



HAL
open science

La clinique aux mains nues. Comme support et arrière-plan des propositions de prises en charge médiatisées

Catherine Caleca

► To cite this version:

Catherine Caleca. La clinique aux mains nues. Comme support et arrière-plan des propositions de prises en charge médiatisées. 6èmes séminaire : Psychologues en gérontologie / Médiations et modes d'interventions dans la clinique psychologique en gérontologie, Association Psychologie & Vieillessement, Nov 2022, Rennes, France. <hal-03941913>

HAL Id: hal-03941913

<https://hal.science/hal-03941913v1>

Submitted on 16 Jan 2023

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.



HAL Authorization

La clinique aux mains nues

Comme support et arrière-plan des propositions de prises en charge médiatisées

Il peut paraître paradoxal lors d'un colloque consacré aux médiations de proposer une réflexion sur la pratique de l'entretien clinique par le psychologue dans la mesure où ce que l'on nomme couramment l'entretien clinique "à mains nues" se fonde exclusivement sur l'échange se produisant entre un psychologue clinicien et le sujet qui s'adresse à lui. De fait, nous savons à quel point la clinique des sujets âgés peut s'avérer complexe, dans la mesure où les difficultés psychologiques se combinent souvent à des troubles instrumentaux et ou cognitifs rendant les prises en charge difficiles. Nous avons à maintes reprises abordé cette question sur laquelle nous revenons aujourd'hui. (Caleca, 2013). (Caleca, 2012)

Les difficultés inhérentes à la communication avec des sujets âgés voire très âgés incitent à recourir à des propositions de médiations afin d'apporter un support à l'élaboration des contenus psychiques. Ces journées qui y sont consacrées sont véritablement très utiles dans la mesure où elles permettent d'en spécifier les usages et de présenter les enseignements qui peuvent en être tirés. Cependant toutes ces pratiques se fondent sur la compétence professionnelle du psychologue appuyée son outil principal que constitue l'approche clinique et qui lui permet d'utiliser ces supports comme complément à sa compréhension clinique.

C'est sur celle-ci, se basant sur l'outil de l'entretien clinique que nous souhaiterons faire porter notre réflexion aujourd'hui en examinant avec vous les spécificités de l'entretien clinique dans le domaine gériatrique.

Bien évidemment, en utilisant le terme de "clinique aux mains nues", employé dans le cadre d'un entretien avec Juliette Favez-Boutonier en 1970 (*La clinique aux mains nues. Entretien de Madame Favez-Boutonier par Y. Geffroy et S. Parrini - Persée, s. d.*) pour désigner une pratique clinique dépourvue de moyens d'évaluation tels que les tests et les bilans, nous avons souhaité insister sur cette situation singulière où se trouvent en présence deux sujets dans le cadre d'un colloque singulier.

Dans l'absolu, il s'agit d'une offre d'écoute spécifiquement orientée sur le fait psychique, proposée à un sujet qui a exprimé la demande d'une rencontre avec un professionnel, et

ce dans un lieu spécifique lui garantissant un cadre stable. Un grand nombre d'auteurs dont Bleger (Bleger, 1979) ont décrit et explicité les modalités d'instauration de ce cadre. Tous insistent sur une certaine permanence de celui-ci permettant par contraste de mieux observer la variabilité des mouvements psychiques du patient. Cette question de la fixité du cadre a cependant été mise en débat dès le début notamment par Ferenczi (Ferenczi, 1974) qui prônait une prise en charge "élastique", plus adaptée pensait-il à la gravité de l'état des patients qu'il recevait alors.

Quoiqu'il en soit, ce dispositif a pour effet de mettre au premier plan la parole du patient et ces modalités d'écoute pourront faire apparaître les conflits psychiques qui lui posent problème. Comme le précise Colette Chiland (Chiland, 2013), l'originalité de la formation du psychologue s'appuie sur le *travail sur soi* que doit avoir effectué le clinicien pour acquérir une certaine maîtrise de lui-même comme instrument. Le clinicien ne met pas seulement en jeu ses connaissances mais aussi et surtout, sa propre psyché, son fonctionnement mental, sa capacité de ressentir, de comprendre et d'élaborer. C'est à cette condition seulement que le clinicien pourra proposer une écoute qualifiée par Freud de "neutre et bienveillante" dont les modalités sont reprises dans le Vocabulaire de la psychanalyse (Laplanche & Pontalis, 1967). Cette attitude a été proposée par Freud dès le début de ses réflexions théoriques, afin de laisser le plus de place possible aux mouvements psychiques du sujet, en évitant d'y projeter ses propres problématiques.

