

LE RÔLE DE LA PSYCHANALYSE ET DU PSYCHANALYSTE EN INSTITUTION

Gérard Pulver

ERES | *Empan*

**2013/4 - n° 92
pages 46 à 51**

ISSN 1152-3336

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-empan-2013-4-page-46.htm>

Pour citer cet article :

Pulver Gérard, « Le rôle de la psychanalyse et du psychanalyste en institution »,
Empan, 2013/4 n° 92, p. 46-51. DOI : 10.3917/empa.092.0046

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Le rôle de la psychanalyse et du psychanalyste en institution

Gérard Pulver

LES COTEAUX DE JÉRUSALEM

« Ce n'est pas simplement un centre thérapeutique, mais un lieu où nous essayons de trouver des réponses aux blessures de l'âme de chaque enfant qui nous est confié. »

Gérard Pulver, directeur.

Depuis 1943, les Coteaux de Jérusalem ont accueilli plus de 1 000 enfants venant de tous les pays. Ces enfants sont pour la plupart confiés par le ministère des Affaires sociales. Événements traumatiques, carences et blessures narcissiques diverses ont émaillé, déjà, leur jeune vie. Ils sont 100, garçons et filles de 7 à 14 ans, accueillis à l'année (week-ends et vacances compris). Les soins sont programmés à long terme (entre quatre à cinq ans). À cette continuité du soin font écho la continuité et la stabilité de l'équipe éducative. L'équipe pluridisciplinaire – chaque groupe de 15 enfants est accompagné par 9 soignants – a une approche psychodynamique centrée sur chaque enfant, en lien avec un suivi familial régulier. L'accompagnement de l'équipe est attentif à l'enseignement et à l'acquisition de diplômes, au travail de supervision et aussi au travail de recherche, qui s'appuie sur l'université hébraïque de Jérusalem et l'université de Yale aux États-Unis.

Le Centre Bet Kemper accueille à leur sortie certains enfants des Coteaux entre 14 et 18 ans. Il offre une structure d'internat thérapeutique, ouverte toute l'année, qui tient compte de la problématique adolescente. Située en ville, avec scolarisation extérieure, elle est ouverte sur le monde. Elle peut accueillir des anciens qui se trouvent en difficulté de lieu d'accueil transitoirement. Depuis 1999, un centre psycho-médicosocial, en ambulatoire, accueille des enfants et des adolescents en vue d'évaluations et d'orientations médico-psychosociales.

Association : The Jerusalem Hills residential center,
1 Hamizpe, Kyriat Yarim, Israël.
www.childrenshome.org.il

Gérard Pulver,
psychanalyste.
gerardpulver@gmail.com

Nous connaissons bien les enfants et les adolescents de nos institutions. Ce sont les enfants de l'angoisse, fruit d'une rencontre malencontreuse, pour la plupart, dès le début de la vie, entre un bagage héréditaire et un environnement parental défectueux. Une rencontre manquante dans laquelle les éléments structurants de la personnalité n'ont pas pu se développer suffisamment pour permettre à l'enfant de former un sens intégré de lui-même, un self, et de construire un système d'autorégulation des affects et des pulsions.

Ces enfants expriment leurs angoisses et leur manque d'intégration par une symptomatologie multiple – tels les troubles du comportement, de l'attachement, l'instabilité affective, les troubles de l'apprentissage et bien d'autres. Cependant, au bout du compte, ils souffrent tous de troubles de la pensée. La capacité de représenter, surtout symboliquement, est donc l'agent essentiel qui manque à nos petits patients, ce qui les handicape pour lier la pulsion et régulariser l'affect. S'ils acquièrent cette capacité, cela leur permet de s'approprier et d'intérioriser les expériences positives, réparatrices, vécues dans l'institution avec les soignants afin qu'ils puissent construire un narratif cohérent de leurs histoires personnelles.

