HAL
open science

Les émotions dans les agirs violents : approche psychanalytique

Claire Favre

To cite this version:

Claire Favre. Les émotions dans les agirs violents : approche psychanalytique. Psychologie. Université René Descartes - Paris V, 2014. Français. NNT : 2014PA05H120 . tel-01195998

HAL Id: tel-01195998

https://theses.hal.science/tel-01195998v1

Submitted on 8 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Ecole Doctorale 261 « Cognitions, Comportements, Conduites Humaines »

Laboratoire de Psychologie Clinique et Psychopathologie (EA4056)

Les émotions dans les agirs violents

Approche psychanalytique

Claire Favre

Thèse de doctorat de psychologie clinique

Dirigée par le Professeur François Marty

Présentée et soutenue publiquement le 16 mai 2014 devant un jury composé de :

Professeur François Marty	Université Paris Descartes	Directeur de thèse
Magali Ravit, MC HDR	Université Lyon 2	Rapporteur
Professeur Bruno Gravier	Université de Lausanne	Rapporteur
Professeur Florian Houssier	Université Paris 13	Membre du Jury
Professeur Françoise Neau	Université Paris Descartes	Membre du jury

Ecole Doctorale 261 « Cognitions, Comportements, Conduites Humaines »

Laboratoire de Psychologie Clinique et Psychopathologie (EA4056)

Les émotions dans les agirs violents

Approche psychanalytique

Claire Favre

Thèse de doctorat de psychologie clinique

Dirigée par le Professeur François Marty

Présentée et soutenue publiquement le 16 mai 2014 devant un jury composé de :

Professeur François Marty	Université Paris Descartes	Directeur de thèse
Magali Ravit, MC HDR	Université Lyon 2	Rapporteur
Professeur Bruno Gravier	Université de Lausanne	Rapporteur
Professeur Florian Houssier	Université Paris 13	Membre du Jury
Professeur Françoise Neau	Université Paris Descartes	Membre du jury

« J’ai personnellement plus de plaisir à comprendre les hommes qu’à les juger. »

Stefan Zweig,

Vingt-quatre heures de la vie d’une femme.

« On regardera le crime comme une maladie, et cette maladie aura ses médecins qui remplaceront vos juges, ses hôpitaux qui remplaceront vos bagnes… »

Victor Hugo, *Dernier jour d'un condamné*.

A la mémoire de Claude Balier, qui fut à l'initiative de cette recherche, mais qui, parti trop tôt, n'a pu en connaître l'aboutissement.

REMERCIEMENTS

Je souhaite en premier lieu remercier Madame Magali Ravit et le Professeur Bruno Gravier d'avoir accepté d'être les rapporteurs de cette thèse ainsi que le Professeur Françoise Neau et le Professeur Florian Houssier pour avoir accepté d'être membre du jury de soutenance.

Je tiens ensuite à remercier tout particulièrement le Professeur François Marty, pour m'avoir accompagnée durant ces années avec une confiance rassurante, et pour m'avoir montré la bonne direction alors que je m'égarais.

Je remercie l'équipe de l'UCSA du centre de détention de Roanne pour son soutien et son accompagnement dans mon évolution de clinicienne et de chercheuse.

Je remercie l'équipe du SMPR de la Maison d'Arrêt de Dijon pour son accueil et son soutien durant la période d'achèvement de ma thèse.

Une pensée toute particulière pour Emilie Bouvard, psychologue et amie, qui m'a beaucoup apporté durant mes études et qui continue aujourd'hui.

A Emeline Garnier, pour nos échanges cliniques et pour sa disponibilité.

A mes collègues de séminaire, pour la richesse des échanges et pour leur soutien.

A mes amis, ils se reconnaitront, toujours là, quoi qu'il advienne.

Je remercie aussi ma famille pour son soutien indéfectible.

Table des matières

INTRODUCTION **14**

I-« Les émotions dans les agirs violents » **14**
II- Vignette clinique **16**

PREMIERE PARTIE :
THEMATIQUE DE RECHERCHE ET PROBLEMATIQUE **21**

I-Choix de la thématique **22**

1) Psychologue clinicienne en milieu carcéral 22
2) De la pratique clinique à la recherche 25

II- Cadre de la recherche **25**

1) Les différents types de prison 25
2) Les dispositifs de soins en milieu carcéral 27
3) Spécificité de la prise en charge en milieu carcéral 28

III-Contexte de la recherche **29**

1) Lieu de recherche 29
2) Problématique 29

DEUXIEME PARTIE :
PERSPECTIVES THEORIQUES **31**

I-Précisions terminologiques **33**

1) Les émotions dans les agirs violents 33

2) « Au commencement… » 35

a) La sensation 35
b) Excitation 36
c) Pulsion 37
d) L'affect 41

e) L'acte 42
f) La représentation 44

II- Revue théorique 47

1) Théorie de l'affect 47
a) André Green 48
b) Le silence des affects 51
- La psychose blanche 51
- La psychose froide 54
- La désaffectation 54

2) L'agir 60
a) Le passage à l'acte 62
b) Recours à l'acte 66
c) Le concept de violence 68
d) Une clinique de l'agir 73

3) Les fonctionnements limites 76
a) Historique 76
b) Définitions des fonctionnements limites 78
c) Les mécanismes de défense 80
d) Le fonctionnement narcissique 85
e) Les personnalités spécifiques 88
f) La question du traumatisme 90
g) Synthèse fonctionnements limites 92
L'hyperesthésie relationnelle 92
l'hétéronomie et le faux-self 93

4) Les fonctionnements psychosomatiques 96
a) Définitions et postulats 96
b) les modèles fondateurs 98
c) Les modèles contemporains 108
d) Concept de mentalisation 121
e) Synthèse et positionnement vis-à-vis de la théorie psychosomatique 124

5) Agirs,émotions,fonctionnements limites et fonctionnements psychosomatiques 128

TROISIEME PARTIE :
METHODOLOGIE 133

I-Problématique et hypothèses 134

1) Rappel de la problématique 134

2) Hypothèses 134
a) Hypothèse générale 134
b) Hypothèses théoriques 135

II- Méthodologie 137

1) L'étude de cas 137
2) Population 139

III-Hypothèses opérationnalisées 140

QUATRIEME PARTIE :
ANALYSE CLINIQUE 143

I-Cas cliniques ..... Erreur ! Signet non défini.
1) Cas clinique Jean-Baptiste ..... **Erreur ! Signet non défini.**
2) Cas clinique Echo ..... **Erreur ! Signet non défini.**
3) Cas clinique Sacha ..... **Erreur ! Signet non défini.**
4) Cas clinique Iakov ..... **Erreur ! Signet non défini.**
5) Cas clinique Dorian ..... **Erreur ! Signet non défini.**

II- Discussion 144

CONCLUSION ET THERAPEUTIQUE 156

Bibliographie 164

INTRODUCTION

Introduction

I- « Les émotions dans les agirs violents »

« Les émotions dans les agirs violents », le titre de cette thèse, plusieurs fois changé, porte en lui les traces d'une réflexion théorico-clinique vis-à-vis de patients incarcérés pour des crimes violents. Nous abandonnerons rapidement le vocabulaire judiciaire pour nous recentrer sur la clinique de l'agir, bien plus empreinte d'une épistémologie qui nous est propre.

Chez ces patients, le rapport à l'affect semble parfois absent. Un affect absent, non psychisable comme la violence de leurs agirs. Un impensé qui génère de l'impensable. Il semblerait alors que cette « clinique de la non pensée » nous empêche de penser.

« Face à l'extrême violence du passage à l'acte, le clinicien est d'abord paralysé, pétrifié dans un univers dramatiquement coloré par une absence totale d'empathie. » (Ravit, 2010)

Peut-être fallait-il se lancer dans « l'aventure de la recherche » pour remettre en route notre capacité à penser ?

A quoi pouvons-nous psychiquement nous raccrocher lorsque l'horreur et la sidération nous envahissent ?

De quels mécanismes relèvent ces vécus issus de la rencontre ? Le patient nous envahit-il de son incapacité à se représenter psychiquement ce qui l'affecte, à la manière de la projection ou de l'identification projective, ou vient-il nous empêcher de penser, à sa manière, comme une répétition des agirs ?

Nombreux sont les questionnements et tout aussi nombreuses sont les réponses. Mais nous avons souhaité nous plonger au cœur du sujet, au cœur de l'affect et de ses origines.

En réfléchissant sur nos attitudes, notre contre-transfert, nous avons pris conscience que notre capacité empathique, notre « tact psychique » ne peut se déployer qu'associé à une forme de césure entre la représentation et l'affect, entre la scène et l'émotion. Bien souvent, la scène ne se représente pas sous nos yeux, elle existe, tout en étant irreprésentée au niveau visuel. C'est à cette condition-là que nos capacités de

contenance et d'écoute sont fonctionnelles. Nous avons pris conscience de l'utilité de cet « aménagement inconscient», lorsque, dans le cadre d'une recherche nous avons lu certaines des expertises de nos patients. La scène était bien la même que celle décrite par le patient, mais, en dehors du cadre de l'entretien, la lecture des faits nous a envahie, nous a saturée. Nous étions sidérée, comme vidée psychiquement.

Par ailleurs, parallèlement à notre travail de clinicienne en milieu carcéral, il nous était plus difficile de « regarder » les formes de violences telles qu'elles sont véhiculées aujourd'hui : médias, cinéma, littérature policière. D'un autre côté, nous avons augmenté notre lecture d'auteurs décrivant minutieusement et fidèlement les émotions humaines, entre autres Zweig, Goethe, Hugo. Être rapidement saturé dans sa capacité de gestion des stimulations visuelles violentes et d'un autre côté, se nourrir des émotions transmises par le biais des lectures.

Toutes ces considérations ont trait à notre ressenti, notre propre vécu émotionnel, en lien avec la prise en charge des auteurs d'agirs violents.

Ainsi, nous allons nous intéresser spécifiquement au fonctionnement psychique du patient.

II- Vignette clinique

Nous recevons Monsieur R au Quartier Disciplinaire (QD), à sa demande. Nous apprendrons lors du premier rendez-vous que cette rencontre est indirectement à l'initiative du juge d'application des peines (JAP), qui incite depuis plus de deux ans Monsieur R à rencontrer un psychologue. En effet, Monsieur R est un détenu qui a été transféré d'une prison à une autre pour des raisons disciplinaires une douzaine de fois et qui est au QD depuis environ 6 mois (la loi limite la durée de la peine à quarante-cinq jours, sauf circonstances exceptionnelles). Toutes ses peines, de la peine initiale aux peines ajoutées durant l'incarcération sont des peines pour des faits de violence hétéroagressive.

Pour des raisons de sécurité, Monsieur R étant signalé par l'administration pénitentiaire comme un individu dangereux au comportement hétéro-agressif et sthénique, nous sommes accompagnée d'une infirmière lors des entretiens psychologiques au QD.

Lors du premier entretien, Monsieur R se présente avec une attitude calme mais défiante ainsi qu'un contact froid. Son attitude défensive s'atténuera au cours de l'entretien, lorsque nous aurons pris le temps de préciser notre fonction et notre indépendance vis à vis de l'administration pénitentiaire.
Il nous explique alors que l'environnement n'a aucun impact sur lui, que sa situation actuelle (placement au QD avec toutes les privations qui y sont associées) lui importe peu et qu'il ne souffre pas de l'incarcération. Il exprime ne rien ressentir mais parfois « péter les plombs », sans en connaître l'origine. Sa revendication principale est qu'on le laisse seul en cellule (ce qui est d'ailleurs le cas au QD) car « je ne me supporte déjà pas moi-même, donc vous imaginez les autres ! ».
Nous pouvons comprendre de Monsieur R qu'il a peu accès à son monde interne, n'est quasiment pas en lien avec ses émotions et qu'il abandonne (ou n'a jamais connu) la voie de la mentalisation pour emprunter celle de l'agir. Ici, on ne parle pas de « carence » de mentalisation mais de « défense » contre sa conflictualité psychique, qui, ne pouvant se gérer sur un mode interne, ne va trouver d'issue que sur la place externe.

Lors du second entretien, toujours au QD et toujours accompagnée d'une infirmière, la froideur et la mise à distance des affects ne sont plus aussi patents. Il évoque son mode de fonctionnement psychopathique, qui, il le reconnaît, ne lui convient pas. « Je suis un psychopathe, je ne supporte pas les frustrations, c'est ce qu'il y a marqué dans mes conclusions d'expertise, ce n'est pas moi qui le dit, c'est l'expert ! » Il souhaiterait pouvoir fonctionner autrement. « Je ne me reconnais pas, ce n'est pas moi ». Lors de cette deuxième rencontre, de la pensée

apparaît. Elle apparaît dans l'après-coup de ses agirs, mais elle apparaît. Il critique ses agirs et reconnaît que d'autres moyens de fonctionner existent. Il y a deux jours, il a mis le feu à sa cellule car le surveillant ne répondait pas à l'une de ses requêtes. Aujourd'hui il peut exprimer son ressenti avant et au moment de mettre le feu.
« J'ai frappé à la porte pour que le surveillant me donne mon poste (de radio), il m'a ignoré pendant plusieurs heures… Je me sentais mal, j'avais l'impression que je disparaissais, il fallait que je le fasse réagir, il n'avait pas le droit de m'ignorer comme ça ! Le feu, au moins ça l'a fait venir, lui et les autres. »
C'est une sensation d'effondrement narcissique telle, qu'il est prêt à tout pour ne pas qu'on l'oublie. Quitte à se mettre en danger. Se sentir oublié, inexistant, des angoisses d'abandon et d'effacement si envahissantes que l'agir doit venir arrêter cette pensée impensable. Il nous dit toujours que le QD ne lui fait rien, mais nous sentons une lutte active contre un effondrement narcissique.

Au troisième entretien, nous le recevons seul car il n'est plus au QD mais en détention. Il doit par ailleurs passer le lendemain au prétoire et va reprendre une peine de QD pour le feu mis à sa cellule.
Monsieur R est globalement dans l'introspection, même si l'on observe toujours un fond défensif. Au moment de mettre fin à l'entretien, il va nous demander s'il peut poser une question, question qui n'en sera pas une. C'est avec cette formulation qu'il nous parle de sa vie, de ce qui l'a conduit ici, et de ses ressentis. L'authenticité sous-tend ce discours évoquant son histoire de vie, ses angoisses, ses peurs, ses déceptions, ses émotions. Il pleurera d'ailleurs à certains moments de son récit. A la fin de l'entretien il s'excuse d'avoir pris de notre temps pour évoquer tout cela, mais qu'il n'en avait jamais parlé auparavant. Ici, nous pouvons dire qu'il était tout à fait en lien avec son monde interne.

Le quatrième entretien est à sa demande, deux jours plus tôt que le rendez-vous initialement prévu. Monsieur R est de nouveau au QD car il a refusé d'être à plusieurs en cellule. Accompagnée d'une infirmière, nous nous retrouvons face à un patient très en colère et très agité au niveau psychomoteur, traduction de son excitation psychique à peine contenue. Penser semble lui être insupportable. Il ne supporte plus le QD, ne supporte plus la détention, ne se supporte plus lui-même. Il veut être transféré dans un autre établissement. Les émotions, grandes absentes des premiers rendez-vous, sont présentes mais ne sont pas gérables. Fuir, se fuir, semble se présenter comme l'unique solution.

Les entretiens psychologiques lui permirent de se reconnecter avec son monde interne, sans intrusion, sans forçage, du fait du cadre proposé. Sa froideur et son indifférence affective étaient donc bien une défense contre les émotions qui risquaient de le submerger.

Une angoisse insupportable, un effondrement, une lutte contre la folie (« je deviens fou »), voilà ce que nous renvoyait Monsieur R. Un sentiment de débordement par son vécu interne, qu'il était incapable de digérer. Il nous projetait son vécu d'impuissance ; « vous ne pouvez rien pour moi ! », ses pulsions agressives et autodestructrices ingérables… Se décharger était la seule façon de survivre. Se décharger d'un vécu interne insupportable.
Un temps, un instant, nous vivions ce sentiment d'impuissance, à la manière de l'identification projective ; « Et si la psychologie ne pouvait rien pour lui ? Peut être aurait-il fallu que la rencontre ne se fasse pas, qu'il ne se rencontre pas lui-même ? »
Rapidement, nous avons pris conscience que si Monsieur R s'effondrait, hurlait, luttait c'était aussi parce que nous lui proposions un cadre et un étayage où nous pouvions l'aider à contenir et à digérer ses vécus internes insupportables. Du moins nous le pensions tant que le cadre pouvait exister. Un matin, l'administration pénitentiaire nous apprenait son transfert dans un autre établissement. Et là nous réalisons toute la difficulté à pérenniser le travail de clinicien dans un lieu qui n'est pas un lieu de soin. Qu'au même titre que les détenus, nous ne maîtrisons que peu de chose et nous ne pouvons jamais anticiper (le transfert d'un détenu pour raisons disciplinaires peut se faire extrêmement rapidement).

Notre sentiment d'impuissance se réactualisait, Monsieur R aurait-il dû faire cette rencontre, pour revivre, une fois de plus un sentiment d'abandon ? Nous savions que si nous pouvions lui proposer un cadre rassurant et qui restait entier malgré les attaques, qu'en serait-il dans sa nouvelle détention ? Les psychopathes n'ont pas bonne réputation auprès des intervenants du milieu carcéral, tant ils projettent une agressivité sur toute personne rencontrée. Et ce début de rencontre ne fut pas des plus agréables pour Monsieur R, peut être ne voudra t-il plus se confronter à toute forme de soins psychiques ?

Cette vignette clinique illustre certains de nos questionnements sur la prise en charge. *Vignette* et non *cas clinique,* c'est pourquoi nous n'approfondissons pas avec le matériel clinique des entretiens. Ici, nous souhaitons illustrer la dynamique, la succession de ces entretiens.
En effet, ils soulèvent certains questionnements inhérents à la prise en charge de patients incarcérés.

Tout d'abord, le rapport aux émotions. Emotions absentes, émotions débordantes, Mr R représente à des temps différents les types de rapport aux émotions que l'on rencontre chez certains patients incarcérés. Peut-être sont-elles à opposer, dans leurs fonctionnements différents, peut-être sont-elles à comprendre comme possédant une seule et même étiologie ?

D'une tentative d'opposition de ces différentes modulations des émotions, nous pouvons comprendre qu'elles ont toutes deux une même origine, un envahissement du psychisme par les émotions. S'en couper serait donc un moyen de défense, les projeter sur la scène externe aussi. L'écoulement homéostasique, stable et intégratif de l'émotion ne pouvant se faire.

Cette prise en charge illustre la part défensive et non déficitaire des patients « coupés » de leurs émotions, froids, opératoires, alexithymiques. Il n'y aurait pas un défaut vis-à-vis des émotions mais une défense ? Dans ce cas, c'est une notion à intégrer dans la prise en charge du patient.

Il faut, afin de comprendre cela, nous intéresser aux émotions, dans leur définition et origine. Nous utilisons le terme émotions, mais est-ce le bon terme ? Pourquoi pas affects ? Sentiments ? Pulsions ? Sensations ? En avançant que l'émotion est un terme générique, afin de simplifier la compréhension de ce texte avant les précisions sur ce sujet, nous reviendrons sur les définitions et la genèse des émotions selon les conceptions étymologiques et psychanalytiques.

Aussi, le cas de Mr R soulève la spécificité du milieu. En effet, le milieu carcéral est un lieu bien particulier, et nous ne pouvons faire l'impasse d'en préciser les particularités et leurs impacts sur les personnes détenues et sur les soignants.
Immédiatement imbriqué dans ce milieu carcéral se retrouve le soin. Invité et non propriétaire des lieux, il nous faudra revenir sur son historique en milieu carcéral. Le cadre de soin, qui se veut hermétique, lutte tout de même contre les régulières tentatives d'effractions et la « porosité ambiante ».

De plus, cette vignette clinique souligne aussi la question de l'incitation au soin. Volontairement, nous n'utilisons pas le mot « contrainte » car, contrairement aux idées reçues, il n'y a pas de contrainte en milieu carcéral mais une incitation. Le soin sous contrainte étant une peine, un détenu ne peut purger deux peines en même temps : la

peine d'obligation ou d'injonction de soin prendra effet à la suite de sa peine de privation de liberté.
Ainsi, la non-demande et ses répercussions chez le patient et le soignant seront questionnées.

Enfin, la question du transfert / contre-transfert sera évoquée dans un lieu si spécifique et au contact de patients si particuliers : le transfert des patients, au regard de leur personnalité et de leur vécu ancien et actuel ainsi que le contre-transfert du soignant en réponse au vécu émotionnel des patients.

PREMIERE PARTIE :

THEMATIQUE DE RECHERCHE ET PROBLEMATIQUE

I- Choix de la thématique

1) Psychologue clinicienne en milieu carcéral

Il est important d'expliquer ce qui nous a amenée à orienter nos études et notre travail dans le domaine particulier du milieu carcéral. En effet, avec un certain recul, nous nous rendons compte que ces choix, loin d'être anodins, sont en lien avec une volonté de comprendre, de mettre des mots et du sens sur ce qui est si loin de nous. Le travail et la recherche auprès d'auteurs d'actes violents s'insèrent dans ce que nous pouvons nommer les « Cliniques de l'extrême », pour reprendre le titre d'un ouvrage dirigé par Marty et Estellon (2012).
Ainsi, dans la préface de cet ouvrage, Pommier (2012) précise les différentes cliniques de l'extrême et leurs conséquences.

> Pas plus que l'on ne peut ignorer les représentations ordinaires de l'extrême, on ne saurait donc réfuter sa qualité souvent extraordinaire, sachant qu'il est toujours tentant d'entrer soit dans l'idéologie de la peur collective quand l'événement échappe à la représentation, soit dans la victimisation quand c'est la représentation qui devient trop forte, et que l'on doit s'efforcer au contraire de restituer l'extrême, ordinaire ou non, dans le contexte naturel d'une existence humaine. (Pommier, 2012, p14)

Lors de la sortie du livre *Médecin chef à la prison de la Santé* en 2001, nous avions été frappée de découvrir un monde que nous ne connaissions pas. Un monde intégré dans la ville mais oublié voire ignoré de tous. Nous ne nous étions jamais fait de représentation précise de ce qui s'y passait et du vécu de ces hommes incarcérés. Voilà, que brutalement, le témoignage de Dominique Vasseur nous imposait une représentation des plus insupportables : la souffrance d'hommes incarcérés, tentant par tous les moyens de la crier.

Avec du recul, ce qui nous avait interpellé et choqué, c'était l'utilisation consciente ou non de leur corps pour traduire leurs angoisses. La parole, la plainte verbale, n'était pas suffisante pour permettre la prise en compte de la douleur psychique, l'agir prenait ainsi

le relais comme ultime tentative de communication. Pour nombre d'entre eux, l'agir avait lieu sur le seul espace de liberté encore présent dans ces lieux de privation : leur corps.

Cette notion est aujourd'hui traitée dans cette recherche, à un niveau psychopathologique. La prison, si on n'en parle pas, cela n'existe pas. Un déni collectif et sociétal qui, tel un accord tacite, convient à beaucoup de monde. Et finalement nous convenait peut être. Mais maintenant que le voile était levé, nous ne pouvions rester avec ces images, ces représentations, et ne rien en faire. Cette lecture révélatrice coïncidait avec notre entrée dans le monde étudiant, nous avons décidé d'agir par le biais du milieu associatif. L'association GENEPI (Groupement Etudiants National d'Enseignement auprès des Personnes Incarcérées) avait la double mission d'intervenir directement auprès de la population pénale et de sensibiliser le public, ce qui nous convenait parfaitement. Nous avons donc commencé à côtoyer le milieu carcéral non pas par le service de soins mais par l'intérieur de la détention. Dans une double cellule aménagée en salle d'activités, nous recevions, à deux étudiants, entre cinq et huit détenus afin de leur enseigner le français. Un public réfractaire à l'enseignement certes, aux parcours émaillés d'échecs et de ruptures scolaires, mais touché d'apprendre que des « jeunes étudiants » se souciaient d'eux.

Parallèlement à cette activité bénévole, notre cursus universitaire se précisait, les stages dans les services de soins en milieu carcéral confirmaient notre orientation clinique. Un premier mémoire permit de nous familiariser avec la théorie de Claude Balier, rencontré personnellement dans ce cadre-là.

Lors du Master Recherche, notre mémoire intitulé *passage à l'acte et alexithymie* tentait de répondre à des questions restées en suspens vis-à-vis de patients très désaffectivés.

Un premier poste de psychologue clinicienne dans l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoire d'un centre de détention ne fit que réactiver les questionnements inhérents à la prise en charge de patients incarcérés.

Cette posture de questionnements qui part de la pratique pour aller vers la théorie est à prendre en compte, puisqu'elle permet au moins de comprendre que, sans idée préconçue, sans préjugé, nous nous sommes laissée interpeller. Notre regard sur les

patients était plus ou moins exempt de théorie et plutôt que de percevoir un phénomène à l'aide de la théorie (ce qui en modifie sa perception), nous cherchions à comprendre un phénomène perçu à l'aide de la théorie.

Ainsi, la prise en charge d'un grand nombre de patients auteurs d'agirs violents ne peut se faire sans soulever bon nombre de réflexions. Nous ne pouvons faire l'impasse d'analyser les vécus transféro-contre-transférentiels jaillissants de la rencontre thérapeute / patient. S'il est évident qu'ils sont à prendre en compte dans toutes relations thérapeutiques, cela est d'autant plus important que le fonctionnement de ces patients achoppe dans la relation à l'autre. L'agir violent sidère, empêche de penser de par sa dimension impensable. Le rapport du sujet à son acte, qui parfois s'exprime par une incapacité à mettre des mots dans l'après-coup, sidère d'autant plus. Cela vient signer un fonctionnement général plus que le fonctionnement d'un moment. Et si l'agir n'est aujourd'hui plus présent, le fonctionnement est globalement le même. Et cela se ressent. Cela sidère, cela inquiète, cela laisse impuissant. Tout autant de ressentis que de fonctionnements.

De plus, il est important de préciser que cette thèse ne se penche pas sur le concept de dangerosité. La dangerosité et son évaluation est un après, un futur. Nous nous intéressons à l'actuel, au passé qui impacte l'actuel. Nous tâchons d'observer, de comprendre, et non de juger. Notre rôle de soignant est de soulager une souffrance et non de répondre à une politique de défense sociale. Dans l'instant de la rencontre, ce n'est pas la protection de la société qui nous intéresse mais le sujet. Le soulagement d'une souffrance, l'aide à la compréhension d'un fonctionnement a sûrement pour effet l'amélioration de la personne et par conséquence la diminution des réitérations pathologiques.

2) De la pratique clinique à la recherche

De cette posture de clinicienne ont pu émerger des questionnements à l'origine de la thèse. Quels sont les processus à l'origine des agirs violents ? Quels types de prise en charge pour ces patients qui verbalisent peu ? Peut-on parler d'un fonctionnement derrière un type d'acte spécifique? Quel est la place du corps dans le fonctionnement de ces patients ?

Le sujet ne se résume pas à son acte mais l'agir violent vient signer un dysfonctionnement processuel, et c'est ce dysfonctionnement qui nous intéresse. L'agir est un symptôme qui souligne une souffrance psychique. Certes l'agir peut venir éclairer un fonctionnement, mais c'est surtout ce qui a précédé l'acte qui nous intéresse.

II- Cadre de la recherche

1) Les différents types de prison

Selon le dictionnaire historique de la langue française (1998), le mot prison est issu du latin prehensionem, issu lui-même de prehensio : « action de prendre », « action d'appréhender quelqu'un au corps ». Par métonymie, au-delà de la privation de liberté, la prison sert surtout à nommer le lieu de cette privation.

Aujourd'hui, le mot prison est un terme générique qui recouvre différents lieux de privation de liberté. Il est important de définir ces différents lieux d'incarcération car ils comportent une prise en charge, une mission et un régime de détention spécifiques.

En France, en 2013, il existe 190 établissements pénitentiaires répartis entre des Maisons d'Arrêt et des établissements pour peine.

Au sein d'une prison, il est possible de trouver un quartier « hommes », un quartier « femmes », et un quartier « mineurs ». Ces quartiers ne communiquent pas entre eux. L'âge légal d'incarcération au quartier mineur est entre 13 et 18 ans. Les mineures femmes sont incarcérées aux quartiers femmes.

- **Les Maisons d'Arrêt**

Au nombre de 98[1], ce sont des prisons qui reçoivent des personnes prévenues (dans l'attente d'un jugement) ainsi que des personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans.
A l'origine, la Maison d'Arrêt correspondait à un lieu de garde dans l'attente (mise aux arrêts) d'un jugement et de la peine qui en découle. Aujourd'hui elle correspond toujours au lieu d'attente mais aussi à un lieu d'exécution de la peine.

Le régime de détention est assez strict, les portes des cellules sont fermées et l'accent est mis sur le fait d'empêcher au maximum la communication avec l'extérieur pour les personnes prévenues (pour éviter de faire pression sur un témoin par exemple). Pour des raisons pratiques, ces restrictions s'appliquent à toutes les personnes incarcérées en maison d'arrêt, qu'elles soient prévenues ou condamnées.

- **Les établissements pour peines**

Il existe 85 établissements pour peine, répartis en Maison Centrale (6), Centre de Détention (25), Centre de Semi-Liberté (11).
Les Centres Pénitentiaires sont des établissements mixtes qui se composent de deux quartiers différents (Maison d'Arrêt / Maison Centrale ; Maison d'Arrêt / Centre de détention).

Les *Maisons Centrales* accueillent des détenus condamnés à de longues peines et/ ou présentant des risques. Le régime est axé sur la sécurité.
Les *Centres de Détention* reçoivent des détenus ayant une peine supérieure à deux ans avec un régime de détention axé sur la réinsertion.
Les *Centres de Semi-Liberté* sont des établissements pour des détenus bénéficiant du régime de semi-liberté. Ce régime permet d'effectuer une peine tout en travaillant à l'extérieur par exemple. Cela peut aussi s'appliquer pour une formation ou des soins somatiques importants.

[1] Chiffres : justice.gouv.fr

- Les *Etablissements Pour Mineurs* sont des établissements accueillant exclusivement des mineurs. Il en existe actuellement 6 en France. Ils ont été créés pour renforcer le dispositif d'accueil des mineurs incarcérés (13-18ans).

2) Les dispositifs de soins en milieu carcéral

L'année 1994 correspond à un tournant dans la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées. En effet, avec la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, l'accès aux soins vise à être identique à ceux dispensés en milieu libre. Pour cela le service public hospitalier va remplacer l'administration pénitentiaire et dispenser des soins aux détenus de manière globale, somatique et psychologique, curative et préventive.

Actuellement, le dispositif de soins en milieu carcéral comporte des UCSA, des SMPR, des UHSI et des UHSA.

Les UCSA, crées lors de la loi de 1994, sont des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires installées à l'intérieur de la prison et sont en lien étroit avec les hôpitaux de rattachement. A l'exclusion des prisons comportant un service spécifique de prise en charge psychiatrique (SMPR), les UCSA dispensent des soins somatiques et psychiatriques aux détenus.

Depuis 2004, des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) accueillent des patients détenus pour des hospitalisations somatiques programmées.

Les SMPR correspondent à des Services Médicaux-Psychiatriques Régionaux,

Depuis 2010, à l'instar des UHSI, des UHSA (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées) permettent l'hospitalisation psychiatrique sous contrainte ou non de patients détenus.

3) Spécificité de la prise en charge en milieu carcéral

Si l'indépendance des soins vis-à-vis de l'administration pénitentiaire et de la justice est une évolution indéniable, certaines confusions subsistes, réelles ou fantasmées, entachant la rencontre patient – thérapeute.

Les confusions portent d'une part sur l'indépendance des soins vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, et d'autre part sur la confusion qui subsiste entre les « psy » mandatés par la justice (experts) et les « psy » relevant du soin . Il faut dire que, dans les méandres carcéraux, le sujet peut avoir quelques difficultés pour ne pas se perdre. (Re)Clarifier les positionnements de chacun ne sera jamais superflu. Nous nous devons d'être dans un respect des missions de chacun et non dans un glissement des missions où chacun portera un jugement sur le fonctionnement de l'autre.

III- Contexte de la recherche

1) Lieu de recherche

Le lieu de recherche est aussi à prendre en compte. De nombreux facteurs interviennent dans la prise en charge. Ils ne sont pas à exclure mais il faut souligner l'influence ou l'impact sur le fonctionnement du patient et du thérapeute, et par conséquent du chercheur. Démêler ce qui appartient au milieu dans lequel nous sommes insérés (thérapeute et patient) permet d'approcher au plus près du fonctionnement du patient. Ces variables seraient nommées « parasites » en statistiques et nous tenterions de les contrôler afin d'être au plus près de ce qui influence l'agir. Or, ici, nous prenons en charge le sujet dans sa globalité, dans un milieu spécifique, et loin de pouvoir ou vouloir tout contrôler (nous ne pouvons extraire le sujet du milieu prison par exemple), nous tâcherons d'être lucide sur certains facteurs modifiant le fonctionnement initial du sujet.

De plus, il faut avoir conscience que nous sommes dans l'observation d'un fait dans l'après-coup. La compréhension de l'agir violent au regard des émotions ne se fait pas au moment du passage à l'acte mais souvent des années après. La prise en charge de patients en centre de détention fait qu'ils sont tous jugés et à distance de leurs agirs.
De la même manière, la verbalisation sur leur passage à l'acte est déjà une reconstruction. En effet, des mots sont posés, dans l'après-coup, sur un acte où justement les mots ont failli.

2) Problématique

Les différents éléments théoriques ont permis de préciser notre objet de recherche qui porte sur les émotions dans les agirs violents. Les auteurs d'agirs violents semblent présenter des fonctionnements plus complexes qu'une simple carence de mentalisation. La compréhension de leur fonctionnement pourrait-elle mettre en valeur un niveau défensif et processuel plutôt que carentiel ?

