

Sous la direction de  
Claude de TYCHEY

# PEUT-ON PRÉVENIR LA PSYCHOPATHOLOGIE ?

Espaces Théoriques

L'Harmattan

## SOMMAIRE

### AVANT-PROPOS

*Claude de Tychev*.....15

### PREMIER CHAPITRE : PSYCHOPATHOLOGIE ET PREVENTION EN CLINIQUE DE LA PRIME ENFANCE

Les troubles du sommeil chez l'enfant : facteurs de risque et prévention.

*Bernard Golse*.....21

La prévention précoce à travers trois institutions : une attention "sur le fil  
du lien"

*Joëlle Rochette, Jocelyne Roux-Levrat, Annick Simon, Denis Mellier*.....46

Le malaise inopiné du nourrisson : facteurs de risque et modalités de  
prévention

*Valérie Touvenot*.....53

Prévention et conflictualité psychique : une clinique du lien

*Pascal Roman, Denis Mellier*.....65

### DEUXIEME CHAPITRE : PSYCHOPATHOLOGIE ET PREVENTION EN CLINIQUE DE L'ENFANCE

La maltraitance : facteurs de risque et modalités de prévention

*Michel Manciaux*.....77

Le diagnostic des abus sexuels à travers le dessin

*Claude de Tychev, Orlane Cobai*.....97

Prévention et obésité infantile : représentation comparative des conduites  
alimentaires chez l'enfant et facteurs psychodynamiques en jeu

*Joëlle Lighezzolo, Eric Thiebaut, Michel Vidailhet*.....111

Les effets pathogènes des troubles relationnels de l'enfant autiste sur sa fratrie : réflexions théorico-cliniques et propositions préventives  
*Philippe Claudon, Marie - Catherine Isoardi*.....118

Prévention de l'échec scolaire et adaptation au milieu  
*Daniel Brixhe*.....125

**TROISIEME CHAPITRE : PSYCHOPATHOLOGIE ET PREVENTION EN CLINIQUE DE LA PERTE**

La perversion : facteurs de risque et modalités de prévention  
*Alex Lefebvre*.....135

Conditions et avatars de la symbolisation de la perte  
*Marianne Dollander*.....162

Présentation de l'échelle de deuil de Potvin - Lasker - Toedter : utilité en clinique pré et périnatale  
*Marianne Dollander, Claude de Tychev*.....170

Les stérilités féminines : facteurs de risque , considérations préventives et éthiques  
*Anna Karine Setan, Amandine Theis, Claude de Tychev*.....185

La dissociation familiale : évaluation projective et perspective préventive  
*Claude de Tychev, Stéphanie Lemaitre, Carine Brovelli*.....197

**QUATRIEME CHAPITRE : PSYCHOPATHOLOGIE ET PREVENTION EN CLINIQUE DE L'ADOLESCENCE**

Les troubles alimentaires : facteurs de risque et prévention  
*Philippe Jeammet*.....223

Approche comparée du maniement des pulsions agressives à l'adolescence : évaluation projective et prévention  
*Rosine Diwo*.....238

La prévention du tabagisme chez l'adolescent  
*Jean Pierre Kahn*.....249

La prévention des conduites addictives à l'adolescence  
*Elisabeth Spitz*.....261

**CINQUIEME CHAPITRE : PSYCHOPATHOLOGIE ET PREVENTION  
EN CLINIQUE PSYCHOSOMATIQUE**

Echecs et limites d'une prévention de l'obésité chez l'adulte  
*Nathalie Dumet*.....273

Pour la prise en compte du "drame humain " dans la promotion de la santé :  
à propos de la prévention du sida auprès des étudiants  
*Marie Santiago - Delefosse*.....281

Compréhension de la non observance dans u contexte de prévention de  
l'échappement thérapeutique chez les patients séropositifs  
*Karine Duclos*.....290

**SIXIEME CHAPITRE : PSYCHOPATHOLOGIE ET PREVENTION EN  
CLINIQUE DE L'ADULTE**

La psychopathologie du travail : facteurs de risques et modalités de  
prévention  
*Christophe Dejours*.....303