Nous savons tous à quel point une telle attitude est délicate à tenir. La formation préalable du clinicien ainsi qu'un travail de supervision ou d'intervision peuvent lui permettre de rester attentif à ces mouvements.

Ces considérations sur le cadre dans la situation clinique mettent en évidence la complexité inhérente à l'écoute clinique d'un patient, mais se cantonnent à des conditions qui se trouvent rarement réunies dans la pratique qui nous est commune de la clinique en gérontologie.

Nous nous attacherons à présent à en présenter les particularités, en les assortissant si possible de vignettes cliniques.

La demande et l'environnement

Tout d'abord, qu'en est-il de la demande du sujet ? Pierre Charazac insiste tout d'abord sur l'importance de l'environnement, au sens winnicottien du terme dans l'abord de l'adulte âgé (Charazac, 2012). En effet, dans la majorité des cas qui nous concernent, une demande de prise en charge n'émane pas directement du sujet âgé lui-même, à moins qu'il soit en capacité de se déplacer seul et de décider par lui-même de ses rendez-vous. Benoît Verdon et Céline Racin insistent sur la complexité des liens qui s'établissent dans l'entourage des sujets âgés lorsqu'ils ont besoin d'aide (Verdon & Racin, 2021). Faisant référence aux propositions d'Edgar Morin (Morin, 2015) ainsi qu'à celles de Marion Péruchon (Péruchon, 2009), à propos de l'hypercomplexité des situations que nous rencontrons, nous comparerons ces délicates interactions entre les membres d'une famille aux articulations subtiles d'un mobile de Calder¹ sur lesquelles un infime mouvement de l'un de ses composants entraîne une mobilisation et un repositionnement de tout l'ensemble. Ainsi sommes-nous sollicités pour un avis ou une prise en charge soit par les équipes exerçant en institution, soit par une famille, ou même un tuteur, dans le cas de suivi à domicile. Il nous incombera donc de présenter au sujet âgé lui-même les modalités de nos rencontres et de solliciter son accord pour un suivi régulier. Cependant nous savons à quel point il est important de rester en contact avec l'environnement qui bien souvent a besoin d'être reconnu et entendu. Ainsi de l'époux ou l'épouse d'un sujet âgé dont les soins lui incombent en partie souhaite souvent être associé à une prise en charge préalablement envisagée seulement pour son conjoint. La notion d'environnement tel qu'il est décrit par Winnicott (Winnicott, 2006) nous permet de comprendre des modes de relation parfois dyadique où l'on peut retrouver des modalités de préoccupation primaire celle où les besoins du sujet s'effacent devant ceux de l'objet de ses soins. Dans ces cas une séparation d'emblée est quasi impossible à envisager dans la mesure où elle est souvent perçue comme un arrachement insupportable. Elle ne pourra être proposée sans un travail préalable de prise en compte de chacun. De même il restera délicat de mesurer le contenu de nos échanges avec les proches afin de préserver les contenus psychiques que nous a confiés le patient.

Ainsi, au domicile d'une patiente avons-nous constaté la présence de caméras de surveillance que ses enfants avaient installées dans sa chambre car ils craignaient des

¹ <https://www.youtube.com/watch?v=Nj-V1rUM75k>

chutes. Ces caméras mettent en évidence l'intrusion réciproque qui caractérise les relations au sein de cette famille : celle que constitue la vue permanente des enfants sur la chambre de leur mère, la privant de toute intimité, mais également l'envahissement de leur propre vie par l'image de leur mère, visible jour et nuit et sujet d'inquiétude constante. Les échanges à propos de la désactivation de ces caméras lors des séances de leur mère ont également été l'occasion pour eux d'évoquer le poids que représentait pour eux sa prise en charge et l'angoisse que son maintien à domicile engendrait chez eux. Dans le cadre institutionnel la chambre du patient est difficilement investie comme un espace privé et il est quasi impossible d'obtenir que d'autres professionnels n'interviennent pas dans la chambre de la personne avec laquelle nous menons un entretien.

Ces irrptions nous indiquent à quel point la perception des limites entre le sujet et son environnement fait l'objet de confusion où nous pouvons comprendre les mécanismes d'emprise et d'empiètements réciproques qui sont en jeu. Il en va de même avec notre statut professionnel qui nécessite souvent une explicitation afin de ne pas être confondu avec celui de soignant, d'aide à domicile, voire de dame de compagnie.