Le fonctionnement des patients auteurs d'agirs violents ne semble pas trouver son essence dans une distinction entre les auteurs d'agirs violents et les auteurs d'agirs violents sexuels, mais de manière générale, dans les rapports dynamiques et processuels aux affects. Les théories sur les fonctionnements limites et sur les fonctionnements psychosomatiques semblent pouvoir éclairer nos questionnements.

La réflexion sur les agirs violents pourrait se faire au regard des émotions. Que ce soit chez les sujets auteurs de recours à l'acte ou de passage à l'acte, selon les théories de Balier (1988), le rapport à l'émotion nous semble être particulier et se doit d'être investigué. Ne serait-ce pas, dans les deux cas, à rapprocher d'un risque de désorganisation psychique face à des émotions débordantes ? Mais quelles seraient alors les différences entre les deux types d'agirs ?

DEUXIEME PARTIE :

PERSPECTIVES THEORIQUES

Il est écrit : Au commencement était le verbe *! Ici je m'arrête déjà ! Qui me soutiendra plus loin ? Il m'est impossible d'estimer assez ce mot, le verbe ! Il faut que je le traduise autrement, si l'esprit daigne m'éclairer. Il est écrit :* Au commencement était l'esprit *! Réfléchissons bien sur cette première ligne, et que la plume ne se hâte pas trop ! Est-ce bien l'esprit qui crée et qui conserve tout ? Il devrait y avoir :* Au commencement était la force *! Cependant tout en écrivant ceci, quelque chose me dit que je ne dois pas m'arrêter à ce sens. L'esprit m'éclaire enfin ! L'inspiration descend sur moi, et j'écris consolé :* Au commencement était l'action *!*

Goethe, *Faust, 1808*

Dans les Ecritures, il est écrit : « Au commencement était le Verbe. » Non ! Au commencement était l'émotion. Le Verbe est venu ensuite pour remplacer l'émotion, comme le trot remplace le galop, alors que la loi naturelle du cheval est le galop ; on lui fait avoir le trot. On a sorti l'homme de la poésie émotive pour le faire entrer -dans la dialectique, c'est-à-dire le bafouillage, n'est-ce pas ? »

Louis-Ferdinand Céline, 1957,

Interview Louis-Ferdinand Céline vous parle

I- Précisions terminologiques

1) Les émotions dans les agirs violents

Cette thèse porte sur « les émotions dans les agirs violents ». Autant de termes qui nécessitent une précision terminologique. En effet, nous avons choisi d'employer le mot émotion et celui d'agir en tant que terme générique qui englobe différentes acceptions. Le mot violence comporte, par essence, une des idées majeures de notre thèse.

D'une part, le titre de notre thèse comporte le mot émotion et non celui d'affect, bien que l'orientation de notre recherche soit psychanalytique. Ce choix se doit d'être expliqué. En effet, la définition du mot « émotion » ne fait pas consensus. L'article de Kleinginna et Kleinginna (1981), recense plus de 92 définitions repérées dans la littérature scientifique du mot émotion. Mais nombreux sont les auteurs contemporains qui décrivent l'émotion comme un système de réponses intégrant différents niveaux : physiologique, comportemental et cognitif. (Luminet, 2002).

Au niveau étymologique, le mot « émotion » vient du latin motio : « mouvement » et ex-movere : « mettre en mouvement, remuer, ébranler ».

Le Petit Robert (2007) en donne la définition suivante : « Etat de conscience complexe, généralement brusque et momentané, accompagné de troubles physiologiques. »

L'émotion est un mouvement vers l'extérieur. Ce mouvement, cet aspect dynamique qui se donne à voir par des traductions comportementales et physiologiques nous importe fortement car c'est la traduction comportementale démesurée, l'agir violent qui est pour une part, notre objet de recherche. Bien évidemment, nous analyserons, à côté de la traduction comportementale, l'expérience interne et privée de l'émotion, c'est-à-dire l'affect.

D'autre part, le terme « agir » est lui aussi un terme générique qui peut souligner une pluralité de concepts: acte, action, mise en acte, passage à l'acte, recours à l'acte agieren, acting out, etc. C'est dans son acception la plus généraliste que nous

l'utiliserons. L'emploi de termes plus spécifiques sera précisé dans la partie théorique sur l'agir afin de souligner des fonctionnements psychiques particuliers.

Enfin, le terme violence est choisi et préféré au terme agressivité, précisément en ce qu'il comporte étymologiquement la notion de vie (bio : « la vie »). La violence est une tentative pour rester en vie (psychiquement). C'est une défense psychique contre un risque de débordement pulsionnel. Ce n'est pas une adresse faite contre l'autre mais une solution de secours contre soi. Cette perspective rejoint la définition donnée par Marty (2007) dans l'introduction du collectif transformer la violence ? où « La violence pourrait ainsi être pensée comme une réaction à un sentiment profond de menace contre lequel il faudrait se défendre.p13

Dans une approche plus psychanalytique, nous nous intéressons au processus dynamique et génétique de construction du psychisme.

Au commencement était l'acte, termine Freud (1913) dans son ouvrage Totem et Tabou, en empruntant cette citation à Goethe (1808). Céline (1957) précise, lui, qu'au commencement était l'émotion. La bible, elle, qu'au commencement était le verbe. Parmi toutes ces affirmations, comment voir avec précision le développement du psychisme et son rapport à l'émotion, à l'agir, à la parole ?

L'avènement de la pensée permet un passage de la sensori-motricité à la capacité de représentation, de symbolisation. Ainsi, pouvons-nous affirmer, à notre tour, qu'au commencement était la sensation. La sensation devient excitation, puis pulsion. La pulsion trouve à son tour son expression dans une forme de représentants psychiques. Ces représentants psychiques sont les représentants-affects, les représentants-représentation de choses et les représentants-représentation de mots. Ainsi, on observe comme représentation de la pulsion : l'affect, la représentation mentale et le langage. Une autre voie d'expression de la pulsion étant, lorsqu'elle ne peut se représenter, l'agir. Sensation, excitation, pulsion, représentation, affect, agir, tous ces mots sont à définir.

Nous devons préciser que cette partie est introductive et la notion d'affect et d'agir, thèmes centraux de notre recherche, feront l'objet d'une réflexion plus poussée dans les prochains chapitres.

2) « Au commencement… »

a) La sensation

Au niveau du Petit Robert (2007), la sensation correspond à « un phénomène psychophysiologique par lequel une stimulation externe ou interne a un effet modificateur spécifique sur l'être vivant et conscient ; état ou changement d'état ainsi provoqué, à prédominance affective (plaisir, douleur) ou représentative (perception). »
Ainsi, selon cette définition, généraliste certes, il est possible de comprendre que la sensation évoluera dans une tonalité affective ou dans une forme de perception.
Aussi, une distinction est à faire entre la sensation et la perception.

La perception correspond à un « acte ou opération de l'intelligence, représentation intellectuelle. Fonction par laquelle l'esprit se représente les objets (…). » Petit Robert (2007).
La perception est une sensation appréhendée. Rousseau résume cette notion dans une célèbre phrase : « nos sensations sont purement passives, au lieu que toutes nos perceptions ou idées naissent d'un principe actif qui juge. »

Dans le collectif « les liens corps esprit, regards croisés de cas cliniques » de Jaquet (2014), un parallèle est fait entre le *travail du rêve* de Freud (1901) et un *travail de la sensation* : « De façon similaire et aussi complexe, nous avons vu qu'il existe aussi un « Travail de la sensation », qui transforme une sensation objective et inconsciente en perception consciente et subjective. » p42

Selon Chabert (2009), la perception est un espace d'échange entre dedans et dehors, c'est pour cela qu'elle relève de la surface. Au niveau de la perception, « ses mécanismes assurent le contact entre le monde extérieur, appréhendé dans sa réalité sensorielle, et le monde intérieur qui aura pour tâche de traiter les données qu'ils lui fournissent. » p 212
Ainsi la perception est une sensation repérée et traitée par le psychisme.

b) Excitation

Exciter : (dictionnaire historique de la langue française, Alain Rey) : « emprunt au latin excitare « faire sortir », « appeler hors de ». Equivalent de « pousser, stimuler ».
Excitation : En gén. « Action tendant à provoquer une réaction physique ou morale, à stimuler l'activité d'un processus physique ou psychique. »

Nous retrouvons dans l'étymologie du mot excitation une notion de poussée, de mouvement, tout comme dans l'étymologie du mot émotion. Si dans l'émotion (Ex-movere : « mouvement vers l'extérieur ») c'est elle-même qui contient la notion de mouvement, dans l'excitation, il y a la notion de stimuler ou provoquer un processus psychique. L'excitation agit, l'émotion subit. L'émotion est donc la conséquence d'une excitation.

Selon Le Guen (2008), l'excitation correspond à une « force d'impact momentanée, définissant le vivant, elle impose à l'appareil psychique de la réduire en la liant. Est ainsi mis en place un pare-excitation[1] dont la fonction de protection est sans doute plus importante encore que celle de l'excitation. »

> Lexicalement, l'excitation désigne « une action qui met en mouvement, voire qui accroît un mouvement existant ». Les termes « excitation » (Erregung) et « stimulation » (Reizung) sont de fait synonymes en français comme en allemand ; même si le premier se réfère plutôt une origine interne et le second une externe, cela n'a rien de systématique chez Freud (…). *L'excitation précède et suscite la pulsion*[2]**.** »
>
> Le Guen, 2008, p 511

Dans son *manuel de psychologie et de psychopathologie clinique général*, Roussillon (2007) définit l'excitation comme un « état de la pulsion peu organisé, peu représenté dans son but, son objet. L'excitation est diffuse, la direction n'est pas très précise, mais il y a néanmoins l'idée d'une tension à évacuer d'une manière ou d'une autre. » p 29

---

[1] Le concept de pare-excitation sera traité ultérieurement.
[2] Souligné par nous.

De l'excitation à la pulsion

> L'excitation, comme l'a écrit A. Green, part du corps et va au corps. Elle n'a ni histoire, ni projet, ni mémoire. Elle ne peut donc avoir de sens. Elle est anti-vie psychique. Au contraire, la pulsion a une histoire, un projet (…). Elle a un sens, qui peut être progrédient ou régrédient. Elle est porteuse d'investissements, de désinvestissements, de contre-investissements, de surinvestissements. Elle est ce qui advient de l'excitation lorsque les conditions d'un travail psychique sont présentes et opérantes (…). Elle est l'objet même du travail psychique. »
>
> Smadja (1993) p12

c) Pulsion

Pulsion : (dictionnaire historique de la langue française, Alain Rey) : « Emprunté au bas latin pulsio « action de repousser », action de pousser.
Chez Freud, le mot pulsion est traduit comme un équivalent de l'allemand Trieb (de trieben « pousser »).

De manière générale, la pulsion correspond à un « concept majeur de la psychanalyse, la pulsion est définie comme la charge énergétique qui est à la source de l'activité motrice de l'organisme et du fonctionnement psychique inconscient de l'homme. » (Roudinesco, 1977).
Effectivement, selon Freud (1915), elle correspond au « (…) représentant psychique des excitations nées à l'intérieur du corps et parvenant au psychisme ». p 13

Distinction entre pulsion et excitation dans l'œuvre freudienne

> Quelle relation y a-t-il, maintenant, entre la « pulsion » et l'«excitation » ? Rien ne nous empêche de subsumer le concept de pulsion sous celui d'excitation : la pulsion serait une excitation pour le psychique. Mais nous devons aussitôt nous garder de tenir pour équivalentes pulsion et excitation psychique. »
> « Premièrement, l'excitation pulsionnelle ne provient pas du monde extérieur, mais de l'intérieur de l'organisme lui-même. (…)

> En second lieu : on a dit l'essentiel au sujet de l'excitation lorsque l'on a admis qu'elle agit comme un impact unique ; elle peut alors être supprimée aussi par une unique action appropriée, dont il faut voir le type dans la fuite motrice devant la source d'excitations. Naturellement ces impacts peuvent se répéter et s'additionner, mais cela ne change rien à la conception du processus et aux conditions de la suppression de l'excitation. La pulsion, au contraire, n'agit jamais comme une force d'impact momentanée mais toujours comme une force constante. Et comme elle n'attaque pas de l'extérieur mais de l'intérieur du corps, il n'y a pas de fuite qui puisse servir contre elle.
>
> Freud (1915), p13-15

Freud considère la pulsion comme prenant sa source au niveau corporel et étant à la base de la mise en route de la vie psychique.

Une pulsion est définit par une poussée, un but, une source et un objet.

Freud s'intéresse tout particulièrement à la poussée exercée par la pulsion, et à la quantité d'énergie psychique déplacée par cette poussée qui va demander un travail (psychique) plus ou moins intense.

« Par poussée d'une pulsion, on entend le facteur moteur de celle-ci, la somme de force ou la mesure d'exigence de travail qu'elle représente. Le caractère 'poussant' est une propriété générale des pulsions, et même l'essence de celles-ci. » (Freud, 1915, p18)

L'énergie psychique circule grâce à cette poussée.

La pulsion va chercher à se satisfaire en atteignant son but. « Le but d'une pulsion est toujours la satisfaction, qui ne peut être obtenue qu'en supprimant l'état d'excitation à la source de la pulsion. » (*ibid*)

Pour pouvoir se satisfaire, la pulsion a besoin d'un objet. Avec la satisfaction, l'objet va se lier à la pulsion.

« Il (l'objet) est ce qu'il y a de plus variable dans la pulsion (…). Il peut être remplacé à volonté tout au long des destins que connaît la pulsion (…). Il peut arriver que le même objet serve simultanément à la satisfaction de plusieurs pulsions. » (*ibid*, p19)

La dernière caractéristique de la pulsion correspond à sa source. « Par source de la pulsion, on entend le processus somatique qui est localisée dans un organe ou une

partie du corps et dont l'excitation est représentée dans la vie psychique par la pulsion. » (ibid, p19)
La source est une caractéristique somatique de la pulsion, et Freud va progressivement désigner des zones sur lesquelles va se déployer la sexualité infantile au cours de l'enfance.

Les différents types de pulsions

Dans une première théorie, Freud (1910-1915), présente les pulsions d'autoconservation et les pulsions sexuelles. Les premières renvoient à la notion de survie, les secondes à la notion de perpétuation de l'espèce.

Les pulsions d'autoconservation correspondent à « l'ensemble des besoins liés aux fonctions corporelles nécessaires à la conservation de la vie de l'individu. » Laplanche et Pontalis (1967).

La pulsion sexuelle correspond à une poussée dont la libido en constitue l'énergie. « (…) la pulsion sexuelle chez l'homme est étroitement liée à un jeu de représentations ou fantasmes qui viennent la spécifier. » Les pulsions sexuelles sont à l'origine partielles pour devenir ensuite génitales. (*ibid*)

Freud (1920) dans « Au-delà du principe de plaisir » propose une nouvelle théorie des pulsions qui s'opposent: les pulsions de mort (Tanathos) et les pulsions de vie (Eros).

Les pulsions de vie, « qui sont désignées aussi par le terme d'Eros, recouvrent non seulement les pulsions sexuelles proprement dites mais encore les pulsions d'autoconservation. »

La pulsion de mort recherche la réduction complète des tensions, « à ramener l'être vivant à l'état anorganique. » Laplanche et Pontalis (1967)

Aujourd'hui, la pulsion de mort, en tant que pulsion originaire et individualisée est fortement remise en question. Guillaumin (2000), dans son ouvrage collectif *L'invention de la pulsion de mort*, va chercher, au-delà du débat sur la pertinence métapsychologique de l'existence de cette pulsion, a en comprendre l'essence.
Par exemple, et le choix de cet exemple n'est pas anodin, Roussillon (2000) précise que la pulsion de mort serait *de mort* lorsqu'elle tend à « l'identité de perception », alors

qu'elle serait de vie « quand elle se contente d'une identité de pensée, d'une identité symbolique, d'une identité qui respecte la différence, qui s'en nourrit ».
Ainsi la pulsion serait de vie si elle s'oriente dans le sens de la vie psychique, si elle met en route le travail de liaison. Elle serait « de mort » si elle ne peut être liée ou symbolisée par le Moi, si elle risque de l'envahir ou de le désorganiser.
Ainsi, le but dans la motion pulsionnelle est bien de passer du perceptif à la représentation.

Pirlot (2010) précise que « la pulsion est soit le processus d'excitation somatique représenté dans le psychisme par des représentants de la pulsion, soit le représentant, donc le délégué psychique, du somatique. » p 29

Pour Roussillon (2007), la pulsion est une excitation organisée : « Le terme de pulsion désigne un état de l'excitation vectorisée, organisée vers un but, qui possède une poussée directionnelle. » p 29
Mais il va aussi préciser que le terme exact est celui de motion pulsionnelle car il comporte la notion de mouvement (aspect dynamique de la pulsion) :

> Le terme de motion pulsionnelle est utilisé pour évoquer un mouvement pulsionnel, une composante de la pulsion. La plupart du temps, ce que l'on appelle en clinique une pulsion concerne en fait une motion pulsionnelle. La pulsion elle-même est une entité théorique ; l'entité clinique est plutôt celle de la motion pulsionnelle – c'est la manière dont la pulsion se manifeste.
>
> Roussillon (2009), p 29

Pour ce qui est plus précisément de la source de la pulsion, Le Guen (2008) précise que : « « la source est d'abord somatique, à l'origine localisée et proprement interne, elle correspond à une excitation qui, dans le psychisme, est représentée par la pulsion dont elle est le principe actif. »

Le concept de pulsion est un concept limite entre le somatique et le psychique, il fait la liaison du somatique au psychique et peut-être qu'il aplanit les divergences de l'opposition ou non entre monisme et dualisme.

d) L'affect

De manière générale, l'affect correspond à :

> Tout état affectif, pénible ou agréable, vague ou qualifié, qu'il se présente sous la forme d'une décharge massive ou comme tonalité générale. Selon Freud, toute pulsion s'exprime dans les deux registres de l'affect et de la représentation. L'affect est l'expression qualitative de la quantité d'énergie pulsionnelle et de ses variations.
>
> Laplanche et Pontalis (1997).

Le Guen (2008), dans son Dictionnaire Freudien précise qu'un affect est une décharge pulsionnelle qui est perçue comme sensation.

> Au sens dynamique, il englobe les innervations et décharges motrices déterminées, les perceptions et les actions motrices, ainsi que les sensations directes de plaisir et de déplaisir qui lui donnent sa tonalité fondamentale ; d'un point de vue topique, au sens strict, l'affect n'est jamais inconscient : il ne peut être éprouvé que par le moi ; économiquement, sa répression est le but véritable et premier du refoulement, qu'il justifie.
>
> Le Guen (2008)

De plus, André Green est un auteur qui a considérablement étendu les théories sur l'affect, mais nous y reviendrons dans une partie qui lui est consacrée.

e) L'acte

Acte : « action humaine considérée dans son aspect objectif plutôt que subjectif. » (Petit Robert, 2007).

Cette définition nous conforte dans nos choix terminologiques. Si l'acte est ce qu'il y a de publiquement observable, l'émotion comporte aussi cette notion.
Nous partons donc de ce qui s'observe très objectivement (dans les agirs violents de nos patients, la justice, la société, condamnent un fait objectif) pour remonter aux processus qui ont mené à ces actes. Nous partons de l'extérieur (objectif) pour remonter vers l'intérieur (subjectif). Nous partons de l'émotion pour remonter à l'affect.

Les définitions de l'acte insistent sur les verbes d'agir et de faire : « Manifestation concrète des pouvoirs d'agir d'une personne, ce que fait une personne. ».
Effectivement ces deux termes se retrouvent au niveau étymologique :

> Acte : « Emprunt au latin actum, au pluriel acta (1338) ; participe passé passif substantivé du verbe agere « faire », qui donnera *agir* un siècle plus tard.
>
> Agir : (1450) issu du verbe latin agere, « ancien verbe de la langue pastorale qui signifie « pousser devant soi », et se dit aussi des hommes avec le sens de « poursuivre, pousser, mener », et des choses. (…) » (Rey, 2006).

Dans un schéma qui retrace l'évolution du mot agir, intitulé « de l'action à la pensée », nous remarquons que la racine latine *agere* (pousser, avancer, agir) a donné *actio* (acte, action) et sur un autre versant *agitare* (« pousser fortement ») qui a lui-même donné *agitatio* (« agitation ») et aussi, et c'est très remarquable, *cogitare* (« penser ») et *cogitatio* (« cogitation »).

Ainsi, l'acte et la pensée ont une même racine commune. Cette proposition issue de l'origine étymologique du mot pourrait s'appliquer au développement du psychisme :

l'acte et la pensée ont une source commune, une poussée pulsionnelle, elle-même issue d'une sensation prenant valeur d'excitation.

Nous pouvons même repréciser, dans cette lignée, la phrase de Freud (1914) à la fin de *Totem et Tabou* :

> Ne nous laissons toutefois pas trop influencer dans nos jugements sur les primitifs par leur analogie avec les névrosés. Il faut également tenir compte des différences réelles. Certes, ni le primitif, ni le névrosé ne connaissent cette séparation nette et tranchée que nous établissons entre la pensée et l'action. Chez le névrosé, l'action se trouve complètement inhibée et totalement remplacée par l'idée. Le primitif, au contraire, ne connait pas d'entrave à l'action ; ses idées se transforment immédiatement en actes ; on pourrait même dire que chez lui, l'acte remplace l'idée, et c'est pourquoi, sans prétendre clore la discussion dont nous avons esquissé les grandes lignes par une définition définitive et absolue, nous pouvons risquer cette proposition. « Au commencement était l'action ».
>
> Freud (1914)

Enfin, Il est important de préciser que le terme *agir* est une traduction dérivée de l'allemand agieren employé pour la première fois par Freud en 1905, dans le cas Dora, pour désigner une « mise en acte » qui apparaît comme une mise en suspens du travail analytique : là où la parole ne peut se dire, le corps agit.

Selon Laplanche et Pontalis (1967), l'agieren est traduit par « mise en acte[1] ». L'acting out est la traduction anglaise d'agieren mais a été repris en français comme équivalent de passage à l'acte. Ainsi agieren est à la fois à l'origine de « mise en acte » à l'intérieur de la cure (ou acting in) et d'« acting out » à l'extérieur de la cure.
La traduction d'acting par passage à l'acte met en avant la notion de décharge qui vient en place d'une élaboration impossible de la conflictualité dans laquelle se trouve le système psychique. L'agir signe la mise en difficulté, voire la mise en échec d'un processus de représentance.

[1] Mise en acte : « selon Freud, fait par lequel le sujet, sous l'emprise de ses désirs et fantasmes inconscients, les vit dans le présent avec un sentiment d'actualité d'autant plus vif qu'il en méconnaît l'origine et le caractère répétitif. » *Vocabulaire de psychanalyse*, Laplanche et Pontalis (1967)

f) La représentation

Représentation : de *repraesentation, -onis* « action de mettre sous les yeux ».
La représentation « désigne l'action de rendre présent ou sensible quelque chose à l'esprit, à la mémoire, au moyen d'une image, d'une figure, d'un signe (…). » (Rey, 2006)
Représenter : *repraesentare* « faire apparaître, rendre présent devant les yeux, reproduire par la parole. »

Selon Laplanche et Pontalis, la représentation correspond à un :

> terme classique en philosophie et en psychologie pour désigner « ce que l'on se représente, ce qui forme le contenu concret d'un acte de pensée » et « en particulier la reproduction d'une perception antérieure ». Freud oppose la représentation à l'affect, chacun de ces deux éléments subissant, dans les processus psychiques, un sort distinct.
>
> Laplanche et Pontalis (1967)

Si, dans cette définition, la représentation se distingue de l'affect, c'est le terme de représentant qui les rassemble.
En effet, le représentant psychique est un « terme utilisé par Freud pour désigner, dans le cadre de sa théorie de la pulsion, l'expression psychique des excitations endosomatiques. » (*Ibid*)

Les représentants psychiques de la pulsion sont au nombre de trois : le représentant-affect (ou affect), et le représentant-représentation de choses et le représentant-représentation de mots.
La représentation de choses (visuelle) et la représentation de mots (acoustique) se lient au niveau du système préconscient-conscient, alors que le système inconscient ne comprend que les représentations de choses.

La symbolisation, selon Godfrind (2008) correspond à « un travail permanent de psychisation, transformation inconsciente des données du corps en représentations mentales. » p43.

La symbolisation primaire, telle qu'elle est définie par Roussillon (1999) correspond à la transformation des traces perceptivo-motrices (sensorielles) en représentation de choses. La symbolisation secondaire correspond alors à la liaison entre la représentation de choses et la représentation de mots.

Synthèse terminologie

Ainsi, il est possible de représenter « la chaîne des éléments psychiques dans le trajet de la mentalisation » telle que Green l'a présenté (cité par Roussillon, 1991)

« soma → pulsion → affect (représentant psychique de la pulsion) → représentation de choses → représentation de mots → pensée réflexive. » p205

Nous pourrions préciser la question du « soma » en précisant le début de la chaîne :

Sensation → excitation → pulsion /

→ affect → représentation de chose → représentation de mots → pensée réflexive.

Une césure entre pulsion et affect marque un élément important de distinction entre ce qui est ressenti directement et ce qui est véhiculé, représenté. Nous verrons que les agirs de type « recours à l'acte » se situent au niveau de la première partie (sensation / excitation / pulsion), tandis que les agirs de type « passage à l'acte » se situent au niveau de la deuxième partie (affect, représentation de chose, représentation de mots)

En guise de conclusion sur les précisions terminologiques, le poème de Louise Labé synthétise à sa manière le passage de la sensation à la conscience (représentation) des affects vécus :

« Je vis, je meurs ; je me brûle et me noie ;
J'ai chaud extrême en endurant froidure :
La vie m'est et trop molle et trop dure.
J'ai grands ennuis entremêlés de joie.

Tout à un coup je ris et je larmoie,
Et en plaisir maint grief tourment j'endure ;
Mon bien s'en va, et à jamais il dure ;
Tout en un coup je sèche et je verdoie.

Ainsi Amour inconstamment me mène ;
Et, quand je pense avoir plus de douleur,
Sans y penser je me trouve hors de peine.

Puis, quand je crois ma joie être certaine,
Et être au haut de mon désiré heur,
Il me remet en mon premier malheur. »

Louise Labé, 1555

II- Revue théorique

> « L'affect est l'un des concepts les plus complexes de la psychanalyse, en cela qu'il engage la pulsion, son rapport au corps et à l'objet, in fine la psychanalyse dans son ensemble (…) »
>
> S. Carton (2011, p 24)

1) Théorie de l'affect

Bien que notre thèse soit intitulée « les émotions dans les agirs violents », une place importante est accordée à l'affect, équivalent intrapsychique de ce qui s'observe émotionnellement sur la scène externe. En effet, comme nous l'avions précisé au niveau terminologique, l'émotion comporte toutes les composantes visibles, objectivables chez un sujet, de par leur dimension physiologique, comportementale et affective. Les deux premières sont repérables, la dimension comportementale est même la composante par laquelle le sujet est incarcéré, si le résultat comportemental s'inscrit dans un acte médico-légal. Nous ne pouvions en faire l'impasse.

Au-delà de vouloir inscrire le patient dans une globalité, nous nous dirigeons vers un domaine qui nous intéresse, selon une approche psychanalytique des émotions. Dès que le mot psychanalyse s'approche, pour ainsi dire, de l'émotion, il devient affect. La théorie des affects est donc un point important dans la compréhension de notre sujet. Loin d'être exhaustive, nous avons choisi de nous rapprocher de la théorie de Green et de McDougall qui ont l'avantage d'avoir un regard dynamiquement positif sur les sujets apparemment « vide d'affect ».

Aussi, nous évoquerons des théories plus contemporaines, les théories sur la « clinique du vide » étant en plein essor, au vu de l'évolution de notre société et en conséquence des patients rencontrés.

a) André Green

Une grande partie des recherches de Green porte sur l'affect. Il cherche à rétablir un compromis entre les différentes théories : la théorie lacanienne donne une place prépondérante à la représentation, au détriment de l'affect, tandis que la théorie kleinienne porte le focus principalement sur l'affect, et non sur la représentation.

Duparc (1996) affirme que Green a souhaité, par ce travail réagir à « une double déshumanisation, une double déviance intellectualisante de la libido.» p 25

En effet, Lacan, en réduisant l'inconscient à un ensemble de signifiants linguistiques, semble exclure le corps et l'affect. A l'opposé, les théories biologiques de l'affect excluent une construction psychique et ne comprennent l'affect que comme le résultat d'un apprentissage cognitif issu des interactions précoces.

Dans le discours vivant, Green (1973), va redonner sa place à l'affect, en tant que représentant de la pulsion, et cela notamment au niveau de la pratique clinique et au niveau du discours du patient.
Green (1973) va s'intéresser à la tonalité affective du discours du patient en analyse et en repérer 3 types :

- l'envahissement du discours par l'affect,
- le flot verbal et les associations
- le discours doublement articulé

Dans les séances où l'on repère un envahissement du discours par l'affect, ce qui domine c'est l'actuel, la réalité quotidienne, sans lien avec des événements passés. « Actualité de la présence de l'analyste qui ne peut être un instant mis entre parenthèses, actualité du conflit qui domine la vie de l'analysé, actualité du réel et du monde extérieur, qui emprisonne l'analysant et étouffe sa parole. » (Green, 1973, p 196)
Dans ce discours, le corps est trop présent et vient écraser la parole : « (…) l'analysant est un poids mort sur le divan. » (*ibid*)

La parole est monotone, sans relief, le contenu du discours correspond à « une morne uniformité, déroulée selon le mode d'un récitatif ou d'une incantation. » avec peu de rêverie fantasmatique.
Il n'y a pas foncièrement de distinction entre l'affect, les représentations de choses ou les représentations de mots. Les décharges affectives peuvent être massives et ne donnent lieu à aucune élaboration permettant de changer de représentation. L'unique représentation possible reste l'affect.
Cette tonalité du discours est caractéristique du fonctionnement hystérique qui se défend de la représentation par l'affect.

A l'opposé, se repère un discours marqué par le flot verbal et les associations, où effectivement les représentations sont nombreuses et les associations florissantes.
« La séance est ici dominée par une extrême mobilité des représentations de toutes sortes. Sitôt étendu, le patient a beaucoup à dire. » (Green, 1973, p 197)
Mais il est possible de comprendre cette activité psychique comme une forme de résistance contre l'affect et le transfert. Les associations du patient ne s'ancrent pas dans le travail analytique : « (…) l'analyse glisse sur le divan comme l'eau sur les plumes du canard. » (*ibid*. p 198)

« Le transfert est ici volatil, libre comme l'air. L'analysant est une merveilleuse machine à associer qui tourne parfaitement rond. La présence de l'analyste est tout à fait superflue. S'absenterait-il discrètement que cela passerait tout à fait inaperçu à l'analysant. » (*ibid*.)

Ici, le sujet met à distance de façon automatique les affects en les faisant basculer immédiatement dans le réseau représentatif. Si dans le premier type de discours le sujet se défend de la représentation par l'affect, ici il se défend de l'affect par la représentation. « Ce qui nous apparaît significatif dans cette opposition est la défense contre la représentation par l'affect et la défense contre l'affect par la représentation. » (*ibid*.)

Le troisième type de discours, un discours doublement articulé, n'est pas un discours fluide mais un discours plutôt chaotique. « La ligne du discours, celle que la censure n'entrave pas de façon majeure, est fondamentalement brisée et discontinue. » Green, 1973, p201

Il y a une articulation du discours, sous forme d'associations libres, qui n'est pas intelligible par le conscient. Se superpose une deuxième articulation, entre les « pleins » du discours et les « creux » du silence. Dans ce type de discours, des affects peuvent parfois émerger, sans pouvoir être traduits. Mais ils relancent les associations, orientent vers de nouvelles représentations.

Green (1973), dans le prolongement de la théorie freudienne, fait une distinction au sein des affects. En effet, il existe un affect primaire (corporel) et un affect secondaire (psychique).

« L'affect est clivé selon deux versants : 1. Un versant corporel, surtout viscéral ; 2. Un versant psychique lui-même clivé en deux : a) Perception des mouvements corporels ; b) Sensation de plaisir-déplaisir. » p220

L'affect primaire, qui correspond à une somme d'excitations, puise ces excitations dans le corporel et est élaboré par le psychisme qu'il stimule. C'est un affect qui est peu différencié de la représentation et qui appartient principalement au ça, visant la décharge. L'accès à ce type d'affect ne se fait pas par la pensée, il vient même la bloquer car son accès est plutôt traumatisant.

L'affect secondaire, lui, a un aspect plus psychique. Il est marqué par une forme de symbolisation, apparue par le principe de plaisir-déplaisir. C'est en ce sens qu'il a une qualité, qu'il peut être plaisant ou déplaisant.

De plus, Green (1971) précise que le sujet peut avoir une activité « d'auto-observation du changement corporel qui est le résultat d'une activité spéculaire sur le corps : fonction d'introspection psychophysiologique, centrée sur l'autoperception d'un mouvement interne du corps. » p220

Ainsi, il est possible d'analyser le versant corporel de l'affect par le versant psychique. « L'affect est regard sur le corps ému. » (*ibid*)

Selon la théorisation de Green (1973), l'affect se lie à la représentation de chose dans l'inconscient, et pour être élaboré, il doit venir se lier à la représentation de mot, mais sans jamais disparaître derrière cette représentation de mot.
Et c'est par ce biais que la célèbre phrase de Green (1973) prend tout son sens : « L'affect est la chair du signifiant et le signifiant de la chair. » p239

b) Le silence des affects

- La psychose blanche Green et Donnet (1973)

Le terme de psychose blanche a été créé en 1973 par A. Green et J-L Donnet (J-L Donnet étant ici l'observateur) à propos de la transcription d'un entretien avec M. Z, sujet à la symptomatologie atypique.