Prévention et promotion des actions en santé mentale : expérience des  
secteurs de psychiatrie dans le Lunévillois  
*Christine Cohidon, Nadia Duchet, My Mai Cao, Messaoud Benmebarek,  
Daniel Sibertin - Blanc, Claude Demongeot, Jean Pierre  
Deschamps*.....321

Quelques problèmes éthiques à propos de prévention primaire  
*Sylvain Bouyer*.....328

Le point "écoute parents " et la prévention de "l'obsolescence pathologique"  
*Patrick Dessez*.....335

Peut-on atténuer chez les parents l'effet traumatique de l'annonce d'une maladie grave de leur enfant ? <i>Bernard Kabuth, Festus Body Lawson, Colette Vidailhet</i> .....	341
Les grands-parents : de "la bonne distance" à la prévention <i>Marie Claude Mietkiewicz, Benoit Schneider</i> .....	349
<b><u>EN GUISE DE CONCLUSION</u></b> <i>Claude de Tyche</i> .....	359

2000

## Prévention et conflictualité psychique, une clinique du lien

Mascal Roman, Denis Mellier

La prévention consiste à éviter ou diminuer l'impact des maladies ou des accidents pour une population donnée. La contribution de la psychologie clinique prend place à côté des apports médicaux, sociaux et éducatifs, elle se développe tant au niveau de la pratique que de la recherche. Dans cette communication nous allons interroger cette contribution dans une perspective plus métapsychologique : que "fait" le clinicien en travaillant dans la prévention, y a-t-il des modes d'intervention cliniques propres à ce domaine d'activité, quelle compréhension clinique peut-il apporter à la problématique de la prévention ? Comment conceptualiser cette pratique ?

Après l'O.M.S. on qualifie classiquement la prévention de primaire, secondaire ou tertiaire selon qu'elle précède, qu'elle accompagne ou suit l'émergence de la maladie. Cette définition découle d'une conception linéaire du temps, qui est celui des décideurs, des politiques, du "processus secondaire". Elle résulte d'un modèle épidémiologique qui a fait ses preuves dans le domaine médical, mais ce modèle n'est pas pleinement satisfaisant pour penser l'intervention clinique. L'opposition santé/maladie sur laquelle il se fonde est peu pertinente du point de vue métapsychologique où il y a au contraire continuité entre normalité et pathologie, et continuité de la temporalité. Pourtant cette distinction entre prévenir et guérir nous semble intéressante à maintenir en clinique, c'est ce que nous nous proposons d'explorer.

Nous faisons l'hypothèse qu'en prévention le clinicien travaille avec un type de conflictualité psychique spécifique, celui propre aux liens : la

problématique de la fonction contenante ou du travail de l'attention constituerait ainsi un modèle intersubjectif apte à en rendre compte.

## A - COMPARAISON ENTRE SOIN ET PREVENTION

Le soin qui se définit classiquement en termes de demande, de symptôme et de dispositif suppose l'existence d'une conflictualité psychique chez le sujet ou le groupe de sujets pris en charge. La clinique du soin suppose l'existence d'une dynamique conflictuelle, psychopathologique, qui pourra donner lieu dans le meilleur des cas à une élaboration, à une guérison suite à une transformation ou un réaménagement de la conflictualité intrapsychique, ou intersubjective pour une famille ou un groupe. Notre hypothèse part de l'idée que la clinique de la prévention est concernée par cette même dynamique psychopathologique mais à un moment cependant où elle est peu organisée, plus diffuse ou moins isolable pour un sujet ou un groupe de sujets, à un moment où elle n'est pas portée par un sujet ou un groupe défini. Les dispositifs du soin s'organiseraient autour d'une conflictualité intrapsychique, voire intersubjective, ceux de la prévention autour d'une conflictualité des liens.

La prévention pourrait être ainsi définie de manière paradoxale : "la prévention est un soin sans être un soin". Ce paradoxe repose sur la concomitance de deux points de vue :

- Du point de vue des enjeux psychopathologiques, la prévention est un soin, le préventif et le curatif sont semblables, dans la clinique le praticien passe de l'une à l'autre situation sans noter de différence significative, il travaille sur la conflictualité psychique.

