



HAL
open science

De l'intérêt de l'usage des méthodes projectives comme levier thérapeutique dans la prise en charge des patients en Unité pour malades difficiles (UMD)

Élise Pelladeau, Jean-Baptiste Marchand

► To cite this version:

Élise Pelladeau, Jean-Baptiste Marchand. De l'intérêt de l'usage des méthodes projectives comme levier thérapeutique dans la prise en charge des patients en Unité pour malades difficiles (UMD). Bulletin de psychologie, 2018, Numéro556 (4), pp.783-794. 10.3917/bupsy.556.0783 . hal-03211160

HAL Id: hal-03211160

<https://hal.science/hal-03211160>

Submitted on 17 Sep 2022

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.

De l'intérêt de l'usage des méthodes projectives comme levier thérapeutique dans la prise en charge des patients en Unité pour malades difficiles (UMD)

Elise Pelladeau, Jean-Baptiste Marchand

L'objectif de cet article est de présenter l'intérêt du recours aux méthodes projectives comme levier thérapeutique dans le cadre d'une unité psychiatrique ayant un fonctionnement spécifique : une Unité pour malades difficiles (UMD).

Après avoir présenté le cadre thérapeutique ainsi que le fonctionnement de cette unité fermée, nous nous intéresserons aux aménagements spécifiques et nécessaires à la passation des épreuves projectives comme le Rorschach et le TAT, tout en soulignant leurs retentissements cliniques et institutionnels, dans un lieu clôt aux fonctions éminemment inscrites dans le soin et la délimitation. Nous illustrerons nos propos en nous appuyant sur le cas de M. X, patient dont les difficultés de prises en charge psychiatrique et pluridisciplinaire avaient poussé les médecins à demander la passation du Rorschach et du TAT, comme un « médium malléable » (Roussillon, 1991), permettant de relancer la dimension associative entre affect et proto-représentation, contre le rempart des murs de l'UMD. Enfin, nous citerons les avantages thérapeutiques et les interrogations qui s'imposent à nous quant aux retentissements psychiques, cliniques et institutionnels de l'utilisation de tels outils dans un espace inscrit lui-même dans une parenthèse sanitaire, qui emprunte au fonctionnement carcéral, sans en épouser les contours.

Présentation du cadre thérapeutique en unité pour malades difficiles

L'UMD est un service psychiatrique qui impose un cadre de soins strict pour des patients présentant, le plus souvent, des pathologies psychiatriques graves, qui rendent impossible la continuité des soins dans les unités de secteurs ou qui sont incompatibles avec une mesure d'incarcération. Les patients pris en charge en UMD présentent, pour la plupart, un passé psychiatrique dit « chargé », ponctué de prises en charge psychiatriques ou psychologiques multiples (Mathis, Bodon-Bruzel, Kottler, 2005). L'UMD a pour vocation d'accueillir des patients dont la symptomatologie comportementale rend difficile, voire impossible, le maintien de l'hospitalisation dans les services de secteur. Les patients pris en charge en UMD viennent de services de psychiatrie ou sont orientés, depuis des maisons d'arrêt ou des centres de détention. Ils font tous l'objet d'une demande de soins sous contrainte, de type « Soins à la demande du représentant de l'État » (SDRE).

Aujourd'hui, il existe dix unités pour malades difficiles en France. Russick (2013) rappelle que leur population est affectée, pour 60 % environ, de troubles schizophréniques ou schizo-affectifs, femmes et hommes confondus. L'auteur rappelle aussi que les patients venant de détention sont hospitalisés en UMD dans deux situations :

- les détenus dont la responsabilité n'a pas été retenue (0,4 % des mises en examen en 2006) : « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes » (art. 122-1 du Code pénal) ;

- les détenus, dont l'état psychique n'est pas compatible avec la détention (art. D 398).

D'un point de vue protocolaire, l'admission en UMD fait l'objet de réunions médicales, internes à l'unité. Cette décision est prise en équipe. La sortie de l'UMD fait l'objet d'une Commission de suivi médical (CSM). Celle-ci est composée de médecins psychiatres indépendants de l'UMD, qui travaillent dans les services de secteur. La CSM se réunit mensuellement. Ses membres s'entretiennent avec les patients, au moins tous les six mois. Les décisions de sortie aboutissent, le plus souvent, soit à des retours dans les services de secteur, soit en détention. Ces décisions de sortie peuvent avoir effet immédiatement ou être différées. Toutefois, dans les faits, il n'y a quasiment aucune sortie directe.

D'un point de vue clinique, lors de l'arrivée d'un patient en UMD, ce sont, le plus souvent, les troubles du comportement qui apparaissent au premier plan. Ces manifestations peuvent s'être exprimées au sein de la prise en charge par les équipes de secteur, rendant impossible le maintien d'une hospitalisation classique. Le patient arrive alors à l'UMD relativement agité ou, du moins, présentant des risques de passage à l'acte. Dans d'autres cas, le passage à l'acte violent a donné lieu à une judiciarisation des faits qui, en fonction de la pathologie psychiatrique présentée par le patient, se solde par une reconnaissance de son irresponsabilité pénale (article 122-1 du Code pénal), mentionné précédemment.

D'un autre côté, si la schizophrénie (quelle qu'en soit la forme) représente l'affection psychiatrique la plus représentée en UMD, il convient de rappeler que le spectre psychiatrique et psychopathologique rencontré est beaucoup plus large, allant de troubles dits psychotiques comme la paranoïa, la schizophrénie, la psychose maniaco-dépressive et les troubles graves de la personnalité de type état-limite, avec des aménagements pervers ou psychopathiques.

Il nous faut souligner que la prise en charge des patients peut s'inscrire dans une logique séquentielle¹, sur plusieurs pavillons. En ce sens, on distingue plusieurs unités : le pavillon des « arrivants », le pavillon dit « intermédiaire » – c'est-à-dire accueillant des patients qui ont dépassé la phase critique de l'admission et qui sont suffisamment stabilisés sur le plan thymique pour s'inscrire davantage dans des activités ergothérapeutiques ou psychothérapeutiques –, le pavillon des patients dits « pré-sortants », qui héberge des patients avancés dans leur stabilisation comme dans leur suivi psychothérapeutique, et qui attendent l'aval de la CSM pour retourner dans leur service de secteur ou en milieu carcéral, quand ils font l'objet d'une mesure en ce sens.

Enfin, si nous gardons à l'esprit que l'UMD propose des prises en charge psychiatriques à des patients bien au-delà de la stricte sphère de la psychose, il convient, parallèlement aux moyens et dispositifs adaptés pour favoriser l'élaboration, de penser ce qui a dépassé – très souvent dans la mise en acte – les limites contenantes d'autres institutions.

