Elle ne veut pas de nos regards. Elle refuse la

proximité de nos visages.

Lors d'une séance particulièrement difficile, je peine à la tenir dans mes bras. Elle s'agite, fuit mon regard, refuse que je la porte face à moi.

Je ressens son besoin de lui parler de maman qui ne l'accompagne plus chez moi.

Ilona se calme pour écouter. Et pleure à chaudes larmes, inconsolable. C'est le seul moment où elle va me tenir et s'accrocher dans mes bras. Elle est

tellement triste.

C'est insupportable, Ilona est là, allongée sur le tapis, elle reste couchée, inerte, comme à son arrivée. Il faudra toute la séance pour la retrouver.

Ilona n'est plus soumise aux violences et inadéquations de sa maman. L'envie relationnelle apparaît avec plus d'intensité mais sera finalement anéantie, tout comme Ilona toute entière, par l'abandon de sa mère.

Mon travail avec Ilona se poursuit, avec les hauts et les bas de son état affectif. Elle participe à ses séances avec une disponibilité instable.

Je dois être toute entière à elle, mes pensées ne peuvent pas être ailleurs que dans ce qui se passe avec elle.

A 23 mois, elle tient assise.

A 2 ans, elle fait ses premiers pas à quatre pattes.

A 2 ans et demi, ses premiers pas debout.

Le chemin est encore long.

Ilona a 4 ans 1/2

Sa construction psychique est tellement fragile.

Elle montre à nouveau des signes de mal-être, toute l'équipe se mobilise, son quotidien est repensé, les transitions sont soignées.

En plus de sa thérapie individuelle, Anne et moi-même nous nous associons pour des séances d'enveloppement. Nous nous installons dans une petite pièce au calme, avec de la musique classique, de la lumière tamisée, une douce couverture pour l'emballer toute entière, toute Ilona, "tout toi" pour que tu te sentes calme à l'intérieur. Ilona est attentive, se détend, se pose sur nos genoux, demande

des guilis, là et là... Elle peut être enveloppée, et garder ce doux autour d'elle, parfois, elle s'y oppose, court vers la porte de la pièce, nous lance des jouets à la tête, nous essayons de comprendre : les changements si minimes soient-ils l'agitent, l'absence ou le départ d'une collègue tend tout son corps ou la fait remuer dans tous les sens. Parler,

chercher ce qui la préoccupe l'apaise un peu ou pas du tout. Et puis, elle se met de plus en plus à jouer : Ilona prend deux peluches et les emballe dans une mini-couverture. Les petits personnages dansent, tout proches, comme elle accepte que nous soyons auprès d'elle. Ilona aligne de plus en plus souvent quelques mots, elle crée des phrases et parfois nous pensons entendre un "je". Anne, as-tu entendu ? Elle a dit "Je" ? Signe parmi d'autres qu'Ilona rassemble ses forces psychiques, entraînées par nos lents mouvements de pression sur son corps? Nos rencontres et tout le travail d'équipe jour et nuit commencent à porter ses fruits.

Ilona a bientôt 6 ans.

Elle nous a montré que nos rendez-vous de détente ne lui conviennent plus ; elle veut courir, sans doute encore dans un mouvement de décharge mais aussi dans des intentions de plaisir et d'exercer sa motricité globale, avec nous 2. Le départ pour des balades dans le parc est compliqué : il faut mettre des bottes pour sauter dans des flaques et c'est difficile d'assembler Ilona et ces drôles de chaussures. Elle donne la main, marche à notre rythme.

En plus d'explorer, Ilona demande de faire de nouvelles expériences dont voici la plus belle à vivre avec elle : elle grimpe sur un tas de paille, mouvant, en tenant nos mains, elle saute dans nos bras, en riant et se blottit puis demande de recommencer.

Ce plaisir partagé, cette audace à sauter, cet élan vers nous, seraient le reflet d'une construction solidifiée d'un sentiment de sécurité émergent, d'être un tout qui ne va pas se perdre, qui n'a pas besoin de s'agiter pour se sentir entier.

Merci de votre attention.

*Anne Soquay et Martine Preud'homme*

---

## ADOLESCENTS' RISK-TAKING BEHAVIOURS IN SEXUALITY: A DANGER OR AN ELABORATIVE CHOICE?\*

Elena Bordin\*\* and Giordano Bertolazzi\*\*\*

---

### ABSTRACT

Does to say that teenagers are ruled by hormones, incapable of considering the consequences of unprotected sex, help us understand them better? What did behaving in risky ways, while being informed on healthy sexual behaviours, mean to their sexuality?

Considering adolescence as a process rather than a developmental stage, this work, through

Personal Construct Psychology, will present adolescents as inquiring men, with the aim of finding new constructions of Self, including in the field of sexuality. In this field, unsafe sexual behaviours can be understood as elaborative attempts to position themselves in relationships.

