



HAL
open science

Réflexion à partir d'une psychothérapie en milieu carcéral : dépendance addictive, contenance, subjectivation et transfert

Élise Pelladeau, Jean-Baptiste Marchand, François Pommier

► To cite this version:

Élise Pelladeau, Jean-Baptiste Marchand, François Pommier. Réflexion à partir d'une psychothérapie en milieu carcéral : dépendance addictive, contenance, subjectivation et transfert. *Cliniques méditerranéennes*, 2017, 95 (1), pp.203-216. 10.3917/cm.095.0203 . hal-03211656

HAL Id: hal-03211656

<https://hal.science/hal-03211656>

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.

Réflexion à partir d'une psychothérapie en milieu carcéral : dépendance addictive, contenance, subjectivation et transfert

Elise Pelladeau, Jean-Baptiste Marchand, François Pommier

Cet article traite de la prise en charge psychothérapeutique d'une patiente incarcérée pour des délits répétés. Il illustrera les difficultés de traitement de cette patiente qui présentait une vulnérabilité addictive massive en lien avec d'importantes fragilités narcissiques, nous amenant à questionner ces dimensions au regard du transfert dans un lieu clos, comme en miroir des difficultés psychopathologiques des patients. Cumulant les incarcérations pendant dix-huit ans, madame V. semble avoir trouvé dans sa vie carcérale une sorte de contenant addictif accueillant et sanctionnant chacun de ses passages à l'acte : comme autant de quête de reconnaissance et de subjectivation. C'est en fin de peine qu'elle formule une demande de prise en charge psychothérapeutique appuyée par une infirmière de l'unité de soins avec laquelle une relation privilégiée s'était nouée et cela alors que cette infirmière annonçait son départ. C'est dans ce contexte de départ/rupture que s'inaugure – dans un effort de transition – la thérapie de madame V.

Dans un premier temps nous évoquerons le contexte de la rencontre thérapeutique. Puis, nous nous intéresserons au retentissement de l'addiction dans le transfert ainsi qu'aux liens de cette problématique à différents événements traumatiques convoqués au fil des entretiens. Enfin, nous nous reviendrons à la lumière de ce cas sur les particularités du cadre carcéral dans la prise en charge de patients limites.

Le temps de la rencontre

Madame V. est une patiente très suivie sur le plan somatique dans les unités de soins qui l'ont accueillie en milieu carcéral. Séropositive, elle est aussi en proie à des conduites addictives multiples et polytoxicomanes (héroïne, cocaïne, cannabis et codéines...), consommations qu'elle perpétue en prison en les accompagnant de mélanges variés d'anxiolytiques, de régulateurs de l'humeur et d'antidépresseurs lui valant une surveillance accrue de la part de l'ensemble de l'équipe médicale. Connue par l'administration pénitentiaire pour ses lourdes difficultés disciplinaires (trafics de stupéfiants dans la prison, bagarres, etc.), madame V. accumule les séjours au quartier d'isolement.

En réunion médicale hebdomadaire, une infirmière interpelle l'équipe à plusieurs reprises. En effet, elle quitte le service et dit s'inquiéter de l'impact de ce départ sur cette patiente « déjà très fragile ». C'est alors qu'il est proposé de recevoir cette patiente en binôme, afin d'espérer inaugurer une transition vers un suivi psychothérapeutique. Madame V. se rend à son premier rendez-vous fixé avec l'infirmière et la psychologue. Elle est abattue, les traits tirés mais son apparence contraste avec son visage triste et gris. Madame V. a 40 ans, mais en paraît 25. Sa petite taille et son jogging accentuent son caractère très enfantin déjà présent dans sa voix, ses attitudes et ses sourires. Elle parle peu, pleure discrètement en silence tout en se rongant les ongles, et n'ose regarder timidement que l'infirmière. Elle vient d'apprendre la récurrence du cancer dont sa mère atteinte. Elle en dit quelques mots, abattus eux aussi : « Je lui dois tout... J'ai tout raté, c'est de ma faute, c'est moi qui l'ai menée là. » L'infirmière cherche

alors à la rassurer, quand la psychologue, en position de spectatrice, se sent comme une intruse dans ce dernier entretien inscrit dans une longue série. En effet, en unité de soins, les infirmières IDE¹ assurent des « suivis de soutien » pour les patients détenus. Ce n'est qu'à la fin de l'entretien quand la patiente pleure le départ de l'infirmière que la psychologue prend la parole pour nommer les sanglots qui empêchent la patiente de respirer. En fin d'entretien, madame V. accepte de revoir la psychologue mais « uniquement parce que Roselyne [l'infirmière] l'a conseillé ».