En effet, en dehors d'une classification en termes structuraux, c'est, d'abord, la question de la violence et du potentiel violent de certains patients que, après réunions, les personnels médicaux décident de l'admission du sujet dans une telle unité. Les patients, qui intègrent nos services, ont, souvent, un lourd passé psychiatrique ou judiciaire, ce qui nous pousse, alors, en

¹ Nous évoquons ici le cas des patients masculins, car même si la séquentialité est évidemment pensée et mise en place pour les patientes femmes au sein même de leur pavillon, leur effectif et les dispositions de l'institution, ne proposent pas une prise en charge progressive sur plusieurs pavillons alloués à chaque étape du suivi pour les femmes.

notre qualité de professionnels de santé, à penser, repenser et réinventer des dispositifs de soins comme autant de médiateurs dans un cadre, à la fois ultra-sécurisé, mais aussi hyper-contenant.

S'il est difficile de penser une psychothérapie dès l'arrivée d'un patient au pavillon dit « des entrants », en réalité, le dispositif de soins psychiques est déjà à l'œuvre, ne serait-ce que par l'effet d'intercontenance, à la fois dans et au-delà des murs de l'institution (Ciavaldini, 1999). En effet, avant l'arrivée du patient à l'UMD, le médecin responsable du pavillon dit « des entrants », entretient des contacts réguliers avec les proches et les instances extérieures dans lesquelles le patient était inséré (structure ambulatoire, hôpital, service de soins en milieu carcéral). Au-delà de ces éléments et sur un plan toujours très descriptif, il convient de mentionner l'importance du « groupe famille » animé par l'une des psychologues de l'unité, qui permet aux proches des malades de se saisir d'un espace qui leur est alloué, tout en permettant au patient de se représenter cette continuité différenciée.

Parallèlement, dans les premiers temps de l'hospitalisation en UMD, une thérapeutique est souvent décidée pour des patients qui ont cumulé nombre de traitements neuroleptiques, au fil d'internements répétés. En effet, dans ce cadre hyper-contenant, les médecins proposent alors de baisser, voire de supprimer, temporairement les traitements chimio-thérapeutiques pour favoriser l'accès à la psychopathologie du patient dans ses dimensions économiques et dynamiques, ainsi que dans ce que nous pourrions nommer leur « expression la plus pure », en deçà de toute modification thymique liée aux molécules chimiques.

C'est en ce sens que l'UMD offre un espace de soins contraints, particulièrement riche dans la fenêtre compréhensive qu'il ouvre pour la rencontre avec les patients, malgré des mesures de contention potentielles, parfois décidées face à des manifestations comportementales violentes exprimées au-delà des capacités d'hyper-contenance du service.

Spécificité des méthodes projectives et finalité dans ce domaine

Qu'elles soient intégrées dans le cadre relativement large d'un bilan psychologique ou qu'elles soient spécifiquement utilisées seules² (Emmanuelli, Azoulay 2008 ; Chabert, Anzieu 1983) dans l'évaluation des formes limites, névrotiques ou psychotiques de l'organisation psychique, l'intérêt des méthodes projectives dans l'évaluation du fonctionnement psychique du sujet n'est plus à démontrer.

Si les manifestations des différentes formes de psychose aux projectifs sont maintenant bien connues (Chabert, Azoulay, 2011 ; Camps, 2011), il n'en demeure pas moins que les spécificités liées à la passation de ces épreuves, dans le cadre contraint et singulier de l'UMD, méritent d'être pensées sur le plan théorico-clinique.

L'utilisation des méthodes projectives : un levier thérapeutique « classique »

Une fois le processus thérapeutique engagé, des pistes de soin peuvent être proposées à ces patients hospitalisés sous contrainte. En cela, bien que délicate et loin d'être acquise, la question de l'alliance thérapeutique occupe une place centrale dans le processus de soin et c'est

² Nous citerons ici l'utilisation du Rorschach et du TAT.

dans cet espace que la proposition de la passation des épreuves projectives peut être intéressante à plusieurs titres.

Premièrement, comme plusieurs projectivistes l'ont théorisé, par leur statut intrinsèquement médiateur, les épreuves projectives peuvent encourager les questionnements introspectifs du sujet (Chabert, Anzieu 1983 ; Emmanuelli, Azoulay, 2008), même dans les cas de pathologies graves, voire très graves, du narcissisme, qui apparaissent alors contenues dans les remparts du cadre hyper-contenant de l'UMD.

De même, au-delà de cette perspective introspective, il est intéressant de souligner des éléments relatifs et spécifiques apportés par la situation de passation des tests projectifs dans ce cadre contraint. En effet, en plus de placer le patient au cœur de la rencontre, la passation se situe au sein même d'une tentative de subjectivation comme située entre deux pôles : passif et actif. Cette perspective offre alors, au sujet, l'occasion de dépasser l'hospitalisation subie par une autre voie que celle de l'emprise. La dimension subjectivante de la passation projective peut, alors, être lue comme un levier thérapeutique. S'articulant à la curiosité introspective préalablement mentionnée, la situation projective ouvre une voie potentiellement thérapeutique qui, outre le fait d'être classiquement introduite par un tiers, passe, d'abord, ici, par le patient lui-même. En effet, si nous nous référons aux premières propositions thérapeutiques « habituellement » faites aux patients à leur arrivée en UMD, comme l'ergothérapie, par exemple, il convient de souligner que le mouvement inauguré est un mouvement introduit par l'autre et dont le patient peut se saisir ou non, en fonction de ses dispositions comme de son état thymique. La situation projective est, quant à elle, différente. En tant qu'élément tiers, elle offre au patient la possibilité d'un mouvement alliant projection et introspection. La projection, inscrite dans un réceptacle physiquement contenant/contenu, fait de l'autre – à savoir l'objet médium, le clinicien, mais aussi l'institution – un facteur au service d'un narcissisme souvent tenu non loin des voies primaires. Le narcissisme du sujet trouverait, peut-être, alors, dans cet espace, des voies thérapeutiques possibles vers un autre cheminement processuel, vers une secondarisation dans le meilleur des cas. Plus modestement, mais de façon peut-être plus réaliste, ces mouvements s'inscrivent, le plus souvent, vers une relance du processus de liaison, entre affect et proto-représentation, comme nous allons le voir.