- Du point de vue des enjeux de l'intervention, la prévention diffère du soin : intervenant avant, autour ou après le soin, elle aurait sa propre spécificité, l'attention et la fonction contenante des intervenants étant d'abord sollicitées pour "contenir" une conflictualité présente dans des liens.

Entre prévention et soin, une différence dans le registre de la conflictualité pourrait être celle entre un noyau et une écorce : la conflictualité des liens entoure, porte, constitue celle qui s'organise dans l'intersubjectivité et l'intrapsychique. En prenant une autre métaphore, on pourrait dire que le noyau du soin peut nous aider à penser sa nécessaire périphérie. Pratique plus molle, la prévention n'en aurait pas moins sa propre spécificité clinique.

Les enjeux de l'intervention en prévention sont bien connus (comment se situer ? jusqu'où aller ? quel est la demande ?...), nous proposons de les discuter en rapport avec le "curatif" selon les trois axes suivants : la demande ou l'offre, le symptôme ou le signe et le dispositif :

- La dialectique demande manifeste/demande latente structure l'approche du soin. En prévention, il s'agit souvent plus d'une offre que d'une demande,

celle-ci devant ainsi surgir ensuite. La demande provient d'un organisme, d'une collectivité, d'une institution, qui servirait ainsi davantage d'intermédiaire que de liens entre un ensemble de personnes et l'offre d'écoute clinique. Ces intermédiaires sont concernés par des problèmes psychopathologiques qui peuvent enrayer la bonne marche des institutions ou de la Cité (responsables d'établissements scolaires, organismes de santé publique, responsables politiques). L'offre de prévention répondrait à l'idée qu'il existe une demande virtuelle qui pourra dans certains cas se concrétiser en terme de soin, il s'agit d'une "demande masquée" selon l'expression de Michel Soulé (1995).

- Alors que le symptôme mobilise une demande de soin, en prévention il s'agit d'abord de repérer des indicateurs, des clignotants, qui signent la présence potentielle de symptômes non encore identifiés comme tels. Le symptôme peut être conçu comme le symbole d'une conflictualité reconnue comme présente et pathologique : il s'agit fondamentalement d'un compromis entre le désir et la défense (on peut considérer que cette définition issue de la vie intrapsychique peut être également reprise avec l'extension de la clinique au groupe et à la famille). Par contre les indicateurs, les "facteurs de vulnérabilité" ne sont pas dans un rapport direct avec le conflit psychique, ils semblent plutôt l'accompagner, ils ont plutôt la valeur "d'indice". Les effets pervers de la prévention résultent d'un glissement de sens où ce qui devrait rester "indicateur" devient "symptôme", la population "à risque" est alors désignée comme celle qui doit être l'objet d'un soin. Les signes en prévention clinique seraient plus en contiguïté avec ce qui pourrait être l'existence d'une conflictualité évoluant sur un mode pathologique que des représentants de cette conflictualité.

- Le dispositif du soin se caractérise par une certaine constance pour mettre au travail la demande. Même s'il est de plus en plus aménagé, adapté selon les pathologies, il se caractérise par un cadre, des constances de temps et de lieux, une différenciation ou des médiations. Dans la prévention, on parle parfois : - D'action pour cibler une population particulière (lycéens par exemple), mais au-delà de l'information il s'agit d'accueillir la souffrance psychique ; - D'accueil souvent, lieu d'écoute ou de parole, ces permanences, *a minima* téléphonique, sont une offre pour accueillir des appels, être le lieu de simples appels ou déjà engager une mise en liens, en sens ; - De dispositifs qui sont mis en place avec des travailleurs sociaux, des équipes éducatives... pour un travail d'accompagnement et de soutien psychique.

Ces différentes caractéristiques de la prévention, son offre, ses signes, ses dispositifs, la distinguent du soin, elles reposent sur un modèle différent de conflictualité psychique repérable dans l'évolution de la psychanalyse.



## B - MODELES DE CONFLICTUALITE EN CLINIQUE

La psychanalyse est un modèle à plus d'un titre pour la psychologie clinique, or c'est une évidence d'associer la psychanalyse au conflit psychique. Une brève recension des différents modèles théoriques de la conflictualité psychique indique leur extension à partir du noyau névrotique.

