

**Pratiques cliniques
et dispositifs
« aux limites »**

Sous la direction de
Johann Jung et Vincent Di Rocco

Pratiques cliniques et dispositifs «aux limites»

Approche contemporaine

DUNOD

Composition : Belle Page

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	 <p>DANGER LE PHOTOCOPIAGE TUE LE LIVRE</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	---	--

© Dunod, 2022

11 rue Paul Bert - 92240 Malakoff

ISBN 978-2-10-083565-2

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Liste des auteurs

Sous la direction de :

Johann JUNG

Maître de conférences-HDR en psychopathologie et psychologie clinique, psychologue clinicien, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.

Vincent DI ROCCO

Professeur de psychopathologie et psychologie clinique, psychologue clinicien, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.

Avec la collaboration de :

Brigitte BLANQUET

Professeure de psychopathologie et de psychologie clinique à l'université catholique de Lyon (UCly), psychologue clinicienne, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.

Nathalie BOTELLA

Docteure en psychologie clinique et psychopathologie, psychologue clinicienne, chercheure associée au Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.

Anne BRUN

Professeure de psychopathologie et psychologie clinique, psychologue clinicienne, psychanalyste, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.

Éric CALAMOTE

Docteur en psychologie, psychologue clinicien, chercheur associé au Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.

François-David CAMPS

Maître de conférences-HDR en psychopathologie et psychologie clinique, psychologue clinicien, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.

- Corentin CARTIER** Doctorant en psychopathologie et psychologie clinique, psychologue clinicien, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- Grégory CHARRETON** Psychologue clinicien.
- Albert CICCONE** Professeur émérite de psychopathologie et psychologie clinique, psychologue, psychanalyste, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- Gilbert COYER** Maître de conférences en psychologie clinique interculturelle, psychologue clinicien, Unité transversale de recherche psychogénèse et psychopathologie (UTRPP), université Paris-13.
- Bernard DUPLAN** Docteur en médecine, rhumatologue, médecin de la douleur, praticien hospitalier (CHMS Aix-les-Bains), docteur en psychologie, chercheur associé au Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- Carole FAURE** Master 2 psychopathologie et psychologie clinique, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- Georges GAILLARD** Professeur émérite de psychopathologie et psychologie clinique, psychologue clinicien, psychanalyste, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- Guillaume GILLET** Psychologue clinicien, chargé de cours à l'université Lumière Lyon-2, membre de l'Observatoire des mondes numériques en sciences humaines.
- Frédérik GUINARD** Docteur en psychologie et en psychopathologie clinique, psychologue clinicien, chercheur associé au Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- Lise HADDOUK** Maître de conférences en psychopathologie à l'université de Rouen, psychologue clinicienne, membre du Centre Borelli (UMR 9010).

- Éric JACQUET** Maître de conférences en psychopathologie et psychologie clinique, psychologue clinicien, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- Frédérique LAVÈZE-POMMIER** Docteure en psychologie et psychopathologie clinique, psychologue clinicienne, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- Cristelle LEBON** Docteure en psychologie clinique et en psychopathologie, psychologue clinicienne, chercheure associée au Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- Herminie LECA** Docteure en psychopathologie et psychologie clinique, psychologue clinicienne, chercheure associée au Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- Arnaud MALAUSSÉNA** Docteur en psychologie et psychopathologie clinique, psychologue clinicien, chercheur associé au Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- Yannick MILLEUR** Docteur en psychopathologie et psychologie clinique, psychologue clinicien, psychanalyste, chercheur associé au Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- Raphaël MINJARD** Maître de conférences-HDR en psychopathologie et psychologie clinique, psychologue clinicien, psychanalyste, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- Adrien PICHON** Docteur en psychologie et psychopathologie clinique, psychologue clinicien, psychanalyste, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.

- Colette PITICI** Docteure en psychologie et psychopathologie clinique, psychologue clinicienne, psychanalyste, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- Magali RAVIT** Professeure de psychopathologie et psychologie clinique, psychologue clinicienne, directrice du Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- Guillaume REBOLLAR** Docteur en psychologie et psychopathologie clinique, psychologue clinicien, chercheur associé au Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- René ROUSSILLON** Professeur émérite de psychopathologie et psychologie clinique, psychologue clinicien, psychanalyste, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- Jean-Marc TALPIN** Professeur de psychopathologie et psychologie clinique, psychologue clinicien, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.
- Catherine VERNAY** Doctorante en psychologie et psychopathologie clinique, psychologue clinicienne, Centre de recherche en psychologie et psychopathologie clinique (CRPPC-Centre Didier Anzieu), université Lumière Lyon-2.