Qu'en est-il des mouvements contre-transférentiels au cours de l'entretien avec les âgés ?

Nous insisterons sur ce point : les mouvements contre-transférentiels du clinicien sont bien particuliers dans le contexte de rencontre avec des sujets âgés. En effet, nous avons de longue date décrit les relations particulières qui s'instaurent entre un clinicien et un patient qui est en toutes circonstances plus âgé que lui. Ainsi le jeune clinicien fera-t-il l'objet d'une attitude protectrice associée aux liens affectifs habituellement liés aux relations avec les petits-enfants. De là s'ensuivent des questions récurrentes sur sa situation familiale ou sur ses vacances. Pour un psychologue plus âgé, les questions sur le statut matrimonial et la parentalité ont souvent pour objet de comparer leur parcours de vie avec celui du clinicien. Cette attitude constitue souvent une tentative d'éviter la dissymétrie qu'instaure une relation thérapeutique et rend nécessaire une clarification sur les enjeux d'une rencontre. Réciproquement, le clinicien peut avoir du mal à se départir d'une attitude de protection liée à la fragilité physique qu'il perçoit chez le patient. Comme nous le remarquons dès 2014 (Caleca, 2014), le corps vieux est le porteur manifeste des

pertes liées à l'avancée en âge. Cette fragilité perçue suscite des angoisses de mort qui peuvent alors être contre-investies dans une tendance à l'étayage obturant parfois l'expression de la conflictualité et de l'angoisse portées par le sujet.

Cette problématique contre-transférentielle résonne davantage lorsque les sujets auxquels nous nous adressons présentent des atteintes cognitives. Nous percevons rarement à quel point l'atteinte narcissique que constitue pour les sujets l'atteinte de leur langage, entraîne souvent une forme d'inhibition. En effet l'anosognosie couramment décrite n'est pas constante et nombre d'entre eux sont affectés par leurs troubles et les commentent de manière auto-dépréciative : "je ne vaud plus rien" constatent-ils.

Cependant, les difficultés d'expression des patients engagent chez le clinicien des modalités d'écoute très différentes où il s'agit de deviner ou de compléter un discours défaillant en maintenant l'hypothèse d'un sens à ce qui est énoncé.

Ainsi en est-il de Madame V. : lorsque je la rencontre, son discours est fréquemment interrompu par des chantonnements incompréhensibles émis à tue-tête. Je me demande alors si elle reste présente dans l'entretien et si je suis encore considérée par elle comme une interlocutrice. Pourtant, lorsque je l'interroge sur le sens de ces chants, elle m'explique avec un certain humour qu'elle essaye de nous remonter le moral. En réalité elle réagit ainsi à un mouvement dépressif lié à l'évocation de deuils récents qui l'ont beaucoup affectée.

Ces situations, bien loin de entretiens cliniques classiques, mettent à l'épreuve notre capacité à résister à la déliaison à l'œuvre dans le discours de patients atteints de maladies neuro-dégénératives, afin de maintenir notre capacité de penser. En effet ce mode de communication génère ce que l'on peut nommer un aplatissement de la pensée, une forme de sidération.

En effet, du fait même des difficultés rencontrées au cours des échanges verbaux, l'attention se porte davantage sur les composantes non-verbales du langage : positions corporelles, regard, intonation, ce qui peut avoir une influence sur le mode de communication du clinicien lui-même, dans la mesure où il se trouve renvoyé à des stades antérieurs du langage. La neuropsychologue Karine Martel (Martel & Aguert, 2016) étudie les stades précoces du langage chez le jeune enfant, et elle décrit la modification du langage induite chez l'adulte par le contact avec un enfant n'utilisant pas encore un langage compréhensible : l'adulte est alors amené à simplifier son langage et à moduler

différemment sa voix, ce qu'elle nomme le LAE, (c'est à dire le langage adressé à l'enfant dans sa période pré-langagière). Nous retrouvons souvent des modalités d'expression similaires lorsque des soignants s'adressent à des âgés présentant d'importantes difficultés d'expression avec une simplification des phrases utilisées, l'utilisation de diminutifs, voire de surnoms. Cependant la référence au langage utilisé avec de jeunes enfants ne doit pas nous amener à utiliser un mode d'expression infantilisant. En effet, si comme nous l'enseigne Freud, la régression constitue un mécanisme de défense consistant à revenir à une phase antérieure du développement, celle-ci n'affecte pas le psychisme dans son ensemble. Ainsi chez un sujet atteint de troubles cognitifs, si sa capacité à s'exprimer de manière compréhensible peut être affectée, il n'en reste pas moins sensible à la manière dont on s'adresse à lui et dont nous prenons en considération le fait qu'il tente de communiquer avec nous.