Je souhaiterais évoquer trois thèmes principaux. Je commencerai par aborder le phénomène de transfert au cadre (*setting*) et l'enveloppe des soins. Je développerai l'idée de l'institution comme « champ radioactif » en parlant du contre-transfert des soignants dans ce « champ radioactif », caractéristique de la pathologie « *borderline* » ou « narcissique identitaire » (Roussillon). Je poursuivrai avec quelques mots sur les caractéristiques du traitement de ces pathologies « narcissiques-identitaires » chez les enfants en risque de développer des troubles de la personnalité. Je développerai en particulier la possibilité de mettre en place une attitude thérapeutique qui facilite la formation de structures symboliques (une attitude symbolisante). Je conclurai sur le même registre par quelques remarques sur la fonction symbolisante spécifique à l'institution.

LE TRANSFERT SUR L'INSTITUTION. RÉFLEXIONS PSYCHANALYTIQUES

Comme vous le savez, le narratif personnel du monde intérieur de chaque enfant, ses relations d'objets internes vont se rejouer dans l'espace institutionnel que nous lui proposons. Le cadre institutionnel va présenter pour l'enfant un objet interne, un environnement persécuteur et frustrant, soit un objet de protection primaire et un désir de provision maternante. L'institution sera une opportunité unique de devenir une représentation psychique symbolisée de ses projections. Le cadre reste gravé en mémoire comme la représentation d'une enveloppe bienveillante ou bien l'image persécutrice d'un mauvais objet. L'institution sera donc le champ dans lequel se jouent les succès et surtout les échecs de l'activité de symbolisation elle-même.

R. Roussillon écrit : « Si le cadre symbolise la symbolisation, cela signifie qu'il pourvoit potentiellement les conditions pour que la symbolisation ait lieu. » Les attaques répétées de nos petits patients sur le cadre, les tentatives de briser les limites que nous imposons signifient, entre autres, le désir de « tuer l'objet » et de constater qu'il a survécu comme Autre qui pense et ressent pour pouvoir accepter son existence même, sa permanence (au sens winnicottien de l'utilisation de l'objet, sa contenance et sa richesse). « Si mon éducateur est venu me réveiller ce matin avec une caresse et un ton jovial, peut-être a-t-il quand même de l'amour à me donner en dépit de ma haine d'hier à son égard. » Soyons prudents car nous approchons alors immédiatement de la deuxième vague pulsionnelle, celle qui monte quand l'objet a survécu, celle de l'envie (au sens kleinien du terme). « Si mon éducateur a de l'amour à donner, alors il est plein de richesses et moi je suis démunie et il va donner de l'amour aux autres, pas uniquement à moi. C'est donc une bonne raison de le haïr jusqu'à preuve du contraire. » Ce mouvement en spirale est à suivre au fil des ans avec patience et espoir. C'est le travail du psychanalyste en institution de penser et de formuler en ces termes.

Les attaques de nos petits patients représentent aussi la projection de « l'attaque du lien de

*Lorsque l'angoisse
est extrême
comme l'angoisse
de mort,
d'annihilation,
d'abandon,
il n'y a plus
d'espace de pensée,
de représentation
de mots.*

pensée » (« *attacks* ou *linking* », Bion) dont ils ont été victimes, ces attaques qu'un monde adulte traumatisant a proféré sur leurs capacités naissantes de penser et de symboliser. Lorsque l'angoisse est extrême comme l'angoisse de mort, d'annihilation, d'abandon, il n'y a plus d'espace de pensée, de représentation de mots. Tout est représentation de choses. Les mots deviennent des « choses en soi », concrets, en équation avec la chose représentée (Segal). L'angoisse de la nuit, avant le sommeil, avec ses cauchemars, se manifeste. Un exemple : « L'éducatrice rentre chez elle à la fin de sa journée de travail, et me laisse avec un gardien de nuit que je ne connais pas. Mon oreiller est trop dur, non, trop mou, il gratte. Elle m'a donné celui de François qui bave tout le temps. Elle l'a fait exprès » (lors de la journée des parents organisée par l'équipe, les enfants dessinent avec leurs parents une taie d'oreiller pour chacun).