Il ne serait pas excessif de dire que S. Freud a créé la psychanalyse en instituant le conflit psychique avec la névrose. Avant, avec l'hypnose, l'hypnotisé était dans un lien de soumission à l'autorité du maître (J.-M. Charcot), du médecin (Bernheim), une suggestion mais aussi une sujétion. On peut faire l'hypothèse que le tour de force de S. Freud a notamment consisté à renverser ce lien : écouter au lieu d'intimider ou de suggérer, en laissant se développer le conflit. Un cadre de soin psychique s'institue avec le transfert et l'abstinence, d'un côté la règle de libre association et de l'autre l'attention flottante. S. Freud n'aura de cesse de se méfier des méthodes actives et de mettre plutôt en lumière d'autres résistances internes (moi et surmoi notamment).

Avec M. Klein la conflictualité peut être envisagée de manière plus précoce mais elle reste intrapsychique, c'est celle du monde interne, alors qu'avec J. Lacan la conflictualité est celle de la division du Sujet, elle revêt une valeur transsubjective de par son rapport au langage.

Le modèle du soin est issu de ce paradigme : le cadre du traitement admet l'existence d'une telle conflictualité psychique. Pour la prévention et son cadre (notamment tous les dispositifs d'accueil qualifiés de lieu intermédiaire ou espace de parole), notons l'influence conceptuelle de deux auteurs qui tout en s'inscrivant dans ce paradigme l'ont fait travailler sur sa limite, avec D. W. Winnicott et F. Dolto le conflit se déplace entre le sujet et son environnement. Pour D. W. Winnicott, la "transitionnalité" ou "l'espace potentiel" (1971) signe le terrain de cette nouvelle source de conflit. Pour F. Dolto, la conflictualité émerge de même dans le rapport au corps maternel (1985). L'un et l'autre ont "déplacé" leur pratique et leur conceptualisation du côté de l'intersubjectivité en mettant l'accent sur le premier environnement du sujet, la mère en tant "qu'environnement non-moi" constitutif du self, la mère en tant que "corps à corps" d'où un sujet peut émerger par castrations symboligènes. Les travaux de ces deux auteurs finalement se rejoignent dans l'étude du double étayage du sujet sur le biologique et le social (Kaës R., 1984), ils interrogent le sujet dans son rapport au "non-sujet".

W. R. Bion développe selon nous un modèle qui pourrait être apte à contenir et penser le travail à réaliser sur ces frontières. Il propose en 1970 une nouvelle complexification de la conflictualité : il s'agit pour lui de pouvoir repérer un lien ou une relation "contenant-contenu", une possible conflictualité face à l'évitement de tout lien que représente l'hallucination. Deux caractéristiques de ce modèle sont particulièrement utiles en prévention : d'une

l'insistance sur l'attention plutôt que sur l'interprétation, la "fonction alpha" ou la "fonction" de l'attention, d'autre part l'introduction du groupe et de l'interaction, ou plus largement du champ intersubjectif, pour penser le domaine de la conflictualité psychique. Ce "modèle de la fonction contenantante", de l'attention aux éléments bruts non métabolisés semble tout à fait compatible avec d'autres références, notamment la place de la parole que Dolto a exportée hors d'elle-même : l'émergence du sens passe par l'autre, par une création de liens, d'un nouveau rapport contenantant-contenu.

Ces avancées qui s'inscrivent dans un approfondissement de l'étude des pathologies narcissiques (cf. les travaux de W. Reid) partent de l'existence d'une conflictualité primordiale entre le sujet et le "non-sujet", son environnement et/ou son corps. Cette conflictualité concerne la création de liens.

### C. UN MODELE POUR LA PRÉVENTION

En prévention, le problème consiste à repérer la conflictualité psychique pour avoir accès à celle-ci. Les dispositifs s'instituent dans les liens entre les personnes car ils portent sur cette dynamique de liens.