« La psychose blanche est donc pour nous cette psychose sans psychose où l'analyse nous fait accéder à l'ombilic de la psychose : structure matricielle comme condition de possibilité de l'élaboration psychotique, sans que nécessairement une telle élaboration s'en suive. » (Green, 1973, p226)

En effet, ils définissent la psychose blanche comme une « structure psychotique à l'état latent, invisible, en négatif, pouvant passer pour un état-limite, mais qui constitue le point de départ, le noyau même d'une psychose, avant une éventuelle accentuation du repli (comme dans l'hébéphrénie ou l'autisme) ou une tentative de guérison délirante (c'est-à-dire par le délire). » (Pirlot, 2012, p 32)

Au niveau symptomatique, on observe « des sensations de vide, de marasme, une dépression sans affect et la présence d'hallucinations négatives de la pensée qui traduit l'action de la pulsion de mort. » (*ibid*, p34)

Au niveau métapsychologique, la psychose blanche se caractérise :

> Premièrement, par une structuration oedipienne particulière. Les relations sont triangulaires, mais les deux objets ne sont distingués ni par leur sexe ni par leurs fonctions. Ils sont considérés comme de bons et de mauvais objets, l'un étant en miroir de l'autre et n'étant donc pas son complément. Nous avons affaire à une bi-triangulation. L'organisation d'une scène primitive paraît impossible, le mauvais objet ne pouvant que détruire le bon ; de plus, la violence de la confusion des générations la rend irreprésentable.
> Deuxièmement, le sujet n'a pu se constituer un espace propre, il ne peut être « seul en présence de la mère », ce qui conduit à un vécu persécutif en provenance du mauvais objet qui envahit, viole, empiète l'espace psychique du sujet qui n'a pas les moyens de s'y soustraire.
> Troisièmement, les fondements de l'activité de pensée sont comme « attaqués » car les représentations, « pensées du désir », qui deviennent « contenant du désir », ne sont pas efficientes.
>
> Pirlot (2012), p 35

Selon Green (1973), la psychose blanche est un état plutôt invisible qui peut passer pour un état dépressif plus ou moins névrotique ou pour un état-limite, voire parfois pour un état psychotique latent. Le vide ressenti par les patients n'est pas un vide dépressif mais « ce vide semble plutôt être l'expression des pulsions destructrices attaquant le processus de liaison. » (Green, 1973, p 270)

La paralysie de la pensée a une double origine : elle correspond à un désinvestissement actif pour éviter l'attaque des pulsions destructrices sur la pensée et éviter la communication entre processus primaires et secondaires ; elle est aussi due à l'effet du Surmoi qui interdit de détruire le mauvais objet omnipotent et en même temps qui interdit d'exprimer le ressentiment d'abandon du bon objet impotent.

> De la pulsion à la pensée, un système de contre-investissement règle le parcours qui va de la source somatique à la réflexion. A chacun des étages de la chaîne soma-pulsion-affect-représentation de chose- représentation de mot-pensée réflexive, chaque terme suscite à la fois son contraire : pulsion de vie (liante)-pulsion de destruction (déliante) ; affect de plaisir-affect de déplaisir, etc. A cette première opération succède (et coexiste avec elle) un rapport de contention : la

> pulsion contient le soma, l'affect la pulsion, la représentation l'affect, etc. En outre, un circuit oscillant tend constamment à inverser cette vectorisation.
>
> Green, 1973 p271

Dans la psychose blanche, il n'y a pas de carence mentale.
« Bien au contraire, il peut se créer un secteur complétement clivé où l'activité intellectuelle est surinvestie, amenant des réussites à des performances de haut niveau. Mais précisément, la valeur fonctionnelle de ce secteur est d'aider à contre-investir une certaine pensée : la pensée en rapport avec les structures de la pulsion. » (*Ibid*.)

Il y aurait, à la base, une structure matricielle, sur laquelle pourrait se développer une psychose, avec deux pôles : celui du délire où la pensée va s'emballer et créer une néoréalité, et le pôle de la psychose blanche lorsque la pensée est attaquée, avec une forme de négation de la réalité (hallucination négative).

L'hallucination négative (Green, 1993) peut se retrouver dans les névroses de manière temporaire. En revanche, elle est durable dans les psychoses blanches.

L'hallucination (positive) correspond à une perception sans objet à percevoir ; tandis que l'hallucination négative est une non-perception d'un objet ou d'un phénomène perceptible. Il y a effacement de ce qui a été perçu. Pour faire une comparaison, le mécanisme de défense de refoulement agit sur la représentation, donc sur l'intérieur, le mécanisme d'hallucination négative agit sur la perception, donc sur l'extérieur.

« (…) la psychose est un conflit entre la pulsion et la pensée où, à la différence de la névrose, la pensée est attaquée par la pulsion. » Green (1973) p230

Ici, ce qui est en cause correspond à l'investissement pulsionnel de la pensée. Il est possible de faire référence aux travaux de Bion, et de son « appareil à penser les pensées », car selon Green, « la psychose réside moins dans les pensées que nous fait connaître le psychotique que dans la pensée qui les pense ». p239
En effet, le psychotique n'a pas de pensée réflexive, la pensée ne reconnaît plus ses propres productions.

- **La psychose froide, Kestemberg (2001)**

E. Kestemberg s'est inspirée de ses travaux sur l'anorexie pour élaborer sa théorie sur la psychose froide. Elle fait la distinction entre une psychose délirante, où le délire est tout de même à comprendre comme une tentative de commerce avec l'objet, et la psychose froide, non délirante, où l'objet est absent, effacé. Le seul type de relation qui s'établit est une relation aux « objets fétiches », sans échanges libidinaux ou fantasmatiques. L'objet fétiche permet de maintenir l'intégrité narcissique du sujet, à condition qu'il reste inanimé et immuable.

La psychose froide et la psychose blanche sont bien souvent rapprochées, voire confondues, et cela car elles ont en commun une défense contre un chaos pulsionnel et une absence de délire.

Elles ne sont pas à entendre comme une nouvelle forme de classification nosographique, aux côtés des psychoses délirantes ou hallucinatoires, mais comme des types particuliers de fonctionnement du psychisme.

- **La désaffectation de Joyce McDougall**

McDougall (1989) ajoute, à la théorie freudienne un quatrième destin de l'affect : Freud, lettre à Fliess du 21 mai 1894, à propos de la névrose : « Je connais trois mécanismes : premièrement, celui de la conversion des affects (hystérie de conversion) ; deuxièmement, celui du déplacement de l'affect (obsession) ; et troisièmement, celui de la transformation de l'affect (névrose d'angoisse, mélancolie). »

Le dernier destin de l'affect, la désaffectation, correspondrait à un étranglement de certains affects à se faire représenter.

> (…) où, suivant la forclusion psychique de certaines représentations mentales, un affect peut être étouffé quant à son expression, sans aucune compensation pour la perte de l'expérience et de celle de la représentation de l'événement auquel elle était liée. (…) Dans cette éventualité nous pouvons poser que la psyché est dans un état de privation.
>
> McDougall, 1989, p 60

La désaffectation a pour but de rendre le sujet invulnérable à toute forme de souffrance psychique. McDougall (1989) explique que cette désaffectation se retrouve chez des sujets qui ont fait l'expérience trop tôt d'émotions intenses non élaborables et menaçant leur intégrité psychique et identitaire.

Dejours (2009*a*) souligne que la pulsion est recherche de satisfaction, de plaisir voire recherche d'excitation, en faisant référence à Laplanche (1969).
Ainsi, son opposé « serait typiquement l'insensibilité, l'anesthésie du corps, l'effacement de toute excitation, voire de l'excitabilité en son principe même, l'extinction de l'affectivité, le vécu de la frigidité absolue, l'expérience du vide. » p 68

Il ajoute que la souffrance reste un vécu subjectif, et, tant opposé soit-il au plaisir, il reste en lien avec ce type d'affect (on peut même évoquer le cas du masochisme, où la relation ambigüe peu s'exprimer dans cette phrase d'un patient : « je n'ai de plaisir que dans la douleur. »)

Dejours (2009*a*) part de l'hypothèse que la pensée est issue des « états du corps ». Mais il existe des modes de pensée « désincarnés », marqués par une inauthenticité. Le lien corps-esprit semble être coupé, sans pulsionnalité justement, avec des configurations psychiques qui font penser au normopathes, à la pensée opératoire ou aux personnalités « as if ».

Dans ce cadre-là, Dejours (2009) précise que l'étiologie de ces modes de pensée apulsionnelle vient d'une incapacité à penser ce qui se produit dans le corps (par des traumatismes violents, générant une excitation qui débordent les capacités de liaison).
« D'une part, en ce même lieu du corps, la subversion libidinale est enrayée, ce qui cristallise sous la forme d'une agénésie partielle du corps érogène ; d'autre part, l'excitation de cette zone du corps, lorsqu'elle est sollicitée, ne peut pas être relayée par un travail de pensée. » p77

Le lien peut être fait avec la théorie de la séduction généralisée de Laplanche.
Le comportement de l'adulte va empêcher l'enfant de penser, le laissant seul avec des excès d'excitation non psychisables. Là où la chair et l'affectivité ont absentes, la

pensée est inauthentique et elle donne, cliniquement, cette tonalité de pensée « as if » et de personnalité en faux-self.

Le fonctionnement de ces sujets est marqué par le remplissage du vide, remplissage par le monde extérieur. Ce qui donne une pensée conventionnelle, une pensée sans chair, à l'abri de l'inconscient sexuel refoulé. C'est une pensée d'emprunt.

Green (2005), lui parle du « syndrome de désertification psychique ». Les sujets ont un fonctionnement mental qui semble paralysé, le vide prédomine et il y a une tentative de pallier ce vide par une parole de remplissage, superficielle, sans capacité associative, sans accès à la représentation.

Roussillon (1999), évoque la notion de *neutralisation énergétique*, comme moyen défensif utilisé pour éviter d'investir des objets ou des relations qui pourraient réactiver une zone fragilisée par un traumatisme primaire. Ce traumatisme primaire, très précoce, en lien avec une réponse inadéquate de l'objet, ne permet pas le travail de symbolisation primaire laquelle a pour fonction l'intégration psychique de l'expérience. Cette neutralisation énergétique, afin d'éviter le contact avec la partie clivée (traumatisée) va geler toute l'activité psychique. Il fait le lien avec les « dépressions froides » et avec les fonctionnements opératoires.

Carton (2011) synthétise la question du « silence des affects» dans le collectif justement intitulé *Le silence des émotions* :

> Quelles que soient les défenses spécifiées à l'origine du gel affectif et psychique s'étayant sur des modèles théoriques différentes (…), elles ont en commun d'avoir pour objectif de couper le sujet d'une part plus ou moins grande de sa subjectivité psychique en engagent in fine les relations à l'objet primaire à un moment où moi et objet ne sont pas différenciés.
>
> Carton, 2011, p25

De manière générale, nous pouvons souligner ce qu'évoque Dumet (2002) : « par ces mécanismes il s'agit en tout cas d'empêcher le surgissement des pensées. Tout laisse donc à penser qu'il y a quelque chose de redoutable à/dans cette activité psychique, ce travail de la pensée. » p58

La théorie sur les affects est une théorie du ressenti, du lien. Mais nous ne pouvons faire l'économie du ressenti affectif du thérapeute, et de quelle manière ces ressentis sont déposés dans l'entretien. Les affects sont-ils absents, écrasés, étouffés ou sont-ils débordants, envahissants, peu structurants ? Autant de ressentis qui émergent de la rencontre, où le patient nous fait vivre le vide ou le trop plein, parfois les deux, le vide et le trop-plein.

Parfois la parole ne peut véhiculer aucune représentation du vécu affectif, c'est le corps qui parle, un corps affecté, un corps qui montre, qui laisse à voir.
Un point important est à souligner dans cette clinique des agirs violents. En effet, est évoqué ici la sidération psychique, une désaffectation de la part du patient. Mais qu'en est-il du clinicien qui reçoit un patient incarcéré pour des faits parfois impensables ?

Une incapacité à penser qui génère un agir impensable. L'impensé de la part du clinicien, peut venir de l'incapacité à se représenter l'acte, mais aussi de l'écart entre la violence de l'acte et le rapport, souvent froid, du sujet à son acte.
Ce qui est présenté ici, est la valeur défensive des différentes formes de vide affectif. En effet, la compréhension défensive, dynamique, processuelle prévaut sur une compréhension en termes d'absence, de carence.

Vignette clinique

Nous suivons Monsieur M. (50 ans) depuis qu'il est arrivé en centre de détention, après une condamnation à 15 ans pour meurtre. Il se rend aux entretiens parce qu'il a « besoin de parler » mais aussi parce que « le juge le veux ». Cette démarche semble extérieure à lui, peu habitée. Mais ce n'est pas propre à la demande de soin, tous ses choix de vie semblent être à l'initiative d'un objet extérieur. Il se conforme à ce qu'on attend de lui. Aucune hostilité n'apparaît, mais aucun plaisir non plus, il est juste « adapté » au milieu carcéral.
L'administration pénitentiaire, appréciant son calme et son obéissance lui propose un poste d'auxiliaire de nettoyage. Pendant quatre ans, les entretiens sont le lieu d'évocation de son travail de nettoyage, de manière factuelle, quasi-automatique. Il ne peut dire comment il se sent, ni parler affectivement de son vécu carcéral. « Ca va » sont les seuls mots qu'il peut dire à propos de lui. Notre vécu affectif est tout autre : comment peut-il « aller », incarcéré pour de longues années, sans famille, sans aucun contact avec l'extérieur ? Et bien justement, il peut s'en sortir par une forme d'aridité psychique, ne rien ressentir pour ne pas souffrir. L'incarcération n'a fait qu'accentuer cette mise à distance de la vie pulsionnelle, ritualisant sa vie.
Le fonctionnement de Monsieur M. s'apparente à un fonctionnement déficitaire, où les affects ne pourront jamais advenir. En réalité, ce n'est pas le cas. En témoigne un épisode psychotique bref, le seul connu, où les symptômes positifs dépassèrent largement les symptômes négatifs. La phrase d'un soignant nous alertant sur l'état de Monsieur M. : « ton patient qui n'a rien à dire, et bien je suis inquiète il dit beaucoup trop de chose, je crois qu'il délire. » En effet, Monsieur M. était agité au niveau psychomoteur, le visage et le discours teintés d'une angoisse, d'une terreur, persécutés.
Quelques semaines avant cet épisode psychotique, ce « coup de tonnerre dans un ciel serein », Monsieur M. avait manifesté des signes somatiques de l'angoisse, avec un sentiment d'oppression et une difficulté à respirer. Aucun mot ne pouvait traduire ces manifestations physiologiques.

Cette vignette clinique a une valeur d'illustration de la fonction défensive du gel affectif, l'apparente carence au niveau des affects se comprend comme une défense contre un vécu interne trop envahissant. Cette fonction défensive a échoué, différents traumatismes (nous avons pu y avoir accès dans l'après-coup de l'épisode psychotique, ils avaient une dimension d'atteintes narcissiques) débordèrent les capacités du sujet. La

projection sur la scène externe est une nouvelle tentative du psychisme de gérer ces excitations. Etouffer les affects ou les projeter en dehors de soi.

Cette projection, le délire ont permis dans les entretiens suivants de repartir sur des représentations et des affects propre à l'histoire de Monsieur M. et de tenter de les relier, tout comme la projection sur la scène externe a permis une déliaison puis une reliaison à un autre niveau.

De la même manière, l'agir violent de Monsieur M., en lien avec un traumatisme à dimension narcissique, est une expulsion hors de soi des pulsions agressives non élaborables.

2) L'agir

Le choix du terme « agir » a pour fonction d'être générique et exempt d'une théorie afin d'éviter la confusion. Lorsque nous parlons de manière générale, le terme agir est approprié. L'utilisation de termes spécifiques sous-tendra une théorie particulière, un fonctionnement psychique particulier.

Nous nous intéressons notamment aux notions de passage à l'acte et de recours à l'acte, telles qu'elles ont été précisées par Balier (1988, 1999). Nous ne cherchons pas à les opposer de manière franche mais à introduire des distinctions de fonctionnements selon les sujets. si Freud (1912) a parlé de « mise en acte » comme manifestation de la relation transférentielle au cours de la cure, le terme « acting-out » fut utilisé pour parler des différentes catégories d'actes qui peuvent se produire en dehors de la cure.

Voici une partie de la définition de Laplanche et Pontalis (1967) :

> Terme employé en psychanalyse pour désigner les actions présentant le plus souvent un caractère impulsif relativement en rupture avec les systèmes de motivation habituels du sujet, relativement isolables dans le cours de ses activités, prenant souvent une forme auto ou hétéro-agressive. Dans le surgissement de l'acting out le psychanalyste voit la marque de l'émergence du refoulé. Quand il survient au cours d'une analyse (que ce soit dans la séance ou en dehors d'elle), l'acting out est à comprendre dans sa connexion avec le transfert et souvent comme une tentative de méconnaitre radicalement celui-ci.
>
> Laplanche et Pontalis, 1967

Ainsi, l'acting-out se définit comme un acte inconscient, toujours impulsif, accompli par un sujet hors de lui-même et est présenté comme un mode d'expression ou d'émergence de contenus refoulés dont la compréhension se fait avec le transfert.

M. de M'Uzan (1968) va distinguer les *actings out indirects* des *actings out directs*. Les *actings out indirects* se retrouvent dans la cure, chez des patients capables de réaliser une névrose de transfert. Les *actings out directs* s'apparentent à des agirs comportementaux que l'on retrouve dans les névroses de comportement et de caractère, les psychopathies et certaines affections psychosomatiques. Ce sont des actings qui sont

marqués par la nécessité de la décharge, la prévalence de l'économique, la pauvreté du symbolique et la valorisation du perceptif

.

Lacan (1962) a tenté de définir le passage à l'acte et l'acting-out en fonction du contexte psychique dans lequel l'acte s'inscrit.

Selon lui, l'acte est une coupure structurante qui permet au sujet de se retrouver changé dans l'après-coup. Donc, pour qu'il y ait acte, il faut que le sujet ne soit plus le même, qu'il soit changé.

L'acting-out est quelque chose dans la conduite du sujet qui se montre. C'est un agir qui se donne à voir et que l'Autre doit déchiffrer. C'est le fait de montrer ce qui ne peut être dit, afin d'éviter une angoisse trop violente.

Le passage à l'acte est, selon Lacan, l'évacuation, la séparation avec l'autre. Le sujet ne cherche pas à montrer quelque chose, il ne s'adresse à personne et n'attend aucune interprétation.

Ces agirs sont une carence d'élaboration psychique. En effet, il y a un défaut d'élaboration psychique des tensions pulsionnelles et une régression vers le registre comportemental visant à échapper à ces tensions.

L'acting-out renvoie plutôt à des modalités du fonctionnement névrotique alors que le passage à l'acte renvoie plutôt à un fonctionnement psychotique.

Chartier (2006), dans un article intitulé *l'analyste actant : une réponse aux agirs psychopathiques ?,* va critiquer cette opposition lacanienne entre acting et passage à l'acte et notamment le fait que le passage à l'acte n'ait aucune valeur symbolique et ne se prête à aucune interprétation.

Selon lui, le passage à l'acte est « le fait de sujets débordés par le pulsionnel, mais leurs agirs ne me semblent jamais dénués du sens qu'ils ne maîtrisent pas faute d'avoir eu un statut représentatif et que nous avons du mal à reconnaître comme tel. » (Chartier, 2006, p169)

a) Le passage à l'acte

Laplanche et Pontalis (1967) précisent que le terme de « passage à l'acte » a l'inconvénient d'être ancré dans le vocabulaire psychiatrique, ce qui met l'accent sur l'acte impulsif, violent agressif, délictueux. « Le sujet passant d'une représentation, d'une tendance, à l'acte proprement dit » sans faire référence à la situation transférentielle.
En ce sens, il faut donc faire la distinction entre ce qui est de l'ordre de l'actualisation et ce qui est de l'ordre du recours à l'action motrice.

Freud (1911) distingue justement décharge motrice et action dans *Formulation de deux principes du cours des événements psychiques*. La décharge motrice, régie par le principe de plaisir, a pour fonction de débarrasser l'appareil psychique de l'accroissement d'excitation.
A l'aide de trois fonctions (attention, mémoire et capacité de jugement) permettant la prise en compte de la réalité externe, l'action va remplacer la décharge motrice.

L'avènement de l'activité de représentation, c'est-à-dire de la pensée, permet d'éviter la décharge motrice à tout prix. Selon Freud (1911), la pensée « est dotée de qualités qui permettent à l'appareil psychique de supporter l'accroissement de la tension d'excitation pendant l'ajournement de la décharge. » p138.

L'activité de représentation peut prendre la forme de scenarii fantasmatiques permettant une satisfaction hallucinatoire du désir (représentation d'action).

Aujourd'hui, au niveau de l'agir, nous parlons communément de passage à l'acte pour désigner toute action supposée symptomatique d'un état ou d'un fonctionnement psychique particulier. Or, dans la littérature on retrouve différents termes qui semblent similaires en apparence mais qui comportent des distinctions qui sont importantes à préciser.

Roussillon (1991) décrit l'acte décharge (sans « écran ») comme un acte qui a pour but la décharge de grande quantité d'excitations avec l'évitement de processus de pensée. Il est régit par le principe de plaisir.
Toujours selon Roussillon, ce mode de décharge peut prendre différentes formes : motrice (musculaire), psychique (hallucinatoire) et somatique (psychosomatique). Il fait le lien avec *La psychose Blanche* de Green et Donnet (1973) qui proposent de comprendre l'acte décharge comme un mouvement d'excorporation.

Corcos (2000), présente « l'acte comme parade anti-pensée salvatrice. » et précise que « Porot (1970) évoque un rapprochement psychogénétique de l'anorexie avec les états-limites, les névroses de caractère et les psychoses blanches. » Et nous pouvons en dire autant des agirs violent. » p 43

Selon Millaud (1998) le passage à l'acte est une façon de tenter de sortir d'une impasse relationnelle et répond d'une logique interne. Il libère temporairement le sujet de l'impasse et de l'angoisse au détriment d'autrui.
Le passage à l'acte est une rupture de la chaîne logique entre paroles et actions, il est une évacuation quasi totale de mentalisation.

Pour Marty (1997) le passage à l'acte est un moyen de lutter contre le sentiment de passivité, contre l'angoisse d'anéantissement. Il y a expulsion hors de soi par clivage, déni et projection de ce qui apparaît être une menace interne.

Raoult (2006) traduit le débordement de l'angoisse en l'absence de recherche relationnelle, en quête d'omnipotence. Le passage à l'acte caractérise un défaut structural de la capacité de mentalisation. Il peut survenir en toute structure, il ne peut être en soi pathognomonique. Le passage à l'acte est distinct du recours à l'acte de l'état-limite qui vise à lutter contre le déferlement en vague d'une dépressivité de fond. Il est aussi distinct du raptus psychologique, qui est lié à des phénomènes délirants et hallucinatoires, et qui vient répondre dans sa forme schizophrénique à l'hostilité de l'ambiance attribuée par conviction à quelqu'un ou à quelque chose.

Mazet (1989), cité par Raoult (2006) fait du passage à l'acte un court-circuit de la représentation par décharge motrice, permettant un sentiment de toute-puissance avec un surinvestissement du corps. Selon lui, il y a réactualisation des conflits internes dans une compulsion de répétition.

Bergeret (1998) rappelle les trois registres de l'expression issus des travaux de Pierre Marty : mentale, comportementale et somatique, l'expression mentale étant la plus élaborée des trois registres.
L'expression comportementale est celle où les attitudes extériorisées dans le domaine du manifeste vont chercher à combler les carences ou les lacunes du mode d'expression mentale.

L'expression somatique, qui est l'expression la plus régressive, est finalement une manière de parler avec son corps pour se défendre encore plus efficacement contre les prises de conscience des affects les plus angoissants.

Le passage à l'acte, comme expression comportementale, est une position régressive qui vise à combler les lacunes de l'expression mentale. « Le passage à l'acte est destiné à atteindre l'autre sans avoir à dévoiler (ni à se dévoiler à soi-même) les pensées profondes qu'on peut avoir » p13

Tardif (1998) avance l'hypothèse de la carence d'élaboration psychique dans le passage à l'acte. Elle parle notamment d'alexithymie : « le problème de l'alexithymique ne réside pas dans la propension à décharger les émotions mais dans l'impossibilité de tolérer les affects et les informations significatives qui y sont liés, ce qui génère une incapacité à élaborer ce qu'il ressent ». (Tardif 1998, p.28).

Jeammet (2005) fait du passage à l'acte un court-circuit de la vie fantasmatique. La conflictualité n'est plus contenue par le monde interne.

> L'acte est alors le moyen de figurer sur la scène externe, celle de l'espace environnant, et par-là de contrôler ce qu'ils ne pouvaient représenter au niveau d'un Moi sidéré par la massivité des émotions et d'un espace psychique effacé où le jeu subtil de la nomination des émotions et des compromis n'est pas possible.
>
> Jeammet, 2005 , p62

C’est un moyen de figuration des contenus intrapsychiques non gérable par le Moi du sujet.

Harrati, Vavassori et Villerbu (2006), dans leur ouvrage délinquance et violence expliquent que le passage à l'acte est sous-tendu par l'évacuation, la séparation avec l'autre. Il se produit lorsque toute symbolisation est devenue impossible.

Pour Balier (1996) le passage à l'acte « opère par glissement du fantasme à sa réalisation actuelle, par incapacité de répression ou surcroît d’excitation ».
Il est un moyen de défense qui court-circuite la mentalisation et vise la décharge de toute tension. Cela indique que quelque chose de préalable s’est joué au niveau des fantasmes inconscients, puis a basculé dans l’acte. Il est relié à des représentations psychiques, contrairement au recours à l'acte. Le passage à l'acte contient donc une certaine forme de mentalisation confirmée d'ailleurs par la tentative de liaison que l’on retrouve dans la répétition

b) Recours à l'acte

Selon Raoult (2006) le recours à l'acte vise à préserver le narcissisme en façonnant l'illusion d'une coïncidence entre le sujet et son idéal.

Pour Chabert (2000) cité par Raoult (2006) le recours à l'acte représente une adresse faite à l'autre, une tentative de figuration d'un conflit.

Diatkine (1983) cité par Raoult (2006), présente le recours à l'acte comme une défense contre la dépression et une rupture des liens investis. C'est un moyen de défense contre la dépression, consécutive du sentiment de dévalorisation et de la fragilisation du narcissisme se heurtant à un idéal du moi grandiose.

Selon Balier (1996), le recours à l'acte renvoie à l'ultime défense visant une sauvegarde d'urgence en évitant la désorganisation psychique du sujet. L'acte a ici une fonction défensive pour le psychisme car il intervient pour lutter contre le conflit psychique, contre les angoisses insoutenables et le risque de basculer dans la folie.
Le recours à l'acte concerne la primauté narcissique de violence mise en place pour échapper à une menace d'inexistence. Il n'est pas question d'une échappée de la mentalisation mais d'un processus dans lequel le comportement remplace la pensée**.**

Le recours à l'acte est un moyen de défense protégeant d'une désorganisation du moi consécutif à des angoisses de perte, à l'envahissement d'imagos archaïques, à la crainte de la passivité.

C'est l'inaccessibilité de l'imago paternelle et l'envahissement de l'imago maternelle qui entraînent une paralysie de la pensée dont les sujets se sauvent par un recours à l'acte. Le recours à l'acte violent a pour fonction de conforter l'étanchéité du clivage du moi et éliminer tout risque d'effraction psychotique. C'est une réponse de survie à une atteinte narcissique de l'ordre de l'effondrement (« agonie primaire » de Winnicott).

Dans le recours à l'acte, la seule expression est une manifestation de toute-puissance face à un objet externe susceptible de réveiller le traumatisme irreprésentable

et suscitant ainsi une menace d'anéantissement. En dehors de l'acte, le sujet est protégé par le clivage et le déni de réalité.

La variabilité des termes utilisés pour décrire les agirs met en valeur la multiplicité des modes de fonctionnement des sujets passant à l'acte. Globalement, le passage à l'acte signe une détérioration mentale du fonctionnement mental. En se situant dans une compréhension des actes hétéro-agressifs en dehors de la cure, les théories des différents auteurs sur la clinique de l'acte permettent d'isoler deux termes principaux : le passage à l'acte et le recours à l'acte.
Si le passage à l'acte semble avoir fait l'objet d'un plus grand nombre de théorisations, le recours à l'acte, dans sa dimension novatrice, introduit une distinction importante au niveau étiologique.

Le passage à l'acte est compris par un grand nombre d'auteurs comme un défaut ou une carence de mentalisation.

Balier (1996), a cherché à affiner la connaissance des agirs en distinguant le passage à l'acte du recours à l'acte.
Il précise que la mentalisation est encore existante dans le passage à l'acte alors que dans le recours à l'acte, aucune représentation n'est présente. C'est justement l'irreprésentable qui domine.
Si dans le recours à l'acte l'angoisse sous-jacente n'est pas perçue, dans le passage à l'acte, les imagos latentes et les représentations inconscientes ne peuvent être contenues et entraînent une décharge immédiate.

Par ailleurs, la notion de mentalisation se retrouve chez la plupart des auteurs. Tardif (1998) va faire le lien dans l'ouvrage collectif de Millaud (1998), entre la carence d'élaboration psychique dans le passage à l'acte et l'alexithymie.

Au niveau métapsychologique, on retrouve l'importance du travail du préconscient (tout comme dans les fonctionnements psychosomatiques), qui va effectuer un travail de liaison, de secondarisation afin de former des compromis ni trop frustrants, ni trop désorganisateurs. La décharge est ainsi différée et transformée par la symbolisation. Dans le développement normal, on observe le passage d'un fonctionnement en extériorité (expression pulsionnelle directe dans le champ extérieur

du bébé) à un fonctionnement en intériorité (capacité de liaison de l'affect à des représentations par le travail du préconscient). Ainsi, la pulsion est remaniée, tempérée, secondarisée et peut s'exprimer dans un juste compromis entre les exigences du ça et les interdits du surmoi.

c) Le concept de violence

Kaes (2012), dans son ouvrage sur le "malêtre" fait le point sur les trois formes de violence, telles qu'elles sont pensées par les psychanalystes : la violence originaire, la violence fondamentale (ou violence primaire) et la violence destructrice.
Les deux premières sont considérées comme des violences structurantes, inhérente au processus de vie. Elles sont des violences issues du désir : désir de l'autre (violence originaire) et désir pour l'autre (violence fondamentale).
La violence destructrice, elle, prend sa source dans la pulsion de mort.

La violence originaire ou violence anticipatrice selon Aulagnier (1975)

Selon Aulagnier (1975), la violence originaire serait une composante essentielle de la relation mère/infans. C'est la violence qui correspond à la violence du désir de la mère pour son enfant. « Ce qui est en jeu dans cette violence, c'est la nécessaire anticipation d'un devenir et d'une forme à partir desquels l'autre pourra exister. Cette violence est donc vitale, nécessaire, structurante. » (Kaës, 2012, p 236)

Cette violence est une composante essentielle de la relation mère / infans, elle ne peut en être dissociée. Elle permet l'avènement du psychisme, car selon Aulagnier (1975), la souffrance donne accès à la réalité, elle oblige la psyché « à prendre en considération le concept de différence, à commencer par celle qui sépare la réalité du fantasme. »

L'intégration de cette violence se ferait, non pas sous l'effet d'Eros, mais sous l'effet des « forces de violence et de destruction », Eros jouant alors un rôle de maintien de l'investissement de la vie en contenant la destructivité. En revanche, si le sujet s'est construit sur des bases insécurisantes, instables, la violence primaire peut devenir une violence « défensive ».
En effet la violence, par l'agir, s'inscrit comme exogène et non plus comme endogène. L'agir va avoir pour fonction de donner l'illusion d'une maîtrise sur l'objet et de renverser la passivité du sujet en position active.

La violence fondamentale de J. Bergeret

La violence fondamentale ou violence primaire, est un remaniement de la violence originaire, au moment de l'œdipe. Les violences, ou exactions violentes selon Bergeret, sont la conséquence de la non intégration de la violence fondamentale.
Une des issues de la violence fondamentale, par le biais des parents, est de trouver une solution dans l'imaginaire et non dans la voie comportementale.

En effet, la bonne intégration de la violence fondamentale au niveau du psychisme permet son traitement à un niveau plus élaboré et d'en faire une énergie créatrice et non destructrice. Aussi, selon Bergeret (1984), cette violence fondamentale n'est pas d'origine sexuelle mais est à la base de la vie pulsionnelle. « La violence dont il est question ici correspond donc étymologiquement à une force vitale présente dès l'origine de la vie. » p4

C'est une violence narcissique qui correspond à une attitude défensive contre le « non-soi ».Ce n'est pas une adresse faite à l'Autre puisque nous sommes dans un stade préobjectal. C'est un « pur instinct de vie ».

La violence fondamentale, présente chez tout humain, constitue un instinct de vie, ou plutôt de survie, c'est-à-dire « une attitude mentale purement défensive à l'égard de l'autre, sans aucune connotation haineuse ou sadique, mais aussi sans qu'une coloration nettement libidinale puisse déjà organiser la relation. » (Bergeret, 1994, p 60)

L'intégration libidinale de la violence correspond au passage du stade narcissique au stade objectal, où l'agressivité apparaît secondairement.