En effet, nous songeons ici au concept de proto-représentation pour spécifier le caractère en deçà de toute représentation possible, dans le contexte d'un fonctionnement psychique aux marges de la psychose. Cela n'est pas sans nous rappeler les apports de Freud (1915), sur les représentations de mot, siégeant dans le système préconscient/ conscient, et venant en lieu et place des représentations de choses inconscientes. Dans cette perspective, Aulagnier (1975) théorisa la notion de pictogramme, éminemment liée au registre de l'originnaire, et de la « proto-représentation ». En s'appuyant sur sa clinique de la psychose, Aulagnier définit le pictogramme « qui ignore l'image de mot et a comme matériau exclusif l'image de la chose corporelle » (Aulagnier, 1975, p. 19). Pour l'auteur, la métabolisation psychique ne pourrait se faire que par la voie d'un pictogramme comme réceptacle pré-figuratif dans les interactions entre le nourrisson et l'objet primaire et, donc, en appui sur la sensorialité. « Vu, entendu, goûté seront, ou bien perçus par la psyché comme une source de plaisir par elle auto-engendrée et donc par excellence faisant partie de ce qui "est pris" à l'intérieur d'elle-même, ou bien comme une source de souffrance à rejeter et ce rejet implique que la psyché s'automutile de ce qui, dans sa propre représentation, met en scène l'organe et la zone, source et siège de l'excitation. » (Aulagnier, 1975, p. 55). Or, c'est justement sur cette interface sensorielle, entre ce que le patient dit, entend, voit et sent dans la rencontre tactile avec le matériel, et dans

l'intersubjectivité sensorielle du transfert à l'œuvre, que cette rencontre projective peut avoir lieu. D'abord médiatisée par l'outil, à la fois structuré et abstrait, qu'est le Rorschach, puis par celui plus figuratif du TAT, une relance pourra être inscrite dans la matrice ultra-contenante du lieu de passation, comme une institution-mère.

Les invariants de la clinique en UMD : violence, extrême et perplexité

Comme souligné précédemment, au-delà d'une convergence du spectre psychopathologique autour de la psychose, la clinique de l'UMD se définit, avant tout, comme une clinique de la violence, une clinique des limites, voire une clinique de l'extrême limite de la violence.

Si nous concevons l'extrême tel que le propose Pommier (2008), à savoir comme « un dernier rempart avant la décompensation », alors nous pourrions dire – si nous nous en tenions à un positionnement strictement structuraliste – que cette clinique outrepasserait largement ce dit rempart. Or, si nous nous situons dans une perspective plus dynamique, plus transversale, à savoir au-delà de la structure, nous pouvons alors penser que notre clinique se situe sur l'extrême, plaçant le(s) passage(s) à l'acte du patient sur un seuil extrême avant la décompensation. Nous pouvons ainsi étudier la fonction de ces passages à l'acte, malgré des formes délirantes souvent au premier plan : comme une adresse à l'autre ou comme une énigme à déchiffrer.

De l'expression délirante transitoire à la psychose chronique, en passant aussi par des formes très graves de névrose obsessionnelle ou encore par des aménagements limites de la personnalité, les patients que nous rencontrons nous conduisent tous dans l'extrême, parfois en écho à notre propre perplexité contre-transférentielle, questionnant les limites de l'informe. Par le terme d'informe, nous nous référons aux théorisations de Le Poulichet (2003) qui, en s'intéressant aux cliniques du narcissisme, écrit que « l'informe en psychanalyse désigne à la fois des processus inconscients sous-jacents à des vacillements identificatoires et les formations symptomatiques qui en résultent, depuis la perte temporaire de la perception des visages ou des contours du corps jusqu'à des sensations d'auto-absorption ou de cadavérisation corporelle partielle et différentes formations addictives » (Le Poulichet, 2003, p. 9).

C'est justement le vécu de cette expérience que nous appellerons expérience de l'extrême informe, qui peut, parfois, favoriser la mise en échec des aménagements psychothérapeutiques proposés et proposables. C'est à cet instant que la passation de tests projectifs, comme levier thérapeutique peut être pensée dans sa double valence : narcissique, *via* la dimension introspective suscitée par le matériel, et objectale comme inscrite dans une relance du processus de liaison. Cependant, nous serions tentés d'ajouter à cette double mention, un troisième axe majeur en réponse à la perplexité symptomatique transférée au thérapeute par le patient, directement, par effet de retournement, au sens d'une modalité transférentielle telle que décrite par Roussillon (1991). Selon cet auteur, le transfert par retournement est signe de la tendance, chez le patient, à transférer, injecter au clinicien, les mouvements pulsionnels qu'il ne peut traiter. L'auteur décrit ce fonctionnement particulièrement à l'œuvre dans ce qu'il appelle la clinique des souffrances narcissiques-identitaires, que nous pouvons rapprocher de la clinique des fonctionnements limites. En cela, la fonction de médium, à l'œuvre dans la situation projective, est, alors, avant tout, contre-transférentielle, mettant en lumière les mouvements subjectifs du patient pris dans sa

pathologie, ses aménagements de personnalité, ainsi que dans leur résonance confusionnelle retournée au clinicien.

Objet tiers, diffractant le transfert, l'outil projectif, tel une potentielle métaphore d'un nouveau médium malléable (Roussillon, 1991) peut, alors, être lu comme « l'objet transitionnel du processus de représentation » en miroir de ce que Milner (1977) décrivait comme « une substance intermédiaire au travers de laquelle des impressions sont transportées aux sens ». Cette expérience offrirait, au patient, une rencontre transférentielle intrinsèquement énigmatique, en appuyant sur la pulsion épistémophilique dans un mouvement narcissico-objectal.

Notons qu'outre la dimension effracte de la violence, au premier plan du tableau psychopathologique présenté par ces patients, nous pourrions dégager un deuxième invariant, spécifique à la clinique de l'UMD, en faisant référence à la perplexité symptomatique et aux discussions diagnostiques possibles de la part de nos collègues psychiatres. En effet, devant la complexité, la richesse du tableau clinique, la chimio-résistance ou encore le passé psychiatrique très lourd rencontré chez certains de ces patients, les discussions s'imposent en défiant, plus souvent que de coutume, les règles diagnostiques proposées dans les manuels classiques de psychiatrie, pour une lecture parfois transnosographique. La passation subjective, autour d'un matériel très objectif dans ses contours et dont la figurabilité est, elle aussi, sujette à variations, s'inscrit dans un espace hallucinatoire potentiellement partageable, barré ou accessible. De plus, elle permet, par son caractère intrinsèque, de dessiner un « lieu possible » entre le soignant et le patient, tout en relançant en miroir la possibilité, pour le thérapeute, de penser ce patient « avec et contre » ses aménagements psychiatriques et psychopathologiques.

Vers un aménagement de la procédure de passation ?

