



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Pour une psychiatrie à visage humain :**  
**De la contention individuelle à la contenance institutionnelle**

Présentée et soutenue publiquement le 7 juillet 2015 à 18h  
au Pôle Formation

**Par Delphine Calamy**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre DELION**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Pierre PARESYS**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Résumé .....	1
Préambule .....	1
Introduction .....	3
Situations cliniques.....	6
Partie 1 : La destructivité : une pulsion de mort ou une pulsion de vie ?.....	11
.I. Rappel de la métapsychologie freudienne .....	11
A. Les trois coordonnées métapsychologiques .....	11
1. Le point de vue topique .....	11
2. Le point de vue économique.....	11
3. Le point de vue dynamique .....	12
4. Intrication des différents points de vue.....	12
B. Du point de vue économique : le principe de plaisir et le principe de réalité .....	13
1. Le principe de plaisir : .....	14
2. Le principe de réalité : .....	14
3. Le principe de constance : .....	14
C. Les conceptions topiques de l'appareil psychique .....	15
1. La première topique.....	15
a) Le conscient : .....	15
b) Le préconscient : .....	15
c) L'inconscient : .....	16
2. La deuxième topique .....	16
a) Le Ça :.....	17
b) Le Moi : .....	17
c) Le Surmoi : .....	18
D. Les théories des pulsions .....	19
1. La première théorie des pulsions .....	20
2. La théorie du narcissisme .....	21
3. La deuxième théorie des pulsions.....	22
.II. La destructivité : un instinct de vie face à une atteinte narcissique ?.....	24
A. La peur et les comportements d'attachement : des réactions instinctive de sauvegarde selon J. Bowlby .....	24
1. Les comportements d'attachement.....	25
a) Une fonction de protection : .....	25
b) Le rôle des émotions dans la théorie de l'attachement : .....	28
c) Attachement sécure et insécure : .....	29
d) Conséquences de la qualité de l'attachement : .....	30
2. L'attachement au niveau des représentations :.....	32
a) Concept de modèles internes opérants (MIO) : .....	32
b) La dynamique fonctionnelle des MIO : .....	32
c) L'organisation défensive et la cristallisation des MIO :.....	33
d) Evolution des MIO : .....	36
B. Les symptômes psychiatriques : des conduites adaptatives d'apaisement selon P. Jeammet.....	38
1. Le pouvoir des émotions .....	38
2. Un territoire à défendre.....	39
3. Exemples de stratégies adaptatives dites de « sauvegarde » .....	43
a) Le recours à la sensation : .....	43
b) Les hallucinations : .....	44
c) Le délire : .....	44
d) La paranoïa : .....	46
e) La manie : .....	46
f) L'anorexie : .....	47

g) Le suicide :.....	48
4. « Une pathologie de la liberté ».....	48
5. Etiopathogénie.....	50
C. La violence fondamentale selon J. Bergeret.....	52
1. Une métapsychologie freudienne incomplète.....	52
2. L'hypothèse d'un instinct violent.....	54
3. Le mythe d'Œdipe.....	55
.III. Les relations entre la destructivité et la créativité selon J. Bergeret.....	57
A. La violence fondamentale et la libido : une opposition diachronique.....	57
B. Distinctions entre la violence fondamentale et l'agressivité.....	59
1. Le dynamisme en cause.....	59
2. Le mode de la relation objectale.....	60
3. Le but du dynamisme en cause.....	60
4. La nature des conflits.....	61
C. Une épigénèse interactionnelle en deux temps.....	61
1. Activation des inscriptions violentes.....	62
2. Activation des inscriptions œdipiennes.....	63
D. L'implication du modèle imaginaire parental.....	64
1. L'évolution névrotique.....	65
2. L'évolution psychotique.....	65
3. L'évolution limite.....	66
E. Les articulations complexes entre la lignée violente et la lignée libidinale.....	67
1. L'organisation névrotique.....	68
2. L'organisation psychotique.....	69
3. L'organisation limite.....	74
4. Particularités des passages à l'acte auto-agressif.....	79
F. Un instinct ou une pulsion de vie ?.....	79
.IV. La destructivité dans la relation psychothérapeutique.....	82
A. Les mécanismes de défense archaïques selon M. Klein.....	82
1. La position schizo-paranoïde.....	83
a) Le clivage :.....	83
b) L'angoisse paranoïde.....	85
c) Évolution au cours du développement :.....	87
2. La position dépressive.....	88
a) L'intégration des objets :.....	88
b) L'angoisse dépressive :.....	89
c) Évolution au cours du développement :.....	90
3. L'articulation des deux positions.....	91
a) Le névrosé :.....	91
b) Le psychotique :.....	91
c) L'état-limite :.....	92
B. L'internalisation des relations d'objet selon O. Kernberg.....	92
1. Le premier processus : « la différenciation entre les images de soi et les images d'objet ».....	93
2. Le second processus : « l'intégration des images de soi et d'objet » « bonnes et mauvaises ».....	94
3. L'articulation des deux processus.....	96
a) Le psychotique :.....	96
b) L'état-limite :.....	96
c) Le névrosé :.....	97
C. Les conséquences pour le transfert et le contre-transfert.....	98
1. Le clivage.....	99

2.	Le déni .....	100
3.	L'idéalisation primitive.....	102
4.	L'omnipotence .....	103
5.	La dévalorisation .....	104
6.	L'identification projective .....	105
Partie 2 : La capacité de contenance des soignants .....		108
.I. Principes généraux.....		108
A. Les différentes formes de contention.....		108
1.	« La contention chimique » ou contention pharmacologique.....	108
a)	Benzodiazépines : .....	109
b)	Neuroleptiques sédatifs :.....	109
2.	« La contention mécanique » ou contention physique passive.....	110
3.	« La contention physique » active .....	113
4.	« La contention relationnelle » ou contention psychologique.....	113
B. Définition de la capacité de contenance .....		114
C. Formes processuelles de la contenance .....		115
1.	Principe topique de la contenance .....	115
2.	Principe économique de la contenance.....	116
3.	Principe dynamique de la contenance .....	117
D. L'intériorisation de la capacité de contenance.....		119
E. Un objectif thérapeutique prioritaire .....		120
.II. Concepts théoriques.....		123
A. WR. Bion et le concept de « capacité de rêverie » .....		123
1.	Définition de la « capacité de rêverie » ou « fonction alpha » .....	123
2.	Conséquences pathologiques.....	124
3.	« Une voix dans la nuit » .....	125
B. DW. Winnicott et le concept de « holding » .....		127
1.	L'importance du rôle de l'environnement .....	127
2.	Contenance et « holding » .....	130
3.	Les approches corporelles .....	131
C. D. Anzieu et le concept de « Moi-peau » .....		132
D. La transmission de l'attachement et le concept de « mentalisation » .....		133
1.	La sensibilité maternelle.....	133
2.	Le concept de « mentalisation » .....	134
a)	Impact de la conscience réflexive du parent sur le développement de l'attachement de l'enfant : .....	136
b)	Impact de la conscience réflexive du parent sur le développement de la conscience réflexive de l'enfant :.....	137
c)	Défaut de la fonction réflexive parentale et troubles psychopathologiques :.....	139
3.	Transmission et continuité de l'attachement : .....	141
4.	Apport de la théorie de l'attachement au processus thérapeutique : .....	143
.III. La contenance institutionnelle .....		146
A. La notion de « constellation transférentielle ».....		146
B. Les apports de la psychothérapie institutionnelle.....		146
1.	Principes généraux de la psychothérapie institutionnelle :.....	146
2.	Principes généraux de la psychiatrie de secteur : .....	153
C. Les instruments de la psychothérapie institutionnelle.....		154
1.	« La fonction phorique » .....	154
2.	« La fonction sémaphorique » .....	155
3.	« La fonction métaphorique ».....	155
.IV. Applications thérapeutiques .....		156
A. La clarification du vécu psychique.....		156

1.	Remettre en ordre le chaos intérieur.....	156
2.	Retrouver sa liberté.....	158
3.	Restaurer le narcissisme .....	158
4.	Briser le cercle vicieux de la destructivité.....	159
5.	Intégrer la violence fondamentale .....	161
B.	L'instauration d'un cadre et des limites .....	163
1.	Une « fermeté souple » .....	163
2.	Des limites adaptées .....	165
3.	Protéger le corps des passages à l'acte.....	166
a)	Les différents types de passage à l'acte :.....	166
b)	Évaluation du désir de mort :.....	167
4.	Les soins sous contrainte .....	168
C.	Analyse et maîtrise du transfert et du contre-transfert .....	169
1.	Analyse et maîtrise du contre-transfert.....	171
a)	Le contre-transfert négatif : .....	172
b)	Le contre-transfert positif : .....	173
c)	Au niveau collectif :.....	174
2.	Analyse et maîtrise du transfert.....	175
a)	Le transfert positif :.....	175
b)	Le transfert négatif :.....	175
.V.	Reprise des situations cliniques.....	176
A.	Cas de Monsieur A .....	176
1.	Hypothèses sur le vécu psychique .....	177
2.	Adapter les limites .....	179
3.	Maîtrise du contre-transfert .....	180
B.	Cas de Madame B.....	182
1.	Hypothèses sur le vécu psychique .....	182
2.	Adapter les limites .....	183
3.	Maîtrise du contre-transfert .....	183
C.	Cas de Monsieur C .....	185
1.	Hypothèses sur le vécu psychique .....	185
2.	Adapter les limites .....	187
3.	Maîtrise du contre-transfert .....	188
	Conclusion.....	192
	Références bibliographiques.....	195

## RESUME

**Contexte :** L'organisation « pseudo-gestionnaire » actuelle du travail en psychiatrie tend à appliquer des procédures (protocoles, consignes et conduites à tenir, dont font partie l'isolement et la contention mécanique) qui visent à la maîtrise, à la réduction des troubles « de l'adaptation » afin de les faire « rentrer dans une normalité ». A l'opposé de cette logique, ce présent travail interroge sur le comment être face à la violence, plutôt que sur le comment faire face à celle-ci.

**Méthode :** Revue de la littérature ; Lecture clinique.

**Résultats :** La violence peut être comprise comme un acte de vie face à une atteinte narcissique. La capacité de contenance semble être un outil indispensable pour prendre en charge la souffrance des patients, elle assure une triple fonction de « réceptacle », de « pare-excitation » et de « métabolisation ». Soigner la violence consisterait ainsi à l'accueillir, à la canaliser et à lui donner du sens. Au niveau institutionnel, il semble fondamental de proposer des lieux et des temps de mise en mots entre soignants afin de se situer en dehors de la crise, à distance des débordements émotionnels qui empêchent la pensée.

**Conclusion:** C'est en pleine Terreur Révolutionnaire que Pinel et Pussin libèrent les fous de leurs chaînes. C'est au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale que les psychiatres Bonnafé, Paumelle et quelques autres, dont les infirmiers, suppriment les quartiers d'agités et les camisoles qui les accompagnent. L'isolement et la contention mécanique sont ensuite réapparues dans les hôpitaux autour des années 1995 à 2000, dans une psychiatrie en pleine mutation, caractérisée par une triple orientation : neuroscientifique et médicoteknikue,

sécuritaire, et citoyenne associée au concept de Santé Mentale. L'histoire nous montre que l'utilisation de l'isolement et de la contention mécanique repose davantage sur les représentations de la folie, que sur le degré réel de folie ou de violence des patients. En effet, chaque fois que l'on privilégie les techniques aux dépens de l'humain, que l'on oublie le sujet, que l'on considère que le fou est totalement envahi par sa maladie et qu'il est violent par nature, ou même que l'on se remet à penser à une explication génétique et biologique de la folie, les mesures d'isolement et de contention réapparaissent. A l'inverse, chaque fois que l'on considère le fou comme un sujet et que l'on s'intéresse à son discours, les mesures d'isolement et de contention reculent...

## PREAMBULE

Dans son ouvrage sur l'« Introduction à l'étude de la médecine expérimentale », Claude Bernard expose la démarche qu'il qualifie de scientifique : « La médecine scientifique ne peut se constituer, ainsi que les autres sciences, que par voie expérimentale, c'est-à-dire par l'application immédiate et rigoureuse du raisonnement aux faits que l'observation et l'expérimentation nous fournissent. La méthode expérimentale, considérée en elle-même, n'est rien autre chose qu'un raisonnement à l'aide duquel nous soumettons méthodiquement nos idées à l'expérience des faits. [...] Pour être digne de ce nom, l'expérimentateur doit être à la fois théoricien et praticien » (1).

Il s'agit donc de partir de l'observation et de tenter de fonder une théorie qui expliquerait ce qui est observé, puis de confronter cette théorie à de nouvelles observations et expériences afin de la valider ou de l'infirmier en vue de la faire évoluer. Cette perpétuelle remise en question de la théorie n'autorise pas les certitudes.

Cette démarche scientifique a également été soutenue et défendue par Sigmund Freud. Ainsi, elle est à l'origine de son œuvre au travers d'un raisonnement rigoureux. A partir des faits observés cliniquement, il fonde une théorie qu'il n'a de cesse de confronter à la clinique et par là-même de la remettre en question.

Ainsi, il m'a semblé important, dans ce travail, de partir des observations cliniques rencontrées durant mon internat et de les confronter aux concepts théoriques qui leur font échos.

Il appartiendra au lecteur de cet ouvrage de vérifier, de réfuter, de modifier ou de compléter la pertinence des hypothèses exposées au travers de son expérience clinique propre.

## INTRODUCTION

Au travers de quelques tentatives de rencontres « cliniques », de ces patients étiquetés « hétéro-agressifs », je me suis interrogée sur le sens de la contention individuelle et de ce qu'il en était de la question de la contenance psychique institutionnelle. Dans ces situations de crise, il m'apparaissait en effet, qu'il n'y avait pas de lieu pour penser ce qui se jouait là pour le patient et pour les intervenants soignants. Les troubles du comportement sont sur le devant de la scène. Il s'agit alors d'appliquer des procédures qui visent à la maîtrise, à la réduction des troubles « de l'adaptation » afin de les faire « rentrer dans une normalité ». Ainsi, il me semble que ni le patient ni le soignant n'est alors perçu dans sa singularité tant dans ce qui se rejoue là de son histoire, que de son vécu émotionnel à ce moment-là. Sans analyse dans l'après coup, la gestion de ce temps-là pourrait être assimilée à des passages à l'acte du patient et des équipes soignantes sous le couvert de procédures, avec pour corollaire l'isolement et la contention mécanique.

Comment permettre que ce moment « à risque » puisse devenir un temps à visée thérapeutique, où les rencontres « soignants-soignés » pourraient participer à rompre le cercle vicieux des interactions ?

Dans une démarche qui se veut scientifique, respectant les préceptes de Claude Bernard puis de Sigmund Freud, allant donc de l'expérience clinique aux concepts théoriques dans un mouvement de va-et-vient, les hypothèses, théories et concepts psychanalytiques présentés me semblent les plus pertinentes pour tenter

de comprendre ces situations critiques, voire traumatiques pour le patient et les soignants.

Nous ne pourrions que constater que des choses nous échappent, aucune théorie n'explique tout. De plus, ce qui peut être valable pour un patient peut ne pas l'être pour l'autre. C'est ainsi que chacun part de son expérience clinique, « picore » dans les théories déjà existantes pour créer ensuite le sens de la prise en charge thérapeutique.

Nous allons tenter de répondre à quelques questions :

- « L'hétéro-agressivité » se trouve-t-elle du côté de la vie ou du côté de la mort ? La lutte contre la destructivité semble mue par la certitude qu'elle se trouverait automatiquement du côté de la mort. Ainsi, en réprimant l'agressivité on ramènerait le sujet du côté de la vie... Ne s'agit-il pas plutôt de s'interroger sur les racines de cette destructivité et d'essayer d'en éclaircir les enjeux et la finalité ?

- Du côté du patient, n'y a-t-il pas lieu de tenter de comprendre ce qui se joue pour lui, au travers de ses émotions de colère, de ses passages à l'acte violent ?

Du côté des soignants, c'est-à-dire de ceux qui ont pour fonction de soigner (parmi lesquels nous incluons tous les membres de l'équipe médicale et paramédicale, qu'ils soient médecins, infirmiers, aides-soignants, psychomotriciens ou psychologues), n'y a-t-il pas lieu de tenter de comprendre quels mécanismes de défense prévalent lors d'une prescription (ou d'une demande de prescription) d'une mesure d'isolement et/ou de contention mécanique, lorsque cette mesure ne nous paraît pas être d'emblée « une mise en sécurité justifiée » ? Comment faire pour identifier une prescription à visée thérapeutique, d'une prescription pouvant être en rapport avec des mécanismes de défense inconscients des soignants ?

Il s'agit donc de comprendre ce qui se joue de part et d'autre dans ces situations souvent chargées sur le plan émotionnel.

## SITUATIONS CLINIQUES

- **Monsieur A** est hospitalisé dans l'unité fermée du secteur de Psychiatrie Générale pour agressivité verbale.

Depuis 18 mois, il vivait en appartement thérapeutique, unité fonctionnelle dans laquelle exerce le chef de service du secteur, mais constituée d'une équipe infirmière différente de l'unité d'hospitalisation. Lors d'une absence pour congés annuels du médecin référent de l'unité des appartements thérapeutiques, un médecin du service fermé passe et dit à l'équipe : « C'est super que ça se passe bien chez vous, chez nous il était isolé en permanence ». Le lendemain, un conflit éclate entre le patient et l'équipe des appartements thérapeutiques. Face à ce patient devenu agressif verbalement, l'équipe demande une hospitalisation en unité fermée et exclura la possibilité d'un retour du patient aux appartements thérapeutiques.

Arrivé dans le secteur fermé dans ce contexte, le patient sollicite fortement l'équipe infirmière qui ignore ses demandes, quasi systématiquement sans le regarder. Dans le bureau infirmier les soupirs et réflexions fusent : « Qu'est-ce qu'il est pénible ! » « Ce n'est pas le Club Med ici » « Il croit qu'il n'y a que lui ». Dans le même temps, l'agressivité du patient monte, il profère des menaces verbales : « Je vais casser tous les tableaux du service ». À cette menace, la réponse est éducative : « On ne parle pas comme ça à des infirmiers !! ». Le médecin prescrit la chambre d'isolement à la demande des infirmiers...

- **Madame B**, patiente de 25 ans, déficiente, intolérante à la frustration, présente des troubles du comportement avec de multiples passages à l'acte hétéro-agressif. Le praticien hospitalier (PH) la présente à l'externe en ces termes : « C'est une patiente débile qui ne comprend pas la conséquence de ses actes ». La patiente est isolée dans sa chambre toute la journée (10h-18h), tous les jours de la semaine, excepté les week-ends où elle part en permission dans sa famille, permissions qui à chaque fois se passent mal et qui sont alors écourtées par les parents de la patiente.

Lorsque je demande à voir Madame B un lundi à 9h50, les soignants présents me répondent que ce n'est pas possible en raison de son isolement qui ne semble pas permettre une rencontre dans un bureau de consultation. Je propose alors de la voir mais dans sa chambre. Malgré les résistances de l'infirmière en raison d'une agitation que je ne constate pas, je décide de voir la patiente dans sa chambre. L'infirmière part furieuse chercher une alarme PTI (protection du travailleur isolé) et la donne à sa collègue restée avec moi. La patiente se met alors à répéter en boucle et de plus en plus fort « je ne veux plus être isolée » puis elle se met à taper du poing dans les murs. Affolée par le discours de l'infirmière et l'agitation de la patiente j'ai mis fin à cette tentative de rencontre. Dans l'après coup, l'équipe me renvoie l'inutilité de ces entretiens face à une patiente débile ne comprenant rien. La patiente quant à elle, a frappé contre sa porte toute la matinée en protestant « je m'en fiche, je ne serai plus isolée ». Sans doute avait-elle plus de capacités à comprendre son environnement que son apparence ne le laissait supposer...

- **Monsieur C**, âgé de 36 ans, diagnostiqué schizophrène est hospitalisé pour décompensation psychotique Sur Décision du Représentant de l'Etat (SDRE).

Dès son arrivée dans le service, ce patient délirant et dissocié est isolé. Les soignants craignent un passage à l'acte hétéro-agressif imprévisible et impulsif. En effet, c'est un patient bien connu du secteur au gré des multiples hospitalisations depuis l'âge de ses 18 ans. Chacune de ses hospitalisations, dont certaines ont duré plus d'une année, est marquée par une période d'isolement, le plus souvent suivie d'une période de contention. Il a par ailleurs effectué deux séjours en Unité pour Malades Difficiles (UMD). Lors de ses sorties d'hospitalisation, il retourne vivre chez sa mère et bénéficie d'une prise en charge quotidienne à l'hôpital de jour (HDJ) de la MGEN.

Deux semaines après son arrivée dans l'unité fermée, Monsieur C, dans un mouvement pulsionnel de fuite, renverse violemment un infirmier venu lui apporter son traitement dans la chambre d'isolement.

Suite à ce passage à l'acte, l'indication d'une contention est posée dans ce contexte de dissociation. Conformément au protocole contention, il m'est demandé d'évaluer l'état clinique du patient quelques heures après. Le patient est surveillé par caméra, les soignants vont le voir toutes les 2 heures.

Lors de cette rencontre en chambre, je suis surprise par le calme de ce patient qui ne demande pas la levée de la contention. Il est dissocié, les éléments délirants sont désorganisés et non critiqués. Son discours est incohérent sans prise avec la réalité : « Il y avait du rose et du orange sur son visage, donc ce n'était pas Benoît », « Il m'a dit qu'il s'appelait Benoît, mais ça ne pouvait pas être Benoît car il ne portait pas de bleu », « Il dit qu'il s'appelle Benoît Z, mais moi je le connais Benoît Z et ce

n'est pas lui » (extrait d'un jeu vidéo), « Il avait un bras de fer », « Il avait des doigts de fer » ...

A J7, il ne semble pas pensable à l'équipe de lever la contention en raison de la persistance de son délire et du risque de passage à l'acte imprévisible. La contention sera finalement levée à J8 en raison de complications somatiques, l'isolement maintenu pendant encore plusieurs semaines (à l'exception, dans un second temps, de quelques sorties pour les repas).

Le lendemain de la levée de la contention, un repas barbecue dans le parc de l'EPSM est organisé avec tous les patients et soignants du service, ce patient fût le seul à rester dans l'unité...

Dans les suites de cet accident, afin de prévenir d'autres éventuels passages à l'acte, un traitement par voie injectable est prescrit. Dans un contexte de clivage entre la mère du patient et l'équipe soignante, la compliance de monsieur C était aléatoire, marquée par des refus fréquents de prise médicamenteuse.

Tout contact physique avec sa mère est par ailleurs interrompu. En effet, l'alliance thérapeutique avec la mère est très compliquée, marquée par une incompréhension, voire une disqualification, de la prise en charge thérapeutique lors de ses visites ou de ses appels téléphoniques. Elle remet en question l'utilité du traitement et pense être la seule à savoir ce qui est bon pour lui.

Malgré la prescription de rupture du lien, sa mère lui apporte des gâteaux, en insistant pour qu'on dise à son fils que « ça vient d'elle ». Si ces friandises sont données à monsieur C, il est convenu par l'équipe de ne pas donner leurs origines.

L'équipe soignante est encore confortée dans cette stratégie de mise à distance de la relation maternelle par le constat d'une amélioration clinique lors des activités

thérapeutiques à l'hôpital de jour, tandis que les WE étaient plus compliqués au domicile de sa mère.

Suite à un rendez-vous à l'accueil CMP famille, la mère prendra un peu de distance.

Dans l'après coup, il me semble important d'évoquer l'histoire du patient auprès des infirmiers en vue d'une rencontre avec le patient. Les relations avec son père semblent compliquées avec un risque de réactivation des traumatismes. Les infirmiers pensent que l'évocation du père est à éviter car serait source d'une angoisse insupportable et donc risquerait de provoquer un passage à l'acte. L'assistante psychiatre évoque un « délire d'identification » qui ne lui permet pas de reconnaître ses interlocuteurs. Ainsi quand il a attaqué Benoît, ce n'était pas Benoît...

## **PARTIE 1 : LA DESTRUCTIVITE : UNE PULSION DE MORT OU UNE PULSION DE VIE ?**

### **.I. Rappel de la métapsychologie freudienne**

#### **A. Les trois coordonnées métapsychologiques**

##### **1. Le point de vue topique**

Le point de vue topique considère « l'appareil psychique comme l'organisation de divers systèmes » (première topique) « ou instances » (deuxième topique) « assurant respectivement des fonctions différentes ». (2). Il s'agit d'une organisation qui se voudrait « spatiale », sans qu'il y ait cependant de correspondance avec l'anatomie cérébrale (3).

##### **2. Le point de vue économique**

Le point de vue économique considère « l'énergie psychique sous un angle quantitatif » (2). Il étudie « la circulation » et « l'investissement » ou répartition « de l'énergie psychique » au niveau des systèmes ou « instances », des « objets ou représentations » (3). Cette énergie est parfois appelée « quantum d'affect » (2).

« La vie psychique offre à considérer d'une part des représentations, d'autre part des affects qui leur sont liés. Ce terme d'affect désigne l'aspect qualitatif d'une charge émotionnelle, mais aussi et surtout l'aspect quantitatif de l'investissement de la représentation par cette charge » (d'où l'expression « quantum d'affect »). « Le fait qu'une certaine quantité d'énergie psychique soit liée à une représentation mentale ou à un objet extérieur réel est appelé investissement » (2).

### **3. Le point de vue dynamique**

Le point de vue dynamique considère l'énergie psychique sous un angle qualitatif. Il étudie « les phénomènes psychiques comme résultant d'une combinaison de forces plus ou moins antagonistes » (2) et « génératrices de conflits » entre les différentes pulsions (entre les pulsions d'autoconservation et les pulsions sexuelles puis entre les pulsions de vie et les pulsions de mort), mais aussi entre les différents systèmes (entre l'inconscient et le conscient) ou instances (entre le Moi et le Ça, entre le Moi et le Surmoi et entre le Moi et le monde extérieur) (3).

### **4. Intrication des différents points de vue**

Ces différents points de vue sont « étroitement liés ».

« On ne peut, en effet, envisager le devenir d'une quantité d'énergie sans savoir qui agit sur elle, qui s'en empare et, réciproquement, la compréhension et même la

description d'un appareil conduit tout naturellement à intéresser à ce qu'il fait, à quoi il sert ».

De plus, il est évident que pour « comprendre l'issue du conflit », il faille envisager « l'aspect qualitatif, descriptif du conflit des forces en présence » ainsi que « la grandeur relative de ces forces » (2).

## **B. Du point de vue économique : le principe de plaisir et le principe de réalité**

Pour S. Freud, la psyché humaine se construit et est régulée tout au long de la vie par une opposition fondamentale entre le principe de plaisir et le principe de réalité (2).

Il existe une dialectique entre le principe de plaisir et le principe de réalité. En cas de forte opposition entre ces deux principes, il se produit un conflit au niveau de l'inconscient à l'origine de symptômes plus ou moins invalidants (des symptômes hystériques lorsque c'est le principe de plaisir qui prend le dessus, des symptômes obsessionnels lorsque c'est le principe de réalité) ou de ce que J. Lacan appelle les « formations de l'inconscient » (rêves, actes manqués et lapsus)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

**1. Le principe de plaisir :**

Le principe de plaisir « régit d'abord l'activité psychique et lui donne pour but d'éviter le déplaisir et de rechercher le plaisir ». Pour S. Freud, le plaisir se définit « comme une réduction au minimum de la tension énergétique » (2).

**2. Le principe de réalité :**

Le principe de réalité est « un aménagement du principe de plaisir imposé par l'expérience de la vie » qui oblige à prendre en compte « la réalité extérieure » (2).

**3. Le principe de constance :**

S. Freud fait l'hypothèse que « l'appareil psychique aurait tendance à maintenir à un niveau aussi bas que possible, ou tout au moins aussi constant que possible, la quantité d'excitation qu'il contient ». « La perception subjective d'une augmentation de tension entraîne le déplaisir et » donc « la recherche d'une possibilité de décharge » faisant disparaître la tension et entraînant du plaisir (2).

## C. Les conceptions topiques de l'appareil psychique

### 1. La première topique

Freud construit le premier schéma de l'appareil psychique composé alors de trois systèmes : l'Inconscient (Ics), le Préconscient (Pcs) et le Conscient (Cs). (2,4,5). « Une censure particulièrement sévère » s'exerce entre l'inconscient et le préconscient. « Une censure s'exerce également », mais « avec moins de rigueur », entre le préconscient et le conscient (2).

#### a) Le conscient :

Le conscient est un état fugitif : « ce qui est conscient ne l'est que pour un moment ». (5)

#### b) Le préconscient :

Le préconscient est un processus (ou contenu) psychique inconscient qui est « capable de conscience » : il peut « facilement » devenir conscient. Mais « un contenu préconscient peut être temporairement inaccessible » à la conscience, « barré par des résistances » : c'est ce qui se passe lors de l'oubli temporaire (trou de mémoire).

Un processus préconscient peut aussi être « temporairement » rétro-transformé « dans l'état inconscient » : c'est ce qui se passe dans le trait d'esprit et les névroses (5).

Au niveau du préconscient, le principe de réalité prédomine sur le principe de plaisir (2).

### **c) L'inconscient :**

L'inconscient est un processus (ou contenu) psychique inconscient « qui n'a pas un accès aussi facile au devenir-conscient » car l'accès à la conscience est barré par des résistances : il demande des « efforts » pour devenir conscient.

Mais, par un « relâchement des résistances », « un contenu inconscient » peut aussi « se transformer » « spontanément » « en un contenu préconscient et ensuite devenir conscient » : c'est ce qui se passe dans les psychoses et les rêves (5).

« L'inconscient est régi par le principe de plaisir » (2).

## **2. La deuxième topique**

Il s'agit de la révision théorique, du « tournant des années 20 ». La deuxième topique n'efface pas les premières conceptions mais vient les compléter.

Freud construit le deuxième schéma de l'appareil psychique composé alors de trois instances : le Ça, le Moi et le Surmoi (2,3,5-7).

**a) Le Ça :**

Le Ça est la plus ancienne des instances psychiques et forme « le noyau de notre être » (5). Le Ça est défini comme « le pôle pulsionnel de l'appareil psychique » (2,3).

Le Ça exige « une satisfaction pulsionnelle immédiate et inconsidérée » : il « obéit à l'inexorable principe de plaisir » qui « réclame un abaissement », voire « une extinction des tensions nées du besoin ». Le Ça « ignore le souci d'assurer la survie » (5).

**b) Le Moi :**

Le Moi « s'est développé à partir de la couche corticale du Ça » qui se trouve « en contact direct avec le monde extérieur (la réalité) ». Le Moi « sert d'intermédiaire », il assure la médiation « entre le Ça et le monde extérieur ».

Le Moi évalue et décide « si la tentative pour arriver à la satisfaction doit être exécutée ou différée » jusqu'à ce que les circonstances dans le monde extérieur soient favorables, « ou bien si la revendication de la pulsion » doit « être réprimée » car estimée « dangereuse » : il obéit au principe de réalité. Le Moi « s'est donné pour tâche l'autoconservation ». « Il se sert des sensations d'angoisse comme un signal qui l'avertit des dangers » provenant du monde intérieur (Ça et Surmoi) et du monde extérieur qui menacent son intégrité (5).

**c) Le Surmoi :**

Vers l'âge de cinq ans, « une portion du monde extérieur est abandonnée en tant qu'objet, du moins partiellement, et accueillie dans le moi (par identification) ». Cette partie du monde extérieur devient alors « une composante du monde intérieur », une « nouvelle instance psychique », que S. Freud appelle le Surmoi.

« Le Surmoi continue de jouer pour le Moi le rôle d'un monde extérieur, bien qu'il soit devenu une partie du monde intérieur ». Il prolonge l' « influence parentale », de même qu'il « accueille ultérieurement, au cours du développement de l'individu, des contributions émanant des successeurs et des personnes substitutives des parents, tels que les éducateurs, les modèles publics, les idéaux vénérés dans la société ». Ainsi, le Surmoi « poursuit les fonctions qu'avaient exercé ces personnes du monde extérieur » dont il « a pris la place » (5). Il assume trois fonctions : une « fonction d'auto-observation » (le Surmoi « observe le Moi »), une « fonction de conscience morale » (le Surmoi « donne des ordres » au Moi, « le dirige et le menace de punitions » : cette fonction est à l'origine du « sentiment de culpabilité ») et une « fonction d'Idéal » (le Surmoi impose au Moi des idéaux auxquels il se doit de correspondre : cette fonction est à l'origine des « sentiment de honte » et « d'infériorité ») (2,3,5).

## D. Les théories des pulsions

Pour S. Freud, une « pulsion » est « un concept frontière » entre le psychique et le « somatique ». En effet, des excitations issues « de l'intérieur du corps » parviennent au psychisme.

Une pulsion est définie comme le « représentant psychique » (le terme « représentant » désigne l'ensemble de la représentation et de la charge affective qui lui est liée) de ces stimuli intra-somatiques. L'accroissement du stimulus procurerait une sensation de déplaisir et l'abaissement du stimulus une sensation de plaisir (8).

Une pulsion se définit par quatre caractéristiques :

- La « poussée d'une pulsion » correspond au « facteur moteur de celle-ci », à « la somme de force » « qu'elle représente » (8), à la « tension interne » qu'elle provoque (9).

- La « source de la pulsion » est un « processus somatique excitateur » (stimulus) « dans un organe ou une partie du corps » (8).

- Le « but d'une pulsion est toujours la satisfaction » qui est « atteinte » par la diminution de la tension et donc par « la suppression » du « stimulus » (8). « La diminution de la tension » « s'effectue sous la forme d'une décharge » (9).

- L' « objet de la pulsion » est ce par quoi « la pulsion peut atteindre son but ». Il peut s'agir d' « un objet étranger » ou d' « une partie du corps propre » (8).

## 1. La première théorie des pulsions

La première théorie freudienne des pulsions oppose les « pulsions d'autoconservation », appelées aussi « pulsions du Moi », aux « pulsions sexuelles ». (2,3,8,10).

Les « pulsions d'autoconservation » « assurent la survie de l'individu par les systèmes d'autoprotection » (3).

Les « pulsions sexuelles » « sont nombreuses », appelées « pulsions partielles ». Elles sont « issues de sources organiques multiples », les « zones érogènes » : toute muqueuse et toute région de la peau peut jouer le rôle de zone érogène (10). Elles « exercent tout d'abord leur activité indépendamment les unes des autres et ne sont rassemblées que tardivement », après la phase œdipienne, « en une synthèse plus ou moins complète ». « Le but auquel chacune d'elle tend est l'accession au plaisir d'organe », « c'est seulement la synthèse une fois accomplie qu'elles entrent au service de la fonction de reproduction » (8). Ainsi, les pulsions sexuelles « assurent la survie de l'espèce par la procréation » (3).

Les pulsions sexuelles « s'étaient d'abord sur les pulsions d'autoconservation » et ne s'en « détachent que progressivement » (8). En effet, « au début de la vie », les pulsions sexuelles « empruntent » la « source corporelle » et l'« objet » des pulsions d'autoconservation. L'exemple type est celui de la fonction d'alimentation : « le petit enfant tète pour satisfaire sa faim » et « cette activité lui procure un plaisir en soi », « plus tard, en l'absence même de faim, il cherchera à téter ou sucer à la recherche de ce seul plaisir. Dès cette recherche, la satisfaction sexuelle se sépare donc du besoin physiologique ». « Toutes les fonctions organiques » (fonction d'excrétion, de miction,

de défécation...) « mais aussi les fonctions de la vie de relation » (vision, toucher, activité musculaire, activité intellectuelle...) fonctionnent ainsi (2).

## 2. La théorie du narcissisme

S. Freud appelle « investissement » la « quantité d'énergie psychique » « liée à une représentation mentale ou à un objet extérieur réel » (2). Dans un premier temps, il nomme « libido » « les investissements d'énergie » envoyés par les pulsions sexuelles et « intérêt » les investissements d'énergie « envoyés par les pulsions d'autoconservation » (11).

Puis, S. Freud remet en cause la dualité radicale entre les pulsions d'autoconservation et les pulsions sexuelles quand il découvre que le « Moi » peut être également l'objet d'investissement des pulsions sexuelles. Freud oppose alors la libido du Moi à la libido d'objet (2,3,11,12).