Au fur et à mesure du développement, et avec l'introjection d'un objet contenant, la violence fondamentale de l'enfant va s'intégrer dans son fonctionnement psychique, notamment au niveau du préconscient, permettant l'activité de symbolisation et l'avènement de la créativité.
« Les conditions logiques de l'évolution de l'instinct violent correspondent à une intégration progressive de la violence au sein du courant libidinal. » (*Ibid.*)
A l'opposé, « l'incapacité, plus ou moins grande d'intégration de la violence au sein du courant sexuel » entraine une évolution pathologique de l'instinct violent.
Ainsi, il est possible qu'une faiblesse narcissique entraine le sujet vers des pulsions destructrices, laissant place à une érotisation agressive de la violence fondamentale.

La violence destructrice

Selon Kaës (2012), cette troisième forme de violence prend sa source dans la pulsion de mort.Il précise qu'elle peut plus précisément être issue de la « pulsion anarchiste », qui est une composante de la pulsion de mort selon N. Zaltzman. Sa fonction est de délier « ce qui est trop compact, trop lié et elle se met ainsi au service de la vie. » p 235

Kaës (2012) fait l'hypothèse que « la violence destructrice est l'effet d'un défaut de symbolisation de la violence originaire ou primaire. » p236.
L'incapacité à reconnaître ou à nommer cette violence lui confère un caractère destructeur puisqu'elles sont « des réponses à l'absence de réponse, à l'absence de parole donnant sens ou raison à la frustration ou au dommage subi ou à l'abandon, à l'expérience d'être sans secours et sans recours. » p237

Les destins de la violence fondamentale

Bergeret (1998) présente trois types d'évolution pathologique de la violence fondamentale :

Dans l'économie névrotique

Dans le cas où il y a peu d'investissements de l'imaginaire génital et oedipien chez un sujet adolescent ou adulte, nous retrouvons des difficultés à « intégrer les dynamismes instinctuels violents naturels » et à les symboliser. En conséquence, « une partie de la violence naturelle va chercher à s'exprimer de façon directe, non élaborée, non médiatisée » tandis qu'une autre partie va se lier aux énergies libidinale et œdipienne, constituant une certaine quantité d'agressivité.

Bergeret précise que, dans l'économie névrotique, il est important de distinguer ce qui ressort de la violence non intégrée et ce qui ressort d'une agressivité objectale constituée.

Dans l'économie psychotique

L'interaction avec l'environnement infantile n'a pas permis l'organisation de la personnalité, notamment avec l'échec de l'inscription de l'imaginaire œdipien.

Par ailleurs, on observe, toujours par le biais de l'environnement, le « renforcement du potentiel imaginaire violent » par adjonction de l'imaginaire libidinal non fixé et flottant. « Ce mélange de violence et de libido s'organise sous le primat de la violence et non de la sexualité. » (Bergeret, 1998, p 117)

On observe « une véritable construction hallucinatoire d'une néoréalité destinée à justifier l'extériorisation de pulsions agressives non maîtrisables. » (*Ibid*. p119). Ici, l'agressivité prédomine nettement

.

Dans l'économie des états limites

A l'origine de ces fonctionnements, on retrouve le mécanisme dépressif. Les interactions avec l'environnement primaire ne permettent pas de stimulations suffisantes au niveau pulsionnel.

Aussi, on observe une dévaluation de la libido et de la violence par l'environnement, ne permettant qu'une intégration imparfaite de l'imaginaire œdipien. Ces sujets entrent rapidement dans une « fausse latence protectrice de tout acte violent (ou sexuel). »

La mise en place d'un imaginaire œdipien n'a pas lieu et le sujet redoute les débordements pulsionnels qu'il ne peut symboliser.

« Ce sujet va tenter de tenir à égale distance, et loin de ses constructions imaginaires clairement opératoires, à la fois les élaborations trop nettement génitales tout autant que les élaborations violentes pouvant tourner à l'agressivité (…). » (*Ibid.*)

L'agressivité, elle, correspond donc à la combinaison secondaire de la violence fondamentale et des pulsions érotiques. Ainsi, la violence est bien à entendre comme un mouvement défensif vis-à-vis de soi et l'agression comme un mouvement envers l'autre.

« La distinction entre violence et agressivité ne dépend donc pas des résultats de celle-ci mais de la finalité du mouvement (attaque ou défense) et de l'érotisation ou non de l'action. » p29 Morasz (2002)

Houssier (2009) précise que la violence est un « moment de rage narcissique : la pulsion de destruction se tourne vers le monde externe. » ; tandis que dans l'agressivité, l'autre est repéré comme distinct de soi. C'est une « attaque mobilisant sentiment de culpabilité et désir de réparation dans le contexte d'un lien libidinal. » p 14

d) Une clinique de l'agir

Balier (2006) synthétise ses différentes théories et reprécisant la distinction entre recours à l'acte et passage à l'acte.

« Le recours à l'acte relève d'un traumatisme narcissique majeur généré par un « déficit majeur d'amour parental », une « terreur innommable de néantisation », l'existence de traumatismes archaïques impensables » et un « clivage radical et un déni massif de l'affect de détresse. » p 48

Il précise à propos du passage, qui contient une certaine forme de construction psychique, la présence « […] « vacillement de la représentation identitaire », un « clivage oscillant » et un recours à l'excitation sensorielle érotisée ». » p 48

Neau (2005), à l'aide de la clinique projective (Rorschach et TAT), éclaire la spécificité de l'agir violent. En effet, elle précise que les protocoles de ces sujets sont marqués par «une atteinte des processus de représentation et de symbolisation, une extrême fragilité narcissique, la faiblesse du commerce objectal […]. » p 270

Dans un article de 2006, intitulé « La pédophilie, figure de la dépression primaire », Ciavaldini présente deux notions qui nous importent.

D'une part, la notion de « scénario-acte », qu'il distingue du « scénario fantasmatique ».

Le scénario fantasmatique correspond à une secondarisation, une formation de compromis « permettant la mise en forme du conflit psychique engendré par la tension pulsionnelle mais pas débordé par elle. »

De manière distincte, le « scénario-acte » n'est formé que de processus primaires, non tiercéisés.

« Là où le fantasme protège le sujet dans une négociation du conflit psychique, le scénario-acte ne conduit qu'à la production d'une excitation non négociable entraînant irrémédiablement le sujet vers la décharge de l'agir violent. » (Ciavaldini, 2006, p 186)

D'autre part, toujours dans ce même article, Ciavaldini (2006) fait le lien, au niveau de l'agir pédophile, entre la fonction contenante de Bion et les procédés autocalmants.

En effet, « l'omnipotence maternelle » ne permet pas de rendre efficiente sa fonction contenante. Les éléments béta sont transformés en éléments encore plus chargés d'excitations. Au lieu de calmer, cela excite.

« Chaque production d'excitation est censée venir calmer la précédente et entraîne, pour être calmée elle-même, une production plus grande d'excitation et ainsi de suite dans un processus qui peut être infini, la charge de représentance étant toujours inférieure à la charge d'excitation. » (*Ibid*. p188)

Agirs et affects

Ciavaldini, (2008) dans son article intitulé « défaut de construction de l'affect et confusion psychique dans les violences sexuelles » postule l'hypothèse que l'agir violent sexuel est une tentative (échouée) de « mener à terme la construction de l'affect ».

Il précise que rien de précis, au niveau affectif, n'est reconnu avant l'acte, seulement des états vagues, comme des « éprouvés inquiétants d'effondrement interne » ou alors des « pressions internes allant de la très grande excitation à l'état de folie avec un vécu d'absence totale de contrôle. » (Ciavaldini, 2008, p107)

La recherche d'un apaisement « indique combien la dimension de l'excitation écrase et prévaut sur toutes autre dimension affective, comme si tous les affects pouvaient se ramener, à terme, à une excitation indifférenciée, sans forme psychique, qu'il fallait décharger à tout prix. » (*Ibid.*)

Effectivement, à ce niveau, nous pourrions dire qu'il est même difficile de parler d'affect, en tant que représentant de la pulsion, le terme excitation signifie que l'on se situe en deçà, dans des éprouvés bien plus archaïques et bien plus déstructurant.
Le développement du psychisme, issu des liens maternels carentiels (trop excitant ou trop absent) est inachevé. En effet, il ne permet pas un accès à une dimension représentationnelle des vécus bruts de l'enfant et des stimulations externes.

Globalement, la capacité de traitement psychique est vite débordée, les vécus bruts ne pourront devenir des affects, il ne pourra penser ce qui « affecte » son corps. Ainsi, le traitement va tenter de se faire sur la scène externe, par le biais de l'agir.

« Ainsi, l'agir pathologique constitue une réminiscence, une répétition de ce qui n'a pu s'élaborer. Il est la part violente des impensés généalogiques, il est le mouvement même qui n'a pu s'opérer pour faire advenir l'affect en tant que ce dernier appartient à un système de représentation. » (*Ibid.* p 114)

3) Les fonctionnements limites

Un fonctionnement en extériorité

a) Historique

La question des états limites est très vaste et traitée par de nombreux auteurs.

En 1884, Hugues, cité par Palem (1993) désigne le terme état-limite comme « un état frontière de la folie (qui) comprend de nombreuses personnes qui passent leur vie entière auprès de cette ligne, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. » p17

Certains auteurs, comme Stern (1938) qui officialise le terme de borderline ou Deutsch (1942), s'intéressent à la relation qui se met en place entre le thérapeute et le patient et font le constat d'une « psychose de transfert[1] ».

Wolberg en 1952 commence à décrire les sujets limites en les distinguant des psychotiques car leur adaptation à la réalité est préservée.

En 1968, Grinker précise que la pathologie limite se regroupe autour de quatre axes principaux, organisant le syndrome borderline : l'agressivité, le trouble de la relation affective (anaclitique) et la dépression, liée à un sentiment de vide.

Bergeret (1974) en France et Kernberg (1975) aux Etat-Unis, vont tous deux permettre des avancées considérables dans la compréhension et le repérage clinique des états limites. En effet, Bergeret comprend les états-limites comme une organisation intermédiaire entre la structure névrotique et la structure psychotique, lui conférant le terme d'« astructuration ».

[1] « Psychose de transfert » : le patient demande de l'aide thérapeutique mais se sent persécuté par le thérapeute.

Selon Bergeret (1970) la structure état-limite s'identifie selon quatre critères :

- L'angoisse majeure est une angoisse dépressive de perte d'objet.
- La relation d'objet est de type anaclitique.
- Les défenses sont polymorphes, oscillant entre processus primaire et secondaire. On retrouve le clivage des objets et le déni d'une partie de la réalité.
- Existence de conflits entre l'idéal du moi et la réalité. C'est la lignée narcissique qui prédomine avec un risque d'effondrement et une lutte antidépressive.

Kernberg (1999) définit le sujet limite comme présentant une diffusion de l'identité avec un vécu de vide chronique, une capacité à maintenir l'épreuve de réalité et des mécanismes de défense centrés sur des défenses primaires (clivage, identification projective, déni, idéalisation, dévalorisation…)

Palem (1993) rend bien compte de la diversité des termes et des définitions renvoyant à l'état limite : « C'est selon… Un état, une étape, une organisation, une configuration, une lignée organisationnelle, un syndrome, une structure ou une pseudo-structure, une astructuration, une condition, un fonctionnement, un aménagement… un sujet enfin. »

Les états limites sont une clinique de la relation, comme le précise Marcelli (1981), c'est seulement dans « le cadre de [la] relation que le diagnostic pourra être posé » car la reconnaissance d'un sujet limite ne « saurait se résumer au simple repérage d'un symptôme », p.21

Dans la même lignée, Brusset (2008) ajoute que :

> du point de vue psychanalytique, le mode de relation établi avec le clinicien fait partie de la clinique des états limites. […]. Il (le diagnostic) requiert une clinique qui inclut une dimension dynamique, faisant la part du transfert et de ce que le transfert, ou l'absence de transfert, indique quant aux relations d'objet du sujet.
>
> Brusset, 2008, p 300

Bergeret (2004) précise que la dépression et la relation à l'objet de type anaclitique sont des symptômes qui caractérisent « toutes les variétés d'états limites ». Le sujet lutte contre le risque de sombrer dans la dépression, ce qui renvoie au fait qu'il a dépassé « l'économie bi-polaire sans pouvoir parvenir à une relation triangulaire ; d'où la constante instabilité structurelle qui devant toute menace de perte d'objet risque de faire basculer dans une dépression. » p388

Aussi, l'organisation moïque des sujets limites est marquée par le clivage. Le moi est scindé en deux parties. L'une est « adaptée à la réalité extérieure et l'autre fixée aux besoins narcissiques internes. » (Vermorel, 1999, p 80)

Quant à l'utilisation des différents termes (borderline, cas limite, fonctionnement limite, état limite), nous utiliserons le terme « fonctionnement limite » pour rendre compte du fonctionnement psychique des sujets de cette catégorie et le terme de « sujet limite » pour désigner le sujet lui-même.

b) Définitions des fonctionnements limites

Laplanche et Pontalis (1967), dans leur *Vocabulaire de la psychanalyse* donnent la définition du « cas limite ». Il désigne « les affections psychopathologiques situées à la limite entre névrose et psychose, notamment les schizophrénies latentes d'allure névrotique. »

Ainsi, certaines prises en charge pour des troubles névrotiques montrent que les symptômes névrotiques correspondent à une lutte défensive contre la psychose.

Selon Estellon (2010), « l'état limite est considéré comme un « aménagement défensif » ayant comme but premier de tenter d'éviter la dépression. »

Selon Brusset (2006), la spécificité des états-limites serait de pouvoir fonctionner sur un mode psychotique et de pouvoir s'en dégager pour ainsi fonctionner sur un autre registre. Ajouté à cette modalité défensive ultime, on retrouve une grande fragilité des limites avec des modes particuliers d'articulation entre le dedans et le dehors.
« Cette pathologie de l'intériorité, corrélative des fonctionnements en extériorité dont elle est à la fois la cause et la conséquence, est considérée comme défaut ou comme défense, selon les fonctions qu'on lui reconnaît et la théorie de sa genèse. » (Brusset, 2006, p55)

L'adaptation en faux-self vient parfois masquer une activité fantasmatique crue, avec des émergences pulsionnelles massives. Les mécanismes de défense vont tenter de juguler la fragilité de l'élaboration secondaire par des mécanismes primitifs de clivage, de projection, d'idéalisation, d'identification projective.
Ces mécanismes de défense tentent d'exclure toute forme de pensée, non élaborable et déstructurante, « c'est-à-dire des défenses par expulsion dans l'acte et sa répétition (addictions), dans le corps (hypocondrie et somatisations), dans l'autre (identification projective). » (*Ibid.*)

Bergeret, décrit la genèse du sujet limite en référence à la notion de traumatisme. Durant la petite enfance, il est possible de repérer un « premier traumatisme désorganisateur » ou une série de microtraumatisme, à l'origine de faille narcissique importante. La difficulté à digérer les pulsions sexuelles au moment de l'œdipe sera résolue temporairement en plongeant rapidement le sujet dans une période de latence. Mais cette période ne permettra pas d'élaborer le conflit œdipien et masquera pour un temps ce qui n'a pu advenir. Finalement, c'est une triade narcissique qui remplace la triade œdipienne, les pulsions sexuelles partielles n'arrivent pas à se génitaliser.

Si un second traumatisme apparaît (second traumatisme désorganisateur), il creuse un peu plus la faille narcissique et réveille les angoisses de perte.

L'angoisse du sujet limite est une angoisse de perte d'objet, d'abandon. C'est une angoisse diffuse, flottante, labile, envahissante où la difficulté de liaison du ressenti angoissant à une représentation particulière entrainera une décharge dans l'agir comportemental (De Tychey, 1992).
Elle se rapproche de la crainte de l'effondrement de Winnicott (1975) vécue dans les liens primaires et réactualisée une fois adulte.

> Ce qui ne peut être métabolisé intérieurement (du fait d'un manque de liaison entre les pulsions), trouve une voie de décharge ou d'expression à travers des passages à l'acte multiples et impulsifs, voire des accès de violence, ou des conduites qui deviennent rapidement compulsives car elles ne permettent pas une résolution effective des conflits et ne sont pas suffisantes pour canaliser l'énergie pulsionnelle et l'excitation qu'elle génère (…).
>
> Verdon et Chabert, 2008, p 192

Les manifestations « dépressives » correspondent à des dépressions « masquées » où les manifestations comportementales et somatiques traduisent un état dépressif latent et un moyen de lutte contre son émergence et sa reconnaissance.

Les affects ne sont pas de l'ordre de la culpabilité ou de la honte, on relève plutôt des notions de déception ou de colère vis-à-vis de l'objet, une sensation de vide, de vacuité psychique.

c) Les mécanismes de défense

Pour lutter contre l'émergence pulsionnelle non élaborable et l'angoisse diffuse qui lui est associée, le sujet limite va tenter de se défendre à l'aide de mécanismes primaires.

Le clivage

Le clivage a pour fonction d'éviter au sujet d'être confronté à son ambivalence affective et à sa souffrance dépressive. Il maintient la limite dedans-dehors, où ce qui est bon est dedans, appartient au moi et ce qui est dehors est mauvais.
Le clivage est en lien avec un « défaut de maturation du Moi » et la « défaillance du contrôle pulsionnel dans certains domaines » selon Bergeret.

Kernberg (1992) précise que le terme de clivage est à comprendre dans une acception restreinte « qui se rapporte uniquement au processus actif de maintien séparé des introjections et identifications de qualités opposées (…) ». p128

Darcourt (1999) introduit l'idée que le clivage, au-delà d'un mécanisme de défense, serait le signe d'une « faille dans le psychisme ». Il serait source de tension psychique en maintenant séparées les pulsions qui devraient être liées. Le clivage maintient aussi séparé les affects et les représentations.

Estellon (2010), fait allusion aux travaux de Kohut sur les pathologies narcissiques en introduisant une distinction entre clivage « horizontal » et clivage « vertical ».

Le *clivage horizontal*, qualitatif, est à l'origine de la « tendance pathologique aux affects et pensées manichéens ». Il a pour fonction de protéger le sujet contre un conflit interne, intolérable.

Le *clivage vertical*, proche de ce que Freud a appelé « clivage du moi » correspond à « une partie de la psyché (qui) est tenue écartée d'une autre de manière à ce qu'aucune connexion ne soit possible entre les deux. » p56
Il est possible de rapprocher ce type de clivage de celui présenté par Ferenczi ou Winnicott.

Par ailleurs, Estellon (2010) rappelle que Roussillon a proposé le terme de « clivage au moi ».

« Le « clivage au Moi » insisterait sur la déchirure subjective entre une partie représentée et éprouvée et une partie non représentable, non élaborée, ni constituée dans la psyché. » p57

L'idéalisation primitive

L'idéalisation primitive est consécutive au clivage, celui-ci permettant de percevoir les objets comme totalement bons et du coup de protéger le sujet des mauvais objets. Mais lorsque l'objet se montre imparfait, l'angoisse est réactivée. Il est possible d'observer alors soit une idéalisation coûte que coûte, soit le mouvement inverse, à savoir : le rejet.
« Un objet (une personne, un objet inanimé ou une situation) est fortement idéalisé, idolâtré. (…) Ce « bon objet » idéalisé est censé protéger le sujet contre les « mauvais objets ». » (Estellon, 2010, p60)

Kernberg (1992) précise que cette idéalisation est primitive car elle se distingue d'une idéalisation névrotique, les objets ne sont pas investis pour ce qu'ils sont mais pour leur fonction protectrice. L'objet idéalisé est un support aux fantasmes de grandeur du sujet.

La projection

Chabert (1997), définit la projection comme « l'externalisation, la mise au dehors des pulsions agressives dangereuse du sujet de manière compulsive sans tenir compte des limites imposées par la réalité. » p27

Selon Winnicott (1994), la projection est utilisée lorsque le sujet est débordé par son agressivité. Il va alors projeter, mettre sur la scène externe les fantasmes dont la destructrivité est devenue incontrôlable.
Lorsque « les forces destructrices (…) menacent de dominer les forces d'amour, l'individu est obligé de trouver une manière de se défendre : (…) mettre en scène son monde interne à l'extérieur (…). »p22

Mais le sujet va utiliser une forme particulière de projection, à savoir l'identification projective.

L'identification projective

L'identification projective est un mécanisme décrit par M. Klein en 1946, « elle se traduit par des fantasmes inconscients permettant au sujet d'introduire des parties de sa propre personne dans l'autre dans le but de le contrôler, de le posséder ou le détruire. Il s'agirait de pouvoir faire de l'autre un double imaginaire garant de l'identité de soi. » (Estellon, 2010, p 59)

Segal (1964) précise que dans l'identification projective, « des parties du moi et des objets internes sont détachés et projetés dans l'objet externe, lequel devient alors une possession des parties projetées, qui le contrôlent et auquelles elles s'identifient. » p17.

La première dimension de l'identification projective comporte un ensemble de fantasmes de prise de possession de la mère. Ici, il y a une tentative d'abolition de la différence, de la séparation par clivage et projection.

La deuxième dimension comporte le fait que sont projetées dans l'autre des parties de soi. Le psychisme de l'autre remplit alors une fonction vicariante.

La troisième dimension, se référant à Bion, présente l'identification projective comme mécanisme adaptatif si l'objet comporte une fonction contenante. Si la mère ou l'analyste vient « détoxifier » les projections brutes du sujet, il y aura une possibilité de passage de la position schizo-paranoïde à la position dépressive.

Selon Marcelli (1981), « cette capacité projective excessive et pathologique » ne permet pas au sujet limite de symboliser les expériences vécues car « il n'y a aucun travail possible d'élaboration fantasmatique, ni dans le soi, ni dans l'objet, d'où également la prévalence de la mise en acte toujours possible au niveau du patient ». p35

Brusset (2006) présente l'identification projective comme un moyen de supprimer « les angoisses dépressives, la culpabilité de la haine pour l'objet aimé ». Cela ne peut se faire que par une régression, lors de la phase dépressive, qui va justement « supprimer la phase dépressive » et permettre au sujet de ne pas vivre « l'état de détresse et de dépendance » inhérent à cette période. P63

Le déni (Verleugnung = désaveu comme chez Ferenczi)

Le déni est complémentaire du clivage.
« le déni permet d'exclure du champ de la conscience et de maintenir isolés certaines représentations ou certains affects qui ne s'accordent pas avec la position thymique et affective dans laquelle le sujet a choisi de se trouver. (…) Le sujet refuse de reconnaître une dimension traumatisante à la réalité. » (Estellon, 2010, p59)

Selon Kernberg (1992), le déni « peut aussi se manifester par une simple méconnaissance d'un secteur de leur expérience subjective ou d'un secteur du monde externe. » Ici, les sujets reconnaissent avoir une « connaissance intellectuelle du secteur dénié, mais ils sont incapables de l'intégrer au reste de leur expérience affective. » p59

L'omnipotence et la dévalorisation de soi et de l'objet

Ces mécanismes sont le résultat de l'idéalisation et de l'identification projective. Ils ont pour fonction de protéger le sujet vis-à-vis des mauvais objets. Ils ont un impact dans la détermination du passage à l'acte. En effet, plus le sentiment d'omnipotence est fort, plus le passage à l'acte s'orientera du côté de l'hétéroagressivité ; d'un autre côté, plus la dévalorisation sera forte et plus le passage à l'acte sera autoagressif.

Segal (1992) fait le lien entre les mécanismes d'omnipotence et de dévalorisation et la relation du sujet à l'objet. En effet, la toute-puissance du sujet vis-à-vis de l'objet, ainsi que son mépris, vont en quelque sorte justifier les attaques agressives et empêcher d'être confronté aux affects dépressifs vis-à-vis de l'objet absent.

La mise en acte

Kernberg (1992) précise que chez ces sujets, le manque de tolérance à l'angoisse et l'intensité des « rejetons pulsionnels agressifs » font que le risque de passage à l'acte est assez important : « On retrouve de façon notable dans l'organisation limite de la personnalité des tendances très sévères à l'hétéro et à l'auto-agressivité liées aux images précoces de soi et d'objet. » p54.

Selon Marcelli (1981), la mise en acte correspond à une « opération défensive » vis-à-vis de pensées ou d'affects permettant d'évacuer sur la scène externe des éléments de la réalité psychique.

d) Le fonctionnement narcissique

Les états limites et les personnalités narcissiques ont en commun des mécanismes de défense : le clivage, le déni, l'identification projective, l'idéalisation primitive et l'omnipotence.
Pour les personnalités narcissiques, ces mécanismes ont pour fonction de défendre l'image de soi. La distinction entre états limites et personnalités narcissiques se repère dans le développement d'un « Self grandiose » selon Kohut (1975) ainsi que la présence de « rages narcissiques ».

Le fonctionnement narcissique est marqué par un *retrait libidinal*, un *renforcement des barrières entre dedans et dehors*, une *idéalisation*, une *angoisse blanche*.

- **Le retrait de l'investissement libidinal**

Ce retrait a une fonction adaptative, permettant au sujet de maintenir un équilibre face à des excitations qui risqueraient de le déborder.

> « Le retrait libidinal assure là une fonction d'auto restauration en permettant la réalisation d'opération d'intériorisation ». En témoigne par exemple l'élaboration de la position dépressive selon M. Klein, de ce que D. W. Winnicott appelle « la capacité à être seul » : la capacité de s'isoler en présence de la mère implique séparation et introjection, de même que l'intégration de la position dépressive établit l'intériorisation de l'objet. Le moi s'en trouve fortifié.
>
> Chabert, 1992, p35

Si le retrait libidinal peut avoir un effet bénéfique, assurant le sentiment de continuité et d'identité, il peut aussi devenir pathogène. En effet, il peut pallier le manque d'objet par un contre-investissement et appauvrir le moi dans ses capacités de fantasmatisation. A l'extrême, le retrait libidinal protège de tout risque de dépendance et de perte, mais il peut engendrer l'extinction de la vie psychique.

- **Le renforcement des barrières entre dedans et dehors**

De manière défensive mais aussi adaptative, le narcissisme renforce les barrières entre dedans et dehors assurant ainsi l'identité des sujets : « l'activité narcissique garantit ainsi, dans une certaine mesure, l'identité du sujet par la défense des frontières du moi, et en évitant la confusion avec l'autre. » (Chabert, 1992, p36)

A l'extrême, le surinvestissement des limites, en lien avec le retrait narcissique va entrainer une forme d'imperméabilité entre dedans et dehors. Le risque est alors de voir apparaître un clivage du moi et/ou de l'objet.

A l'opposé des fonctionnements limites qui recherchent activement la présence de l'autre, les fonctionnements narcissiques se terrent dans une autosuffisance et refusent le monde externe.

- **L'idéalisation**

L'idéalisation résulte du retrait de l'investissement libidinal et porte principalement sur le moi. Dans ce cas, l'idéalisation s'efforce de maintenir une image de soi omnipotente et intemporelle.

- **L'angoisse blanche**

Dans la pathologie narcissique, l'élaboration de la position dépressive selon M. Klein (1952) n'est pas suffisante pour permettre l'accès à l'ambivalence.

> Toutes les situations de pertes sont ressenties comme insupportables parce qu'elles risquent (par les affects qui y sont associés) de découvrir la dépendance refusée par rapport à l'autre. Cette non reconnaissance de la douleur liée à la perte maintient le sujet narcissique dans une position qui l'enferme inéluctablement, puisque son corollaire réside dans une extrême sensibilité à toute atteinte à l'unité qui régit les relations avec ses objets. Paradoxalement, le sujet narcissique se voit contraint de vivre en permanence ce qu'il essaie d'exclure avec une ténacité et une constante rarement démenties.
>
> Chabert, 1998, p 114

L'angoisse blanche de Green (1983) : Cette angoisse blanche est en lien avec un sentiment d'abandon, traduction d'une perte au niveau narcissique.
C'est une clinique du vide qui se traduit par « un désinvestissement massif, radical et temporaire, qui laisse des traces dans l'inconscient sous la forme de « trous psychiques ». » p226

Le complexe de la mère morte : Green (1983) ne parle pas de mort réelle, mais de « trous psychiques » liés à la présence de la mère absente.
C'est une clinique du blanc qui est un aménagement particulier du désinvestissement maternel, de l'absence.
Les sujets narcissiques vont tenter de combler ce manque par la recherche de sensation et non par la recherche de représentation. Ici, le traitement de l'absence ne peut se faire par la représentation de l'objet absent, par des scenarii fantasmatiques, mais par un recours à la sensorialité. Le mouvement de désir est gelé, il y a extinction de l'excitation liée à l'absence de l'objet. Le gel pulsionnel est du fait de la non reconnaissance de la source interne de la pulsion.
L'excitation pulsionnelle étant non gérable, on observe un renforcement des frontières, jusqu'à une étanchéité.

e) Les personnalités spécifiques

H. Deutsch : les personnalités « as if »

Le choix du terme as if se justifie ainsi :

> La seule raison que j'ai d'utiliser une appellation si peu originale pour parler du type de personne que je souhaite présenter est que toute tentative pour comprendre sa manière de sentir et sa façon de vivre suscite inévitablement chez l'observateur l'impression que la réponse globale de l'individu à la vie manque d'authenticité, alors que cette personne se comporte « comme si » elle était entière.
>
> Deutsch, 1970

Ce sont des patients passablement adaptés mais où la relation aux objets externes et internes semble appauvrie, voire absente. Le sentiment d'inauthenticité et de fausseté prédomine chez le thérapeute. Il semble y avoir quelque chose d'artificiel dans la relation à l'autre. Deutsch parle « d'acteurs bien rodés, voués à faire comme si ».
On repère chez ces sujets une identification au désir de l'autre.

Selon Deutsch, cette simulation de l'expérience affective vient pallier un vide, une absence de ressenti émotionnel. Ce sont des angoisses sans nom que ressentent ces personnes. Ce vide interne engendre une « identification à l'environnement », comme une manière de s'adapter en fonction des variations de l'environnement, à la manière d'un caméléon. Deutsch fait l'hypothèse qu'au-delà de cette « pseudonormalité » pouvait se retrouver un noyau psychotique.

Giovacchini (1975) va introduire une distinction au sein des personnalités « as if ». En effet, selon lui, il existerait des sujets « pseudo comme si » qui sont un minimum organisés et les traits « comme si » seraient une sorte de structure défensive. En revanche, les « comme si », correspondant à ceux décrit par Deutsch comportent un caractère fondamental.

Winnicott : la personnalité en « faux-self »

Winnicott évoque ainsi la question des états limites :

> Par les termes « cas limites », j'entends ce type de cas où le noyau du trouble est de nature psychotique mais où le patient a une organisation psychonévrotique suffisante pour pouvoir toujours présenter une perturbation psychonévrotique ou psychosomatique quand l'angoisse psychotique centrale menace d'éclater sous une forme brutale. »
>
> Winnicott, 1975, p 164

Dans la lignée de Deutsch, Winnicott (1960) va observer une « fausseté du Soi », un manque de spontanéité chez des sujets qui sont adaptés à la réalité et qui présentent une grande intelligence. Aucune symptomatologie « bruyante » n'est observée, mais le thérapeute a le sentiment que le sujet est coupé de ses émotions et de ses désirs.

Selon Winnicott, le faux-self n'est pas une composante pathologique du Self, il a plutôt un rôle protecteur vis-à-vis du vrai Self. Le faux-self se construit sur les identifications et sur les introjections, mais aussi par les normes de l'éducation et par « l'hypocrisie ordinaire » qui garantit le lien social.

f) La question du traumatisme

Selon Ferenczi, le traumatisme n'est pas seulement quelque chose en lien avec un événement passé, cela peut aussi être en relation avec ce qui n'a pas eu lieu.

Traumatisme par excès

L'événement traumatique comporte un caractère inattendu et brutal. Le traumatisme effracte la personnalité du sujet. Pour s'en protéger, le sujet va dans un premier temps dénier la réalité puis se cliver de la partie détruite par la violence du traumatisme. Ainsi, il peut fonctionner de manière plus ou moins adapté.

Une métaphore de Ferenczi (1932) souligne les aspects externes et internes du traumatisme : « On pense ici aux fruits qui deviennent trop vite murs et savoureux quand le bec d'un oiseau les a meurtris, et à la maturité hâtive d'un fruit véreux. » p133

Sous la répétition des traumatismes, il est possible d'observer une multiplication des clivages, provoquant une fragmentation de la personnalité. Cette fragmentation est une manière d'augmenter la capacité de résistance aux chocs. Aussi, Ferenczi (1932) ajoute que pour survivre aux conséquences du traumatisme, l'enfant pourra utiliser le mécanisme d'identification à l'agresseur.

Traumatisme par défaut

En effet, dans certains cas, le traumatisme a lieu non pas par excès mais par défaut : il peut résulter d'une absence de réponse de l'environnement face à une situation de détresse. La répétition de l'absence de réponse va blesser le narcissisme de l'enfant, attaquant le bon fonctionnement du Moi.
Pour se défendre de ce sentiment de détresse, d'« agonie primitive » au sens de Winnicott, l'enfant développera des mécanismes de défense comme le clivage et le déni.

Chez Ferenczi, l'identification à l'agresseur a pour effet de faire disparaître la violence de l'agresseur par intériorisation chez l'enfant. Ainsi, est maintenue une image suffisamment stable de l'adulte, et la tendresse originelle est maintenue. Dès que la

violence de l'agresseur est devenue intrapsychique, elle perd son statut d'objet pour devenir une partie du Moi.
Mais la distinction entre le ressenti interne de l'enfant et le démenti de la part de l'adulte génère une confusion qui sera à la base d'une non distinction soi/objet. Et justement, ce qui est le plus dramatique, selon Ferenczi, ce qui signe le traumatisme, c'est le désaveu du traumatisme par l'adulte.
« C'est vraiment le désaveu, l'affirmation que rien ne s'est produit, qu'on a pas eu de mal, ou même battu et grondé lorsque se manifeste la paralysie traumatique de la pensée ou des mouvements ; c'est cela surtout qui rend le traumatisme pathogène. » (Ferenczi, 1931).
Ici, ce qui fait traumatisme par le biais du désaveu, c'est la disqualification de ce que ressent l'enfant.