Après avoir proposé plusieurs passations à des patients intégrant notre service (au pavillon dit « des entrants »), nous nous sommes rendu compte, que les effets que nous n'osions pas encore appeler thérapeutiques, se faisaient sentir à plusieurs niveaux :

- dans la relance des processus potentiels de liaison entre affect et proto-représentation de la part de nos patients ;
- dans la curiosité introspective, suscitée et poursuivie jusque dans leurs entretiens hebdomadaires avec le psychiatre du pavillon ;
- ou bien encore, pour le personnel soignant, comme une relance des processus de pensée d'un patient, au-delà de la sphère comportementale violente, ingérable et sidérante, tel qu'il pouvait se la présenter au quotidien.

C'est en ce sens que, selon nous, la passation des tests projectifs, à ce stade de leur prise en charge, permettait d'inaugurer une nouvelle lecture de ce que le patient donnait à voir à l'autre (aux autres), tout en introduisant une temporalité séquentielle dans une routine psychiatrique alors en proie à l'engluement des processus de pensée de part et d'autre. En effet, l'abrasion psychique du patient peut tenter la position potentiellement démissionnaire d'un soignant qui, dans son poste et malgré tous ses efforts, se heurterait à une résistance incompressible, tenue par les rouages de la pulsion de mort. Sans entrer dans les détails d'une mise en application de la psychodynamique du travail au sein de l'UMD, nous ne pouvons ici faire l'impasse des apports de Dejours (1998) autour du réel du travail. Le réel serait ce qui se

ferait connaître à celui qui travaille, par sa résistance à la maîtrise et par ses échecs. L'auteur rappelle que c'est, d'abord, sur le plan affectif que le réel du monde se révélerait au sujet qui travaille. Ce réel du travail passerait, avant tout, par un rapport sensible entre le sujet et son objet. « Le soignant maladroit déstabilise le malade parce qu'il ne reconnaît pas affectivement l'angoisse de l'autre » (Dejours, 2014, p. 5). Or, pour en revenir à notre propos, c'est justement quand l'angoisse de l'autre prend corps dans l'informe que l'expérience sensible de la passation de tests projectifs pourrait dessiner les contours d'un nouvel espace de rencontre, malgré la dangerosité psychiatrique de nos patients. Dans l'UMD, la potentielle dangerosité psychiatrique³ des patients étant un facteur important à considérer, dans le cadre des prises en charge, nous ne pouvions alors proposer des passations d'épreuves projectives à l'aveugle, ni dans un dispositif qui n'aurait pas spécifiquement été pensé et adapté pour ce cadre. Ainsi, après une période d'évaluation psychiatrique de plusieurs semaines et si le médecin psychiatre, en accord avec les psychologues du service, préconise une passation d'épreuves projectives, un cadre spécifique est alors pensé et mis en place. Notons cependant que les conditions spécifiques mises en place pour que la passation puisse avoir lieu, tiennent, avant tout, à la reconnaissance d'un potentiel avantage clinique évident pour le patient, ainsi qu'à une relative stabilité comportementale dans les semaines qui précèdent la rencontre.

Lorsque ces conditions sont réunies, la passation est alors proposée au patient. Si celui-ci l'accepte, il sera reçu par la psychologue en charge de cette mission, qui lui expliquera – en présence de deux soignants – le déroulement des passations. Classiquement, le patient sera rencontré trois fois. Une première séance est réservée au Rorschach, une seconde au TAT. Enfin, un entretien de restitution en présence du médecin psychiatre clôt ces différentes rencontres.

S'il peut paraître plutôt osé de proposer une passation de tests projectifs en présence de deux soignants, cet argument tient compte d'un évident principe de réalité devant la symptomatologie parfois très dangereuse de certains patients et de risques de passage à l'acte encore présents au moment où nous les rencontrons.

Si les deux soignants sont silencieux tout au long de la séance, il est intéressant de relever les potentielles expressions transférentielles à l'œuvre durant le temps de la passation et aussi au-delà même de cet espace. Enfin, la présence du médecin psychiatre, lors de l'entretien de restitution est à penser en perspective de l'absence de psychothérapie avec une psychologue à cette étape du suivi. C'est, d'abord, par les entretiens psychiatriques que le patient s'inscrit dans un processus thérapeutique. La fonction de liaison entre l'examineur et le psychiatre est alors centrale pour le patient qui, comme nous allons le voir, clinique à l'appui, peut se saisir de cette fonction contenante et tiers pour relancer les processus de liaison et son positionnement subjectif dans la procédure de soins.

La passation projective en UMD : l'expression paradigmatique de l'outil projectif comme levier thérapeutique

³ « Burgelin (2005) rappelle que la dangerosité psychiatrique a été définie comme une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale, alors que la dangerosité criminologique est un phénomène psychosocial, caractérisé par des indices révélateurs de la très grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens » (Voyer, Senon, Paillard, Jaafari, 2009).

Contexte de la demande

Nous allons maintenant nous intéresser à la fonction des épreuves projectives, ainsi qu'à la spécificité du travail possiblement engagé avec des patients pris en charge en UMD. Pour ce faire, nous nous appuyerons essentiellement sur le cas de M. X, 45 ans.

M. X est admis au service pour des faits d'homicide sur personnes vulnérables, alors qu'il était hospitalisé en psychiatrie. S'il présente des éléments délirants au premier plan lors de son admission, très rapidement, l'expression du syndrome s'atténue, malgré la thérapie mise en place. Le patient met alors à mal le cadre thérapeutique ultra-contenant à plusieurs reprises, obligeant les personnels soignants à user des alarmes d'urgence à leur disposition dans les pavillons. En parallèle, les éléments dissociatifs disparaissent et laissent place à des relations d'emprise plurielles et répétées, épuisant l'équipe clinique, pourtant habituée aux attaques contre le cadre soignant.

Le tableau psychopathologique très atypique de M. X se retrouve, évidemment, jusque dans les entretiens hebdomadaires avec le médecin psychiatre du pavillon. Le patient présente, alors, des bizarreries de contact, qui dénotent avec le tableau classiquement rencontré dans les schizophrénies ou les psychoses maniaco-dépressives. Le trouble est transféré au psychiatre comme aux soignants qui, malgré leur nombre, se sentent en insécurité pendant la situation d'entretien. Le patient revient avec beaucoup de difficultés, mais aussi un plaisir non dissimulé, sur les faits qu'il a commis. Le déni semble massif, puis se lève d'un seul coup sous l'impulsion d'un mot, d'une association, d'une impression et M. X revient, alors, sur ses crimes sexuels et les homicides qu'il a commis : « Je voulais voir ce que ça fait d'entendre leur souffle s'arrêter. Je voulais voir la mort dans leur regard ».