« Le narcissisme correspond à l'investissement du Moi par la libido » (3).

« Au départ », « tout le montant disponible de la libido est emmagasiné » « dans le Moi », c'est « le narcissisme primaire absolu » (5). En effet, les « pulsions sexuelles se satisfont initialement sur le corps propre » du sujet, de façon « auto-érotique ». Plus tard, la libido se tourne vers les objets, sans que le narcissisme ne disparaisse pour autant (11).

Freud utilise une comparaison avec « des êtres vivants composés de substance protoplasmique » (exemple de l'amibe) : ils « étendent des prolongements », appelés « pseudopodes », « dans lesquels ils font couler leur substance corporelle », « mais ils peuvent aussi rentrer de nouveau ces prolongements et se rétracter en boule ».

Freud compare « le fait d'étendre ces prolongements à l'émission de la libido sur les objets » et le fait de rentrer ces prolongements au retour de la libido dans le Moi (11). Il existe donc « une sorte de balancement » entre « la libido du Moi et la libido d'objet » (2), donc entre « l'investissement narcissique et l'investissement objectal » (3). Ainsi, « durant toute la vie, le Moi reste le grand réservoir » à partir duquel la libido « est envoyée vers les objets » et dans lequel est de nouveau accueillie « la libido qui reflue à partir des objets » (5). Ce « reflux sur le Moi de la libido objectale » correspond au « narcissisme secondaire » (2,3).

### **3. La deuxième théorie des pulsions**

Il s'agit également de la révision théorique, du « tournant des années 20 ». La deuxième théorie des pulsions n'efface pas les premières conceptions mais vient les compléter.

S. Freud est parti du constat clinique suivant : l'être humain est particulièrement travaillé par la destructivité.

La nouvelle théorie des pulsions oppose les « pulsions d'amour » ou « pulsions de vie » (« Éros ») alimentées par « la libido » aux « pulsions de destruction » ou « pulsions de mort » (« Thanatos ») alimentées par « la destrudo ». Les pulsions de vie comprennent les pulsions d'autoconservation et les pulsions sexuelles (libido du moi et libido d'objet) de la première théorie. (2,3,5,6).

Il existe une dialectique entre la pulsion de vie et la pulsion de mort. Pour S. Freud, les pulsions sont « composées, dans des proportions variables, de mixtions »

de « deux pulsions fondamentales » et « originaires » dont leur action est antagoniste.

« La pulsion de vie » a pour but de « conserver », d'assurer « la liaison » afin de créer « des unités de plus en plus grandes ». Au contraire, « la pulsion de mort » a pour but de « détruire », d'assurer la déliaison (5) afin d' « arriver à des ensembles de plus en plus réduits et sans contact entre eux ». La pulsion de mort semble tendre « à la réduction complète des tensions » en tentant de « ramener l'être vivant à un état antérieur inorganique » (9).

## **.II. La destructivité : un instinct de vie face à une atteinte narcissique ?**

### **A. La peur et les comportements d'attachement : des réactions instinctive de sauvegarde selon J. Bowlby**

J. Bowlby a conceptualisé « la théorie de l'attachement » « juste après la seconde guerre mondiale », dans le contexte « de séparation » des jeunes enfants de leurs parents et « de carence de soins », en particulier maternels (13).

« La théorie de l'attachement » repose sur « l'importance des liens affectifs entre les êtres humains et, en particulier, entre le bébé et ceux qui l'élèvent » (14). « Le lien parent-enfant » « occupe une place fondamentale » (13).

« Un lien affectif » est défini « comme un lien durable avec un partenaire qui prend une importance particulière du fait qu'il devient unique et non interchangeable » (14).

J. Bowlby « insiste sur la notion d'engagement et d'émotions réciproques propres aux relations affectives » : chaque personne est « partenaire de la relation, dans un espace de mutualité psychique » (13).

La qualité des « liens affectifs » est « indispensable à » « l'épanouissement » de « la vie psychique » de tout individu. L'être humain ne peut en effet « se construire qu'au travers de la relation à l'autre ». Ainsi, B. Cyrulnik parle de « nourriture affective » (13).

Pour J. Bowlby, l'attachement est actif « depuis le berceau jusqu'à la tombe » (14).

## 1. Les comportements d'attachement

### a) Une fonction de protection :

La « peur, réaction instinctive », « génétiquement déterminée, avait pour but chez l'homme primitif sa sauvegarde ». « De nos jours, la peur maintient l'individu instinctivement en alerte et constitue un moyen de protection sensible et efficace » (3).

La peur va activer « les comportements d'attachement » qui constituent « des réactions de sauvegarde et de recherche de protection » face aux « dangers » « internes » (faim, douleur, froid, fatigue, maladie, émotion négative...) et « externes », c'est-à-dire « liés à l'environnement » (éloignement ou absence de la figure d'attachement, présence d'étrangers, solitude, bruits forts, obscurité brusque, lieu nouveau...). Les comportements d'attachement visent à assurer « la survie » de l'individu et de l'espèce (14).

En cas de situation « d'alarme ou de détresse du bébé », « les comportements d'attachement » ont pour objectif d'établir « la proximité physique avec la figure d'attachement » qui apporte sentiment de sécurité, de protection et de réconfort.

Ces comportements d'attachements résultent « à la fois d'un besoin inné et d'acquisitions » (3). « L'enfant choisit les comportements à sa disposition qui lui

semblent les plus » efficaces « en fonction des réponses habituelles du caregiver ». Les comportements d'attachement peuvent être aversifs (cris, pleurs...) ou agréables (sourire, babillage, regard...) pour attirer le « caregiver » vers l'enfant, mais aussi actifs (agrippement, suivre...) amenant l'enfant à sa figure d'attachement.

L'enfant sélectionne et ajuste « ses comportements d'attachements innés », « en fonction des chances qu'il croit avoir » d'assurer la proximité avec sa figure d'attachement ou sa disponibilité, de façon « à promouvoir au mieux » son sentiment de « sécurité » interne. « Cette adaptation peut le mener à inhiber » ses comportements d'attachement (« stratégies » dites « de minimisation » : évitement de la proximité et résistance au contact) « ou au contraire » à les « hyperactiver » (« stratégies » dites « de maximisation » : alternance de recherche de contact et de rejets coléreux quand le contact survient).

Les « stratégies d'attachement masquées » sont les « comportements qui, au départ, ne relevaient pas de l'attachement » mais qui « occasionnent » finalement « un gain en terme de sécurité ». Par exemple, si l'enfant « devient turbulent et qu'ainsi sa mère, généralement indisponible, fait attention à lui, il peut user ce comportement pour qu'elle s'occupe de lui » (14).

On pourrait ainsi voir dans l'agressivité de Monsieur A et de Madame B une « stratégie d'attachement masquée ».

La « figure d'attachement » est « la personne vers laquelle l'enfant dirige son comportement d'attachement ». « Tout adulte » « qui s'engage dans une interaction » « animée » et « durable » « avec le bébé », et qui répond « à ses signaux et à ses approches », « sera susceptible de devenir une figure d'attachement ». L'enfant « recherche auprès de la figure d'attachement, de manière préférentielle, proximité et sécurité et proteste en cas de séparation subie ».

Le « caregiver » est une personne qui prend « soin physiquement et émotionnellement de l'enfant », c'est-à-dire qui a « une présence importante et régulière dans sa vie » et qui l'investi « émotionnellement ».

« L'enfant développe une hiérarchie des relations d'attachement », qui « s'établit en fonction de la force du sentiment de sécurité » apporté, « liée à la quantité et à la qualité des soins » reçus. « Le plus souvent, la mère devient la figure d'attachement principale parce que c'est elle qui, autour des soins de routine, passe le plus de temps avec le bébé dans les premiers temps. C'est vers elle que se tournera de manière préférentielle et automatique l'enfant, en cas de détresse ou d'alarme ». « En cas d'absence de la figure d'attachement principale, l'enfant se tournera préférentiellement vers » « les figures d'attachement subsidiaires » (ou « auxiliaires »), qui sont « les autres » personnes « qui l'élèvent », « en particulier le père », « pour rechercher sécurité et consolation » (14).

L'importance du besoin de proximité pour obtenir un sentiment de sécurité interne varie avec l'âge. « La proximité physique, nécessaire au début de la vie, devient progressivement un concept mentalisé et émotionnel, et rejoint celui de l'accessibilité », de confiance en la disponibilité de la figure d'attachement.

La notion de « base de sécurité » « renvoie à la confiance, pour une personne, dans l'idée qu'une figure de soutien, protectrice, sera accessible et disponible en cas de besoin », et cela « quel que soit l'âge de l'individu ».

« Fort de cette confiance dans la disponibilité de la figure d'attachement », sachant qu'« il peut y revenir en cas de besoin », l'enfant délimite alors un périmètre autour du parent où il se sent en sécurité pour « explorer le monde qui l'entoure » : c'est la « notion de havre de sécurité » (14).

**b) Le rôle des émotions dans la théorie de l'attachement :**

Pour Bowlby, « certaines émotions ont une fonction motivationnelle, d'autocontrôle et de communication pour l'individu dans le contexte d'une relation d'attachement ».

- « L'angoisse » est ressentie « lorsque l'accès à la figure d'attachement est menacé ». L'angoisse « conduit à l'apparition de comportements d'attachement qui » servent à « alerter la figure d'attachement », « lui faire remarquer la détresse de l'enfant » afin de rétablir la « proximité » avec elle et d'obtenir « des réponses réconfortantes ».

- « La peur » « traduit l'exposition du bébé à une menace », « interne ou environnementale », « pour sa survie physique ou psychologique ». « La peur constitue une des menaces maximales pour l'homéostasie physiologique et psychologique du bébé : sa régulation est donc une priorité dans le développement de celui-ci ».

- « La colère joue également un rôle important dans la réponse à une rupture du lien d'attachement ». « Lors d'une séparation temporaire, la colère peut servir à motiver un enfant à surmonter les obstacles à la réunion avec la figure d'attachement. Par sa colère, l'enfant communique ses reproches et cherche à décourager sa figure d'attachement de recommencer ».

- « La tristesse accompagne le fait de réaliser que la figure d'attachement n'est pas disponible et que les efforts pour tenter de rétablir cette accessibilité ont échoué. La tristesse peut conduire au retrait et au désengagement ».

- « Les émotions positives » correspondent au « sentiment de sécurité lié à la proximité de la figure d'attachement » qui est « un état de détente, de bien-être et de confort, où tout est sous contrôle ».

« La proximité dans l'attachement est un indice externe spatial qui renvoie à l'état intérieur de sécurité, qui est, lui, un état émotionnel subjectif interne. C'est la double notion de proximité et de sécurité qui définit l'objectif externe et interne » de l'« attachement » (14).

### **c) Attachement sécuritaire et insécuritaire :**

« Une menace de perte crée l'angoisse et une perte réelle la détresse, voire la dépression ».

« La peur de la séparation » est liée à la peur de la « perte de la protection ».

« Une séparation de brève durée » suscite chez l'enfant une crainte « de perdre sa mère et » donc « la peur d'une nouvelle séparation ».

Pour que l'enfant puisse construire un modèle d'attachement « sécuritaire », il faut qu'il « ait la certitude de reprendre contact avec sa mère s'il le désire et au moment où il le désire » et « que s'établisse une authentique concordance entre les demandes réelles de l'enfant (nature, rythme) et la capacité de la mère à y répondre de façon appropriée ».

Mais l'enfant peut vivre « des expériences réelles qui » qui vont le conduire « à construire un modèle d'attachement » insécuritaire. Par exemple :

- lorsque la mère est « présente physiquement mais insensible aux besoins de son enfant » ;
- lorsque la mère profère « des menaces de rejet » (menaces d'abandon ou de désertion de la famille par le suicide) ;

- lorsque la mère est « absente », que ce soit « temporairement » lorsque les conditions sont inquiétantes (à cause d'une hospitalisation par exemple) ou « définitivement » (abandon avéré, rupture du lien, perte, deuil).

« L'enfant témoigne de son désarroi selon une séquence de comportements identiques :

- désespoir : l'enfant pleure et tente de retrouver l'objet perdu ;
- découragement : alternance de colère et de tristesse ; il fait un constat d'échec qui le laisse désemparé ;
- détachement : il y renonce définitivement » (3).

#### **d) Conséquences de la qualité de l'attachement :**

La qualité de l'intervention de la figure d'attachement, c'est-à-dire sa disponibilité physique et émotionnelle, procure à l'enfant un sentiment plus ou moins grand de sécurité interne et de bien-être émotionnel.

De la qualité des réponses du « caregiver » dépend donc la qualité de l'attachement de l'enfant, et de la qualité de cet attachement dépend le développement de ses compétences ultérieures :

- Ses « capacités d'exploration » et le processus d'« autonomisation ».

En effet, l'enfant ne peut explorer son environnement qu'avec une confiance solide en la disponibilité de sa figure d'attachement.

- Son « estime de soi » et ses compétences sociales.

En effet, le fait de vivre « des soins sensibles et ajustés » permet à l'enfant « de se vivre comme digne de ses soins de l'affection des autres. Ce vécu lui permet de développer une représentation positive de lui-même, qui lui permet aussi de faire

face aux aspects plus négatifs de sa personnalité, et d'ainsi avoir une représentation « réaliste » de lui-même en faisant face à ses limites propres ».

Ainsi, « la sécurité de l'attachement permet » à l'enfant « d'avoir un vécu positif » de lui-même « et d'avoir des attentes positives vis-à-vis des autres, tout en faisant face aux vécus et expériences négatifs sur » lui-même « et dans ses relations sans être » déstabilisé.

- Son « développement cognitif » et son « adaptation à l'école ».

En effet, l'exploration concerne les éléments de l'environnement externe mais aussi interne et donc les éléments de nature intrapsychique. Les facultés cognitives ne peuvent s'acquérir seulement si un sentiment de sécurité interne est acquis au préalable.

« La sécurité de l'attachement », « en donnant à l'enfant une meilleure confiance en lui et une attitude plus positive face aux challenges », lui « donne plus d'enthousiasme et de capacité d'exploration du monde scolaire ».

- Sa capacité d'« autorégulation émotionnelle ».

En effet, la sécurité de l'attachement, en donnant à l'enfant la possibilité « d'utiliser son parent comme havre de sécurité quand il est en situation de détresse », lui permet « de retrouver un état d'équilibre et de ne pas être désorganisé par ses émotions négatives ». Lorsque l'enfant grandit, il devient alors « capable de trouver des stratégies, à la fois internes grâce à ses capacités de réflexion et externes avec les adultes disponibles, pour faire face à ses émotions négatives en dehors de la présence de sa ou ses figures d'attachement » (14).

Le « comportement d'attachement » insécure, « s'il est très accentué, peut » donc entraver la « prise d'autonomie » et les « capacités d'adaptation sociale », tel l'« enfant agrippé à sa mère » ne s'intéressant pas au « monde extérieur ».

Ainsi, une « faille dans ce « dialogue » précoce des premières relations (établies au cours de l'enfance et jusque dans l'adolescence) » peut « avoir un impact décisif dans le développement de la personnalité et entraîner ultérieurement des troubles, plus ou moins graves, de l'ordre de la psychopathologie » (3).

## 2. L'attachement au niveau des représentations :

### a) Concept de modèles internes opérants (MIO) :

Selon la théorie de l'attachement, l'expérience des « interactions » que l'enfant vit avec son entourage s'intérioriseraient progressivement en des modèles de relation que J. Bowlby appelle « Modèles Internes Opérants ». Un MIO « formerait simultanément un modèle de soi », qui « correspondrait à une image de soi plus ou moins digne d'être aimé », « et un modèle d'autrui », qui « renverrait à sa perception des autres comme étant plus ou moins attentifs et sensibles à ses besoins » (14).

### b) La dynamique fonctionnelle des MIO :

Les MIO guident l'individu « dans sa façon de percevoir et de se comporter dans ses relations interpersonnelles ».

« Dans un premier temps, le modèle s'accommode aux interactions vécues pour se constituer ». « Alors que dans un deuxième temps, les nouvelles expériences sont assimilées au modèle existant, même si la correspondance est imparfaite » (14).

« Pour ne pas être submergé par un excès d'informations l'individu effectue, de manière automatique et non consciente, une exclusion sélective de certaines informations, en ne retenant que celles qui lui sont utiles pour l'objectif » à atteindre.

« Les MIO servent de filtre au travers desquels on interprète les nouvelles expériences » : une fois le « MIO mis en place », « une personne a tendance à percevoir les événements qu'elle vit à travers ceux qu'elle a déjà connus », « plutôt que de prendre en considération toutes les nouvelles données », ce qui « peut la conduire à traiter l'information de façon biaisée ».

Ainsi, « si une personne change d'environnement (ex. un enfant battu par ses parents est placé dans une famille d'accueil sécurisante et protectrice), le MIO » constitué « au contact de ses premières figures d'attachement risque de mal la guider dans ses nouvelles relations ».

Il est donc nécessaire que « le MIO soit mis à jour au fur et à mesure » des nouvelles expériences, mais cette actualisation ne peut se faire que progressivement.

Cependant, « les défenses mises en place par l'individu pour optimiser la relation peuvent aussi freiner l'actualisation des MIO » (14).

### **c) L'organisation défensive et la cristallisation des MIO :**

J. Bowlby a décrit « la notion « d'exclusion défensive » pour désigner le mécanisme qui consiste à ne pas traiter » certaines « informations », sources d'émotions trop douloureuses, « et à les exclure du système de représentation » (14).

Ces défenses se mettent en place dans un contexte de vécu d'insécurité, lorsque les « appels » de l'enfant « se soldent par un rejet, une humiliation ou une punition de la part du parent ». De plus, les « interdits » parentaux, transmis « plus ou moins implicitement », sont intériorisés par l'enfant, qui a alors tendance à exclure les représentations correspondantes à ces interdits et donc à aller « dans le sens des attentes parentales pour ne pas être confronté à un sentiment de honte et de culpabilité, d'autant » plus « qu'aller à l'encontre des désirs de » son parent « risquerait de menacer sa relation avec lui ».

Ainsi, tout ce qui est susceptible de susciter une émotion trop négative chez le parent est exclue de la conscience, afin de ne pas risquer de mettre en péril le lien vital à la figure d'attachement (14).

L'exclusion défensive des « événements de vie » « trop chargés émotionnellement pour être tolérables » chez une personne, engendre la formation d'« une représentation générale de son enfance » (« mémoire sémantique », dont les informations « peuvent provenir d'autres sources que des événements vécus », « en particulier elles peuvent venir d'autrui ») « déconnectée des épisodes spécifiques qu'elle a vécus » (« mémoire épisodique »). Ainsi, « si le parent réinterprète ce que l'enfant a vécu d'une manière différente de ce qu'il a perçu, celui-ci intériorisera deux modèles distincts de l'événement », ce qui sera à l'origine d'« incohérences » dans son « discours ».

L'exclusion sélective des « sentiments » « associés à ces événements douloureux », alors que le sujet « se souvient des événements factuels », engendre « une scission entre les idées et les émotions ».

« L'exclusion défensive se distingue de la simple exclusion sélective en ce qu'elle permet à l'individu de ne pas prendre conscience d'événements ou de pensées qui seraient intolérables s'ils étaient reconnus comme vrais » (14).

L'exclusion défensive bloque l'actualisation des MIO. En effet, la personne reste « imperméable aux expériences qui vont à l'encontre du système de représentations établi », elle bloque l'intégration de nouvelles données et « résiste, en conséquence, au changement ».

En plus de disparaître, « l'information exclue » « donne lieu à des réactions qui sont déconnectées de leur source » :

- « Une situation différente de la véritable cause de l'émotion peut alors être évoquée » (par exemple, « un enfant qui refuse d'aller à l'école soi-disant parce que sa maîtresse est trop sévère, alors que sa véritable inquiétude est d'être abandonné par sa mère lorsqu'il s'en éloigne »).

- « Une réaction émotionnelle provoquée par la figure d'attachement peut aussi être détournée de celle-ci pour s'exprimer dans le cadre d'une autre relation, ou vis-à-vis de soi-même » (par exemple, des enfants ont « tendance à diriger vers leur camarades la colère suscitée par une attitude rejetante de la part de leur mère »).

- « Une personne peut aussi réagir à une situation interpersonnelle pénible en s'en détournant et en développant une préoccupation morbide pour des aspects psychologiques ou somatiques de sa propre souffrance » (14).

« Cette étanchéité représentationnelle » propre à l'organisation défensive de la personnalité « explique pourquoi certaines personnes parviennent difficilement à

s'adapter à un environnement nouveau quand, par le passé, les expériences qu'elles ont vécues les ont amenées à construire un modèle de relation d'un autre type ».

Les personnes qui ont recours « à l'exclusion défensive ont tendance à rester cramponnés à un seul modèle de relation, conforme à celui mis en place concernant l'enfance. Parce qu'au départ, ce mécanisme permettait de minimiser le sentiment d'insécurité dans la relation aux parents, son abandon peut avoir un caractère rédhibitoire ».

Ces personnes « restent influencées par d'anciens modes d'interactions dans les nouveaux liens qu'elles tissent ». « Cela les conditionne » en particulier « dans leurs relations amoureuses » et dans leurs relations avec « leurs enfants ». « Plutôt que de s'adapter à eux et d'être sensibles à ce qu'ils expriment, elles continuent de fonctionner comme elles le faisaient avec leurs premières figures d'attachement, recréant ainsi les mêmes types d'échanges que ceux qu'elles ont connus durant leur petite enfance » (14).

« La thérapie analytique aurait alors pour but de permettre à une personne de réutiliser l'information qu'elle a jusque-là exclue et de lui rendre ainsi un fonctionnement adapté/normal » (3).

#### **d) Evolution des MIO :**

Pendant l'enfance, les MIO d'une relation avec un « caregiver » seraient spécifiques et pourraient différer de ceux de la relation avec un autre « caregiver ». A partir de l'adolescence, les MIO rattachés à chaque relation avec un « caregiver » seraient intégrés en un modèle général des relations d'attachement (14).

A l'âge adulte, lorsque « des événements liés à l'attachement » surviendront, « les MIO » de soi et des autres seront « automatiquement activés ». Les MIO modèleront, « de manière automatique » et « immédiate », « les patterns de réponses émotionnelle, cognitive et comportementale ».

Le type d'« événement déclenchant » déterminera « le type spécifique d'émotion » « qui sera éveillé et choisi » « en réponse à » celui-ci. L'émotion activera à son tour les MIO correspondants. « Les MIO » « activés » joueront alors un « rôle de « patrons » en fournissant « des sortes de « kit » de stratégies comportementales (qui fonctionnent selon les règles « si – alors ») » « pour atteindre les objectifs pertinents quant à l'attachement ».

« Plus le contexte sera émotionnellement stressant, plus les MIO précoces et automatiques, c'est-à-dire les moins conscients, seront activés et domineront » « la réponse comportementale », qui a de ce fait une tendance à « être surdéterminée ». Ainsi, les « réactions émotionnelles intenses vont conduire les individus à s'appuyer sur des schémas déjà appris » plutôt qu'« à traiter l'information de façon maîtrisée et ouverte » (14).

## **B. Les symptômes psychiatriques : des conduites adaptatives d'apaisement selon P. Jeammet**

### **1. Le pouvoir des émotions**

Tous les « êtres vivants », les humains comme les animaux, éprouvent des « émotions ». Les émotions dépendent de l'équilibre biologique des neurotransmetteurs cérébraux.

Une émotion est « subie ». En effet, on ne choisit une émotion ni dans sa nature ni dans son intensité, personne ne choisit d'aller mal (15,16).

Le psychique, du fait de la « capacité réflexive », est « cette capacité spécifiquement humaine » d'être conscient de soi-même.

P. Jeammet définit l'« homéostasie psychique » comme étant un état d'« équilibre » qui permet à l'être humain de se « sentir dans un état acceptable » et « surtout contenable », c'est-à-dire « sans menace de débordement ou de désorganisation ». On retrouve ici le « principe de constance » freudien.

Tous « les êtres vivants », les humains comme les animaux, « sont programmés » génétiquement « pour maintenir » « l'équilibre » « de leurs grandes fonctions physiologiques » : cardiovasculaire, respiratoire...etc. De même, l'être humain est « programmé » « génétiquement » pour maintenir son « homéostasie psychique », ainsi que pour « rétablir » cet équilibre quand celui-ci « est menacé ». L'être humain est programmé pour éviter d'être mal, face à la douleur il faut qu'il agisse (15,16).

Pour P. Jeammet, « les troubles psychiatriques représentent un véritable miroir grossissant du pouvoir » qu'ont les émotions « de désorganiser » l'« homéostasie psychique » des êtres humains (15,16). On pourrait dire que le quantum d'affects est tel qu'il désorganise le Moi.

En effet, « le sentiment de véracité » « dépend » de « la charge émotionnelle ». « Toutes » les croyances et les « convictions » « nécessitent pour emporter l'adhésion une charge émotionnelle » qui fait ressentir que c'est juste, bon, beau, que cela en vaut la peine... Ce déclenchement émotionnel est ensuite repris et validé par l'activité réflexive.

La nature et l'intensité des émotions déterminent donc « la force » des « convictions » du sujet, ainsi que « le sentiment de » sa « valeur ». Une émotion faussée fait croire à l'être humain des choses invraisemblables. L'homme est en effet capable « de croire à tout et à son contraire » et en même temps de se dire après coup : « Mais qu'est ce qui m'a pris ?! ».

Ainsi, « dans les maladies psychiatriques », « ce qui est faussé » ce n'est pas la « capacité réflexive » mais « la charge émotionnelle liée aux représentations ». L'émotion rend le fonctionnement réflexif inopérant et biaise les capacités cognitives de raisonnement et de jugement du sujet. Autrement dit, la capacité réflexive est bien là mais elle est submergée et déformée par les émotions (15,16).

## **2. Un territoire à défendre**

Tous les êtres vivants, les humains « comme les animaux », sont « programmés » génétiquement « pour répondre » à une « menace » sur leur territoire par « une conduite active de protection » (15,16).

Chez « l'animal, toute menace sur son territoire » déclenche « immédiatement des émotions très primaires », en particulier de peur, « destinées » à l'« alerter », « à mobiliser » ses « ressources » et à le faire réagir activement (attaquer, fuir ou se coucher) afin de se « protéger » (15,16).

La conscience réflexive élargit, « de façon indéfinie », « exponentielle », « le territoire » de « l'être humain » : celui-ci « n'est plus seulement géographique » comme chez l'animal mais est étendu à la « représentation », à l'image qu'il a « de lui-même et qu'il pense que les autres » ont « de lui », donc au « domaine du narcissisme » si « cher » à l'être humain (15,16).

Ainsi, « l'être humain » « a besoin d'un miroir dans lequel chercher sa valeur, son importance, sa capacité d'être aimable ». Aucun « être humain ne peut se passer de réponse à ces questions » fondamentales : « Qu'est que je vaudrais ? » « Est ce que je compte pour quelqu'un ? ».

« Ce miroir », l'être humain « le trouve dans le regard des autres, en particulier de ses parents, dans le regard de la société et de ceux qu'il rencontre ». Le « regard des autres » est pour lui indispensable à « la construction de » son « image ».

La conscience réflexive a donc fait de l'humain « un être en quête de valeur », de reconnaissance et de réassurance. L'être humain « ne peut pas avoir du plaisir, se sentir bien et avoir envie de vivre si cela n'intéresse personne », s'il ne se reconnaît pas de valeur ni de compétences (15-17).

De plus, du fait de la capacité réflexive, l'être humain est conscient de ses émotions. Puisque les émotions sont subies, ceci a pour risque que les émotions négatives, ayant initialement pour but de se défendre des menaces, soient

ressenties par le sujet comme l'expression du pouvoir de l'autre sur lui, donc comme une « perte de pouvoir intérieur ». Les émotions confrontent alors le sujet « à un sentiment d'impuissance » qui va menacer son équilibre psychique et donc appeler « en retour » « une réponse active pour tenter de » le « rétablir » (15,16).

Ainsi, chez l'être humain, « toute atteinte » à l'image de lui-même est ressentie de façon très primaire comme « une menace sur » son « territoire » narcissique et « suscite immédiatement » des « émotions négatives » également « très primaires », principalement « de peur, mais aussi de honte, de faiblesse, de dévalorisation »... qui, du fait de la conscience réflexive, confrontent le sujet « à un sentiment d'impuissance qui » vient menacer son homéostasie psychique de débordement, de désorganisation et/ou d'« effondrement ».

Afin de se « protéger » apparaît alors « une réponse » automatique, « instinctive » qui est le besoin d'« agrippement » à un symptôme, tel un « enfant qui a peur s'agrippe à sa mère ». « En redonnant un rôle actif au sujet », une illusion de maîtrise et de contrôle, le symptôme « est susceptible d'apporter un soulagement ».

Pour P. Jeammet, le symptôme psychiatrique ne représente ainsi qu'une « tentative » de rétablissement de l'« homéostasie psychique ». Il s'agit d'une stratégie adaptative « de sauvegarde » (15,16).

La destructivité paraît ainsi être l'expression de « la revanche d'un narcissisme blessé ». Pour P. Jeammet, il ne s'agit pas « d'un désir de mort » mais d'un acte de vie (15).

Répondre au déséquilibre de l'homéostasie psychique par quelque chose de l'ordre du « négatif » et de « la destructivité » est beaucoup plus aisé que d'y

répondre par quelque chose de l'ordre du « positif » et de « la créativité », c'est-à-dire dans le sens de la vie, de l'échange et de la « cocréation » (15,16).

En effet, on ne peut pas maîtriser « le bonheur ». On peut le goûter et « l'apprécier », mais on ne peut pas l'imposer ou « le figer ». « On peut essayer d'en créer les conditions mais le résultat est toujours aléatoire ». Le bonheur « fait dépendre » des autres et « donne » donc aux autres « un pouvoir sur » le sujet. Si le sujet veut passer l'examen il dépend de l'examineur, s'il est amoureux de quelqu'un il dépend de sa réponse... Le bonheur « est très lié à la confiance et, comme elle », il fait « prendre le risque de la déception », « risque d'autant plus ravageur que l'expérience de déceptions antérieures aura fait perdre » « confiance » en l'autre. « Pire encore, l'évocation du bonheur » peut alimenter « la douleur de la perte » et « le constat de l'impuissance à le faire revenir » (15-17).

En revanche, on peut maîtriser le malheur. Dans ce cas, on est sûr du résultat, car le malheur est toujours possible. Si le sujet ne passe pas l'examen c'est lui le maître. Ce pouvoir retrouvé donne au sujet le sentiment d'exister (16,17).

La destructivité est donc un acte, un réflexe de survie, sauf qu'elle conduit à la mort (16).

Pour K. Ouldamar, une atteinte sévère du narcissisme engendre un vécu psychique instable marqué par une instabilité des représentations de soi, donc de l'image de soi-même (défaillance identitaire) et une instabilité des affects et des émotions (chaos affectif et émotionnel). En effet, les affects et les émotions varient au grès des représentations de soi : des représentations de soi trop positives engendrent une exaltation, des représentations de soi trop négatives engendrent un effondrement, une oscillation entre des représentations de soi trop positives à trop négatives engendre une dysphorie.

Le sujet étant toujours en recherche d'homéostasie psychique, l'instabilité va être expulsée, projetée de façon indispensable, vitale, vers deux lieux : dans le rapport au corps propre du sujet et/ou dans la relation à l'autre<sup>2</sup>.

### 3. Exemples de stratégies adaptatives dites de « sauvegarde »

#### a) Le recours à la sensation :

« Une émotion est subie » : une émotion pénible, douloureuse, angoissante risque d'être ressentie par le sujet « comme l'expression du pouvoir de l'autre sur » lui, comme une « perte de pouvoir intérieur », donc de confronter le sujet à un sentiment d'« impuissance ».

En revanche, une sensation est choisie : « une sensation est » « plus aisément ressentie » par le sujet « comme un choix actif dont » il reste « maître ».

Le sujet, afin de retrouver un contrôle, va alors « substituer à » ses « émotions », en particulier « négatives », « des sensations ». C'est l'exemple de « l'enfant abandonné qui s'auto-stimule de façon destructrice », ainsi que des automutilations, des addictions et de la recherche de sensations fortes avec prise de risque (15–17).

Aussi, « face à un vécu de menace de dissolution, de perte de limites », l'« agrippement à la sensorialité », « en marquant à la fois l'ancrage dans un contact, un lien qui tient, et la limite entre soi et l'autre », rassure le sujet en le « protégeant » à la fois contre « l'angoisse d'abandon » et l'angoisse « d'intrusion » (15).

---

<sup>2</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

**b) Les hallucinations :**

Pour P. Jeammet, « les hallucinations » « témoignent » d'« erreurs de traitement par le cerveau des informations émotionnelles » : les émotions « échappent » au « contrôle » du « lobe frontal » et vont activer « les zones cérébrales » destinées au « recueil » d'informations « provenant des différents sens ». « L'émotion est ainsi traduite en langage sensoriel, tandis que le sujet essaie de leur donner un sens qui puisse s'accorder avec sa culture et ses croyances » (15,16).

**c) Le délire :**

Pour S. Freud, « le Moi doit son apparition » « à la relation avec le monde extérieur réel ». Ainsi, il fait « l'hypothèse que les états morbides du Moi, dans lesquels il se rapproche de nouveau le plus du Ça, sont fondés sur la suppression ou le relâchement de cette relation au monde extérieur ».

Pour S. Freud, il existe deux motifs pouvant occasionner « l'éruption d'une psychose » :

- Soit le motif à l'origine de la psychose vient du monde extérieur : le délire survient parce que « la réalité est devenue intolérablement douloureuse ». Le délire est alors une tentative de reconstruction d'une réalité extérieure insupportable. Le délire permet donc une certaine maîtrise du monde extérieur qu'il s'agit de rendre plus supportable.

- Soit le motif à l'origine de la psychose vient du Ça : le délire survient parce que « les pulsions ont connu un extraordinaire renforcement ».

Dans les deux cas, « étant donné les revendications rivales exercées du monde extérieur et du Ça posées au Moi », cela engendre « un clivage psychique ». « Deux attitudes psychiques, au lieu d'une seule », vont se former et coexister : « l'une qui tient compte de la réalité, l'attitude normale, et une autre qui, sous l'influence pulsionnelle, détache le moi de la réalité ». « L'issue dépend de leur force relative. Si la seconde attitude est, ou devient la plus forte, la condition de la psychose est alors donnée. Si le rapport s'inverse, il se produit une guérison apparente de la maladie délirante » (5).

S. Freud écrit « même à propos d'états très éloignés de la réalité effective du monde extérieur, on apprend par ce que communiquent des patients après leur guérison qu'à l'époque, dans un coin de leur âme, ainsi qu'ils s'expriment, une personne normale se tenait cachée qui laissait défiler devant elle, comme un observateur désintéressé, les fantômes morbides » (5).

Ces propos sont remarquablement illustrés par le livre de Polo Tonka : « Dialogue avec moi-même : un schizophrène témoigne ». En effet, le texte est structuré sous la forme d'un dialogue entre « Moi » et « Moi-même » où « Moi » représente la partie « saine » de la personnalité, tandis que « Moi-même » représente la partie « malade », délirante. L'enjeu de ce dialogue est la réunion de ces deux parties de la personnalité, on observe ainsi une diminution du clivage psychique au fil de la lecture de ce roman biographique (15).

On saisit par-là à la fois la fonction protectrice du délire (reconstruire une réalité extérieure plus supportable), ce qui peut expliquer pourquoi beaucoup de patients psychotiques ont une mauvaise observance de leur traitement, et l'importance de

toujours rechercher, même chez le patient le plus délirant, la partie saine de la personnalité qui seule pourra aider à ramener la partie malade dans la réalité.

**d) La paranoïa :**

« Le sentiment d'insécurité » peut se transformer « en vécu persécutif » car « en reportant le danger à l'extérieur » celui-ci devient, « a priori », « plus contrôlable » (15).

Pour P. Jeammet, le paranoïaque n'est en fait qu'« un petit enfant qui a peur et qui attend désespérément qu'on le reconnaisse » (16). Ce ne serait donc « que par l'apaisement de la peur intérieure et du besoin de sécurisation que l'extérieur cessera d'apparaître dangereux » (15,16).