Table des matières

<i>Introduction. Pratiques cliniques et dispositifs « aux limites »</i>	17
1. Évolutions et transformations des pratiques cliniques.....	20
2. Composition de l'ouvrage.....	22

Première partie. Théorie et modélisation des dispositifs

CHAPITRE 1 – REPÈRES CLINIQUES POUR LA PRISE EN CHARGE DES SOUFFRANCES NARCISSIQUES-IDENTITAIRES ET SES NOUVELLES FORMES D'EXPRESSION : VIVRE SUR LA LIMITE (JOHANN JUNG ET VINCENT DI ROCCO)	29
--	----

1. La souffrance narcissique-identitaire, une souffrance aux limites de la subjectivité.....	32
2. Un transfert « aux limites ».....	34
3. La réflexivité dans la rencontre clinique.....	35
4. Clinique de l'écoute et modalités de la survivance de l'objet.....	36
5. Un courant transféro-contretransférentiel en double.....	37
6. L'écoute de l'identitaire.....	38
7. Logiques d'ajustements et co-construction des dispositifs.....	38
8. L'intentionnalité du dispositif.....	39
9. Symbolisation de la limite, symbolisation aux limites.....	40
10. Conclusion.....	41

CHAPITRE 2 – LA FONCTION SÉMAPHORISANTE DES DISPOSITIFS « AUX LIMITES » (RENÉ ROUSSILLON)	43
--	----

1. Fonction métaphorisante du dispositif.....	46
2. Fonction phorique.....	47
3. Fonction sémaphorisante des dispositifs-analysants.....	50

CHAPITRE 3 – LES MÉDIATIONS THÉRAPEUTIQUES AUX LIMITES DE LA THÉORISATION ET DE LA PRATIQUE PSYCHANALYTIQUE (ANNE BRUN)	57
--	----

1. Pour une métapsychologie des dispositifs de médiations thérapeutiques.....	60
2. Formes de transfert spécifiques.....	61
3. Écoute de l'associativité sensorimotrice.....	63
4. Formes sensorimotrices du transfert et émergence de formes primaires de symbolisation.....	64

5. Associativité formelle ou processus d'émergence et de transformation des formes sensorimotrices.....	66
6. Construction de nouveaux outils d'évaluation qualitative pour les praticiens.....	67
7. Conclusion	68

CHAPITRE 4 – CLINIQUE DE LA CRIMINALITÉ. APPROCHE MÉTAPSYCHOLOGIQUE

(MAGALI RAVIT)	71
1. Quelques repères, au fil du temps.....	73
2. Vicissitudes de la rencontre clinique des sujets violents incarcérés.....	75
3. Repères métapsychologiques de l'organisation subjective	77
4. Pour conclure.....	83

CHAPITRE 5 – LES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS ET LEURS ARRIÈRE-FONDS

(GEORGES GAILLARD)	85
1. La catégorie de « dispositif ».....	88
2. Les dynamiques de déliaison propres aux institutions de la mésinscription.....	89
3. Une modélisation de l'institution (en écho au travail de Paul Fustier)	91
4. Professionnalité et dispositif : la nécessité de loger ses propres « objets psychiques ».....	94
5. S'articuler dans le lien groupal et institutionnel et partager la prime narcissique ...	95

CHAPITRE 6 – LES PRATIQUES PSYCHANALYTIQUES AUX FRONTIÈRES

(ALBERT CICCONE)	97
1. La psychanalyse ne se résume pas à sa <i>praxis</i>	99
2. La psychanalyse est toujours transitionnelle.....	101
3. La frontière est le lieu du soin.....	104
4. La position psychanalytique est fondamentalement transdisciplinaire	106

Deuxième partie.