Concernant son incarcération les délits de madame V. ont tous été jugés par le tribunal correctionnel. Dans l'administration pénitentiaire, elle est dite « multirécidiviste ». Elle a été incarcérée dans plus de dix établissements, cumulant les condamnations à l'extérieur mais aussi à l'intérieur même de la prison, « toutes ses peines » dit-elle. Elle cumule les affaires de vol, d'escroquerie... toujours dans une même fin : s'acheter ce qui la fera tenir. D'autre part, elle est mère de deux adolescents de pères différents, qui vivent tous deux chez leurs grands-parents maternels. Leurs pères respectifs ont eu des relations extraconjugales à plusieurs reprises, ce qui a conduit la patiente à « fuir », dit-elle, chaque fois qu'elle s'en est aperçue : « Moi, on me respecte ! » Au fil des entretiens, madame V. investit de plus en plus l'espace qui lui est proposé. Elle vient chaque semaine, et sa venue est systématiquement accompagnée des vociférations des surveillantes épuisées par celle qu'elles nomment « la tornade ». Elle alterne entre des « moments » maniaques et des « moments » plus dépressifs. Il faut qu'elle « fasse », qu'elle raconte en gestes, palliant ainsi les carences dramatiques de la représentation. Elle revient sur plusieurs événements traumatiques de son enfance comme sa rencontre avec un exhibitionniste quand elle était petite fille. Elle mime l'exhibitionniste. Elle se mime courant et fait mine de s'écraser contre la porte du bureau avant de s'allonger par terre. Incertaine de ce qui est en train de se jouer pour madame V., la psychologue prend le parti de décrire ce qu'elle a compris de cette scène, tout en le liant aux actes de la patiente en entretien. Madame V. ne semble pas entendre les « mots » de la thérapeute. Elle continue ses gestes.

Si le dispositif psychothérapeutique ne permet pas encore à madame V. d'élaborer ce qu'elle dépose en entretien, la solidité du cadre contre lequel elle se jette – au sens symbolique mais aussi au sens propre – contraste avec la limite du mur carcéral qui depuis dix-huit ans, l'interdit, la brime mais aussi l'excite quotidiennement. Au fur et à mesure des entretiens, madame V. semble se « poser » un peu plus. Elle se raconte toujours en gestes mais avant de repartir dans les mimes de ses rixes avec les autres détenues, il lui arrive aussi de s'asseoir quelques minutes. Les entretiens se dialectisent de plus en plus. Elle est très attentive aux regards, sourires et mots de la psychologue car dit-elle : « Personne ne se souvient jamais de ce que je raconte d'habitude. »

Traumatismes en écho d'une subjectivation en impasse

Au fil des entretiens, madame V. s'attarde de plus en plus sur les événements tragiques de son enfance, comme dans une sorte de liste qui n'en aurait pas fini de s'allonger, reléguant l'espace thérapeutique à ce qui semble alors être un purgatoire. Elle revient sur la mort de l'une de ses sœurs dans un accident de voiture, ainsi que sur le suicide de son frère aîné. Elle évoque ces événements, sans affect, de manière factuelle mais avec beaucoup de détails : « Je sais que ma mère culpabilise pour ça, pour le décès de mon frère, mais je veux pas en parler avec elle,

¹ Infirmières formées aux entretiens en psychiatrie et diplômées...