Le mécanisme paranoïaque peut être vu comme une tentative de protection contre l'effondrement mélancolique. En effet, grâce à ce mécanisme, le « mauvais » perçu à l'intérieur de soi est expulsé à l'extérieur pour se retrouver chez l'autre (mécanisme projectif). Le sujet se sent alors persécuté par cet autre « mauvais », mais l'image de lui-même se retrouve ainsi épargnée.

**e) La manie :**

« Les émotions positives », « l'idéalisation et les sentiments d'élévation », même « exagérés », s'ils favorisent la « créativité », les rencontres fécondes, l'ouverture sur

la vie et l'échange, peuvent s'avérer être « très positifs », voire « curatifs ». « En revanche », s'ils perdurent et enferment le sujet dans une contrainte émotionnelle et comportementale qui finit par l'isoler en détruisant les liens », « ils deviennent pathologiques » (15).

Les mécanismes maniaques peuvent également être considérés comme une tentative de protection face à l'effondrement narcissique. En effet, la mégalomanie et le sentiment de toute-puissance, en donnant au sujet une impression de grandeur et de contrôle absolu, vont engendrer une exaltation de l'humeur.

#### **f) L'anorexie :**

Pour P. Jeammet, une anorexie mentale suppose « beaucoup d'appétit ». Ce serait d'ailleurs pour cette raison que les anorexiques auraient peur de devenir boulimique. L'appétit c'est la vie, c'est une chance, c'est une force mais c'est aussi un risque.

La personne souffrant d'anorexie semble obnubilée par le désir « de faire quelque chose de fort de sa vie, d'être reconnue comme belle et comme ayant des capacités », donc par la recherche de sa valeur.

Mais beaucoup d'appétit associé à un manque de confiance en soi suscite la peur de ne pas arriver à réaliser ce désir. Pour faire face à cette angoisse massive, la personne s'accroche à un comportement centré sur le poids (restriction alimentaire, hyperinvestissement physique...) qui va, en lui donnant une illusion de maîtrise, lui apporter un soulagement (16,18).

**g) Le suicide :**

Dans les situations extrêmes de la dépression, à savoir dans la mélancolie, il est fréquemment observé une période durant laquelle le patient présente « une phase de sérénité, voire d'euphorie », précédant en général un passage à l'acte suicidaire.

P. Jeammet pense que le patient mélancolique est apaisé parce qu'il a trouvé une issue : « Si le sujet a perdu le pouvoir de se créer, il lui reste toujours le pouvoir de se détruire » (16).

**4. « Une pathologie de la liberté »**

P. Jeammet reprend le concept de H. Ey : la maladie psychiatrique est « une pathologie de la liberté » lorsqu'il évoque le pouvoir des émotions sur l'individu qu'elles « contraignent à agir ».

L'effet d'apaisement peut nuire à « la capacité réflexive du sujet » en lui laissant à penser qu'il est « l'auteur » de ce comportement « de rééquilibrage », « que c'est son choix, l'expression de sa liberté et de sa volonté ». Mais il s'agit d'un leurre, d'une tromperie. En effet, le symptôme n'est pas, comme nous l'avons vu, choisi mais subi. « Il s'impose » au sujet « comme toutes les contraintes émotionnelles ».

Ainsi, si le symptôme psychiatrique vient écarter la « contrainte émotionnelle », il est lui-même une contrainte à l'agir lié au besoin impérieux du sujet de soulager ses angoisses et de rétablir son homéostasie psychique. Autrement dit, à la contrainte émotionnelle s'est substitué une contrainte à l'agir (15,16).

Il prend pour exemple l'enfant de deux ans qui se cramponne à sa mère au moment de la quitter. Pour lui, l'enfant ne s'agrippe pas à sa mère par amour, mais par peur de vivre la séparation comme une perte. Ce n'est pas un choix, car si on essaie de le séparer de sa mère, il hurle, c'est-à-dire qu'il se désorganise. L'enfant ne peut qu'adopter les conduites qui soulagent ses angoisses d'anéantissement. Il sera libre de choisir quand il aura découvert qu'il peut exister sans sa mère, mais pour le moment il ne le sait pas (15,16).

« Le symptôme psychiatrique » devient donc « le substitut » de la personne rassurante et contenante auquel le sujet va s'agripper pour ne pas s'effondrer ou se désorganiser (15).

Si dans un premier temps le symptôme a un effet « libérateur », dans un second temps ces comportements vont devenir « pathologiques ». En effet, ils vont « enfermer » le sujet « dans des processus autodestructeurs », le priver des « échanges cocreatifs avec » son « environnement », échanges pourtant indispensables au « développement » de ses « compétences » et « à son épanouissement », et donc appauvrir « ses capacités » dans les « trois domaines essentiels » « du corps », de « la sociabilité » et des « apprentissages » et connaissances (15,16).

Or, l'amputation plus ou moins importante des capacités du sujet dans un de ces trois domaines, et souvent dans les trois domaines en même temps, rend le sujet plus dépendant des réponses de son environnement, donc plus vulnérable. Le sujet va alors se retrouver dans une position de faiblesse qui lui fait vivre ce paradoxe central : plus le sujet a besoin de recevoir des autres pour se compléter, plus il ressent ce besoin comme un pouvoir qui est donné aux autres sur lui, et donc plus il risque de refuser l'aide que les autres voudront lui apporter (16,19).

## 5. Etiopathogénie

Pour P. Jeammet, « le facteur majeur de mise en danger de » l'« homéostasie psychique », « élément pathogène » central « des troubles psychiatriques », est « l'effet cumulatif » d'expériences émotionnelles douloureuses qui mettent à mal la construction narcissique, à savoir « une enfance » et « une adolescence vécues dans un climat émotionnel de menace et d'insécurité ». Tels que « la maltraitance », « les vécus d'abandon, les déceptions majeures et répétées, les humiliations, l'absence de liens » d'attachement suffisamment sécurisés, « la solitude »... (15,17).

Il est à noter qu'« un écart » peut être constaté entre la réalité vécue sur le plan émotionnel par le sujet, celle vécue par son entourage et « la réalité objective des faits » (15).

D'autre part, P. Jeammet émet l'hypothèse de l'existence d'une « vulnérabilité biologique » majorant l'effet des traumatismes subis sur le sujet (15).

Tout comme J. Bowlby, il note l'importance de la sécurité du lien d'attachement affectif offerte par l'environnement, lors des échanges précoces avec ce petit être totalement « dépendant » de son « entourage », du fait de son « immaturité physique » et psychique à la « naissance et pendant » les « premières années » de vie (15).

De la capacité « des figures d'attachement » à s'ajuster aux besoins de l'enfant et à établir une « ambiance émotionnelle » « sécurisante et stimulante », va dépendre sa « confiance » en « son entourage » et, « en miroir », en « lui-même ». Fort de ces expériences suffisamment bonnes, « l'enfant peut apprendre à attendre ». Durant ces périodes d'attentes, l'enfant « développe sa propre capacité à assurer

son équilibre émotionnel ainsi que sa capacité à penser et à faire des choix ». Petit à petit l'enfant va pouvoir « se séparer de ses » figures « d'attachement sans peur excessive », « la séparation » n'étant alors plus « pour lui » synonyme de « perte ». Ce sentiment de sécurité interne lui permettra d'affronter les déceptions sans provoquer d'effondrement narcissique.

Face aux angoisses, l'enfant développe alors des « conduites d'apaisement et de réassurance ». Pour être « efficaces et bénéfiques, ces conduites doivent se coconstruire avec des personnes dans un lieu de plaisir et de tendresse partagés. Plus l'enfant est seul à les trouver, plus » ces conduites risquent de prendre « un caractère d'autostimulation destructrice » (c'est l'exemple de « l'enfant abandonné qui se balance de façon mécanique », « frappe sa tête contre » un plan dur ou « se frappe lui-même »...).

Ainsi, aux travers d'échanges précoces suffisamment sécurisés, c'est-à-dire ajustés à ses besoins vitaux et affectifs, l'enfant se construit « une base intérieure de sécurité ». A l'inverse, « plus il est abandonné à lui-même », plus il risque de s'enfermer dans les perceptions de « son corps », « dans ses pensées et dans son monde à lui » (15).

La sécurité interne d'un sujet, la confiance qui l'habite, dépend donc à la fois de son « tempérament » et de ses expériences d'« attachement » vécues.

« Plus » un sujet « est vulnérable intérieurement, notamment et surtout pour des raisons de tempérament, donc de génétique liée à la biologie des émotions, et plus » il « devient dépendant des réponses l'environnement et surtout de l'entourage proche ». Un haut degré de « sensibilité intérieure » accroît donc « l'importance des rencontres » (15).

## C. La violence fondamentale selon J. Bergeret

### 1. Une métapsychologie freudienne incomplète

J. Bergeret part d'indices épars laissés tout au long de l'œuvre de Freud mais qui n'ont pas été théorisés par celui-ci (20). Notamment :

- Dans « Trois essais sur la théorie de la sexualité », S. Freud fait le constat de l'existence d'« une véritable cruauté originaire » « rencontrée chez le tout jeune enfant comme chez l'animal ». Il allègue « cette cruauté primitive » à une pulsion particulière qu'il appelle le « *Bemächtigungstrieb* », traduit en français par « pulsion d'emprise ». Cette « pulsion » est décrite comme primitivement « indépendante de la sexualité ».

- Dans, « L'Homme aux loups », S. Freud fait l'hypothèse de l'existence d'un « noyau de l'inconscient » composé de « formations imaginaires archaïques » héréditaires « qui correspondraient chez l'homme à l'instinct des animaux ».

- Dans « Inhibition, symptôme et angoisse », S. Freud décrit « chez l'enfant une représentation fantasmatique précoce d'un danger objectal » « mettant en question la vie du sujet », ainsi qu'« une sorte de défense congénitale contre le danger extérieur », défense si « nettement développée chez les animaux ».

Par ailleurs, J. Bergeret constate que (20) :

- Tout au long de l'œuvre de Freud, « la seule pulsion véritablement constante » est la pulsion sexuelle, alors qu'on observe « un certain flottement, à travers les époques, dans le choix » de ses antagonismes : Freud oppose d'abord les pulsions sexuelles aux « pulsions d'autoconservation », puis la libido du moi à la libido d'objet et enfin la « pulsion de vie » à la « pulsion de mort ».

- « Le terme de « pulsion » est connoté dans la pensée de Freud » « par la notion de sexualité ». Pour J. Bergeret, il s'agit de différencier la notion de « pulsion » de la notion d'« instinct ».

- « Freud s'est surtout intéressé à la simultanéité des oppositions pulsionnelles ». Pour J. Bergeret, il s'agit plutôt de s'intéresser « à la succession des mises en jeu » des dynamismes en présence.

- Freud a proposé des « définitions » « fort variées » de la « pulsion de mort ». Il peut en effet s'agir :

- Soit d'« une conséquence du principe du Nirvana, d'un souci de retour à l'état zéro », qui pour J. Bergeret semble sortir du domaine « de la métapsychologie » pour entrer dans celui « de la métaphysique ».

- Soit d'« une forme de manifestation de « la compulsion de répétition » », « d'un effort de retour au semblable et à l'archaïque », qui pour J. Bergeret semble être « un mode de fonctionnement de l'imaginaire assurant l'autoconservation ».

- Soit d'une fonction « de déliaison » et de « désobjectalisation », en « opposition » à la fonction de « liaison » et d'« objectalisation » attribuée à la « pulsion de vie ». Pour J. Bergeret, on peut « s'en tenir » uniquement « au rôle » « de liaison » et d'« objectalisation » assuré ou non par « la libido ».

-Soit d'« un statut pulsionnel conféré aux tendances agressives ». Pour J. Bergeret, il s'agit de distinguer la violence fondamentale de l'agressivité.

## **2. L'hypothèse d'un instinct violent**

J. Bergeret met en évidence « l'existence d'un « instinct » de base purement brutal commun à l'homme et aux animaux ». Cet instinct « pose simplement la question essentielle à la survie de l'individu : « L'autre ou moi ? » « Lui ou moi ? » « Survivre ou mourir ? » » (20,21).

Ainsi, « la forme la plus archaïque de l'instinct de survie engendre automatiquement le fantasme de l'éventualité de la mort de l'autre comme condition de sa propre survie ». Pour J. Bergeret, il s'agit là de l'« émergence des authentiques fantasmes les plus primitifs » (20).

Il s'agit d'« un instinct de survie », donc d'« un instinct de vie ». J. Bergeret nomme cet instinct élémentaire et primitif « la violence fondamentale » car « étymologiquement » le mot « violence » vient du grec « Bios » (βίος) qui signifie « la vie ». « L'instinct violent » est décrit comme étant « naturel », « inné », « universel », « élémentaire » et « primitif » (20,21).

La violence fondamentale se présente comme « un dynamisme d'autoconservation », elle n'inclut « ni amour ni haine » (20,21).

La violence fondamentale correspond à un mouvement « narcissique primaire » car le sujet cherche seulement à « assurer » sa propre « survie », « sans tenir » « compte » de l'existence propre de l'objet. Il s'agit pour le sujet de « survivre au risque de détruire l'autre, sans toutefois avoir l'intention première et spécifique de détruire cet autre » (20,21)

### 3. Le mythe d'Œdipe

J. Bergeret montre comment Freud a scotomisé le mythe d'Œdipe, en mettant en évidence l'aspect sexuel tout en déniait l'aspect narcissique (20,21).

En effet, « le premier oracle d'Apollon » « n'a rien de génital », il « ne fait encore aucune allusion, ni directe ni indirecte, à l'inceste ». « L'oracle initial » ne concerne que la mise « en garde » narcissique des « deux parents contre la venue au monde d'un enfant qui les menacera l'un et l'autre ». Il ne s'agit que « du dilemme violent fondamental » : « ou bien les parents devront tuer préventivement leur enfant, ou bien c'est l'enfant qui tuera » « son père et sa mère ».

« Seul le second oracle » d'Apollon « implique l'inéluctabilité de l'inceste » en évoquant le fait « qu'Œdipe tuera son père *pour* épouser sa mère » (20,21).

Ainsi, « le drame d'Œdipe », « en particulier dans la version » « de Sophocle », montre « la double violence » « infanticide et parenticide » (20,21). « L'oracle initial porte sur » :

- « La violence exercée par les deux parents à la fois » :

Le fantasme d' « infanticide » est d'abord évoqué dans l'épisode où « Jocaste » dénonce « les intentions de Laïos de se débarrasser d'Œdipe », puis dans l'épisode où « le serviteur du palais » dénonce « Jocaste » de lui avoir « elle-même » « livré Œdipe » et « ordonné » de laisser « périr » « l'enfant sur le mont Cithéron » (20,21).

- « La violence exercée sur les deux parents » :

- « Le fantasme parricide » est évoqué dans l'épisode du « carrefour » « des trois routes » où se réalisent les « deux oracles à la fois : tuer le père rival sur le » registre narcissique, « tout autant que tuer le père » « rival en tant qu'époux de la mère » donc sur le registre « génital » (20,21).

- Dans le drame de Sophocle, « le fantasme de matricide » est tout autant évoqué que masqué, il se trouve clivé « en deux fractions ».

« La première moitié » « du fantasme matricide » est évoquée dans l'épisode de la Sphinx. La Sphinx représente la mère phallique-narcissique (pour J. Bergeret, le phallus constitue une représentation symbolique de la puissance narcissique commune à tous les humains, qu'ils soient homme ou femme (22)). La Sphinx pose des énigmes à Œdipe, « l'enjeu des réponses est la mort de l'un ou de l'autre ». Œdipe triomphe et la Sphinx disparaît.

« La deuxième » moitié du fantasme « matricide » est évoquée à la fin du drame, dans l'épisode « du meurtre », « camouflé en suicide », de la mère génitale. « Sophocle a condensé la violence et l'amour dans une évocation voilée du dernier rapport brutal et mortel entre l'enfant et sa mère » dans l'épisode où « Œdipe enfonce, l'épée en avant, les portes de Jocaste » (20,21).

### **.III. Les relations entre la destructivité et la créativité selon J. Bergeret**

#### **A. La violence fondamentale et la libido : une opposition diachronique**

Pour J. Bergeret il existe « deux dynamismes élémentaires » : « L'instinct violent d'autoconservation » (la violence fondamentale) et « la pulsion sexuelle » (la libido).

« La violence » fondamentale « ne comporte que d'élémentaires réactions instinctuelles immédiates et peu contrôlables destinées à assurer la simple survie ».

« La libido » assure « la créativité » : « la liaison », « l'objectalisation », « l'efficience du mouvement de satisfaction du désir », « la capacité d'organiser des échanges conduisant au plaisir » et « l'activité de symbolisation » (20,21,23).

Pour J. Bergeret, « la loi de la vie » « précède toute élaboration de la loi de l'amour et doit logiquement s'intégrer en elle ».

« L'évolution affective heureuse » nécessite le placement de « la violence fondamentale » « au service de la libido dans un mouvement intégratif d'étayage de » la pulsion sexuelle « sur l'instinct violent » d'autoconservation. « La libido » doit intégrer « à son profit le dynamisme violent primitif » et « la violence » fondamentale doit « naturellement se dissoudre au sein d'une vectorisation libidinale ». Ainsi, la violence fondamentale apporte « son énergie » à la libido et la libido donne « un sens objectal » « positif et créatif relationnellement » à la violence (20,21).

« La relation entre » la « violence » fondamentale et la « libido » ne représente donc pas « un antagoniste » « synchronique » mais un antagonisme « diachronique ». Autrement dit, dans la dialectique entre instinct violent et pulsion sexuelle, la problématique conflictuelle ne porte pas sur des oppositions mettant en jeu deux dynamismes évoluant de façon parallèle, simultanée, mais porte sur des oppositions mettant en jeu deux étapes chronologiquement différentes, successives, de conflits. « Le conflit » « fondamental » est « un conflit créé entre deux générations de conflits, « la génération » plus archaïque « des conflits violents » (« d'essence narcissique ») « et la génération » plus élaborée « des conflits » libidinaux (« d'essence génitale »). L'enjeu de ce conflit fondamental est de savoir si l'« intégration de l'imaginaire violent primitif au sein » de l'imaginaire « libidinal, plus tardivement constitué, plus élaboré, plus secondarisé » va réussir ou échouer, c'est-à-dire de savoir lequel des deux dynamismes en cause, la violence fondamentale ou la libido, « va l'emporter pour exercer son « primat » sur l'autre » (20,21).

« Le moment où s'opère l'étayage de la mise en action de l'imaginaire libidinal, jusque-là latent, sur » l'imaginaire violent « sépare historiquement deux périodes fort distinctes de l'épigénèse imaginaire : en aval, une période placée sous le primat libidinal », « en amont, une période où la violence n'est pas encore intégrée ».

Mais « cette séparation » n'est évidemment pas « radicale ». « Le travail d'intégration de la violence par la libido est toujours irrégulier et progressif et, bien sûr », il n'est « jamais » totalement « terminé » (21). La partie de la violence naturelle non intégrée à la libido peut à tout moment soit « s'exprimer » à l'état pur « dans des passages à l'acte violent », soit récupérer à son profit des fragments de la libido pour donner naissance à l'agressivité, donc au sadisme et au masochisme (20,23). Ainsi, « cette intégration ne peut » « être parfaite, mais l'important est qu'elle puisse

permettre à la plus grande partie de la violence fondamentale de se mettre au service de l'amour, de la tendresse » « et de la créativité » (23).

## **B. Distinctions entre la violence fondamentale et l'agressivité**

On peut « distinguer deux types de processus psychologiques pouvant aboutir à des passages à l'acte » auto- ou hétéro-agressif : « des mouvements violents défensifs » protecteurs « et des mouvements agressifs » offensifs « d'attaque » (9,23).

### **1. Le dynamisme en cause**

Les « fondements de la violence » fondamentale sont d'origine purement narcissique ». « Le sort positif » « réservé à la violence » fondamentale « est de réussir à s'intégrer au sein de » l'élan libidinal (20).

« L'agressivité » résulte « de la récupération au profit de la violence » fondamentale d'« éléments libidinaux » flottants. L'agressivité comprend donc « obligatoirement un certain degré » d'« érotisation » (20,21).

## 2. Le mode de la relation objectale

« L'agressivité vise un objet au statut antérieurement défini » « et spécifié sexuellement » (20).

La « violence fondamentale » correspond à une relation « narcissique » primaire. L'autre ne représente pour le sujet qu'un « non-Moi », il « ne connaît pas encore un statut d'autre « sujet » ». « Le statut vraiment « objectal » ne joue pas encore » (20).

## 3. Le but du dynamisme en cause

« L'agressivité » se traduit par un désir « de nuire à l'objet » (« autrui ou soi-même »), de « le détruire ou pour le moins de le faire souffrir », de « l'atteindre négativement d'une façon ou d'une autre », tout en y prenant « plaisir » (20).

« La violence fondamentale » n'a pour but que celui d'assurer sa propre « survie ». « Le sort réservé à l'autre demeure » « indifférent » : que celui-ci « souffre, qu'il soit même mis à mort », n'est pas pris en considération et ne procure « aucun plaisir » (20).

#### 4. La nature des conflits

« L'agressivité » « ne peut être saisie » « que dans son articulation avec la sexualité au sein de mouvements à la fois antagonistes et synchrones entre les forces de haine et les forces d'amour ».

Les « opérations d'union et de désunion » « entre tendances tendres et tendances hostiles » produisent tous les « aléas de l'ambivalence affective » (20).

La violence fondamentale « constitue un pur instinct de survie » et « ne conserve avec la libido qu'une forme d'antagonisme » « d'ordre » uniquement « diachronique dans le cadre de l'étayage et de l'intégration ».

Pour « l'instinct violent », « il n'existe que l'une ou l'autre des positions radicales » : « l'autre ou moi », « lui ou moi », « moi ou rien », « aucun degré d'ambivalence, de nuance, de mixité, de complexité n'est » donc « envisageable » (20).

### C. Une épigénèse interactionnelle en deux temps

J. Bergeret fait deux postulats (20) :

- « L'existence d'inscriptions symboliques », « de nature phylogénétique et universelle ».

• « L'interaction progressive des deux imaginaires en présence » : « l'imaginaire de l'enfant et l'imaginaire de l'environnement, d'abord représenté par l'imaginaire parental, en particulier » « maternel ».

« Le nouveau-né naît avec un équipement d'inscriptions symboliques assez complet » « portant » « sur des inscriptions violentes », narcissiques, duelles et « sur des inscriptions génitales », objectales, triangulaires, « œdipiennes », « sous la forme de contenus préfantasmatiques ». « De telles inscriptions symboliques » demeuraient « inactives, inefficaces, inopérantes tant qu'elles n'ont pas pu être l'objet de sollicitation, d'excitation, de mise en éveil de la part de l'imaginaire environnemental » (20).

### 1. Activation des inscriptions violentes

« Dans un premier temps », ce serait « les inscriptions » symboliques « violentes », « narcissiques », « duelles » qui « se trouveraient » progressivement « rendues actives par » l'« interaction avec les mêmes données violentes toujours présentes, bien que refoulées, dans l'imaginaire environnemental ». « Ainsi, prendraient naissance les premières formations imaginaires de l'enfant ».

Les « premiers fantasmes » de l'enfant n'apparaîtraient donc « tout d'abord que sous une forme violente, c'est-à-dire sans amour, ni haine », ni « sans même tenir » « un grand compte de l'originalité de l'objet ». Il s'agit d'un élan narcissique primaire, « seulement destiné à assumer l'autoconservation, la survie » du sujet, « comme s'il

n'y avait pas de place au soleil » à la fois pour l'enfant et pour ses parents : « il s'agit de la loi élémentaire du « lui ou moi » « moi ou rien » » (20).

« De tels fantasmes » sont « tout aussi présents du côté de l'enfant » que « du côté des parents » (20,21).

« N'importe quelle mère » ou quel père « peut voir se réactiver » en lui, « de façon consciente ou non, des représentations violentes infanticides archaïques ». « Il existe en écho chez l'enfant une égale violence » parenticide (20).

« La lutte entre générations constitue un phénomène fonctionnel inévitable ». L'« enfant a spontanément tendance à projeter » sur son parent « sa violence liée à son besoin de survivre », « en même temps » « que l'adulte voit » « se réveiller en lui » « les parties mal intégrées de sa propre violence » instinctive (21).

Selon J. Bergeret, les « psychoses puerpérales », « situations où l'accouchée a peur de tuer son enfant », « témoignent » de ce « retour du refoulé violent » (2,20). « L'adulte ne voit » en effet « jamais sans quelque inquiétude arriver au monde un élément rival narcissiquement, très vite investi secondairement par les relations de tendresse, mais perçu de façon primitive comme un concurrent et comme un éliminateur potentiel » (20).

## **2. Activation des inscriptions œdipiennes**

« Ce n'est que dans un deuxième temps que les inscriptions symboliques » « génitales, objectales, triangulaires », c'est-à-dire « œdipiennes », seraient « progressivement rendues actives » par l'imaginaire environnemental et ainsi « amorcées en fantasmes œdipiens ouvrant la voie à la mise en jeu de la libido » « qui

reprendrait à son compte » « la violence fondamentale » « dans une optique » « génitale et objectale » (20).

« Mais » « un autre mouvement contradictoire demeurerait possible et coexistant : une partie plus ou moins importante de » la violence fondamentale primitive « pourrait reprendre à son compte des fragments plus ou moins importants de libido suffisamment élaborés pour donner naissance à de plus ou moins grandes quantités d'agressivité proprement dite, de sadisme ou de masochisme selon les cas » (20).

#### **D. L'implication du modèle imaginaire parental**

Afin que l'enfant puisse intégrer sa violence naturelle au sein du courant libidinal créateur, « l'adulte doit » pouvoir lui « proposer un modèle » imaginaire « jouant à la fois comme pare-excitation sur le registre violent et comme » stimulant « progressif sur le registre libidinal » (21).

Or, « les représentations violentes et infanticides » réactivées chez le parent, risque de rendre celui-ci incapable « de jouer un quelconque rôle de pare-excitation ». En retour, ce « manque de pare-excitation », couplé au manque « de libidinisation intégrative d'origine » parentale, risque d'attiser la « violence » parenticide présente « en écho » chez l'enfant (20).

« Les hommes ne naissent pas » égaux en inscriptions symboliques violentes et œdipiennes, ni « dans des conditions environnementales égales du point de vue »

des interactions avec l'imaginaire parental. Les hommes ne se trouvent donc pas à égalité tout autant « en capacité primaire de survivre qu'en capacité » « de dynamiser secondairement leur potentiel imaginaire libidinal, certes inné, mais primitivement non opératoire ». « Une des tâches » « qui incombent naturellement aux environnements familiaux et sociaux », « puis éventuellement » aux psychothérapeutes, « est de chercher à égaliser les chances » « données à chacun », et « de survivre et d'accéder à l'élaboration structurelle œdipienne » (20).

### 1. L'évolution névrotique

« La solution névrotique » (l'évolution affective heureuse) « suppose » « une acceptation par l'adulte de l'imaginaire violent de l'enfant », « en tant que fantasme naturel et universel, et son intégration dans l'étayage progressivement opéré par la libido dans le cadre de l'imaginaire triangulaire œdipien » (21).

Ainsi, le névrosé a bénéficié d'une enfance au cours de laquelle il a rencontré dans ses environnements successifs une pare-excitation contre les poussées violentes et une stimulation progressive des poussées libidinales (20).

### 2. L'évolution psychotique

« Si l'adulte vit » la projection de la violence « de l'enfant comme mettant radicalement en question ses propres essais d'aménagements agressifs, l'enfant

vivra ce réveil de l'imaginaire violent adulte sous une forme persécutoire de nature à lui proposer la solution psychotique » (21).

Ainsi, le psychotique supporte les conséquences d'une enfance au cours de laquelle il a rencontré dans ses environnements successifs une excitation des poussées violentes (20).

### 3. L'évolution limite

« Si l'adulte fuit » la projection de la violence « de l'enfant et ne peut témoigner de la sérénité œdipienne de son désir, l'enfant va conserver cette violence latente en lui-même, sous une forme non liée et flottante, sans ancrage objectal suffisant », de nature à lui proposer la solution limite (21).

Ainsi, « l'état-limite » « supporte les conséquences d'une enfance au cours de laquelle il n'a rencontré dans ses environnements successifs » « ni une excitation trop forte » des poussées violentes (comme pour l'évolution psychotique), « ni une stimulation suffisante » des poussées libidinales (comme pour l'évolution névrotique). « Dans les environnements qu'a rencontrés l'état-limite, ce sont surtout les actions de pare-excitation et d'inhibition qui l'ont emporté » sur les actions de « stimulations », « tout autant en direction des poussées violentes » « qu'en direction des poussées libidinales » (20).

Or, si « les modèles identificatoires » parentaux « proposés » aux inscriptions symboliques innées de « l'enfant ne sont » pas « capables d'assurer leur double rôle de pare-excitation » « contre les » poussées violentes et de stimulation progressive

des poussées « libidinales », les inscriptions symboliques œdipiennes ne pourront être rendues suffisamment opératoires. Seules les inscriptions symboliques violentes se trouveront « notablement » activées dans l'« imaginaire, sans récupération possible par une élaboration de nature libidinale ». « La violence fondamentale non intégrée dans l'élan libidinal, non négociée dans l'imaginaire, apparaît comme un élément traumatique précoce inutilisable autrement qu'en tant qu'angoisse de violence » ou qu'« en tant que comportement directement violent » (20).

### **E. Les articulations complexes entre la lignée violente et la lignée libidinale**

Trois voies s'offrent donc à chaque sujet :

- « Soit on assiste à l'intégration progressive de » la « violence fondamentale » au sein de l'élan libidinal qui entraîne le sujet vers « des courants créatifs » (« apprentissages, échanges relationnels », activités artistiques, activités sportives...) (9,23).
- Soit on assiste à « une érotisation agressive » (« pervertisation ») « de la violence fondamentale qui survient en réponse à une faiblesse narcissique » et entraîne le sujet vers des courants destructeurs (9,23).
- Soit on assiste à l'expression à l'état pur de la violence fondamentale qui également survient en réponse à une faiblesse narcissique et entraîne le sujet vers des courants destructeurs (9,23).

« Il existe » toujours, « quel que soit le destin structurel » du sujet, une part de violence fondamentale intégrée au sein de l'élan libidinal, « une part » « de violence fondamentale » « érotisée » « qui donne » au « caractère » du sujet « une tonalité » « plus ou moins agressive », et une partie de violence fondamentale qui reste prête à s'exprimer à l'état pur « dans des passages à l'acte violent défensifs » (23).

« Les comportements destructeurs » et « autodestructeurs » apparaissent comme le résultat de l'« échec de l'intégration » de la violence fondamentale au sein de l'élan libidinal (20).

Cependant, « tous les passages à l'acte » « ne relèvent pas forcément toujours d'un cadre psychopathologique. A côté de la violence « maladie », il peut exister des violences relevant d'un choix délibéré ou d'une interaction « normale » » (23).

## 1. L'organisation névrotique

Dans le cas où il s'agit d'une structure de la personnalité constituée selon le modèle « névrotique » (« hystérique »), c'est-à-dire « génital », « triangulaire » et « œdipien », la libido a intégré à son profit la violence fondamentale.

Les structures névrotiques ont rencontré l'imaginaire œdipien, et celui-ci s'est trouvé en position d'organisateur de l'ensemble de la personnalité sous son primat génital et triangulaire.

Pour l'essentiel, c'est « sous le primat libidinal » que s'est constitué l'ensemble de la personnalité. La violence s'est vue mise au service de la libido (20,21).

Cependant, « une partie de la violence n'est jamais complètement intégrée par la libido et cette partie de l'instinct violent récupère à son profit » une partie « de pulsion libidinale encore libre pour donner naissance à l'agressivité », « au sadisme et au masochisme » (20).

Ainsi, la destructivité névrotique est, la plupart du temps, érotisée. « Quand la violence réapparaît » « au sein de telles personnalités », le plus souvent, il ne s'agit pas de violence fondamentale « mais d'agressivité », de sadisme et de masochisme (20,23).

Cependant, « tout névrotique » garde aussi « en lui des noyaux condensés de » violence fondamentale « qui restent prêts à s'exprimer » à l'état pur « dans des passages à l'acte violents » défensifs. « Ce qui explique que tout sujet peut tuer un jour (ou en tout cas en avoir furieusement l'envie) dans des circonstances (réelles ou » imaginaires) qu'il pourrait « juger extrêmes en terme de dangerosité pour » son « intégrité » (23).

## **2. L'organisation psychotique**

« Dans le cas où il s'agit d'une structure de la personnalité constituée selon le modèle « psychotique » », la violence archaïque a récupéré « à son profit des éléments libidinaux épars n'ayant pas réussi leur mission naturelle d'élaboration, de liaison et d'unification ».

« Les structures psychotiques ont rencontré l'imaginaire œdipien, mais celui-ci ne s'est pas trouvé en position d'organisateur de l'ensemble de la personnalité sous

son primat génital et triangulaire. Les inscriptions symboliques œdipiennes n'ont pu donner naissance » « qu'à des noyaux imaginaires œdipiens très ponctualisés, très isolés et peu opératoires ».

« Pour l'essentiel, c'est sous le primat de la violence archaïque que s'est constitué l'ensemble de la personnalité ». « La libido s'est vue mise au service de la violence » (20,21).

Ainsi, « la destructivité psychotique » est, la plupart du temps, érotisée. La violence qui apparaît au sein de telles personnalités se trouve « en apparence très près de la violence fondamentale », mais, le plus souvent, il s'agit tout de même d'agressivité, de sadisme et de masochisme (20,23).

« Le passage à l'acte » « psychotique est donc » le plus « souvent sous-tendu par une dynamique érotisée d'agressivité ». « Dans la psychose, la cible de l'acte violent est souvent désignée de manière assez précise, par le biais de la projection ». Le psychotique « attaque » « pour faire taire celui qui génère » le danger, mais aussi pour « lui faire payer le prix de son attaque supposée ». Il attaque « l'objet précis fourni par la construction délirante qui lui permet d'externaliser et de libidinaliser sur l'autre des poussées » violentes « internes non maîtrisables ». En effet, « le fonctionnement agressif » « protège » le « psychotique d'un vécu » plus archaïque et désorganisateur « relevant d'une violence fondamentale » qui serait « plus terrible dans ses effets ». Ainsi, les très rares « actes homicides » des psychotiques relèvent le plus souvent « d'une dynamique d'autoconservation » qui survient lorsque « la projection ne permet plus de maintenir à distance la désorganisation par la désignation agressive dans un scénario délirant d'un ou de plusieurs responsables » (23).

**Cas de Monsieur A :**

Chez Monsieur A, le mécanisme en cause est « une dynamique d'agressivité ». En effet, « l'intentionnalité » du Monsieur A « est d'attaquer un adversaire désigné pour le détruire pour ce qu'il représente et non pas de se défendre « à l'aveugle » en frappant au hasard sans se soucier ni de la nature ni du sort de la victime. L'objet visé est donc bien défini et l'action le place dans un scénario fantasmatique assez précis même si ce dernier ne tient cette position que par le biais de mécanismes projectifs plus ou moins complexes ».

Pour L. Morasz, la « construction délirante réactionnelle à la persécution que pense subir le paranoïaque agit » « comme une formation de compromis. Elle procure un semblant d'équilibre à un déséquilibre potentiel bien plus important : celui de la désorganisation psychotique. Le fonctionnement paranoïaque protège donc le patient. Ainsi, l'acting violent ne survient pas tant dans une continuité logique d'un délire paranoïaque mené à son terme, mais dans l'échec même de la fonction protectrice de ce délire ». « En effet, si l'acting était l'aboutissement logique de cette dynamique, la plupart des paranoïaques passeraient à l'acte et nos rues seraient jonchées de morts ». Or, « seul un petit nombre d'entre eux basculent dans des actings graves ».

Ainsi, « la plupart des actings violents paranoïaques » « ne naissent pas tant de la suite logique d'une progression agressive qui connaîtrait son acmé dans l'agression violente que de la rupture de cette dynamique qui ne joue plus son rôle protecteur. L'acting paranoïaque ne naît donc pas tant de l'agressivité mais de son manque » « qui laisse la voie ouverte à la désorganisation et à la fulgurance de la violence fondamentale ».

« Si l'apparence agressive de cet acting sert de leurre au patient pour lui masquer son effondrement, tachons de ne pas nous laisser nous-même égarer par la compréhension trop agressive que nous pourrions avoir » (23).