Aux confins de la vie psychique et somatique

CHAPITRE 7 – ACCOMPAGNER LES ÉTATS SOMATOPSYCHIQUES COMPLEXES : POUR UNE CLINIQUE DES SEUILS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES DE LA VIE

(RAPHAËL MINJARD).....	113
1. Les états somatopsychiques complexes.....	115
2. Clinique des seuils psychiques et somatiques de la vie.....	116
3. Pratiques cliniques aux limites et modèle bio-psychosocial.....	120
4. La consultation post-réanimation : un exemple de dispositif singulier	121
5. Conclusion	123

CHAPITRE 8 – LORSQUE LA POSSIBILITÉ D’UN DON D’ORGANES SURGIT (CATHERINE VERNAY)..... 125

CHAPITRE 9 – SOIGNER LA DOULEUR : RÉPÉTITION OU CONVOCATION DE L’ARCHAÏQUE. DE L’ANTALGIE SYMPTOMATIQUE À LA SYMBOLISATION D’UN AFFECT MESSAGER (BERNARD DUPLAN)..... 139

- 1. Voies, limites, impasses épistémologiques de la douleur..... 141
- 2. De la phénoménologie à l’approche de la « douleur symptôme »..... 143
- 3. De la « douleur symptôme » à la « douleur maladie »..... 145
- 4. Intersubjectivité et approches processuelles de la douleur..... 146
- 5. Soigner la douleur : un accordage processuel..... 148
- 6. Conclusion..... 150

CHAPITRE 10 – CLINIQUE DU VIEILLISSEMENT DÉMENTIEL : LES LIMITES À L’ÉPREUVE DU SOIN PSYCHIQUE (JEAN-MARC TALPIN)..... 153

- 1. La clinique des vieillissements démentiels, une clinique des limites..... 155
- 2. Une clinique en pièces détachées..... 157
- 3. Dispositifs de soins : accueil, dépôt, liaison et symbolisation..... 159
- 4. Ouverture..... 163

CHAPITRE 11 – APPROCHE CLINIQUE DES PATHOLOGIES SOMATIQUES GRAVES (YANNICK MILLEUR)..... 165

- 1. Les états crépusculaires du corps..... 167
- 2. Figuration du traumatisme, de Charybde en Scylla..... 168
- 3. Archaïque, mélancolie blanche et induction transférentielle à expression corporelle..... 170
- 4. Pratique clinique face à la maladie grave..... 173
- 5. Dispositifs, critères cliniques et fonctions thérapeutiques..... 174

Troisième partie.
Pratiques cliniques de l’espace social

CHAPITRE 12 – CLINIQUES DU SOCIAL CONTEMPORAIN (GEORGES GAILLARD ET JEAN-MARC TALPIN)..... 181

- 1. Mutations des métacadres..... 186
- 2. Dialogique I : déconstruction des figures d’autorité vs montée exponentielle des radicalismes et des fondamentalismes..... 187
- 3. Dialogique II : élargissement du monde vs rétrécissement du temps..... 188
- 4. Dialogique III : propension à la dédifférenciation vs ouverture à l’altérité..... 190
- 5. En guise de conclusion. Dialogique IV : individualisation-massification..... 191

CHAPITRE 13 – PENSER LA CLINIQUE DE L’ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE. AMBIGUÏTÉS ET PARADOXES, LES LOGIQUES SOIGNANTES DE L’ACCUEIL FAMILIAL (JOHANN JUNG)..... 193

1. Présentation du dispositif..... 195
2. Observation clinique..... 197
3. L’AFT, un dispositif attracteur et congruent 200
4. Clinique institutionnelle de l’AFT..... 201
5. Une pratique clinique « aux limites » 203

CHAPITRE 14 – LA CLINIQUE À L’ÉPREUVE DE LA MIGRATION. TRAVAILLER AVEC UN TRADUCTEUR (GILBERT COYER)..... 205

CHAPITRE 15 – CLINIQUE DES APPRENTISSAGES : ACCOMPAGNER LA RÉPÉTITION DES EXPÉRIENCES DE DÉS-AJUSTAGE (FRÉDÉRIK GUINARD)..... 215

1. André, l’enfant à l’environnement sans tain..... 218
2. Une reconnaissance impossible, une position irréfléchie 220
3. Destructivité, de la réactualisation à la *représentation*..... 221
4. Souffrances d’accordage et *imago* de l’objet désajusté 223
5. Prise en charge thérapeutique et transferts paradoxaux..... 225