ça lui rappellerait trop. » La culpabilité est alors ressentie directement par la thérapeute, témoin pour la première fois d'une liste qui apparaît sans « fond », en position de spectatrice d'une histoire « dramatique », au sein de laquelle elle n'aurait alors revêtu que le statut d'un objet pansement supplémentaire. Le dialogue entre la patiente et sa propre mère n'est pas possible. Il n'est même pas représenté car il semble tout de suite vecteur de la propre culpabilité de la patiente envers sa mère, comme si les choses étaient projetées les unes sur les autres sans pouvoir être médiatisées. C'est à cette période de la prise en charge que la patiente donne à voir à l'autre ses conduites addictives (aux personnels pénitentiaire et médical, mais aussi à la psychologue). En début de séance, il lui arrive même de poser sur la table, devant elle un comprimé de Subutex² qu'elle doit – sous contrat – prendre devant les infirmières au moment de la distribution des traitements. La thérapeute questionne alors madame V. sur la nature de ce comprimé et sur les raisons de sa présence en séance. La patiente « joue » sur le sens de celui-ci. Elle parle de le prendre, de le sniffer, le met dans sa bouche, le recrache, puis en rigole. Elle inaugure alors une sorte de jeu de « coucou-caché », mais sur la limite entre le permis, l'interdit, et la perméabilité de la confidentialité. La thérapeute décide de nommer ce qui se joue ici du rapport de madame V. à la loi, au cadre qu'elle teste, ainsi que la position dans laquelle la patiente la met : entre l'extrême intime de l'entretien, le secret partagé avec les membres de l'équipe médicale et la nécessité de mettre des mots sur ce dans quoi la patiente tente de l'enfermer avec elle. Il s'agit alors pour madame V. d'une manière d'interroger une nouvelle fois le cadre avant de s'autoriser à y déposer quelque chose de l'ordre de l'intime. Elle revient sur les principes de son éducation « à la dure » avec son père qu'elle dit craindre et respecter « plus que tout » mais qui avait posé une loi très stricte. Elle n'avait pas l'autorisation de sortir. « Pour voir autre chose, il fallait que je désobéisse, que je transgresse comme ils disent ici. » C'est de cette façon que madame V. s'est retrouvée placée en foyer à l'âge de 13 ans. Son père ne voulait pas qu'elle rentre le week-end. Donc, dans ces conditions, la patiente, avec une amie, dormait dans des halls d'immeuble et se prostituait. Au cours d'une de ses fugues, à 13 ans, madame V. et sa meilleure amie se font prendre « en stop » par des hommes pour rentrer plus vite au foyer. Agressée sexuellement par les deux hommes, madame V. se défendra pendant que son amie s'enfuira. Ne réussissant pour sa part à s'échapper, la patiente est séquestrée, violée et torturée pendant trois jours. Quand madame V. convoque ces souvenirs en entretien, sa voix hésite. Elle devient presque inaudible. Ses phrases sont barrées par les sanglots. Elle se tient par terre, la tête entre les mains, accroupie, sans regarder la psychologue un seul instant. C'est au cours de cette séquestration que les agresseurs lui auraient injecté de la drogue pour la sédaté : « C'est à cause d'eux, ces pourritures, que ma vie est foutue... Ils m'ont, ils m'ont injectée leur merde là, leur merde dans le bras pour que je reste tranquille [...] avant j'avais jamais rien pris, jamais... » C'est à partir de cet instant qu'elle réitérera ce geste de façon traumatique : actant ce qu'elle avait subi passivement, à l'instar d'une compulsion de répétition (Freud, 1920), « processus incoercible et d'origine inconsciente par lequel le sujet se place activement dans des situations pénibles, répétant ainsi des expériences anciennes sans se souvenir du prototype et avec au contraire l'impression très vive qu'il s'agit de quelque chose qui est pleinement motivé dans l'actuel » (Laplanche, Pontalis, 1967, p. 86).

Si madame V. permet à son amie de se sauver, cette dernière mourra d'une overdose emportant avec elle une part de ce que la patiente avait « cru » pouvoir sauver. L'identification projective fonctionne alors totalement et la patiente reste comme murée dans ce corps sali « par tous les bouts » : le sexe, le sang. Si elle se dit honteuse, elle se dit aussi soulagée d'avoir pu déposer cela : comme si, interroger le cadre au début était une manière pour elle d'en tester la

² Traitement de substitution aux opiacés.

solidité. Après un long silence, elle reprend « et en même temps, s'ils m'avaient pas droguée, je sais pas si j'aurais supporté ». Le jeu sur le médicament qui aurait pu se lire comme une provocation en début d'entretien résonne alors tout autrement pour la thérapeute. Inquiète, cette dernière se sent alors parentifiée, entre la position d'une mère qui laisse faire et celle d'un père qui punit, interrogeant peut-être la nécessaire position analytique du thérapeute en milieu carcéral : entre bienveillance et contenance comme nous le verrons ci-dessous.

À la suite de cette séance, il faut plusieurs semaines à madame V. avant de pouvoir se réinscrire dans le processus thérapeutique. Elle manque nombre de séances et passe beaucoup de temps au quartier disciplinaire suite à de nombreuses bagarres qu'elle initie. À cette période, l'espace psychothérapeutique, dans ce qu'il convoque, apparaît comme intolérable pour madame V. qui ne semble pouvoir supporter sa passivité face à la reviviscence du traumatisme que par des passages à l'acte en dehors du cadre cette fois et sur d'autres détenues, rappelant ce que Roussillon (1999) nomme la « souffrances narcissique-identitaire ».