Such a proposal can lay the foundations for alternative prevention projects and sex education

courses, in which the idea of right and wrong behaviour gives way to one of elaborate choice.

**Key words:** Personal Construct Psychology, adolescent sexuality, risk-taking behaviour, elaborative choice.

This essay stems from the reflections which have arisen in the field of sex-education projects with adolescents and the clinical work with them we are engaged in, when we realised there was a significant difference between what

the teenagers experienced and spoke about first-hand, and the adults' recounting of the teenagers themselves. Over this time we listened to many stories and today we share the following: Sofia, a 17-year old girl diagnosed as "borderline" and who is grimly observed by her teachers, her parents and mental health service workers due to her unprotected sexual encounters with various partners, her drug use and some abortions. Her despairing parents tried to be accepting, then becoming stricter, until the point where they decided to take her to specialists; but she hasn't seemed to pick up on any nuances in their approaches, with nothing changing as far as the adults are concerned.

Her mother is convinced: "She does it to hurt us, to punish us", for many she is reckless and thoughtless, she doesn't think about the consequences of her own actions and she doesn't listen to those who may indeed be able to help her. Sofia's story is a difficult one in which there doesn't seem to be any possible understanding or compassion the adults in her life: there don't appear to be any solutions or ways out.

Perhaps, lingering on the analysis of her behaviour and searching for the causes do not help us understand Sofia's experience, but it is worthwhile opening ourselves up to wider considerations which view people in their entirety.

---

\* Communication presented at the 8th European Congress on Child and Adolescent Psychopathology and XXX Congress of SEPYPNA, which under the title "Psychological development, psychopathology and human relations today: interaction between the biological and the social aspects" took place in Bilbao on April 26, 27 and 28, 2018

\*\* ICP Institute of Constructivist Psychology, Padua, Italy. E-mail: bordin.elena@gmail.com

\*\*\* ICP Institute of Constructivist Psychology, Padua, Italy. E-mail: giordano.bertolazzi@tiscali.it

In order to frame the topic and make it intelligible - from psychologists and professionals immersed in a vast theoretical polyphony and, therefore, exposed to various types of people - we need to define the epistemological frame which gives meaning to all this.

### **THE CONTRIBUTION OF THE THEORY OF PERSONAL CONSTRUCTS**

What we propose today, with reference to George Kelly's *Psychology of Personal Constructs* (PCP) (1955) (a theoretical model which refers to the wider epistemological constructivist framework), is to imagine people as scientists who formulate and verify their own theories; they interpret and construct the world in which they live. A person is one who elaborates, working from their own experiences, their hypotheses - perceived as rationally as they are viscerally - and, in the immediate, verifies them.

In this view of the person - which we are simplifying - they move as a protagonist - and not as a victim of circumstance or destiny - along a circular temporal continuum, called "experience cycle" (Kelly, 1966): past experience provides the theory and hypotheses, which Kelly calls "anticipations". These are projected in the future and, based on the way they are taken into consideration and verified in the here-and-now, they somehow modify the original theory - both when confirmed, and therefore reinforced, and when falsified and potentially revised.

### **THE IMPORTANCE OF ANTICIPATION AND CHOICE IN PERSONAL EXPERIENCE**

At this point it is worth quickly emphasising the idea of anticipation and looking at it a little more closely. According to Kelly, indeed, people are not obsessed by the past and memories, but by the future. "What will happen?" is the question which torments us and on which we can formulate our hypotheses. Kelly even makes the Fundamental Postulate on which his whole theory is based: "a person's processes are psychologically channelized by the ways in which he anticipates events" (Kelly, 1955, p. 32).

Experience, any personal experience, is neither determined by the past nor by external circumstances, but, rather, is channelized by the way in which, step by

step, we interpret things. Our life becomes a continuous and dynamic narration of various experiments.

All this takes shape against the scenery in which everyone exists (for example: culture, geographic place where people live, family, etc.).

Outside a strictly deterministic frame, we must inevitably imagine that, given certain constraints/bonds (the scenography), a person has the ability to choose. Without the possibility of choosing, it is clear that a person will certainly be determined by something which is independent of them.

PCP expresses this in the corollary choice: "a person choose for himself that alternative in a dichotomized construct through which he anticipates the greater possibility for extension and definition of his system" (Kelly, 1955, p. 45).

In defining this idea, Kelly tells us that in their anticipations, people are always faced with two alternatives in which one is the better or, in some cases, "the lesser of two evils". At this point, even the so-called "disturbed behaviour", or the symptom, makes more sense: it is a solution, the best which the person was able to consider.

### **BUT WHAT DOES THIS HAVE TO DO WITH SOFIA? WHAT DOES SOFIA ANTICIPATE?**

Perhaps, in light of this, all statements about Sofia by other people may begin to lose meaning - the fact that for many she is thoughtless and doesn't consider the consequences of her own actions and doesn't listen to those who know how to help her. All this does not help us to understand her experiences!