Quatrième partie.
Rencontres cliniques sous contrainte

CHAPITRE 16 – UNE SCÈNE POUR JOUER À SYMBOLISER. VIOLENCE SEXUELLE AGIE À L’ADOLESCENCE, PSYCHODRAME ET SOINS CONTRAINTS (FRÉDÉRIQUE LAVÈZE-POMMIER)..... 231

1. Une clinique de l’a-subjectivité 233
2. Le cadre-dispositif en regard des dispositifs classiques 234
3. Le dispositif de psychodrame 236
4. Une clinique de l’entre-lieux 238
5. La contrainte judiciaire au soin 240
6. Un double cadre..... 241
7. Pour conclure 242

CHAPITRE 17 – INTERVENTIONS CLINIQUES EN MILIEU CARCÉRAL. LE TRAVAIL PSYCHIQUE EN PRISON (HERMINIE LECA)..... 245

1. Exercer en prison : besoins thérapeutiques et contraintes judiciaires 247
2. Mort, survivance et paradoxalité..... 249
3. Quelles modalités d’intervention proposées ?..... 250

CHAPITRE 18 – LA MÉDIATISATION DES VISITES ENTRE L’ENFANT PLACÉ ET SES PARENTS (NATHALIE BOTELLA)..... 257

1. Visites médiatisées et travail de symbolisation..... 259
2. Cas clinique : Yoko, placée à l’âge de 2 mois, et ses parents..... 263
3. Conclusion 267

Cinquième partie.
Les cliniques nomades et distantes

CHAPITRE 19 – LA PSYCHOTHÉRAPIE D’ORIENTATION PSYCHANALYTIQUE À DOMICILE : ENJEUX ET PERSPECTIVES (BRIGITTE BLANQUET)..... 271

1. Pour introduire le soin psychique à domicile : de la contrainte au paradigme..... 273
2. Une gageure épistémologique..... 274
3. Au chevet de la maison..... 276
4. La spatio-temporalité de l’autre à l’épreuve de l’écoute clinique..... 278
5. Des enveloppes au contenant..... 280
6. Pour conclure 282

CHAPITRE 20 – LES MAUX ET LES CHOSSES. VERS UNE APPROCHE PSYCHANALYTIQUE DE LA SYLLOGOMANIE (ADRIEN PICHON)..... 283

1. La syllogomanie à travers l’histoire : du champ moral et religieux à la psychopathologie..... 285
2. De la clinique du lien à la clinique du lieu..... 288
3. Clinique : aller vers, aller dans, faire avec..... 291

CHAPITRE 21 – LA SENSORIALITÉ EN PARTAGE, UN AMARRAGE POUR LA PRÉCARITÉ PSYCHIQUE : PENSER CONJOINTEMENT MÉSINSCRIPTION SOCIALE ET TENTATIVES D’HÉBERGEMENT PSYCHIQUE EN L’AUTRE (GRÉGORY CHARRETON ET COLETTE PITICI)..... 295

1. Des sujets qui découragent l’aide..... 297
2. Repères conceptuels en territoire de précarité psychique..... 297
3. Une sensorialité en partage..... 299
4. Clinique de la précarité..... 301
5. Dépendance, sécurité et liens précoces..... 302
6. Comment rencontrer ces sujets ?..... 303
7. La précarité psychique au regard du socius..... 304

CHAPITRE 22 – PRATIQUES CLINIQUES CONTEMPORAINES ET TÉLÉPSYCHOLOGIE (LISE HADDOUK)	307
1. Les pratiques à distance en psychologie.....	310
2. Les questions relatives au cadre de l'entretien à distance.....	312
3. Les problématiques psychopathologiques en télépsychologie.....	315
4. Conclusion.....	318

Sixième partie.