En effet, dans l'attente de son jugement, M. X est accusé d'avoir violé et tué par strangulation deux patientes de son unité psychiatrique de secteur. Sur le plan familial, il vient d'un milieu relativement aisé. Il est le cadet d'une fratrie de quatre enfants. Depuis son hospitalisation, les paroles de ses parents s'inscrivent dans une grande ambivalence : « Ne t'en fais pas. Maintenant que tu es là, on va tous très bien ». Cette phrase récurrente est répétée à plusieurs reprises au patient, au médecin..., avant que le patient ne se réattribue cette formule. C'est vers l'âge de 15 ans que les difficultés de M. X auraient commencé, notamment lors de la découverte de la sexualité : « Je n'ai jamais eu de copine. Enfin si, elle. J'aime bien les filles, et... je sais pas ». M. X confiera à son oncle ses désirs homosexuels, pour la première fois, deux semaines avant ses passages à l'acte.

Troublés dans leurs repères nosographiques et dans leurs impressions cliniques, les soignants et le médecin du pavillon décident une passation d'épreuves projectives, « non pour envisager les choses en termes de diagnostic, mais pour relancer une pensée qui ne peut plus se déployer », au-delà de l'extrême, serions-nous tentés d'ajouter.

La passation des épreuves projectives

Le test du Rorschach

Lorsque nous le rencontrons, M. X se dit soucieux de bien répondre et pose des questions sur l'adéquation de ses formulations aux attentes supposées du test projectif. Son regard est fuyant, sans pour autant que la rupture du contact ne marque tout le protocole. La

qualité du lien à l'autre est très fluctuante pendant la passation, qui durera 45 minutes. Le ton de sa voix est monocorde, comme si toutes les planches étaient traitées dans le même registre, alors que l'analyse du contenu des réponses laisse transparaître, au contraire, de réelles variations, témoins de l'impact du percept sur les processus de pensée. La passation est marquée par la concentration de M. X. Il fournit beaucoup d'éléments sur chaque planche, éléments dont, au premier abord, nous peinons à discerner la nature : entre fabulation hors image et nette dimension hallucinatoire, sans qu'il n'y ait, pour autant, une totale rupture du lien à l'autre, ni un tableau dissociatif franc à cet instant.

Le psychogramme témoigne d'un taux de réponse ($R = 23$) relativement conforme aux normes relevées dans une population de référence (Valeurs normatives [VN]) du $R = 20$ à 30 %. Toutefois, seul cet élément s'inscrit dans les normes relevées en clinique adulte. En effet, il convient de noter que le protocole est ici entendu massivement dans un registre global (G) pour un taux de réponse Détail D inversement corrélé, qui ne dépasse pas les 52 %. Ici, tout semble se passer comme si le protocole était appréhendé de loin, pour ne pas faire céder la digue manifestement très fragile, qui sépare l'adaptation en surface de M. X de la menace des processus primaires. L'analyse des déterminants va, elle aussi, en ce sens. Seules, trois réponses Animales (A) intègres sont données. Une seule réponse Humaine (H) est formulée, mettant en question, là aussi, largement, la qualité des identifications possibles pour le patient. Enfin, l'appréhension formelle, elle aussi, achoppe sous le poids du matériel projectif. Le contraste est encore plus saisissant quand nous nous intéressons au taux de $F+$, qui atteint péniblement les 45 % (contre $70-80$ % attendus en VN), signant les multiples craquées en processus primaires du protocole.

Les processus de pensée

Le protocole est vécu comme lourd et long, sans pour autant s'inscrire dans une dynamique flexible. Les réponses apparaissent atypiques dans ce qu'elles suscitent chez M. X, laissant ouverte la voie vers des réponses fructueuses, parfois éloignées des normes relevées en clinique de la psychose schizophrénique (Chabert, 1987). Cependant, une certaine rigidité, témoin d'une potentielle lutte contre le retentissement pulsionnel, peut se noter à travers des effets de persévération d'une planche à l'autre, mais, surtout, des effets de contamination entre plusieurs réponses d'une même planche (planche II, planche III), comme si les objets entre eux peinaient, une fois encore, à s'individualiser. Les éléments apparaissent alors agglomérés, comme à la planche IX, effet renforcé par l'imgo maternelle, véhiculée par cette planche, appuyant d'autant plus sur le registre pulsionnel. L'objet présent apparaît partiel et déformé, comme un support d'identification extrêmement fragile, pouvant rendre compte des fragilités massives relevées au niveau des assises narcissiques primaires (voir ci-dessous).

Néanmoins, à plusieurs reprises, qu'il tienne ou qu'il craque, le discours de M. X semble s'accrocher massivement à des éléments de la réalité externe et, notamment, à des éléments culturels, qui nous semblent pouvoir potentiellement colmater les failles narcissiques primaires, pour un temps et en surface. Quand les processus primaires et les éléments dissociatifs reviennent sur le devant de la scène, ces éléments culturels restent en avant-plan, comme un étendard, mettant en question, au-delà de la situation même de la passation, leur fonction dans l'économie psychique de M. X.

Le traitement des conflits

La qualité du socle identitaire (planche I, planche V) est à mettre en lien avec la pauvreté des contenus des réponses de M. X. En effet, il convient de noter que des réponses, d'abord compactes, se délitent : Planche I : « Alors je vois un gorille, un gorille suspendu à un arbre qui euh..., qui... un gorille suspendu à un arbre, et il est entouré de... Y'a plus de végétaux autour et... Y'a heu... il a une tache sur sa tête, une tache de naissance, et il étend ses bras pour montrer qu'il est le plus puissant de la jungle. Il y a tout un régime de bananes à sa portée... Prêt de lui, il est prêt à les appréhender avec la main », comme à la planche V, qui laisse entrevoir une réponse attendue, banale, puis une deuxième réponse, qui contrastera nettement par sa qualité. Celle-ci est d'abord adaptée, avant de se désintégrer sous le poids du clivage : « comme si le temps le séparait en deux ». L'unité du Moi n'est pas assise, mais semble, tout au long de la réponse, en lutte contre ce morcellement annoncé. En effet, pour parer au craquage de la forme, le patient semble s'accrocher à des réponses de plus en plus diffuses, de plus en plus vagues, perdant l'autre au gré de ses impressions, traduites dans un discours élaboré, qui finit inéluctablement en processus primaires. L'impression supplanterait alors l'appréhension directe par le percept, mouvement inscrit dans un mouvement pulsionnel partiel et chancelant.