Madame V., abusée à plusieurs reprises, semble revivre les effets traumatiques l'inscrivant irrémédiablement du côté d'une certaine passivité. En effet, dans ses rixes avec les autres détenues, elle semble tenter de se dégager vainement de son vécu d'intrusion par l'emprise, en multipliant les passages à l'acte « maniaques » comme autant de tentatives de subjectivation, de façon similaire aux mouvements masculins maniaques, tels que les définit Neau (2005, qui, sur un mode singulier, visent à défendre le sujet contre une passivité trop dommageable, corollaire d'une sorte de sentiment subjectif de perte voire d'anéantissement. Neau rappelle le rôle central de la passivité dans la plupart des fantasmes originaires ayant trait à la scène primitive, ainsi que son impact sur l'enfant exclu de la scène, frustré, et manifestement passivé. Cet auteur précise que ce « le masculin maniaque » et le mouvement de déliaison maniaque qui lui est rattaché sont comme une occasion offerte au Moi maniaque, refoulé et chargé en libido narcissique, de « partir comme affamé à la quête de nouveaux investissements d'objets » sur lesquels se trouverait placé un capital libidinal d'origine narcissique. Dans cette perspective, ce mouvement de libération, conduisant à « l'état action » maniaque serait soudain et inaugurerait une temporalité toute aussi brusque et inscrite dans un renversement « d'ici et maintenant ».

Ainsi, c'est en sortant d'une semaine en quartier disciplinaire pour la quatrième fois en trois mois que madame V. évoque pour la première fois son sentiment d'enfermement. Jusqu'à présent, elle semblait se fondre dans le cadre carcéral d'une telle façon que cet enfermement semblait faire office d'armature sécurisante. Elle se dit « enfermée [...] au bon vouloir des bleus ». Puis elle associe avec ses dépendances et revient sur son rapport à la drogue qu'elle relie avec ce qu'elle nomme sa position « d'entre-deux » : « Je sais que je suis une mère mais je reste toujours une fille. La fille de mon père. » Pour la première fois de son suivi et peut-être pour la première fois depuis dix-huit ans d'incarcération, madame V. se plaint de l'enfermement. Enfermée dans une position « d'entre-deux », elle se dit condamnée à rester « la fille de son père ». Madame V. apparaît comme gelée dans la différence des générations. Sa subjectivation par l'opposition à la loi qu'incarne le père ne semblerait pouvoir se faire autrement que dans une transgression totale. L'avidité inhérente au moi idéal qui ne saurait être médiatisée par une quelconque instance post-œdipienne, conduirait madame V. à se servir de l'agression de l'autre, non comme une limite mais comme une tentative de limitation – entendue ici comme une action de fixer la limite, ainsi que le soulignent Pelladeau et Chagnon (2015) à propos de la clinique de l'agir.

Après deux semaines d'absence, madame V. revient en entretien. Elle dit « être fatiguée » par ce qu'elle s'impose à vivre et semble se déprimer. Elle évoque : « une chose à dire [...] une chose qui me pèse beaucoup depuis très longtemps ». L'entretien se clôt brutalement attisant la curiosité de la thérapeute, et l'absence de madame V. à la séance suivante peut alors être interprétée comme une forme de « transfert par retournement » (Roussillon, 1999) : maintien du lien à l'objet par le « suspens » de ce qui n'a pu se déposer. Tout semble se passer comme si la patiente transférait à la thérapeute son avidité narcissique alors vécue sur le plan contre-transférentiel sur un mode assez culpabilisé. Comme si à cet instant, l'espace thérapeutique n'était qu'un « espace de retournement » accueillant une relation transférentielle sur deux pôles exclusifs : actif et passif. En effet, concernant la dimension économique et pulsionnelle du transfert par retournement, Roussillon (1999) insiste sur l'importance du passage de la position passive à la position active. Par celui-ci, dans un mouvement s'apparentant à l'identification projective, le patient retourne à l'autre les mouvements pulsionnels qu'il ne peut traiter. Dans cette même perspective, Vacheret (2002) a pour sa part proposé la notion de « transfert par dépôt » insistant ainsi sur la dimension dynamique et violente dont le sujet est porteur, qui utilise le praticien comme lieu de dépôt de ses pulsions, de ses projections, de ses affects et de contenus psychiques inélaborables.