### **Cas de Monsieur C :**

« Le passage à l'acte semble » ici « immotivé, même si nous pouvons supposer que la pression exercée autour du traitement » et/ou l'isolement a « pu être un facteur favorisant. L'apparente absence d'implication affective de » Monsieur C « tranche avec la violence de son acte. Tout se passe comme si ces actings restaient aussi inaccessibles pour ceux qui les observent que pour celui qui les agit. Ces passages à l'acte immotivés, soudains et imprévisibles, peuvent être très violents et ils relèvent de la dissociation ».

« La différence » entre un passage à l'acte dissociatif et un passage à l'acte délirant, est que pour le premier on retrouve une « absence apparente d'organisation autour d'un délire » et une « implication affective particulière des patients qui les agissent. Cette brutale rupture de comportement s'origine dans un vécu de morcellement, de désorganisation pulsionnelle et de dépersonnalisation massive ». Les actings dissociatifs « se nourrissent d'une pulsionnalité qui relève essentiellement de la violence fondamentale. Nous nous trouvons devant l'extrajection dont l'intentionnalité n'est pas de viser quelqu'un de particulier par la place qu'il prend dans le scénario fantasmatique du patient mais de frapper pour survivre. C'est probablement ce qui explique le calme » du patient « après son acte. Il fait ce qu'il a à faire et referme la parenthèse... Les acting posés dans une dynamique agressive sont par contre le plus souvent entourés d'un climat affectif « chaud » aux antipodes de ce que nous observons ici ».

Les « violences » dissociatives « terrorisent plus que celles motivées par les productions délirantes ». En effet, « les violences délirantes » sont « plus rassurantes en ce qu'elles » peuvent « rester compréhensibles ».

« Ces actings dissociatifs sont à l'origine de la plupart des homicides brutaux des schizophrènes, homicides » qui sont très rares mais qui sont « souvent accompagnés d'actes de prélèvement, de dilacération, voire de cannibalisme sur la victime. Ils sont en jeu dans le matricide schizophrène, ce qui peut paraître en contradiction avec notre proposition antérieure de les rattacher à un courant indifférencié de violence fondamentale. En effet, il paraît difficile de penser que la mère (ou son substitut) est une cible neutre pour ces patients. Mais cela n'est pas contradictoire. En effet, l'acting dissociatif touche au symbolisme même, il témoigne de l'impossibilité quasi totale de symbolisation d'une conflictualité morcelante massive. En ce sens, il constitue une décharge impulsive qui agit comme une ultime tentative de guérison, comme une ultime révolte contre l'envahissement et le démantèlement psychotique d'une personnalité pas même protégée par le délire. Cette tentative, par le réel, de faire advenir une castration symbolique permet, mais seulement a posteriori, à un observateur extérieur d'y voir un acte renvoyant à un sens particulier, mais cette élaboration (qui restera toujours incertaine eu égard à l'impénétrabilité parfois forte de ces actes) risque de toute façon de rester pour longtemps radicalement étrangère au patient qui l'a agie. Ainsi, dans ce cas, si le schizophrène tue, il le fait dans un acte d'un acharnement radicalement opposé à son indifférence affective. Il met à l'extérieur son acte né de la rencontre de l'ambivalence affective et de la dissociation. Cet acte qui touche la mère, le sera dans un sens qui restera le plus souvent à jamais étranger à sa propre intériorité. Ces violences dissociatives, qui touchent au symbolisme même, les placent ainsi aux confins de la psychose. D'où leur difficile et inquiétant vécu contre-transférentiel qui

est tout autant motivé par l'horreur et la folie de l'acte que par sa fréquente et apparente imprévisibilité » (23).

### 3. L'organisation limite

Dans le cas où il s'agit d'une organisation de la personnalité selon le modèle « limite », on retrouve « une forme d'équilibre fragile et instable entre les forces » purement violentes et les forces « libidinales ». Dans de telles situations, « ni la violence » « ni la libido » ne parviennent « à dominer » et ne se voient « en mesure d'exercer son primat organisationnel ». « La violence fondamentale demeure à l'état flottant, à l'état non intégré » (20,21).

« Ce manque d'intrication pulsionnelle est à mettre en parallèle avec l'impossibilité d'intégration de l'ambivalence de l'objet. Le sujet limite » active « dans le lien » soit une dynamique violente « et destructrice (ce sera alors le mauvais objet) », soit une dynamique libidinale et créatrice tout aussi radicale « (ce sera alors le bon objet). Le fonctionnement limite oscille » « entre des mouvements protecteurs d'inhibition » du courant violent et du courant libidinal (« dépression, psychasthénie », morosité affective...) « ou de débordement par l'un ou » par « l'autre » de ces deux courants, « dans des mouvements d'alternance rapide donnant ce profil d'instabilité bien connu chez » les patients limites (23).

Ainsi, la destructivité limite, la plupart du temps, n'est pas érotisée. La violence qui apparaît au sein de telles personnalités correspond le plus souvent à de la violence fondamentale et non à de l'agressivité (20,23).

« Le passage à l'acte limite est donc » « le plus souvent un passage à l'acte défensif » et « protecteur » « relié à une » dynamique de « violence fondamentale ». L'état-limite attaque seulement pour « éloigner le danger » qui vient l'« envahir » et le menacer d'« effondrement ». Lorsqu'il s'attaque à l'autre, il s'attaque à un « obstacle plus ou moins diffus et impersonnel » : l'autre n'est pas « visé pour ce qu'il est, mais » « simplement parce qu'il est là... » (9,23).

Pourtant, les passages à l'acte limite donnent souvent plus « l'impression d'avoir affaire » à une dynamique « agressive » qu'à une dynamique d'auto-conservation. En effet, le patient limite a tendance à donner « l'impression, souvent erronée, qu'il contrôle ce qu'il fait vivre, voire qu'il agit de manière systématiquement intentionnelle ». C'est le cas par exemple des « tentatives de suicide » « ou des passages à l'acte à tonalité apparemment manipulateur à l'égard de l'entourage ». En fait, « l'activation de mouvements agressifs » tente « de limiter, de dériver ou de masquer des mouvements plus archaïques », « désorganiseurs » et « radicaux de violence fondamentale ». « L'agressivité, lorsqu'elle est présente » chez l'état-limite, « vient donc en surcroît » « de la violence fondamentale » et « en défense » contre celle-ci. « L'agressivité peut » ainsi « être considérée comme un facteur de protection à l'égard de la crise suicidaire » (9,23).

« Cette distinction est fondamentale car », « dans la plupart des cas, la fonction défensive des passages à l'acte est tellement efficace qu'elle occulte presque totalement la perception externe d'une souffrance du patient, empêchant ainsi tout mouvement empathique » de la part des soignants, les plaçant souvent « dans des positions contre-transférentielles très vives ». « En effet, n'y voir que de l'agressivité amène quasi invariablement les équipes à mettre en acte une dynamique réactionnelle d'incompréhension », « d'agacement » et « de rejet ». « En revanche, replacer la symptomatologie du patient, fût-t-elle très agaçante, dans une dynamique

de violence fondamentale d'un patient déprimé dans un risque d'effondrement à la moindre mobilisation de ses appuis anaclitiques », « permet au minimum de comprendre ce qu'il vit, et au mieux de prendre en compte ses besoins dans » la « démarche de soin. Ce qui revient finalement à ne pas s'arrêter à ce que le malade montre : des actes, mais à s'occuper en même temps de » la dynamique qui les sous-tend (9,23).

### **Cas de Madame B :**

« Le vécu initial de l'équipe qui accueille » Madame B « se situe dans une empathie certaine. Son histoire, émaillée de ruptures, de pertes et de souffrance, génère en effet une certaine émotion chez les soignants qui ont à s'en occuper ». Puis Madame B « glisse dans un rapport de force » bruyant. Elle met l'équipe « dans une position difficile d'inversion du cadre. En effet, sa manière d'être lui permet de se situer dans un rapport d'omnipotence sur un cadre thérapeutique » qu'elle « tente de maîtriser totalement, ce qui fait violence à » « l'équipe ».

Madame B « illustre assez bien » les « mécanismes défensifs en jeu dans la dynamique limite. Le clivage de l'objet se retrouve au premier plan » avec une équipe soignante alternativement vécue comme bonne puis comme mauvaise, et inversement. « L'identification projective amène également une diffusion de son propre vécu dépressif dans une équipe qui se sent inutile, sans perspectives d'avenir et impuissante face à » elle.

Avec ses multiples sollicitations, Madame B « cherche à maintenir une relation anaclitique compensatrice pour » elle, « en se plaçant dans une position d'omnipotence destinée à maintenir à distance l'ambivalence qui pourrait naître des exigences et des limites du cadre et de ses soignants. Tant que cet équilibre est maintenu », elle « va mieux, mais au prix d'une violence psychique de plus en plus

importante faite à l'équipe. Mais rappelons-nous que cette situation est avant tout une dynamique de violence fondamentale » d'une patiente « qui se défend contre une dépression » qu'elle « ne peut ni assumer, ni élaborer ».

« La première forme de relation violente exprimée par » Madame B « correspond à la violence intrinsèque du lien limite. Les passages à l'acte plus concrets surviennent le plus souvent quand la réalité (ou le tiers) vient faire obstacle à cet aménagement provisoire qui se fait au détriment de l'autre ».

« La vision que nous avons de » cette patiente « est très différente en fonction du moment de l'hospitalisation ». Madame B « se présente de prime abord comme » une patiente déprimée, « à la recherche d'un soutien anaclitique dans un parcours abandonnique assez typique. L'agressivité dans le soin ne survient que dans un second temps, quand on s'oppose à » elle, « lorsque l'on tente de proposer autre chose que ce » qu'elle « désire ».

Si « ces passages à l'acte violents » « relèvent d'une logique de violence fondamentale plutôt que d'agressivité » c'est « d'abord » parce que « ces mouvements sont défensifs, ils surviennent en réponse à un événement extérieur qui vient fragiliser les aménagements défensifs organisés par » la patiente. C'est « ensuite » parce que « l'objet auquel ils s'adressent n'est pas différencié », la patiente « exprime sa violence, non pas à l'égard d'un objet spécifique, mais en raison de la position de cet objet dans une échelle dichotomique grand/petit, puissance/impuissance, fort/faible ». Des « mouvements agressifs naissant de la liaison d'une pulsionnalité violente avec des éléments libidinaux sont également présent dans ce cas. Mais ils proviennent bien plus de la récupération secondaire narcissique de la toute-puissance générée par la « réussite » apparente du rapport de force induit par » Madame B, « que d'une intentionnalité primaire de nuire spécifiquement à cet objet ».

« La mise en travail de la fonction défensive des passages à l'acte met à jour la nécessaire adaptation du soin à l'anaclitisme forcené de » cette patiente. « Il s'agit de prendre en compte l'aspect dépendant » de Madame B, « aspect » qu'elle « montre sans le dévoiler totalement et dont » elle n'a elle-même « sans doute même pas vraiment conscience » (23).

« Cette tendance à voir de l'agressivité dans des mouvements initialement portés par la violence fondamentale est peut-être aussi due au fait que nous sommes particulièrement sensibles à la récupération narcissique secondaire libidinale du patient à l'égard de ses passages à l'acte agis. Car ce plaisir pris secondairement, dans une récupération » « de quelque chose de bien plus archaïque agresse en effet au moins autant que le déni d'altérité que font vivre ces patients. C'est cette particularité de la relation limite qui génère chez le soignant l'impression désagréable de ne pas exister. Cette sensation peut aller jusqu'à un éprouvé, chez le soignant, d'une angoisse d'anéantissement qui génère chez lui un mouvement réactionnel et défensif de violence fondamentale pouvant lui donner envie de « tuer », « d'éjecter » ou de « sadiser » ce patient qui le « rend fou »...

Or ces réactions contre-transférentielles sont très coupables, confrontées à un certain idéal soignant. Nous n'avons pas a priori choisi notre profession pour avoir envie de tuer nos patients. Ces mouvements d'agressivité soignante plus feutrée que nous éprouvons ne sont peut-être, dans ces prises en charge, que la ré-élaboration secondaire de la violence archaïque fondamentale réveillée en nous. En ce sens, ils ne constituent pas notre vrai contre-transfert, mais un retour du refoulé « plus acceptable » de celui-ci. Il est en effet plus simple et plus apaisant d'interdire avec le sourire la sortie dans le parc d'un patient que l'on estime agressif, que d'accepter et de garder active en nous une envie de meurtre à l'égard de quelqu'un qui nous

malmène autant. Tout placer sur le terrain de l'agressivité dans les dynamiques limites revient ainsi à fonctionner dans un double leurre, entre deux pôles (patients et soignants) qui ne peuvent ou ne savent voir la part de violence défensive et archaïque qu'ils traversent conjointement » (23).

#### **4. Particularités des passages à l'acte auto-agressif**

« Il est classique de considérer la plupart des addictions comme un passage à l'acte destiné, entre autre, à retourner contre soi une certaine destructivité » (23).

« Le passage à l'acte suicidaire s'inscrit dans » une dynamique paradoxale qui mêle, « dans des proportions » « variables », les « mouvements agressifs d'attaque » et les « mouvements violents défensifs » : le sujet détruit son « corps » pour « sauver » sa psyché, autrement dit, il « vise » « la mort (physique) » afin de défendre sa « vie (psychique) » (9).

#### **F. Un instinct ou une pulsion de vie ?**

Nous avons vu que J. Bergeret tient à différencier « l'instinct » de « la pulsion ». Pourtant, « l'instinct violent » possède tous les critères freudiens définissant les pulsions : poussée, source, but et objet.

Selon le dictionnaire Larousse, la pulsion est définie comme « une force à la limite de l'organique et du psychique qui pousse le sujet à accomplir une action dans le but de résoudre une tension venant de l'organisme », alors que l'instinct est défini comme « une impulsion innée, automatique et invariable qui régit le comportement de tous les individus d'une même espèce ».

D'ailleurs, DW. Winnicott parle de « racine agressive » (la définition de l'agressivité de Winnicott correspond à la définition de la violence de Bergeret, et la définition de l'agressivité de Bergeret correspond à la définition de la haine de Winnicott) et de « racine libidinale » de « l'expérience instinctuelle », ainsi que de « pulsion instinctuelle érotique » (24).

Selon L. Morasz, il existe deux formes de « pulsions violentes » : les « mouvements violents défensifs », qu'il définit comme « un mouvement d'autoconservation « instinctuel » de protection », et les « mouvements agressifs d'attaque » (9,23).

D'autre part, pour L. Morasz, toute pulsion comprendrait une part de vie et une part de mort. « Une pulsion serait de vie » quand, grâce au lien à l'autre, « elle oriente et nourrit le travail de liaison » et de symbolisation. Une pulsion « serait de mort » quand, n'ayant pas pu trouver l'autre, sa tentative de liaison et de symbolisation échoue : la pulsion « menace » alors « le Moi » « en le désorganisant ou en l'envahissant », et « le Moi » va se défendre « en retour en attaquant la pulsion » (9,23). La source de la pulsion étant corporelle, « attaquer la pulsion à sa base » revient donc à attaquer son propre corps. Ainsi, en cherchant à « éviter » sa « mort psychique », le sujet va procéder à sa « destruction physique » (9).

« L'agressivité présuppose un investissement minimal de l'objet qu'elle vise, alors que la pulsion de mort » « se traduit par un désinvestissement de l'objet ». Ainsi, l'hétéro-agressivité peut être considérée « comme l'expression d'une pulsion de vie » qui tente désespérément de « créer un lien avec l'autre », même si c'est au prix de la « destruction » de cet autre. « L'agressivité est » donc « une tentative défensive » du sujet « destinée » à le protéger contre sa propre destruction (9).

En revanche, l'« apparente accalmie » qui survient avant une tentative, souvent fatale, de suicide « témoigne » d'un « désinvestissement de l'objet ». Cette accalmie « rend compte de la déliaison pulsionnelle qui abandonne » « le lien à l'autre, et le lien par l'autre, pour poursuivre son œuvre de désorganisation interne » (9).

Les passages à l'acte auto- et hétéro-agressif peuvent ainsi être pensés « en tant que conséquence » d'un déséquilibre entre « les parts respectives de vie et de mort » des pulsions. D'où l'« importance » pour les patients, « dans la prévention et » « la prise en charge » des passages à l'acte, « de pouvoir trouver l'autre » afin « de (re)trouver une capacité à faire des liens et » ainsi « à traiter la pulsion » autrement que dans un mouvement de destructivité externe ou interne (9,23).

## **.IV. La destructivité dans la relation psychothérapeutique**

### **A. Les mécanismes de défense archaïques selon M. Klein**

Pour M. Klein, qui dit appareil psychique, dit construction d'un monde interne (la réalité interne qui comprend les fantasmes) en relation avec un monde externe (la réalité externe qui comprend les interactions et les objets externes, au départ la mère représentée en particulier par l'organe nourricier qu'est le sein).

Les interactions et les objets externes sont internalisés, c'est-à-dire qu'ils ont leur réplique (une sorte de duplicata, de photocopie) dans le monde interne avec une charge affective égale ou augmentée. Une réalité externe angoissante produira donc une angoisse interne. De même, le monde externe peut être le réceptacle d'une angoisse interne.

Il existe une transaction, une dialectique assurée par un mécanisme d'« introjection », c'est-à-dire d'intériorisation, et un mécanisme de « projection », c'est-à-dire d'extériorisation, qui font passer les objets d'un lieu à l'autre et dans les deux sens : il peut se produire une introjection de la représentation, de l'image d'un objet externe et une projection d'une représentation interne vers un objet externe. Ainsi, la réalité externe peut modifier la réalité interne et la réalité interne peut transformer la réalité externe<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

Pour M. Klein, la destructivité est présente « dès la naissance » (3). Pour que la psyché puisse se construire, il est indispensable que le courant destructeur soit tempéré, contré grâce à une liaison, une intrication de ce courant violent présent au départ avec le courant libidinal créé par la relation avec l'objet nourricier. Le courant libidinal doit donc être suffisamment important pour s'opposer au courant violent<sup>4</sup>.

Pour M. Klein, le nourrisson passe, au cours de son développement, par « deux positions psychiques » (3,25,26).

Ces deux étapes du développement vont conditionner la survenue d'une névrose, d'une psychose ou d'une organisation entre les deux (organisation limite)<sup>5</sup>.

## 1. **La position schizo-paranoïde**

La position schizo-paranoïde comprend un côté clivage (schizo) et un côté persécutif (paranoïde).

Cette position prédomine au cours des 4 premiers mois de la vie (25).

### **a) Le clivage :**

Par le mécanisme du « clivage », le nouveau-né « partiellise » toutes ses expériences vécues et tous ses objets. Les expériences et les objets externes

---

<sup>4</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

<sup>5</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

partiels sont vécus alternativement comme « bons » puis comme « mauvais », sans connexion. Le sujet passe de l'idéalisation à la dévalorisation d'un objet comme s'il avait affaire à deux personnes différentes<sup>6</sup>.

Ainsi, le nouveau-né a au départ une relation avec des objets morcelés, « partiels ». L'objet primordial, la mère, est vécu alternativement comme un « mauvais sein » frustrant (c'est-à-dire source de « frustration ») puis comme un « bon sein » gratifiant (c'est-à-dire source de « satisfaction »). « Le sein qui frustre est haï et ressenti comme mauvais », « le sein qui gratifie est aimé et ressenti comme bon » (3).

Le mécanisme de clivage permet à l'enfant de protéger l'expérience de bonne satisfaction nourricière de l'expérience de mauvaise satisfaction nourricière, c'est-à-dire de protéger le « bon sein » de la contamination, des attaques du « mauvais sein »<sup>7</sup>.

« Le clivage » est « un mécanisme de défense » primitif nécessaire au début de la vie du sujet car si l'expérience ou l'objet bon et mauvais sont perçus ensemble, « l'angoisse » survient (3). Le clivage doit normalement être surmonté au cours du développement, autrement dit une intégration des objets partiels en objet total doit se produire<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

<sup>7</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

<sup>8</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

**b) L'angoisse paranoïde**

Le nouveau-né se sent persécuté par la mauvaise mère, par le « mauvais sein » frustrant : « la faim, le manque du bon objet » est vécu par l'enfant « comme une attaque par les mauvais objets ». (3)

En effet, la défense la plus facile contre ce qui est ressenti à l'intérieur comme mauvais est de « projeter », d'externaliser ce ressenti mauvais sur les objets externes. L'expulsion du conflit à l'extérieur permet de maîtriser ce qui n'est pas maîtrisable à l'intérieur<sup>9</sup>.

« Le principal but de la projection est d'externaliser les images de soi et d'objet totalement mauvaises et agressives, et la principale conséquence d'un tel besoin est le développement d'objets dangereux, source de représailles, contre lesquels » le sujet « doit se défendre » : il doit « attaquer et prendre le contrôle de l'objet » menaçant avant que ce ne soit lui-même qui soit attaqué et détruit (27). C'est le concept d'« identification projective » élaboré par M. Klein car l'objet « devient une possession des parties projetées, qui le contrôlent et auquel elles s'identifient » (3).

Ainsi, la destructivité présente à l'intérieur du sujet est en grande partie dirigée vers la réalité externe et se transforme en « angoisse paranoïde » (ou « angoisse de persécution »). La mauvaise mère est alors vécue par le nouveau-né comme une menace pour son intégrité. Pour se protéger, le nouveau-né va attaquer cette mauvaise mère par des fantasmes archaïques de destruction de la mère<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

<sup>10</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

La projection est également un mécanisme de défense primitif qui est nécessaire au début de la vie pour se défendre contre l'angoisse, mais qui doit normalement être surmonté au cours du développement<sup>11</sup>.

« Des mécanismes maniaques » « interviennent également » afin de permettre « au nourrisson de se défendre contre l'angoisse ». « L'apaisement » par la bonne mère, le bon « « sein » « gratificateur » vient « contrecarrer » l'angoisse de persécution. Dans le même temps qu'est projeté le ressenti mauvais, une partie de ce qui est ressenti à l'intérieur comme bon est également « projetée » sur l'objet externe « pour créer un « objet idéal » ». « L'idéalisation du bon objet » « donne la possibilité » au nourrisson « de former en lui l'image d'un « sein » idéal, omniprésent et intarissable », ainsi que « d'avoir un contrôle omnipotent sur lui ». « Dans ce mécanisme, le clivage permet d'isoler l'objet mauvais dont l'existence même est déniée » (3).

« En retour », l'enfant va « introjecter l'objet idéal, en faire une partie de lui-même et s'identifier à celui-ci ». Il peut aussi introjecter l'objet mauvais, destructeur, vécu comme persécuteur (3).

Selon M. Klein, la mère doit répondre aux « mouvements de projection corrélatifs aux représentations bonnes ou mauvaises de l'objet » par une « attitude » « purement acceptante » afin de permettre « une progressive ré-introjection de l'ambivalence des affects par » l'enfant (22).

---

<sup>11</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

**c) Évolution au cours du développement :**

Dans la position schizo-paranoïde, on retrouve donc une prédominance des mécanismes de défense archaïques (clivage, projection, identification projective, déni, dévalorisation, idéalisation primitive, omnipotence) pour lutter contre les angoisses. Ces mécanismes de défense archaïques persistent chez le psychotique. Ils peuvent aussi survenir de façon atténuée chez le névrosé, à la place des mécanismes de défense plus matures (refoulement...), quand se produit un moment de régression<sup>12</sup>.

Ainsi, les mécanismes de défense archaïques s'expriment :

- en permanence dans la position schizo-paranoïde ;
- en permanence chez le psychotique ;
- régulièrement chez l'état-limite : une régression se produit dès que s'installe une relation affective dyadique ;
- exceptionnellement chez le névrosé : une régression peut se produire lorsque le sujet est soumis à un événement de vie qui met en cause son statut narcissique. La régression est aussi favorisée par le collectif, ce qui explique qu'on retrouve les mécanismes de clivage et de projection dans le fonctionnement des équipes de soins<sup>13</sup>.

La position schizo-paranoïde est normalement franchie, dépassée pour que le nourrisson accède à une autre position structurante : la position dépressive.

Le franchissement de la position schizo-paranoïde, et donc l'accès à la position dépressive, va dépendre de la fonction nourricière d'une mère (ou de son substitut)

---

<sup>12</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

<sup>13</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

suffisamment bonne. En effet, c'est le rapport apaisant à cette mère suffisamment bonne qui va permettre de construire le courant libidinal qui va lier le courant destructeur<sup>14</sup>.

## 2. La position dépressive

Il ne s'agit pas d'une dépression au sens clinique. Un certain nombre d'affects sont retrouvés dans la situation clinique de la dépression mais n'ont pas ici les mêmes conséquences : dans la position dépressive ces affects sont structurants<sup>15</sup>.

Cette position apparaît à partir du 5ème mois après la naissance, à la fin de la position schizo-paranoïde (25).

### a) L'intégration des objets :

« Dans le développement affectif normal », « les éléments libidinaux prédominent » et l'enfant « acquiert confiance dans le bon objet ». Il se produit alors progressivement une réduction des défenses archaïques et une intégration des objets, c'est-à-dire que « l'enfant va être capable de reconnaître l'objet », non plus comme étant morcelé, mais comme étant « entier ». A cette phase, l'enfant a « des relations, non plus avec des objets partiels, mais avec un objet total » (3).

Ainsi, la « mère » devient « un objet total » : elle est vécue par l'enfant comme étant la « source unique » « de ses gratifications et de ses frustrations », comme

---

<sup>14</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

<sup>15</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

étant la « somme de ce qui est à la fois bon et mauvais ». L'enfant va alors « éprouver » en même temps « des sentiments agressifs et des sentiments d'amour à son égard » : « l'ambivalence envers l'objet commence à se manifester » (3).

### **b) L'angoisse dépressive :**

« L'angoisse de perte d'objet est alimentée par les fantasmes destructeurs de l'enfant », « qui croit avoir endommagé et détruit l'objet total ». « Il s'ensuit alors un intense sentiment de culpabilité ». « Cette inquiétude du bébé pour sa mère est aussi entretenue par la réalité externe » : « les absences » sont « vécues comme disparition totale et les frustrations comme rétorsion » (3).

« Un mécanisme de défense apparaît » : « la réparation, qui va permettre à l'enfant de préserver, recréer, réparer l'objet » (3).

« L'angoisse dépressive » (ou « angoisse de perte d'objet ») succède ainsi à l'angoisse paranoïde. L'angoisse dépressive est plus supportable car il y a possibilité de trouver une issue dans la réparation<sup>16</sup>.

« La réapparition de la mère après ses absences », ainsi que « l'amour et les soins continuels que le bébé reçoit de son entourage » vont permettre à l'enfant « de constater que ses agressions fantasmatiques contre ses objets sont sans effet ». « C'est à travers la répétition de pertes et de récupérations », de la destruction par la « haine » et de la « recreation par l'amour », « que le bon objet » est progressivement intériorisé. La capacité ultérieure de l'enfant « à gérer son angoisse » sera

---

<sup>16</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

déterminée par la manière dont il a pu, pendant les « premiers mois de sa vie », « prendre et établir en lui l'objet bon » (3).

Mais la tendance à la « réparation » peut être mise en échec et « la situation de perte d'objet » s'établir alors si les forces destructrices restent plus fortes que les forces créatrices et/ou « si l'enfant subit trop d'expériences extérieures » « douloureuses » (3). Par exemple, « si la mère » vit « mal la rage » de son « bébé », sentant « son enfant particulièrement tyrannique » ou se sentant « coupable », et par conséquent « s'éloigne », l'enfant ne pourra pas retrouver « la relation » qu'il croira alors « avoir détruite par » sa « colère » et ses fantasmes destructeurs (23).

### **c) Évolution au cours du développement :**

Quand la position dépressive est traversée dans de bonnes conditions, c'est un atout majeur pour la suite. Mais la position dépressive n'est jamais dépassée, élaborée définitivement. Elle peut se réactiver (ambivalence, sentiment de culpabilité, désir de réparation) chez les adultes, dans une situation de deuil par exemple, jusqu'à donner une dépression clinique<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

### 3. L'articulation des deux positions

Il n'y a jamais de passage brutal d'une position à une autre : les deux positions schizo-paranoïde et dépressive peuvent se chevaucher un certain temps. Il n'y a pas de frontière tranchée entre le normal et le pathologique<sup>18</sup>.

#### **a) Le névrosé :**

Dans le développement normal, les deux positions sont dans une dialectique permanente tout au long de la vie. Le névrosé a accès à la position dépressive, et cette position prédomine normalement sur la position schizo-paranoïde. Mais des moments de régression à la position schizo-paranoïde sont possibles, notamment lorsque le sujet est soumis à un événement de vie qui met en cause son statut narcissique<sup>19</sup>.

#### **b) Le psychotique :**

Le psychotique ne dépasse pas la position schizo-paranoïde et n'a donc pas accès à la position dépressive<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

<sup>19</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

<sup>20</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

**c) L'état-limite :**

L'état-limite oscille entre la position schizo-paranoïde et la position dépressive. Il se produit une régression à la position schizo-paranoïde dès qu'une relation affective dyadique s'instaure<sup>21</sup>.

**B. L'internalisation des relations d'objet selon O. Kernberg**

Pour O. Kernberg, les relations précoces doivent être internalisées pour que puisse s'établir la permanence de l'objet.

Selon Piaget, « avant l'âge de 5 mois » la notion de « permanence de l'objet » n'est pas acquise, c'est-à-dire que « l'enfant ne se rend pas compte de l'existence continue d'un objet lorsque celui-ci n'est plus perçu. Ainsi, croyant que l'objet qui n'est plus visible ne fait que disparaître, il ne cherche pas à le retrouver. Par contre au-delà 5 mois », lorsque l'objet « disparaît de sa vue, l'enfant le recherche, ce qui témoigne chez lui d'un début d'acquisition de permanence de l'objet » (14).

Ainsi, la permanence de l'objet permet, quand il y a une séparation d'avec l'objet, que celui-ci ne se trouve plus dans la réalité, de garder une représentation de l'objet, bon si possible. Si la permanence de l'objet n'est pas acquise, le sujet n'arrive pas à garder la trace de l'objet lorsque celui-ci disparaît de son champ de vision<sup>22</sup>.

« Pour l'internalisation des relations d'objets », donc pour pouvoir établir la permanence de l'objet, deux processus doivent réussir (27).

---

<sup>21</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

<sup>22</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

### **1. Le premier processus : « la différenciation entre les images de soi et les images d'objet »**

D'abord, il faut que se produise « une différenciation entre les représentations de soi et les représentations d'objet », c'est-à-dire une délimitation entre le Moi et le non-Moi (27).

« La satisfaction des besoins pulsionnels et leur frustration modérée favorisent la différenciation des représentations de soi et celles d'objet ». C'est le concept de « la mère suffisamment bonne » de Winnicott. En effet, « une satisfaction libidinale porte l'attention des investissements sur l'interaction entre le soi et les objets, et favorise ainsi la différenciation dans ce domaine », tandis que « la frustration fait prendre conscience de l'absence douloureuse des sources de satisfaction et contribue ainsi à différencier le soi du non-soi ».

En revanche, une frustration insuffisante (ou « satisfaction excessive ») et « une frustration excessive » sont traumatiques et retardent « la différenciation entre le soi et les objets ». En effet, « une frustration excessive » « des besoins pulsionnels précoces (en particulier oraux) » « renforce la tendance normale au retour à une refusion régressive des images et d'objet » « afin de conserver ou de retrouver la satisfaction absolue » (hallucination du désir), tandis qu'une satisfaction excessive ne permet pas de prendre conscience qu'un autre se cache derrière la satisfaction. (27).

Pour L. Morasz, c'est « la répétition » des « expériences de séparation et de retour de l'objet », « l'alternance de la séquence présences-absences », qui « amène » « progressivement le bébé à reconnaître » sa mère « comme non-soi et » donc « à sortir de son état initial anobjectal d'indifférenciation Moi/non-Moi » (23).

Si ce processus échoue (cas du psychotique), on va retrouver chez le sujet « un manque profond de différenciation des images de soi et d'objet ». « Un retour à une fusion régressive des images de soi et d'objet apparaît sous la forme de fantasmes » archaïques « d'engloutissement » et de dévoration par l'autre « avec un estompage concomitant des frontières du Moi dans le domaine de la différenciation entre le soi et le non-soi » (27).

## **2. Le second processus : « l'intégration des images de soi et d'objet » « bonnes et mauvaises »**

Ensuite, « les représentations de soi et des objets élaborées sous l'influence de rejets pulsionnels libidinaux doivent s'intégrer aux représentations correspondantes du soi et des objets élaborées sous l'influence de rejets pulsionnels agressifs ». « Ainsi, les images d'objet idéalisées « totalement bonnes » doivent s'intégrer aux images « totalement mauvaises » et la même chose est vraie pour les images du soi bonnes et mauvaises ».

« Au cours de cette synthèse, les images partielles de soi et d'objet s'intègrent en des représentations d'objet total et de soi total » (27).

Si ce processus échoue (cas de l'état-limite), on va retrouver chez le sujet « une incapacité à faire la synthèse des introjections et identifications positives et négatives », « bonnes et mauvaises ». L'objet et le Moi ne seront alors pas perçus affectivement dans leur totalité, ils seront appréhendés alternativement comme objet

partiel « totalement bon » puis comme objet partiel « totalement mauvais » et comme Moi partiel « totalement bon » puis comme Moi partiel « totalement mauvais » (27).

C'est par le mécanisme du « clivage » que le sujet va maintenir une vision partielle bon/mauvais objet et une vision partielle bon/mauvais Moi pour « protéger les introjections et identifications positives » des mauvaises, c'est-à-dire pour éviter la contamination du bon objet par le mauvais objet, de même qu'éviter la contamination du bon Moi par le mauvais Moi, et ainsi « éviter l'angoisse » (27).

Lorsque le mécanisme primitif du « clivage » des objets en objets partiels « se maintient » au cours du développement, il se trouve à l'origine de conséquences pathologiques dans « les relations d'objets ». En effet, les « relations d'objets » « précoces » restées clivées sont « internalisées » pour ensuite être projetées à chaque rencontre avec un nouvel objet. Chaque nouvel objet est alors clivé, donc vécu alternativement comme « totalement bon » puis comme « totalement mauvais » (27). A la fois aimé un instant et haï à un autre instant. Pouvant apparaître comme secourable, protecteur un jour et cruel, malveillant un autre jour. L'objet ne se trouve alors jamais à la bonne distance : s'il est frustrant, s'il s'éloigne, cela peut engendrer une angoisse d'abandon, s'il est gratifiant, s'il se rapproche de façon trop importante, cela peut engendrer une angoisse d'intrusion et un vécu persécutif. La relation à l'autre risque ainsi d'être marquée par l'ambivalence, alternant entre le collage à l'autre et le rejet de cet autre<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

### 3. L'articulation des deux processus

#### a) Le psychotique :

Chez le psychotique, le premier processus échoue et donc le second processus échoue aussi : « les images de soi et d'objet » ne sont « pratiquement » pas « différenciées » (on retrouve un « manque » « sévère » « de développement des frontières du Moi ») et « l'intégration des images de soi et d'objet » « bonnes et mauvaises » n'est pas réalisée (27).

Ainsi, le psychotique n'a pas pu acquérir la permanence de l'objet<sup>24</sup>.

Le psychotique soit recherche un contact adhésif, fusionnel, symbiotique avec l'autre soit, au contraire, fuit le contact, s'isole, se replie sur lui-même (repli autistique).

#### b) L'état-limite :

Chez l'état-limite, le premier processus réussit de façon correcte : « les images de soi et d'objet » sont relativement bien différenciées (on retrouve une « intégrité des frontières du Moi »). Mais le sujet peut, dans des conditions de régression, en « cas de relations humaines étroites », retourner de façon réversible à « une refusion des images de soi et d'objet » avec une perte des limites mais qui est transitoire. En revanche, le second processus échoue : « l'intégration des images de soi et d'objet » « bonnes et mauvaises » n'est pas réalisée (27).

---

<sup>24</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

Ainsi, l'état-limite n'a pas pu acquérir la permanence de l'objet.

L'état-limite a besoin d'un objet externe pour s'appuyer : d'un objet anaclitique. Il a un besoin impérieux et aliénant de la présence réelle et permanente de l'autre. La relation à l'autre affectif est marquée par une dépendance vitale à l'autre et par une crainte incessante d'être abandonné (la dimension abandonnique est un marqueur quasi pathognomonique de l'organisation limite)<sup>25</sup>.