Les réponses de M. X sont animées par des mouvements récurrents, comme en atteste la redondance des kinesthésies mineures (essentiellement) sur le protocole. Comme si le mouvement du percept accompagnait le mouvement pulsionnel, sollicité par le matériel, mais sans parvenir à le contenir pour autant. Les contours dedans/dehors témoignant de la grande fragilité du socle narcissique de M. X mettent à mal sa contenance psychique. La quasi-absence de figures humaines identificatoires va, elle aussi, en ce sens. Or, il faut, néanmoins, souligner que l'enquête aux limites de la planche III, permet la reconnaissance des deux figures humaines de profil. Cette donnée à l'enquête, est lue, souvent, comme une « levée du refoulement » et pose question ici, puisque, bien évidemment, la dimension dissociative retrouvée à cette planche n'est pourtant pas aussi dynamique (au sens psychodynamique du terme) que le processus de refoulement. Nous pourrions, alors, faire l'hypothèse d'un nouvel accrochage aux contours culturels – et, notamment, aux contours tendus par l'autre, au sens générique du terme – qui, par moments, irait dans le sens d'une levée soudaine, fugace et artificielle de l'expression dissociative.

Les mouvements identificatoires sont également très problématiques, à l'instar des difficultés narcissiques primaires du patient. En effet, les éléments de contenu (principalement Animal A) sont rares, et fournis sans réelle intégration d'un mouvement pulsionnel. Quand celui-ci est mentionné, il semble au service d'un agglomérat très anxigène (aux planches VIII et IX). À titre d'exemple, notons cette réponse à la planche IX : « et la deuxième tache qui est orange, je vois un silex et tout ça c'est relié par une sorte de colonne vertébrale et les pieds symbolisent aussi l'enfance, la verte c'est l'adulte et le orange c'est carrément vieux, le silex. Il y a certains creux dans le dessin, c'est comme des creux et des vides ».

Cette hypothèse est d'autant plus intéressante qu'elle se pose à nouveau, particulièrement aux planches pastel, planches où la pulsion intervient habituellement dans son mouvement le plus soudain. Ici, l'objet déjà partiel et fragile, fusionne avec l'autre. Le « non-soi » aggloméré est alors menaçant et peut s'actualiser par quelques mouvements de traitement par l'emprise, qui peuvent paraître efficaces durant un court moment, mais qui ne tiennent pas longtemps contre la force du pulsionnel, qui achoppe systématiquement dans le registre primaire. Nous pouvons, en effet, retrouver ces dynamiques aux planches phalliques et sexuelles (IV, VI notamment). À la planche IV, le phallique ne semble pas pouvoir être accueilli ni être traité. Il est traité dans une forte ambivalence (tout en mollesse et puissance). M. X se

laisse gagner par le caractère phallique de la planche, après en avoir souligné la « mollesse ». Le mouvement identificatoire ne peut pas être assumé jusqu'au bout : « Je vois une tête de mammoth avec des cornes qui sont molles, qui sont ramollies et, par contre, qui a une crête visible et impressionnante parce qu'elle est grosse (...) On peut voir au centre ses narines et sa façon de respirer, enfin je veux dire on peut l'imaginer en train de respirer. Il est très poilu (...) ». Cela se retrouve également à la planche VI : planche bisexuelle par excellence, où la dimension phallique et la saillie seront aplanies dans un registre transversal, flirtant là encore avec des processus primaires : « Je vois une machine qui marche par rotation. La rotation se fait au centre, et ça fait tourner une espèce de brosse comme une brosse à dents électrique, et je vois le moteur qui fait tourner une brosse. Ce n'est pas parfait ! Il y a un bâton de plus, en travers, qui l'empêche. »

Les planches II et III vont, elles aussi, en ce sens. Premières planches rouges, elles mettent alors à mal les défenses rigides de M. X, qui les traite dans une valence particulièrement agressive, à peine symbolisée. La planche II est, d'abord, le témoin d'une émeute, sans que des formes humaines – bien qu'énoncées – ne puissent être trouvées. Encore une fois, l'accrochage à l'impression supplante le décrochage au percept, comme un dernier rempart avant la décompensation, qui advient néanmoins. Les éléments pulsionnels du rouge sont associés à des sexes (féminins/masculins), qui se séparent, précédant une réponse à l'enquête, qui ira dans le sens inverse (« *la rencontre des deux sexes* »). Ici, la tonalité du discours est crue, dans un registre agressif, qui ne cède dans le registre primaire que dans l'après-coup de la planche III (elle aussi colorée) donnant lieu à une réponse G filée et désorganisée. Voyons ce qu'il nous en dit : « Je vois un nœud papillon, je vois un nœud papillon porté par un euh... Comment... on dirait un marchand chinois euh qui dessine... euh par terre et qui fait des taches, des écritures euh... comment dire, des écritures chinoises. Je vois beaucoup de légèreté dans ce dessin. Je vois aussi une goutte d'eau qui vient de tomber et qui est représentée par des ondes (?) sur l'eau, comme si, dans un style très chic, comme si on était dans un restaurant et je vois une exactitude entre le côté gauche et le côté droit. Une personne, un chinois qui a un bouquet de fleurs dans la main ».

M. X apparaît donc en lutte dramatique contre le retentissement pulsionnel, les processus primaires et les angoisses de morcellement. Peu visibles sur le protocole (absence de réponse Anatomique Anat notamment), celles-ci sont décelables à travers un schéma corporel particulièrement atypique et des réponses agglomérées, témoignant des efforts effrénés de M. X pour tenir à distance les éléments dissociatifs, notamment à la planche VIII : « là, je vois une image indienne comme une bague indienne qui reflète le soleil, et qui a de multiples couleurs pour faire joli et y'a au centre un lien entre la couleur verte et la couleur orange (...) et là, je vois au centre une sorte d'araignée dans une toile (...) Je vois aussi deux chiens-loups qui sont aussi sur la bague tout en étant reliés à la toile d'araignée ».

Ainsi, les éléments d'emprise, décelables *a minima* dans la clinique de la passation, associés à des accrochages perceptifs culturels réitérés, sont autant d'éléments défensifs paraissant œuvrer en faveur du clivage, contre la menace perpétuelle de désorganisation. Cet écart entre cette porosité narcissique primaire majeure et l'intensité des efforts défensifs déployés contre, semble actualisé dans la clinique de la passation par un transfert (par retournement) sur l'autre des mouvements pulsionnels et tentatives avortées, que M. X ne pourrait pas traiter seul.