Plusieurs mois se passent au cours desquels madame V. évoque son enfance, la peur de son père. « Il ne m'a jamais frappée moi mais il frappait mes frères. Je n'ai peur que de deux choses : de mon père et de Dieu. » L'émotion avec laquelle madame V. rapporte ces éléments en entretien laisse planer un climat d'insécurité. À cet instant, la psychologue sent alors l'instabilité psychique de l'infantile de la patiente. Durant cette séance, tout semble se passer comme si deux infantiles se télescopaient : l'infantile sidéré dans le traumatique et l'infantile actuel qu'elle rejoue en thérapie et qui semble aujourd'hui infiltré de honte. Madame V. se présente à la séance avec les traits fatigués. À ce moment, ses consommations de cannabis lui valent de nombreuses commissions disciplinaires de la part de l'administration pénitentiaire. Durant cette séance, elle insiste sur le besoin de sommeil qu'elle ressent au quotidien : « Je me réveille au milieu de la nuit. Si j'en ai pas fumé suffisamment je ressens dans mon corps, le poids des corps, l'odeur des sparadraps [qui avaient servi à la bâillonner lors de sa séquestration]. » Puis elle associe ses impressions avec ce qu'elle avait tenté de déposer en entretien quelques séances auparavant. Elle évoque une excursion en voiture avec son oncle quand elle avait 6 ans. Elle explique qu'elle détestait cet homme mais qu'il était le frère de son père et qu'il avait utilisé l'autorité de ce dernier pour la forcer à le suivre dans le véhicule. Elle évoque une agression, montre son entrejambe et éclate en sanglots. « C'était mon oncle, je pouvais rien dire. » Madame V. tente d'affronter l'événement traumatique en entretien mais elle paraît buter sur une représentation tellement intolérable que seul l'affect semble convoqué et convocable pendant cette séance. Cet entretien très silencieux revêt une teneur particulièrement lourde. La psychologue pose – sur un mode interrogatif – des mots sur les sons avortés émis par madame V. Elle termine les mots, les rectifie et les met progressivement en phrases, comme une manière de poser du symbolique sur le noyau traumatique. Les termes de viol, pénétration et souffrance ponctuent l'entretien. Par les signifiants d'abord fragmentaires autour du noyau traumatique, puis coconstruits et cotrouvés en entretien, un objet de moins en moins partiel, de plus en plus total, semble se construire dans l'espace thérapeutique. Un objet pouvant aussi momentanément être attaqué sans être anéanti ou perdu, puis retrouvé vivant (Winnicott, 1971). Durant cette séance, madame V. s'autorise alors un lien entre sa fuite par des fugues répétées – pour « fuir » la maison familiale de « cet oncle qui la viole » et de ce « père qui tape » – et le fait de se retrouver face à deux autres agresseurs qui la tortureront, la violeront et la séquestreront scellant par la même sa première rencontre avec la drogue. Rendant

supportable l'irreprésentable, la drogue deviendra un pansement homéostatique essentiel à l'économie psychique de la patiente lui permettant de passer de la position passive victimaire à la position active de « voleuse » et la conduisant aussi à maintes incarcérations. Comme le soulignait McDougall (2004), l'économie addictive vise la décharge rapide de toute tension psychique et ce, que sa source soit extérieure ou intérieure. L'appel psychique est transformé dans l'esprit de l'addicté qui le traduit comme un besoin somatique et c'est en cela que la solution addictive deviendrait une solution somatopsychique au stress psychique. Dans le cas de madame V. ce qui se vivait comme une solution se percevrait aujourd'hui davantage dans sa réalité et ses contours carcéraux. Tout se passe alors comme si madame V. vivait dans la thérapie – et pour la première fois – une passivation dans son agir, tant dans son rapport au produit que dans son rapport à l'enfermement.

L'addiction dans le transfert

Au fil de la thérapie, madame V. réclame les entretiens. Les séances comme la thérapie semblent « consommées » avec une avidité insatiable, comme un nouvel objet d'addiction. Madame V. ne cesse d'interpeller la psychologue pour savoir « si elle est sa patiente préférée ». Les liens qui lui sont tendus l'invitant à interroger les raisons de ces questions ne semblent pas suffire à madame V. pour l'apaiser et rassurer les contours du cadre psychothérapeutique. La patiente ajoute alors : « De tous mes frères et sœurs, je suis la seule qui ait tout merdé. Je suis responsable de la maladie de ma mère et en plus, jamais je n'aurai la fierté de mon père. » Il est alors question d'être reconnue dans les yeux de la thérapeute – substitut d'objet primaire – comme « la fille préférée », elle qui avait, dit-elle, « tout d'un garçon manqué ». Elle sollicite beaucoup la thérapeute par l'intermédiaire des médecins ou des infirmiers qui croisent son chemin. En entretien, la psychologue revient sur ces demandes de la patiente en insistant sur la nécessité de se rencontrer dans un cadre stable, sans que les entretiens ne se fassent sans cesse dans un caractère d'urgence. Il est alors pensé que madame V. bénéficie de deux entretiens hebdomadaires, comme le préconisait Kernberg (1984) pour la prise en charge des patients limites. Madame V. entend qu'en cas d'urgence elle continuera de suivre le cours des mesures de signalement en vigueur dans le service.