### **c) Le névrosé :**

Chez le névrosé, les deux processus réussissent : les images de soi et d'objet sont totalement différenciées (on retrouve une « délimitation » « totale » « des frontières du Moi ») et l'« intégration des images de soi et d'objet » « bonnes et mauvaise » est réalisée. Mais le sujet peut, dans des conditions de régression, en cas d'atteinte narcissique, retourner à une vision clivée du Moi et des objets (27).

Ainsi, le névrosé a acquis la permanence de l'objet.

Le névrosé a besoin de la parole de l'autre. Le besoin de l'autre passe donc beaucoup plus par le symbolique que par le réel<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

<sup>26</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

### C. Les conséquences pour le transfert et le contre-transfert

Nous allons maintenant étudier les mécanismes de défense archaïques car ceux-ci agissent dans le transfert et le contre-transfert<sup>27</sup>.

Les mécanismes de défense archaïques sont centrés autour du clivage qui s'accompagne d'autres mécanismes tels que le déni, l'idéalisation primitive, l'omnipotence, la dévalorisation, la projection, ou l'identification projective qui tous protègent « le Moi des conflits grâce à la dissociation et en maintenant activement séparés les introjections et identifications qui sont de natures conflictuelles, à savoir celles qui sont déterminées par les pulsions libidinales, de celles qui sont déterminées par les pulsions agressives, sans égard pour l'accès à la conscience ». « Dans ce cas, le rejeton pulsionnel parvient à la conscience chargé de toutes ses qualités affectives, psychiques et motrices, mais il se trouve séparé des autres domaines de l'expérience psychique consciente » (27).

A l'inverse, les mécanismes de défense plus matures sont « centrés autour du refoulement qui s'accompagne d'autres mécanismes tels que la formation réactionnelle, l'isolation, ou l'annulation qui tous protègent le Moi de conflits intrapsychiques grâce au rejet du rejeton pulsionnel ou de sa représentation mentale, ou des deux, hors du Moi conscient » (27).

---

<sup>27</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

## 1. Le clivage

Le clivage est un mécanisme de défense « précoce » et naturel mais qui doit être « normalement » abandonné au cours du développement.

Le clivage est le mécanisme de défense primitif principal, il sous-tend tous les autres mécanismes de défense archaïques, dits accessoires (27).

« Le clivage protège le moi des conflits » « en maintenant activement séparées les introjections et identifications qui sont de nature conflictuelle » : les « introjections positives » et les « introjections négatives ».

Les deux « états contradictoires du Moi », l'état positif et l'état négatif, sont vécus alternativement. « Aussi longtemps que ces états contradictoires du Moi peuvent être maintenus séparés les uns des autres, l'angoisse est évitée ». Le clivage est maintenu afin que le patient se vive le plus possible positif mais cela ne tient jamais (27).

Le clivage interne, grâce à la projection, va entraîner un clivage externe. Les « objets externes » vont alors être divisés, compartimentés de façon extrême « en certains totalement bons et d'autres en totalement mauvais ».

C'est une vision manichéenne, dichotomique, « avec pour conséquence la possibilité pour un de ces objets d'un passage complet et brutal de l'un à l'autre des extrêmes, c'est-à-dire le renversement complet et soudain de toutes les idées et sentiments à l'égard d'une personne particulière ». Ainsi, le sujet va passer de l'idéalisation à la dévalorisation et de la dévalorisation à l'idéalisation dans l'excès (27).

Le clivage représente une séparation, une frontière infranchissable. Un des buts de la psychothérapie est de faire des « sutures » entre les images bonnes et mauvaises (de soi et d'objet)<sup>28</sup>.

## 2. Le déni

Le déni est un mécanisme de défense qui fonctionne en synergie avec le clivage et qui le « renforce » (27).

Le déni va abolir tout lien entre les représentations clivées : entre les représentations positives et les représentations négatives.

Rien ne vient tempérer la vision de l'objet quand le sujet se trouve dans la phase de dévalorisation, comme si toute l'image positive précédente n'avait plus aucune valeur, de même que rien ne vient tempérer la vision de l'objet quand il se trouve dans la phase d'idéalisation, comme si toute l'image négative précédente n'avait aucune incidence (26).

Une représentation n'a de valeur que si un affect lui est raccordé.

« Le patient est conscient du fait qu'à ce moment précis, sa perception, ses pensées et ses sentiments sur lui-même ou à l'égard d'une autre personne sont totalement opposés à ceux qu'il a eu à d'autres moments ; mais ce souvenir n'a pas de conséquence affective et ne peut influencer la nature de ses sentiments actuels. Par la suite, il pourra revenir à l'état antérieur du Moi et alors dénier le présent état

---

<sup>28</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

en conservant à nouveau ce souvenir mais sans pouvoir établir de lien affectif entre ces deux états du Moi ».

Ainsi, la valence affective positive disparaît dans la phase de dévalorisation et la valence affective négative disparaît dans la phase d'idéalisation (27).

« Le déni peut aussi se manifester par une simple méconnaissance d'un secteur de leur expérience subjective ou d'un secteur du monde externe. Lorsqu'on insiste, ces patients admettent avoir une connaissance intellectuelle du secteur dénié, mais ils sont incapables de l'intégrer au reste de leur expérience affective. Il faut noter que ce que le patient dénie actuellement est parfois ce dont, dans d'autres domaines, il est conscient ; c'est-à-dire que se trouve déniées les émotions qu'il a éprouvées (ou qu'il se souvient avoir éprouvé) ainsi que la prise de conscience des conséquences affectives de situations réelles dont le patient a eu pleinement conscience ou dont il peut encore devenir pleinement conscient » (27).

Cette forme de déni est primitive, elle « se rattache au clivage ». Elle diffère « du déni » plus tardif « tel qu'on le retrouve dans le mécanisme de la négation. Dans la négation, il existe un contenu mental « chargé d'un signe négatif » ; le patient déclare qu'il sait que lui-même, son thérapeute, ou quelqu'un d'autre pourrait penser à propos de quelque chose mais cette possibilité précise se trouve rejetée en tant que pure spéculation intellectuelle. Dans ce cas l'affect responsable qui a été dénié n'est jamais parvenu à la conscience et reste refoulé. A cet égard, la négation est une forme plus élevée de déni liée au refoulement, et est très proche de l'isolation ».

« A un niveau intermédiaire », « on retrouve » « le déni des émotions opposées à celles qu'éprouvent actuellement le patient, en particulier le déni maniaque de la

dépression ». « Dans cette forme de déni, un affect complètement opposé sert à renforcer la tenue du Moi contre une partie menaçante de l'expérience du soi » (27).

### **3. L'idéalisation primitive**

L'idéalisation primitive est un mécanisme de défense qui découle du clivage (27).

L'idéalisation primitive est « la tendance à voir les objets externes comme totalement bons et ceci afin qu'ils puissent protéger » le sujet « contre les mauvais objets » et « qu'ils ne puissent être contaminés, abîmés ou détruits par sa propre agressivité ou par celle qui est projetée sur d'autres objets ».

« L'idéalisation primitive crée des images d'objets irréelles, totalement bonnes et puissantes » (27).

O. Kernberg choisit le terme d'« idéalisation primitive » car il s'agit d'un mécanisme infantile. Il s'agit en effet de « la manifestation directe d'un fantasme primitif protecteur où il n'y a pas de réelle considération pour l'objet idéal, mais un simple besoin de protection contre le monde environnant d'objets dangereux ».

Cette forme d'idéalisation diffère des « formes plus tardives d'idéalisation telles qu'on les rencontre typiquement chez les malades dépressifs, qui idéalisent les objets pour maintenir éloignée leur culpabilité provenant de leur agressivité envers l'objet ».

« L'idéalisation primitive n'implique ni reconnaissance consciente ou inconsciente de l'agressivité envers l'objet, ni culpabilité devant cette agressivité, ni préoccupation pour l'objet » (27).

« Une autre fonction d'un objet idéal est de servir de réceptacle pour l'identification omnipotente, pour participer à la magnificence de l'objet idéalisé qui protège de l'agressivité et qui gratifie directement les besoins narcissiques. Ainsi utilisée, l'idéalisation traduit l'omnipotence sous-jacente » (27).

#### 4. L'omnipotence

L'omnipotence est aussi un mécanisme de défense « étroitement lié au clivage ». Elle est le corollaire de l'idéalisation primitive (27).

L'omnipotence survient lorsque le sujet s'identifie en miroir à « un objet totalement bon, idéalisé et tout-puissant » et qu'ainsi une partie de son moi se sent surévaluée.

Cette « identification » à un objet idéalisé tout-puissant servirait de « protection contre les mauvais objets persécuteurs » (27).

Les objets sont alors modifiés par le fantasme de toute-puissance du sujet, c'est-à-dire par son fantasme de contrôle et de maîtrise, en objets tout-puissants qui doivent tout donner.

« Le besoin de contrôler les objets idéalisés, de les utiliser pour manipuler et exploiter l'entourage et pour « détruire les ennemis potentiels », se rapporte à

l'orgueil inhabituel de « posséder » ces objets parfaits entièrement consacrés au patient ». Les « sentiments de grandeur et d'omnipotence » masquent « les sentiments d'insécurité, d'autocritique et d'infériorité » et « prennent souvent l'aspect d'une conviction inconsciente » que le patient est « en droit d'attendre satisfaction et hommage », d'être traité comme une personne privilégiée, spéciale (27).

Ainsi, le patient va « tantôt du besoin d'établir une relation de quête et de dépendance à un « objet magique » idéalisé, et tantôt à des fantasmes ou à des conduites qui trahissent un sentiment profond d'omnipotence ».

Il s'agit également d'un mécanisme infantile car le sujet n'éprouve pas de réel attachement, d'« amour », de « sollicitude pour l'objet idéal ».

« La personne idéalisée est traitée avec rudesse et de manière possessive comme une extension du patient lui-même » (27).

## 5. La dévalorisation

La dévalorisation est aussi un mécanisme de défense « étroitement lié au clivage ».

« La dévalorisation des objets externes est en partie le corollaire » de l'idéalisation primitive et « de l'omnipotence » (27).

En effet, l'idéalisation crée des objets fantasmatiques irréels totalement puissants. A un moment donné, l'objet ne peut donc que décevoir : « l'objet mis sur un pied d'Estale tombe »<sup>29</sup>.

« Si un objet externe » déçoit, c'est-à-dire « n'est plus source de satisfaction ou de protection », le sujet « le laisse tomber et » « le rejette parce qu'il n'y avait au départ aucun amour réel pour cet objet » (27).

Il s'agit de faire attention à la relation thérapeutique qui peut subir ce destin : une relation trop positive risque à un moment donné de basculer dans le négatif<sup>30</sup>.

« Mais il y a d'autres sources qui influencent cette tendance à dévaloriser les objets. L'une d'elle est la destruction vengeresse de l'objet qui frustre les besoins du patient (en particulier son avidité orale) ». Une autre est « la dévalorisation défensive des objets afin de les empêcher de devenir des « persécuteurs » craints et haïs » (27).

## 6. L'identification projective

### \_ La projection simple

Le patient projette une représentation persécutrice sur l'autre, mais cet autre ne se sent pas concerné par cette projection, il n'agira donc pas comme persécuteur.

Soit le patient part, évite, coupe le lien, va se cacher, met de la distance, soit il attaque l'autre, et le soignant se dit simplement « le patient ne va pas bien

---

<sup>29</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

<sup>30</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

aujourd'hui, il est persécuté »<sup>31</sup>.

### **\_ L'identification projective**

Il s'agit d'une projection qui maintient un lien d'empathie », d'identification avec tout ce qui a été projeté sur l'objet.

Le patient fait vivre à l'autre ses propres contenus émotionnels par la projection dans l'autre : une partie de lui-même est extériorisée, projetée et se retrouve chez l'autre.

Ainsi, le patient projette une représentation de lui-même sur un autre affectif (un soignant) et cet autre est mis à la place du patient, il se sent comme la projection et risquera donc d'agir comme tel<sup>32</sup>.

L'identification projective détermine le contre-transfert<sup>33</sup>.

Le transfert désigne le fait que le patient adresse au soignant un sentiment, en général d'amour ou de haine, qui est en réalité adressé à une autre personne, en particulier à une personne de son entourage précoce (sa famille). Le soignant n'est en fait qu'une personne intermédiaire, il incarne ici et maintenant la personne à qui est réellement adressé le sentiment du patient<sup>34</sup>.

Le contre-transfert désigne tout ce que le soignant ressent, pense et parfois agit en réponse à tout ce qui a été transféré sur lui par le patient. Ainsi, le soignant adopte une réaction affective comportementale en réponse à la projection du patient<sup>35</sup>.

---

<sup>31</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

<sup>32</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

<sup>33</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

<sup>34</sup> P. Delion. Séminaire de pédopsychiatrie. 2014

<sup>35</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

L'identification projective est très efficace, car c'est tellement bien fait que l'autre va se conforter à l'image projetée.

Si le patient projette sur le soignant une image de mauvais objet, c'est-à-dire une image sadique et persécutrice, le risque est que le soignant finisse par agir comme ce mauvais objet, donc qu'il devienne persécuteur.

Si le patient projette sur le soignant une image de bon objet, c'est-à-dire une image idéalisée d'un objet tout puissant qui va le protéger, le risque est que le soignant finisse par agir comme ce bon objet, donc qu'il se comporte comme s'il était le sauveur du patient.

On peut dire que, par le mécanisme d'identification projective, « le patient taille un costume au soignant que celui-ci endosse »<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

## **PARTIE 2 : LA CAPACITE DE CONTENANCE DES SOIGNANTS**

### **.I. Principes généraux**

#### **A. Les différentes formes de contention**

En psychiatrie, il existe quatre types de contention (28) :

##### **1. « La contention chimique » ou contention pharmacologique**

Cette forme de contention correspond à la sédation du patient par la prescription de psychotropes : benzodiazépines et neuroleptiques sédatifs (28).

Il n'existe aucune molécule ayant l'indication officielle dans le traitement de l'agitation.

La voie orale doit être privilégiée en première intention, car moins traumatique et moins menaçante pour la relation thérapeutique ultérieure. De plus, une administration orale par liquide ou voie orodispersible ajoute une meilleure biodisponibilité. Si la voie orale est un impossible (en cas de refus du patient), on utilise alors la voie intramusculaire ou, en dernier recours, la voie intraveineuse (29).

**a) Benzodiazépines :**

L'intérêt des benzodiazépines réside dans leur effet sédatif et spécifiquement anxiolytique (qui peut donc agir sur un possible moteur de l'agitation), et dans leur bonne tolérance.

Le lorazepam (Temesta : 2,5mg), diazépam (Valium : 10mg) et le clonazépam (Rivotril : 1 ampoule de 1mg) sont les benzodiazépines les plus utilisées dans le traitement de l'agitation. Parmi celles-ci, le Temesta est la substance privilégiée pour un usage par voie orale en raison d'une résorption fiable et progressive, d'une demi-vie relativement courte et de l'absence de métabolite actif. Le Rivotril est à privilégier en cas d'insuffisance rénale ou d'insuffisance hépatocellulaire.

Une certaine prudence s'impose chez les patients âgés, en cas de lésion cérébrale et de retard mental, et chez les patients souffrant d'une pathologie pulmonaire sévère. Dans ce cas, l'oxazépam (Seresta : 10 à 50mg) est à choisir en première intention<sup>37</sup>.

**b) Neuroleptiques sédatifs :**

On peut utiliser en association des benzodiazépines des neuroleptiques sédatifs tels que la loxapine (Loxapac : 50 à 300mg/j), la cyamémazine (Tercian : 100 à 300 mg/j) ou l'acétate de zuclopenthixol semi-retard (clopixol semi-prolongé : 50 ou 100mg).

Cependant, le risque de syndrome malin des neuroleptiques imposera une surveillance de la température, de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque, de

---

<sup>37</sup> Fournier P. Cours théorique. EPSM de Lommelet. 2014

la saturation et de la conscience. La survenue d'effets neurologiques indésirables (dystonie aiguë) imposera leur correction par un antiparkinsonien anticholinergique. Le risque d'hypotension orthostatique peut nécessiter une prise en position allongée, jambes surélevées. En raison du risque cardiaque (torsade de pointe), on devra s'assurer de l'absence d'allongement du QT (en l'absence de tracé récent, il faudra réaliser un ECG au décours de la crise, le plus rapidement possible)<sup>38</sup>.

Un antécédent de syndrome malin des neuroleptiques contre-indique à vie l'utilisation du neuroleptique incriminé, ainsi que des neuroleptiques appartenant à la famille chimique responsable (phénothiazines, butyrophénones...) (30).

## **2. « La contention mécanique » ou contention physique passive**

Cette forme de contention correspond à l'immobilisation du patient par l'utilisation de matériaux et d'attaches diverses ou à la réduction de son espace par une mise en chambre d'isolement (28).

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES 2000) définit la contention physique passive comme se caractérisant par « l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour un patient qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté » (31,32).

« Ainsi, lorsque les infirmiers ou les aides-soignants parlent de contention, ils parlent le plus souvent des moyens dont ils disposent pour immobiliser totalement ou

---

<sup>38</sup> Fournier P. Cours théorique. EPSM de Lommelet. 2014

partiellement les patients, de façon temporaire ou prolongée » (32). « Classiquement, dans un souci de sécurité et de moindre inconfort, ce sont de larges ceintures à bracelets pour les membres, associées à une sangle abdominale que l'on fixe au lit. Parfois il s'agit d'une camisole, plus rarement de draps mais dont l'utilisation, peu sûre, est déconseillée » (33).

« Par comparaison, l'isolement représente une limitation de l'espace de mobilité du patient mais non de ses mouvements corporels » (33).

Ces deux « pratiques » « représentent » une restriction « significative de la liberté d'une personne, imposée » par une autre. « Elles se doivent donc d'être en conformité avec un cadre législatif, déontologique et institutionnel » (33).

Le Comité européen pour la privation de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT 2012) et l'Organisation des nations unies (ONU 1991) précisent que l'isolement et la contention mécanique sont « des mesures » d'« extrême » recours (34,35) : elles doivent être « exceptionnelles » (31) et misent en place en « dernière intention » (33), c'est-à-dire être prescrites uniquement en cas de « risque imminent de blessures » pour le « patient » ou pour « autrui » ou en cas d'« état de violence aiguë », (34,35) après échec des autres mesures (33–35).

La prescription doit faire l'objet d'une « concertation avec tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire » afin d'évaluer la balance « bénéfiques / risques » (31,32,36).

Ces mesures doivent être « limitées le plus possible dans le temps » (31,32) et donc être « interrompues aussi rapidement que possible » (33–35). Pour le CPT, « l'utilisation de moyens de contention mécaniques pendant des jours, sans interruption, ne saurait avoir de justification et s'apparente à un mauvais traitement » (34).

La surveillance doit être rapprochée et personnalisée (35).

Le CPT estime qu'« en cas de mise sous contention, un membre du personnel soignant devrait être présent en permanence pour maintenir un lien thérapeutique avec le patient et l'assister (élimination des urines et des selles/accès aux toilettes et salle d'eau, hydratation, alimentation). La vidéosurveillance ne saurait remplacer une telle présence continue du personnel. Dans le cas d'une mise en chambre d'isolement sans recours à la contention, le membre du personnel peut se trouver hors de la chambre d'isolement, à condition que le patient puisse bien voir le membre du personnel et que ce dernier puisse continuellement observer le patient et l'entendre. Il est également essentiel d'effectuer un entretien de fin de mise en isolement avec le patient concerné » (34).

L'isolement et la contention sont « contre-indiqués » (34), du fait du non-respect des « principes fondamentaux du respect de » la dignité de « l'être humain » (36), si la mesure est utilisée :

- Pour « réduire l'anxiété » des soignants (33,34,36) : « désir » des soignants « de se protéger des personnes agressives » (31) ;
- Pour préserver « le confort de l'équipe » (33,34) ;
- Pour pallier au « manque d'effectif » du « personnel » soignant (31,33,34,36) ;
- Pour protéger les soignants de la menace judiciaire : « peur » des soignants « d'être poursuivi par la famille » (31).
- A visée « disciplinaire » (36) : « mesure de répression ou de punition qui viendrait sanctionner une attitude d'opposition ou en réparation d'une faute supposée » (33,34) ;
- En cas de « demandes incessantes de sécurité maximale de la part de l'entourage » (31).

Cependant, « la frontière est parfois floue entre les besoins » du patient « et la recherche de soulagement » de la part « des soignants » et/ou de la famille (31).

### 3. « La contention physique » active

Cette forme de contention consiste à maintenir fermement le patient par la force physique (28).

### 4. « La contention relationnelle » ou contention psychologique

Cette forme de contention consiste à maintenir le patient « par la parole » et le regard (28).

« Le rôle du soignant est de signifier par » « des mots », un regard, « une posture », « des gestes d'apaisement », « qu'il est là, qu'il entend la peur, la souffrance exprimées et que toute l'équipe va l'aider à les soulager » (37).

## **B. Définition de la capacité de contenance**

Le terme contenance vient du latin « continere », de « cum » qui signifie « avec » et « tenere » qui signifie « tenir ».

Si on s'en tient aux synonymes, « contenir » signifie : renfermer, posséder, maintenir, mais aussi limiter, endiguer, arrêter, ou encore maîtriser, contrôler<sup>39</sup>.

Au travers des différentes lectures, nous en déduisons que la capacité de « contenance » est définie par la capacité d'assumer une triple fonction de « réceptacle », de « pare-excitation » et de « métabolisation ».

La fonction de « réceptacle » (ou fonction « contenante » selon R. Kaës : aspect passif (38)) va recevoir, accueillir et maintenir les symptômes du patient. Cette fonction correspond à « la dimension topique » de la contenance qui pose les choses « en terme d'espace » (39).

La fonction de « pare-excitation » va canaliser les symptômes afin de protéger le psychisme d'un excès de tension (28). Cette fonction correspond à « la dimension économique » de la contenance qui pose les choses en terme de « répartition de l'énergie dans la psyché » (39).

La fonction de « métabolisation » (ou fonction « conteneur » selon R. Kaës : aspect actif (38)) exerce une double fonction de « transformation » et de « symbolisation » qui va donner du sens aux symptômes (28). Cette fonction correspond à « la dimension dynamique » de la contenance « qui pose les choses en terme de régulation des processus psychiques » (39).

Ces trois « formes de contenance se complètent, se succèdent » et « s'entraînent les unes les autres » (39).

---

<sup>39</sup> Dictionnaire Larousse

La capacité de contenance passe par :

- toujours : la contention relationnelle (« les mots » et le regard) ;
- si nécessaire : la contention physique active (« le corps à corps ») ;
- parfois : la contention chimique, en particulier dans le cas des psychoses ;
- en dernier recours : l'isolement et/ou la contention mécanique en cas d'échec

des autres formes de contention (28).

## **C. Formes processuelles de la contenance**

### **1. Principe topique de la contenance**

Ce principe comporte l'idée de :

- Ramener les « contenus psychiques » qui débordent « dans la psyché ».

N'oublions pas que « le symptôme est lui-même contenant en ce qu'il stabilise la psyché » (39).

- Accueillir les « contenus psychiques » « dans un autre espace » (39).

Nous avons vu qu'afin de rétablir l'homéostasie psychique, l'instabilité est expulsée vers deux autres lieux : dans la relation à l'autre et/ou dans le rapport au corps propre du sujet<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

Ainsi, l'autre joue un rôle de contenant. « La possibilité de déposer » les contenus psychiques dans « un autre lieu », via la projection, permet à ce qui « envahit » la psyché d' « être oublié », « annulé, effacé, remis à plus tard, différé » (39).

De même, le corps joue un rôle de contenant. Comme si, à défaut de limites psychiques, c'est le corps qui va jouer le rôle de limites physiques<sup>41</sup>.

- Résister et survivre aux « contenus psychiques ».

« L'environnement » doit se définir comme « butée » aux contenus psychiques du sujet.

Le sujet ressent « une telle détresse, destructivité ou rage interne à l'égard de son environnement, que son fantasme tout-puissant craint de » l'avoir détruit « réellement ». « Si l'environnement » succombe aux attaques, « le fantasme se réalise et aboutit à » une catastrophe « pour le sujet ». En revanche, si l'environnement résiste et survit, « le sujet perçoit alors les limites de » sa « toute-puissance ». « C'est une expérience rassurante pour lui de sentir que » ses « pensées » et ses affects ne sont que « des mouvements internes » « qui sont limités par la réalité externe et restent » donc « irréalisables en partie » (39).

## **2. Principe économique de la contenance**

Ce principe comporte l'idée de drainer les « quantités d'énergie psychique ».

« Les quantités d'énergie psychique trop importantes » ne demandent qu'à se décharger. Il faudrait proposer au sujet une possibilité de « répartir ses quantités

---

<sup>41</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

d'énergie psychique de la manière la plus efficace pour créer soit un retour à un état d'excitation minimal » (« principe de plaisir »), « soit un état constant et stable, homéostatique » (« principe de constance »).

Il s'agit donc de proposer au patient « d'utiliser la parole », « de traduire » ses pensées et « affects dans le registre des mots ». Ou, si « les vécus d'un sujet sont à l'état de perceptions et de sensations » « envahissantes » « innommables », « irréprésentables », de proposer « des médiations (peinture, terre, collage, etc.) » permettant de « traduire ces sensations et perceptions archaïques » « en images » ou de proposer « des thérapies corporelles » facilitant « le lien » entre le « corps » et la « psyché » (39).

### **3. Principe dynamique de la contenance**

Ce principe comporte l'idée de métaboliser les « contenus psychiques ».

Les patients font « vivre » aux soignants « leurs propres vécus » de débordement et d'« effondrement internes » et leurs « angoisses archaïques » (concept « d'identification projective » de M. Klein). Il « incombe » » aux soignants « d'en faire des constructions mentales pour les proposer comme contenus métabolisés, digests » (concept de « capacité de rêverie » de WR. Bion) (39).

« Tout élément qui revient, de manière répétée, non évacuable et compulsive est un élément psychique pathologique traumatique qui demande à être traité, élaboré, intégré au reste du Moi. Il revient donc pour cette raison ». Il s'agit alors de « relancer cette logique inconsciente en lui donnant un lieu de projection sur des objets ou sur des dispositifs ». Cette « mise en scène de la problématique psychique du

patient » va permettre de transformer « les processus psychiques » en facilitant « leur mise en conflit et leur résolution » (39).

« Devenir contenant passe par l'écoute du sens ». En voici deux exemples :

- « La dénomination de « voyage pathologique », telle qu'elle est fréquemment utilisée », « gomme souvent le sens de l'acte et montre l'impuissance des soignants à comprendre la logique vivante qui anime le patient » (39).

- « Une patiente schizophrène très persécutée se met un jour à renverser un ensemble de jeux de construction stockés sur une étagère dans des boîtes. A cette occasion, le délire et les voix se calment pendant un long moment ». Les soignants décident « donc de la laisser faire ». Ils font l'hypothèse que la patiente « tente ainsi de mettre en acte ou en scène un vécu interne de l'ordre d'un effondrement ». « Un jour », alors que la patiente « observe les jeux répandus au sol », un soignant lui suggère : « ça fait comme les pensées qui débordent et explosent dans la tête dans tous les sens ». Il ajoute : « comment faire tenir ensemble les pensées dans la tête, sans exploser ? ». « Quelques heures après, la patiente se met à ramasser les jeux d'elle-même. Elle les remet dans les boîtes sur l'étagère, puis refait tout tomber, et ainsi de suite ». Puis, la patiente fait une remarque : « les nombres ne correspondent pas ». Les soignants observent là « que le processus s'est prolongé et transformé. Le fait de pouvoir établir une réversibilité (remettre dedans) » a permis « de faire apparaître que le chaos des pensées est peut-être lié à des éléments en trop, inassimilés » (39).

« Le premier travail revient donc à trouver », avec l'« équipe pluridisciplinaire, quel espace (individuel, groupal), quelles matières (peinture, terre, films, livres, mots ...), quelles conditions (seul ou accompagné), quelle atmosphère (calme ou de

sollicitation) sont propices à recréer les conditions externes les plus favorables à la reviviscence et à la scénarisation des éléments traumatiques ». « Le dispositif doit ainsi toujours s'adapter au patient, et non le patient se plier au dispositif » (39).

« La contenance du soignant commence par sa capacité à remettre en mouvements ses propres conceptions, ce qui est une manière clinique de créer une enveloppe processuelle pour accompagner le patient à partir de là où il en est » (39).

#### **D. L'intériorisation de la capacité de contenance**

Dans le développement normal, l'enfant va intérioriser, introjecter la capacité de contenance de la mère.

Lorsque l'enfant expulse, projette quelque chose de menaçant sur sa mère et que celle-ci lui renvoie quelque chose d'apaisant, l'enfant va ré-introjecter quelque chose de positif. Par identification, l'enfant va s'approprier la capacité de contenance de sa mère.

A partir du moment où l'objet nourricier n'a pas de capacité de contenance (par exemple, s'il décrédibilise ou ignore la plainte de l'enfant ou s'il se laisse lui-même déstabiliser), il n'y a pas de possibilité pour l'enfant de ré-introjecter quelque chose de positif<sup>42</sup>.

Cette capacité de contenance se rejoue dans la psychothérapie, elle est de nouveau susceptible d'être intériorisée, introjectée. Quand les objets nourriciers n'ont

---

<sup>42</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

pas absorbé l'angoisse de l'enfant, il s'agit d'aider le patient à construire un monde interne plus rassurant.

Lorsque le patient expulse, projette quelque chose de menaçant sur le soignant, celui-ci doit être en capacité de lui renvoyer quelque chose d'apaisant afin que le patient puisse ré-introjecter quelque chose d'un peu plus calme. Par identification, le patient pourra alors s'approprier la capacité de contenance du soignant.

Or, l'angoisse des soignants fait qu'ils ne sont plus capables d'être contenant<sup>43</sup>.

## **E. Un objectif thérapeutique prioritaire**

Les échecs dans la prise en charge des patients peuvent être liés à la pathologie du patient, mais aussi et surtout à une capacité de contenance défailante des soignants<sup>44</sup>.

Pour P. Jeammet, l'« attitude » des « bien-portants et, en particulier » des « soignants », « à l'égard des personnes malades dépend » « des attitudes » que la maladie « engendre chez » ceux qui en sont atteints ainsi que de la « compréhension de la maladie » par les soignants (15).

---

<sup>43</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

<sup>44</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

En effet, l'incompréhension de la maladie risque de confronter le soignant à un sentiment d'impuissance qui peut menacer son homéostasie psychique de débordement et, de ce fait, l'amener à réagir de façon très dure envers le patient. De plus, la « peur » des soignants renforce en général la peur « du patient », et donc son « attitude raide, voire agressive » lui servant de protection.

Tandis que si le soignant « voit dans la maladie psychiatrique » l'expression d'une réponse non choisie à une contrainte émotionnelle subie, s'il voit « l'ultime bouclier d'un sujet qui se sent menacé d'effondrement », s'il comprend que « derrière la fureur du « monstre » se cache la honte du petit enfant perdu et abandonné », il sera susceptible d'agir différemment (15,16).

D'un côté, l'hospitalisation favorise la régression. D'un autre côté, le patient va mettre en jeu le statut narcissique du soignant, sa capacité à supporter l'angoisse et son niveau d'agressivité, donc l'interroger dans son fonctionnement mental, ses failles, ses dysfonctionnements.

Ainsi, le contact soignant peut majorer l'instabilité affective, relationnelle et comportementale du patient, qui risque en retour d'être évacuée, projetée sur le soignant. L'instabilité du patient risque donc de provoquer une instabilité en miroir chez le soignant. Et le soignant risquera à son tour de renvoyer son instabilité au patient... Il s'agit d'un véritable cercle vicieux.

La première erreur est donc pour le soignant de ne pas percevoir, voire de rationaliser, l'instabilité du patient qui lui est communiquée. Si le soignant veut arrêter le cercle vicieux, il faut qu'il puisse s'en rendre compte.

Le premier objectif de la prise en charge est donc la stabilisation du vécu du patient qui passe par la stabilisation de l'équipe soignante, et donc par ses capacités

de contenance. Cette stabilisation est toujours à reconquérir mais est de plus en plus pérenne au fur et à mesure de l'alliance thérapeutique<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

## **.II. Concepts théoriques**

### **A. WR. Bion et le concept de « capacité de rêverie »**

#### **1. Définition de la « capacité de rêverie » ou « fonction alpha »**

WR. Bion a défini le concept d'« appareil à penser les pensées », qu'il appelle aussi « capacité de rêverie » ou « fonction alpha » (3,23,37,40–43).

« C'est à partir de l'identification projective élaborée par M. Klein que W.R. Bion forge » « les concepts de contenant, contenu, fonction alpha, élément alpha et élément bêta. Il se sert du modèle suivant » :

« Le nourrisson projette dans le bon sein une partie de sa psyché » (42), notamment ses « données sensorielles et émotionnelles » vécues comme mauvaises (sensations désagréables, peurs archaïques... : vécus « bruts »), ce que Bion appelle « les éléments bêta » (3). Les éléments bêta « sont un contenu reçu par le sein (la mère ou tout ce qui en tient lieu, les soignants par exemple) qui fait, en les accueillant, office de contenant » (42). La mère propose alors son « appareil à penser les pensées », sa « capacité de rêverie », sa « fonction alpha » afin de « transformer » les « éléments bêta » insupportables et « non pensables » « en éléments alpha » rendus « tolérables » pour « la psyché du nourrisson » et « disponibles pour la pensée ». (37,42). Les éléments alpha sont « ensuite retirés et réintrojectés par l'enfant ». Bion précise que lorsque l'introjection a lieu, « l'enfant réintrojecte non seulement » ses projections détoxiquées, « mais aussi la mère en

tant que contenant » (42). Ainsi, « l'objet contenant » est « intériorisé avec ses qualités », notamment « ses capacités de fonction alpha » (23).

De même, « il s'agit pour le soignant d'être le dépositaire des angoisses » et des « projections du patient ». Mais « ce contenant psychique ne reste pas passif » : le soignant doit proposer son appareil à penser les pensées, sa capacité de rêverie, sa fonction alpha afin de « transformer activement (travail d'élaboration) » les « éléments (bêta) psychiques » insensés projetés « en éléments (alpha) sensés, structurés, représentables qui seront » ensuite réintrojetés par le patient. En lui permettant « de se réappropriier ces parcelles de lui-même sous une forme » « supportable » « qu'il n'est » alors « plus contraint d'expulser », ce processus aide le sujet à se construire « un monde interne moins inquiétant » et ainsi à « se constituer une pensée » (43).

## **2. Conséquences pathologiques**

Pour WR. Bion, la force destructrice primaire d'une part existe chez tout nourrisson à des degrés divers (« équipement génétique »), d'autre part le développement même de cette force est directement lié à celui des premières relations objectales avec une mère plus ou moins capable de contenir et de modifier les émotions violentes projetées sur elle par le nourrisson (facteur environnemental) (3,23).

Ainsi, « la psychose » « s'origine dans la rencontre » d'« une destructivité excessive du nourrisson » avec « la faillite de l'environnement contenant » « dans un alliage aux proportions variables ». En effet, en cas de « défaillance de la fonction

alpha », « tout se passe comme si les impressions sensorielles et les émotions projetées par le bébé dans le contenant maternel » étaient réintrojectées sous forme inchangée. Les « éléments bêta » bruts non détoxiqués par la fonction alpha « sont à l'origine d'une véritable intoxication psychique de l'enfant » qui reste « envahi de contenus » « destructifs » (23).

### 3. « Une voix dans la nuit »

« La nuit tombant, un nourrisson, en proie à des angoisses de dévoration, pleure, il projette sa peur sur sa mère. Celle-ci, suffisamment bonne, accueille ses pleurs, ses angoisses, ce contenu » (éléments bêta). « Elle les contient mais ne se contente pas de cela. Elle les transforme et les redonne à son bébé sous la forme d'une berceuse ou » d'un « conte » (éléments alpha). « Digérées, transformées par la mère, mises en forme avec le support d'une présence », les « angoisses » du bébé « deviennent acceptables pour lui », c'est-à-dire qu'elles « ne le détruisent pas ». L'enfant intègre alors « sa mère en tant que contenant ».

En revanche, « une mère qui se bornerait à laisser son bébé pleurer en se disant que ça lui passera et qu'il est protégé d'une chute par son lit à barreaux ne sera pas contenante ».