*Pratiques et dispositifs à l'épreuve des situations limites
et extrêmes de la subjectivité*

CHAPITRE 23 – PENSER AVEC LA PSYCHOSE. PENSER AUX LIMITES DU PENSABLE (VINCENT DI ROCCO)	323
1. Déliaisons et transferts dans les problématiques psychotiques.....	325
2. Symboliser la désymbolisation.....	328
3. Une pratique clinique de l'inachèvement représentatif.....	330
4. Pour conclure.....	333

CHAPITRE 24 – GROUPES THÉRAPEUTIQUES POUR JEUNES ENFANTS À TROUBLES SÉVÈRES : UNE CLINIQUE DE LA LIMITE ET À LA LIMITE (ÉRIC JACQUET)	335
1. Exemple clinique.....	338
2. Processus aux limites.....	340
3. Clinique de la limite.....	342
4. Aux limites des modèles théoriques.....	345
5. Conclusion.....	347

CHAPITRE 25 – PHÉNOMÈNES D'ATMOSPHÈRE ET AUTRES CHANGEMENTS CLIMATIQUES DANS LA CLINIQUE DES SOUFFRANCES PSYCHIQUES EXTRÊMES (GUILLAUME REBOLLAR)	349
1. Le travail d'atmosphère : processus animique et transformation d'états traumatiques.....	351
2. Atmosphère : affect et mémoire.....	352
3. Sensations d'atmosphère, représentants d'atmosphère et signifiants d'atmosphère.....	353
4. Dispositif diagonal « à fenêtre ouverte » et dispositif mobile « à porte ouverte ».....	354
5. Synthèse et conclusion.....	358

CHAPITRE 26 – TRAUMATISME SEXUEL ET DISPOSITIF EN DOUBLE ÉCOUTE
 (ÉRIC CALAMOTE)..... 361

1. Aux origines de la double écoute face au trauma sexuel..... 363
2. Intérêts du dispositif en double écoute..... 366
3. Limites et risques de la double écoute..... 371
4. En guise de conclusion..... 372

CHAPITRE 27 – FONCTION SUBJECTIVANTE DE L'ACCUEIL FACE À LA PERTE
 DU MONDE INTÉRIEUR DE L'ADOLESCENT (ARNAUD MALAUSSÉNA)..... 375

1. L'intrapsychique et l'intersubjectif..... 377
2. Paradoxe et rejet dans l'avènement de soi..... 378
3. Angoisse de délocation..... 382
4. Fonction subjectivante de l'accueil..... 384

CHAPITRE 28 – LE SOIN AUPRÈS DES MILITAIRES « BLESSÉS PSYCHIQUES » :
 FONCTIONS ET ENJEUX DE « L'APPROCHE » ET DE LA « POLYTOPIE » (CORENTIN
 CARTIER)..... 387

1. Éléments de cadre et de dispositif : la pratique du psychologue
 clinicien dans le service de santé des armées..... 389
2. Situation clinique : le caporal-chef Moehau..... 391
3. « L'approche » comme enjeux et modalité du soin psychique..... 392
4. *Polytopie* du portage dans la clinique des traumatismes psychiques..... 395
5. Conclusion..... 398

Septième partie.
Dispositifs et pratiques cliniques « aux limites » :
actualités et nouvelles perspectives

CHAPITRE 29 – UNE ÉCOUTE DE L'ARCHAÏQUE ET DU LANGAGE
 SENSORIMOTEUR DANS LES THÉRAPIES FAMILIALES (CRISTELLE LEBON)..... 401

1. Rencontre clinique..... 404
2. La rupture climatique dans le transfert..... 407
3. Le « récit » d'une expérience de désymbolisation..... 411

CHAPITRE 30 – CLINIQUE DE LA MÉDIATION JEU VIDÉO
 DANS LES DISPOSITIFS DE SOIN (JOHANN JUNG ET GUILLAUME GILLET)..... 413

1. Le jeu vidéo comme médiation, présentation d'un dispositif..... 415
2. L'appareillage et les interfaces..... 416
3. Le *gameplay*..... 420
4. Spécificités du transfert..... 420

5. Spécificités des processus de symbolisation.....	423
6. Groupalité, symbolisation et transfert.....	423
7. Pour conclure	425

CHAPITRE 31 – LE DISPOSITIF DE COMPAGNON THÉRAPEUTIQUE.