Alors que madame V. entame son huitième mois de thérapie, la psychologue rencontre des difficultés personnelles qui l'obligent à s'absenter provisoirement. Sans avoir pu prévenir suffisamment à l'avance, elle s'absente quatre semaines. À son retour, la patiente boude le premier entretien et se rend au deuxième en verbalisant très clairement l'abandon qu'elle a ressenti : « Je pensais que vous aviez fait comme tous les autres, que vous étiez partie. » La colère s'inscrit dans le lien thérapeutique et la psychologue, alors vécue comme abandonnique, est clairement prise à partie : « Après votre départ, j'ai consommé deux fois plus. Je sais pas si c'est à cause de vous ou pas, mais plusieurs fois, je me suis trouvée vraiment très mal. » Comme le faisaient remarquer Fain et Braunschweig (1975) puis Fain (1981), « la satisfaction primaire » de « néo-besoin » qui serait procurée à l'enfant par des attitudes parentales pathogènes aboutirait à une excitation inapte à s'organiser pulsionnellement. Ainsi, « les objets de consommation » resteraient seulement au premier plan sans que rien ne puisse s'étayer sur ces néo-besoins, et le sujet serait alors voué à la quête des « paradis artificiels ». Dans cette prise en charge, suite à son absence involontaire et impromptue, la thérapeute s'est vue revêtir les apparences d'une attitude parentale abandonnique. Sans qu'elle n'ait pu être anticipée et préparée, son absence semble alors entraver la satisfaction. Or, comme le souligne Brusset à propos du processus addictif, il s'agit par celui-ci de « s'approprier un pouvoir qui a été

autrefois celui de la mère, pour se donner des satisfactions auto-érotiques, c'est défier son refus, abolir sa domination, [...] l'expérience du toxique donne une sorte de validation, de confirmation dans la réalité au déni omnipotent de l'objet et de la dépendance à l'objet qui caractérise la position maniaque » (1998, p. 167).

Par ailleurs, l'absence prolongée de la psychologue étant intervenue au début du huitième mois de la thérapie, elle pourrait peut-être se lire en perspective de l'angoisse du huitième mois décrite par Spitz (1965) en tant que deuxième organisateur psychique du bébé témoignant d'une relation d'objet à une figure stable généralement aux alentours de 6 et 8 mois, soulignant l'instabilité de la relation aux figures d'attachement de madame V. dont nous avons vu les caractères traumatiques, et leur réactualisation dans la relation transférentielle.

Pendant cette période d'arrêt, la thérapeute a perdu du poids ce qui n'échappe pas à la patiente qui place alors son propre comportement alimentaire au centre des entretiens. Son alimentation apparaît des plus anarchiques et laisse apparaître une intense dysmorphophobie. Madame V. dit ne pas avoir mangé depuis trois semaines. Quand elle dépose ces éléments en entretien, elle est effectivement très pâle, amaigrie. S'inscrivant dans ce qu'elle a compris de la confidentialité de la thérapie vis-à-vis du personnel pénitentiaire mais également – et à un autre niveau – vis-à-vis du reste de l'équipe soignante, madame V. tente de rendre la thérapeute « complice » des sacrifices qu'elle s'impose. La psychologue se sent alors en lutte contre les tentatives d'aliénation de madame V. et l'identification projective dans laquelle la patiente tente d'enfermer le cadre psychothérapeutique. La psychologue rappelle à madame V. les règles du secret partagé, et revient sur ce dans quoi la patiente tente de s'enfermer avec elle. La patiente sourit avec complicité comme si le vécu d'impuissance de la thérapeute à cet instant, et le transfert par dépôt (Vacheret, 2002) qu'elle instaurait, permettait à la patiente de revivre sur un mode actif sa propre impuissance face aux carences maternelles précoces, et face à l'absence de la thérapeute dans l'après-coup. De même, à ce stade de la prise en charge, la thérapeute ressent une culpabilité qui semble faire écho à celle de la patiente elle-même. Comme si madame V. déposait dans le transfert la culpabilité consécutive aux actes de viols et de barbarie qu'elle a subis, mais aussi une culpabilité qui apparaîtrait bien plus archaïque issue de l'investissement sexuel infantile de son père tout-puissant la conduisant en écho à se défendre de l'incestueux, par le rejet de son corps de femme (Cahn, 2004).