Anna Freud (1964), elle, précise « l'essence d'une situation traumatique tient à la détresse éprouvée par le Moi en face de l'accumulation de l'excitation qu'elle soit d'origine interne ou externe. » p205

Face à un traumatisme, une agression, le sujet peut alors se défendre par un mécanisme d'identification à l'agresseur : soit le sujet reprend à son compte l'agression, soit il imite physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit il adopte certains symboles de puissance le désignant.

g) Synthèse fonctionnements limites

La question de la défense est au cœur du fonctionnement des sujets limites et la définition d'Estellon (2010) proposant le terme « d'aménagement défensif » est tout à fait pertinente.
Les défenses du sujet limite sont des défenses principalement tournées vers l'extérieur, des défenses qui se retrouvent au cœur du lien relationnel. L'objet externe est malmené, sans cesse vérifié dans son intégrité.

La pulsionnalité et les émotions sont débordantes, la pensée non élaborable et le recours à l'agir massif pour tenter de traiter ces excitations sur une autre scène.
Parfois, une adaptation en faux-self vient tempérer la symptomatologie bruyante et entraîne le sujet dans un silence pulsionnel temporaire, une forme de latence défensive prête à éclater lorsque la charge d'excitation clivée débordera.

L'hyperesthésie relationnelle

En lien avec la théorie de Deutsch (1970), certaines personnalités, qu'elle nomme les personnalités « as if » semblent vouloir s'identifier au désir de l'autre, dans une sorte d'hyperesthésie relationnelle.

S'adapter, lisser tout mouvement pulsionnel pour tenter d'éviter les conflits externes, peu internalisables. Cette hyperadaptation de surface joue son rôle mais renforce la fausseté du lien. Cette hyperesthésie de la relation existe principalement pour préserver un narcissisme défaillant, au détriment d'une authentique relation. L'inauthentique, parfois, fait émerger des défenses de la part de l'objet externe, prudent, agacé ou blessé à son tour narcissiquement.

L'hyperesthésie relationnelle du sujet limite, proche d'une sensitivité, fait qu'il perçoit les défenses à son encontre et se sent d'autant plus blessé narcissiquement. Ainsi, le sujet limite en tentant, inexorablement, de restaurer défensivement la valeur narcissique l'objet externe, ne fait que creuser un peu plus la faille narcissique, risquant de le faire basculer dans un vécu d'effondrement. Bien souvent, il s'en sort en détruisant bruyamment la relation par des attaques ou une fuite.

L'hétéronomie et le faux-self

Winnicott (1960) précise que les normes et l'éducation ont aussi à voir avec la question du faux-self.
En effet, l'hyperesthésie relationnelle est aussi valable pour la question des lois et des conduites attendues. Loin d'être intégrées, elles sont appliquées à visée narcissique, afin de convoquer un renforcement narcissique dans l'environnement externe, le monde interne étant défaillant narcissiquement. Le respect des lois est présent principalement pour sa fonction de renforcement narcissique, et non pour ce qu'elles véhiculent de respect objectalisé.

Il est donc important de noter que ces sujets sont très à même, non pas d'intégrer, mais de « coller » à ce qu'on attend d'eux. Mais des « craquées » viennent parfois montrer que le vernis de la loi est bien mince et superficiel.
Nous souhaitons mettre en articulation la question du faux-self et le concept d'hétéronomie.

L'hétéronome est défini par le Larousse comme une personne « qui reçoit sa loi du dehors au lieu de la tirer de soi-même. »
L'hétéronomie est à opposer à l'autonomie en ce qu'elle ne permet pas au sujet de fonctionner de manière indépendante, lequel attend inexorablement que l'environnement extérieur lui dicte ses conduites.

Par définition, le développement de l'enfant permet de passer d'un fonctionnement hétéronome à un fonctionnement autonome.
Ainsi, les sujets fonctionnant en faux-self, sont plus sensibles à l'hétéronomie sociétale. En effet, l'évolution de notre société est marquée par une multiplicité de lois et de règles, à tel point que certaines personnes considèrent que la non-existence d'une loi, par conséquence, autorise, et cela indépendamment de la morale.

Ce point sur l'hétéronomie nous importe précisément dans le domaine du milieu carcéral. En effet, on dicte de plus en plus au sujet sa conduite, et avec un patient déjà organisé en faux-self, cela ne fera que renforcer cette part clivée du Moi. Et c'est ce qui

risque d'advenir avec des sujets qui présentent une partie de leur moi malléable, plastique. La tendance, inconsciente, sera d'y projeter nos attentes en termes de normalisation.

Nous allons présenter un exemple clinique pour illustrer cette notion.

> Nous suivons une patiente, Madame C, incarcérée pour des faits de néonaticide. Sa propre mère est jugée pour les mêmes faits, et est condamnée à une peine supérieure à celle de sa fille. Madame C. est jeune, la grossesse a été cachée et non médicalisée, sa mère s'occupant de sa fille et la gardant à la maison. Madame C. passe son temps carcéral à se reconstruire et à faire un travail sur elle. Lorsque nous la recevons en consultation, cela fait plusieurs années qu'elle est incarcérée et a entamé un travail psychothérapeutique.
>
> Très adaptée, très travailleuse, elle passe un diplôme et prépare son aménagement de peine avec soin. L'expertise psychiatrique, mandatée par le juge d'application des peines, souligne l'évolution de Madame C. et ne s'oppose pas à une sortie anticipée. Cette décision était totalement en accord avec le ressenti de l'administration pénitentiaire, des travailleurs sociaux et du juge qui l'avait rencontrée à plusieurs reprises. Une obligation de soins est recommandée, ce qu'elle accepta naturellement, souhaitant de toute façon continuer le travail thérapeutique entamé en prison. Deux ans après sa sortie en libération conditionnelle, nous apprenons la double récidive de Madame C.
>
> Cette triste nouvelle nous a beaucoup questionnée et a bouleversé un grand nombre d'acteurs du milieu pénitentiaire. L'investissement autour de cette détenue et le fait de croire à son amendement a provoqué des réactions telles que : « mais non, pas elle, ce n'est pas possible, elle allait bien », « si elle, elle récidive, alors tout le monde récidive ».

Quel investissement avait-elle provoqué, quel besoin de croire en son « risque zéro » de récidive ? Peut-être que son fonctionnement apparemment normal (elle se distinguait bien des autres détenues par son apparente normalité et son contact très agréable et très syntone) incitait les différents acteurs du milieu carcéral à projeter sur elle des envies de réussite. Sans présenter ici toutes les hypothèses élaborées à propos de notre travail vis-à-vis de cette patiente, nous tenons à mettre en exergue celle du faux-self.

En effet, la question du fonctionnement en faux-self peut être renforcée par le milieu carcéral et ses différents intervenants (AP / Justice / Santé). Nous pouvons nous orienter vers l'hypothèse d'un fonctionnement clivé, où nous n'avions accès qu'à une partie de son fonctionnement (et nous pourrions dire qu'elle aussi).

Nous nous posons ainsi la question du thérapeute qui renforce inconsciemment le clivage, augmentant le faux-self. Jusqu'à quel point projetons-nous, voire introjectons-nous notre normalité sur le patient ? Travailler dans un lieu à l'interface de différentes institutions ne risque-t-il pas de nous entraîner dans une perte d'identité ? Et justement, ce flou identitaire institutionnel n'est pas sans conséquence sur le patient, en recherche d'identité. Travailler avec des missions et des identités bien différentes permet au patient de s'inscrire dans les entretiens et non de les utiliser comme moyens de communication avec la justice. L'injonction de la part de la justice à « travailler sur les faits » renvoie à la notion que l'entretien psychologique est un lieu où l'on répond à la demande de la justice.

Si l'on se recentre sur le patient, il faut avoir un cadre pour que puisse advenir l'authenticité. Mais comment, justement, permettre cela dans un lieu où l'on tente de dicter aux détenus la conduite à tenir pour obtenir une libération anticipée. Les discours et « affects de circonstances » viennent faire écran au fonctionnement du sujet. Loin de vouloir laisser entendre que le fonctionnement carcéral crée des patients inauthentiques, nous cherchons surtout à alerter sur le fait que cela peut renforcer le faux-self déjà existant de certains patients.

4) Les fonctionnements psychosomatiques

Un fonctionnement en intériorité

a) Définitions et postulats

La psychosomatique est une branche des Sciences Humaines assez récente. Elle s'intéresse à l'étiologie psychologique de certaines pathologies somatiques. Au niveau historique, il faut remonter à Hippocrate (460 avant JC) pour retrouver les fondements de la pensée psychosomatique. Celui-ci a une vision holistique de la personne avec une notion d'équilibre unique chez tout individu. La maladie est considérée comme une rupture de cet équilibre.

Le mot psychosomatique, à proprement dit, ainsi que celui de somatopsychique sont inventés par Heinroth, philosophe et médecin allemand, au début du 17ème siècle.
Si, selon Heinroth, le terme de psychosomatique renvoie à « l'influence des passions sexuelles sur certaines pathologies somatiques comme la tuberculose, l'épilepsie, le cancer (…) », le terme de somatopsychique renvoie, lui, « aux maladies susceptibles d'être modifiées par l'état psychique. » (Chemouni, 2005, p2)

Selon Chemouni (2005), le postulat de base de la psychosomatique est qu'il existe une relation entre le corps et l'esprit. Si cette affirmation semble triviale, ce ne fut pas toujours le cas, comme en témoigne l'existence des visions moniste et dualiste :

Théorie moniste

Un seul principe régit la vie psychique et la vie somatique, suivant la pensée de Spinoza. Nous retrouvons trois courants, à savoir l'idéalisme (Berkeley ou Hegel) où l'âme est considérée comme la seule réalité, le matérialisme (Hobbes ou Haeckel) où seule la réalité matérielle existe, et enfin, la conception moniste de Groddeck qui postule l'existence d'un ça, en tant qu'entité inconsciente unique qui détermine chaque comportement (Groddeck ayant emprunté l'idée à Nietzsche).

Ainsi, Groddeck considère que les pathologies somatiques comportent une étiologie psychique, avec une dimension symbolique du symptôme somatique.

Théorie dualiste

Il existe deux principes, l'un somatique, l'autre psychique, qui sont à l'origine des phénomènes psychosomatiques.

Si Descartes avait relancé l'idée selon laquelle deux substances (psychique et somatique), régissent le fonctionnement humain, il n'a pu préciser leurs relations.

La conception dualiste considère que ces deux principes ont soit un rapport d'extériorité de l'un envers l'autre soit une relation étroite, s'influençant réciproquement. Selon Freud (1925), la psychosomatique se doit d'admettre ce dualisme, dans ses aspects d'influence mutuelle : « De quelque façon que la philosophie s'en tire pour jeter un pont entre le corporel et le psychique, aux yeux de notre expérience, l'abîme entre les deux subsiste et nos efforts pratiques sont forcés de reconnaître le fait. »

Finalement, il est possible de parler de « monisme à double aspect », comme le précise Guiraud (1975) où « organique et psychique n'ont pas d'autonomie mais représentent les deux faces d'une même réalité ».

Au niveau de la pensée psychanalytique, le mot psychosomatique est utilisé pour la première fois par Felix Deutsch en 1922. Présent de manière épisodique depuis 1906 comme correspondant à un symptôme somatique non hystérique mais dont l'origine correspond à des conflits psychiques ou émotionnels, le symptôme psychosomatique va progressivement se distinguer du symptôme de conversion.

Dans la conférence de Federn du 8 janvier 1913, Freud précisera que la clinique psychosomatique ne se limite pas à l'hystérie. Mais Freud ne s'est pas intéressé de manière franche à la psychosomatique.

Dans l'esquisse d'une psychologie scientifique, il s'intéresse aux symptômes en termes économiques. Il conçoit les symptômes de l'hystérie comme résultant de la transformation d'une excitation endogène en innervation somatique. Loin d'en faire une théorie, Freud va tout de même reconnaitre l'existence d'une influence psychique

dans certaines pathologies organiques : « Le traitement analytique des affections d'organes n'est pas non plus sans perspective, puisqu'il n'est pas rare qu'un facteur psychique prenne part à l'apparition et au maintien de ces affections. » (Freud,1923) Selon Freud, les symptômes somatiques, à la différence du symptôme de conversion, sont dénués de sens.
Aujourd'hui encore, nous trouvons des divergences théoriques selon l'existence ou non d'une dimension symbolique du symptôme somatique.

Chemouni (2005) précise que : « Quel que soit l'ordre préférentiel accordé à l'étiologie d'un désordre somatique, psychique ou organique, nous sommes dans le registre de la psychosomatique dès lors que nous tentons d'appréhender la relation que le mental entretient avec le somatique. »

b) <u>les modèles fondateurs</u>

Nous retrouvons différents courants fondateurs de la psychosomatique, en Europe et aux Etats-Unis.

- **L'école américaine**

Smith Ely Jelliffe (1866-1945) est un pionnier de la psychosomatique. Influencé par Freud, Deutsch, Groddeck et Ferenczi, il étend le concept de conversion hystérique à des maladies psychosomatiques, refusant de dissocier les deux. Mais sa théorie se distingue de celle de Groddeck, toute somatisation ne résulte pas du ça mais intervient à divers degré dans le processus de somatisation
En se rapprochant de la théorie de la conversion, Jelliffe souligne la signification symbolique de certains symptômes somatiques. (Chemouni, 2005)

Helen Dunbar (1902-1959), après une double formation en théologie et en médecine, ainsi qu'une analyse didactique avec Hélène Deutsch, va effectuer un grand nombre de recherches en psychosomatique et particulièrement sur l'incidence des émotions sur les changements physiologiques. Ses recherches vont s'axer sur l'étude de profil de personnalités psychosomatiques.

L'école de Chicago : Alexander (1930)

L'approche de l'école de Chicago est très méthodique et expérimentale. Franz Alexander en est le fondateur. Très lié à l'approche psychanalytique, il s'est intéressé à des domaines cliniques divers comme la criminalité et la délinquance.
Selon lui, « les manifestations les plus primitives du psychisme sont inscrites dans la physiologie des fonctions viscérales correspondants aux besoins vitaux. La dualité disparaît si nous considérons le phénomène psychique comme un aspect suggestif de certains processus physiologiques. » Marty (1990)

Alexander fait le lien entre troubles somatiques et traumatismes psychiques. Selon lui, il existe des « types spécifiques de conflits » chez des patients aux pathologies somatiques particulières comme les tractus digestifs, l'hypertension, les dermatoses, l'asthme etc.

L'alexithymie de Nemiah et Sifnéos (1973)

Peu de temps après, deux analystes américains, John Nemiah et Peter Sifnéos ont fait des recherches systématiques dans les années 1970 sur la façon de communiquer des patients psychosomatiques. Se rapprochant des travaux des français sur la pensée opératoire (que nous développerons juste après), ils montrèrent qu'à l'inverse des patients psychonévrotiques, les patients souffrant de maladie psychosomatique présentaient fréquemment une perturbation spécifique dans leur fonction affective et symbolique colorant leur façon de communiquer d'une tonalité improductive et terne.

L'alexithymie est un néologisme créé en 1972 par Sifnéos (1973) cité par Pédinielli (1992) pour désigner le mode de fonctionnement mental de nombreux patients souffrant de maladie à composante psychosomatique.

L'alexithymie signifie étymologiquement *l'incapacité à exprimer ses émotions par des mots* (a : privatif ; lexi : mot ; thymie : humeur, émotions).

Le concept d'alexithymie se définit par quatre dimensions :

- incapacité à identifier et à exprimer verbalement ses émotions et ses sentiments
- limitation de la vie imaginaire
- tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits
- description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques

Sifnéos (1988), cité par Corcos & al (2003) a proposé une approche catégorielle de l'alexithymie. Il distingue l'alexithymie primaire de l'alexithymie secondaire.

L'alexithymie primaire est une variable dispositionnelle considérée comme « innée », qui résiste au traitement et qui est stable dans le temps. Constituant un facteur de vulnérabilité prédisposant à l'expression de troubles psychophysiologiques, elle renvoie à un modèle génétique et neurophysiologique.

L'alexithymie secondaire constitue un état transitoire réactionnel à un traumatisme. Elle serait liée soit à un traumatisme, soit à un développement pathologique de mécanismes de défense psychologiques marqués par la répression des affects ou en encore à des facteurs socioculturels. Elle serait donc une stratégie d'ajustement face à des événements de vie stressants ou des affects traumatiques.

- **L'école de Paris**

Cette école se distingue de l'école de Chicago et met l'accent sur la composante structurelle de la psyché et précisément sur l'aspect carentiel de certaines structures mentales. Selon eux, la somatisation ne comporte pas de symbolique, au vu de la carence de mentalisation.

« Si le trouble hystérique est l'expression d'un conflit, le trouble psychosomatique est la conséquence somatique d'affects et de pulsions réprimées. Le corps est pour l'hystérique un instrument, il est pour le malade psychosomatique une victime. Si le premier parle avec sa chair, l'autre souffre avec sa chair. » (Kreisler, 1992, p10)
Pour l'hystérique, le mécanisme à l'œuvre correspond au refoulement, pour les somatoses, c'est le mécanisme de répression.

Marty et les membres de l'IPSO[1] abandonnent l'approche dualiste pour une théorie évolutionniste (Darwin). La méthode de référence reste tout de même la psychanalyse.
Marty (1990) évoque une structuration évolutive avec la présence d'éléments psychosomatiques dès le début de la vie. Il existe un modèle hiérarchisé des différentes fonctions de l'organisme humain avec une plus grande fragilité des fonctions supérieures. Par fonction supérieure, on parle notamment de système mental. Dans les désorganisations psychosomatiques, il est le premier atteint.

La fonction mentale est la plus haute dans la hiérarchie et se met en place autour de l'œdipe et de l'adolescence.

Il évoque aussi la notion d'économie psychosomatique, comprenant l'économie psychique et le fonctionnement psychique. Les troubles somatiques s'approchent selon la 1ère topique de Freud et notamment avec la valeur fonctionnelle du préconscient.
« La liaison des représentations de mots et de représentations de choses, constituant une des formes essentielles de la maîtrise mène l'auteur à insister sur l'importance de la seconde phase du stade anal dans le développement mental. » (Marty, 1976, p93)

[1] IPSO : Institut de Psychosomatique créé en 1972 par P. Marty, M. Fain, M. De M'Uzan, C. David. Y seront associés D. Braunschweig et C. Parat.

Marty entend les deux topiques comme étant liées de manière développementale. La deuxième topique freudienne et son bon fonctionnement découlent d'une bonne instauration de la première topique.

> (…) une grande partie des maladies somatiques est en rapport avec des moi carentiels, faibles ou désorganisés. (…) Le psychosomaticien (…) porte toute son attention au fonctionnement de la première organisation topique, qu'il considère en elle-même comme le rouage central, détérioré de la machine mentale.
>
> Marty, 1976, p93

Le concept de mentalisation, dans l'œuvre de Marty, est passé d'une compréhension défensive pour s'affirmer comme carence chez les patients psychosomatiques.

En 1963, avec les premières conceptions de la névrose de comportement précisées dans *L'investigation psychosomatique*, Marty, M'Uzan et David comprenaient l'absence de mentalisation comme une défense pour isoler et neutraliser l'objet.

En 1976, Marty, dans les mouvements individuels de vie et de mort, insiste sur la notion de carence. En effet, la notion de défense a disparu au profit d'une compréhension défectologique. L'activité fantasmatique reste très pauvre.

> Les comportements, agis vis-à-vis d'objets extérieurs, se révèlent ainsi sans autre référence interne que celle d'un inconscient qui ne s'est guère enrichi secondairement et sans autre référence interne que celle d'une réalité immédiate et incontestable pour le sujet. La notion de distance intérieure à l'objet, telle qu'on la trouve abondamment dans les névroses mentales, n'existe pas. On ne rencontre que l'appréciation de distances extérieures réelles, métriques ou géographiques.
>
> Marty, 1976, p179.

Ce qui vient expliquer pourquoi le tonus vital de ces sujets dépend de la présence effective d'objets externes.

En 1990, avec son ouvrage la Psychosomatique de l'adulte, la notion de carence du fonctionnement mental se précise.

> L'absence ou la limitation et la superficialité des représentations réduites à celles des choses, le resserrement des affects sur les seules choses en question, le manque de symbolisation du verbe, nous a fait circonscrire et définir les « névroses de comportements ». Les sujets en cause, susceptibles de mener une vie efficace et satisfaisante, enrichie parfois d'expression sublimatoire artistique surtout, ne trouvent en effet d'autres possibilités que de traduire dans l'actualité et dans l'action les mouvements inconscients.
>
> Marty, 1990

Les lacunes du fonctionnement mental correspondent au développement insuffisant du préconscient qui, en conséquence, manque d'épaisseur et laisse émerger comme voie préférentielle d'écoulement des excitations la sensori-motricité ou le soma. L'homéostasie est maintenue par l'investissement des objets externes.

La notion de traumatisme est aussi un point important dans la théorie de Marty. Dans la lignée de Freud, il précise que le traumatisme n'est pas seulement le traumatisme externe, objectivable, mais surtout le vécu subjectif, interne.

Il est possible de remarquer une sidération de l'appareil psychique lors de traumatismes psychiques avec un préconscient incapable de « digérer » les éléments pulsionnels inconscients. Ainsi, il y a un débordement généré par un excès d'excitations, ce qui entraine une désorganisation somatique.
L'homme va maintenir une homéostasie, un équilibre psychosomatique. L'écoulement de l'excès d'excitations se fait différemment selon les sujets et selon la période de vie.

Il y a plusieurs voies possibles :

- La mentalisation, qui mobilise des chaînes de représentations.
- Le comportement
- La somatisation. Le symptôme somatique tente de maintenir l'équilibre interne.

Il est possible de retrouver ces modes d'expression chez un même individu, avec des balancements entre l'expression somatique et l'expression mentale. Il faut cependant s'intéresser à la dimension économique de ces modes d'expression.
Selon Marty, l'apparition de réponses somatiques se fait lorsqu'il y a un dépassement de la disponibilité à la fois de l'appareil psychique et des systèmes de comportement.

Toujours selon les pionniers de l'Ecole de Paris, l'apparition d'une maladie somatique chez un individu s'éclaire au niveau de 3 points importants : la pensée opératoire, la désorganisation régressive et la dépression essentielle.
Cette triade permet d'évoquer l'existence d'une structure psychosomatique.

La pensée opératoire

La pensée opératoire est un mode de pensée spécifique, présentée par Marty, David et Muzan en 1963 dans l'investigation psychosomatique. C'est une activité mentale massivement pratique, opératoire avec un fléchissement des fonctions symboliques et projectives sans investissement libidinal affectif. La pensée est ancrée dans le factuel et dans l'actuel. Il y a une mise à l'écart des affects produits par l'inconscient. On sent l'absence de référence à un objet interne.
Marty précise que ce « hors-psyché » n'est pas à rapprocher du déni.

On observe une « relation blanche à l'objet » qui correspond à des relations d'objet totalement délibidinalisées, avec la prégnance du Moi idéal narcissique, et une économie psychique narcissique.
Green et Duparc (1997) défendent la thèse de l'existence de structures de dégradation psychique qui peuvent expliquer la négativité psychique dans la pathologie somatique.

La désorganisation progressive

Cela correspond à un mouvement contraire au processus d'évolution. Lors de la désorganisation progressive :

> Les élaborations mentales ne peuvent s'effectuer, les régressions ne pouvant s'installer on assiste à des désorganisations des fondements même de l'appareil mental, dont la faillite tout au moins provisoire du fonctionnement du préconscient antérieur. En même temps d'ailleurs que s'interrompt l'activité mentale sur la ligne évolutive centrale, on voit cesser latéralement les manifestations ordinaires de caractère et du comportement ainsi que les systématiques sublimatoires ou perverses…
>
> Marty, 1980, p19

Lorsqu'il y a désorganisation, il y a sidération de l'appareil mental. « Les représentations préconscientes ne se font plus jour. La liaison avec l'inconscient est rompue, le symbolisme absent. » (Ibid p19)

Proche de cette notion, on retrouve celle de Fain, *la démentalisation*.
Cette notion contient l'idée que quelque chose est retiré à la mentalisation. Le préfixe « dé » accolé au terme mentalisation suppose un mouvement dynamique de retrait de ce qui avait été initialement ou antérieurement placé dans le registre de travail psychique. » (Smadja, 2001, p12)

La dépression essentielle

La dépression essentielle va être décrite par Marty (1963) dans *L'investigation psychosomatique*.
Dans cette dépression, on n'observe aucun des signes positifs habituels de la dépression. C'est une dépression sans objet. L'angoisse en tant que signal d'alarme ne fonctionne pas. C'est une angoisse automatique. Le « manque » domine.

> On note l'effacement fonctionnel des deux systèmes topiques freudiens (…). On cherche en vain des désirs, on ne trouve que des intérêts machinaux. Le moi remplit au plus mal, de manière évidente, ses rôles de liaisons, de distribution de défense. Il est en fait coupé de ses sources et désorganisé (…). La disparition sans doute des sentiments inconscients de culpabilité (…) constitue l'un des signes principaux de la dépression essentielle (…). L'inconscient reçoit mais n'émet pas (..). C'est au niveau du préconscient dans l'effacement des fonctions habituellement actives, que se constatent surtout les dommages (…) la suppression des relations originales avec les autres et avec soi-même (…) la perte d'intérêt pour le passé et le futur (…) l'absence de communication avec l'inconscient constitue une véritable rupture avec sa propre histoire. Le factuel et l'actuel s'imposent à l'ordre de chaque jour (…). Démunies d'une partie de ses significations antérieures, les diverses figures de rhétorique (comme la symbolique) devenues sans emploi, la parole semble seulement conservée pour décrire les événements et médiatiser les relations (…).
>
> Marty, 1990, P30-31

Dans la dépression essentielle du fonctionnement psychosomatique, c'est la dimension factuelle et actuelle de la réalité extérieure, et non la création et/ou le surinvestissement d'un objet narcissique comme dans les psychoses.

Au niveau de la nosographie psychosomatique, Marty ajoute aux névroses et aux psychoses classiques (présentées comme « bien mentalisées ») la notion de névrose de caractère et de névrose de comportement.

> Les « névrosés de comportement » et les « névrosés mal mentalisés » ont des représentations absentes ou rares, superficielles et peu associatives. Entre ces deux catégories s'en trouve une intermédiaire avec des sujets dont les possibilités représentatives et associatives varient en effet considérablement dans le temps.
>
> Marty, 1990, p41-42

La névrose de caractère

La névrose de caractère, très présente dans notre société, correspond à des sujets qui n'ont pas de points de fixation, comme dans les névroses mentales et ont un fonctionnement instable au niveau des deux topiques freudiennes. La première topique

montre un préconscient peu perméable tandis que la seconde topique présente un surmoi instable se confondant avec un moi idéal. Le fonctionnement psychique est marqué bien souvent par un évitement ou une répression des représentations mentales pouvant aller jusqu'à leur disparition.

La névrose de comportement

La névrose de comportement, elle, se remarque par le recours systématique à l'activité et aux conduites comportementales. Les objets extérieurs réels viennent pallier le manque des objets internes, peu constitués. Au niveau topique, il y a une perte fonctionnelle du préconscient, l'inconscient ne pouvant être représenté. Le moi est fragile et peu différencié et le surmoi ne se constitue que comme un idéal normatif sans caractéristique personnelle.

Selon Pirlot (2010), « Les névroses de comportement rassemblent des sujets dont le fonctionnement psychique (selon les deux topiques freudiennes) n'a jamais été solidement établi : c'est-à-dire que ces sujets vivent presque directement leurs pulsions sans que leurs actions se trouvent d'abord soumises à une élaboration mentale. »
Le préconscient est de mauvaise qualité, sans épaisseur. Selon Marty (1990), l'épaisseur du préconscient correspond à l'accumulation dans le temps des couches transversales de représentations.

c) Les modèles contemporains

A la suite des fondateurs français et américains de cette discipline novatrice qu'est la psychosomatique, certains auteurs se sont fortement inspirés de la pensée opératoire ou de l'alexithymie. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'on observe un élargissement à d'autres types de patients, les symptômes et fonctionnements psychosomatiques n'étant pas diacritiques des somatisations, ils peuvent même prendre une valeur transnosographique.

Cette extension nous intéresse tout particulièrement en ce qu'elle vient aussi éclairer le fonctionnement des patients dans l'agir. Le registre comportemental étant une des voies d'écoulement des excitations selon la théorie de Marty, rapprocher le fonctionnement des patients somatisants de celui des patients dans l'agir ne semble pas si incongru.

- J. McDougall : l'approche psychanalytique de l'alexithymie

La théorie psychosomatique de McDougall (1989) se démarque de celle de Marty. En effet, selon elle, un accident somatique, ou une décharge par l'agir est la conséquence d'un débordement des capacités défensives psychiques du sujet.
La « décharge de l'affect inélaborable », elle préfère ce terme à celui d'« excitation », est une forme de défense régressive vers les premiers moments de la vie. C'est une tentative d'auto-guérison. Ainsi, le tableau clinique alexithymique ou opératoire n'est pas tant une incapacité à exprimer ou à ressentir une émotion mais une incapacité à contenir un excès d'expérience affective.

McDougall (1978) rapproche les somatisations des « actes-symptômes », comme le sont les addictions, les perversions et certaines névroses de caractère. « Se dévoilent ici une carence dans l'élaboration psychique et un défaut de symbolisation, lesquels sont compensés par un agir de qualité compulsive, visant ainsi à réduire par le chemin le plus court la douleur psychique. » p162

Elle rapproche aussi la psychose des troubles psychosomatiques. La symptomatologie s'analyse au regard des premiers éprouvés corporels. Elle va aussi s'intéresser au concept d'alexithymie, dans son acception psychanalytique.

McDougall (1980), considère l'alexithymie comme un mécanisme de défense permettant au sujet de se protéger dès la prime enfance contre des angoisses de pertes objectales qui n'ont pu être métabolisées du fait de l'absence d'intégration d'un objet maternel suffisamment bon. L'alexithymie est donc un mécanisme de défense constituée de processus de déni, d'identification projective, de clivage permettant au sujet de se couper de sa conflictualité psychique et d'éviter un risque de régression à des positions schizo-paranoïdes.

Le processus d'alexithymie se situe donc en deçà des mécanismes de défense appartenant à la position dépressive. Il correspond à une position première dans le développement normal du sujet et se développe en fonction de la valeur émotionnelle de l'objet et de sa capacité de rêverie. L'enfant, avant la parole (infans), serait alexithymique, c'est à dire dans l'incapacité de se représenter psychiquement ce qu'il éprouve. Les adultes alexithymiques présenteraient donc une parenté avec l'infans, période à laquelle il lui est difficile de s'approprier psychiquement son corps, ses émotions et sa capacité de relier pensée et sentiment. L'alexithymie primaire renverrait à une fixation de cette position centrale et l'alexithymie secondaire à une régression vers cette position.

Nous souhaiterions introduire une distinction dans la compréhension de l'alexithymie primaire et secondaire.
En effet, l'alexithymie primaire s'exprimerait par le fait que certains sujets disent ne rien ressentir. L'alexithymie secondaire serait une difficulté à nommer, à mettre des mots sur les vécus internes, bien souvent indifférenciés.
Ainsi, l'alexithymie primaire correspondrait à une difficulté au niveau de la symbolisation primaire (des traces sensorielles aux représentations de choses) ; l'alexithymie secondaire, elle, correspondrait à une difficulté dans la symbolisation secondaire (de la représentation de choses à la représentation de mots).

Les normopathes ou anti-analysants

McDougall (1978) parle de « normopathes » pour évoquer certains type de patients au fonctionnement opératoire et ayant une relation blanche au thérapeute.
En effet, ces sujets ont peu d'intérêt pour l'autre, dans une sorte de non-relation. Il en ressort pour le thérapeute une impression de paralysie de la pensée, par invasion de la pensée factuelle du patient, pouvant aller jusqu'à une lassitude et un ennui. Ils vont surinvestir la réalité externe ou manifeste, de manière à ne pas aborder leur monde interne (notion de défense et non de carence ici.)

McDougall (1989) parle d'une dispersion de l'affect, où l'intolérance affective entraine un besoin de décharge immédiat via l'agir. Ces sujets utilisent des mécanismes de défenses archaïques comme le clivage ou l'identification projective.

Dans ce contexte-là, c'est le thérapeute qui va ressentir les affects, les digérer. Est-ce une relation blanche ou est-ce une relation qui tente, par le biais du thérapeute de faire advenir une capacité de traitement psychique des éprouvés internes envahissants ?

Cette relation blanche, sorte de non relation, nous apparaît parfois chez certains sujets qui nous renvoient l'impression d'être interchangeable. En effet, peu importe la personne qu'ils ont face à eux, peu importe l'existence ou non d'un lien et d'un antérieur dans la rencontre, l'actuel et le factuel prédomine. Les objets externes ne sont pas investis dans les extrêmes (idéalisation / dévalorisation) comme dans les fonctionnements limites, ils ne sont ni différenciés ni investis affectivement.

Pour illustrer ce propos, nous avons été marquées par un patient qui envahissait les entretiens par un discours factuel, monocorde, ininterrompu. La lassitude était sûrement renforcée par la sensation qu'il n'y avait aucun investissement objectal, et que nous ou une autre personne, cela n'aurait eu aucune importance. Nous pouvons même aller jusqu'à dire « nous ou personne », cela n'aurait rien changé. En effet, pour la première fois, et sûrement en écho au fonctionnement opératoire du patient, nous cherchions inconsciemment à justifier notre manque d'intérêt par des soucis concrets, factuels. La ventilation de notre bureau nous paraissait bien plus bruyante que d'habitude (ce qui n'était, avec du

recul absolument pas le cas), entravant nos capacités de concentration. En précisant au patient que nous allions nous lever pour l'éteindre, notre surprise fut qu'une fois à l'autre bout de la pièce et loin derrière le patient, il continuait son soliloque factuel, à peine conscient que nous avions disparu. Notre vécu était alors une impression d'être « en dehors » de toute forme de relation.