Mais « la mère ne peut accueillir les contenus » de son enfant et « les retraiter », c'est-à-dire « être contenante », que si elle est « disponible psychiquement pour le faire ». « Qu'elle s'inquiète de ce que son mari pensera des pleurs de son enfant quand il rentrera, qu'elle soit convaincue par sa belle-mère ou sa propre mère qu'elle est incapable de s'occuper d'un enfant, que les pleurs de l'enfant suscitent en elle

l'angoisse de ne pas être une mère parfaite, qu'elle applique à la lettre un protocole lu dans un livre de puériculture disant qu'un nourrisson doit être couché à 21 heures et avoir son dernier biberon 30 minutes avant, et elle sera dans l'impossibilité de contenir l'angoisse de son bébé. Elle continuera même à l'entretenir de telle sorte qu'il ne cessera de pleurer et que rien ne pourra le consoler. Elle finira à bout de nerfs après avoir eu une scène avec son mari qui ne la trouve pas assez ferme ou qui la trouve trop dure pour avoir abandonné son bébé à ses angoisses et ses pleurs. Évidemment, pendant qu'elle est submergée par ce nourrisson inconsolable, elle ne peut pas s'occuper de ses deux autres enfants, qui pourront eux-mêmes se sentir abandonnés au profit de leur tout jeune frère, ce qui risquera de susciter quelques réactions en retour. Le père lui-même, qui aimerait bien pouvoir remplir son rôle d'amant et câliner son épouse pourra être oublié, ce qui risque de créer des conflits dans un couple qui n'ose plus sortir le soir à cause des angoisses nocturnes de tous » (42).

« Une équipe de soin fonctionne sur un mode similaire. Le patient vient fracasser ses angoisses contre elle ». Les soignants ne peuvent « accueillir » ces angoisses et « les retraiter », c'est-à-dire être contenant, que s'ils sont eux-mêmes disponibles psychiquement pour le faire. Pour cela, il faut qu'ils soient eux-mêmes contenus (42).

## **B. DW. Winnicott et le concept de « holding »**

### **1. L'importance du rôle de l'environnement**

DW. Winnicott s'intéresse au « travail en jeu au cours des premiers stades du développement affectif du nourrisson, travail qui ne peut être mené à bien par celui-ci que si l'environnement est suffisamment bon ». Il s'intéresse « aux soins et aux apports du milieu, à l'état de dépendance des nourrissons et à la maturation progressive de l'environnement qui doit avoir une continuité analogue à celle du développement intérieur de l'enfant » (24). Pour lui, « les facteurs constitutionnels » se révèlent « plus facilement dans des conditions normales », c'est-à-dire « lorsque l'environnement s'est adapté dès les premiers instants » (24).

Pour DW. Winnicott, il existe « une continuité dans le développement de l'individu ». « La santé mentale n'existe que si un développement antérieur a permis son édification ». Ainsi, la santé mentale de l'adulte « s'édifie à tous les stades de la petite enfance et de l'enfance ».

Selon DW. Winnicott, « c'est la mère qui établit la santé mentale de l'enfant pendant la période où elle se préoccupe des soins à donner à son nourrisson ». Pour lui, la santé mentale est « le résultat des soins ininterrompus qui permettent une continuité du développement affectif personnel » (24).

Le « holding » maternel désigne « la façon dont l'enfant est porté » par sa mère. « Le « holding » joue essentiellement une fonction de protection contre toutes les expériences souvent angoissantes qui sont ressenties dès la naissance, qu'elles

soient de nature physiologique, sensorielle, ou qu'elles concernent le vécu psychique du corps (angoisse de morcellement, absence d'orientation, etc.) » (3).

Le « handling » maternel désigne la manière dont l'enfant est « traité, manipulé, soigné » par sa mère. Le « handling » comprend « toute la routine des soins quotidiens qui nécessitent une adaptation progressive dans la façon dont ils sont dispensés au fur et à mesure que l'enfant grandit » (3).

La « préoccupation maternelle primaire » désigne la capacité d'« identification de la mère au nourrisson », c'est-à-dire sa « capacité très particulière d'empathie pour savoir ce dont son nourrisson a besoin » (3). Cette capacité crée les conditions « d'un environnement adapté et suffisamment bon » (43).

En effet, DW. Winnicott définit la « préoccupation maternelle primaire » comme la capacité qu'a la mère normale « d'atteindre un stade d'hypersensibilité » qui « existe vraiment » lorsqu'elle « touche au terme de sa grossesse, et au cours des semaines qui suivent la naissance du bébé ». Il emploie le terme de « dévotion » pour décrire cette capacité de la mère à se mettre à la place de son bébé et de « s'adapter activement », « avec délicatesse et sensibilité », à ses besoins, « des besoins qui, au début, sont absolus ». De façon temporairement normale, la mère est uniquement préoccupée par son enfant, « à l'exclusion de tout autre intérêt » (24).

Pour DW. Winnicott, la « préoccupation maternelle primaire » « fournit à l'enfant des conditions dans lesquelles » ses propres « tendances à l'évolution pourront se développer ». « Si la mère fournit une assez bonne adaptation au besoin », le développement de l'enfant n'est que très peu perturbé « par les réactions aux immixtions de l'environnement ». La « préoccupation maternelle primaire » a donc une fonction de pare-excitation. En revanche, « les carences maternelles provoquent

» des « réactions aux heurts » de l'environnement qui « interrompent le « continuum » de l'enfant » et, si elles sont excessives, représentent une « menace d'annihilation » pour le Moi.

Ainsi, pour DW. Winnicott, « l'établissement du Moi doit reposer sur « un sentiment continu d'exister » suffisant, non interrompu par des réactions aux immixtions » extérieures, et « pour que ce « sentiment continu d'exister » soit suffisant au début, il faut que la mère se trouve dans cet état » de « préoccupation maternelle primaire » (24).

Au tout début de la vie, des soins maternels suffisamment bons sont donc une nécessité absolue. Des distorsions environnementales « peuvent bloquer » « le développement psycho-affectif » à l'origine du mal-être psychotique. « L'instauration d'un environnement facilitant » peut aussi permettre « une reprise évolutive » et ainsi constituer « une expérience maturante » (43).

En effet, DW. Winnicott explique qu'« aux stades primitifs du développement de l'être humain, le milieu » environnemental, « s'il se comporte suffisamment bien », c'est-à-dire que « son adaptation active est suffisante », « rend possible le progrès personnel ». En revanche, « si le milieu ne se comporte pas suffisamment bien », c'est-à-dire que son adaptation est défailante, qu'il y a « une carence de l'environnement », il se produit « un gel de la situation de carence » : le développement affectif se fige, il ne peut plus grandir. Selon DW. Winnicott, c'est ce qui se passe dans la psychose.

Pour lui, ce gel est « normal et sain » car s'accompagne de « l'espoir » qu'« il se présentera ultérieurement » un environnement dont l'adaptation sera « convenable », bien que « retardée », qui corrigera et dégèlera la situation de « carence primitive » et permettra alors « un développement affectif nouveau ». Pour

cela, l'individu doit pouvoir régresser « dans un milieu qui fait l'adaptation nécessaire ». « La régression signifie simplement l'inverse de progrès », elle est « un retour organisé à une dépendance primitive », à partir de laquelle « il est possible de progresser à nouveau ». La régression fait donc « partie d'un processus de guérison ».

Ainsi, le soignant doit pouvoir offrir « activement » au malade « un bon maternage » (24).

## 2. Contenance et « holding »

La capacité de contenance, « transmise par la mère au bébé, principalement, par le holding et le handling » qui le complète, « permet à celui-ci, d'une part, de ressentir et d'intégrer les limites externes de son corps, d'autre part, de se percevoir en tant qu'unité, et donc de structurer et élaborer son Moi » (44).

« L'expérience la plus précoce est » « celle d'être tenu dans les bras de sa mère ». L'enfant doit être « tenu de manière à se sentir » « contenu et en sécurité ». « Cette expérience est réalisée positivement grâce à l'état d'esprit de la mère », en particulier grâce à « sa préoccupation maternelle primaire ». Le holding maternel est donc avant tout « une attitude mentale faite d'empathie » (43), c'est la capacité de la mère à porter « son enfant à la fois » « corporellement » et surtout « psychologiquement » (45).

« Cette expérience primaire trouve une extension dans les soins ». « Le holding thérapeutique correspond à l'expérience » pour le patient « de la certitude d'être tenu », « de façon à se sentir contenu et en sécurité », par un « environnement » «

suffisamment solide pour qu'un processus thérapeutique, une expérience maturante puisse s'engager ». « Le holding » thérapeutique « est avant tout une attitude mentale faite d'empathie » (43), c'est la capacité du soignant à porter le patient à la fois corporellement et surtout psychiquement.

### 3. Les approches corporelles

En psychiatrie, certaines pathologies confrontent les soignants à de graves « problèmes d'intégration » (comme dans le cas des « problématiques archaïques » et des « troubles graves de la personnalité ») ou à des moments de « désintégration psychique » (comme dans le cas des décompensations psychotiques) qui « semblent faire écho aux expériences infantiles précoces ». « La désintégration psychique peut être vue comme une pathologie du contenant » car « les limites du dedans et du dehors sont rompues », « plus rien n'est contenu » (43).

« En cas de décompensation aiguë », le « besoin » d'être tenu de façon à se sentir contenu et en sécurité « est très intense », « le holding » devient alors « le premier » « objet du soin ». Les soins corporels (notamment « les packs » ou « enveloppements humides thérapeutiques »), peuvent « apporter, par une expérience corporelle intense et positive, un holding recherché et bienvenu » qui va rassembler « l'éclatement psychotique » et ainsi « diminuer la souffrance psychique aiguë » (43).

### **C. D. Anzieu et le concept de « Moi-peau »**

D. Anzieu a conceptualisé l'idée de « Moi-peau ».

Pour D. Anzieu, « L'instauration du Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base ». Par Moi-peau, il désigne « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (38).

D. Anzieu reprend le concept freudien selon lequel « toute activité psychique s'étaye sur une fonction organique ». Ainsi, « le Moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau » :

- De même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau assure « une fonction contenant » (aspect « passif »): le Moi-peau est une « interface » (comme un « sac ») qui enveloppe le psychique, « qui marque la limite » entre le dedans (l'univers psychique) et « le dehors » (le monde extérieur) et qui « retient à l'intérieur le bon et le plein » des soins maternels. Cette fonction se développe par l' « intériorisation du holding » et du handling maternels.

- De même que la peau « protège » contre « la pénétration par » « les agressions » et l'excès de stimuli du monde extérieur, le Moi-peau assure « une fonction de pare-excitation » : le Moi-peau est une « barrière » qui protège le psychisme (comme un « écran ») contre l'effraction par les stimuli pulsionnels (fonction à l'origine des « mécanismes de défense psychiques ») et « filtre les

échanges » (comme un « tamis ») « avec le Ça, le Surmoi et le monde extérieur » (38).

#### **D. La transmission de l'attachement et le concept de « mentalisation »**

« La transmission intergénérationnelle de l'attachement suppose un processus selon lequel le parent agirait avec son enfant en conformité avec les traitements reçus durant son enfance, lui transmettant ainsi son type d'attachement ».

« Les mécanismes de transmission seraient plus opérants avec la figure d'attachement principale, c'est-à-dire avec celle qui s'occupe le plus assidûment de l'enfant, généralement la mère », mais ce peut être aussi « le père ou un parent adoptif » (14).

##### **1. La sensibilité maternelle**

« La sensibilité maternelle » « a longtemps été considérée comme le véhicule de la transmission intergénérationnelle de l'attachement ».

« Selon cette conception, la mère sécurisante percevrait les signaux d'attachement de son enfant avec plus d'acuité, et serait en conséquence apte à y répondre rapidement et adéquatement. Ainsi, ces enfants verraient en leur mère un havre de sécurité invariablement disponible pour eux en cas de détresse ».

« Les parents insécurisants auraient tendance, pour leur part, à rejeter, à être débordés et, au final, à faillir dans leur rôle de régulation du besoin de sécurité de leur enfant ».

Ainsi, au départ, on pensait que l'attachement de la mère « se transmettait à son enfant par le biais de ses comportements ». Mais cette « explication » ne s'est pas avéré « entièrement satisfaisante ». « La conceptualisation originale de la sensibilité maternelle » a donc été revisitée pour être entrevue « en termes de lecture des états mentaux de son enfant, et non plus simplement en termes de manifestations comportementales » (14).

## **2. Le concept de « mentalisation »**

La « mentalisation » est définie comme « la capacité » à « percevoir », « comprendre » et « interpréter » « son propre comportement et celui de l'autre » « en l'imaginant comme conjoint à des états mentaux intentionnels », « dans le but de se faire une idée réaliste des raisons qui » nous « poussent à agir, à penser et à ressentir comme » nous le faisons.

« La mentalisation intègre cognition et émotion », elle est la capacité de « penser les émotions et de ressentir les pensées ». En comparaison :

- « La notion d'« insight » en psychanalyse » est un « processus cognitif de compréhension », tandis que « la mentalisation » est « un processus » à la fois cognitif et « émotionnel » qui permet de « contenir, réguler et expérimenter pleinement les émotions ». La mentalisation correspond à la volonté de s'engager

émotionnellement, de donner du sens aux sentiments et à l'expérience interne, sans être submergé.

- « L'empathie porte sur les états mentaux de l'autre, tandis que la mentalisation porte aussi bien sur les siens que ceux de l'autre » (14).

La « fonction réflexive » ou conscience réflexive « est le reflet dans le discours des capacités de mentalisation de l'individu ». La fonction réflexive « renvoie à la capacité qui permet aux individus d'avoir accès avec souplesse et cohérence à leurs propres émotions et à leurs expériences d'attachement pendant l'enfance ».

La fonction réflexive parentale est la capacité du parent « à réfléchir à sa propre expérience interne en tant que parent ainsi qu'à celle de l'enfant » afin « d'inférer correctement les états mentaux qui gouvernent les comportements » de son enfant. En effet, le parent doit pouvoir faire retour sur son propre vécu émotionnel pour pouvoir interpréter celui de son enfant, car il ne peut contenir l'affect de son enfant seulement s'il peut l'imaginer pour lui-même, et ne peut communiquer une réalité à son enfant seulement s'il en a lui-même une représentation. Cela implique aussi que le parent soit capable « de voir les choses du point de vue de l'enfant », de « le voir comme étant une personne séparée » et de le traiter comme un sujet « ayant une vie mentale autonome », c'est-à-dire « ayant des sentiments, des désirs et des intentions » qui lui sont propres (14).

**a) Impact de la conscience réflexive du parent sur le développement de l'attachement de l'enfant :**

« La conscience réflexive » parentale aurait un « effet médiateur » entre l'« attachement du parent » et l'« attachement de l'enfant ».

« Les mères » « sécures » auraient « une conscience réflexive » « plus élevée dans leur relation d'attachement avec » leur enfant « comparativement aux mères » insécures.

« Dans la relation d'attachement parent-enfant, la conscience réflexive de la mère renvoie à sa capacité de garder son bébé à l'esprit et de donner du sens à ses états internes, ses émotions, ses pensées et ses intentions ainsi qu'aux siens propres ».

D'une « haute conscience réflexive de la mère » dépendrait « la sécurité de l'attachement de l'enfant ». En effet, en lui permettant de « bien comprendre les intentions et les émotions sous-jacentes aux comportements de son enfant, en particulier sa tendance à chercher de la proximité et du réconfort en cas de détresse », la conscience réflexive élevée de la mère aurait « un rôle particulièrement important sur les comportements maternels qui servent à réguler la peur et la détresse du bébé sans l'effrayer ou le troubler ». La conscience réflexive élevée maternelle favoriserait ainsi le vécu d'« expériences physiques et psychologiques propices à la sécurité », et donc le « développement d'un attachement sécure » de l'enfant.

« Le lien entre la conscience réflexive du père et la sécurité de l'enfant est aussi significatif, mais moins fortement, comparativement à la mère » (sauf si celui-ci est la figure d'attachement principale) (14).

« Ainsi, le parent qui a une conscience réflexive élevée est plus susceptible de fournir des soins sécurisants à son enfant ». En effet, ce parent est « capable de relier la conscience qu'il a des états mentaux de l'enfant, ou des siens, à des comportements ou à d'autres états mentaux ». Par exemple : « Il a fait une crise dans le magasin parce qu'il était fatigué, car je l'avais traîné partout toute la journée et qu'il en avait assez ». Le parent peut alors « utiliser la compréhension que sa capacité réflexive lui donne pour adapter plus sensiblement son comportement de soins aux besoins de l'enfant ». Puisqu'il percevrait avec plus d'acuité et « décoderait bien » les « signaux » d'attachement de son enfant, le parent « serait plus en mesure de lui » apporter « une réponse » rapide, adéquate et « appropriée ».

Inversement, le parent qui a une conscience réflexive basse est plus susceptible d'être insécurisant. En effet, ce parent semble être incapable de « reconnaître l'existence d'états mentaux propres chez son enfant ». Il ne peut ni « entrer dans l'expérience de » son enfant pour « le comprendre », ni « se guider à partir de » sa « propre expérience interne » (14).

**b) Impact de la conscience réflexive du parent sur le développement de la conscience réflexive de l'enfant :**

« L'enfant ne naît pas avec la capacité de reconnaître les états mentaux » « comme des états ayant un sens pour lui ».

« Au cœur du caregiving sensible », la mère porte attention « à chaque instant aux changements survenant chez son enfant auxquels elle attribue des états

mentaux », puis elle « les lui représente », d'abord par « les gestes et les actes », puis par « les paroles et le jeu ».

« Le mirroring est défini » « comme la capacité de la mère à produire une version exagérée des expressions émotionnelles réalistes (positives et négatives) grâce à laquelle l'état mental de l'enfant lui est reflété (« re-présentation »). Ainsi, grâce à « l'« affect mirroring » (la réflexion contingente des affects) », l'enfant découvre et « commence à reconnaître » « sa propre expérience interne, via la représentation que lui en donne sa mère » (14).

« Dans la relation d'attachement sécurisante » entre la mère et son bébé, la mère donnerait du sens aux comportements de son enfant en termes d'états mentaux, et lui fournirait ainsi « des connaissances sur ses propres états internes ». De plus, l'enfant « pourrait explorer librement les états mentaux de sa mère, et ainsi apprendre sur les états mentaux d'autrui ». Autrement dit, l'enfant accéderait « progressivement à une compréhension de ses propres états mentaux » et de ceux d'autrui, ce qui l'aiderait « à mieux réguler ses émotions et à interagir efficacement avec les autres ».

Ainsi, une « relation sécurisante vécue par l'enfant serait une condition favorable au développement » de ses propres capacités de mentalisation et donc « de sa conscience réflexive. Gratifié de cette bonne conscience réflexive, l'individu aurait à terme une bonne capacité de développer des relations sécurisantes avec les autres, notamment avec ses propres enfants » (14).

**c) Déficit de la fonction réflexive parentale et troubles psychopathologiques :**

« L'absence de capacité parentale à contenir l'expérience de l'enfant » risque d'entraîner chez celui-ci « un échec à développer une capacité rudimentaire à entrer pleinement dans sa propre expérience subjective et dans celle des autres, sans dépendre de mécanismes primitifs de défense », ce qui est donc favorable « au développement de différents troubles psychopathologiques » (14).

Des « défaillances dans l'« affect mirroring » parental » peuvent survenir « durant la petite enfance » :

- « Le mirroring » peut être « trop proche de l'affect de l'enfant ».

« Par exemple, si la mère répond à la peur de son enfant par sa propre peur, sa représentation n'est pas symbolique, cela augmente la peur de l'enfant au lieu de la contenir et perturbe les frontières entre l'expérience de l'un et celle de l'autre ».

- « La réflexion » des affects peut être non « contingente », ce qui entraîne « une déformation des émotions de l'enfant ».

Les parents peuvent anéantir « l'expérience subjective de leur bébé » par « leurs propres sentiments de rage, de haine ou de peur. L'état mental de l'enfant n'est pas perçu en soi », mais « devient le lieu des projections et » des « distorsions parentales ». Par exemple, si la mère ignore « les pleurs de son bébé qui demande à être pris dans les bras », « parce qu'elle y voit une manipulation, l'enfant » va qualifier « son état émotionnel » « de façon inappropriée ». Le bébé est alors « forcé d'internaliser les représentations » effrayantes « de l'autre comme faisant partie de soi ». La « représentation de son affect » est déconnectée « de l'expérience vécue », elle ne correspond « pas à son vrai self », ce qui va donc « créer un sentiment de

vide. C'est le faux self de Winnicott : une adaptation aux affects de l'autre qui laisse le self vide et irréal ». « L'adaptation de l'enfant va » alors « correspondre à une forme primitive d'identification à l'agresseur ». Cette adaptation est pathologique mais nécessaire « à la survie émotionnelle de l'enfant », car elle permet de maintenir « la relation vitale avec le parent ».

- Des défaillances du mirroring parental peuvent également survenir « lorsque l'enfant est plus âgé, c'est-à-dire lorsque ceux sont les dialogues et le jeu avec le parent qui deviennent déterminants dans l'établissement et l'élaboration du vécu interne de l'enfant ». « La mère peut envahir » ou « mal interpréter » « le jeu, de telle sorte que cela » peut perturber « l'imagination et le « faire semblant » » de l'enfant, entraver « la rêverie et être ressentie comme une annihilation de l'intentionnalité » (14).

« L'enfant doit pouvoir faire l'expérience que les pensées du parent sont sans danger et connaissables, et que dans l'esprit du parent, la contemplation de l'esprit de l'autre est une clef de l'intimité et de la connexion » réciproque « plutôt que de l'effroi ». Or, « les affects qui sont mal interprétés, ou déformés, par la mère demeurent terrifiants et non représentables » pour l'enfant. « Partager » ses émotions et « ses pensées avec le parent », « au lieu d'être une opportunité de se découvrir et de contenir ses émotions », « devient dangereux ». L'enfant vit alors « son expérience interne comme étant inexistante ou méconnaissable », ses émotions de détresse sont synonyme de solitude et d'impuissance. « De tels sentiments d'aliénation et d'isolement psychique » viennent renforcer « un sentiment de vide » et entravent les possibilités de « développer des relations nourrissantes et épanouissantes avec les autres » (14).

### 3. Transmission et continuité de l'attachement :

« La transmission intergénérationnelle de l'attachement serait » « épigénétique », c'est-à-dire qu'elle résulterait d'« une interaction entre l'environnement et l'expression des gènes ».

Ainsi, c'est l'existence d'une vulnérabilité biogénétique de l'enfant au stress qui le rendrait sensible aux soins inadéquats de son « caregiver » et donc à risque de développer un attachement insécuré. Tandis que les enfants non porteurs d'une vulnérabilité biogénétique seraient protégés du risque de développement d'un attachement insécuré, en cas de parent prenant soin d'eux de façon inadaptée (14).

La sécurité de l'attachement de l'enfant dépend de la qualité du « caregiving » mais certains facteurs peuvent retentir sur ce « caregiving » :

- Le contexte familial :

« La dépression et l'anxiété post-natales », « les psychoses du post-partum », « les événements de vie négatifs » et les états de « stress » (« maladie chronique d'un parent ou de l'enfant », « décès d'un proche », « statut économique précaire », « chômage », « conflits conjugaux », « divorce parental », « absence d'alliance parentale » entre le père et la mère, etc....) « peuvent altérer la qualité du caregiving », et ce d'autant plus « durablement » qu'« ils se succèdent » ou se cumulent.

- Le tempérament de l'enfant :

Le tempérament est défini par le degré de « réactivité aux stimuli ». Un tempérament difficile de l'enfant a un effet potentialisant sur un caregiving inadéquat, ce qui augmenterait « le risque qu'un enfant élevé par un parent insécuré développe un attachement insécuré ». « En revanche, un bébé très compétent favorise le caregiving », ce qui minimiserait « le risque de transmission de l'insécurité » (14).

L'attachement garde une certaine « stabilité » tout au long de la vie. Les MIO participent « à l'élaboration de compétences qui » « vont contribuer au maintien des mêmes modalités relationnelles au fil du temps ». En effet, « la qualité de l'attachement précoce conditionne » « l'image que l'on a de soi-même », ainsi que « les intentions que l'on attribue à autrui ». « Ces MIO de soi et d'autrui » vont influencer « à leur tour la manière d'être de l'individu au sein de ses relations, qui elles-mêmes vont venir confirmer les MIO d'origine, et ainsi de suite ». Par exemple, les individus « sécures ont moins tendance à attribuer des intentions malveillantes à leurs pairs, ce qui les prédispose à de meilleures compétences sociales ». Ces tendances vont donc « engendrer des échanges plus favorables » qui, en retour, vont venir confirmer « leurs représentations positives des relations ».

Cependant, l'individu « continue d'intégrer de nouvelles informations, lesquelles peuvent aller à l'encontre des modèles initialement établis et modifier », « en conséquence », « sa manière d'être ». En effet, « la stabilité de l'attachement » dépend aussi de la continuité ou du « changement de la qualité du caregiving », lui-même fluctuant en fonction des « évènements de vie » positifs ou négatifs « qui touchent la famille », ainsi que des nouvelles rencontres que l'individu fait. Le passage d'un attachement sécure à insécure ou insécure à sécure reste donc toujours possible (14).

Ainsi, la transmission de l'attachement se rejoue dans la psychothérapie.

#### 4. Apport de la théorie de l'attachement au processus thérapeutique :

Selon J. Bowlby, « le traitement psychothérapeutique » doit être en capacité de contribuer à « l'établissement d'une base de sécurité ». Le développement de cette « base de sécurité » serait même « l'objectif initial et indispensable de toute psychothérapie » (46).

« Comme pour Winnicott et Bion, Bowlby considère que la relation entre le psychothérapeute et le patient ressemble à la relation d'une mère avec son enfant. Aux concepts de Holding, de Handling et de Containing, il ajoute des qualités propres à la théorie de l'attachement ».

Pour J. Bowlby, « la relation psychothérapeutique » est « une relation d'attachement ». En effet, pour lui, « le comportement de recherche de soins » dérive « du comportement d'attachement dans l'enfance » car « il correspond au besoin inné de recherche de l'aide ». De plus, « le contexte psychothérapeutique crée, de manière paradoxale, une situation d'attachement inéluctablement émaillée de séparations, d'inaccessibilité et de retrouvailles ».

Ainsi, le soignant « doit pouvoir répondre aux besoins d'attachement de son patient », « tout ce qui vient » de lui « doit favoriser l'attachement ». « On a confiance en lui ; il est disponible, fiable, et le fait de faire l'expérience de cette stabilité et de cette fiabilité est en soi thérapeutique ». « Il est également important que, même lorsque le traitement est terminé, le patient soit assuré que » le soignant reste « disponible en cas de besoin ». (46)

« La création d'une base de sécurité s'établit grâce au savoir-faire du » soignant. Celui-ci doit pouvoir être « un compagnon (au sens d'accompagner), qui

peut supporter des émotions intenses et douloureuses, et témoigner activement et constamment d'une empathie attentive ». « Cet accompagnement est actif, et le thérapeute manifeste activement sa présence, à chaque fois que nécessaire, en stimulant les capacités de réflexion et d'exploration, sur un fond continu d'attention et d'expression émotionnelle ».

En effet, la théorie de l'attachement place « le traitement des émotions » « comme thème central des psychothérapies ». Selon les théories de l'attachement, « l'infraverbal » joue un rôle très important, notamment « les manifestations émotionnelles d'incitation ». Ainsi, « l'expérience qu'acquiert le patient du comportement du thérapeute, et en particulier du ton de sa voix et de la façon dont il approche le patient » serait « au moins aussi important que ce qu'il dit » (46).

Ainsi pour J. Bowlby, « la psychothérapie est aussi un accompagnement (companionship) et un partenariat (au sens de partnership) ».

« Le concept d'alliance thérapeutique » renvoie à « des processus de « co-construction » et « d'être avec » entre le patient et » le soignant. « Les qualités de l'alliance thérapeutique créent une relation « de base » sincère, authentique et non distordue par les manifestations transférentielles et les conflits intrapsychiques du patient. Cette relation est aussi liée aux manifestations » « de sincérité et d'authenticité » du soignant (46).

Grâce à cette sécurité de base, le soignant pourra « alors accompagner son patient dans l'autoréflexion et l'exploration » de ses « expériences infantiles douloureuses ». En effet, le soignant, « tout en témoignant d'une réaction émotionnelle personnelle et d'une tolérance bienveillante et empathique aux mouvements émotionnels de son patient, différentes de celles des figures

d'attachement du sujet, invite son patient à analyser le ressenti de son expérience actuelle ».

Puisque « la relation psychothérapeutique » est « une relation d'attachement », elle va activer « les stratégies » primaires et adaptatives « de protection », « organisées sous forme de MIO », développées « par le sujet tout au long de sa vie pour à la fois satisfaire ses propres besoins de protection et s'adapter aux réponses interpersonnelles de ses figures d'attachement à l'expression de ses besoins » et de « ses affects négatifs ». Ainsi, dans la relation thérapeutique, le sujet se percevra lui-même et percevra le soignant au travers de ces MIO.

Il existe alors « deux sources de modification » possibles des MIO : « par les capacités réflexives du sujet lui-même et par les réactions des autres figures significatives rencontrées par le sujet. Ensuite, grâce à cette expérience correctrice », le patient pourra « se pencher de nouveau sur les expériences infantiles douloureuses et les reconsidérer à la lumière de sa nouvelle expérience » (46).

« La théorie de l'attachement insiste beaucoup sur l'influence du système d'attachement du thérapeute qui », via ses propres capacités de mentalisation, « peut faciliter ou gêner le processus thérapeutique » (46).

### **.III. La contenance institutionnelle**

#### **A. La notion de « constellation transférentielle »**

Selon J. Oury, le transfert psychotique est dit « dissocié » car le psychotique projette un transfert « scissionnel » sur l'équipe, c'est-à-dire qu'il projette un transfert positif sur certains soignants et un transfert négatif sur d'autres soignants (« des petits bouts de transfert »).

Une « constellation transférentielle » est définie par F. Tosquelles comme étant « l'ensemble des personnes en contact avec un patient présentant un « transfert dissocié » ». « Ensemble », en rassemblant les expériences contre-transférentielles de chacun lors de réunions, les personnes en contact avec le patient constituent sa capacité de contenance collective (47).

#### **B. Les apports de la psychothérapie institutionnelle**

##### **1. Principes généraux de la psychothérapie institutionnelle :**

La psychothérapie institutionnelle est ce « mouvement reconnu pour avoir sensibilisé les soignants du champ psychiatrique à la dimension éthique du soin » (48). Elle « est considérée par les historiens de la psychiatrie comme la méthode qui a permis de transformer la psychiatrie asilaire en « psychiatrie à visage humain » »,

c'est-à-dire en « une psychiatrie centrée sur le patient, lui rendant une fonction active dans son traitement, tenant compte des transferts multiples instaurés dans sa vie quotidienne et déployant dans la durée le dispositif de sa prise en charge, en articulation avec les partenaires de sa situation socio-familiale » (49).

La psychothérapie institutionnelle est née au milieu du XXème siècle, « pendant les années de guerre et d'après-guerre 39-45 » (47). En effet, « le choc de la Seconde Guerre Mondiale » a été « le révélateur des phénomènes de déshumanisation à l'œuvre dans les hôpitaux psychiatriques français » (48). Comme le rappelle P. Delion, la « naissance » de la psychothérapie institutionnelle « résulte » « d'une critique radicale de l'asile mortifère capable de laisser mourir 45000 malades mentaux de faim et d'abandon » (47).

En effet, « de retour des camps de prisonniers, et parfois des camps de concentration, psychiatres et infirmiers se rendent compte qu'il n'y a pas tant de différences entre ce qu'ils ont vécu d'expérience de claustration et ce que vivent les malades qu'ils sont censés soigner ». « Du fait même de l'inhumanité nazie et de la mise en acte de la solution finale, les fous sont réintroduits dans l'humain. S'il n'y a pas de non humain de l'humain, les fous et leur folie font pleinement partie de l'humanité. Il n'est donc plus question de les attacher, de les enfermer, de les aliéner dans des structures décrites comme concentrationnaires ». « Une redéfinition de la maladie mentale, une nouvelle théorie de la folie et du fou comme sujet va » alors « entraîner la fermeture des quartiers d'agités et la suppression progressive des contentions. Ce mouvement va s'étendre et sera antérieure à la découverte des neuroleptiques qui permettra de ranger définitivement les sangles, les attaches et les camisoles. La contention va disparaître des pratiques des Centre Hospitaliers

Spécialisés à tel point qu'il n'existera même plus de matériel adéquat. La pratique » de la contention ne réapparaîtra « qu'à partir des années 1995-2000 » (42).

Ainsi, la psychiatrie institutionnelle « est issue de la reconnaissance de l'effet pathogène des établissements psychiatriques, qui avait conduit à l'écrasement de l'existence du malade, et de la reconnaissance de la singularité de la personne et de la singularité de la souffrance psychique ». « La psychothérapie institutionnelle » serait donc « née dans le même temps que l'éthique médicale moderne, dans une société ambiante soucieuse de dignité humaine et de démocratie » (48).

La psychothérapie institutionnelle s'intéresse en particulier « aux pathologies psychiatriques les plus graves », non accessibles à « la cure-type » : à la psychose, à la schizophrénie et à l'autisme (47,49).

Issue des acquis de la psychanalyse, elle « prend aussi en compte l'environnement du sujet et donc les deux aspects de l'aliénation de la maladie, social et psychopathologique » (44).

En effet, l'un de ses fondateurs, François Tosquelles fait le constat d'une double aliénation : l'« aliénation psychopathologique » et l'« aliénation sociale », car « la maladie mentale est souvent associée avec un rejet de la société ». On ne peut pas soigner l'une sans l'autre, elles sont inséparables mais ne se mélangent pas. Ainsi, afin de prendre en compte ces deux aliénations, la psychothérapie institutionnelle doit s'appuyer, comme le dit P. Delion, « sur deux jambes pour marcher » : sur « la jambe psychanalytique » (sur l'œuvre de Sigmund Freud) et sur « la jambe politique » (sur l'œuvre de Karl Marx). La psychopathologie doit donc s'entourer de réflexions socio-anthropologiques et politiques (47,49).

F. Tosquelles insistait aussi sur la distinction fondamentale entre « l'institution de l'établissement ». Selon ses conceptions, l'établissement est défini comme « ce qui est créé par l'État pour répondre à des missions concernant les grands problèmes que se pose toute société humaine ». « Mais cela ne préjuge en rien de la manière dont ces « organismes » seront amenés à remplir leur mission ». Ainsi, l'institution est définie par « la manière dont l'équipe de professionnels « habite » les établissements en s'adaptant aux conditions contextuelles auxquelles elle est soumise pour ce faire » (47).

Selon J. Oury, « Pour soigner les malades mentaux, il faut soigner l'hôpital ». Il s'agit de soigner ce qui entoure le malade (la structure, la hiérarchie...), lutter contre le cloisonnement de l'hôpital et modifier les conditions de l'ambiance<sup>46</sup>.

Pour cela, il faudrait :

- Effectuer un partage des responsabilités entre les différents intervenants auprès du patient. Il s'agit donc de distinguer le statut, du rôle, de la fonction : « le statut est ce pour quoi on est embauché ; souvent on ne sait pas tout de suite le rôle qu'on l'on a ; la fonction est partagée et partageable (fonction d'accueil, fonction soignante ou thérapeutique...) »<sup>47</sup>.

- « Profiter des structures institutionnelles existantes afin » que « l'hôpital, d'abord lieu d'enfermement et éventuellement de soins », puisse « véritablement devenir » un « lieu thérapeutique » (44).

Dans cette perspective, il s'agit d'utiliser « l'institution » « dans son aspect instituant, c'est-à-dire favorisant une dynamique des échanges par la participation active du patient à différents lieux de rencontre, et ainsi à son propre soin » (48).