À ce moment, la thérapie de madame V. et son rapport à l'objet semblent s'inscrire dans une certaine rythmicité. Elle paraît tester la solidité du cadre, s'en détacher par ses absences comme une tentative de délimitation, *a fortiori* dans ce qui apparaît confus dans son lien à l'objet, et par conséquent à la thérapeute. C'est par ce rythme thérapeutique ponctué d'absences, comme conditions psychiques *sine qua non* à la poursuite de son travail, puis par le fait d'évoquer avec elle ce que la psychologue sent de cette nécessité (vitale) de s'extraire de la thérapie, que madame V. va progressivement associer autour de ces « allers-retours » : « C'est comme avec la drogue, sauf que je n'ai pas l'impression d'étouffer. Je sais que la drogue, c'est tout ou rien... Là, c'est pas pareil, mais c'est comme s'il me fallait du temps pour que je sois sûre de... de... que vous ne repartiez pas. » C'est à partir de cette période que la patiente paraît emporter avec elle le travail psychothérapeutique. Elle « travaille hors le cadre » pour s'appuyer dessus en séance. Ces propos peuvent refléter la construction intérieure d'un contenant identitaire de plus en plus solide, d'un espace de pensées à soi. Madame V. apparaît plus calme. Elle passe de moins en moins de temps en quartier disciplinaire. Elle s'inscrit à des activités sans les consommer de façon maniaque. La tranquillité semble s'installer et la patiente investit les entretiens psychothérapeutiques sans avoir systématiquement recours à des procédés

projectifs, nous rappelant ce que Hibon a mis au jour des particularités du travail possible auprès d'adolescents incarcérés et peut-être – par extension – des sujets souffrants de troubles limites de la personnalité. En effet, cet auteur expose une certaine « phobie du monde interne », phobie liée à la crainte de la douleur ou de la folie, mais aussi de l'ouverture à l'autre dans les relations quotidiennes. Dans cette configuration, le cadre pénitentiaire – dans sa dimension rythmique et quotidienne – pourrait incarner et restaurer des fonctions maternelles et paternelles chez ces individus psychologiquement carencés, faisant écho chez ces sujets, à la rythmicité du cadre thérapeutique (Hibon, 2005).

Conclusion : sortir de prison sans sortir du cadre, la mobilisation des défenses

Madame V. va mieux. Elle prend soin d'elle et ses comportements restés immatures ne semblent plus strictement inscrits dans une double polarité. Elle tolère les vacances de la thérapeute qu'elle relève de quelques remarques caustiques mais réversibles. Le lien à l'objet semble se réinscrire dans un cadre relativement sécurisé à l'heure même où la libération conditionnelle de la patiente est annoncée. Cette annonce fait l'effet d'une bombe dans le psychisme de la madame V. Paniquée à l'idée de quitter celles qu'elle nomme « ses » surveillantes, ses amies détenues, et de prendre la responsabilité de l'éducation de ses enfants, madame V. semble se replier dans un comportement très infantile mais d'une tout autre nature que celui qu'elle adoptait en début de thérapie. Cette fois-ci, ce comportement apparaît comme réactionnel. Si l'univers carcéral est un monde particulier avec ses codes, ses procédures, ses règles et ses failles, sujets à transgressions, il cloisonne et orchestre la vie du sujet tel un cadre structurant, objet de projections diverses, et revêt par ailleurs certaines vertus autocalmantes (Bessoles, 2005). Comme le souligne Duverger, Malka et Petrovic (2005), l'enfermement serait à situer du côté d'une rupture des liens, jusqu'au mouvement de déliaison psychique. L'enfermement, subjectif comme objectif, relèverait de toute évidence d'une contrainte qui cependant semblerait faire office de « pare-excitation » externe dans le cas de madame V., palliant ainsi ses fragilités narcissiques primaires. Comme le remarquait Fedida (2002), pour les sujets incarcérés les plus fragiles, une désobjectivation de l'expérience du corps s'opèrerait. D'autre part, la réification de l'objet inhérente au processus d'enfermement pourrait, dans certains cas, mettre en lumière des relations d'allure fétichique, « mouvements de fétichisation » qui ne relèveraient pas pour autant forcément du fétichisme. Cette fétichisation se retrouverait dans les investissements interpersonnels de madame V., faisant de l'objet un complément narcissique certes, mais aussi une condition d'accès à la jouissance, dans une économie psychique soumise aux aléas d'une pulsion effractante : entre besoin de s'exciter et besoin de liquider l'excitation. Dans cette perspective, le sujet priverait mentalement l'objet de ses richesses réelles ou potentielles, mais aussi de son désir en le désanimant. Par cela, cet objet réifié, ne risquerait alors plus de lui faire défaut, de le surprendre, de l'envahir, ni même de l'exciter. Or, les auteurs mettent en exergue le fait que ce mécanisme de défense aurait pour conséquence d'enfermer le sujet dans une sorte de dynamique de désaffection des « liens préexistants », entraînant en quelques sortes « une atrophie du commerce avec eux » (Duverger et coll., 2005, p. 867). C'est justement contre cette défense que se serait inscrit, le cœur du travail psychothérapeutique de madame V. qui, malgré les risques de fétichisation et d'addiction, lui aurait permis de revivre dans le transfert des allers-retours psychiques suffisamment étayant pour lui permettre de « fantasmer », et ce même au-delà du cadre, lui ouvrant alors la voix à la satisfaction hallucinatoire du désir (Freud, 1895). Dans quelle mesure la collision des temps judiciaires et des temps psychiques n'est-elle pas dommageable ? Si madame V. a pris le temps de parler son départ, et que les dispositifs de prise en charge