Let's try, instead, to consider Sofia as a moving person, in continuous evolution, an active interpreter of her own experiences.

Deepening Sofia's knowledge, and looking at the world through her eyes, we can begin to understand some of her choices: the urgent need to distinguish between the adult world and her own emerges - practising unprotected sex as a way of exercising control over her own experiences, which, previously, she may not have felt as having.

Speaking with her we understood that for her, adulthood may have also represented the embodiment of constructions such as responsibility, "full" self-awareness, full reliability, and the need to act or to be in a certain

way. Rejecting the healthy suggestions of adults, Sofia would have been able to foster an attempt at choosing her own constructions instead of adhering to meanings which are too narrow and immutable for her.

Moreover, these meanings could have had unattainable implications: for Sofia being an adult meant becoming boring: "if you are like that you do not think by yourself, you are not fully yourself".

Starting to look at the world with her eyes we can grasp the sense of a dichotomous choice: on the one hand recognizing herself as a victim of social expectations about her. Alternatively, it is choosing to live in a world where sex becomes a passport to an immediate taking a stand, a choosing for herself.

### **ADOLESCENCE: A TALE ABOUT TALES**

If we look at the story of Sofia and other people's reports about her, an intricate narrative circle becomes evident: the way we look at adolescence will channelize the way we tell the stories of who we consider adolescent. And the teenager will inevitably have to deal with this way of narrating adolescence.

Reflecting on it, it is a way of telling, or defining the narrative boundaries of a story, being rather inconvenient for those who find themselves immersed in it. It is a story of stories that seems to reserve only two possibilities for us: either rebellion or endurance. And indeed, these are often the ways in which the adolescent sees and treats the experienced adult.

Let us then resume the metaphor from which we started: the person as a scientist, as a researcher. Like any other person, the teenager (Sofia in our case) will be committed to making sense of herself in the world.

A curious researcher who is testing his new physical, cognitive and relational skills, reviewing anticipations that until now have channelled their flow into the world so well.

One may think that the adolescent is actively looking for a point of observation, a view of oneself and the world, more useful and usable than that of a child who has served them until recently. They are active builders of their own experiences of their own identity, which when compared to that of childhood become as multifaceted and varied as are the multiple and different contexts they begin to navigate, and that for them become as important as the family has been until then.

Contrary to what it is usually thought, we think

adolescence is not so much the moment of separation from parents and identification, but rather the process where the identity itself become more complex and articulated.

Engaged in this continuous, adventurous experimentation and testing of new and old parts of themselves, the adolescent may find difficult to anticipate the evolution of these swirling experiences. The exploration of something new, in the end, leaves us all inexperienced and, to some extent, clumsy. We should not be surprised, then, at times in feeling uncertain, sometimes disoriented or frantic, in finding the way he or she finds more useful ways to move within relationships (occasionally conflicted and confused) – for example with themselves, with their own body, with lovers, peers, adults, their own past and the difficulty in foreseeing their future.

Whether we talk about "impulsiveness", "recklessness", "provocation" (as in the case of Sofia), these seem to be points of view on adolescents rather points of view of adolescents about themselves; and this tells more about the observer than the observed.

Nevertheless, what emerges and is observed cannot be separated from the one observing it. And if the observer changes (e.g. the adult rather than the adolescent), the importance given to one aspect or another also changes. For instance, the adult seems to look at the negative impact of the adolescent's choices, whereas adolescents would view the outcomes, the validations or invalidations, while experiencing and testing new clues about themselves.

Considering this gap can guide us toward a reflection on how the story and the choices of adolescents can be channelized and not predetermined.

It is important to remember that the challenge in working with adolescents is to commit oneself to continuously construing their processes and their anticipations. At the heart of education, we need to make a continuous effort to construe adolescent experiences that are sometimes too different or too threatening from the adult point of view; an effort aimed at bringing out the construction processes of adolescents and fostering mutual understanding among the players involved. Only in this way is it possible, as Bannister and Fransella said, to be in a relationship with adolescents, and not only do something to them.

**REFERENCES**

Bannister, D., & Fransella, F. (1971). *Inquiring man: the psychology of personal constructs*. Harmondsworth: Penguin.

Kelly, G. A. (1966). A brief introduction to personal

construct theory. In Bannister (1970) *Perspectives in Personal Construct Theory*. New York: Academic Press.

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.