- **C. Smadja et G. Szwec : les « procédés autocalmants »**

Le concept de procédés autocalmants est créé par Claude Smadja et Gérard Szwec qui se sont inspirés des procédés calmants maternels de Michel Fain. Ces procédés correspondent à une « mesure particulière pour abaisser le niveau de tension psychique (…) (ils) ramènent en quelque sorte et momentanément le calme au sein de l'appareil psychique. » (Smadja, 1993, p13)
Le terme calmant est donc à opposer à satisfaisant.

Le but de ces procédés autocalmants est donc de libérer le Moi d'un excédent d'excitation non élaborable par la voie psychique et par conséquent, toxique. Ce mécanisme, mis en place par le Moi peut se retrouver dans toutes les organisations, mais les psychosomaticiens ont remarqué que chez certains sujets, ils prenaient économiquement une place trop importante, au détriment de l'utilisation de la voie mentale. Ils ont une fonction pare-excitatrice motrice, au lieu de la fonction pare-excitatrice psychique classique. Mais ces procédés autocalmants sont auto-excitants, et risquent de générer plus d'excitation que de retour à l'homéostasie.

Les procédés autocalmants fonctionnent en deux temps : « (…) un temps de déliaison, laissant entrevoir l'action des pulsions désintriquées, et un temps de reliaison. Mais cette activité n'est pas psychique, et parce qu'elle ne l'est pas, elle est comportementale. » (Szwec, 1993, p33)

Ici la régression au niveau du comportement signe une désorganisation avec un effacement des systèmes de représentation et non une régression au sens freudien (psychique) du terme. Le temps de déliaison, de désintrication des pulsions permet de

pouvoir les relier au niveau du comportement et de pouvoir retrouver le calme par épuisement. La reliaison a donc lieu à un niveau antérieur à l'émergence de la pensée.

« A défaut d'une liaison psychique réalisée par le fantasme, le procédé autocalmant tente d'établir quand même une liaison, mais à un niveau comportemental cette fois, entre les aspects pulsionnels érotiques et mortifères. » Szwec (1993) p36.
C'est à comprendre comme une sorte d'élargissement aux fonctions somatiques du concept freudien de régression.

> Les niveaux classiques de fixation / régression aux différents stades génétiques tiennent compte des remaniements postérieurs aux fixations, mais ils devraient englober leurs aspects plus primitifs, plus viscérals, plus morcelés, comme équivalent des traces mnésiques. A ces niveaux se mêleraient psychique et somatique. Ces stades dits génétiques sont ici en quelque sorte démétaphorisés, resomatisés dans la perspective moniste de l'enracinement somatique de la vie psychique.
>
> Fine, 1992, p1120.

Les procédés ont pour « (…) fonction de remplacer les représentations et les affects » (Szwec, 1993)

La question qui peut se poser porte sur la mise en place de ces procédés autocalmants : cette mise en place vient-elle tenter de relier par la voie du comportement une déliaison psychique déjà existante, de manière raccourcie, vient-elle pallier un manque ?
(Nous sommes ici dans un registre plutôt carentiel, avec une tentative de liaison, à tout prix, à tout registre).
Ou, sur un autre registre, et plutôt défensif, les procédés autocalmants sont-ils utilisés par le Moi pour déclencher une désorganisation et éviter la confrontation à des représentations non gérables, débordantes ?

Szwec (1993) présente ces deux possibilités, tout en insistant sur le défaut de mentalisation :

> De même, les procédés autocalmants sont une nécessité qui est imposée par la détresse et non par l'angoisse objectale. La justification de leur mise en œuvre est toujours liée à une surexcitation inintégrable, une névrose traumatique sous-jacente qui peut d'ailleurs ne concerner qu'un secteur de l'activité psychique. (…) L'existence de procédés autocalmants est une conséquence de la défaillance de la constitution d'un système psychique de défense contre la détresse, et de l'échec de la fonction maternelle à atténuer l'angoisse de son enfant.
>
> Szwec, 1993

- C. Dejours : Vers une 3ème topique

Dejours propose de théoriser une 3ème topique pour enrichir l'approche psychosomatique. Cette troisième topique, basée sur l'existence d'un deuxième inconscient semble s'inspirer de l'hypothèse de Marty selon laquelle il existe, en plus de l'inconscient refoulé, un inconscient originaire. Cette théorie est elle-même inspirée du « noyau de l'inconscient », décrit par Freud (1915) partie la plus instinctive de l'inconscient freudien.

Pour présenter sa 3ème topique, Dejours précise que la notion de clivage, aujourd'hui fondamentale en psychanalyse n'est pas évoquée dans la psychosomatique. Dejours (2001) introduit cette notion dans une conception psychosomatique plus moderne. Son hypothèse novatrice est présentée ainsi :

> Notre hypothèse est fondée sur l'observation clinique, en vertu de laquelle l'inconscient refoulé se fait connaître dans le préconscient par les retours du refoulé et les représentations de mots. Certaines manifestations cliniques, parmi les plus bruyantes, échappent aux formes reconnues de retour du refoulé (passage à l'acte, poussée évolutive d'une maladie somatique, confusion mentale). Elles portent pourtant, de toute évidence, la marque d'une influence de l'inconscient. L'hypothèse que nous mettons à l'épreuve de ce livre consiste à considérer que ces manifestations sont produites par des effets d'une partie spécifique de l'inconscient. Celui-ci serait composé de deux secteurs distincts.
>
> Dejours, 2001, p 85

Cette topique s'intéresse au clivage qui part de l'inconscient primitif ou primaire (Freud), comme d'un « inconscient non refoulé ». Ce clivage n'est pas défensif mais originel. En effet, l'inconscient refoulé, sexuel, se manifeste par l'intermédiaire du préconscient, par les représentations de mots et les retours du refoulé (lapsus, actes manqués, rêves, symptômes, fantasmes).

L'inconscient amential ne s'exprime pas toujours et peut rester plus ou moins « muet ». Mais lorsqu'il s'exprime, les rejetons de cet inconscient peuvent prendre la forme « de la violence, du passage à l'acte, de certaines formes de perversion, et de la somatisation. » (*Ibid*. p 86)

Ainsi, selon Dejours, il existe un inconscient scindé en deux parties :

- L'inconscient refoulé, sexuel, constitué du refoulement originaire
- Un secteur de l'inconscient « formé en contrepartie de la violence exercée par les parents contre la pensée de l'enfant », ce qui laisse l'enfant dans l'impossibilité de penser et « faute de pensée, il ne peut y avoir de refoulement originaire ». (*Ibid*.)

Dejours évoque la notion d'un inconscient sans pensée (inconscient amential proscrit). Avec comme mode principal d'expression « l'agir compulsif sans pensée » que l'on retrouve dans les désorganisations du moi, dans les perversions et dans les somatisations. C'est un inconscient non sexuel.

Dejours (2001) explique que ces patients qui fonctionnent avec un inconscient amential sont des patients conformistes avec un fonctionnement en « faux-self ». Le clivage permet une adaptation à la réalité, mais lorsqu'il n'est plus fonctionnel, nous voyons apparaître des comportements pathologiques.

Le clivage sépare l'inconscient refoulé de l'inconscient amential. Il n'y a donc pas de communication directe et simultanée entre les deux inconscients. Plus la part d'inconscient amential est grande, plus le patient fonctionne en faux-self. Et

inversement, plus il y aura de l'inconscient refoulé et plus le sujet fonctionne en vrai self sur un mode névrotique.

Il existe une « zone de sensibilité » où parfois les inconscients ne sont pas protégés de la réalité par le système Préconscient-Conscient et où l'inconscient est non pas stimulé par la représentation (pcs) mais directement par la perception. En dehors de cette zone de sensibilité, c'est le préconscient qui joue un rôle pare-excitateur dans l'inconscient refoulé et le conscient dans le cas de l'inconscient amential. Un mécanisme de déni vient protéger cette zone de sensibilité, c'est un déni qui est « déni de la perception affective de la réalité. »

> L'effraction du déni et la réaction affective impliquent la participation du préconscient, puisque la perception suppose déjà la comparaison avec des traces mnésiques préexistantes. Dans certains cas, la participation du préconscient n'est pas possible, car la perception crée une telle perturbation réactive dans l'inconscient amential que la décharge est immédiate et obligatoire. (…) Parfois l'excitation déclenche un comportement plus organisé qui vise l'extinction de l'excitation : ou bien le sujet attaque dans la réalité la source de l'excitation par un acte de destruction (passage à l'acte), ou bien il se soustrait activement à cette source d'excitation par la fuite.
>
> Dejours, 2001, p 92

Toujours avec la notion de la zone de sensibilité, Dejours (2001) va faire un schéma du psychisme des psychopathes. Si la plupart des gens ont plus ou moins conscience de leur zone de sensibilité, ils arrivent à se protéger des situations qui pourraient effracter cette zone. Mais chez le psychopathe, sa topique comporte une zone de sensibilité extrêmement étendue et risque donc, par conséquent, d'être souvent fragilisée et rapidement débordée par l'excitation de l'inconscient non refoulé. On observe comme mode de décharge la colère et le passage à l'acte, ce qui a pour fonction de maintenir le clivage, en dirigeant la décharge vers l'extérieur.
Ce type de passage à l'acte a pour fonction de détruire la source externe de l'excitation par la violence physique.

« Le passage à l'acte peut avoir un caractère tellement brutal et incoercible qu'il se confond avec une crise clastique aveugle où il est bien difficile de discerner un contenu spécifique. […] Le passage à l'acte apparaît donc comme un moyen pour le sujet de préserver son appareil psychique et de ne pas devenir fou. » (*Ibid*, p 98)

Dejours (2001) précise aussi, et c'est un point important, que parfois l'effraction de la réalité, génère un passage à l'acte qui est enrichi par une « coexcitation sexuelle » venue de la sexualité psychique présente dans l'inconscient refoulé, donnant au passage à l'acte une connotation érotique. « (…) c'est bien à la violence qu'il faut s'attaquer dans ces cas, et non au contenu érotique qui lui est associé, si l'on veut venir à bout de ces conduites par l'analyse. » (*Ibid*, p100)

Dans cette troisième topique, Dejours (2001) précise que le conscient est régi par une pensée opératoire, accroché au factuel, à la logique, à l'appris. Il recentre l'analyse sur le niveau dynamique :

> Le niveau dynamique, c'est à dire celui qui permet de déchiffrer le discours du patient en terme de conflits psychiques, est celui auquel donne accès le névrosé qui entreprend une psychanalyse. (…) Les psychosomaticiens, après Pierre Marty, pensent qu'il faut, dans les caractéroses, renoncer souvent à l'analyse dynamique des conflits, mais qu'on peut suivre quand même et déchiffrer le discours de ces patients en se référant au point de vue économique. Travailler au niveau économique, c'est privilégier dans le traitement le repérage des débordements du patient par l'excitation anarchique non canalisée dans les conflits parce que ceux-ci font défaut.
>
> Dejours, 2001, p80

Alors que le niveau économique est « celui de la répartition de l'énergie dans l'appareil psychique et de ses débordements traumatiques qui menacent l'existence même des topiques. »p81

Si la théorie psychosomatique de Marty s'intéresse principalement en terme économique (excès équilibre ou carence des forces en présence), à l'exclusion d'une compréhension dynamique, il est important de ne pas scinder ces approches, d'inclure le point de vue topique, dynamique et économique dans une compréhension globale du

fonctionnement. Ce qui pouvait sembler, selon Marty, comme faisant défaut, comporte peut être bien plus de dynamique qu'il n'y paraît.
La carence serait de la défense, et l'économique est peut être la conséquence d'un processus dynamique.

La répression chez Dejours (2001)

La répression est utilisée chez les sujets somatisant afin d'éviter que la poussée pulsionnelle ne parvienne à la perception. Il parle surtout d'inhibition qui a pour fonction de lutter contre la violence pulsionnelle. Dejours (2001) se distancie lui aussi de la théorie de Marty, où ce n'est pas le manque, la carence qui prédomine mais l'excès, le débordement, qui trouve une forme de résolution dans le manque.

L'économie de la perception

L'économie de la perception est selon Dejours (1987) un mode de satisfaction qui ne peut avoir lieu que par la perception, lorsqu'au niveau développemental le relais entre activité perceptive et activité représentative n'a pu avoir lieu du fait d'une incapacité de séparation du bébé d'avec sa mère.

Ainsi, ces sujets somatisants ou dans l'agir recherchent dans la réalité externe « une nourriture perceptuelle adéquate. (…) Ces perceptions venues de l'extérieur agissent comme des interprétations calmantes venues du dehors. Il y aurait ici comme une tentative de faire collaborer le réel avec l'imaginaire, en faisant l'économie du symbolique. » (Dejours, 1989, p79)

Les somatisations symbolisantes

Les « somatisations symbolisantes, une tentative de figuration ? », par cette phrase, nous faisons écho à un article de Chabert (1999) intitulé *le passage à l'acte, une tentative de figuration ?*.

En effet, Dejours (2009) parle de certaines somatisations qui n'ont pas valeur de désorganisation mais d'étape vers le chemin de la représentation mentale des conflits. Ce ne serait pas un échec, mais une sorte de « frayage psychosomatique » où la somatisation aurait un rôle de précurseur des représentations mentales chez des sujets où le processus de création des représentations de choses fut interrompu précocement.

Il faut distinguer ces « somatisations symbolisantes » des « régressions réorganisatrices » de Pierre Marty en ce qu'elles créaient de nouvelles liaisons psychiques. Mais ces somatisations symbolisantes sont celles où le patient peut nommer l'endroit où la somatisation aura lieu et où le conflit aura tendance à se cristalliser.

- **L'approche psychosomatique de Debray**

« Ce sont donc les individus humains qui sont psychosomatiques, et pas les maladies, aucune. » (Debray, 2009, p 22)

Selon Debray (2009), tout ce qui est un symptôme somatique, à l'exclusion des conversions hystériques, fait partie des « expressions somatiques ». Le symptôme n'est pas à interpréter en tant que tel, mais il faut s'intéresser à l'économie psychosomatique sous-jacente. Ainsi, un même symptôme peut avoir des significations diverses en fonction de l'économie psychosomatique du sujet.
« Un même symptôme, voire une même maladie, peut s'intégrer dans un mouvement évolutif positif chez tel sujet ou, au contraire, participer à un mouvement contre-évolutif s'intégrant par exemple dans une désorganisation progressive. » p23

C'est en cela qu'elle précise qu'une classification nosographique incluant les risques de somatisations en fonction de l'économie psychosomatique générale du sujet est plus importante qu'une simple classification symptomatique.

Ce positionnement est valable pour les deux registres en deçà de la mentalisation : les comportements et la somatisation.

La tendance et la dérive actuelle sont à la classification du sujet en fonction de l'acte, allant jusqu'à la confusion avec les classifications pénales. D'une catégorie pénale se précise une prise en charge particulière. En témoigne les prises en charges spécifiques qui se multiplient autour de certains types d'agirs déterminés par le droit. La spécialisation est une notion importante, mais elle ne doit pas se faire au détriment de la prise en charge globale de la personne, de la même manière que nous avons souvent entendu qu'il ne faut pas réduire le sujet à son acte.

Dans le cas inverse, l'acte supplante et écrase l'individu, le juge et les différents acteurs judiciaires peuvent devenir prescripteur de soin. D'un même acte, nous pouvons observer des fonctionnements différents et par conséquent, une prise en charge différente.

Ainsi, l'important n'est pas une analyse symptomatique mais une compréhension du fonctionnement psychique sous-jacent et l'inscription du symptôme dans ce fonctionnement.

- **L'approche psychosomatique de Pirlot**

Pirlot (2010) enrichit l'approche psychanalytique des addictions avec la théorie psychosomatique de Marty et McDougall.

Il s'appuie sur sa pratique clinique et sur le constat que pour certains sujets, des arrêts brutaux de conduites toxicomaniaques avaient débouchés sur de sévères somatisations, « tous présentant un fonctionnement psychique opératoire et/ou alexithymique. » p77

Cette hypothèse se rapproche de celle développée par Fain (1981), où une propension à somatiser se retrouve lorsqu'il y a un arrêt des conduites toxicomaniaques.

- **L'approche psychosomatique de Corcos**

L'approche psychosomatique de Corcos (2000) vient éclairer la psychopathologie des troubles des conduites alimentaires en les rapprochant du fonctionnement opératoire.

« *L'objectif* commun de la conduite addictive et du fonctionnement opératoire est de ne pas éprouver, c'est-à-dire selon nous « de ne pas penser corporellement » le corps d'une pensée vivante potentiellement conflictuelle et non inerte. » p8

Si, dans l'addiction, prédomine une conduite agie, active, comme moyen de « déplacer la tension pulsionnelle vers le monde extérieur », dans le fonctionnement alexithymique, le conflit n'est pas externalisé mais réprimé et enfouit, laissant place à une « hyperadaptation de façade ».

L'affect n'est pas absent mais est neutralisé. Corcos (2003) parle de l'alexithymie, en précisant que ce n'est pas pathognomonique des pathologies psychosomatiques.

d) Concept de mentalisation

Selon Marty (1990), la qualité de la mentalisation dépend de la richesse du préconscient qui est variable selon les individus.
Il définit le préconscient par trois qualités :
Son *épaisseur* : en fonction du nombre de couches successives de représentation qui le constitue.
Sa *fluidité* : qualité de la circulation des représentations appartenant à des domaines différents.
Sa *disponibilité dans le temps* : capacité du sujet à s'y plonger et à y puiser les représentations qu'il recherche.

L'échec de la mentalisation signe pour Marty le risque de désorganisation du sujet.
Il accorde de l'importance à la réalité externe ; ce qui compte c'est l'importance de l'excitation qu'elle déclenche au niveau psychique, la manière dont elle est vécue à un niveau intra-psychique par le sujet.

Selon Fonagy (1996) cité par De Tychey (2000), la mentalisation est une « capacité de fonctionnement autoréflexif et l'aptitude à prendre en considération les états mentaux de l'autre dans la compréhension et le déterminisme de son propre comportement ».

Il met en valeur l'importance de l'attachement précoce sécurisant qui joue un grand rôle dans l'adaptation psychique future de l'enfant au niveau notamment de la régulation des affects.

Selon lui, il existe un bon ou mauvais fonctionnement autoréflexif. La capacité de l'enfant à contrôler l'expression de ses affects dépendrait de la représentation qu'il se fait de l'attitude des parents envers les propres affects qu'il émet.

La qualité de compréhension de nos propres états émotionnels s'étaye sur ce que nous avons décodé du miroir de nos parents au moment de l'expérience d'origine. Ici on est très près de la transformation des éléments « béta » en fonction « alpha » de Bion.

Fonagy (1996) précise que l'enfant réussi à élaborer, à contrôler ses affects par la symbolisation. « La symbolisation implique qu'au départ, le parent ait réussi à transmettre une image précise mais modulée de l'état affectif de l'enfant ». Dans le cas inverse, l'enfant serait incapable de différencier le réel du faux, la réalité matérielle de la réalité psychique.

Selon Debray (1991), la mentalisation correspond à la « capacité qu'a le sujet de tolérer, voire de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels intrapsychiques. Il s'agit en définitive d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie. » (Debray 1991, p42)
C'est une définition qui met l'accent sur la nécessité du travail d'élaboration des affects et sur la place centrale des conflits à réguler ainsi que sur leur nature qui n'est plus seulement intrapsychique mais aussi externe.

Debray insiste aussi sur le poids potentiel des défenses intrapsychiques qui sont sollicitées dans toutes situations de conflictualité psychique et d'augmentation de charge d'affects. Un recours rigide à certaines défenses (l'inhibition par exemple) peut interdire l'arrivée au conscient de tout affect et court-circuiter toute possibilité de travail d'élaboration mentale.

Bergeret (1990), lui, distingue l'espace imaginaire des processus de mentalisation.

L'imaginaire correspond à l'activité de rêve et de fantasmes dont on a conscience ou pas, composé de fantasmes préconscients, conscients, inconscients ou primitifs. C'est une fonction indispensable à l'équilibre psychique car elle « nous permet de ne pas nous sentir trop écrasé par une action trop intrusive ou trop impérative des facteurs extérieurs » (Bergeret, 1990, cité par De Tychey, 2000, p 473)

La mentalisation correspond, elle, à l'utilisation mentale que l'on va faire de l'imaginaire. C'est un des modes de fonctionnement de l'imaginaire qui s'oppose à la somatisation et au comportement. La mentalisation est une attitude où l'imaginaire est

traité, élaboré, utilisé en tant qu'imaginaire, c'est-à-dire sur le plan des représentations qui restent dans le domaine mental.

Bergeret (1990) va souligner ce qui distingue la mentalisation des voies comportementales et somatiques : « le comportement est là pour utiliser l'imaginaire dans un modèle relationnel qui n'est pas mentalisé, qui passe par des actes au lieu d'être mentalisé alors qu'une partie du somatique, le psychosomatique, constitue une façon d'utiliser le corps dans une traduction relationnelle de l'imaginaire qui ne passe ni par le comportement, ni par la mentalisation. »

On retrouve, comme chez P. Marty, une hiérarchie implicite : langage somatique < langage comportemental < langage exprimant la mentalisation devenue consciente.

Selon Smadja (2001), la somatisation advient lorsque les deux premières voies possibles d'écoulement de l'excitation pulsionnelle ont échoué, à savoir la mentalisation et le comportement.

Il comprend la mentalisation comme « la meilleure protection contre les effets mortifères d'une somatisation qu'elle soit liée à une régression somatique, en permettant alors une rapide « réorganisation » ou, liée à la désintrication pulsionnelle, elle sera alors ce qui va permettre ce 'temps de reliaison' après la maladie soit spontanément, soit grâce au soutien de l'autre. » p43

e) Synthèse et positionnement vis-à-vis de la théorie psychosomatique

La théorie psychosomatique est une théorie féconde qui a modifié l'approche et la compréhension des patients somatisants. A la suite de Marty et des fondateurs de l'ISPO, de nombreux cliniciens et théoriciens se sont inspirés des fondements théoriques de la psychosomatique. Il faut remarquer que la tendance est à un élargissement paradigmatique. Cet élargissement ne se fait pas sans quelques modifications et critiques de ce modèle.

Cet élargissement est synthétisé par Pirlot (2010) dans son introduction sur *la* psychosomatique :

> (…) aujourd'hui, certains concepts de la psychosomatique se sont avérés particulièrement applicables et opérants pour décrire et comprendre le fonctionnement psychique d'autres types de patients comme ceux ayant des comportements addictifs (Pirlot,1997), les toxicomanes, Bergeret (1981), les boulimiques-anorexiques (Corcos, 2005) chez qui bien souvent il a pu être repéré une difficulté de verbalisation des émotions, ainsi qu'une propension à somatiser, particulièrement à l'arrêt de leurs conduites (Fain,1981).
>
> Pirlot, 2010

De la même manière, McDougall (1989) précise que tous les patients au fonctionnement opératoire ne somatisent pas nécessairement.

Nous souhaitons nous positionner dans cette même lignée, postulant l'hypothèse que certains patients aux agirs violents présentent des fonctionnements psychiques proches des patients somatisants, de type pensée opératoire ou alexithymie.

Une des plus grandes critiques faite à la psychosomatique est sa notion de carence. En effet, Marty axe ses recherches sur une compréhension économique et évoque une lacune de mentalisation avec un préconscient défaillant. Cette position comporte un aspect « défaitiste », figeant le sujet dans une incapacité. A l'opposé, certains auteurs insistent sur l'aspect dynamique et sur la notion de défense.

Green (1998) va justement remettre en cause cette de notion de carence de mentalisation, en précisant, vis-à-vis d'un cas clinique présenté qu'il y a au contraire, « une surmentalisation » avec une mentalisation projetée sur l'objet, laissant au thérapeute le soin de mentaliser à sa place.
Cette lecture du fonctionnement du patient est donc à l'opposé de la théorie psychosomatique de Marty.

Ce positionnement en termes de défense et non de carence est aussi soutenu par McDougall (1989) : l'alexithymie comme mécanisme de défense ; Cournut (1991) qui évoque une clinique du vide qui au contraire relève du trop-plein et Célérier (1989) où l'absence de vie fantasmatique ne correspond pas nécessairement à un vide fantasmatique.

Ce serait donc une défense contre des éprouvés non élaborables psychiquement, car trop violents, traumatiques.

A propos de l'alexithymie, nous souhaitons mettre en exergue la question de la défense en proposant un découpage étymologique différent de celui à l'initiative de la création du mot. En effet, le découpage initial « a-lexi-thymie » définissant le terme par « *incapacité* à exprimer ses émotions » pourrait être remplacé par « *alexi*-thymie », alexein en grec correspondant à « celui qui écarte du danger », « celui qui défend, qui protège ». Ainsi l'alexithymie correspondrait bien à une « *défense* contre les émotions ».

Cette position de défense plutôt que de carence nous plait car elle ne « condamne » pas le sujet dans une incapacité. Mais il nous faudrait être prudent dans notre positionnement et ne pas entrer dans une théorie de « complaisance ». Il nous est plus facile de penser que le patient ne pense pas par défense que par carence. Notre positionnement thérapeutique prend certes plus de sens, nous sommes là pour faire émerger « un trop plein qui se défend par le vide » et non pour être face à un vide, angoissant. C'est en cela que le positionnement pour une défense plutôt qu'une carence chez les patients auteurs d'agirs violents s'éprouvera en tant qu'hypothèse, laissant le champ libre à son invalidation ou à sa validation.

De plus, Dumet (2002) se questionne sur le lien entre carence psychique et atteinte somatique, proposant d'inverser le lien cause / conséquence. « Ne se pourrait-il pas aussi que dépression essentielle, vie opératoire, absence onirique expriment la sidération psychique du patient auquel l'annonce de la pathologie et du diagnostic médical a fait l'effet d'un traumatisme ? » p56.
Son questionnement sur l'origine de ce qui s'observe fait écho à certaines de nos réflexions et notamment celle sur l'alexithymie préexistante ou réactionnelle à l'incarcération.

En effet, la pensée opératoire ou l'alexithymie observée chez certains de nos patients était-elle présente dans leur fonctionnement d'avant l'acte ? L'agir, l'incarcération ne sidèrent-ils pas le psychisme du sujet, de manière défensive ? Cette deuxième hypothèse, si elle est validée vient renforcer l'hypothèse de la prépondérance de la défense sur la carence.

A l'opposé, la verbalisation dans l'après-coup de leurs agirs engendre, de facto, un changement de registre de l'expression. Les patients sont « contraints » au soin, ils n'ont pas nécessairement des capacités de verbalisation qui font qu'ils franchissent la porte du thérapeute.
Il est important d'observer les acting-in, les réponses comportementales dans les entretiens. Ou d'observer les registres de somatisations (préexistants et réactionnels à l'incarcération).

Enfin, la théorisation psychosomatique de Dejours (2001) éclaire la compréhension clinique des auteurs d'agirs violents. En effet, l'existence d'un inconscient « amential », non sexuel, clivé originellement de l'inconscient refoulé, sexuel », ne passant pas par le préconscient, vient expliquer certaines formes « de violence, de passage à l'acte, de perversion et de somatisation ». L'équilibre de fonctionnement entre inconscient « refoulé » et inconscient « amential » oriente le fonctionnement du patient en « vrai-self » ou en « faux-self ». La zone de sensibilité, parfois aminci peut générer un agir qui se chargera d'une « coexcitation sexuelle » venue de l'inconscient refoulé et qui colorera l'agir d'une tonalité sexuelle. Dans cette

optique, Dejours (2001) précise qu'il faut s'intéresser à la violence et non au « contenu érotique qui lui est associé. »

Cette théorisation semble prendre sens chez certains de nos patients, catégorisés en tant qu'auteurs d'agirs sexuels violents, mais où il nous semble que le sexuel ne semble pas être la problématique principale.
Cette théorie semble être notamment valable dans les agirs relevant du recours à l'acte, en dehors de toute possibilité de mentalisation, de fantasmatisation.

Toujours selon la théorie de Dejours (2009), l'évocation des « somatisations symbolisantes » sont à comprendre comme un « frayage psychosomatique ». Il est possible de faire le lien entre ces « somatisations symbolisantes » et certains types d'agirs qui sont des « tentatives de figurations », comme le décrivent Chabert (2000) et Ciavaldini (2006). Ainsi, certains types d'agirs, et pour être précis, les passages à l'acte et non les recours à l'acte sont à comprendre comme une étape sur la voie de la mentalisation, comme une manière de tenter de traiter les excitations sur une scène externe.

5) Agir, émotions, fonctionnements limites et fonctionnements psychosomatiques

Nous souhaitons articuler nos différents positionnements théoriques afin d'en extraire des hypothèses, telles qu'elles seront mises à l'épreuve de la clinique, dans la partie suivante.

Après avoir compris ce qui se joue dans la trajectoire sensation → pensée, nous souhaitons mettre à l'épreuve les théories de l'agir de Claude Balier, en lien avec des fonctionnements psychiques particuliers.
Indépendamment des actes, les sujets se rapprochant des états limites sont nombreux dans nos rencontres en milieu carcéral, et semblent d'ailleurs faire consensus au niveau théorique.

D'une part, et c'est un point qui ne paraît pas aussi évident d'emblée, nous voudrions rapprocher les sujets incarcérés pour des agirs violents du fonctionnement psychosomatique.

De plus, rapprocher les sujets auteurs d'agirs violents des fonctionnements psychosomatiques a pour conséquence de se rendre au cœur de la théorie et de préciser les points à souligner. Ainsi, nous souhaitons éprouver l'hypothèse selon laquelle le fonctionnement psychosomatique n'est pas un fonctionnement carentiel mais défensif. Comme nous l'avions déjà écrit, ce positionnement ne doit pas être un positionnement de complaisance de la part du clinicien-chercheur, mais un positionnement qui pourrait, s'il est confirmé, avoir un impact dans la prise en charge de ces patients.

D'autre part, une fois posée la question des fonctionnements chez les patients incarcérés pour des agirs violents, nous nous centrons plus précisément sur la question de l'agir. A certains types d'actes semble correspondre un fonctionnement particulier. Ce n'est pas la catégorisation de l'acte selon la classification pénale qui nous intéresse mais la compréhension en termes de recours à l'acte ou de passage à l'acte, selon la classification de Balier. Ainsi, nous souhaitons ne pas faire de distinction particulière ni rigide entre auteurs d'agirs violents et auteurs d'agirs sexuels violents. Notre position est certainement discutable et faillible, mais la focalisation sur l'acte (sexuel / non

sexuel) nous entraîne à voir les choses de manière préconçue. De plus, grand nombre de théories sur les agirs sexuels violents semblent pouvoir s'appliquer aux agirs violents en général, et les théories sur les agirs violents (non sexuels) éclairent, elles aussi, la compréhension des auteurs de violences sexuelles. Ainsi, la théorie est ici transnosographique.

Enfin, même si nous souhaitons, au niveau théorique, dresser un aperçu des différents fonctionnements en fonction de l'acte, nous devons garder à l'esprit que la théorie cherche à synthétiser une pensée, mais que la clinique est vaste et en mouvance. C'est pourquoi, loin de vouloir catégoriser à notre tour, nous précisons que les distinctions effectuées n'ont pas valeur de cloisonnement et que cela a principalement pour fonction de clarifier une pensée. Un même sujet peut avoir des fonctionnements différents selon les moments et des agirs (recours à l'acte et passage à l'acte) tous aussi différents. Nous sommes dans l'observation d'une tendance et non dans une fixation du sujet dans un fonctionnement donné.

Une clinique de l'agir

Jusqu'à présent, nous avions utilisé le terme « agir » à propos des actes violents commis par les sujets pour parler de manière générale et indépendamment d'une compréhension théorico-clinique.
Aussi, l'emploi des termes « passages à l'acte » et « recours à l'acte » vient préciser les soubassements théoriques propres à chaque terme.

Le passage à l'acte, selon Balier (2005) est un agir défensif contre l'angoisse générée par des représentations psychiques difficilement élaborable et générant une décharge immédiate. Il comporte une certaine forme de mentalisation. C'est une tentative de liaisons de ce qui n'a pu se lier au niveau interne.

Le recours à l'acte, exempt de toute forme de mentalisation, correspond à l'ultime tentative utilisée pour échapper à une menace d'effondrement générée par des excitations irreprésentables, de l'ordre d'une terreur sans nom. L'angoisse n'est pas perçue par le sujet, l'acte semble absurde et inattendu.

Synthèse fonctionnements psychosomatiques et les fonctionnements limites.

Fonctionnement psychosomatique

Le fonctionnement psychosomatique est un fonctionnement globalement en « intériorité », où la projection dans le monde extérieur ne se fait que rarement et par échec des différents mécanismes mis en œuvre jusqu'alors.

Selon les théories de Dejours (2001), le clivage originel, en lien avec l'« inconscient amential », permet une (pseudo)adaptation à la réalité, avec le risque que la « zone de sensibilité » soit effractée.

La répression et l'inhibition sont des mécanismes de défense majeurs, colorant la personnalité du sujet d'une tonalité opératoire. La fonction pare-excitatrice est peu efficiente et le sujet s'en défend en étouffant tout ce qui pourrait venir le déborder. Les objets internes sont donc éteints, absents et le sujet maintient son existence dans un surinvestissement du factuel et de la réalité externe. Le discours opératoire semble exister pour pallier le manque des objets internes mais aussi pour éviter toute forme de vie psychique qui pourrait le déborder. La relation d'objet semble « anobjectale », dans une forme d'anesthésie relationnelle, et par conséquent les objets, non investis sont facilement interchangeables. C'est une « relation blanche » à l'objet où toute forme de vie imaginaire est asséchée et où le transfert semble inexistant.