thérapeutique ont pu se relayer dans une certaine urgence, dans quelle mesure est-ce que ces quelques semaines de transition ont pu suffire à retravailler dans le transfert le traitement de la perte et des angoisses de perte après dix-huit ans d'incarcération ?

Bibliographie

- Bessoles, P. 2005. « Le crime adolescent : criminogénèse et processus adolescent », *Adolescence*, n° 54, p. 1021-1040.
- Brusset, B. 1998. *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, Paris, Dunod.
- Cahn, R. 2004. « Subjectivité et subjectivation », *Adolescence*, n° 50, p. 755-766.
- Duverger, P. ; Malka, J. ; Petrovic, B. 2005. « L'enfermement chez l'adolescent », *Adolescence*, n° 54, p. 851-875.
- Fain, M. 1990. « Virilité et anti-hystérie. Les rouleurs de mécanique », *Revue française de psychanalyse*, n° 5.
- Fain, M. ; Braunschweig, D. 1975. *La nuit, le jour*, Paris, Puf.
- Fedida, P. 2002. « L'hypochondrie de l'expérience du corps », dans *Psychopathologie de l'expérience du corps*, Paris, Dunod, p. 109-164.
- Freud, S. 1895. « Esquisse d'une psychologie scientifique », dans *Naissance de la psychanalyse*, trad. A. Berman, Paris, Puf, 2002, p. 309-396.
- Freud, S. 1920. *Au-delà du principe de plaisir*, Paris, Payot, 2010.
- Hibon, A. 2005. « Pour une pédopsychiatrie d'inspiration analytique auprès des adolescents incarcérés », *Adolescence*, n° 54, p. 915-976.
- Kernberg, O. 1984. *Les troubles graves de la personnalité*, Paris, Puf.
- Laplanche J. ; Pontalis, J.-B. 1967. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Puf.
- McDougall, J. 2004. « L'économie psychique de l'addiction », *Revue française de psychanalyse*, n° 68, p. 511-527.
- Neau, F. 2005. « Masculin maniaque ? », *Psychologie clinique et projective*, n° 11, p. 35-78.
- Pelladeau, E. ; Chagnon, J.-Y. 2015. « Modalités identificatoires et dérives narcissiques dans les actes d'agressions sexuelles à l'adolescence. Considérations à partir d'un cas », *Psychologie clinique et projective*, à paraître.
- Roussillon, R. 1999. *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, Puf.
- Spitz, R. 1965. *De la naissance à la parole: la première année de la vie*, Paris, Puf, 1968.

Pelladeau, E., Marchand, J.-B. & Pommier, F. (2017). Réflexion à partir d'une psychothérapie en milieu carcéral : dépendance addictive, contenance, subjectivation et transfert. *Cliniques méditerranéennes*, 95, 203-216. <https://doi.org/10.3917/cm.095.0203>

Vacheret, C. 2002. Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques, Paris, Dunod.

Winnicott, D. W. 1971. Jeu et réalité, Paris, Gallimard, 1975.