Le protocole du TAT

Le protocole de TAT de M. X laisse entrevoir une majorité de fabulations hors images et de procédés de type E (Émergences en processus), qui traduisent la massivité de la projection (E2), une désorganisation des repères temporaux et spatiaux (E3), allant très souvent jusqu'à la désorganisation du discours, comme cela se note à plusieurs reprises tout au long du protocole. La différence des sexes subit la pression du pulsionnel et achoppe, là aussi, à plusieurs reprises (planche 2). Très loin d'une résolution œdipienne, voire d'un traitement dépressif, la problématique de perte est traitée dans un registre défensif, qui achoppe, le plus souvent, vers des mouvements en processus primaires. Ceux-ci dépassent les limites du pare-excitation poreux de M. X et se soldent, dans le vécu d'une déformation du corps, sous le poids du pulsionnel (planche 2 « bossu », planche 10 « petit petit bras, petit petit doigt »). La désorganisation est massive ou alors contenue jusque dans les derniers retranchements psychiques de M. X. La sexualité semble vécue sur un mode particulièrement anxiogène : mêlant emprise défensive et crudité du discours (planche 13MF), et « défenses situées dans une sensualité homosexuelle » (planche 10). En effet, à la planche 10, le patient décrit une « douceur tendre » entre ces deux personnages qu'il ne parvient pas bien à identifier, puis il ajoute défensivement « on ne sait pas trop qui ils sont l'un par rapport à l'autre, c'est comme si c'était deux hommes qui se retrouvaient [silence], un oncle et un neveu sûrement. Ils parlent sûrement affaires, c'est pour les affaires, c'est pour ça qu'ils chuchotent ». La relation à l'autre est teintée soit d'une frilosité massive soit d'une agressivité non secondarisée, qui prennent, alors, comme en alternance et avec grande ambivalence, le devant de la scène, sans qu'il n'y ait de choix possible (planche 3, 8BM, 13MF). La dimension agressive, véhiculée à la planche 8BM, est vecteur d'une désorganisation importante à cette même planche : le discours de M. X ne s'inscrivant alors que dans des cotations de procédés de type E, et sont, une nouvelle fois, en faveur d'une nette prédominance d'un fonctionnement en processus primaire : « Je vois un grand écart entre la médecine, la médecine incisive et chirurgicale et le diplôme de médecin, quand... C'est deux facettes de la médecine : la gloire, le beau vêtement et le mauvais côté. C'est la chirurgie [silence], mais c'est visiblement en Angleterre tandis que l'incision n'a pas d'identité. C'est quelque chose d'anonyme. Le jeune homme n'est pas celui qui opère. C'est pas l'appendicite, mais on est au niveau de l'appendice. Y'a trois personnes donc c'est anglais. Ça marche en accroissant : ça commence par l'appendicite et ça se termine par le psychologue ou le psychiatre, le médecin, le médecin aussi, et c'est un tout. C'est pour ça qu'il est bien habillé (...) ».

Ici, il est aisé de voir à quel point l'agressivité brise complètement les digues défensives de M. X. Le discours sombre en processus primaires, les identités se télescopent dans une confusion totale. La dimension triangulaire appuie l'effraction psychique et corporelle : les personnages, comme les pensées, sont agglomérées, résonnant clairement avec les impressions contre-transférentielles décrites préalablement par les soignants lors de la sollicitation de la passation des épreuves projectives.

Cette dimension se retrouve, d'ailleurs, aisément à la planche 19, planche représentant l'imgo maternelle par excellence : ici, le discours en processus primaires, apposant la représentation d'une meule, d'un sexe masculin, d'une chauve-souris et de Léonard de Vinci. La dissociation est alors telle qu'elle résonnera de plus belle à la planche suivante : la planche blanche (planche 16) où M. X. ne semble même plus en mesure de remarquer l'absence évidente de percept. L'histoire s'inscrit, alors, au-delà de la non-image, pour un fonctionnement dans un registre nettement délirant. Aucun objet interne ne semble pouvoir servir de rempart suffisamment étayant pour M. X.

Vers une compréhension dynamique des processus à l'œuvre

Ainsi, sur les épreuves projectives de Rorschach et de TAT, nous pouvons remarquer que M. X présente une fragilité nette au niveau des assises narcissiques primaires. Cette fragilité récurrente est récupérée facticement en surface par des efforts très coûteux psychiquement pour le patient, l'amenant, alors, à se situer transitoirement sur le dernier rempart avant la dissociation, en empruntant, notamment, au registre de l'emprise, par un accrochage permanent au percept. Il semble alors s'inscrire nettement dans le registre de la perversité, comme décrit par Balier (1996). En effet, selon cet auteur, la perversité serait à rapprocher de l'organisation psychotique et serait à lire comme une lutte contre l'anéantissement sans représentation possible, dans une perspective narcissique phallique, avec déni de l'altérité. L'auteur précise que les sujets se trouvant dans le registre de la perversité sexuelle auraient souffert de lourdes carences infantiles. Dans la clinique des viols, ces sujets se retrouveraient principalement comme auteurs des actes les plus violents, visant l'anéantissement de la victime sur un fond de quête de limites entre le corps propre et le corps d'autrui.

C'est ainsi que l'emprise défensive massive de M. X et le rapport à l'objet quasi-constant, mais partiel, ont pu, par la dimension dynamique de la situation projective, dépasser les catégories nosographiques qui gelaient autant la pensée que la prise en charge. Le pôle défensif tenu plus ou moins efficacement et avec douleur sur l'ensemble du protocole du Rorschach, ne tient plus au niveau du TAT. Comme si, à défaut de lui offrir un support identificatoire suffisamment contenant, le TAT ne faisait qu'appuyer pulsionnellement sur l'excitation intrinsèquement vecteur d'insécurité et de désorganisation massive. M. X conclura, en effet : « Ce test-là, c'est des humains et il arrive souvent des histoires dures aux humains... dans ce test je veux dire ».

Conclusion : d'une compréhension dynamique au regard transversal

Si les épreuves projectives, dans leur fonction médiatrice, ont pu relancer les processus associatifs de l'équipe soignante, en leur permettant de penser la résistance au soin de M. X, comme inscrite dans son pôle défensif, il convient surtout de mentionner que l'entretien de restitution de ce patient a revêtu un caractère très important dans la possibilité, pour lui, de se réinscrire dans un processus subjectivant.

En effet, lors de cet entretien, en présence de la psychologue en charge de la passation, du médecin psychiatre et du soignant, M. X – toujours en grande difficulté – a pu verbaliser autour du caractère contenant de sa prise en charge, tout en s'autorisant à interroger le médecin sur les conditions de la confidentialité du cadre thérapeutique, jusque dans le lien à sa famille. C'est en ce sens qu'en tant que nouveau *medium*, la passation de tests projectifs aurait permis à M. X de dessiner en pointillé les contours de son espace psychique, pour quitter l'agglomérat familial si retentissant dans son protocole de Rorschach. Espace de transfert sensoriel, affectif et moteur, la passation projective de M. X illustre bien la possibilité de poser un outil d'évaluation psychique comme levier thérapeutique potentiel et très tôt dans le parcours du patient intégrant notre service.