À L'INTERFACE DE L'INTIME ET DE L'INSTITUTIONNEL (CAROLE FAURE

ET JOHANN JUNG)..... 427

1. Clinique d'une réanimation psychique.....	430
2. Le compagnon thérapeutique : un dispositif clinique « aux limites ».....	432
3. Vers un dispositif clinique pour les pathologies narcissiques-identitaires.....	436
4. Conclusion	437

CHAPITRE 32 – LE BILAN PSYCHOLOGIQUE À L'ÉPREUVE DES SITUATIONS

LIMITES (FRANÇOIS-DAVID CAMPS)..... 439

1. Un champ relationnel original : la situation projective.....	441
2. L'analyse des formes primaires de symbolisation au Rorschach et au TAT ...	442
3. Observation clinique : Noémie.....	444
4. Conclusion	447

Bibliographie..... 449

Introduction

**Pratiques cliniques et
dispositifs « aux limites »¹**

1. Par **Johann Jung** et **Vincent Di Rocco**.



Sommaire

1. Évolutions et transformations des pratiques cliniques.....	20
2. Composition de l'ouvrage	22

Cet ouvrage collectif propose une vue d'ensemble ainsi qu'une réflexion actuelle autour des dispositifs et pratiques cliniques « aux limites ». Son objectif est d'apporter des outils et des points de repère précis pour construire, penser ou repenser les modalités d'accompagnement et de prise en charge des sujets présentant des souffrances difficilement accessibles et/ou qui mettent à l'épreuve le travail clinique.

Ce travail collectif s'inscrit dans la continuité des apports d'un certain nombre d'auteurs « penseurs des limites » comme P. Federn, D. Anzieu, A. Green, R. Roussillon et vise à un état des lieux de la question d'un point de vue théorique et clinique. La réflexion autour de la problématique des limites s'est progressivement développée dans la pensée conceptuelle psychanalytique, comme dans les pratiques cliniques. S. Freud (1895) inscrit le terme de « limite du moi » dès ses premiers travaux sans pour autant en faire un concept. Les travaux de P. Federn consacrés à la théorisation du Moi vont explorer cette notion de limite du moi au point de faire du moi un « être de frontières » selon l'expression de M.-T. De Melo Carvalho (1996). D. Anzieu (1985) avec le « moi-peau » va donner une dimension conceptuelle à cette notion de limite sous la forme d'une interface qui différencie et relie des espaces ouvrant le champ à une réflexion globale sur les contenants et des enveloppes psychiques.

Progressivement la notion de limite devient un élément organisateur dans la régulation de la vie psychique, notamment à travers les travaux d'A. Green (1982) sur la « double limite ». Les limites sont organisatrices autant de l'espace psychique que créatrices d'un intérieur et d'un extérieur. Parallèlement, la notion de limite intègre le champ nosographique de la psychopathologie avec des entités cliniques nommées état-limite, *borderline*. Nous ne retracerons pas directement cette évolution conceptuelle dans le présent ouvrage, mais nous proposerons plutôt de dégager les repères cliniques liés à l'évolution des dispositifs cliniques en lien avec ce questionnement sur les limites.

Mais l'actualité et la pertinence de ce terme comportent un risque d'amalgame entre les différentes formes et fonctions possibles associées à cette notion de limite. Un détour par la tradition philosophique grecque permet un premier repérage de deux pôles liés à cette notion, une distinction entre deux types de limites : *péras* et *horos*.

Le *péras* est la limite qui est à atteindre, mais surtout à ne pas dépasser. C'est le dépassement des obstacles qui permet d'atteindre la limite, de l'affirmer sans pour

autant la contester. Le *péras* est le point extrême auquel il est possible d'accéder sans pouvoir être dépassé, l'extrémité. Cette limite forme un point ultime d'achèvement, d'accomplissement. « L'être se constitue en conquérant pour soi une limite, en se délimitant » (Liceanu, 1994). Cette limite est à éprouver et à intérioriser. Le contraire du *péras* est l'*apérion*, le vertige de l'infini et du chaos, l'indétermination absolue du rien. L'*horos* désigne la limite susceptible d'être dépassée, franchie. C'est la frontière qui à la fois retient et laisse passer dans les deux sens. Les deux notions ne s'opposent pas, il faut parfois franchir des *horos*, pour atteindre le *péras*.

Les frontières sont elles-mêmes de différentes natures. Il y a une véritable clinique de ce type de limite, des confins à la frontière (Pollmann, 2010) qui engagent différents processus de la séparation à la transformation.

D'une part, il y a les frontières qui naissent d'une différenciation. C'est l'établissement d'une limite différenciatrice qui disjoint ce qui est semblable d'un ensemble complexe en créant des catégories différenciatrices. D'autre part, il y a la frontière qui s'établit dans la transformation des confins, de ce qui paraissait incomparable. La frontière permet alors l'appropriation de l'inconnu. Le « bord du monde » est à transformer en frontière pour pouvoir devenir une limite organisatrice d'un intérieur et d'un extérieur tout en garantissant des modalités d'échanges entre ces deux espaces.