Les affects sont absents, dévitalisés, l'angoisse non reconnue et le discours renseigne sur l'alexithymie primaire. Les mots n'expriment pas d'émotion et le sujet dit ne rien ressentir. Les somatisations sont courantes.

La tentative de gestion des excitations, peut se faire par le biais des « procédés autocalmants » (Smadja, 1993). Ces procédés ne traitent pas l'excitation, ils la calment, ils l'éteignent, par épuisement.

Il est possible de rapprocher ces fonctionnements des psychoses blanches (Green et Donnet, 1973), qui sont des psychoses sans délire, c'est-à-dire où le monde interne débordant n'est pas projeté, expulsé sur l'extérieur, mais est maintenu, neutralisé par l'hallucination négative.

Nous retrouvons aussi des points de concordances avec les « normopathes » décrit par McDougall (1978).

Les fonctionnements limites

Les fonctionnements limites se manifestent globalement en « extériorité ». Les agirs sont fréquents, sous toutes leurs formes, du passage à l'acte hétéroagressif à l'automutilation. Des somatisations apparaissent parfois, mais elles relèvent plus des « somatisations symbolisantes » (Dejours, 2009), sortes de tentatives de figuration.

Le clivage se monte en défense face à des représentations insupportables. Lorsque la contenance fait défaut, la projection et l'identification projective expulsent hors du sujet ce qu'il ne peut traiter psychiquement. Ainsi, à la défaillance du pare-excitateur interne, l'environnement extérieur tente de prendre le relais. La décharge dans l'acte est une tentative de gestion des excitations non gérables. Les émotions sont indifférenciées, peu élaborées, parfois mises à distance mais souvent le sujet peut dire qu'il ressent quelque chose, sans pouvoir nommer ce « quelque chose » (alexithymie secondaire).

La relation d'objet est anaclitique, fluctuante et investie pour sa fonction de renforcement narcissique, dans une forme d'hyperesthésie relationnelle. La vie imaginaire est pauvre, parfois envahie de processus primaire, rarement tiercéisée. La gestion des excitations en interne se fait parfois par le recours à des « scénarii-actes » (Ciavaldini, 2006), qui n'empêche pas de basculer dans l'agir.

C'est une pathologie du lien où autrui est mis à mal. Il est possible d'observer une « psychose de transfert » où le sujet demande des soins mais se sent persécuté par le thérapeute. Il est possible de rapprocher ces fonctionnements des fonctionnements en « faux-self » de Winnicott (1960) et des personnalités « as if » de Deutsch (1970).

Au vu de ces différentes descriptions, il est donc possible de rapprocher les fonctionnements limites du passage à l'acte et les fonctionnements psychosomatiques du recours à l'acte.

A suivre, *Tableau synthétique des fonctionnements limites et des fonctionnements psychosomatiques*

	Fonctionnement psychosomatique	**Fonctionnement limite**
Type d'agir	**Recours à l'acte** par échec des défenses	**Passage à l'acte** comme défense
Aspect quantitatif de l'agir	Agir rare	Agir fréquent
Fonctionnement général	Fonctionnement en intériorité	Fonctionnement en extériorité
Mécanisme de défense	Répression Inhibition Clivage originel / radical	Projection Identification projective Clivage réactionnel / oscillant
Rapport aux émotions	Alexithymie primaire	Alexithymie secondaire ou Labileté affective, dysphorie
Pare-excitation	Non efficient Répression, extinction des excitations en interne	Pare-excitation externe Gestion des excitations en externe
Lien à la réalité externe	Surinvestissement du factuel pour pallier le manque des objets internes	Décharge dans l'action Convocation de l'externe pour gérer l'interne
Relation d'objet	Relation d'objet anobjectale Non investi et changeant Pas de recherche de lien	Relation d'objet anaclitique, investi et changeant Recherche d'étayage
Lien dans la relation	Anesthésie relationnelle	Hyperesthésie relationnelle
Lien et transfert	Relation blanche a-relation absence de transfert	Pathologie du lien Dys-relation (Psychose de)Transfert
Vie imaginaire	asséchée	Pauvre et crue
Gestions des excitations	Procédés autocalmants	Scénarii-actes
Type de fonctionnements possibles	Psychose blanche Donnet et Green Normopathe McDougall	Faux-self Winnicott As If Deutsch
Rapport au corps	somatisations	« somatisations symbolisantes » Automutilations

TROISIEME PARTIE :

METHODOLOGIE

I- Problématique et hypothèses

1) Rappel de la problématique

Les différents éléments théoriques ont permis de préciser notre objet de recherche qui porte sur les émotions dans les agirs violents.

Les auteurs d'agirs violents semblent présenter des fonctionnements plus complexes qu'une simple carence de mentalisation. La compréhension de leur fonctionnement pourrait-elle mettre en valeur un niveau défensif et processuel plutôt que carentiel ?

Le fonctionnement des patients auteurs d'agirs violents ne semble pas trouver son essence dans une distinction entre les auteurs d'agirs violents et les auteurs d'agirs violents sexuels, mais de manière générale, dans les rapports dynamiques et processuels aux affects. Les théories sur les fonctionnements limites et sur les fonctionnements psychosomatiques semblent pouvoir éclairer nos questionnements.

La réflexion sur les agirs violents pourrait se faire au regard des émotions. Que ce soit chez les sujets auteurs de recours à l'acte ou de passage à l'acte, selon les théories de Balier (1988), le rapport à l'émotion nous semble être particulier et se doit d'être investigué. Ne serait-ce pas, dans les deux cas, à rapprocher d'un risque de désorganisation psychique face à des émotions débordantes ? Mais quelles seraient alors les différences entre les deux types d'agirs?

2) Hypothèses

a) Hypothèse générale

Les sujets auteurs d'agirs violents semblent présenter des difficultés dans leurs rapports aux émotions, nous nous attendons donc à retrouver des fonctionnements psychiques avec un rapport à l'émotion particulier qui relèverait de la défense plutôt que de la carence.

Nous pensons retrouver une correspondance entre un type d'agir (recours à l'acte ou passage à l'acte) et un fonctionnement psychique particulier (fonctionnement limite ou fonctionnement psychosomatique).

Ainsi ce ne serait pas l'acte qui oriente la compréhension psychique du sujet, mais la compréhension du fonctionnement psychique du sujet qui éclairerait la compréhension de l'acte.

Dans cette perspective, le sujet ne se réduit pas à son acte, l'acte étant réintégré en tant que symptôme.

b) Hypothèses théoriques

Hypothèse 1:

Au niveau de l'agir violent, le recours à l'acte est symptomatique des sujets au fonctionnement psychosomatique ; le passage à l'acte est, lui, symptomatique des fonctionnements limites.

Le recours à l'acte et le passage à l'acte sont à comprendre dans l'acceptation de Balier.

Les fonctionnements psychosomatiques et les fonctionnements limites sont des fonctionnements généraux, définis selon des théorisations particulières.

Hypothèse 2:

Tous les agirs violents sexuels ne relèvent pas nécessairement d'une problématique sexuelle. Dans certains cas, ce sont des contenus bien plus archaïques qui dominent.

Cette hypothèse est imprégnée des théories de Dejours (2001) sur la notion d'«inconscient amential », à distinguer de l'« inconscient sexuel, refoulé »

Ainsi, cette hypothèse serait notamment valable pour un sujet auteur d'un agir relevant du recours à l'acte.

Nous devons alors nous intéresser particulièrement à la violence, et non au contenu érotique associé.

Hypothèse 3:

Chez les sujets auteurs d'agirs violents, le rapport aux émotions est la traduction d'une défense contre les émotions et non d'une carence.

Cette hypothèse postule une compréhension défensive et non déficitaire d'un fonctionnement psychique.

Si cela semble assez évident pour les sujets limites, en revanche, pour les fonctionnements psychosomatiques, c'est une hypothèse qui a trouvé un écho théorique assez récemment.

Hypothèse 4:

Le fonctionnement psychique des auteurs d'agirs violents ne se définit pas selon une catégorisation pénale de l'agir.

L'acte est un symptôme qui nous renseigne, parmi d'autres symptômes, sur le fonctionnement du sujet.

Il faut être prudent sur une forme de dérive actuelle où la catégorie pénale tend à définir la catégorie psychiatrique.

Pourquoi ce besoin de catégoriser ? Sûrement pour simplifier son environnement, se rassurer.

Parfois, l'agir préoriente la rencontre. L'authentique dans la rencontre patient-thérapeute est perturbé par les préconçus rattachés à l'acte ou aux conclusions expertales. Le diagnostic signe la rencontre. Il est important de laisser au sujet la possibilité de se présenter au thérapeute avec son fonctionnement. En avoir conscience ne veut pas dire contrer ou empêcher que cela ait lieu.

Aujourd'hui, la distinction entre les agirs violents et agirs sexuels violents génèrent des prises en charge différentes avec parfois des équipes scindées selon leur spécificité. Le patient est orienté vers une prise en charge spécifique selon son acte et non selon son fonctionnement, au détriment d'une prise en charge globale.

II- Méthodologie

1) L'étude de cas

Le choix de l'étude de cas s'explique par différentes motivations.

En effet, cette recherche est directement née de notre travail de clinicienne. Vouloir ajuster, au mieux, notre prise en charge de patients incarcérés comporte, certes, une origine « personnelle», mais cela a eu pour avantage de faire émerger cette recherche. Nous souhaitions rendre intelligible des situations cliniques particulières, sidérantes, perturbantes.

« C'est souvent pour se détacher d'une relation clinique trop confusionnelle, trop vampirisante, dans laquelle les mouvements contre-transférentiels sont violents et énigmatiques, que le clinicien est poussé à un dégagement, à une élaboration, à une réflexion théorique distanciante » (Ciccone, 1998, p110).

Nous incluons notre propre dimension subjective dans le dispositif de recherche, ne pouvant faire l'économie de nos propres émotions avec un tel sujet de recherche.

Aussi, notre double positionnement de clinicienne et de chercheuse a généré de nombreux questionnements sur la méthode à utiliser. Nous souhaitons garder une posture proche de chacun d'eux, sans léser l'un ou l'autre.
Ce que souligne Le Poulichet (2004) : « On ne peut situer d'un côté la clinique et de l'autre la recherche, telles deux phases bien ordonnées : la clinique se trouve d'emblée à l'œuvre à l'intérieur de la recherche et l'on ne fait pas d'expérience clinique qui ne soit déjà, d'une certaine façon, une recherche. » p 72

Pour recueillir un matériel clinique suffisant sans altérer la relation patient-thérapeute nous avons fait le choix de travailler sur nos notes d'entretiens, écrites rigoureusement après chaque rencontre avec le patient. Nous n'écrivons jamais durant l'entretien, souhaitant être totalement disponible pour les patients, dans l'instant de la rencontre. S'ajoute le fait qu'en milieu carcéral les écrits (du juge, du travailleur social, des

surveillants, des experts) sanctionnent une conduite, un comportement, sans que le détenu ne puisse en avoir la maitrise, laissant la place, chez certains patients à des fantasmes de persécution à l'encontre de tout écrit.
Tout au long de cette recherche, l'intérêt du patient est resté le fil conducteur de nos choix méthodologiques.

Par ailleurs, le choix épistémologique du cas unique semble pertinent puisqu'il « se prête à une démarche scientifique authentique ». (Widlöcher, 1990)
Le cas unique n'a pas pour fonction de prouver des connaissances, mais « il enrichit les connaissances de ceux qui partagent le même type d'expérience » et il vise « à montrer par un cas exemplaire l'existence d'un état mental ou d'un mécanisme jusque là inconnu ou insuffisamment pris en compte ». (Widlocher, 1990, p288)

Notre recherche, tout comme notre pratique clinique, a comme référence de base la psychanalyse, ce qui nous permet de mettre à jour, de comprendre, la dynamique intrapsychique et le fonctionnement mental de chaque sujet, dans des échanges avec les éléments théoriques choisis.
Marty (2009) précise « qu'un cas n'est pas seulement un aperçu clinique, pas seulement un compte rendu, mais qu'il restitue un processus. Nous comprendrons mieux alors que ce qui pousse un clinicien à écrire un cas concerne la nécessité dans laquelle il se trouve d'éclairer le dit processus. » p66

Une étude de la complexité

Nous empruntons à Edgar Morin (1990) l'étude de la complexité. Ce sociologue et philosophe français nous montre l'importance de la complexité du monde et de l'homme. Il propose une méthode pour appréhender cette complexité. Selon lui, la connaissance ne doit pas être réduite, cloisonnée, il faut pouvoir accèder au singulier sans omettre de prendre en compte l'univers intérieur et extérieur de l'être humain.
La complexité « comporte la reconnaissance d'un principe d'incomplétude et d'incertitude ». p11

En ces périodes de cloisonnement, de catégorisation, de classement, où l'être humain est de plus en plus appréhendé par des échelles actuarielles et des statistiques, où les données psychologiques ont remplacé les données anthropométriques (abandonnées dans les années 70), la rencontre humaine tend à ne s'appréhender que par un seul axe d'approche et non plus dans sa globalité.
La personne incarcérée ne se réduit pas à son acte, même si, en prison, tout semble lui rappeler.

Ainsi, les éléments relevés dans cette thèse n'ont pas pour fonction de cloisonner une théorie ni d'enfermer un sujet dans un fonctionnement particulier.
Ce qui est observé ne peut être détaché de son environnement, isolé. C'est l'essence même du fonctionnement humain qui serait alors réduit. L'observation s'est faite à un moment donné, avec un sujet donné, dans un contexte particulier et dans une relation particulière avec le clinicien chercheur. Tous ces facteurs influent sur les résultats, et loin de vouloir les contrôler, nous souhaitons juste en tenir compte.
Dans une optique de recherche et de transmissions, notre pensée s'est synthétisée et nous avons porté le focus sur un objet particulier.

1- Population

Notre population comporte des patients hommes, adultes, tous jugés.

Nous avons exclu les patients limités intellectuellement et ceux souffrant d'une pathologie psychiatrique clairement décompensé (trouble bipolaire, schizophrénie etc.)

Dans notre appellation d'«agirs violents », nous incluons les sujets ayant commis des actes violents envers une ou plusieurs personnes, de manière soudaine et bruyante.

Nous avons exclu les femmes car elles étaient peu nombreuses à rentrer dans les critères, celles ayant commis des agirs violents souffrant bien souvent d'une pathologie psychiatrique lourde.

Afin d'appréhender au mieux le fonctionnement humain, nous avons inclus dans notre population de recherche des patients suivis en entretien de manière régulière et suffisamment longtemps pour avoir un matériel clinique conséquent. Le choix s'est

porté sur des patients reçus au moins vingt fois en entretien. Le suivi des patients s'est arrêté soit du fait d'une libération, soit du fait de mon départ du centre de détention pour un autre établissement.

Si le critère numérique peut sembler particulier, nous l'avons choisi car il nous permet d'inclure, en toute objectivité, nos cas cliniques. Nous ne choisissons pas les cas qui nous « conviennent » et qui semblent intuitivement coïncider avec nos hypothèses, nous tentons avec une certaine neutralité d'apporter un matériel clinique à travailler. L'invalidation d'une hypothèse produit tout autant de réflexion que sa validation.

III- Hypothèses opérationnalisées

Hypothèse 1:

Au niveau de l'agir violent, le recours à l'acte est symptomatique des sujets au fonctionnement psychosomatique ; le passage à l'acte est, lui, symptomatique des fonctionnements limites.

Hypothèse 1 opérationnalisée :

Pour les sujets au fonctionnement psychosomatique, nous nous attendons à voir des éléments en faveur du recours à l'acte : angoisse non perçue avant l'acte, difficulté à se reconnaître comme l'auteur de l'acte, caractère soudain et imprévisible de l'acte, angoisses de perte, envahissement par des imagos archaïques, crainte de la passivité, atteinte narcissique de l'ordre de l'effondrement, alexithymie primaire…

Pour les sujets au fonctionnement limite, nous nous attendons à voir des éléments en faveur du passage à l'acte : angoisse perçue avant l'acte, utilisation régulière de l'agir pour gérer les conflits, alexithymie secondaire.

Hypothèse 2 :

Tous les agirs violents sexuels ne relèvent pas nécessairement d'une problématique sexuelle. Dans certains cas, ce sont des contenus bien plus archaïques qui dominent.

Hypothèse 2 opérationnalisée :

Chez ces sujets, nous nous attendons à repérer un agir sexuel qui prend la forme d'une crise clastique, d'une rage narcissique, sans caractère personnel, et qui semble ne pas correspondre au fonctionnement du sujet. La dimension sexuelle semble être particulière et le sujet ne se reconnait pas dans son acte. L'étude de l'agir et du fonctionnement nous renverra à un niveau plus en amont que la problématique sexuelle.

Hypothèse 3 :

Que ce soit dans le passage à l'acte ou le recours à l'acte, l'absence apparente d'émotions, si elle est présente, est la traduction d'une défense (et non d'une carence) contre les émotions.

Hypothèse 3 opérationnalisée :

Les éléments de la prise en charge psychothérapeutique soulignent des éléments en faveur d'une défense contre les émotions et non d'une carence avec des émergences tempérées ou non des affects dans les entretiens.

Hypothèse 4:

Le fonctionnement psychique des auteurs d'agir violents ne se définit pas selon une catégorisation pénale de l'agir.

L'acte est un symptôme qui nous renseigne, parmi d'autres symptômes sur le fonctionnement du sujet.

Hypothèse 4 opérationnalisée :

Nous nous attendons à retrouver des fonctionnements psychiques différents selon les sujets incarcérés pour un même type d'agir, soulignant le caractère transnosographique de l'agir violent. Nous nous attendons à voir émerger des cas cliniques, des éléments en faveur du fonctionnement psychosomatique et du fonctionnement limite. Cette hypothèse s'éprouvera à la fin de tous les cas cliniques.

Pour les éléments, se référer au tableau synthétique p123

QUATRIEME PARTIE :

ANALYSE CLINIQUE

Cas cliniques

I- Discussion

Notre hypothèse principale porte sur le fait que les auteurs d'agirs violents semblent présenter des difficultés dans leur rapport aux émotions.

Les cas cliniques révèlent effectivement une difficulté dans la modulation de leur émotions, *Sacha* et *Dorian* présentant un rapport affectif marqué par l'envahissement et le débordement ; *Iakov* et *Echo* par leur absence de tonalité affective dans la rencontre.
Jean-Baptiste, lui, semble se situer à un niveau bien en deçà de l'affect, au niveau de la sensorialité. En effet, son fonctionnement souligne une fixation à un registre sensori-moteur, sans possibilité de faire converger la sensation, par le biais de la pulsion, vers un représentant-affect.

Hypothèse 1

Dans cette recherche, nous nous intéressons au lien qui existe entre type d'acte et fonctionnement psychique.
L'hypothèse 1 porte sur le fait que les sujets dont l'agir relève d'un *recours à l'acte* semblent présenter un *fonctionnement psychosomatique* et que les sujets dont l'agir est un *passage à l'acte* présentent un *fonctionnement limite*.

Cette hypothèse n'est pas validée pour tous les sujets, mais nous remarquons tout de même un lien important entre fonctionnement et agir.

L'hypothèse est validée pour *Echo* (fonctionnement psychosomatique / recours à l'acte), *Iakov* (fonctionnement psychosomatique / recours à l'acte) mais pas pour *Sacha* (fonctionnement limite / recours à l'acte).

Le cas clinique de *Jean-Baptiste* ne nous permet pas de répondre à cette hypothèse puisqu'il ne semble appartenir à aucun des deux registres attendus. Son agir, si l'on se place dans les hypothèses de Balier, serait de l'ordre du recours à l'acte du fait de son rapproché avec la psychose. Ses agirs violents, proches des recours à l'acte sont

la résultante de son fonctionnement psychotique et non l'ultime défense contre l'effondrement dans la psychose.

Enfin, chez *Dorian* coexistent des éléments en faveur des deux fonctionnements (fonctionnement limite et psychosomatique) et en faveur des deux types d'agir (passage à l'acte et recours à l'acte).

Nous pourrions faire coïncider les fonctionnements psychiques et les agirs, mais ce qui nous intéresse dans la spécificité de ce cas, au-delà de la réponse à nos hypothèses, c'est l'émergence de questionnements. En effet, la distinction « recours à l'acte/ passage à l'acte » entre chaque type d'agir est-il aussi clair que nous le pensons ?

Hypothèse 2

La seconde hypothèse porte spécifiquement sur les agirs sexuels et concerne donc *Jean-Baptiste, Dorian* et *Sacha*.

Nous avons fait l'hypothèse que tous les agirs violents sexuels ne relèvent pas nécessairement d'une problématique exclusivement sexuelle.

Cette hypothèse est clairement validée pour **Sacha** et expliquée à l'aide des hypothèses de Dejours (2001) et sa troisième topique.

Dans le cas de *Jean-Baptiste*, elle l'est de fait, car son fonctionnement le rapproche de la psychose et donc dans un registre bien en amont de la problématique sexuelle.

Pour *Dorian*, l'existence, au sein d'un même agir, d'éléments issus d'un inconscient non sexuel (inconscient amential) en plus des éléments issus d'un inconscient sexuel (inconscient refoulé) permet de valider l'hypothèse.

Nous remarquons que ces trois sujets ont un agir de l'ordre du recours à l'acte.

Par extension, serait-il possible de comprendre la distinction entre recours à l'acte et passage à l'acte à la lumière des théories Dejours (2001) ?

Le passage à l'acte serait alors compris comme un rejeton de l'« inconscient refoulé » et le recours à l'acte comme l'expression d'éléments de l'« inconscient amential ». Les différentes colorations des agirs seraient alors à comprendre en fonction de la balance des éléments des deux inconscients.

Certains agirs seraient initiés par l'« inconscient refoulé » et suivi de près par l'« inconscient amential », ce qui engendrerait des agirs sexuels où la violence se positionne de surcroit. Ce qui semble être le cas dans l'agir violent sexuel de Dorian où le scénario sexuel est préexistant à la violence extrême.
D'autres agirs seraient initiés par l'« inconscient amential » et les éléments de l'inconscient refoulé s'engageraient immédiatement à sa suite. L'agir violent sexuel de Sacha en témoignerait. Cette fois-ci, ce serait la violence (primaire) qui préexisterait au sexuel.

Hypothèse 3 :

La troisième hypothèse s'intéresse aux patients qui sont apparemment désaffectivés.
Echo et Iakov sont clairement concernés, Dorian aussi à certains moments.
Jean-Baptiste et Sacha ne sont pas dans une mise à distance de leurs affects, en conséquence, cette hypothèse ne les concerne pas.

Nous souhaitons tout de même préciser que Jean-Baptiste est à un niveau très archaïque de l'émotion. En fait, il n'est pas dans l'affect, mais dans le sensoriel. Le sensoriel s'exprime mais ne se représente pas. En effet, la sensation prend le chemin de la pulsion dans sa dimension d'excitabilité mais ne peut trouver la voie qui mène à la représentation. Immédiatement déchargée, la sensation est motrice. Inhérent à son fonctionnement, fixé à un stade de développement peu mature, il comporte en lui la notion de carence. En effet, fixé à un stade proche de la psychose, il est dans l'incapacité de se représenter mentalement, de mettre à distance les objets. C'est en cela, que chez Jean-Baptiste, nous pouvons parler de carence, conséquence d'un arrêt dans le développement libidinal.

L'hypothèse 3 est validée pour les trois sujets : Echo, Iakov et Dorian.

Echo présente un fonctionnement très opératoire, très alexithymique. Les entretiens nous amènent à penser que son fonctionnement est immuable, marqué par la carence. L'agir violent d'Echo, lorsqu'il nous l'explique, souligne un débordement émotionnel extrême, un vécu d'atteinte narcissique si intense que le comportement

remplace alors la pensée. C'est pour se défendre de ce vécu agonistique que l'agir advient. L'hypothèse de la défense est confirmée par ses paroles qui précisent la dimension défensive de manière quasi consciente. Pour schématiser, nous serions dans le « si j'y pense je me sens mal, donc je n'y pense pas » et non dans le « je ne peux pas, je n'arrive pas à y penser ».

Pour Iakov, l'alexithymie primaire, renforcée par l'incarcération est très présente. Cette alexithymie semble être le signe d'une défense, puisque, lors d'un entretien, il précise son refus d'en parler, de garder cela pour lui, les manifestations physiologiques de l'angoisse confirmant ses dires. Il ira même jusqu'à intellectualiser cette défense en nous parlant de sa froideur affective et en l'expliquant, toujours sans affect. Jusqu'à ce que la trace d'un traumatisme (le meurtre de son meilleur ami) vienne éclairer un peu plus son fonctionnement.

Dorian, lui, va changer plusieurs fois dans son mode de fonctionnement. Il oscillera avec des éléments de l'ordre du fonctionnement limite et des éléments de l'ordre du fonctionnement psychosomatique. Tantôt débordant, tantôt réprimé, l'affect cherche à trouver la voie de la mentalisation. L'alternance de son rapport à l'émotion nous laisse entendre assez facilement le mécanisme de défense et non l'existence d'une carence.

Ainsi, les émotions, toutes aussi absentes soient-elles en apparence, cherchent à s'exprimer sans déborder le sujet. Les mécanismes de défense projettent ou répriment ce qui ne peut être traité. Etouffé ou surexprimé, l'absence de traitement tempéré de la sensation, devenue pulsion, génère des comportements inadaptés.

Freud (1915) précise que la répression porte sur l'affect et le refoulement sur la représentation. La représentation, insuffisamment refoulée, toujours active affectivement, peut alors devenir « retour du refoulé » sous forme de symptôme névrotique.

Mais que devient l'affect dans la répression ? Est-il réprimé, c'est-à-dire étouffé jusqu'à son extinction, comme une flamme qui, manquant d'oxygène, finit par disparaître. Ou est-il compressé, comprimé, jusqu'à ce que la capacité de contenance s'en trouve débordé ?

Serait-il possible de parler de « compression des affects » ?

Cette « compression » serait comme la phase d'un moteur où le mélange explosif est comprimé.
Si nous filons la métaphore mécanique et chimique, la compression peut avoir comme destin une explosion dont le déclencheur est soit externe (moteur essence) soit interne (moteur diesel). Dans le cas du moteur diesel, on parle d'auto-combustion.

L'explosion[1] arriverait par une étincelle qui enflammerait cette compression. « L'étincelle » correspondrait à une atteinte narcissique, consécutive à des traumatismes, réveillée par un élément de l'environnent extérieur. Il y a donc un « déclencheur » qui fait basculer les « affects compressés » sur un autre registre, à savoir l'agir violent.

La combustion[2]interne, à l'opposé de l'explosion, se met automatiquement en route lorsque le taux de compression est trop important. Elle peut prendre la forme combustion lente, diffuse, sans flamme, générant beaucoup de fumées toxiques, à la manière d'un feu qui couve. Ici, les « affects compressés » changeraient aussi d'état, et la toxicité interne se retrouverait dans les somatisations.
Ainsi, le recours à l'acte correspondrait à la phase d'explosion, suite à une compression des affects.
Dans les somatisations, les « affects compressés » génèrent une combustion en interne. La dilution du changement d'état de l'affect entraine une toxicité qui se répercute sur le corps.

L'évacuation de la « compression d'affect » se ferait donc par « explosion » dans les agirs violents et par « combustion interne » dans les somatisations.
En partant de ce postulat, l'absence d'affect chez un sujet serait bien à analyser sous un angle dynamique et défensif.

[1] Explosion (essence) : un élément extérieur vient générer une inflammation
[2] Combustion interne: le fort taux de compression génère une auto-inflammation

Hypothèse 4 :

La dernière hypothèse, assez générale, porte sur le fait que l'agir du sujet ne définit pas son fonctionnement. L'agir est un symptôme qui participe, de manière importante, à la compréhension du fonctionnement du sujet.
Dans cette perspective, l'approche du sujet par une lecture exclusive de l'agir nous semble erronée.
Pour éprouver cette hypothèse nous devons synthétiser les agirs et le fonctionnement de chaque sujet.

	Catégorisation de l'agir	**Type de fonctionnement**	**Type d'agir**
Jean-Baptiste	Agirs violents sexuels	Proche psychose	Recours à l'acte et passage à l'acte
Echo	Agir violent	Fonctionnement psychosomatique	Recours à l'acte
Sacha	Agir violent sexuel	Fonctionnement limite	Recours à l'acte
Iakov	Agir violent	Fonctionnement psychosomatique	Recours à l'acte
Dorian	Agirs violents sexuels	Fonctionnement psychosomatique et limite	Recours à l'acte et passage à l'acte

De manière générale, au vu du tableau synthétique, nous pouvons dire qu'il existe une hétérogénéité de fonctionnements chez les auteurs d'agirs violents (sexuels et non sexuels). Ce qui nous permet de répondre positivement à l'hypothèse 4.
Il faut préciser que notre échantillon est très largement insuffisant pour généraliser cette hypothèse mais il confirme une tendance.
La prise en compte du caractère transnosographique permet d'élargir le type de prise en charge et surtout de ne pas « préconcevoir » le soin en fonction du type d'acte.

Au-delà de la validation de l'hypothèse 4, le tableau synthétique nous permet d'avancer dans nos réflexions.

D'une part, nous remarquons que c'est principalement au niveau des agirs violents sexuels que se distinguent les fonctionnements. En effet, Jean-Baptiste, Sacha et Dorian, tous trois condamnés pour viol[1] par la justice ne relèvent pas du même type de fonctionnement.
Pour les agirs violents non sexuel (Echo et Iakov), nous retrouvons une homogénéité entre le fonctionnement et le type d'agir (psychosomatique et recours à l'acte).
Ce point serait à investiguer ultérieurement, afin de comprendre si les agirs violents non sexuels, lorsqu'ils sont uniques dans leur apparition, relèvent tous d'un fonctionnement psychosomatique et d'un recours à l'acte.

Aussi, pour tous les sujets, nous pouvons remarquer une distinction entre les agirs répétitifs (Jean-Baptiste et Dorian) et l'agir singulier (Echo, Sacha, Iakov).
Il est possible alors de comprendre la répétition des actes de Jean-Baptiste et Dorian comme une tentative de figuration des éprouvés non élaborables. Cette hypothèse confirme celle proposée par Balier, à savoir que les sujets dont l'agir correspond à un passage à l'acte sont bien souvent dans la répétition. A l'opposé, l'agir qui relève du recours à l'acte est bien souvent unique dans l'histoire de vie des sujets.

[1] Il est à préciser que le viol au niveau du droit correspond à « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise. »

Toujours à propos du type d'agir, nous nous questionnons sur ce qui distingue le recours à l'acte du passage à l'acte.

La distinction « inconscient refoulé » / « inconscient amential » vient peut-être éclairer ce questionnement. En nous intéressant au clivage qui existe entre ces deux inconscients (Dejours, 2001), nous pourrions comprendre que les agirs issus des rejetons de l'« inconscient refoulé » ressemblent au passage à l'acte et les agirs issu des rejetons de l' « inconscient amential » correspondent au recours à l'acte. Ce qui coincide avec les hypothèses de Balier précisant la présence d'une certaine forme de mentalisation dans le passage à l'acte et l'absence totale de mentalisation dans le recours à l'acte.

Balier (2006) a questionné cela en introduisant la notion de « clivage radical » dans les recours à l'acte et de « clivage oscillant » dans les passages à l'acte.

Chez Dorian, des éléments de l'inconscient refoulé réapparaissent dans son « scenario » sexuel auquel se surajoutent des éléments de l'inconscient amential, bien plus archaïque. Il y a une forme de télescopage entre les deux inconscients.

Le processus semble quelque peu différent de celui rencontré chez Sacha. En effet, dans le recours à l'acte de Sacha, la zone de sensibilité (là où le clivage est le plus faible) est effractée par la vue de la vieille dame, et les éléments de l'inconscient amential, ainsi mis à jour, génèrent un passage à l'acte violent auquel s'adjoint des éléments de l'inconscient refoulé (éléments érotisés). Dans ce cadre-là, l' « inconscient amential » est mis à jour et les éléments de l'« inconscient refoulé » arrivent dans un second temps.

Pour Dorian, c'est l'« inconscient refoulé » qui génère le passage à l'acte, auquel s'adjoignent des éléments de l' « inconscient amential ».

Limites et ouvertures

Limite

En partant du fait que cette recherche s'intéresse au cas singulier, elle n'a pas en soi de visée de généralisation mais d'éclairage sur une hypothèse donnée. Il serait bien entendu intéressant d'augmenter le nombre de cas afin d'éprouver statistiquement nos hypothèse.

De plus, tous les sujets ne sont pas vus à la même distance de leur agir et tous ont une trajectoire différente au niveau des soins psychiques en milieu carcéral.

Certains, comme Dorian, ont entamé un travail d'introspection et de réflexion sur leur fonctionnement. Ainsi, le fonctionnement observé semble être différent du fonctionnement à la période des agirs.

Par ailleurs, un des critères du recours à l'acte est de ne pas se reconnaître dans l'acte, ne pouvoir rien en dire.

Les sujets qui sont reçus en entretien ont plus ou moins accepté (ou sont plus ou moins à l'aise) avec la verbalisation. Mais cette verbalisation pourrait être une reconstruction dans l'après-coup, une façon de combler les « vides », à la manière de l'élaboration secondaire, par le rêveur au moment du réveil, que nous retrouvons dans le *travail du rêve* de Freud.

Et qu'en est-il de tous les patients qui ne viennent pas en consultation ou ceux qui continuent d'être dans l'agir ? Nous avons déjà vécu des situations où le patient part en courant de l'entretien à l'émergence d'affects difficilement mentalisables ?