---

# KALEIDOSCOPIC PROCESS: THE CONSTRUCTION OF ADOLESCENCE FROM TEENAGERS' AND PARENTS' POINT OF VIEW\*

Elena Bordin\*\* and Massimo Giliberto\*\*\*

---

## ABSTRACT

Looking at adolescence from teenagers and parents' point of view might channel different narratives about what this process can be and how they both construe their relationship. The present work is a two stages preliminary research: in the first one both adolescents' and parents' reciprocal constructions about themselves, the others and adolescence were collected. In the second stage authors presented to the same groups of participants their previously collected perceptions, in the form of Perceiver-Element Grid, and interviewed them about their responses to these. This work will share the outcomes of inviting parents and adolescents to "take the role of the other", to see themselves through the other's eyes. Further both clinical and research applications will be discussed.

**Key words:** Personal Construct Psychology, adolescence, parenthood, parent – adolescents relationship, Perceivers – Elements Grid (PEG).

This preliminary research is born from the interest in deepen our knowledge about adolescence starting from one particular aspect: the parents-adolescents relationship and how it channels their own and reciprocal role construction.

From the point of view of George Kelly's Personal Construct Psychology (Kelly, 1955) (a theoretical model which refers to the wider epistemological constructivist framework), a person can be considered as scientists who formulate and verify their own theories; who actively and personally interpret and construct the world in which they live. A person who elaborates, working from their own experiences, their hypotheses – as rationally as viscerally perceived – and, in the immediate, verifies them. From

this point of view adolescence could be seen as a process defined by the way adolescent and parent interpret it, taking into account that both are main actors in a process they inseparably co-define together.

Moreover, we have to face its cultural construction, that is, the way in which, in our culture, people construe this age. In other words, both adolescents and parents have to face this common construction in order to give sense to their relationship and themselves.

## 1. METHOD

Starting from these initial considerations, we created an ongoing preliminary research study, organized in two different stages to understand how parents and adolescents both construe their own and other's role and which processes are implied in this way of construing.

We recruited two groups of participants. The first was a group of twelve teenagers from 17 to 20 years old (5 boys and 7 girls) who defined themselves "adolescents". Ten adults, who defined themselves as "the parents of adolescents", formed the second group of participants. In this group we had four fathers and six mothers. Only in five cases parents and adolescents who belong to the same family attended the study.

In Stage 1 we organized two different focus groups in order to interview adolescents and parents about the perception of both their own and the other's construction of adolescence.

We asked them questions such as:

- How do you perceive the other (parents or adolescents)?
- How does the other (parents or adolescents) perceive you?

- How do you think the other (parents or adolescents) perceives you?
- How do you imagine the other perceives themselves?

After the focus groups, the answers were organised in the form of a Perceiver-Element Grid (PEG) (Procter, 2005) (Fig. 1): a qualitative research method that help to understand reciprocal construction about self and others.

Fig. 1 Perceivers Elements Grid

As in Stage 1, in Stage 2 we tried to involve the same participants in two focus groups, but the two groups were slightly different: the group of adolescents was comprised by 10 people (2 females, 8 males). Two of them had not participated in the first focus group, but were curious to share their ideas about the topic.

Five adults formed the second group of participants. In this group we had two fathers and three mothers. Four of them had a son or daughter who attended both stages of the research.

## 2. STAGE 1 FINDINGS

### 2.1 General observations

First of all, it seemed that both groups have a more articulate construction of the other than themselves: parents describe adolescence in a more detailed way than teenagers, and teenagers define parents in a richer way than the parents themselves.

Secondly, apparently, teenagers better construe the parents' point of view than parents construe the teenagers' point of view. The number of constructs elicited by the two groups suggested it.

Thirdly, our participants seemed to confirm a construction of adolescence with its charge of perceived negativity.

### 2.2. How parents and adolescents construe 'being adolescents'

If we deepen how parents and adolescents interpret 'being adolescents', we could recognise some common and very meaningful labels for both groups, i.e.: conflict, problems, growing up, experience and worries. However, even if common and core, implications for both groups are different: what is a way to make a difference and find a new position for teenagers, for parents is a pure contraposition, without any direction.

Adolescents, on the one hand, define adolescence as

rebellion, discovery and growth (towards adulthood), abnormality and gorda (in youth Italian slang it means something like full of excitement). Meanwhile, the other side of every exploration, nevertheless, implies danger, anxiety and, sometimes, failure. So, in an adolescents' narrative about adolescence, constructs like problems, depression and conflict with parents and uncertainty also appear.

On the contrary, in thinking about adolescence, parents also elicited labels like exaggeration and a lack of values. This idea, for them, appears remarkable in their construction of adolescence. In this sort of moral flattening, moreover, parents pose constructions like indolence, boredom and lack of responsibility.

### 2.3 How parents and adolescents construe 'being parents'

Deepening how parents and adolescents construe "being parents", we discovered that teenagers underline, a wide use of comparisons by parents as an educational strategy. According to our group of teenagers, parents appear engaged in comparing and contrasting:

- the adolescence of teenagers with their own adolescence;
- different historical periods;
- the behaviour of siblings.

From these contrasts, teenagers appear to be judged and evaluated, as a proof they are wrong.