---

<sup>46</sup> Oury J. DU psychothérapie institutionnelle. 2014

<sup>47</sup> Oury J. DU psychothérapie institutionnelle. 2014

P. Delion insiste sur l'importance des « clubs thérapeutiques » ou « autres créations institutionnelles propices aux échanges intersubjectifs (journal, ateliers divers, activités culturelles...) » qui favorisent la participation et la responsabilisation du patient (49). En effet, la mise en place des objets institutionnels permet de faire des médiations dans les relations afin d'instaurer des « rapports complémentaires », c'est-à-dire « non statutaires » (50). Ainsi, le club thérapeutique est un outil paritaire qui va permettre de soigner l'hôpital, le dispositif de soin : le soignant et le patient vont cogérer la vie quotidienne grâce à un partenariat soignant / patient. Il s'agit de donner aux patients des postes centraux (servir au bar, standardiste, taxi pour l'hôpital...) afin de leur redonner une existence sociale (par exemple : « Je suis barman »). Pour J. Oury, la fonction soignante passe par le fait de se dire : « les patients sont autant, voire plus capables que nous »<sup>48</sup>. Cet état d'esprit là doit infiltrer tous nos soins mais, bien sûr, dans les situations de décompensation, les solutions proposées doivent être autres. En cas de décompensation, il faut d'abord stabiliser le patient, notamment à l'aide de la chimiothérapie.

D'autre part, il ne faut pas laisser l'inertie s'installer ou se pérenniser, mais mettre les patients « en mouvement », donc lutter contre la déambulation (aller n'importe où) en la transformant en circulation (aller d'un point A à un point B, A étant différent de B). Pour cela, il faut créer des espaces, des lieux différents et favoriser la liberté de circulation<sup>49</sup>.

En outre, les soignant doivent lutter contre une position « surmoïque » qui imposerait aux patients une thérapeutique ou une activité qu'ils ont eux-mêmes choisie, pour prendre en compte le désir des patients. Il faut faire attention au leurre où toute l'énergie soignante se déploie pour faire des projets pour les patients mais

---

<sup>48</sup> Oury J. DU psychothérapie institutionnelle. 2014

<sup>49</sup> Oury J. DU psychothérapie institutionnelle. 2014

sans eux<sup>50</sup>. En effet, ces projets sont issus de la projection du désir des soignants. Le risque est d'aboutir à un échec programmé car le projet ne correspondra pas vraiment à ce que souhaite le patient et/ou à ses capacités. Cet échec sera alors insupportable à vivre pour les soignants qui auront tellement investi pour lui... Le risque sera alors l'abandon du patient : « Il n'est pas fait pour nous » entendrons-nous... Le danger de ces projets réside donc dans le fait d'aboutir à une discontinuité là où la continuité est importante.

Enfin, l'hôpital doit être « le lieu d'un voyage thérapeutique ». J. Oury nous pose la question suivante : « Comment faire pour que l'hospitalisation en vaille la peine ? Pour qu'elle soit un événement dans la vie ? ». Il s'agit donc d'offrir aux malades mentaux un espace spécifique d'« accueil » sans se poser la question du type de relation que ces patients entretiennent avec la réalité. La fonction d'accueil doit être cultivée « de façon permanente » et à plusieurs (notion de « comité d'accueil »). Il s'agit d'accueillir l'autre collectivement, par des toutes petites choses, des « micro-événements », donc de « mettre des virgules ». J. Oury insiste sur l'importance des détails subtils (contact, gestes, regard...), d'être sensible et attentif à l'attitude du patient afin d'établir « la sympathie »<sup>51</sup>.

Il s'agit donc de créer un tissu institutionnel où peut se passer la rencontre. Une rencontre peut tout faire changer complètement.

Pour J. Oury, il s'agit de « programmer le hasard, l'aléatoire ». En effet, on ne peut pas tout prévoir, il peut apparaître des choses inattendues, mais on ne le saura que dans l'après-coup : « Tiens celui-là il va vraiment mal. Qu'est-ce que je peux

---

<sup>50</sup> Oury J. DU psychothérapie institutionnelle. 2014

<sup>51</sup> Oury J. DU psychothérapie institutionnelle. 2014

faire ? Si on essayait ça ? Tiens, comme il est transformé ! »<sup>52</sup>. Vouloir tout prévoir risque de nous enfermer, ce qui est mortifère.

Pour P. Delion, le soignant doit acquérir « la qualité » fondamentale « d'objet malléable » qui est la capacité de « pouvoir se déformer suffisamment pour accueillir l'insolite qui est souvent le lot des patients en psychiatrie, mais » sans « se détruire sous la poussée, même forte voire destructrice, de certains symptômes » (49).

« La relation intersubjective ou transfert est au premier plan. Cependant, en situation institutionnelle, le transfert ne s'adresse pas à un seul thérapeute mais à l'ensemble des soignants, à l'organisation sociale (système de décision, de pouvoir » : l'administration) « et même à l'organisation matérielle de l'institution (environnement physique, architecture). Tous ces éléments ont une influence sur l'évolution de la pathologie. Une analyse institutionnelle permanente est donc nécessaire », elle se fait « essentiellement en réunion d'équipe » (48).

Cependant, les « réunions » d'équipe ne doivent « pas » être « calquées sur le mode « managérial », mais » s'apparenter « à une triple fonction de décisions partagées, d'informations et d'échanges affectifs ». Elles doivent être le résultat travaillé d'un engagement ensemble et d'une tentative de compréhension commune.

Afin « que ces réunions soient facilitatrices de la circulation de la parole, la hiérarchie statutaire doit être doublée d'une hiérarchie subjectale ». « La hiérarchie statutaire » « organise le fonctionnement « officiel » des équipes dans un établissement ». La hiérarchie subjectale « rend possible la prise en compte du transfert », transfert « souvent dissocié ». En effet, « si les statuts de chacun des membres d'une équipe sont assortis de rôles prévus par les codes professionnels, les rencontres entre sujets humains peuvent se produire sur d'autres logiques,

---

<sup>52</sup> Oury J. DU psychothérapie institutionnelle. 2014

affectives, identificatoires, et autres, qui assignent aux soignants des fonctions plus en rapport avec leurs histoires subjectives qu'avec leur statut professionnel ». Il serait donc une erreur de croire que les soignants puissent être interchangeables.

Ainsi, la « hiérarchie statutaire » doit être « respectueuse des initiatives de chacun de ses membres et développer une transversalité favorable à l'émergence d'une hiérarchie subjectale ». Chacun peut « dès lors évoquer son vécu contre-transférentiel vis-à-vis de tel patient et la synthèse ou l'intégrale de ces vécus partagés, permet de dessiner une « constellation transférentielle » pour chaque patient ». Dans chaque « constellation transférentielle » « se jouent la réflexion psychopathologique, la compréhension progressive du sens des symptômes du patient, les discussions sur le dispositif créé à son intention, ses rapports avec le monde et avec les soignants, et l'évolution de sa maladie ». (47,49)

## **2. Principes généraux de la psychiatrie de secteur :**

La psychothérapie institutionnelle « a induit une créativité au sein du monde hospitalier, donnant naissance au secteur psychiatrique ouvert sur la cité » (48).

C'est la naissance de « la psychiatrie de secteur » où « l'hospitalisation n'est » désormais « plus la réponse univoque aux pathologies psychiatriques ».

« Chaque département est découpé en secteurs géo-démographiques, et une équipe de psychiatrie est chargée de la prévention et du soin de la population concernée de chaque secteur ». Cette équipe « suit le patient en fonction des aléas de sa clinique, tantôt en hospitalisation, tantôt dans la cité ». Le secteur comprend donc l'extra et l'intra-hospitalier.

Le but de la psychiatrie de secteur est d'assurer une « continuité des soins » « tout au long de » la « trajectoire morbide » du patient, qui rappelle le « sentiment continu d'exister » de Winnicott, en distinguant « le suivi au long cours dans la cité » « de la nécessité temporaire d'une hospitalisation en psychiatrie » (49).

« Chaque équipe de secteur était libre d'inventer les dispositifs correspondants aux nécessités et aux ressources de son territoire de référence pour mieux répondre à chaque situation rencontrée ». « Ce dispositif de secteur est soumis à des principes de fonctionnement inventés par la psychothérapie institutionnelle, puisqu'il est nécessaire de penser à plusieurs les situations individuelles », et donc « de se réunir, pour comprendre à la lumière de la psychopathologie les personnes malades à prendre en charge », « pour leur trouver des réponses pertinentes », « pour travailler les inévitables clivages institutionnels » « et pour se rapprocher des autres intervenants partenaires » afin de « prévoir avec eux l'accueil individuel et collectif de chaque patient concerné » (47).

## **C. Les instruments de la psychothérapie institutionnelle**

### **1. « La fonction phorique »**

Selon P. Delion, cette fonction consiste à « porter psychiquement » le patient « tout le temps nécessaire à sa prise d'autonomie éventuelle. Ce qui veut dire que si la dépendance doit rester un état permanent, il faudra envisager cette fonction sur le

temps d'une vie ». C'est tout particulièrement le cas pour les patients psychotiques (47,49).

## 2. « La fonction sémaphorique »

Selon P. Delion, cette fonction consiste à « se laisser imprégner par le transfert spécifique » du patient et « devenir, souvent à leur insu, les porteurs de sa souffrance psychique ». Les soignants mettent alors leur « appareil psychique à la disposition du patient, avec la particularité d'y laisser se développer des éléments de sa psychopathologie qui ne sont pas sans effets sur la psyché des soignants » (47,49,51).

## 3. « La fonction métaphorique »

Les réunions de « la constellation transférentielle » d'un patient sont l'occasion pour les soignants de « reprendre ensemble » les vécus contre-transférentiels de chacun vis-à-vis de ce patient afin de réaliser une synthèse de ces vécus, de faire « l'intégrale des transferts ». Selon P. Delion, cela peut aboutir à la transformation des éléments insensés grâce à « l'émergence » d'« un sens », d'« une compréhension » qui va en retour provoquer une amélioration de l'état clinique du patient (47,49).

## **.IV. Applications thérapeutiques**

« La question centrale n'est » « pas de savoir comment faire face à la souffrance, mais de savoir comment être face à celle-ci » (23).

Selon K. Ouldamar, la fonction contenante des soignants comprend 3 « leviers » thérapeutiques à utiliser plus ou moins simultanément<sup>53</sup> :

- 1) Clarifier le vécu psychique (en réponse au vécu psychique instable)
- 2) Instaurer un cadre et des limites (en réponse à l'instabilité expulsée dans la relation au corps)
- 3) Analyse du transfert et du contre-transfert (en réponse à l'instabilité expulsée dans la relation à l'autre).

### **A. La clarification du vécu psychique**

#### **1. Remettre en ordre le chaos intérieur**

Pour le soignant (le médecin ou l'infirmier), toute la difficulté consiste à être en mesure de manifester une réelle disponibilité et une réelle empathie malgré le transfert négatif du patient. Pour y parvenir, il faut que le soignant puisse se stabiliser lui-même. En effet, pour pouvoir assurer une capacité de contenance, il faut soi-

---

<sup>53</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

même être stable. Il faut donc éviter que l'instabilité du patient se transforme en instabilité du soignant.

Le soignant doit pouvoir mettre en place les conditions d'une pare-excitation physique. Il s'agit de prendre le temps, de s'isoler avec le patient dans un endroit calme et adapté (pas dans un couloir donc...). Le soignant doit être en mesure d'écouter le patient, lui montrer de l'intérêt, qu'il est là pour lui.

Il s'agit pour le soignant de prêter son appareil psychique au patient, d'essayer de repérer les affects et les émotions afin de les rattacher à leur représentation. En effet, un affect ou une émotion est lié à une représentation. Si l'affect est détaché de sa représentation, le sujet ressent l'affect mais il ne sait pas pourquoi.

Ainsi, à partir de « l'ici et maintenant », le soignant puise dans le vécu actuel, à partir de l'histoire la plus récente. L'anamnèse, la biographie du patient sera reconstruite sur plusieurs séances. Le soignant essaie alors d'établir des liens entre les affects et la pensée du patient. Pour cela, il faut qu'il laisse parler le patient, le relance en reprenant sa dernière idée et le fasse reformuler. En effet, c'est en faisant répéter le discours que le sujet parviendra à établir la liaison entre l'affect et sa représentation.

De plus, le soignant doit profiter des moments d'accalmie et de cohérence pour « confronter » le patient à ses clivages.

Le patient est attentif aux moindres détails. Le soignant ne doit pas être dans le rejet, ni dans la gratification et la séduction, mais simplement montrer au patient son envie de comprendre pourquoi il est là<sup>54</sup>.

---

<sup>54</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

La disponibilité physique et psychique nécessaire et indispensable à cette écoute suppose de donner du temps aux soignants qui ne doivent pas être parasités par les multiples tâches administratives. Les soignants sont en effet soumis à des injonctions administratives qui peuvent faire l'objet d'avertissements et de sanctions si elles ne sont pas réalisées. Il est incontestable que ces nouvelles obligations diminuent leur disponibilité auprès des patients...

## 2. Retrouver sa liberté

Pour P. Jeammet, les psychothérapies et les psychotropes sont « des outils de liberté ». En effet, la psychothérapie, en permettant au sujet de « comprendre les raisons de ce qui l'affecte », et les « psychotropes », en permettant de baisser et de réguler les niveaux émotionnels, aident le sujet à mettre ses émotions à distance, donc à écarter la contrainte émotionnelle et ainsi à retrouver une liberté de choix sur la façon « de prendre soin de lui » (15,16).

## 3. Restaurer le narcissisme

Pour P. Jeammet, ce qui « restaure » « le narcissisme » c'est « le retour de la confiance qui s'appuie essentiellement sur la fiabilité des liens, sur les sources de valorisation par l'acquisition de compétences et surtout la perception de sa valeur aux yeux d'un autre » (16,17).

Le sujet « se construit en miroir » : « c'est le retour de la » confiance « en un autre qui redonne » confiance « en soi ». « C'est dans le regard de cet autre », où il se sent important et aimable, que le sujet « reconnaît sa valeur et » « retrouve » alors « un plaisir à être » et à vivre.

Une image positive de soi est nourrie par les rencontres, la psychothérapie en est une occasion (15,16).

De son côté, J. Bergeret définit le « transfert narcissique » comme étant un transfert sous le couvert duquel le patient a « besoin de s'appuyer sur » le thérapeute, « en miroir », « en recherchant dans ce miroir une image rassurante et valorisée » de lui-même, « dans une position relationnelle » « dyadique » (22).

Ainsi, il nous semble primordial d'insister sur la qualité du regard.

#### **4. Briser le cercle vicieux de la destructivité**

Pour P. Jeammet, si la structure et/ou le diagnostic doivent être repérés, il semble surtout important de s'interroger sur ce qu'on pourrait changer. Pour cela, le patient et les soignants doivent croire en cette possibilité de changement. Il s'agit d'une « co-construction » qui doit permettre au patient de se dire : « Est-ce que c'est ça que je veux ou est-ce que je veux changer un peu ? » et au soignant de se poser la question : « Qu'est-ce que je peux faire avec lui ? » (16).

Mais le changement peut faire peur, au patient comme aux soignants... Chacune des deux parties peut être tentée de s'enfermer dans quelque chose qui rassure, comme par exemple dans des symptômes ou dans des protocoles...

P. Jeammet insiste sur la flexibilité réflexive, reprise par B. Cyrulnik, qui consiste à se dire « Oui j'ai vécu ça mais qu'est-ce que je peux en faire ? ». En effet, dans une réflexion sur le concept de résilience, B. Cyrulnik se demande ce qui fait que, lors des mêmes traumatismes, certains vont en faire quelque chose de constructif et d'autres de destructeur (16).

Ainsi, P. Jeammet différencie le fait « d'être sous l'emprise d'une contrainte émotionnelle » de la « responsabilité » du patient. En effet pour lui, si le patient s'est enfermé dans un comportement destructeur qu'il n'a pas choisi, il peut en revanche choisir de lutter contre. Le patient a donc la responsabilité de se traiter (16).

De même, l'attitude du psychothérapeute ne doit pas être complètement neutre. Une trop grande neutralité risquerait d'être vécue par le patient comme un désintérêt et un abandon (16).

Les soignants, s'ils n'ont pas le pouvoir de créer la confiance, peuvent faciliter la création des conditions où elle pourrait surgir. Il s'agit donc de favoriser la créativité. En effet, les échanges et le plaisir partagé vont « sortir » le patient de sa « solitude », et lui « apporter » la « confiance » et la « sécurité » « qui lui manquent ». Une fois sa « peur » atténuée, le patient pourra alors surmonter sa « première réponse instinctive » qu'est « la destructivité » (15–17).

## 5. Intégrer la violence fondamentale

Pour J. Bergeret, « l'unique issue heureuse pour l'évolution de la violence » fondamentale « est son intégration » « au sein du courant » affectif « amoureux », au sens le plus large du terme, auquel elle apporte son énergie utilisée alors « à des fins » « créatrices » (20,21).

Il précise qu'on ne peut pas résoudre les échecs de l'intégration de la violence par la seule force « répressive ». Il est en effet inutile de faire à quelqu'un l' « injonction » de « parvenir » « à intégrer sa propre violence dans le cadre d'une créativité relationnelle amoureuse », de même qu'il est inutile « de se contenter de le punir s'il est » incapable d' « accéder » spontanément « à une disposition aussi positive » (21).

Pour lui, « la violence instinctuelle n'est pas une composante « mauvaise » de la personnalité » à combattre et à éliminer. « Seule importe l'utilisation que chacun pourra en faire. Il s'agit » donc « de savoir si le sujet sera aidé » « par ses environnements successifs » à « utiliser sa violence naturelle à des fins positives et créatrices », « ou bien s'il se verra contraint de » l'exprimer « dans des comportements négatifs et destructeurs, pour les autres » et surtout « pour lui-même » (5).

Ainsi, il s'agit pour les soignants d'aider le patient à mettre son « dynamisme violent » « au service des échanges libidinaux », et c'est grâce à leur capacité de contenance qu'ils pourront y arriver (23).

« Soigner la violence c'est » donc « l'accueillir », la pare-exciter et la métaboliser. Pour cela, les soignants « doivent pouvoir se situer entre deux extrêmes » :

• « Celui de refuser toute expression » de la violence. Ce refus « peut se traduire par des comportements rigides » « prônant » « une absence totale de violence » et/ou « par des réponses » en miroir violentes chez le soignant « touché dans ce qu'il est » (23).

« Les affirmations bruyantes de « non-violence » » peuvent correspondre « à un contre-investissement compensatoire devant la résurgence d'un fantasme estimé trop violent pour » qu'il soit accepté d'être perçu (2). En outre, si les « réponses » des soignants sont parfois « parasitées par » leur « propre violence » c'est parce que « c'est aussi au niveau » de leur « narcissisme primaire » qu'ils sont « sollicités » (23). En effet, « le risque du comportement violent est pour le soignant de l'appréhender comme une manifestation d'agressivité à son » égard (37).

« La première fonction de l'espace de soin est celle de la rencontre ». La fonction d'accueil doit donc « être une priorité ». Accueillir le patient, c'est accueillir ce qu'il est, dynamisme violent inclus. « Le patient doit pouvoir parler de ce qu'il ressent, mais aussi montrer ce qu'il ne peut dire » (23).

• « Celui de laisser ouverte une voie trop libre à l'expression directe » « de la violence sans y exercer de fonction de pare-excitation » ni de métabolisation « dans une promotion de la toute-puissance ».

« Le travail soignant ne s'arrête pas à l'accueil passif de la violence, ce qui reviendrait a contrario à en favoriser l'expression directe ». Il « se doit, en parallèle, » de la canaliser et de la « transformer » en lui donnant « du sens » (23).

## **B. L'instauration d'un cadre et des limites**

### **1. Une « fermeté souple »**

« Le cadre est ce qui donne sens à ce qui s'y passe ». Il permet d'autoriser, de « repérer », de « limiter » et de « protéger les mouvements psychiques et les actes qui se produisent en son sein ».

« Le cadre n'est pas le règlement. Il n'est pas ce système concret d'interdictions et d'injonctions, mais un système symbolique. Si certains prolongements peuvent se formuler dans des règles de fonctionnement, le cadre ne peut pas s'y réduire » (23).

« Il s'agit d'établir un filtre protecteur entre le patient » et ses poussées violentes, « suffisamment solide pour éviter » les passages à l'acte, « et assez souple pour laisser une place à leur évocation et à leur compréhension » (23).

L. Morasz définit la notion de « fermeté souple » ou de « souplesse ferme » :

- « La souplesse » :

« Le cadre de soin doit être souple » pour pouvoir « permettre l'accueil du patient avec son mode d'expression du symptôme ». En effet, si la souffrance du patient ne peut pas s'exprimer, la fonction de « détoxication » des soignants ne pourra pas s'exercer.

Mais « la souplesse n'est » « pas la passivité ou le renoncement face à » la violence devant amener « à tout supporter des patients en raison même de leur statut de malade en souffrance ». « Cette souplesse doit » donc « être couplée d'une certaine fermeté ».

• « La fermeté » :

La fermeté est structurante en ce qu'elle « impose une Loi, des règles à ne pas enfreindre, des limites à ne pas dépasser ». La fermeté est « contenante » pour le patient en ce qu'elle « crée une enveloppe protectrice et sécurisante face à ses propres attaques, face à son état d'agitation » (45).

Mais la fermeté n'est pas « la rigidité dans laquelle certaines équipes peuvent » s'enfermer. C'est pourquoi cette fermeté doit être couplée d'une certaine souplesse (23).

Il s'agit alors de différencier « deux types de transgression » du cadre :

- Les petits écarts « à l'égard du cadre (retard de retour de permission, refus d'activité, agressivité verbale...) » qui expriment, par un agir, un « conflit psychique ». Il s'agit de prendre en compte et de contenir cette transgression par un travail d'élaboration afin de penser le conflit psychique sous-jacent.

- Les dépassements clairs « des limites du cadre » où le patient franchit « un interdit fondamental (violence physique, mise en danger » d'autrui ou de soi-même, consommation de toxiques au sein du service...). Il s'agit de contenir cette transgression en premier lieu « par le cadre » (rappel, voire restriction du cadre) puis par « un travail d'élaboration » (23).

## 2. Des limites adaptées

Les soignants doivent être en capacité de poser des limites qu'ils sont sûrs de pouvoir appliquer et tenir jusqu'au bout, leur crédibilité en dépend. En effet, les exigences démesurées favorisent les échecs et décrédibilisent les soignants.

Les limites doivent pouvoir être posées de façon graduée. Les soignants doivent donc au départ poser seulement les limites qui sont nécessaires. Au tout début de la prise en charge, il ne faut pas trop en demander aux patients : ils ont besoin d'un petit espace où ils peuvent régresser, ils ont le droit à quelques débordements. Voir le patient fonctionner permettra de lui renvoyer son comportement.

Il s'agit donc de partir du cadre minimum qui permet la poursuite du traitement et, si l'évolution clinique le nécessite, le soignant rajoutera des limites. Les limites ajoutées doivent toujours être non punitives et argumentées, le soignant doit expliquer pourquoi il réduit l'espace.

Cette méthode s'oppose à la méthode qui consiste à mettre dès l'entrée du patient dans le service une « barricade » autour de lui, jusqu'à l'isolement-contention, en fonction de ses antécédents quel que soit son état clinique actuel, puis de diminuer les limites s'il reste calme<sup>55</sup>.

A partir du moment où le patient est étiqueté « hétéro-agressif », le risque est de l'enfermer dans cette étiquette est de favoriser la répétition par un nouveau rejet du patient. Il nous semble en effet, que dans le cas de Monsieur A et de Madame B, nous pouvons nous poser la question d'une répétition par les soignants du rejet, respectivement, de la mère et de la famille.

---

<sup>55</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

Or, cet enfermement est mortifère pour le patient. Il serait donc préférable de favoriser les échanges avec lui, autorisant ainsi les ouvertures et la vie. Dans cette même logique, afin d'éviter de fâcheux « a priori », il serait peut-être utile d'accueillir le patient « tabula rasa », c'est-à-dire sans avoir lu son dossier avant la rencontre d'accueil...

### **3. Protéger le corps des passages à l'acte**

Il s'agit de définir la nature du passage à l'acte pour évaluer si des mesures de contraintes à visée conservatoire sont nécessaires ou si la sortie du patient est possible.

L'hospitalisation, en facilitant la régression, favorise les passages à l'acte. Quand l'hospitalisation prend une telle intensité, il faut parfois savoir l'interrompre en faisant sortir le patient pour un suivi ambulatoire avec un rendez-vous rapide sur l'extérieur, afin de diminuer la régression et donc les passages à l'acte. Cependant, l'interruption de l'hospitalisation doit toujours se faire après avoir éliminé un désir de mort chez le patient<sup>56</sup>.

#### **a) Les différents types de passage à l'acte :**

- Décision intempestive dans la vie familiale, dans le domaine scolaire, universitaire, professionnel : arrêter ses études, ne pas passer un examen ou un concours, quitter son travail...

---

<sup>56</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

- Gestes hétéro-agressifs.

- Gestes auto-agressifs : suicidaires et para-suicidaires :

- Gestes cathartiques : de décharge, d'expulsion de la tension.

- Gestes d'interpellation de l'autre : comme moyen de communication, de pression sur l'autre.

- Gestes qui indiquent un véritable désir de mort, d'autodestruction : désir de se frapper soi-même, de tuer le mauvais objet en soi (reflet d'un phénomène mélancolique).

Quel que soit le passage à l'acte, le soignant doit toujours intervenir pour exprimer son désaccord. Si les passages à l'acte sont répétés et que le désir de mort est éliminé, l'indication de la sortie du patient du service peut être posée<sup>57</sup>.

### **b) Évaluation du désir de mort :**

- Antécédents de passages à l'acte : gestes récents, leur nature, le moyen utilisé, les complications occasionnées.

- Le statut psychique du patient :

- La profondeur de la détresse : présence d'idées mélancoliques :

Effondrement de l'estime de soi, sentiment de nullité et d'inutilité ;

Culpabilité, auto-reproches ;

Sentiment de quelque chose de mauvais en soi ;

Sentiment de perte et d'abandon ;

Sentiment de désespoir ;

- L'intensité de la prostration : mutisme, isolement, retrait.

- Capacités de mentalisation et de verbalisation faibles.

- Environnement social et familial : absence de soutien.

- Conduites addictives : l'alcool prépare au passage à l'acte.

Le désir de mort contre-indique la sortie. Dans ce cas, il faut prendre des mesures conservatoires, et si nécessaire utiliser des mesures de contraintes<sup>58</sup>.

#### 4. Les soins sous contrainte

Pour P. Jeammet, il importe d'« éviter » que les comportements pathogènes deviennent pathologiques en évitant « l'enfermement » du sujet sur lui-même.

Ainsi, si les « comportements pathogènes » « durent, il faut faire appel » « aux psychothérapies » et « aux psychotropes », de même qu'à « la mobilisation de la famille et de l'entourage, afin que des échanges nourrissants puissent reprendre et que le sujet retrouve dans le lien les moyens de rétablir son équilibre psychique ».

Mais pour cela, il faut que le sujet « puisse faire confiance à ceux qui peuvent l'aider ». Or, il peut être difficile pour le sujet de faire confiance, car la confiance fait toujours prendre le « risque de la déception ». De plus, « le rapprochement peut faire surgir la peur de la dépendance », voire « de la fusion destructrice »(15).

---

<sup>58</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

Le problème est qu'en général, plus le sujet a « peur » et moins il a « confiance », le patient peut alors vivre le « soin comme une menace ». Il faut alors « lui faire entendre qu'il a besoin d'être soigné ». Parfois, il est donc nécessaire que la famille ou les soignants s'affirment dans une « position de force ».

Autrement dit, les proches sont parfois obligés « d'imposer » leur aide, en imposant par exemple une consultation avec un psychothérapeute ou une hospitalisation en psychiatrie, et les thérapeutes obligés d'imposer leurs soins, notamment via le recours aux « psychotropes » et aux psychothérapies, afin « de diminuer la peur » du sujet et « d'essayer de créer les conditions d'une rencontre » apaisée et « génératrice de confiance » (15).

Ainsi, si « on impose une contrainte » au patient, « c'est pour empêcher que la contrainte émotionnelle qui pèse sur » lui « et l'enferme » dans un comportement qu'il n'a pas choisi et qui l'abîme, « ne prenne le dessus » (15,16).

### **C. Analyse et maîtrise du transfert et du contre-transfert**

Y. Miller dans son article sur la contenance psychique rappelle l'importance du ressenti du soignant : « Le soignant va utiliser son ressenti comme cœur de sa capacité de contenance ».

Le soignant doit être en capacité de considérer « ce qu'il ressent » « comme un savant mélange » « de ce qui est mobilisé de son individualité propre en tant que sujet » et « de ce que le patient vient animer en lui ». Ces ressentis ne sont « ni à

évacuer, ni à prendre au pied de la lettre » : ils doivent « pouvoir exister en tant que contenu psychique » qu'il va falloir élaborer.

Les soignants sont en effet confrontés à « deux tendances » « extrêmement vivaces » : celle de se débarrasser de ses ressentis lorsqu'ils sont désagréables et « épuisants » et celle de les prendre pour vérité lorsqu'ils éveillent « le sentiment irrépressible que, sans eux, le patient ne pourra s'en sortir ». Les soignants mésestiment « les effets du transfert » sur eux (39).

Ainsi, les soignants sont confrontés à « deux affects » incoercibles, dont « les limites » doivent être maîtrisées : « l'amour et la haine ». Il est d'ailleurs « très facile de basculer d'une position à l'autre, de l'amour à la haine, ou inversement ».

« L'amour pour le patient » consiste « à être dans un lien bienveillant, une protection suffisante », « à supporter sa pathologie ». Mais le risque est que le soignant se prenne pour l'objet idéal du patient, « celui qui le sauvera et sans lequel le patient ne pourra aller mieux ». La contenance devient alors « pathologique » car elle répète « une situation dans laquelle le patient est dans un lien fusionnel avec ses objets infantiles ». La moindre séparation d'avec le soignant risque alors de susciter des angoisses d'abandon chez le patient, à l'origine d'un effondrement ou d'une nouvelle décompensation. Ce rapprochement excessif peut aussi susciter des angoisses d'intrusion. Maintenir le patient dans une relation de dépendance ne lui permet pas de se libérer, il s'agit donc d'autoriser, de permettre la séparation.

« La haine à l'encontre du patient est naturelle » et nécessaire : « la colère adressée » « à bon escient », « sans abus », pose au patient une limite qui le rassure. Mais le risque est « une expression agie sans retenue de cette haine ».

Au niveau collectif, « dans la plupart des cas, les mouvements d'amour et de haine » se dispersent dans l'équipe soignante, « certains étant touchés et attachés à

un patient, à le défendre, à le garder, à le comprendre, alors que d'autres ne le supportent pas, le trouvent hostile, insupportable, etc. ». Ces mouvements risquent de provoquer des clivages et des conflits « au sein de l'équipe ». Il s'agira de tenter de les repérer et de les réguler (39).

### 1. Analyse et maîtrise du contre-transfert

Les échecs dans les prises en charge des patients sont souvent liés à une réactivité déséquilibrée, exagérée des soignants due à une non maîtrise des mouvements contre-transférentiels, violents et démesurés. Ces mouvements contre-transférentiels sont normaux mais empêchent toute prise en charge s'ils sortent en « roue libre », c'est-à-dire s'ils ne sont pas analysés, voire s'ils sont rationalisés.

Les mouvements contre-transférentiels non expliqués par les soins et la thérapie favorisent les attitudes perverses : mises sous contention, non accès aux demandes du patient... En effet, si le patient met le soignant dans une position de mauvais objet et que ce dernier n'en tient pas compte, s'il n'analyse pas son contre-transfert, il finira par se comporter comme tel.

Le repérage et l'analyse régulière des mouvements de transfert et de contre-transfert permettent une certaine maîtrise des contre-attitudes<sup>59</sup>.

La première position thérapeutique commence donc par un « dédoublement » du soignant, en un « Moi » qui est en interaction avec le patient, et en un « Moi » qui est observateur de cette interaction : le soignant doit être en mesure de se poser les

---

<sup>59</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

questions suivantes : « Suis-je agacé ou suis-je intéressé par ce patient ? », « Ce patient veut-il me mettre dans une position de persécuteur ou de sauveur ? » ...

Il s'agit pour le soignant d'éviter de tomber dans le piège qui lui est posé en se retrouvant exactement à la place de persécuteur ou de sauveur où le patient l'attend. Le soignant doit, en fait, pouvoir faire exactement le contraire de ce qu'il comptait faire, c'est-à-dire se décaler, faire « un pas de côté », par rapport au clivage et aux projections transférentielles du patient, comme un projectile qui lui serait lancé et qu'il voudrait éviter. Ce décalage permettra de créer « un effet de surprise » chez le patient<sup>60</sup>.

#### **a) Le contre-transfert négatif :**

Quand le patient projette des sentiments négatifs et met le soignant dans une position de mauvais objet, cela suscite le plus souvent chez le soignant des sentiments également négatifs (agacement, énervement...) et donc une envie de prendre de la distance.

Soit le soignant ne parvient pas à se décaler et s'éloigne, voire rejette le patient. Ce « pas en arrière » va alors confirmer les projections du patient.

Soit le soignant parvient à se décaler et se rapproche un peu, en montrant par exemple qu'il est intéressé. Ce « pas en avant » va alors créer « un effet de surprise » chez le patient.

En effet, si le patient projette sur quelqu'un avec qui il a un lien, par exemple un soignant, une représentation malveillante et que celui-ci n'arrive pas à se décaler et

---

<sup>60</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

se comporte de façon malveillante, il va se produire chez le patient une ré-introjection d'une représentation malveillante.

Mais si le soignant arrive à se décaler (c'est très difficile car les projections malveillantes favorisent les passages à l'acte en miroir), à ne pas devenir malveillant mais à rester bienveillant, il va se produire chez le patient une ré-introjection d'une représentation bienveillante.

Ce « pas de côté » permet, malgré les attaques du patient, de lui survivre. Les patients, afin de pouvoir ré-introjecter quelque chose de positif, ont besoin de vivre une expérience où l'autre n'est pas détruit par leur violence projetée<sup>61</sup>.

### **b) Le contre-transfert positif :**

A l'inverse, quand le patient projette des sentiments positifs et met le soignant dans une position de bon objet idéalisé, cela suscite le plus souvent chez le soignant des sentiments également positifs (valorisation...) et donc une envie de se rapprocher.

Soit le soignant ne parvient pas à se décaler et se rapproche trop, par exemple il donne des conseils, est plus directif... Attention dans ce cas à la « lune de miel » qui risque de tourner à un moment donné au rejet et au passage à l'acte !

Soit le soignant parvient à se décaler et prend un peu de distance<sup>62</sup>.

---

<sup>61</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

<sup>62</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

**c) Au niveau collectif :**

Il s'agit, avec l'ensemble des soignants, de découper les lignes de clivage que le patient crée ou accentue dans l'équipe et de situer la place des soignants par rapport aux projections du patient, notamment au cours des réunions de synthèse.

Le clivage peut concerner un même intervenant (vu alternativement comme bon puis comme mauvais) ou plusieurs intervenants (équipe jour/nuit, médecins/IDE, soignant/famille...).

Il s'agit donc de repérer dans l'équipe les évitements et les collages patient/soignant afin de privilégier une déflexion du transfert, c'est-à-dire de changer les rôles entre les différents intervenants auprès du patient.

Si un soignant ressent de l'angoisse par rapport à un patient, une envie de rejet, il faut qu'il puisse aller le voir, qu'il ne l'évite pas pendant toute la durée de l'hospitalisation. On peut par exemple lui dire : « Attention vous faites une amorce en arrière qui prouve ce que le patient pense, il faudrait pouvoir faire une amorce en avant ».

Inversement, si un soignant se colle trop, il ne faut pas que ce soit toujours ce même soignant qui reste avec le patient<sup>63</sup>.

---

<sup>63</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

## 2. Analyse et maîtrise du transfert

### a) Le transfert positif :

Si le transfert positif est souhaitable pour avoir une accroche thérapeutique, il ne doit pas être suscité outre mesure.

Lorsque le transfert devient idéalisant, voire fusionnel c'est qu'il y a aussi de la part du soignant un excès de rapproché, de gratification et de séduction. Le soignant doit alors pouvoir se décaler, c'est-à-dire prendre un peu de distance en se posant la question « Je ne suis peut-être pas à la bonne distance ? » et non pas se dire « Je suis le meilleur ! »<sup>64</sup>.

### b) Le transfert négatif :

Le transfert négatif, s'il comporte beaucoup de projections haineuses, ne doit pas être à tout prix évité par le soignant. En effet, le transfert négatif est majoré lorsque le soignant prend de la distance. Le transfert négatif ne doit surtout pas être annulé, dilué par un excès de rapproché, de gratification et de séduction.