Deux conditions incontournables permettent de faciliter la symbolisation. La première est l'instauration pour l'enfant d'un sentiment de sécurité constant et contenant construit autour des limites mais sans représailles ou usage de terreur. La seconde condition est la création de l'espace potentiel (de Winnicott). Un espace dans lequel peuvent se rejouer les traumatismes, avec des objets bienveillants qui acceptent la régression à la dépendance et le jeu qui la symbolise (« la pelote de laine »).

Je distingue deux phases dans la mise en place du transfert dans l'institution. Dans un premier temps, *l'institution se révèle capable de contenir les affects et les expériences non symbolisées* que l'enfant porte en lui et qu'il projette et expulse sur le cadre. Investir l'institution signifie donc s'en servir comme « dépotoir », comme « réceptacle » des produits psychiques toxiques. (« le sein poubelle » de D. Meltzer).

Le modèle théorique de W. Bion (la fonction alpha) décrit ce processus. Les produits toxiques sont projetés sur les soignants, dont la tâche est d'opérer dans leur psyché la transformation d'éléments bêta en éléments alpha, pensables, symbolisables, et de les restituer à notre petit patient sur un mode qu'il peut intégrer. Cela implique la nécessité de permettre aux soignants un espace de supervision et d'écoute où « l'indicible peut se dire », une place pour l'angoisse brute vécue dans le corps, « avant qu'elle ne prenne mots » (Bion parle de « rêverie »).

Laplanche aurait peut-être décrit l'offre de soin de nos institutions comme une « séduction institutionnelle primaire », avec la proposition d'un désir énigmatique pour l'enfant, un investissement libidinal inconscient. « Que me veulent-ils tous ces gens-là avec leurs sourires et leurs mots tendres ? Que vais-je faire de ma haine ? De ma peur ? De mes désirs profonds qui s'éveillent, de mes besoins qui m'envahissent comme une vague ? » L'institution contenante offre une solution intermédiaire, le sentiment d'appartenance. L'angoisse identitaire fondamentale, le sentiment de morcellement, est tout

d'abord porté par le lieu d'appartenance à l'institution, au groupe, à la fonction maternante, formant aussi une première enveloppe psychique, un « Moi-peau » (Anzieu) élémentaire.

Dans un deuxième temps, c'est sur cette toile de fond, et lorsque l'attachement primaire s'établit avec les soignants, que chacun de nos petits patients va projeter son histoire personnelle, le narratif transférentiel de ses « relations d'objets internes », les traces de ses traumatismes.

Yossi raconte : « Au dîner, j'ai donné un coup de pied dans la table et la soupe a volé partout. Je ne voulais pas manger, je ne pouvais pas m'arrêter. J'ai renversé ma chaise. Ilan, mon éducateur, ce salaud, cet enc... m'a attrapé par le bras et m'a tiré vers ma chambre, je l'ai mordu... il a dû m'empêcher de le faire, il m'a tenu ferme et très fort pendant dix minutes avant que je ne me calme. Je me suis couché. Il m'a souhaité quand même "bonne nuit" mais je sais qu'il est parti furieux, frustré, peut-être désespéré de mon insubordination. Voilà, ça y est, il ne reviendra plus. Au début, j'ai joui du plaisir sadique de l'avoir mordu, c'était la victoire, et puis j'ai été pris de panique. J'ai eu des cauchemars toute la nuit, j'ai fait pipi au lit. J'ai rêvé d'un gros monstre avec une barbe qui allait me bouffer pour se venger... Ce matin à 7 heures, Ilan était là, à côté de mon lit, avec dans la main un pyjama propre qu'il avait chauffé sur le radiateur. Il me dit : "Va prendre ta douche, je t'attends. Hier toi et moi c'était la guerre, aujourd'hui c'est shabbat, on fait la paix." » Ilan lui aussi avait mal dormi sachant par expérience qu'il lui fallait digérer sa colère, son désir de vengeance, et filtrer sa frustration et son découragement pour reprendre contact avec Yossi et réparer le lien déchiré par la confrontation et la violence. Ilan raconte également un rêve en supervision : « Une énorme marmite de soupe et Yossi au milieu qui est sur le point de se noyer. » Ilan comprend la panique de Yossi dont le père avait annulé sa visite hebdomadaire au dernier moment. L'angoisse et la violence deviennent symbolisables. Pensables.