In a few words, teenagers construe parents as people who judge through comparisons. Moreover, they impose their judgement on them.

Intriguingly, the group of parents tends (but not completely) to describe themselves as guides and mentors; people open to dialogue with their teenagers, notwithstanding some difficulties.

It is interesting to notice that the group of adolescents, instead of considering parents as guides, see them as insecure and indecisive.

Both groups construe parents as worried. But, while parents stress their worry about the environment, the group of adolescents underlines the lack of trust.

So, both groups share the same construction of experience, but with two different conclusions: on the one hand, parents construe themselves as being legitimately scared, protective and, at the same time, trust dispensers; on the other hand, adolescents construe parents as hyper-protective and lacking in trust. Moreover, teenagers

believe that parents think autonomy is a good thing, but they suffer because of it.

#### **2.4 Sociality games: how I think you think...**

From Personal Construct Psychology, Kelly use Sociality to explain that “to the extent that one person construes the construction processes of another, he may play a role in a social process involving the other person” (Kelly, 1955, p. 66). With this preliminary research we wanted to understand to what extent parents and adolescents interpret and construe the way in which the others give sense to their roles, and in particular to their relationships.

When we invited the participants in both groups to imagine how the others perceive themselves, sociality decreased, at least in terms of the number of labels used during the answers.

Strikingly, the first thing that captured our attention is that adolescents construe the point of view of parents, apparently, better than vice-versa. When we invited them to imagine how their parents perceived them, they used more or less the same constructions that parents used.

For example, for them, parents conceived adolescence as a period of laziness, with problems, without values and priorities, a state fluctuating between happiness, amusement and depression and unresolved conflict. Themes actually emerged in the focus group of parents. Although they had different implications, our adolescents think that parents perceive themselves as guides, worried and “I trust in you but not in the others”.

On the contrary, the only things parents were able to anticipate about the adolescents’ constructions of themselves, were: being too oppressive, making them too responsible and not trusting in them. All themes, of course, were linked with the super-construction of conflict.

Anyway, not everything was perceived as totally negative or under the umbrella of conflict. Both groups elicited constructs summarised under a general construction such as a good time, albeit chaotic.

### **3. STAGE 1 DISCUSSION SUMMARY**

In short, after the Stage 1, we reflected that:

- In order to understand why adolescents construe better parents rather than vice-versa, we have hypothesized that since they are in movement - like a traveller that becomes aware of their culture after leaving home, and changing their identity during the journey - our adolescents become aware

of their parents, comparing themselves with them and, at the same time, becoming someone else.

- Parents, by contrast, seem to suffer this ongoing change, becoming a little disoriented. They might resist any self-reconstruction, choosing not to consider alternative outcomes from their children and to use steady and firm definitions about them.
- Growing up through this sort of differentiation means exploring limits and going beyond borders. And this is understandable. As Kelly suggested, we construe our world through dichotomous constructs, that is difference. In coherence with the previous point, only when we expand our horizons and watch our background from the outside, are we then able to make explicit what was implicit and, creating a new contrast pole, make a difference, take a new position.
- At the same time, related to parents, adolescents also seem to undertake this process but with the aim of protecting the space of their active exploration of their system.
- Both seem involved in minimizing incompatibilities, maintaining either the stability of their world or the search for new worlds. So, for instance, they may think that “the parents are nothing but parents” or “adolescents are nothing but adolescents”. This gives their identities the status of ‘real things’, and a real thing is incontestable. In this case, comparison will tend towards opposition and conflict instead of sociality. And this is what we wanted to further explore through Stage 2 of our research.

### **4. STAGE 2 FINDINGS**

During Stage 2 we showed all the participants both their own and the others’ focus group results in order to acknowledge them and elaborate their point of view. So, the participants first read their own PEG (Procter, 2005) and then viewed the other’s PEG answers. Throughout the entire meetings they were invited to share comments and impressions about themselves and others.

The main question was: in which way will our participants read and compare their constructions and the constructions of the other group?

#### **4.1 General findings while participants read their own previous answers**

First of all, reading their own answers elicits very different reactions in all participants. If adolescents

mostly confirmed previous ideas and deepened some elements, parents seemed surprised about the answers they had initially given. Parents shared a need to disconfirm and to distance themselves from their earlier affirmations on adolescents. Particularly, they try to put 'evidence' in favour of the presence of values in their teenagers, despite having previously affirmed the contrary. This issue appeared really threatening to them. Many of them accused one of the parents to have been too "rigid" and to have strongly channelized the first meeting.

#### **4.2 General findings while adolescents read others' previous answers**

We noticed two different reactions between the two groups when they read the others' focus group results as well. The adolescents expressed disappointments, sadness and anger in terms of validation of anticipations about their parents' point of view: they hoped to read something different, but they found exactly what they had anticipated.