Interrogeant la psychologue sur son « efficacité » aux tests, M. X s'est également inscrit dans la relance conjointe des processus réflexifs, revenant notamment sur le décès de sa grand-mère, quand il avait 6 ans, événement traumatique, « qui a d'emblée coupé le lien entre les autres membres de la famille et moi-même », précise-t-il. Puis, il ajoutera qu'il « y'avait du

vide avec les autres. Il fallait que je montre... Les autres, ils voient pas. Ils sentent pas », plaçant, encore une fois, la transmodalité sensorielle au cœur de cet entretien, entre le vécu, le vu et le senti, face au nouvel effroi traumatique sans représentation possible.

Même si ces éléments pourront, peut-être, paraître un peu pauvres, il faut savoir que de l'intérieur ultrasécurisé « du pavillon des entrants » de l'UMD, en proie aux apories inévitables du cadre qui protège, cette relance subjective timide a semblé réinscrire M. X dans un processus de liaison – entre affects et proto-représentations – alors partageable avec l'équipe soignante, elle-même nouvellement bousculée dans son regard subjectif sur le patient.

La clinique de l'UMD, entre soin, contrainte et enfermement, reste, avant tout, une clinique de l'intersubjectivité, qu'il s'agisse du lien patient soignant ou des liens entre soignants. C'est dans un espace, où se déploient l'informe et l'extrême, que les équipes de soin se doivent de repenser les fonctions thérapeutiques des outils classiques, voire d'inventer d'autres médiums à modeler, malgré l'inertie, la violence et la résistance des symptômes.

Si l'usage de tels outils nous paraît revêtir un intérêt certain, ceux-ci ne doivent, pour autant, en aucun cas, faire l'objet d'une systématisation pour plusieurs raisons. Le patient peut avoir déjà rencontré ce matériel clinique dans son parcours psychiatrique. L'instabilité thymique peut être un facteur intrinsèquement frein à l'usage des épreuves projectives. Enfin, à notre sens, la situation projective en UMD ne peut, en aucun cas, se dépendre d'une réflexion collective autour de la situation du patient. Pourquoi avoir recours à ces méthodes ? Un travail d'équipe est-il possible pour relancer la représentation du patient par l'équipe de soin avant et après la passation ?

Sans ces questions préalables essentielles, le risque d'un tel exercice serait, alors, de creuser le fossé entre l'informe psychique, véhiculé par le patient et la perplexité du soignant, pour penser la pathologie dans un carcan structural, certes rassurant, mais ô combien éloigné de la réalité clinique et de ses potentialités d'évolution.

Ainsi, par le présent article, nous tenions à mettre en évidence les aménagements nécessaires à la pensée projective dans un lieu qui enferme, tout en plaidant pour une évaluation dynamique du fonctionnement psychique, au-delà de la caricature du « fou dangereux » inscrit dans un délire dissociatif constant, comme la clinique de l'UMD reste encore perçue, bien au-delà du simple discours profane. C'est, avant tout, dans une perspective transversale, qui relègue le point de vue topique en toile de fond, que nous proposons d'évaluer les patients les plus dangereux, pour pouvoir les « penser » au-delà de la structure même, si le rempart de cette dernière nous protège encore (trop ?) souvent de l'extrême informe de celui qui a commis les actes les plus odieux, tout en posant paradoxalement les ingrédients de cette possible rencontre : « pourvu qu'il soit fou ».

Références

Aulagnier (Piera).– La violence de l'interprétation, Paris, Dunod, 1975.

Balier (Claude).– Psychanalyse des comportements sexuels violents, Paris, Presses universitaires de France, 1996.

- Pelladeau, E. & Marchand, J.-B. (2018). De l'intérêt de l'usage des méthodes projectives comme levier thérapeutique dans la prise en charge des patients en Unité pour malades difficiles (UMD). *Bulletin de psychologie*, 556, 783-794. <https://doi-org.ressources.univ-poitiers.fr/10.3917/bupsy.556.0783>
- Burgelin (Jean-François).– Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive - Rapport de la Commission santé-justice, Paris, Ministère de la Justice, 2005.
- Chabert (Catherine).– La psychopathologie à travers le Rorschach, Paris, Dunod, 1987.
- Chabert (Catherine), Anzieu (Didier).– Les méthodes projectives, Paris, Presses universitaires de France, 1983.
- Chabert (Catherine), Azoulay (Catherine).– Douze études en clinique projective. Approche psychanalytique, Paris, Dunod, 2011.
- Ciavaldini (André).– Psychopathologie des agresseurs sexuels, Paris, Masson, 1999.
- Camps (François-David).– Contribution de la psychologie projective à la question de la psychose schizo-affective, *Psychologie clinique et projective*, 17, 2011, p. 79-125.
- Dejours (Christophe).– Souffrances en France. La banalisation de l'injustice sociale, Paris, Seuil, 1998.
- Dejours (Christophe).– La sublimation : entre clinique du travail et psychanalyse, *Revue française de psychosomatique*, 46, 2, 2014, p. 21-37.
- Emmanuelli (Michèle), Azoulay (Catherine).– Pratique des épreuves projectives à l'adolescence, Paris, Dunod, 2008.
- Freud (Sigmund).– L'inconscient, dans *Métapsychologie* [1915], Paris, Presses universitaires de France, 2010.
- Mathis (Dominique), Bodon-Bruzel (Magali), Kottler (Christian).– Homicides psychotiques. À partir d'une étude réalisée à l'unité pour malades difficiles « Henri-Colin » incluant 21 cas, *Perspectives psy*, 44, 2005, p. 214-218.
- Milner (Marion).– The role of illusion in symbol formation [1977], trad. fr., Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole, *Revue de psychanalyse*, 5-6, 1979, p. 844-874.
- Le Poulichet (Sylvie).– Psychanalyse de l'informe, Paris, Aubier, 2003.
- Pommier (François).– L'extrême en psychanalyse, Paris, Campagne Première, 2008.
- Roussillon (René).– Un paradoxe de la représentation : le médium malléable et la pulsion d'emprise, dans Roussillon (R.), *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France, 1991, p. 130-146.
- Russick (Mathias).– Unité pour malades difficiles et ritualisation, *Souffle*, 206, 2013 [le 18 décembre 2017] : <http://traversesenpsychiatrie.fr/documents/Mathias%20Russick%20206.pdf>
- Voyer (Mélanie), Senon (Jean-Louis), Paillard (Christelle), Jaafari (Nemat).– Dangers de la psychiatrie et prédictivité, *L'Information psychiatrique*, 85, 2009, p. 745-752.