La clinique des âgés présentant des troubles cognitifs engage chez le clinicien une perméabilité accrue aux aspects non-verbaux du langage. Comme le souligne Pierre Fédida (Fédida, 2000) : ce contact "sollicite du praticien l'expérience d'un bouleversement immédiat de l'espace de son corps". Il poursuit : Celui-ci prête alors attention " aux expressions discrètes de contact : ce sont des *expressions d'apparences* telles que l'imperceptible mouvement du regard, l'ébauche à peine d'un geste de l'immobilité, le bruit de la voix". Plus loin il décrit le corps du clinicien comme un "membrane de résonance visuelle et sonore" Cette attitude engage des mouvements contre-transférentiels faisant appel à des modalités de fonctionnement psychique plus archaïques mobilisant davantage d'angoisses. Nous sommes bien là dans le domaine des cliniques de l'extrême, telles que les a décrites notamment Simone Korff-Sausse (Korff-Sausse, 2016) qui exigent du thérapeute un approfondissement du travail sur soi lui permettant d'aller au-delà de la sidération voire du sentiment d'inutilité généré par ces rencontres. Nous avons évoqué les effets mortifères des cris des patients, (Caleca, 2006), Frédéric Brossard (Brossard, 2019), reprenant ce sujet s'interroge sur la permanence d'une capacité d'élaboration clinique dans un tel contexte, et remarque la relation entre les attitudes corporelles et l'émission d'un cri. En effet, si le cri peut être entendu comme un appel au proche, le "Nebenmensch" décrit par Freud dans l'Esquisse (Sigmund Freud 1895, 2006), il peut aussi prendre une tonalité agressive et destructrice, celle qui aurait pour effet de mettre en fuite l'ennemi. Ces cris, à la manière des projections d'éléments bêta non liés

décrits par Bion (Bion, 2003) viennent désorganiser la psyché du clinicien qui doit alors résister à l'angoisse que cela suscite en lui et y résister sans s'échapper que ce soit psychiquement ou même physiquement.

Au cours de ma pratique ou lors de supervisions de psychologues en institution, nous avons souvent pu noter les sentiments intenses d'inutilité ou d'incompétence qui envahissent le professionnel et lui rendent difficile la continuation d'une prise en charge, alors même que la demande du sujet demeure énigmatique. Dans la plupart des cas, il est pertinent de considérer ces sentiments comme des représentants des contenus psychiques du patient dont nous avons pour tâche de les faire passer de l'affect aux représentations tout d'abord pour nous-même, en étant dans la capacité de les articuler à la situation transférentielle engagée dans la prise en charge, afin de pouvoir dans un second temps en restituer une part au patient, ne serait-ce qu'en restant capable de présence et d'écoute.

Nous reprendrons ici une remarque de Guy Rosolato (Rosolato, 1976), qui met en garde le clinicien sur les possibles relations d'emprise qui peuvent résulter de l'utilisation d'une communication non-verbale qui engage notamment une proximité corporelle dont il souligne la valence potentiellement incestuelle.

Il nous semble que c'est dans ces contextes où la relation thérapeutique peine à s'installer du fait, soit de la difficulté d'investissement de cet espace et/ou de l'excès d'excitation qu'il génère, que l'utilisation de médiations peut offrir un espace transitionnel, au sens où l'entend Winnicott (Winnicott, 1975), c'est-à-dire un espace situé entre l'un et l'autre des protagonistes, "ni dedans, ni dehors" dont les limites ne sont pas précisées et qui peut être le lieu d'interactions moins effractantes. Le clinicien peut dès lors prendre appui sur cet espace potentiel partagé avec le patient pour accéder à des contenus psychiques jusque-là hors de portée. Bien sûr ces objets de médiations doivent conserver leur statut de médium malléable au sens où l'entend René Roussillon (Roussillon, 2013), dont voici les principales caractéristiques : " il est saisissable, facilement atteignable, immédiatement disponible, « animable », réceptif, indestructible, indéfiniment transformable, extrêmement sensible, constant, prévisible, fidèle, endurant. Chacune de ses propriétés a une fonction dans le processus de métabolisation et de symbolisation, et ce qui affecte chacun de ses formants entraîne des effets dans le processus de symbolisation".