Linked to this, the sensations of being judged and not completely seen by their parents were present as well. In our opinion, the perceived judgment compromised the possibility for adolescents to see the world through the parents' eyes, most of all, concerning parents' constructions about adolescence: they did not try to understand why parents chose to say some characteristics rather than others, they rejected them as not belonging to them.

Moreover, while comparing their PEG with the one of their parents, teenagers observed that parents had never mentioned comparison as one of their behaviours, and was repeatedly stated by them (teenagers). During the meeting teenagers intensely discussed about this issue and different position arose. Some of them thought that comparison and judgment keep parents safe from question themselves, someone else reckoned that such 'comparison' could be used by parents in order to motivate their children and to drive them towards what they think is a good direction to follow. The main issue was that adolescents feel pushed more than motivated, pressed more than driven.

Interestingly, during the meetings some adolescents tried to understand what parents were engaged in doing so. For example, they observed that parents might consider it important to protect their children.

In the adolescents' opinion, the pole "to protect their own children" is opposite to "total indifference" and could be chosen by parents as way of confirming their

presence, their interest.

Moreover they perfectly anticipate the threat of adult on being parent of adolescents and interestingly they spontaneously try to understand in which way their parents can experiment within the focus group. At the end of the session, they put forward the hypothesis that, during the focus groups, parents could have been feeling judged by other parents, by sharing their experiences or their relational difficulties. The idea gradually emerged that, in sharing their own opinions or experiences, the parents could risk showing their failures to other parents, and therefore it could threaten their parental role.

On the contrary, we observed that the group of adolescents experienced the focus groups as an opportunity to share and encounter other people similar to them.

#### **4.3 General findings while parents read others' previous answers**

Parents did not seem interested in the same argument rather structured the words of the teenagers when they indicated some negative feeling or state, like sadness, depression and problems. They expressed apprehension and concern about these perceptions. Regarding the adolescents' view of their parents, the same parents expressed acceptance and agreement.

When the parents examined the characterization adolescents gave about themselves, they immediately focused on negative items, such as: abnormal, problems and depression. Interestingly, they did not try to understand what teenagers meant by these terms (sociality), even when encouraged it was really challenging for them. On the contrary, they became concerned.

After discussing this sudden reaction with them, it emerged that it is quite important – we would say core – to be informed of whether their sons and daughters are fine or if they need help, because as parents they need be there for them. The teenagers' previous hypothesis seemed to be confirmed. Only one parent in five thought "rebellion" is fundamental and healthy during adolescence.

On the other hand, while the parents looked at the adolescents' description of them, they, unexpectedly, did not ask many questions about it. They seemed to readily accept the adolescents' responses without any further in-depth analysis.

#### **4.4 Something more about differences**

Through sharing and comparing the different points of view, both groups identified fundamental themes at the

basis of their relationship, such as: trust, dialogue and power. What captured our attention was that, despite sharing these constructions, adolescents and parents give them opposite meanings. To deepen this process, we will now present the how participants construe the dimension of trust in their relationship.

#### 4.4.1 Two different constructions of Trust

When speaking about parent-teenager relationships, adolescents seemed to look at trust as the range of space that allows them to undertake experiments and have experiences. It is like the space they need in order to move.

Parents, meanwhile, consider trust a reward in the case of adolescents following their “rules”. Parents feel that their trust in their children should not to be shown so explicitly.

The parents describe themselves as trust dispensers and, additionally, they need to be protective and repeat healthy warnings many times.

Unfortunately, as you will notice, a vicious circle emerges: thinking they can trust the adolescents, parents want to be sure they understand rules and follow their advice. But adolescents do not interpret this behaviour as protective, but, rather, as a form of control.

In this scenario rebellion appears: adolescents explained to us that they sometimes choose something they would never do (i.e.: smoking, drinking, misbehaving) to defy the control they are experiencing.

We suppose that with this rebellion adolescents would experience the chance to choose and to have a prominent role in their own life, even if a slot change might be necessary.

We think that, in most parents’ eyes, rebellion is nothing but the sign adolescents do not deserve trust.

And the circle goes on.

## 5. FINAL DISCUSSION

In both stages the parents’ group use processes like: to minimize incompatibilities, try to justify their hypothesis as the correct ones, define adolescence and adolescents as “nothing but...” something. They seemed scared by their potential reciprocal judgement from other parents. Perhaps, for this very reason, they tended to limit their elaboration of both the results of their own PEG and the adolescents’ one. Working with them was not so easy. The threat was increasingly evident when they tried to use us as psychologists or to extort our confirmation.

Many differences arise between the two groups, often

in terms of considering processes in the opposite way. Adolescents consider ‘trust’ to be a necessary space to explore. Parents think of ‘trust’ as a prize for the correct way to behave. Adolescents construe ‘dialogue’ as sharing experiences and opinions. They think that parents are not able to do this, and this was confirmed from parents’ answers. In our group of parents, indeed, ‘dialogue’ means to be listened to by the teenagers.