L'institution doit pourvoir l'équipe de lieux de pensée, d'espaces de réflexion, dans lesquels les soignants peuvent intégrer les affects et les objets

morcelés des enfants et leur trouver une expression symbolique. Le pyjama chauffé, la guerre et la paix, la soupe empoisonnée par la haine inacceptable du père absent.

Pour tenter de résoudre les clivages, les soignants apprennent à utiliser le contre-transfert comme communication, puisqu'il faut parfois éprouver à la place de l'enfant ce qu'il est incapable de ressentir lui-même. La fonction soignante de l'institution est donc principalement une fonction « transformatrice ». La fonction alpha de Bion, qui a pour rôle la mutation d'éléments bêta en éléments alpha.

Trois types de structure existent pour recevoir et lier le matériel affectif qui cherche à prendre forme, à devenir représentable. Je souhaite présenter trois modèles de représentation mentale.

Le premier modèle est ce que l'on peut décrire comme étant « **le contenant général** », la totalité de la structure institutionnelle, l'organisation des tâches du quotidien comme les repas, les activités et les couchers. Une constance et une cohérence des fonctions comme support du Moi canalisent la compulsion de répétition sur une vie de routine, structurant les rythmes fondamentaux de la vie, organisant les distinctions de base, la différence entre moi et l'autre, entre les sexes et les générations, entre le fantasme et la réalité, la différence temporelle, passé, présent et futur...

Le second modèle de représentation constitue **l'institution comme offrant l'occasion de symboliser par la « création artistique » et les activités artisanales** telles que le dessin, la photo, la poterie, l'atelier de tissage, la séance théâtre, les masques, l'heure des contes et des légendes, et bien d'autres. Ces activités élaborent l'affect par l'intermédiaire de « **l'objet** » (de Roussillon), facilitant une symbolisation primaire, « une représentation de choses » (de Freud).

Le dernier modèle est **l'espace de psychothérapie psychanalytique**. Je vais décrire les temps et les lieux dédiés à la psychothérapie, cette bulle dans la bulle. L'institution constitue généralement un lieu de prise en charge totale. Chez nous, par exemple, l'école se situe aussi sur le campus. L'institution est donc une enclave en partie hors

*Le thérapeute
dans l'équipe
aura,
entre autres
fonctions,
pour charge
de réintégrer
les clivages
provoqués
par les projections
de l'enfant.*

de la réalité extérieure et la séance de psychothérapie, une enclave dans l'enclave. Elle constitue une invitation au lien exclusif, intime, personnalisé avec les caractéristiques du transfert qui peut s'instaurer entre les quatre murs du cabinet du psychothérapeute, un espace analytique au sens propre. Il existe différents modèles de communication entre le psychothérapeute et l'équipe de l'institution.

Dans notre maison, le thérapeute, qu'il soit psychologue clinicien ou assistant social, est un membre intégral de l'équipe du groupe auquel appartient l'enfant. Au-delà de ses fonctions de thérapeute (il reçoit cinq patients d'un groupe de quatorze enfants), il remplit un rôle de coordination et de supervision de l'équipe d'éducateurs et d'enseignants. Il devient alors le porte-parole, si parole il y a, ou l'interprète de l'inconscient de l'enfant au service de l'équipe et de son écoute. Le thérapeute dispose du privilège d'offrir à l'enfant un lieu de transfert régressif loin des exigences du fonctionnement, un cadre d'observation microscopique des relations d'objets internes et un espace de jeu et de fantasme hors du réel. Le thérapeute dans l'équipe aura, entre autres fonctions, pour charge de réintégrer les clivages provoqués par les projections de l'enfant, tels que le clivage entre la thérapie individuelle et le traitement institutionnel, entre le pavillon et l'école, et entre les bons et les méchants.