Le modèle fondant l'intervention du clinicien dans un cadre de prévention pourrait être celui de la fonction contenantante :

- Elle met l'accent sur l'existence d'un contenant. Il s'agit du fond maternel, tel que le décrit D. W. Winnicott : il est à entendre comme une position de disponibilité psychique, qui autorise la potentialité de l'inscription d'une forme élaborative. De cette réceptivité naîtra la possible création de liens, d'une enveloppe, une enveloppe de sens qui s'appuie sur une expérience partagée où le rôle de la sensorialité reste à préciser.

- Il s'agit d'une fonction à l'instar de la "fonction alpha", car cette fonction contenantante du clinicien doit pouvoir permettre de repérer l'existence d'une conflictualité psychique, elle doit permettre cette prise de conscience, contenir, faire se rencontrer ce qui autrement peut s'éviter, rester dans l'indifférence ou s'exprimer dans des champs différents. Le conflit<sup>4</sup> suppose déjà une communication possible à l'intérieur d'un champ, c'est ce champ-là, cette enveloppe, qu'il nous faut construire en prévention, notamment par une offre car il n'y a pas de demande manifeste à un psychiste.

- Cette fonction est portée par un travail de l'attention. Rappelons que Freud en 1911 la définit comme un processus perceptif actif : "Cette activité va à la rencontre des données des impressions des sens au lieu d'attendre passivement leur apparition". Bion a donné à cette notion une dimension

---

<sup>4</sup> En faisant référence à son étymologie : *conflito*, *ere*, *confectum*  
- (forme transitive) heurter ensemble, faire se rencontrer  
- (forme intransitive) se heurter, se choquer.

comparable à celle de l'interprétation. Prévenir demande un travail de cet ordre, bien antérieur aux possibilités interprétatives contenues dans les dispositifs de soin. Prévenir, c'est aller au devant de la demande, être attentif au bon moment pour pouvoir commencer à penser des éléments bruts de sens.

- Cette fonction est nécessairement portée par plus d'un professionnel. En prévention le repérage d'une conflictualité proprement dit psychique passe par un long travail dans l'environnement psychique des sujets. Les problèmes prennent souvent une allure sociale, éducative ou médicale avant de pouvoir être approchés psychiquement pour un sujet (et se subjectiviser dans le soin éventuel). Ils se manifestent de même d'abord dans des conflits interpersonnel avant de pouvoir être pensés dans les liens du sujet à l'objet. Ce travail passe alors par un tissage de liens entre professionnels, il s'inscrit dans un travail de lien interdisciplinaire qui reste à explorer (B. Golse, 1999). En ce sens, la prévention a une dimension groupale et institutionnelle.

#### D - CLINIQUE DE LA PRÉVENTION

Cette tentative de définition de la prévention comme une clinique essentiellement des liens est issue de multiples expériences dans des secteurs différents et selon des dispositifs variés. Petite enfance, enfance inadaptée, travail avec des adolescents ou des adultes, les tâches du psychologue clinicien s'inscrivent souvent plus dans le champ préventif que dans le curatif. Trois exemples différents pourront l'illustrer :

- La toxicomanie comme la maltraitance, le sida ou le suicide est un fait de société qui est devenu objet explicite de prévention. Sur elles convergent différentes perspectives médicales, sociales, juridiques, éducatives ou psychologiques, etc. Nous nous proposons de l'analyser du point de vue de la psychologie clinique. Les interventions en prévention admettent les trois "échelons" que nous avons précédemment repérés. Des "actions" sont entreprises notamment dans des lycées mais aussi au collège, à l'école primaire, dans des associations, avec les équipes de prévention sur un quartier etc., actions très ponctuelles comme une réunion d'information ou continue sur une année. Des dispositifs d'accueil ont une certaine permanence mais selon des modalités diverses comme celle de l'écoute téléphonique, de lieux de permanence et de parole ou de consultations possibles. Pour l'accompagnement d'un toxicomane et/ou de sa famille, des dispositifs sont mis en place, ils précèdent, "doublent" ou succèdent aux prises en charge thérapeutiques. Quel dénominateur commun entre tous ces dispositifs ? Une équipe s'interroge sur sa pratique, sur ce qu'elle offre comme possibilités, sur ce qu'elle propose comme actions, sur ce qu'elle "fait". Travaillant régulièrement avec elle, nous reprendrons différentes questions : comment la dimension de "l'accueil psychique" peut-elle être précisée pour comprendre ce qui fait "indice" ? ou pour se dégager des enjeux conflictuels issus

des rapports entre différents professionnels et les institutions ? ou bien pour percevoir les liens "indifférenciés" de ce qui est à accueillir ainsi que le travail chaque fois spécifique de l'attention ?