Le terme de limite se prête donc lui-même à des catégorisations délimitantes qui permettent de penser un jeu entre les différentes formes de limites. C'est bien toute la richesse polysémique du terme limite qui est interrogée et reprise dans cet ouvrage...

1. Évolutions et transformations des pratiques cliniques

Les pratiques référées à la psychopathologie psychanalytique se sont considérablement transformées ces dernières décennies. Ces évolutions témoignent bien de la confrontation des pratiques cliniques standard à cette problématique des limites. Pour s'en tenir au dispositif psychanalytique, l'histoire montre combien la prise en charge de nouveaux publics ou de nouvelles pathologies a infléchi progressivement les modalités de soin, que ce soit dans le sens d'aménagements plus ou

moins temporaires ou, de façon plus profonde, à travers la création de nouveaux dispositifs.

L'instauration de ces dispositifs cliniques constitue autant de réponses spécifiques aux profils des sujets auxquels ils s'adressent (vieillesse, handicap, bébé, adolescent, famille...) comme des formes de souffrance psychique dont ils sont affectés et qui ne peuvent se déployer dans les formats classiques des prises en charge psychothérapeutiques en institution comme en libéral.

L'évolution de ces pratiques concerne particulièrement le travail clinique avec des sujets aux prises avec des troubles identitaires graves, des formes de souffrances limites, voire extrêmes, ou encore difficilement abordables, nécessitant la mise en place de dispositifs de soin et d'accompagnement susceptibles de s'ajuster à un fonctionnement psychique (ou à certaines contraintes) souvent incompatible avec les pratiques cliniques traditionnelles. De façon emblématique, ces cadres-dispositifs s'adressent aux problématiques narcissiques-identitaires, autrement dit aux formes de souffrance qui affectent de façon centrale la continuité identitaire du sujet.

Les dispositifs cliniques « aux limites » s'adressent à une large étendue de troubles comme l'agir et les troubles du comportement, les troubles somatiques graves, les formes de l'anti-socialité et les souffrances d'origine sociale, la délinquance et la criminalité, les problématiques liées au vieillissement, au handicap, etc. Ces différents types de trouble impliquent la mise en œuvre et la création de dispositifs variés, conçus dans l'esprit de pouvoir approcher et prendre en charge les sujets présentant ces souffrances, en se donnant les moyens d'en « supporter » et d'en traiter les enjeux.

Ainsi, les pratiques cliniques « aux limites » se déclinent actuellement à partir de nombreuses formes d'accompagnement et de prise en charge : interventions à domicile, à l'hôpital, en milieu carcéral, à distance, consultation douleur, dispositif d'urgence, d'accueil... Elles concernent également des dispositifs plus classiques ou qui ont fait leurs preuves dans l'histoire, par exemple auprès de patients souffrant de psychose ou de troubles limites, mais qui nécessitent d'être revisités à partir de nouvelles théories du soin ou éclairés à partir des avancées conceptuelles contemporaines.

Ces différentes modalités de prise en charge, qu'elles soient novatrices ou pour certaines d'entre elles déjà anciennes, ont progressivement conduit les cliniciens

à repenser leurs outils de soin, et à élaborer de nouvelles pistes théorico-cliniques en vue de répondre au plus près des besoins et des caractéristiques du fonctionnement psychique des sujets rencontrés. Les recherches issues de ces expériences cliniques ont permis par exemple de développer de nouveaux paradigmes du soin psychique et d'élaborer de nouveaux modèles théoriques visant à mieux cerner les ressorts thérapeutiques de ces dispositifs comme les spécificités des processus qu'ils potentialisent.