Ainsi, Madame R. : elle est à plus de 80 ans. Elle a mené une carrière d'assistante de direction et a vécu avec sa sœur, célibataire comme elle, dans l'appartement de leurs parents où elle habite encore à présent après le décès de sa sœur. Elle est décrite comme ayant toujours eu un "caractère un peu spécial" et a gardé dans sa chambre ses jeux d'enfants avec lesquels elle mène de longs conciliabules. Elle présente des difficultés cognitives évolutives qui ont nécessité l'instauration progressive d'aides à domicile quasiment toute la journée. Elle semble parfois présenter des hallucinations visuelles et auditives. L'aide ménagère qui s'occupe d'elle l'assiste en s'appuyant sur les routines de soins très régulières qu'elle a instaurées. Elle a déjà bénéficié d'un suivi par une collègue qui m'a passé le relais car elle devait cesser la prise en charge. Elle m'a expliqué s'être appuyée sur le goût de la musique de Madame B. qui lorsqu'elle a commencé à la suivre parlait encore, mais dont le langage s'est ensuite progressivement raréfié.

Je propose donc à Madame R. la poursuite de ses rencontres hebdomadaires en lui rappelant le départ de ma collègue. L'arrivée d'une nouvelle personne dans son environnement l'angoisse beaucoup et elle s'enferme dans un repli hostile dont elle ne sortira pas. Au bout de quelques rencontres infructueuses, je décide de m'appuyer sur son goût pour la musique comme l'avait fait ma collègue. Son chanteur préféré est Aznavour dont elle connaissait tout le répertoire. C'est donc à l'aide d'une tablette que je retrouve sur youtube quelques-unes de ces chansons. Peu à peu au fil des séances son intérêt s'accroît, elle regarde attentivement le chanteur, sourit lorsque la chanson lui plaît.

Peu à peu je lui propose d'autres morceaux, de chanteurs contemporains, voire de musique classique au fil de mon inspiration et de ses réactions que j'observe attentivement en lui demandant, si elle souhaite écouter le morceau que je lui présente. Il m'arrive de mal comprendre ce qu'elle souhaite et d'interrompre un morceau pensant qu'il ne lui plaît pas : elle proteste alors pour que je le remette. Poursuivant mes explorations sonores, je m'aperçois qu'elle apprécie également les musiques rythmées et dansées que je lui propose. Lorsque les morceaux ne lui plaisent vraiment pas elle se renferme et sort de l'échange. Je commente ses goûts et m'aperçois qu'elle devient de plus en plus souriante. J'amorce la composition d'une sorte de "playlist" en lui proposant des morceaux semblables à ceux pour lesquels elle manifeste un intérêt et une écoute soutenue. Peu à peu elle sort de son mutisme et fait des commentaires élogieux sur certains chanteurs qu'elle regarde en souriant : " il est mignon", ou "il est gentil". Et au fil des séances je

m'aperçois qu'elle participe de façon de plus en plus active. Elle peut commenter un morceau en disant c'est bien. Elle souligne les acrobaties de certains danseurs de boogie woogie qu'à ma surprise elle apprécie beaucoup. Elle me salue à présent lorsque j'arrive et lorsque je repars. A travers ce moment de plaisir partagé, Madame B. s'inscrit à nouveau dans l'échange verbal dont elle s'était peu à peu retirée. L'utilisation de ce dispositif de médiation, que je n'avais pas imaginé en commençant cette prise en charge, mais dans la continuité de ce qu'avait instauré ma collègue, lui permet de trouver un espace et un moment où personne n'interagit avec elle pour des soins corporels de toilette et de repas qu'elle n'accepte qu'à contrecœur. Par ailleurs contrairement à la télévision où elle est assaillie, comme de nombreux âgés à domicile et en institution d'ailleurs, par des flux d'images souvent angoissantes qu'elle ne peut maîtriser, grâce à ses jeux de mimiques d'acceptation ou de refus, elle peut agir sur le choix des musiques qui lui sont proposés. Ainsi peu à peu l'utilisation de cette médiation nous permet de retrouver un accès au langage dont on peut penser qu'elle s'était retirée du fait de la restriction progressive de ses capacités entraînant corrélativement l'intervention de plus en plus importante de moments d'aide mettant essentiellement en jeu sa passivité et la poussant à se retirer dans une forme de repli quasi-autistique.