Le transfert négatif doit être confronté et canalisé. Pour cela, le soignant doit pouvoir se décaler, c'est-à-dire se rapprocher un peu afin de créer « un effet de surprise »<sup>65</sup>.

---

<sup>64</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

<sup>65</sup> K. Ouldamar. Séminaire Concept d'état-limite. 2013-2014

## **.V. Reprise des situations cliniques**

### **A. Cas de Monsieur A**

Dans cette situation clinique, il semble nécessaire de poser la question de l'indication de l'isolement.

Si l'on se réfère aux recommandations de CPT et de l'ONU, il apparaît la notion de « risque imminent pour le patient ou pour autrui ». Or, dans son histoire émaillée par de multiples hospitalisations, il n'y a pas d'antécédent de passage à l'acte hétéro- ou auto-agressif depuis plus de 15 ans, c'est-à-dire depuis qu'il a été expulsé du milieu familial violent. L'agressivité verbale peut ici être mise en lien avec des attitudes « de prestance » car malgré des moments de violence verbale, toujours sur fond d'angoisse, le patient ne passe plus à l'acte.

Quel est le sens de cet isolement pour le patient et l'équipe soignante ?

La compréhension de la souffrance psychique de ce patient, de ce qui se joue pour lui à ce moment-là, nous semble indispensable pour adopter une attitude soignante. Il s'agit de comprendre ses besoins affectifs singuliers pour ajuster les réponses à ses sollicitations incessantes, qui lui permettent peut-être de ne pas s'effondrer sur le plan narcissique. Une connaissance de l'histoire de vie de Monsieur A nous semble nécessaire pour comprendre les mécanismes psychodynamiques qui prévalent chez lui.

## 1. Hypothèses sur le vécu psychique

L'histoire de vie de ce patient est marquée la violence du père, incarcéré pendant 10 ans pour violence familiale et viol sur une de ses filles. Les soignants fantasment un abus sexuel sur Monsieur A également. Alors qu'il est âgé de 20 ans, sa mère se remet en concubinage et l'expulse du domicile : « elle a pris mon sac de couchage et m'a mis dehors ». Dans ce contexte, il fait une tentative de suicide en se jetant sous une voiture et s'en sort avec une blessure à la cheville.

La faille narcissique de Monsieur A peut nous amener à comprendre son besoin de reconnaissance et surtout d'attention constante, lui permettant d'éprouver le « sentiment continu d'exister ».

Récemment, ce patient a décompensé un délire interprétatif de persécution. En regardant la télévision, il a pu verbaliser : « Hier j'ai vu Sarkozy à la télé, il rigolait...il rigolait de moi, ça m'énerve ça ! ». On retrouve ici l'hypothèse du mécanisme paranoïaque qui permet de lutter contre l'effondrement.

On repère un virage dans l'histoire du patient.

Il est en effet à noter que, durant la période où Monsieur A résidait aux appartements thérapeutiques, son comportement était différent, il n'était pas agressif, tout semblait bien se passer. On peut se demander si le regard sur le patient n'aurait pas changé au décours de la réflexion du médecin.

On peut supposer que, pendant la période des 18 mois, le regard de l'équipe des appartements était différent de celui de l'équipe du service fermé : le regard, sur ce patient que les soignants de cette équipe ne connaissaient pas comme étant agressif, était probablement suffisamment sécurisant pour permettre à cet homme d'investir l'hospitalité proposée. A la suite du passage du médecin, le regard de cette

équipe a dû changé, devenant lui aussi insécure, réactivant peut-être ses angoisses d'abandon, voire d'anéantissement.

Il semble, dans le cas présent, que le patient cherche à se faire valoir sur un mode virilisé : il hausse le ton, profère des menaces de violence physique envers les objets ou envers les autres. Il est notable que cela fait 15 ans qu'il n'est plus passé à l'acte. Son agressivité pourrait être déclenchée par le sentiment de ne pas exister, qu'on se « fout de lui », voire qu'on le rejette. Ainsi le départ de la curatrice en vacances en ayant oublié de débloquer son argent, le conforte dans son sentiment d'oubli, d'abandon : « On me prive de mon argent, l'état m'a effacé ». Ainsi lorsque le psychologue le prend en entretien, il dira : « Ça fait longtemps que vous ne m'avez pas vu vous », qui peut amener à entendre « Je ne compte pas pour vous ».

Sans antécédent récent de violence physique avérée, son agressivité verbale peut conduire à penser à des attitudes de prestance : « Un homme ça ne s'effondre pas, un homme c'est fort ». En effet, derrière l'agressivité verbale, c'est un homme fragile sur le plan narcissique, ayant vécu le rejet de sa mère.

Le patient revendique d'être reconnu comme un homme et semble s'identifier à son père. Un homme « ça a des couilles ». Ainsi, dans l'après coup, il apparaît que la thématique de son discours tourne autour du sexe : « Je vais baiser Melle X » et autour de la force physique : « Je vais lui casser la gueule », « Je n'en ai rien à foutre d'aller en prison, je vais buter celui qui me conduit en prison », sous-entendu « Je vais montrer qui est le plus fort ». La réponse des infirmiers à ces revendications : « Tu ne me parles pas comme ça sinon je vais t'enfermer ! »...

Le patient est pourtant plutôt « gringalet ». P. Jeammet rappelle que, « traditionnellement », l'homme incarne « la force et le pouvoir ». En effet, l'homme «

représente la force, le combat, la suprématie sur le monde extérieur ». « Une image d'homme fort a longtemps été valorisée » : l'homme « s'assurait de son pouvoir par sa renommée, ses hauts faits guerriers, sa force physique, sa capacité à avoir une progéniture abondante ». Si les hommes étaient « avides de pouvoir et » « de reconnaissance », et en rivalité constante entre eux, c'était « sur un mode essentiellement actif où ils étaient en position de conquérants ». La « position » de la femme était, à leurs « yeux », « plus passive », mais « en fait surtout plus réceptive ». Aujourd'hui, « si les mœurs ont évolué » vers un « équilibre des sexes », « les hommes demeurent, dans leur majorité, hantés par cette peur de la passivité ». Or, « les hommes ne peuvent plus valoriser la force comme autrefois. Le développement de la culture et des apprentissages les placent dans une position qu'ils vivent parfois comme passive, féminine » (17).

## **2. Adapter les limites**

En l'absence de critères objectifs de dangerosité (absence de violence avérée, attitudes « de prestance »), si l'on se réfère aux recommandations du CPT et de l'ONU, (« prescription uniquement en cas de risque imminent »), il ne semble pas y avoir pas d'indication d'isolement pour ce patient.

La réponse des soignants peut être ici envisagée sur le plan disciplinaire, visant à conférer une autorité à l'équipe soignante, voire à lui conférer un sentiment de sécurité de base.

Sur le plan thérapeutique, cette mesure d'isolement nous semble à risque de majorer les angoisses d'anéantissement et d'abandon.

### 3. Maîtrise du contre-transfert

Il semble par ailleurs qu'il y ait eu un virage au décours de la réflexion du médecin, et qu'alors ce patient est apparu comme étant trop « pénible » pour l'ensemble de l'équipe des soignants.

Les sollicitations permanentes de Monsieur A suscitent l'agacement, puis son agressivité provoque le rejet collectif, sans prendre la distance nécessaire pour penser ce qui se joue pour chacun des soignants.

Une attitude empathique, alimentée par les 18 mois d'expériences relationnelles humanisées, aurait peut-être permis d'aider ce patient à combler sa faille narcissique.

La décision de rupture définitive avec l'équipe des appartements thérapeutiques pose question.

Comment l'équipe, investie par sa mission soignante, a-t-elle pu annuler les 18 mois d'intégration en rapport avec la partie saine de ce patient ? Qu'est-ce qui fait qu'on n'ait pas pu réutiliser ces expériences de socialisation suffisamment bonnes ?

La dangerosité perçue par les soignants pourrait-elle être en lien avec une identification inconsciente du patient à son père ? Y a-t-il répétition inconsciente par les soignants du rejet de la mère ? Ne serait-ce pas un passage à l'acte de l'équipe en miroir de l'agressivité du patient ? Il apparaît qu'il n'y ait pas eu de lieu pour mettre en mots ce qui s'est passé, ni penser la question du contre-transfert.

Dans ces situations de crise, il nous semble important de se référer au concept de « constellation transférentielle » de J. Oury et de créer un nouveau maillage interinstitutionnel. En effet, il semble qu'une réunion entre les deux équipes de l'intra-hospitalier et des appartements thérapeutiques eu été nécessaire, afin de s'appuyer

sur les expériences relationnelles « suffisamment bonnes de ces 18 mois », et par là de penser la prise en charge après l'hospitalisation.

Cela aurait peut-être permis de renvoyer au patient qu'à ce moment-là, dans cet environnement-là, il n'avait nul besoin de se montrer agressif pour exister. Il aurait peut-être ainsi pu se projeter dans un projet, celui de retourner dans cet espace-là.

Et au niveau des soignants, cela aurait pu leur permettre de croire à un changement possible, ainsi que de changer leur regard sur le patient, puisque son comportement peut être autre et qu'il n'est donc pas qu'agressif verbalement.

Il apparaît que le patient, par ses projections « mauvaises », teste les limites. On peut se demander s'il cherche ainsi à provoquer le rejet (jusqu'à la sortie définitive) ou s'il teste la capacité de l'environnement à rester suffisamment bon, c'est-à-dire sa capacité à ne pas se laisser détruire, donc à assurer la continuité.

Afin de sortir de la répétition, il serait sans doute important de « tenir » face à cette agressivité verbale, de tenter de rester suffisamment bon, en renvoyant au patient qu'il n'est pas tout mauvais, ni « à jeter ». Il serait important de repenser son projet. La continuité aurait pu être assurée par un retour aux appartements thérapeutiques dans un partenariat avec l'hôpital, c'est-à-dire une possibilité de reprendre le patient en hospitalisation en cas de période d'angoisse.

## **B. Cas de Madame B**

### **1. Hypothèses sur le vécu psychique**

Madame B présente un dysmorphisme et une déficience intellectuelle sévère en lien avec un syndrome d'alcoolisme fœtal.

Son histoire infantile est marquée par la maltraitance d'un père alcoolique violent et d'une mère autoritaire.

Elle apparaît à l'équipe soignante comme étant rejetée par sa famille. Les permissions du week-end sont écourtées par ses parents qui la déposent à distance et sans contact avec l'équipe.

Dans le service, Madame B est dite « intolérante à la frustration ». Elle est dans la sollicitation permanente de l'attention et du regard. En l'absence d'une réponse immédiate, sa tension interne monte. Elle profère des menaces de violence qu'elle agit sous forme de crises clastiques. Elle peut également s'effondrer et se mettre à pleurer comme une petite fille.

Il semble que cette patiente réclame et provoque ce qu'elle connaît à la maison, c'est-à-dire la violence et le rejet. D'ailleurs, elle vise en particulier les infirmiers qui ne supportent pas ses « crises » et la menacent de l'enfermer. Mais à ce moment-là, au moins, on s'occupe d'elle... Ne pourrait-on pas interpréter son agressivité comme une « stratégie d'attachement masquée » ?

En effet, Madame B semble très sensible à l'attention, à la flatterie. Elle peut même susciter l'empathie en dehors des crises. Ainsi, elle est l'objet de l'attention des soignants lors d'un passage à la télévision, après avoir été filmée lors de la

représentation de l'activité théâtre équestre. Les soignants du service sont alors mobilisés pour la voir et heureux de sa prestation pouvant être gratifiante.

## **2. Adapter les limites**

La mesure d'isolement ne répond pas ici aux critères du CPT et de l'ONU.

Un isolement à visée préventive et systématique ne permet pas d'ajustement aux émotions de la patiente qui oscillent entre des états de débordement et d'effondrement. Le caractère systématique de cette mesure d'isolement quotidien pose aussi la question d'une réactivation du rejet de sa famille.

On peut d'autre part s'interroger sur le sens et la cohérence d'un isolement quotidien suivi d'une permission hebdomadaire chez un père et une mère au lourd passif vis-à-vis de leur fille.

## **3. Maîtrise du contre-transfert**

Aucune pondération dans la réaction des soignants ne semble possible au sein d'une équipe collectivement submergée et contaminée par les mêmes affects. Surinvestie par les soignants, Madame B vit une réaction de rejet lorsqu'elle ne correspond plus à ce modèle « de petite fille gentille ». A ce moment, elle n'est « plus aimable », ce qui peut engendrer une souffrance majeure et réactiver les traumatismes de son enfance.

Il semble donc indispensable, au travers de la « constellation transférentielle », que les soignants puissent comprendre ce qui se joue au travers de leurs émotions et pour la patiente. En effet, cette patiente semble présenter des capacités d'élaboration et d'expression faibles, ne lui permettant pas d'exprimer la nature réelle de ses affects en dehors des crises.

Pour sortir des cercles vicieux des interactions soignants-soignée au travers de ces crises, des réunions de synthèse clinique permettraient peut-être de changer de regard vis-à-vis de cette patiente intellectuellement limitée et au passé douloureux, mais sensible au regard de l'autre.

Au travers des réponses institutionnelles à ses demandes affectives actuelles, il semble qu'il y ait répétition des réponses et des expériences affectives inadaptées de ses parents, en particulier de ce qu'il en est du rejet. Une réponse individualisée à sa demande d'attention pourrait peut-être l'amener à supporter la réalité de l'indisponibilité du soignant au travers d'un « Je suis occupé en ce moment, mais dès que j'ai fini je m'occupe de toi ».

## **C. Cas de Monsieur C**

### **1. Hypothèses sur le vécu psychique**

Dans l'histoire du patient, on retrouve une notion de père absent. La mère refuse de nous donner des éléments plus précis concernant cette absence du père.

La relation du patient avec sa mère est fusionnelle. La mère est aussi la curatrice de son fils. Elle ne lui permet d'accéder à des soins psychiques et n'interpelle l'hôpital que lorsque son fils est en crise clastique et lui fait peur. Ainsi, lors d'un épisode de décompensation, Monsieur E a une fois poursuivi sa mère sur les toits pour l'étrangler. Devant le caractère intrusif persistant de la mère, son absence de compréhension des troubles psychiatriques présentés par son fils et l'impossibilité d'une alliance thérapeutique avec elle, les soignants craignent un éventuel passage à l'acte à type de matricide.

On retrouve ici deux mesures simultanées d'isolement et d'évitement :

- L'évitement relationnel au sein de l'institution via la mesure d'isolement.

Dans ce contexte de délitement identitaire, nous pensons cependant que le maintien du lien social aurait peut-être eu un effet thérapeutique au travers des ateliers et clubs thérapeutiques au sein de l'institution.

- La rupture du contact mère-fils.

Cette décision de rupture du contact avec la mère a sans doute été prise afin de permettre à Monsieur C de sortir d'une relation mère-fils fusionnelle, voire symbiotique. Cependant, il s'agit de distinguer la séparation (quelque chose qui se parle) de l'éviction (quelque chose qui s'agit). S'il faut autoriser la séparation, il nous

semble que ce désir doit émaner du patient. Un travail d'élaboration avec le patient, ainsi qu'avec la mère, semble donc nécessaire pour leur permettre de réfléchir aux enjeux de cette relation fusionnelle, afin de les autoriser à se séparer, à s'individualiser.

La mère semble en grande difficulté de compréhension des troubles psychiatriques présentés par son fils depuis tant d'années et ne semble pouvoir faire appel à l'institution que lorsqu'elle se sent menacée physiquement. Elle semble vivre l'institution comme menaçante également.

Dans ce contexte, la mère est en grande souffrance psychologique, elle apparaît comme collée au vécu émotionnel imaginé de son fils. Lorsque son fils va relativement bien, il semble qu'elle se vive comme une mère « idéale ». Mais dès qu'elle se vit comme étant incompétente, tout se passe comme si, n'étant plus toute bonne, elle se sentait alors radicalement mauvaise, ce qui est insupportable pour elle. Pour s'en défendre, elle va alors projeter ces morceaux clivés mauvais sur l'institution, qui va prendre le relais en devenant mauvaise à son tour.

Peut-être serait-il souhaitable de rencontrer la mère régulièrement, en présence et avec l'accord de son fils dans l'institution, ou seule dans un endroit qui n'empièterait pas sur le territoire du patient (au CMP par exemple). Elle pourrait alors déposer les difficultés qu'elle rencontre avec son fils. Un travail d'élaboration de son vécu de mise en échec de sa position clivée toute bonne serait peut être possible. En effet, elle se trouve face à un fils réel souffrant bien différent du fils idéalisé. Les clivages mère - institution soignante nous semblent de nature à renforcer les clivages de ce fils réel souffrant d'un morcellement psychotique. Un suivi continu par le même médecin au sein du secteur, en intra et en extrahospitalier, pourrait peut-être favoriser « le sentiment continu d'exister » et permettre une unification de ce patient morcelé.

Il s'agirait alors de sortir la mère de ce clivage, de l'autoriser à ne pas être « toute bonne », en l'aidant à accepter qu'une mère ne peut être « idéale », qu'il s'agit juste d'être « suffisamment bonne ».

## 2. Adapter les limites

Le sens initial du caractère systématique de l'isolement à l'accueil du patient, lors des hospitalisations, est à penser.

De même, il me semble souhaitable de discuter la nature systématique de la contention, à la suite d'un passage à l'acte potentiellement grave dans un contexte d'une décompensation psychotique.

L'isolement et la contention mécanique systématiques peuvent avoir pour vocation de réduire l'anxiété des soignants et de les protéger contre un éventuel passage à l'acte du patient. Ce patient suscite manifestement chez les soignants des angoisses massives en miroir de ses propres angoisses. Cela renvoie au concept de J. Oury de la « pathoplastie ».

Chez ce patient en décompensation, il serait peut-être intéressant de continuer le travail de liaison effectué à l'hôpital de jour, c'est-à-dire d'aller à sa rencontre et de le mêler à des ateliers thérapeutiques.

En dernière intention, et en cas de risque imminent pour le patient ou pour autrui, l'isolement et la contention peuvent s'avérer nécessaires. Dans ce cadre limité : « garder le patient en vie », on pourrait qualifier ces mesures de « thérapeutiques », comme un garrot appliqué lors d'une hémorragie externe serait thérapeutique en ce

qu'il maintient la personne en vie. Cependant, n'oublions pas qu'un garrot trop longtemps posé entraîne la nécrose et donc la destruction...

Sur le plan institutionnel, l'augmentation du nombre d'isolements et de contentions peut être le symptôme de la réduction des effectifs du personnel soignant ainsi que de la méconnaissance de la psychopathologie présentée.

Ces patients morcelés nécessitent une prise en charge intensive qui n'a rien à voir avec la chambre dite de « soins intensifs », ainsi nommée car dotée d'une caméra. Elle n'est autre que la chambre d'isolement-contention, et ne peut en aucun cas répondre à elle seule aux soins nécessaires à ces patients présentant une souffrance psychique massive. Il serait en effet préférable de créer des occasions de rencontres avec le personnel soignant et les autres patients.

### **3. Maîtrise du contre-transfert**

La relation entre la mère, le patient, l'équipe de secteur et l'équipe de la MGEN est complexe, et ne peut pas permettre un soin continu et cohérent autorisant ce patient à accéder au « sentiment continu d'exister ». Les clivages sont multiples, entre la mère et l'HDJ, entre la mère et l'hospitalisation en secteur fermé, ainsi qu'entre l'HDJ et l'hospitalisation en secteur fermé... Cette mère semble en grande souffrance et ne pouvoir demander un appui thérapeutique pour elle-même.

Les réactions de l'institution soignante semblent pourtant en miroir des réactions de cette mère qui enferme son fils dans la dimension de ce qu'il lui renvoie et réciproquement. En effet, pour l'équipe, il est un patient dangereux qui motive l'isolement systématique, avant même tout passage à l'acte. Il s'agit peut-être d'une

affirmation prédictive négative dont le patient ne peut sortir. Tout se passe comme s'il y avait un consensus inconscient sur la répétition et le clivage : d'un côté la maman bonne avec l'enfant bon et l'HDJ, de l'autre côté la maman mauvaise avec l'enfant mauvais et l'hospitalisation en secteur fermé. En effet, tout se passe comme si l'équipe du secteur fermé acceptait le compromis de rejouer cette fonction exclusivement mauvaise (via l'isolement-contention et l'exclusion totale de la mère) jusqu'à ce que le patient puisse être rendu parfait à sa mère (sortie du service dès que l'isolement est levé avec un retour à l'HDJ et chez sa mère).

Il s'agirait de rendre le clivage « tout bon / tout mauvais » un peu plus poreux, de sortir de cette vision manichéenne, en permettant à la mère de ne pas être toute bonne, c'est-à-dire en acceptant un peu de mauvais du côté de la mère, et en permettant à l'équipe d'être un peu meilleure, c'est-à-dire en faisant passer un peu de bon dans l'institution.

Pour cela, il nous semble souhaitable de ne pas exclure complètement la mère de la prise en charge (même si parfois il faut mettre un peu de distance lorsque c'est trop destructeur), ainsi que d'utiliser ce qui se passe de positif à l'HDJ et qui indique que des outils autres que l'isolement et la contention sont possibles.

Eu égard à son parcours, la peur de ce patient « dangereux » semble empêcher de penser la rencontre soignants-soigné. Les protocoles et procédures systématiques nous semblent entraver toute élaboration et toute tentative d'ajustement autour des angoisses massives de ce patient en décompensation.

Cette peur empêche de penser ce que le patient délirant nous dit de sa souffrance et de tenter de la comprendre ou de lui donner un sens. Or, même le discours le plus « fou » peut comporter une part de réalité.

Peut-être aurait-on pu, avant d'isoler ce patient, évaluer ses capacités à se contenir, en lui proposant des activités en continuité de ce qui lui est proposé à l'HDJ.

Enfin, à chaque « hospitalité », il nous semble important de re-questionner ensemble cette spirale interactive infernale qui conduit à l'isolement, puis à la contention, et qui se répète à chaque hospitalisation.

La peur des soignants semblent en miroir de la peur de ce patient particulièrement sensible au regard clivé porté sur lui et par sa mère et par l'équipe.

La tentative d'étranglement de la mère a motivé le premier séjour du patient en UMD, suivi d'un deuxième séjour à la suite d'un nouveau passage à l'acte sur un infirmier (nez cassé) et un médecin (arcade sourcilière ouverte) lors d'un entretien au centre psychiatrique d'accueil et d'admission (CPAA).

Par ailleurs, lors des hospitalisations, Monsieur C est passé plusieurs fois à l'acte sur des infirmiers alors qu'il était en isolement. Au cours d'une agitation, il a proféré des menaces verbales, mises à exécution sur deux infirmiers qui tentaient de le contenir. Une autre fois, alors que deux infirmiers entraient dans la chambre d'isolement, le patient demande à l'un des deux s'il peut frapper l'autre... sans attendre de réponse, le coup est parti...

On peut comprendre que les antécédents de ce patient aient un impact traumatique sur l'équipe soignante et puissent susciter des peurs et des demandes de sécurisation.

Il s'agit de prendre en compte l'histoire du patient, ainsi que celle de l'équipe, pour essayer ensuite de passer à autre chose. Il faut donc prendre en considération les angoisses des soignants et tenter de penser ensemble quelque chose de différent, de mettre en place un espace transitionnel avant la sortie du patient.

Nous pourrions, par exemple, rompre avec la répétition, éviter au patient de revivre ces mauvaises expériences, en envisageant le fait qu'il puisse revenir dans de meilleures conditions (moins longtemps, sans isolement ni contention) au travers d'hospitalisations programmées de courte durée, à visée préventive dès que le patient se sent moins bien, que la mère le ressent ou que l'équipe de l'HDJ perçoit les prémices d'une éventuelle décompensation.

Il s'agit donc de travailler les clivages et de tisser un maillage entre la mère et le secteur de psychiatrie, l'HDJ (le suivi ambulatoire) et l'hospitalisation en secteur fermé pour permettre une construction commune cohérente et contenante.

## CONCLUSION

La rencontre avec le patient, pour être thérapeutique, se doit d'être une expérience relationnelle singulière, tout en faisant référence à un fonctionnement psychodynamique global. Dans ces situations complexes où la contenance du collectif de soins est mise à l'épreuve, il s'agit donc de faire un va-et-vient entre les références théoriques et l'expérience en cours. Il s'agit de comprendre les enjeux psychiques émotionnels de l'isolement-contention pour le patient et pour les soignants.

Les nombreux concepts psychodynamiques nous ont aidés à définir la capacité de contenance comme une capacité à assumer une triple fonction de « réceptacle », de « pare-excitation » et de « métabolisation ». Nulle référence n'est faite aux techniques cognitivo-comportementales et aux thérapies brèves car elles ne nous semblent pas permettre de répondre à ces questions-là. Seules les psychothérapies d'inspiration analytique et la psychothérapie institutionnelle répondent à cette logique qui tente de donner un sens aux symptômes pour les éclairer. Elles sont une aide sans équivoque à la capacité de contenance qui passe, comme nous l'avons vu, par l'accueil du symptôme, l'écoute de son sens et sa restitution.

Au terme de ce travail d'élaboration, des lieux et des temps de mise en mots entre soignants nous semblent indispensables pour se situer en dehors de la crise, à distance de ces débordements émotionnels qui empêchent la pensée. Les réunions d'équipe doivent pouvoir être ce lieu et ce temps collectif essentiel pour autoriser le passage de la contention individuelle à la contenance institutionnelle. En effet, dans ces moments à risque de passage à l'acte, pour être dans une démarche de soin

psychothérapeutique, les intervenants autour du patient ne peuvent être seuls, livrés à eux-mêmes. Le travail d'équipe doit être contenu et reconnu dans la complexité de ce travail d'élaboration et de créativité.

Dans la singularité de chacune des situations de crise et de ce qui se rejoue là pour le patient, la pensée ne doit pas être entravée par les tentatives de maîtrise et de contrôle par le biais des protocoles, des consignes, des conduites à tenir... Paradoxalement, l'organisation « pseudo-gestionnaire » actuelle du travail favorise le clivage, le morcellement et la désertification de la pensée, de même qu'elle entretient la pensée magique et l'illusion mortifère du « risque zéro ».

Cette logique « pseudo-gestionnaire de la crise » ne permet pas d'aborder le patient dans sa singularité, sa globalité et sa continuité. Elle est donc à contre-courant et complique singulièrement la fonction thérapeutique de l'équipe, dont fait partie le médecin psychiatre. Ce dernier doit pouvoir être le garant d'une sécurité de base pour son équipe, c'est-à-dire d'être disponible et accessible dans ces situations-là. Il s'agit pour lui de s'ajuster au mieux à l'état émotionnel du patient et de l'équipe à ce moment-là. Il se doit, dans ces moments complexes, de reconnaître les soignants dans leurs compétences, et de préserver et alimenter une capacité de réflexion individuelle au sein du collectif. Il s'agit donc d'essayer d'introduire « un peu de bon » pour permettre à l'équipe de rester suffisamment bonne, avec en arrière-pensée la fameuse question de Jean Oury : « Qu'est-ce que je fous là? ».

Avec O. Kernberg, nous pensons encore que le meilleur soutien que le soignant puisse apporter c'est « sa survie face aux attaques du patient », associée à « une crédibilité, une sincérité, une disponibilité, une honnêteté et une fermeté sans rigidité ». C'est donc « la capacité d'instaurer des limites seulement nécessaires, sans punir, et de se défaire de la toute-puissance et de tout pouvoir sur le patient ».

Ainsi, si nous reprenons notre définition initiale de soignant, qui considère comme soignant la personne qui accueille la souffrance du patient quelle que soit sa fonction et sa place, il nous apparaît donc pouvoir y inclure le médecin, dont la fonction serait à la fois de tenter de soigner le patient et de prendre soin de l'équipe soignante.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bernard C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Baillière; 1865.
2. Bergeret J, editor. Psychologie pathologique: théorique et clinique. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier, Masson; 2012.
3. Golse B, editor. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant: compléments sur l'émergence du langage. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2008.
4. Freud S. L'interprétation du rêve. Paris, France: Presses universitaires de France; 2012.
5. Freud S. Abrégé de psychanalyse. Paris, France: PUF; 2012.
6. Freud S. Au-delà du principe du plaisir. Paris, France: Presses universitaires de France; 2010.
7. Freud S. Le moi et le ça. Paris, France: Presses universitaires de France; 2011.
8. Freud S. Métapsychologie. Paris, France: Presses universitaires de France; 2010.
9. Morasz L. Comprendre et soigner la crise suicidaire. Paris, France: Dunod; 2008.
10. Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. Paris, France: Presses universitaires de France; 2010.
11. Freud S. Leçons d'introduction à la psychanalyse. Paris, France: Presses Universitaires de France; 2010.
12. Freud S. La vie sexuelle. Paris, France: Presses universitaires de France; 2002.
13. Vitse R. Vers un cycle transgénérationnel de la peur? : Transmission intergénérationnelle de l'attachement désorganisé appliquée aux états limites de l'adolescent [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2011.
14. Guédeney N, Guédeney A. L'attachement: approche théorique. Paris, France: Elsevier Masson; 2009.
15. Tonka P. Dialogue avec moi-même: un schizophrène témoigne. Jeammet P, editor. Paris, France: O. Jacob; 2013.
16. Jeammet P. Les addictions ... même combat ? [Internet]. 2013. Available from: [https://www.canal-u.tv/video/universite\\_lille\\_2/les\\_addictions\\_meme\\_combat.12857](https://www.canal-u.tv/video/universite_lille_2/les_addictions_meme_combat.12857)
17. Jeammet N, Jeammet P. Lettre aux couples d'aujourd'hui. Montrouge, France: Bayard; 2012.

18. Jeammet P. Anorexie, boulimie: les paradoxes de l'adolescence. Paris, France: Fayard; 2012.
19. Jeammet P. Pour nos ados, soyons adultes. Paris, France: O. Jacob; 2010.
20. Bergeret J. Freud, la violence et la dépression: l'oedipe et le narcissisme. Paris, France: Presses universitaires de France; 1995.
21. Bergeret J. La violence fondamentale: l'inépuisable Œdipe. Paris, France: Dunod; 2014.
22. Bergeret J. La pathologie narcissique: transfert, contre-transfert, technique de cure. Paris, France: Dunod; 1996.
23. Morasz L. Comprendre la violence en psychiatrie: approche clinique et thérapeutique. Paris, France: Dunod; 2002.
24. Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, France: Payot; 1969.
25. Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J. Développements de la psychanalyse. Paris, France: Presses universitaires de France; 1966.
26. Klein M. Essais de psychanalyse: 1921-1945. Paris, France: Payot; 1976.
27. Kernberg OF. Les troubles limites de la personnalité. Paris, France: Dunod; 2001.
28. Kinoo P, Kpadonou-Fioffi E. Enfant, contenance et contention. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2008;56(3):117–21.
29. Psychiatrie - EM|Premium [Internet]. Available from: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/traite/ps>
30. Sange S. Psychiatrie: ECN. Paris, France: Vernazobres-Gregory; 2010.
31. Bourgeois F. Envisager une contention physique passive. *Rev Infirm.* 2008;(145):43–4.
32. Thibault P. Le recours à la contention. *Infirm Mag.* 2011;281:38–40.
33. Braitman A, Guedji M. Mesures de contention sans isolement. *J Nervure.* 2003;1(XVI):1–5.
34. DDS LC de rédaction de. Chambre d'isolement, contention, hospitalisation sous contraintes. *Droit Déontologie Soins.* 2012;12(3):336–46.
35. Panfili J. Contention et isolement, des contraintes exceptionnelles ? *Object Manag.* 2013;213:18–22.
36. Maillard A. Ethique : La contention physique, un soin de dernier recours. *Soins Gériatrie.* 2008;(73):28–9.
37. Taliana N. Accompagner le délire aux urgences. *Santé Ment.* 2009;142:50–4.
38. Anzieu D. Le Moi-peau. Paris, France: Dunod; 1985.
39. Milleur Y. La contenance comme processus psychique. *Soins Psychiatr.* 2014;295:12–7.

40. Bion WR. Aux sources de l'expérience. Paris, France: Presses universitaires de France; 1996.
41. Grinberg L. Nouvelle introduction à la pensée de Bion. Meyzieu (France): Césura Lyon Edition; 1996.
42. Friard D. Attacher n'est pas contenir. *Santé Ment.* 2004;86:16–28.
43. Panchaud R. L'enveloppement thérapeutique. *Santé Ment.* 2004;86:46–9.
44. Marchal J-L. Les aléas de la fonction contenante. *VST - Vie Soc Trait.* 2008;108(4):14–20.
45. Ball A. Le Pack : entre contenance et contention. *Thérapie Psychomot Rech.* 2007;151:20–30.
46. Guédeney N, Guédeney A. L'attachement: concepts et applications. Paris, France: Masson; 2006.
47. Delion P. Quelques réflexions à propos de la psychothérapie institutionnelle. *Psychiatr Fr.* 2011;41(3):98–109.
48. Cano N, Boyer L. Évolution des pratiques institutionnelles : questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement. *Inf Psychiatr.* 2011;87(7):589–93.
49. Delion P. Actualité de la psychothérapie institutionnelle. *Perspect Psy.* 2012;51(4):342–5.
50. Lecarpentier L. Violence et discontinuité des soins. *Prat En Santé Ment.* 2001;1:30–6.
51. Delion P. Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile. Toulouse, France: Éd. Erès; 2009.

**AUTEUR : CALAMY Delphine**

**Date de Soutenance : 07/07/2015 à 18h**

**Titre de la Thèse : Pour une psychiatrie à visage humain : De la contention individuelle à la contenance institutionnelle**

**Thèse - Médecine - Lille 2015**

**Cadre de classement : Psychiatrie**

**DES + spécialité : DES Psychiatrie**

**Mots-clés : violence, agressivité, instinct, pulsion de vie, pulsion de mort, narcissisme, contention, contenance, psychothérapie institutionnelle**

**Contexte** : L'organisation « pseudo-gestionnaire » actuelle du travail en psychiatrie tend à appliquer des procédures (protocoles, consignes et conduites à tenir, dont font partie l'isolement et la contention mécanique) qui visent à la maîtrise, à la réduction des troubles « de l'adaptation » afin de les faire « rentrer dans une normalité ». A l'opposé de cette logique, ce présent travail interroge sur le comment être face à la violence, plutôt que sur le comment faire face à celle-ci.

**Méthode** : Revue de la littérature ; Lecture clinique.

**Résultats** : La violence peut être comprise comme un acte de vie face à une atteinte narcissique. La capacité de contenance semble être un outil indispensable pour prendre en charge la souffrance des patients, elle assure une triple fonction de « réceptacle », de « pare-excitation » et de « métabolisation ». Soigner la violence consisterait ainsi à l'accueillir, à la canaliser et à lui donner du sens. Au niveau institutionnel, il semble fondamental de proposer des lieux et des temps de mise en mots entre soignants afin de se situer en dehors de la crise, à distance des débordements émotionnels qui empêchent la pensée.

**Conclusion** : C'est en pleine Terreur Révolutionnaire que Pinel et Pussin libèrent les fous de leurs chaînes. C'est au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale que les psychiatres Bonnafé, Paumelle et quelques autres, dont les infirmiers, suppriment les quartiers d'agités et les camisoles qui les accompagnent. L'isolement et la contention mécanique sont ensuite réapparus dans les hôpitaux autour des années 1995 à 2000, dans une psychiatrie en pleine mutation, caractérisée par une triple orientation : neuroscientifique et médicotechnique, sécuritaire, et citoyenne associée au concept de Santé Mentale. L'histoire nous montre que l'utilisation de l'isolement et de la contention mécanique repose davantage sur les représentations de la folie que sur le degré réel de folie ou de violence des patients. En effet, chaque fois que l'on privilégie les techniques aux dépens de l'humain, que l'on oublie le sujet, que l'on considère que le fou est totalement envahi par sa maladie et qu'il est violent par nature, ou même que l'on se remet à penser à une explication génétique et biologique de la folie, les mesures d'isolement et de contention réapparaissent. A l'inverse, chaque fois que l'on considère le fou comme un sujet et que l'on s'intéresse à son discours, les mesures d'isolement et de contention reculent...

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Pierre DELION**

**Assesseurs** : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN, Monsieur le Professeur Pierre THOMAS, Monsieur le Docteur Pierre PARESYS