LA PROBLÉMATIQUE NARCISSIQUE-IDENTITAIRE

Je souhaite poursuivre à présent avec quelques mots sur la problématique narcissique-identitaire et l'assimilation des parties non symbolisées de l'histoire. Nos petits patients ont besoin d'un environnement spécialisé car ils n'ont pas pu utiliser les institutions sociales ordinaires pour effectuer leur travail de symbolisation. Nous parlons d'une « inadaptation sociale » sur la base d'une souffrance psychique et d'une pathologie des troubles narcissiques-identitaires, caractérisée par la déficience de la représentation de soi (*self representation*). Celle-ci est le fruit d'un cadre réflexif à trois niveaux : se sentir, se voir et s'écouter :

- se sentir habiter dans son corps ;
- se voir d'un regard suffisamment bienveillant ;
- s'entendre, écouter les voix intérieures qui vous habitent.

La réflexibilité se définit comme la capacité du sujet à se renvoyer à soi-même les informations recueillies à ces trois niveaux, facilitant ainsi l'autorégulation. La réflexibilité se développe en relation avec l'objet : « J'apprends à penser après avoir été pensé par un Autre bienveillant, un objet auquel je suis attaché et avec lequel mon lien a survécu à ma rage, ma frustration et à mon envie. En l'absence de la représentation d'un tel Autre qui sait me sentir, me voir et m'entendre, je reste un enfant mal pensé. » Nous ne sommes pas dans une zone névrotique mais dans un champ « *borderline* ». Les affects inassimilables ont été rejetés, expulsés, projetés, clivés. La tâche de l'institution devient

alors, non pas un retour du refoulé mais le retour du clivé, de l'expulsé, de l'évacué. Nos petits patients vont faire ressentir à leurs soignants les aspects d'eux-mêmes qu'ils n'ont pas pu intégrer et représenter. Si l'enfant ne peut pas « ressentir » quelque chose d'indicible en lui, ce sera l'autre qui ressentira pour lui. S'il ne peut pas « voir » quelque chose d'insupportable en lui, ce sera à son éducateur de le voir et d'éprouver l'effroi, l'angoisse et la culpabilité. Les contenus irreprésentables, inassimilables seront « agis » dans les relations avec les soignants, créant ainsi un danger d'exposition et de rejet, mais aussi et surtout l'occasion d'une récupération symbolique.

Nous travaillons donc dans le champ radioactif des contenus psychiques toxiques projetés par nos petits patients, mais également au bord du gouffre du rejet et de l'exclusion. S'ils sont chez nous, c'est qu'ils ont été rejetés et exclus d'ailleurs, et ils vont nous mettre à l'épreuve et tester notre capacité de contenance.

Le transfert est donc, pour résumer, l'évacuation et le renversement du traumatisme non symbolisé, agi dans les relations. Les soignants ont besoin d'un lieu de parole où ils trouvent la place à donner à leur vécu, leurs affects, parfois intimes, un lieu suffisamment protégé et inspirant confiance pour pouvoir y exprimer, sans censure, l'amour et la haine. Dans le champ radioactif, il est impossible de travailler seul. L'institution doit s'organiser autour d'espaces d'élaboration collective, de réunions d'équipe et de synthèse. Sans filtre, l'institution peut exploser, devenir clivée, paranoïaque, mystique, etc. Lorsque les soignants qui ont exprimé leur vécu redécouvrent la capacité de réfléchir qui a été bloquée par l'angoisse, la haine, la culpabilité, lorsque l'humour revient et que la pensée redevient créatrice, c'est signe que les projections toxiques ont été filtrées, métabolisées et symbolisées. L'espace potentiel est restauré, il ne reste plus qu'à réinventer l'institution.