- Le travail clinique en crèche est légitime, il prend place à un moment où les liens du bébé dans son environnement prennent consistance. Autour de multiples problèmes ou questions l'intervention, devient nécessaire : les troubles peuvent concerner directement le corps du bébé (le sommeil, l'alimentation, la propreté etc.), ses relations avec son entourage (maltraitance, reconnaissance d'un handicap) ou les problèmes de cet entourage, (le "devenir parent", les questions posées à la fratrie, etc.). Chaque fois l'intervention inclut ces deux pôles que sont le bébé et son entourage familial. Les relations de la crèche avec les parents conditionnent souvent l'action de celle-ci. Dans deux cas où s'est posée la question de la maltraitance l'attitude des parents et la possibilité de soin ont été différentes : - Avec Jacques, la marque laissée par une fessée n'a pas pu être pensée avec les parents : la directrice qui a interpellé les parents s'est vu après sanctionnée par sa hiérarchie (les parents étant intervenus auprès d'elle), la gravité de la constatation ne nécessitait pas cependant un signalement ; - Pour Henri par contre un signalement a été réalisé auprès des services sociaux, un travail avec les parents et la PMI a été entrepris, finalement ils ont pu reconnaître leurs difficultés et se diriger vers un soin dans un CMP. On peut penser que ce qui n'a pas été contenu dans l'entourage de l'enfant a des effets : avec Jacques finalement c'est la directrice qui s'est vu en retour disqualifiée, elle n'a pas pu parler aux parents, les effets nocifs de la fessée n'ont pas pu être parlés ; Henri par contre a subi plus de violence mais un travail a pu cependant aboutir, par contenance de la souffrance parentale.

- L'accompagnement d'une famille dans le contexte d'un service éducatif auprès du Tribunal pour enfants requiert un travail sur les enveloppes psychiques qui se situe en amont du soin.

Les trois enfants de M. et Mme K. (Stéphanie 17 ans, Loïc 15 ans et Julie 13 ans) font l'objet d'une mesure d'assistance éducative (AEMO) à partir du divorce des parents et de l'extrême désorganisation familiale qui en découle (incertitude sur les lieux de résidence des enfants, chantages multiples puis pour Loïc et ensuite Stéphanie, actes de délinquance entraînant des mesures judiciaires et, *in fine*, viol de Julie par son frère aîné).

Le placement de chacun des trois adolescents, dans des lieux différents, va mobiliser une énergie considérable des parents dans un projet implicite de refaire famille, au travers des sollicitations multiples des adolescents à transgresser les règles liées au placement : les fugues de chacun des adolescents de leur lieu de placement se multiplient et se croisent, cette "pathologie des liens" laisse les travailleurs sociaux, appartenant à plusieurs services différents, dans une position d'observateur de la famille et de collationnement des exploits hors-la-loi de chacun, père, mère, enfants, pris dans un tourbillon de transgression.

L'enveloppe familiale est mise en lambeau, dans un écrasement des positions dans le lien intergénérationnel et une effraction des positions de sujet (frère-soeur, mère-fils...). L'enveloppe généalogique (telle qu'E. Granjon en propose une définition) ne se trouve plus en mesure de contenir les transactions fantasmatiques au sein de la famille et la nécessité de proposer un soutien à celle-ci, dans la perspective de figurer un pôle de référence quant à la continuité narcissique, apparaît indispensable.

Ici, le projet d'une démarche de prévention s'inscrit dans le continuum d'une prise en charge, et vise à restaurer un fond maternel, un "contenant", en mesure d'accueillir la répétition d'expériences traumatiques, véritables trouées dans les liens et les histoires de chacun.