If, generally speaking, adolescents look more able to construe the processes of construction of their parents and also appear more elaborative than them, both groups are threatened by considering the areas where the others are more ready to experiment: ‘exploration’ for adolescents and ‘protection’ for parents. Parents intended exploration as a dangerous and unpredictable behaviour, but also a threat to their role. The more aggressive the adolescents are, the more protective the parents become. Adolescents, although not completely, perceive protection as control. The more protective the parents are, the more rebellious they become. Both groups feel they are not recognised by the other.

In both stages parents and adolescents seem involved in the attempt to maintain a precarious equilibrium between maintaining their relationship and the necessity to take into account the fact that everything is changing.

#### 6. Further elaboration

This preliminary research helped us to deepen a clinical issue that is not always easy to elaborate: the parent – adolescents relationship. We think that a wider analysis and research is needed to confirm this previous hypothesis. But on these bases we think that this work can provide some clinical consideration, such as the need:

- To help parents to construe their role as a process (not something static), which can be modified and revised.
- To help parents to elaborate the anticipation of the invalidation of their core role that their children’s experiments do arise.
- To help parents to construe alternatives in education starting from the understanding of their own and their children’s experiments.

## BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Procter, H. G. (2005) Techniques of Personal Construct Family Therapy. In Winter, D. and Viney, L. *Personal Construct Psychology: Advances in Theory, Practice and Research*. London: Wiley.



---

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

---

La Revista *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) publicará eminentemente trabajos referentes a la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia del niño y del adolescente, tanto desde el punto de vista asistencial, como teórico y práctico.

Publicará las aportaciones que se presenten en Congresos y eventos científicos organizados directamente por S.E.P.Y.P.N.A. o aquellos en los que la Sociedad colabore.

Aceptará y estimulará la presentación de trabajos y colaboraciones que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los originales se enviarán por correo electrónico en tamaño DIN A-4 y deberán estar escritos con un inter lineado de 1,5; con letra Times New Roman, tamaño 12 y sin numerar. Su extensión máxima será de 25 folios incluyendo el texto, bibliografía, tablas, dibujos, figuras y gráficos.

2. La primera página constará de:

a) *Nombre principal de autor/es y dos apellidos* (aparecerán 3 en el título principal, pudiéndose añadir más a pie de página); profesión y entidad (centro de trabajo), dirección de correspondencia (postal y e-mail); número de teléfono o fax.

b) *Título y resumen* del artículo en castellano e inglés obligatorio, pudiéndose añadir otros idiomas. El resumen no podrá superar las 150 palabras. **PALABRAS CLAVE:** entre 3 y 5 palabras que identifiquen adecuadamente el contenido del artículo en ambos idiomas.

3. *Notas a pie de página:* se numerarán en el texto con números arábigos consecutivos.

4. *Tablas, dibujos, figuras y gráficos:* Se presentarán también en formato Word a continuación del trabajo, numeradas en orden de aparición en el texto. Cada una de ellas debe tener un título o pie en castellano e inglés.

5. *Bibliografía:* Los escritos deberán atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication manual of the American Psychological Association 6th edition) entre las que recordamos:

- Las referencias bibliográficas deberán ser ordenadas alfabéticamente en una lista. Cuando exista más de una referencia sobre el mismo autor, se deberán ordenar comenzando por la más antigua.
- Las referencias bibliográficas en el texto se harán con el apellido del autor y año de publicación. Ej. (Bion, 1962) y para referenciar trabajos de un mismo autor/es de la misma fecha se añadirán letras a, b, c, etc al año, que siempre será el mismo. Ej. (Freud, 1900a, 1900b).
- Referencias bibliográficas de libros: autor (apellido, coma e iniciales del nombre y punto –si hay varios autores se separan con coma y antes del último autor con una “y”); año (entre paréntesis) y punto; título completo (en cursiva) y punto; ciudad y dos puntos, y editorial. Para señalar los libros traducidos se añade al final la referencia “Orig.” Y el año entre paréntesis. Ejemplo:  
Lebovici, S. y Soulé, M. (1973). *El conocimiento del niño a través del psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica (Orig.1970).
- Referencias bibliográficas de capítulos de libros colectivos: autor/es; año; título del trabajo que se cita y a continuación introducido con “En” las iniciales del nombre y los apellidos de los directores, editores o compiladores, seguido entre paréntesis de dir., ed. o comp., añadiendo una “s” en caso de plural (eds.); el título del libro en cursiva y, entre paréntesis, la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial. Ejemplo:  
Boulanger, J.J. (1981). Aspecto metapsicológico. En J. Bergeret (dir.), *Manual de psicología patológica* (pp. 43-81). Barcelo-

na: Toray-Masson (Org. 1975).