Pour conclure, dans le cadre de rencontres avec des sujets âgés, notamment déficitaires, le clinicien s'appuie sur une sensibilité clinique particulièrement aigüe qui lui permet, avec ou sans l'utilisation de médiation d'établir ou de maintenir un lien vers des contenus psychiques particulièrement labiles et fragiles. Il lui revient de parvenir à maintenir une écoute à la fois stable et souple, Ferenczi, encore lui, nomme cette disposition le tact, qui restant en deçà du sujet afin d'éviter de l'effracter permet cependant de l'atteindre et d'être reconnu par lui comme un proche secourable dans un contexte qui est souvent chargé d'angoisse, de vide et de désolation.

Bibliographie

- Bion, W. R. (2003). *Aux sources de l'expérience*. Presses Universitaires de France.
- Bleger, J. (1979). Psychanalyse du cadre psychanalytique. In *Crise, Rupture, Dépassement* (p. 255-285). Dunod.
- Brossard, F. (2019). Remarques théorico-cliniques sur les cris. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19(110), 61-66. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.12.003>
- Caleca, C. (2006). Cri, langage, affect : Modalités dans le grand âge. *L'information psychiatrique*, Volume 82(5), 389-396.
- Caleca, C. (2012). Chapitre 5. Psychothérapies psychanalytiques. In *Cliniques du sujet âgé* (p. 103-127). Armand Colin. <https://www.cairn.info/cliniques-du-sujet-age--9782200274511-p-103.htm>
- Caleca, C. (2013). Atteintes du langage et régression. *Santé Mentale*, 180, 59-62.
- Caleca, C. (2014). Le corps dans la rencontre clinique. *Le Carnet PSY*, N° 180(4), 43-45. <https://doi.org/10.3917/lcp.180.0043>
- Charazac, P. (2012). *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille—2e édition*. Dunod.
- Chiland, C. (2013). Chapitre Premier. Introduction : Qu'est-ce qu'un entretien clinique ? In *L'entretien clinique* (p. 1-24). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.chila.2013.01.0003>
- Fédida, P. (2000). Substance informe. In *Par où commence le corps humain* (p. 105-119). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/par-ou-commence-le-corps-humain--9782130506805-p-105.htm>
- Ferenczi, S. (1974). L'élasticité de la technique psychanalytique (1928). In *Psychanalyse 4* (p. 53-65). Payot.
- Korff-Sausse, S. (2016). Les cliniques de l'extrême. *Chimères*, 88(1), 54-69. <https://doi.org/10.3917/chime.088.0054>
- La clinique aux mains nues. Entretien de Madame Favez-Boutonier par Y. Geffroy et S. Parrini—Persée.* (s. d.). Consulté 7 novembre 2022, à l'adresse https://www.persee.fr/doc/bupsy_0007-4403_1990_num_43_395_13481
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). Neutralité. In *Vocabulaire de la psychanalyse* (p. 266-267). P.U.F.
- Martel, K., & Aguert, M. (2016). Évolution des caractéristiques prosodiques du langage adressé aux enfants entre 6 et 10 mois. *Bulletin de psychologie*, Numéro 542(2), 87-101. <https://doi.org/10.3917/bupsy.542.0087>
- Morin, E. (2015). *Introduction à la pensée complexe*. Média Diffusion.
- Péruchon, M. (2009). Figures de l'hypercomplexité en gériatrie, ou du destin des forces de déconstruction et de construction. *Cliniques méditerranéennes*, 79(1), 91-101.

<https://doi.org/10.3917/cm.079.0091>

Rosolato, G. (1976). *Du secret*. 14.

Roussillon, R. (2013). Chapitre 7. La fonction médium malléable et les pathologies du narcissisme. In *Manuel des médiations thérapeutiques* (p. 188-202). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.chouv.2013.01.0188>

Sigmund Freud 1895. (2006). *Esquisse d'une psychologie scientifique in Lettres à Wilhelm Flies* (Vol. 1887-1904). PUF.

Verdon, B., & Racin, C. (2021). Ambivalence, emprise, soutien. De la difficulté d'entourer le patient âgé à " suffisamment bonne " distance. *L'Évolution Psychiatrique*, 86(1), 5-16.
<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2020.09.002>

Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité; l'espace potentiel*. Gallimard.

Winnicott, D. W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Payot.