Le groupe de travailleurs sociaux se réunira régulièrement, se proposant comme métaphore de l'enveloppe généalogique, et se mobilisera dans une attention, dans une préoccupation au regard de chacun des adolescents, au regard des marques importantes de souffrance dont ils témoignent. En contrepoint, la proposition d'une rencontre régulière des parents avec le médecin-psychiatre d'un des services autorisera un dégageant des travailleurs sociaux au regard de la scène du conflit conjugal, afin de pouvoir rejoindre une préoccupation singulière qui se trouvait atomisée par les différentes prises en charge et par l'instabilité majeure des positions adolescentes.

La prévention apparaît ici comme l'espace de la mise en élaboration des possibles, comme le lieu de construction d'une intériorité (intrapsychique et intersubjective) à partir de laquelle pourra se (re)mettre en jeu une conflictualité, en appui sur la différence des sexes et des générations, au regard d'une conflictualité primaire marquée par une logique de "sur-vie" au sens où J. Bergeret (1983) a pu la décrire dans le cadre conceptuel de la violence fondamentale au regard d'un environnement vécu comme menaçant.

C'est à partir de ce travail sur les liens que l'idée d'un soin psychique en tant que tel peut advenir, pour chacun des membres du groupe familial, voire pour le groupe familial.

Le problème de la prévention serait celui de pouvoir devenir "un contenant" pour recevoir un "contenu", celle des souffrances à élaborer. Prévenir ce serait assurer une fonction de contenance, créer et assurer une enveloppe, des "espaces de contenance", pour être en posture de mettre au travail des problématiques de liens, tel est en tout état de cause une proposition à débattre.

## BIBLIOGRAPHIE

- Bergeret, J. (1983). *La violence fondamentale*. Paris : Dunod.
- Bion, W. R. (1970). *L'attention et l'interprétation. Une approche scientifique de la compréhension intuitive en psychanalyse et dans les groupes*. Paris : Payot.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Seuil.
- Glasc, B. (1999). *Du corps à la pensée*. Paris : PUF.
- Granjon, E. (1987). *L'enveloppe généalogique familiale*. Arles : Actes du C.O.R. 47-50.
- Krebs, R. (1984). "Etayage et structuration du psychisme". *Connexion*. 44, 11-48.
- Mellier D., Rochette J., Roux-levrat, J. (1998). "Le travail en crèche : prévention, intervention et espace de contenance", in TYCHEY C. (de) *Psychologie clinique et prévention*. Éditions et Applications Psychologiques. 185-196.
- Reid, W. (1998). La pathologie narcissique : perspective métapsychologique et préventive, in TYCHEY C. (de) *Psychologie clinique et prévention*. Éditions et Applications Psychologiques. 252-282.
- Soulé, M., Noël, J. (1995). "La prévention médico-sociale précoce, in Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 3013-3042.
- Winnicott, (1975). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.

## PEUT-ON PRÉVENIR LA PSYCHOPATHOLOGIE ?

Le titre de cet ouvrage pourra paraître un tantinet provocateur au lecteur impliqué dans le champ des sciences humaines. La question posée est brûlante et partage certainement les cliniciens. Ils trouveront dans ces pages à la fois des réponses et de nouvelles interrogations à partir des conférences et communications développées au deuxième colloque international sur la prévention organisé à Nancy le 29 janvier 2000.

Certaines d'entre elles abordent de manière féconde des questions d'actualité en matière de prévention à chaque période de la vie : les troubles du sommeil (B. Golse) et la maltraitance chez l'enfant (M. Manciaux), les troubles alimentaires chez l'adolescent (P. Jeammet), la perversion chez l'adulte (A. Lefebvre), ou encore la réflexion novatrice de C. Dejours sur la souffrance et les difficultés de la démarche préventive en psychopathologie du travail. D'autres fourniront des repères diagnostiques utiles au praticien confronté à la clinique du lien et à ses avatars. Quelques-unes enfin interpellent au niveau des questions éthiques qui peuvent se poser quand on envisage de développer une perspective préventive aussi nécessaire que malaisée à mettre en œuvre dans bien des cas.

*Claude de TYCHEY est professeur de Psychologie clinique, directeur du Laboratoire de Psychologie et du Groupe de Recherches en Psychologie de la Santé à l'Université de Nancy 2.*



ISBN : 2-7475-0491-3