- Referencias bibliográficas para revistas: autor; año (entre paréntesis); título del artículo; nombre de la revista completo (en cursiva); vol.; n.º entre paréntesis sin estar separados del vol. cuando la paginación sea por número, y página inicial y final. Ejemplo:  
Henny, R. (1995). Metapsicología de la violencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 19/20, 5-24.

Para más información consultar el Manual de la APA anteriormente citado.

<http://www.apa.org>

## INFORMACIÓN SOBRE EL ENVÍO DE ARTÍCULOS

Los trabajos deberán ser enviados a [publicaciones@seypna.com](mailto:publicaciones@seypna.com) enviándose de vuelta un e-mail de confirmación de la recepción. No

podrán ser presentados simultáneamente en otra publicación y, salvo condiciones especiales, deberán ser originales.

El Comité Editorial enviará los trabajos recibidos al Comité Asesor, quien realizará una “revisión por pares”

El Comité Editorial decidirá sobre la conveniencia de la publicación, reservándose el derecho de realizar modificaciones en el estilo de los textos y de retrasar temporalmente su publicación si fuera necesario por necesidades de compaginación. En casos puntuales el Comité Editorial podrá valorar la reedición de artículos de interés

La responsabilidad de los contenidos y opiniones que se presenten recaerá exclusivamente sobre los firmantes del trabajo. Si el trabajo incluye la reproducción de fuentes originales, el autor asumirá la responsabilidad de obtener el permiso correspondiente.

Los autores cuyos artículos hayan sido aceptados para su publicación recibirán un ejemplar de la revista en el que han sido incluidos.



# Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

## SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y  
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions  
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y  
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

### SUSCRIPCIÓN ANUAL (2 números al año)

#### IMPORTE

ESPAÑA ..... 60 €

EXTRANJERO ..... 130 \$

*Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre*

#### ENVIAR BOLETÍN A:

SELENE Editorial

C/ Jeréz, 21

28231 Las Rozas (Madrid)

Tif.: 91 6395965

email: [mpazle@seleneeditorial.com](mailto:mpazle@seleneeditorial.com)

#### DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos .....

Dirección ..... N° ..... Piso .....

Cód. Postal ..... Población .....

Provincia ..... Especialidad .....

NIF .....

FORMA DE PAGO:

CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO

DOMICILIACIÓN BANCARIA

#### ORDEN DE PAGO, DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta .....

Banco ..... C/C N° .....

Caja de ahorros ..... C/C N° .....

Sucursal ..... Calle ..... N° .....

Cód. Postal ..... Población .....

Provincia ..... Teléfono .....

IBAN .....

Ruego a Vds. tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por SELENE Editorial (Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente)

..... de ..... de .....

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS



# Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

**Nº 65 (2) - Marzo 2018**

**Número especial XVIII Congreso AEPEA y XXX Congreso Nacional de SEPYPNA**

|  |    |
|--|----|
| <b>Autism as childhood ideal: which child is ideal?</b><br><i>Leticia Vier Machado and Leandro de Lajonquière</i> .....  | 9  |
| <b>Meeting the mental health needs of children and adolescents in the outlining aegean islands in Greece</b><br><i>Lucia Legaki</i> .....  | 13 |
| <b>Digest the not digestible: how to “bite into” the sense of failure</b><br><i>Chiara Salandin, Tiziana Bonifacio Vitale and Tiziana Gavagnin</i> .....   | 17 |
| <b>Urgency and emergency in developmental psychopathology: analysys of cases’ report attending a child and adolescent neuropsychiatric service</b><br><i>Michela Gatta, Giulia Ghiani, Emilia Ferruzza, Lara Del Col and Silvia Zanato</i> ..... | 21 |
| <b>Discontent and phobic position in adolescence</b><br><i>Jean-Paul Matot</i> .....   | 27 |
| <b>Understanding violence and moving past the trauma - reflection of violence</b><br><i>Chiara Salandin</i> .....  | 31 |
| <b>On edge...</b><br><i>Sylvie Hautfenne and Nathalie Willox</i> .....   | 35 |
| <b>Evaluation model of children with learning disabilities: the pacida approach (psychological, affective, contextual and integrated approach)</b><br><i>Abigaël Heim and Luigi Viandante</i> .....  | 39 |
| <b>Le mouvement, reflet des mouvements à l'intérieur de soi, situation clinique d'une enfant "autiste"</b><br><i>Anne Soquay</i> .....   | 47 |
| <b>Adolescents’ risk-taking behaviours in sexuality: a danger or an elaborative choice?</b><br><i>Elena Bordin and Giordano Bertolazzi</i> .....   | 51 |
| <b>Kaleidoscopic process: the construction of adolescence from teenagers' and parents' point of view</b><br><i>Elena Bordin and Massimo Giliberto</i> .....  | 55 |

**SEPYPNA**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y  
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions  
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y  
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)