Et ceux qui « agissent » en entretien ? Nombre sont ceux qui, débordés par leurs vécus internes, projettent leur agressivité, où muent par une forme de dromomanie « tournent en rond » dans les entretiens.

Et ceux, qui à l'évocation de certains souvenirs ne peuvent expliquer « mimer » à l'aide d'une « Tenez je vous montre ! »

Tous ces patients ne sont pas inclus dans notre échantillon car nous souhaitions avoir un matériel suffisamment nécessaire pour en faire un cas clinique et pour éprouver nos hypothèses.

Or, il aurait été tout aussi intéressant de recueillir les cas cliniques, sans critère de choix spécifique car cela induit le biais que nos patients ne sont plus dans l'agir et plus dans la verbalisation.

Ouverture

En guise d'ouverture, nous souhaiterions nous intéresser plus particulièrement au milieu dans lequel sont insérés les sujets .La prison.

Pour cela, il nous faut repartir de l'hypothèse proposée par Dumet (2002) qui postulait l'inversion cause / conséquence entre les somatisations et le fonctionnement opératoire. Selon elle, les somatisations pourraient être à l'origine du fonctionnement opératoire.

En se basant sur cette théorie, nous pouvons à notre tour faire l'hypothèse que l'alexithymie et le fonctionnement opératoire soient réactionnels à l'agir violent ou à l'incarcération.

Le cas clinique de Dorian pourrait illustrer ce propos. En effet, les informations récoltées en entretien nous laissent à penser que le fonctionnement antérieur de Dorian est de l'ordre du fonctionnement limite. Or, durant l'incarcération, il présente un fonctionnement psychosomatique.

A ce moment-là l'hypothèse de Dumet pourrait venir expliquer ce changement.

Nous souhaitons tout de même postuler une autre hypothèse sur le fonctionnement psychosomatique observé en entretien. Ce changement de fonctionnement ne serait pas nécessairement dû à une sidération vis-à-vis des agirs ou de l'incarcération, mais serait peut-être dû au fait que l'agir est, de fait, empêché en prison, par la présence d'un système répressif et pare-excitateur. Ainsi, les affects, ne pouvant être projetés sur la scène externe vont trouver une voie d'expression en interne. Du fonctionnement bruyant, limite, le sujet basculera dans un fonctionnement psychosomatique.

Il serait alors intéressant de faire une étude sur l'émergence primaire de somatisations chez des patients incarcérés.

Ce questionnement trouve un appui théorique dans les hypothèses de Fain (1981) et Pirlot (1997) considérant que certains toxicomanes ont une propension à somatiser à l'arrêt de leurs conduites.

Et c'est peut-être en cela que l'initiation des soins en milieu carcéral peut permettre de faire basculer ce changement de registre de l'expression comportementale à la mentalisation plutôt que de régresser vers les somatisations.

Nous pourrions aussi nous questionner sur les possibles biais inhérents au lieu de recherche. Les cas cliniques présentés ont souligné la prégnance des fonctionnements psychosomatiques. Serait-il possible que cette constatation soit principalement valable pour les sujets rencontrés dans un type de prison particulier ?

En effet, notre population est incarcérée dans un centre de détention. Aujourd'hui, l'orientation des détenus en Maison centrale (régime sécuritaire) et en Centre de Détention (régime axé sur la réinsertion) ne se fait plus principalement sur la longueur de la peine mais sur l'attitude du détenu. Ainsi, pour une même longueur de peine (un même type d'acte judiciaire), le comportement du détenu auteur d'agir violent l'orientera en Centre de détention ou en Maison centrale. Les sujets condamnés à une peine criminelle, à la mise en acte permanent, au fonctionnement limite seront plus facilement orientés vers une Maison Centrale.

De l'autre côté, le fonctionnement psychosomatique, donc en intériorité, est un comportement qui n'est pas « bruyant ». Poussé à l'extrême, la « normopathie » de certains sujets correspond bien aux critères d'orientation des sujets en centre de détention : se conformer et maintenir l'homéostasie carcérale en évitant tout débordement.

Ainsi, passé ce constat, nous pourrions penser que, du fait de notre terrain de recherche (centre de détention), nous sommes plus à même de rencontrer des patients auteurs d'agirs violents fonctionnant sur un registre psychosomatique, ce qui est donc un biais. Une recherche ultérieure serait à faire en tenant compte de ce critère ou en cherchant à vérifier la véracité de ce biais.

CONCLUSION ET THERAPEUTIQUE

« Sans la dimension de l'affect, l'analyse est une entreprise vaine et stérile. Sans le partage avec les émotions du patient, l'analyste n'est qu'un robot-interprète qui ferait mieux de changer de métier avant qu'il ne soit trop tard. » Green, 1992.

PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES ET CONCLUSION

Que ce soit dans une alexithymie (au sens de McDougall) chez les patients psychosomatiques ou d'un débordement par les affects, chez les patients limites, le thérapeute va tenter d'aider le patient à tempérer ses affects pour éviter le trop ou le trop-peu.

Balier (1996) précise que la prise en charge thérapeutique doit s'inscrire dans un mouvement actif de subjectivation avec la possibilité d'étayage sur des objets externes et un cadre bien défini.
En effet, l'espace interne de ces sujets est mal délimité et les objets internes faiblement constitués, le thérapeute doit, en représentant un objet externe étayant, permettre au sujet une constitution d'un meilleur objet interne.

Nous accompagnons le sujet sur le chemin qui mène de la sensation à la pensée afin que « s'achève » l'affect (pour faire référence à Ciavaldini). Parfois bien avancé, parfois à peine débuté, parfois rebroussé, le chemin est différent dans la longueur à parcourir, mais le but reste le même : pouvoir se représenter psychiquement ce qui *affecte* le corps. Ainsi, nous aidons à tempérer les accélérations débordantes de nos sujets limites, afin qu'ils échappent à la « sortie de route ».
Pour les sujets au fonctionnement psychosomatique, nous accompagnons, le temps de la « mise en route », nos patients, afin que le chemin ne leur paraissent pas si dangereux.

Notre rôle réside dans le fait de pare-exciter, alpha-iser les émotions débordantes des patients limites, détoxifiant ce qui ne peut être métabolisé, digérant le brut, renvoyant du secondaire.

Pour les patients psychosomatiques, nous verbalisons les affects ressentis chez eux, à la manière d'un partage affectif, pour que progressivement s'accorde le mot à la sensation.

Le Photolangage®

Nous souhaitions illustrer les possibilités thérapeutiques par un exemple de thérapie de groupe pour des patients au fonctionnement psychosomatique.

La méthode Photolangage® est créée en 1965 par A. Baptiste et C. Belisle, psychologues et psychosociologues lyonnais. Il est initialement utilisé pour favoriser l'engagement dans un travail d'échange et d'élaboration verbale auprès d'adolescents.
Le Photolangage® s'est ouvert à plusieurs terrains d'application. Certains l'utilisent pour commencer un groupe, d'autre à visée évaluative ou comme mode d'exploration des moments de crises. Claudine Vacheret (2000) a développé son application dans le domaine du soin.

Le Photolangage® est un outil de médiation qui utilise, comme support facilitateur de la communication, la photo. C'est un medium qui fait le lien entre les éléments de la réalité et le symbolique. Il est à entendre comme un « embrayeur des processus associatifs » au sens de Kaes (2002).
Cet outil est notamment utile pour les patients à la vie fantasmatique appauvrie, avec une difficulté de verbalisation, car il permet de travailler sur la figuration de la liaison de l'affect et de la représentation de mots.

Mise en place du groupe Photolangage®

Le groupe de Photolangage® à visée thérapeutique est un groupe qui a eu lieu de manière hebdomadaire, d'une durée d'une heure ou une heure trente, dans un même lieu et à un même horaire. Ces éléments s'intègrent dans la dimension thérapeutique du dispositif.
Une séance Photolangage® comporte deux temps : un temps individuel du choix de la photo, en fonction d'une question posée puis un temps qui correspond aux échanges en groupe où les participants expliquent le choix de leur photo mais exprime aussi ce qu'ils voient de semblable et de différents dans les autres photos choisies.

Nous sommes deux soignants à animer le groupe : un psychologue et une infirmière. Les patients sont aux nombre de cinq. Nous participons au groupe, de la même manière que les patients. Cette dimension est importante car elle facilite l'appropriation du

dispositif par les participants, dans des mouvements d'identification. « Cette implication favorise grandement la possibilité pour les patients de s'identifier aux soignants, et de s'identifier au plaisir qu'ont les soignants à jouer, c'est-à-dire à associer, à faire des liens par la pensée. » (Finkelstein et Vacheret, 2012, p204)

Nous avons choisi d'inclure des patients ayant des difficultés de verbalisation, étant repérés dans les entretiens par les différents soignants comme fonctionnant sur un mode opératoire ou alexithymique.

Nous avions fait le choix conscient et assumé de ne pas créer de groupe qui correspondrait à une catégorisation selon l'acte, comme il est d'usage ces dernières années (par exemple, groupe d'auteurs de violences sexuelles). En effet, ce critère ne correspond pas à notre façon d'appréhender le soin en milieu carcéral. Selon nous, la cohérence du groupe et l'orientation thérapeutique qui découle d'une proposition de participation selon des modalités de fonctionnement psychique, comporte bien plus de bénéfices qu'une mise en place selon le type d'agir. Cette dernière risquant d'ailleurs de détourner vers des critères judiciaires et d'orienter le travail sur l'acte et non sur le sujet dans sa globalité.

L'objet médiation est un support aux projections des membres du groupe. C'est un moyen de se subjectiver en se confrontant aux différences et aux ressemblances dans un espace intermédiaire capable de contenir les angoisses que cette confrontation génère.

« La particularité de la méthode permet d'instaurer un espace de jeu accompagnant la mobilisation de la pensée en image – l'image est repérée comme un élément perceptif et mobilise le contexte affectif, qui renvoie plus directement au processus primaire – et de la pensée en idée, organisée et secondarisée, en vue de répondre à la question » (Ravit, 2008, p 65)

Le groupe Photolangage® nous dit Ravit (2008), signe la « reprise de l'expérience subjective. En ce sens, l'appareillage groupal favorise un redéploiement de la temporalité psychique sur les versants historiques et narratifs, chez des sujets, pour

lesquels l'économie du temps se résume à la décharge actuelle, l'agir et la répétition se manifestant comme un potentiel faussement conservateur. » p69

Exemple groupe Photolangage®

Le Photolangage® met en évidence certains types de fonctionnements et surtout de ressentis. Les patients ont pu verbaliser sur le fait que la prison apprend à contrôler les émotions. En voici quelques exemples :

« Si on est trop gai, c'est qu'on est pas assez dans la culpabilité et ils n'aiment pas ça, ça pourrait apparaître sur les rapports ; et puis si on est trop triste, on se met à nous surveiller toutes les deux heures la nuit pour vérifier qu'on se suicide pas. »

« Quand j'ai parlé de mes idées suicidaires, on m'a collé en surveillance spécifique, sans me le dire. Il pensait que je n'allais pas m'en rendre compte ? Être réveillé toutes les deux heures, c'est l'horreur, je vous assure que la prochaine fois que je ne vais pas bien, j'en parle pas. »

« Je ne voulais pas une réponse, je voulais qu'on m'écoute. »

« En plus, dans vos mesures à la con, on sent bien que vous réagissez juste pour vous protéger. »

Ce qui émerge au sein du groupe durant cette séance Photolangage® correspond à une forme de métacommunication. La question qui guidait la séance correspondait à « *ressentir une émotion, qu'est-ce que cela représente pour vous ? Choisissez une ou deux photos pour en parler dans le groupe.* »

Le patient a besoin de savoir que, ce qu'il dépose va être contenu, transformé, rendu acceptable et non projeté en dehors de l'entretien dans une mesure sécuritaire et protectrice (pour qui ?).

Il ne nous demande pas spécifiquement d'en faire quelque chose, il souhaite déposer. Que la parole soit autorisée, digérée, contenue plutôt que surchargée en excitation et « balancée ailleurs ».

Conclusion

Cette recherche s'est intéressée aux émotions dans les agirs violents. En décrivant des processus et des fonctionnements, elle a eu aussi pour but de proposer des pistes thérapeutiques.

D'une part, la prise en charge des patients incarcérés se doit d'être *in extenso*. Avant d'être un auteur d'agir, le patient est un sujet. La tendance actuelle à se focaliser sur l'acte réduit nos capacités d'analyse d'une situation et d'accueil de la souffrance d'un sujet. En écho à la vignette clinique d'introduction, la présentation du patient comme psychopathe ferme tout de suite les possibilités de rencontre. Souligner les symptômes bruyants et dérangeants avant même que la rencontre ait lieu risque d'effacer la perception de la souffrance du sujet. « Armé » contre ce qui risque de nous déborder, nous aménageons à notre tour nos propres défenses. Mais voilà que les défenses deviennent conscientes allant jusqu'à devenir des lignes de conduite face à certaines pathologies, telles des leitmotive :

> « Ne pas être seul pour diffracter l'emprise de son fonctionnement pervers »,
> « Ne pas recevoir les psychopathes »,
> « Tant qu'il est dans le déni, on ne peut pas travailler »,
> « Il faut qu'il travaille sur les faits »,
> « Il n'a rien à dire, il ne peut pas faire de travail d'introspection »

Tout autant de phrases entendues bien avant la rencontre, malheureusement à peine caricaturées.

Ainsi, le pervers ne pourra jamais faire l'expérience d'une rencontre à deux avec une possibilité d'issue positive vis-à-vis de l'objet ; le psychopathe ne pourra jamais s'effondrer dans un cadre contenant ; le pédophile se murera dans ses défenses par un abord frontal ; et le patient opératoire ne connaîtra jamais une rencontre marqué par le « partage affectif » (Parat, 1995)

L'acte a sa place dans la rencontre mais il ne doit la précéder au risque de l'altérer.

Pour évoquer précisément la rencontre avec les auteurs d'agirs violents et leurs particularités émotionnelles, Ciavaldini (2008) précise « […] que le sujet n'est pas

totalement coupé de son tact psychique interne (…), en conséquence de quoi il peut être accessible à une thérapie psychodynamique. Ces indices de confusion sont le fruit du travail des défenses psychiques issues de toute l'histoire psychique du sujet […]. » p114

La vision défensive et non carentielle permet au thérapeute d'orienter son travail du côté du narcissisme blessé, pour que les défenses inhérentes aux vécus de délitement narcissique s'apaisent laissant la place à l'authentique.

D'autre part, un point développé dans cette recherche porte aussi sur la question du « faux-self » et de son corollaire sociétal, l'hétéronomie.

Dans ce milieu si particulier qu'est la prison, la limite entre dedans et dehors est questionnée de façon permanente ; limites réelles ou limites symboliques, dans leur rôle de pare-excitateur et de fonction surmoïque externes.

Tantôt incorporé, tantôt rejeté, rarement introjecté, les objets internes de nos patients prennent leur source dans l'environnement extérieur. La « capacité à être seul » (Winnicott, 1960), souvent défaillante antérieurement, est de nouveau mise à mal lors de l'incarcération, non pas par carence mais par trop de présence. Perpétuellement surveillé, perpétuellement en lien, perpétuellement dirigé dans leurs attentes, les sujets perdent, en plus de leur autonomie réelle, leur autonomie psychique. Le terrain est alors propice au clivage et nourrit par les attentes permanentes du milieu carcéral, le « faux-self » s'impose au détriment du vrai.

En partant d'une vision carencée des capacités du sujet, l'environnement (judiciaire et carcéral) souhaite pallier ce déficit en proposant des mesures, des conduites particulières. Le sujet s'en nourrit de manière hétéronome, s'y soumet et, une fois les mesures disparues, le manque d'introjection laisse resurgir les anciennes conduites, signes de leurs angoisses massives, réactualisées en l'absence d'objet externe étayant.

Ainsi, ne laissant que peu de place à la pensée, c'est une pensée d'emprunt, « as if » qui s'installe.

Ces considérations, loin de vouloir porter préjudice au système judicaire et carcéral, ont pour but d'alerter sur l'hétéronomie qui s'infiltre dans le monde du soin. La confusion des objectifs de chaque institution entraîne des déroutes par rapport à nos

missions. Depuis toujours acteurs « bon gré mal gré » de l'homéostasie carcérale, nous voilà désignés de plus en plus pour le maintien d'une homéostasie sociale.

Sans dénier la réalité carcérale, nous devons tenter de maintenir notre distinction, notre identité et ne jamais oublier que notre mission en tant qu'acteur du soin est de soulager une souffrance et non de garantir une non-récidive.

Travailler en prison implique selon Gravier (1997) de reconnaître la place symbolique de la sanction et la mise en pratique de cette même sanction. Mais le soignant en milieu carcéral se doit d'être d'autant plus dans « […] le questionnement du sens et des limites de l'action de soin. » p228

Comment pouvons-nous laisser advenir l'authentique de la rencontre si *l'avant-rencontre* est infiltrée de préjugés et que le *présent de la rencontre* est parasité par *l'après*, à savoir, le risque de récidive ?

Bibliographie

- AULAGNIER P. (1975), *La violence de l'interprétation*, PUF
- BALIER C. (1988), *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF
- BALIER C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris : PUF
- BALIER C. (2005). *La violence en abyme*. PUF
- BALIER C. (2006), « Ces personnalités dites « perverses » », in J. Ain, Perversion ERES p47-58
- BERGERET J. (1970), « Les états limites. Réflexions et hypothèses sur la théorie de la clinique analytique ? » *Revue Française de psychanalyse*, 1970, 4, 601-603
- BERGERET J. (1984), *La violence fondamentale*, Paris, Dunod,
- BERGERET J. (1990), *Les toxicomanes parmi les autres*, Paris, Odile Jacob
- BERGERET J. (1994), *La violence et la vie : la face caché de l'oedipe*, Payot, Paris
- BERGERET J.(1998). Actes de violences, réflexions générales, dans Millaud , F.(1998). *Le passage à l'acte*. Masson
- BERGERET J. (1974), *La personnalité normale et pathologique*, 9ème éd., Paris : Dunod, 2004,
- BERGERET J. (2008), *Psychologie pathologique*, Masson
- BION W. (1967), *Réflexion faite*, Paris, PUF, 1983
- BRIL J. (2011), « Nature et implication de la pulsion scopique », in Michel Soulé, *L'échographie de la grossesse*, ERES, p37-46
- BRUSSET B. (2006) *Névrose et fonctionnements limites*, Dunod
- BRUSSET B. (2008), Névroses et états limites, In : *Traité de psychopathologie de l'adulte : Les névroses*, Paris : Dunod, p.281-356.
- CARTON S., CHABERT C., CORCOS M. (2011), *Le silence des émotions : Clinique psychanalytique des états vides d'affects*, Paris, Dunod

- CELERIER M. C. (1989), *corps et fantasme. Pathologie du psychosomatique*, Paris, Dunod

- CHABERT C.(1992), « Incidences narcissiques dans la névrose obsessionnelle ». *Psychanalyse à l'université*, 17, 65, 33-50

- CHABERT C.(1997), *Le Rorschach en clinique adulte et infantile, interprétation psychanalytique*, Dunod

- CHABERT C. (1998), *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*, Paris : Dunod, 2ème Ed

- CHABERT C. (1999), « le passage à l'acte, une tentative de figuration ? », in *International Society for Adolescent psychiatry* et al., Troubles de la personnalité. Troubles des conduites. Editions GREUPP « Adolescence », p57-62

- CHABERT C., Verdon B., (2008), *Psychologie clinique et psychopathologie*, PUF

- CHABERT C. (2009), *psychopathologie des limites*, Dunod.

- CHARTIER J.-P (2006), « L'analyste actant : une réponse aux agirs psychopathiques ? », *Revue française de psychanalyse* 2006/1, Volume 70, p. 165-175

- CHEMOUNI J. (2005), *Psychosomatique de l'enfant et de l'adulte*. Armand Colin

- CIAVALDINI A. (2006), « La pédophilie, figure de la dépression primaire », *Revue Française de psychanalyse*, 2006/1 vol 70

- CIAVALDINI A. (2008), « défaut de construction de l'affect et confusion psychique dans les violences sexuelles », *Confrontations psychiatriques* n°47, p104-120

- CICCONNE A. (1998), *L'observation clinique*, Paris, Dunod

- CORCOS M. (2000), *Le corps absent*. Dunod

- CORCOS M., GUILBAUD O., « Approche psychanalytique de l'alexithymie », *journal de la psychanalyse de l'enfant,* 29 (2003) ; p257-274

- COURNUT J. (1991), *L'ordinaire de la passion*, PUF

- DARCOURT G.(1999), Moments limites en cures analytiques, In: Narcissisme et états-limites, BERGERET J., REID W., et col., PARIS : DUNOD, p.178-190

- DEBRAY R. (1991), « Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique », *Revue française de psychosomatique*, n°1, 1991, p. 41-57

- DEBRAY R. (2009), « psychopathologie et somatisation », *in* Psychopathologie des limites, Dunod, p3-51

- DEJOURS C. (1987), « Economie de la percption et processus de somatisation », *Psychanalyse à l'université*, 12, 47, 417-435)

- DEJOURS C. (1989), *Recherches psychanalytiques sur le corps*. Répression et subversion en psychosomatique. Paris, Payot

- DEJOURS C. (2001), *le corps d'abord*, Payot

- DEJOURS C. (2009a), « Le corps comme "exigence de travail" pour la pensée », *in Psychopathologie des limite*s, Dunod

- DEJOURS (2009b), les dissidences du corps, Payot

- DEUTSCH H. (1970), *la psychanalyse des névroses et autres essais*, Paris, Payot

- DONNET J.-L, GREEN A. (1973), *L'enfant de ça, psychanalyse d'un entretien: la psychose blanche*, Paris: Editions de Minuit.

- DUMET N. (2002), *Clinique des troubles psychosomatiques*, Paris, Dunod

- DUPARC F. (1996), *André Green*, Paris, PUF.

- ESTELLON V. (2010), *Les états limites*, PUF

- FAIN M. (1981), « Approche métapsychologique du toxicomane », in *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, J. Bergeret, Dunod

- FERENCZI S (1931) « Analyses d'enfants avec des adultes » in *L'enfant dans l'adulte*,
- Paris, Payot, « Petite Bibliothèque Payot » p146-147

- FERENCZI S. (1932), « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », psychanalyse IV, Tome 4, Paris, Payot, 1982

- FINKELSTEIN C., VACHERET, C. (2012), « Groupes photolangage® avec des patients psychosomatiques et des patients souffrant de crises de panique », Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 2, n° 59, p. 201-216.

- FREUD A. (1964), « Le traumatisme psychique », in *L'enfant dans la psychanalyse*. Ed Gallimard

- FREUD S. (1905), « Fragment d'une analyse d'hystérie : Dora », in *Cinq Psychanalyses*, 1997, 20e édition, Paris, PUF, p.1-93

- FREUD S. (1911) « Formulation de deux principes du cours des événements psychiques », in Résultats, Idées, Problèmes, Tome 1. 4ème édition, 1991, PUF.

- FREUD S. (1912), Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse, in *La vie sexuelle*, PUF, Paris, 1989.

- FREUD S. (1913), *Totem et tabou*, Petit bibliothèque Payot, 2004

- FREUD S. (1915), *Métapsychologie*, Gallimard, 2010

- FREUD S. (1915-1917), *Leçon d'introduction à la psychanalyse*, Tome XVI, PUF, 1998

- FREUD, S., *Résultats, idées, problèmes - I 1890 - 1920*, 6 éd., PUF, 1943

- FREUD S. (1923) in *Œuvres complètes*, Vol XVI : 1921-1923, Paris, PUF, 1991, p181-208

- FREUD S. (1925), *La question de l'analyse profane*, PUF, 2012

- GIOVACCHINI P. L. (1975), « le Soi blanc », in *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n°11, « Figure du vide », Mayenne, Gallimard

- GODFRIND J. (2008), « l'acte allié ou ennemi de la symbolisation », in Corps, acte et symbolisation, sous la dir de Chouvier B. et Roussillon R. De boeck

- GRAVIER B. (1997), « le traumatisme de l'incarcération », in *Les traumatismes dans le psychisme et la culture*, sous la dir de B. Doray et C. louzoun, ERES

- GRAVIER B. (2012), « l'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérives sociétales », L'information psychiatrique, 8, Vol88, p599-604

- GREEN A. (1973), *Le discours vivant*, la conception psychanalytique de l'affect, Paris, PUF, 2004

- GREEN A. (1983), *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, ed de minuit

- GREEN A. (1998), « Théorie », in A. Fine et J. Schaeffer (sous la dir), *interrogations psychosomatiques*, Paris, PUF, 17-53

- GREEN A. (2005), « le syndrome de désertification psychique ; à propos de certaines tentatives d'analyses entreprises suites aux échecs de la psychothérapie », *in* F. Richard, *Le travail du psychanalyste en psychothérapie*, Paris, Dunod, 2005, p17-34)

- HARRATI S., VAVASSORI D.,VILLERBU L. (2006), *délinquance et violence.* Armand colin

- HOUSSIER F. (2009), « métapsychologie de la violence », Enfances et psy, 4, n°45, p14-23

- JACQUET C. et al (2014), Les liens corps esprit, regards croisés de cas cliniques, Dunod.

- JEAMMET P(2005), « Adolescence et processus de changement », *Traité de psychopathologie*, Widlöcher D. (dir.), Quadrige, PUF, Paris,

- KAES R.(2002), « médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires, in Chouvier B., *Les processus psychiques de la médiations*. Paris, Dunod, p11-28

- KAES R.(2002), « médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires, in Chouvier B., Les processus psychiques de la médiations. Paris, Dunod, p11-28

- KOHUT H. (1975), Le Soi, Paris, PUF

- KREISLER L. (1992), *La psychosomatique de l'enfant..* Que sais-je ? PUF

- KERNBERG O. (1999), « Les tendances suicidaires chez les états-limites. Diagnostic et maniement clinique », In *: Narcissisme et états-limites*, sous la dir. BERGERET J. et REID W., 1999, p.147-161.

- KERNBERG O. (1992), Les troubles limites de la personnalité, Paris, Dunod, 2004
- KESTEMBERG E. (2001), *La psychose froide*, PUF

- KLEINGINNA, P. R., KLEINGINNA, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions with suggestions for a consensual definition, *Motivation and Emotion, 5*, 345-379.

- LACAN J. (1956-1957). « L'angoisse ». In, *le séminaire*, Livre IV. Paris : Le Seuil. 1994

- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, 2004

- LE GUEN C. (2008), *Dictionnaire freudien*, PUF.

- LE POULICHET S. (2004), « De la clinique à la recherche », Recherches en psychanalyse, n°1, p. 71-79

- LUMINET, O. (2002). *Psychologie des émotions : confrontation et évitement*. Bruxelles : De Boeck Université.

- MAHLER M. (1990). *Psychose infantile : symbiose humaine et individuation*. Paris, Payot
- MARCELLI D.(1981), *Les états limites en psychiatrie*, Paris : PUF
- MARTY F., ESTELLON V. (2012), *clinique de l'extrême*, Armand Colin.
- MARTY, F. (1997). *L'illégitime violence*. Ramonville, Eres.
- MARTY F. (2001), « La violence de l'adolescence : de l'événement traumatique à la névrose de l'adolescence », in Figures et traitements du traumatisme, Dunod.
- MARTY F.(2007), *Transformer la violence*, Champ Libre.
- MARTY P. (1963), *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*, Payot
- MARTY P. (1976), *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Payot
- MARTY P. (1980), *l'ordre psychosomatique*, Payot
- MARTY P.(1990), La psychosomatique de l'adulte, Paris : PU
- MCDOUGALL J. (1978), *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, PUF, 1990
- MCDOUGALL J. (1989). *Théâtres du corps*. Paris.
- MILLAUD F.(1998). *Le passage à l'acte*. Masson
- MORASZ L. (2002), *Comprendre la violence en psychiatrie*, Dunod.
- MORIN E. (1990), Introduction à la pensée complexe, Paris, Ed du Seuil
- M'UZAN M. (de) (1968), *de l'art à la mort*, Gallimard, 1977
- NEAU F. (2005), « l'apport des épreuves projectives à la clinique des agirs violents », in La violence en abyme, dir Balier, Puf,
- PALEM R.M., Les états-limites (borderline) : Historique, Dégagement ou éclatement du concept ?. In : Actes des journées nationales de l'AFPEP
- PARAT C. (1995), L'affect partagé, Paris, PUF.
- PEDINIELLI, J-L. (1992), *Psychosomatique et Alexithymie*, Paris, PUF
- PIRLOT G. (2010), *La psychosomatique, entre psychanalyse et biologie*, Armand Colin

- PIRLOT G., CUPA D. (2012), *André green, les grands concepts psychanalytiques*, PUF

- RACAMIER P.C. (1980), Les schizophrènes, Payot

- RACAMIER P-C.(1995), L'inceste et l'incestuel, Les Editions du collège de psychanalyse, Paris

- RAOULT P. A. (2006). « Clinique et psychopathologie du passage à l'acte ». *Bulletin de psychologie* Tome 59(1) p7-15

- RAVIT M. (2008), « Construire sa peine : temporalité et travail psychique en prison, dans un groupe Photolangage » », Bulletin de psychologie,1, n°493, p. 63-70.

- RAVIT M. (2010), « Amor … à mort », champ psychosomatique, 1, n°57, p163-174

- REY A. (1998), Dictionnaire historique de la langue française, Le Robert, (2006).

- ROUSSILLON R. (1991), *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF

- ROUSSILLON R. (1999), *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF, Collect Quadrige, 2008

- ROUSSILLON R. (2007), *Manuel de psychologie et psychopathologie générale, sous la dir de*, EM

- ROUDINESCO E. (1977), *Dictionnaire de la psychanalyse*, Plon, chez Fayard.

- SEGAL H. (1964), introduction à l'œuvre de Mélanie Klein, Paris, PUF, 1969

- SMADJA C. (1993), « A propos des procédés autocalmants du moi », in Revue *Française de psychosomatique*, n°4.

- SMADJA C. (2001), *La vie opératoire, études psychanalytiques*, PUF

- SWZEC G. (1993), « Les procédés autocalmants par la recherche répétitive de
- l'excitation», *in* Revue Française de psychosmatique, N°4,

- TARDIF M. (1998). « Le déterminisme de la carence d'élaboration psychique », dans Millaud, F.(1998). *Le passage à l'acte*. Masson

- TUSTIN F. (1986), *Les états autistiques chez l'enfant*, Paris, Le Seuil.

- TYCHEY (de) C. (1992), « Crise dépressive « limite » et agir suicidaire : quelques réflexion sur les modalités de prise en charge », *Psychologie médicale*, 24, 11, p.1131- 1133.

- TYCHEY (de), C. « La mentalisation, approche théorique et clinique projective à travers le test du Rorschach ». *Bulletin de psychologie*, 3, (2000) ; p 469-480

- VACHERET C. (2000), Photo, groupe et soin psychique, Lyon, PUL

- VERMOREL M., Narcissisme et états-limites, In *: L'œuvre de Jean BERGERET : d'une pratique à la théorie de la clinique* sous la dir. VERMOREL H. et col.Delachaux et Niestlé, 1999, p.75-92.

- WIDLOCHER D., « Le cas au singulier », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1990, n°42, p. 285-301

- WINNICOTT D. W. (1975), « La crainte de l'effondrement » in *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n°11, *Figure du vide*, Paris, Gallimard.

- WINNICOTT D.W.(1994), Agressivité, culpabilité et réparation, Paris : Petite bibliothèque Payot,

- WINNICOTT D.W. (1960), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1989

Résumé :

Cette recherche, en étroite relation avec notre pratique clinique en milieu carcéral, s'intéresse aux émotions dans les agirs violents. Les termes « émotions » et « agirs » sont à entendre dans une acception généraliste puisque nous partons de ce qui est visible pour remonter au fonctionnement psychique. Notre recherche s'intéresse ainsi à la clinique de l'agir et aux théories psychanalytiques de l'affect. Soulignant le fait que la prise en charge du sujet ne doit pas exclusivement se centrer sur l'agir violent, nous nous questionnons sur le fonctionnement des auteurs d'agirs violents et sur le lien qui existe entre un type d'agir (recours à l'acte et / ou passage à l'acte) et un fonctionnement particulier. Les fondements théoriques de la clinique des états-limites et de la clinique psychosomatique semblent pouvoir nous apporter des réponses intéressantes. Ainsi, à une analyse du fonctionnement en fonction de l'acte, nous préférons avoir une lecture qui part du fonctionnement pour éclairer la compréhension de l'acte. De manière générale, au-delà de vouloir préciser à quel fonctionnement appartient un type d'agir, nous souhaitons avant tout souligner la pluralité des fonctionnements dans la clinique des agirs.
Enfin, nous chercherons à comprendre l'impact du milieu carcéral sur le fonctionnement de ces sujets.

Mots-clefs :

Agir violent, fonctionnement psychosomatique, fonctionnement limite, affects, émotions, passage à l'acte, recours à l'acte, milieu carcéral

Summary :

This research, in conjunction with our clinical practice in prisons, focuses on emotions in violent act. The terms "emotion" and "act" must be understood in a general sense because we start from what is visible for up to psychic functioning. Our research interest in the theory of violent act and psychoanalytic theories of affect. It's important not only focus on the violent act and we questionned the functioning of the author of violent act and the relationship between one type of act (different type of acting out) and psychic functioning. The theoretical foundations of limit states and psychosomatic seem to bring us interesting answers .
Thus, an analysis of the operation according to the act, we prefer to have a reading that part of the psychic functioning to illuminate the understanding of the act .
In general, beyond wanting to clarify what types of operation belongs act, we would first like to emphasize the plurality of functioning in the clinic act.

Keywords :

Violent act, psychosomatic functioning, limit state, affects, emotions, acting out, prison