Il peut être en effet utile, et dans un certain nombre de cas indispensable, pour les cliniciens du soin psychique, de repérer les logiques processuelles qui traversent les dispositifs dans lesquels ils sont engagés, ce qui invite à une clinique des dispositifs. Cela peut concerner à titre d'exemples les formes de transfert ou d'associativité, comme les modalités de symbolisation qui se développent en appui sur les caractéristiques de ces dispositifs. Cette perspective témoigne des évolutions nécessaires auxquelles la recherche sur les pratiques cliniques fondées sur l'épistémologie psychanalytique se doit de répondre. Elle s'ouvre sur la nécessaire prise en compte dans le soin psychique du langage du corps et de l'acte, mais également de la question du groupe, de l'institution qui est au cœur de la psychopathologie clinique contemporaine, comme en témoignent les travaux menés au CRPPC (Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique) ces dernières décennies.

La notion de pratiques « aux limites » est ici à considérer dans toute sa polysémie, soit comme des pratiques aux limites ou à la périphérie du soin et des dispositifs dits « standard », soit comme des pratiques qui s'adressent à des sujets présentant des troubles limites, soit encore des pratiques qui se heurtent, du fait de leur agencement et/ou de leur destination à des difficultés de traitement et de prise en charge. Enfin, cette question des limites peut concerner des pratiques encore peu théorisées et pour lesquelles il paraît cliniquement pertinent d'en dégager les spécificités pour en éclairer plus finement les enjeux.

2. Composition de l'ouvrage

Composé de trente-deux chapitres répartis en sept parties, cet ouvrage rassemble les contributions d'enseignants-chercheurs en psychopathologie et de professionnels cliniciens-chercheurs du CRPPC (Université Lyon-2) et d'autres universités. Chaque chapitre aborde sous un angle spécifique une réflexion autour et à partir des pratiques cliniques « aux limites ».

2.1 Théorie et modélisation des dispositifs cliniques

Dans cette première partie qui constitue le socle théorique de l'ouvrage, sont abordées les modélisations permettant au lecteur de mettre au travail et de s'approprier les enjeux méthodologiques et conceptuels des dispositifs et des pratiques cliniques aux limites dans leurs différentes formes. En quoi la question des limites permet-elle d'explorer et de mettre en évidence certains processus inaccessibles autrement ? Quelles sont les conditions permettant de mettre au travail ce qui bute dans le travail clinique ? Qu'apportent les récentes élaborations autour des médiations thérapeutiques sur cette question ? L'analyse des enjeux relatifs aux dispositifs aux limites, des prises en charge des troubles limites comme des formes de souffrance narcissique-identitaire conduisent également à dégager les signes cliniques révélateurs de ces problématiques, notamment au plan transférentiel. Cette approche vise à évaluer plus finement les axes organisateurs du soin et de contribuer à mieux repérer les implications cliniques et thérapeutiques de ces modalités de prises en charge. Elle s'ouvre plus largement sur une réflexion sur les dispositifs institutionnels et leurs arrière-fonds et appelle à ressaisir le travail clinique psychanalytique, au-delà des problématiques limites, comme un travail se situant fondamentalement aux frontières et à la marge.

2.2 Aux confins de la vie psychique et du somatique

La deuxième partie, centrée sur les dispositifs et les pratiques aux confins de la vie psychique et du somatique, rassemble des contributions sur les dispositifs mis en œuvre pour penser les spécificités de ces cliniques. L'approche clinique psychanalytique se confronte alors directement au corps souffrant au sein d'un milieu institutionnel médicalisé que ce soit en service de réanimation, dans la problématique du don d'organe, auprès des patients douloureux chroniques, dans la rencontre avec des sujets en proie à des pathologies neurodégénératives liées au grand âge, ou encore les « états crépusculaires du corps » aux prises avec des pathologies somatiques graves de différentes natures...

2.3 Pratiques cliniques de l'espace social

La troisième partie fait place à des contributions sur les pratiques cliniques s'inscrivant dans le champ social et donc à la périphérie des dispositifs classiques de soin psychique. Un premier enjeu est de poursuivre le développement d'une

pensée clinique psychanalytique « transpsychique » sur le social contemporain et ses évolutions en tant qu'arrière-fond de la psyché. Cette pensée se déploie concrètement dans la modélisation des enjeux subjectifs présents dans des dispositifs à vocation sociale comme l'accueil familial thérapeutique, la médiation interculturelle dans l'accueil de population migrante, ou les troubles de l'apprentissage en milieu scolaire.

2.4 Rencontres cliniques sous contrainte

Avec cette quatrième partie, il s'agit de présenter les singularités cliniques des pratiques cliniques sous contrainte et d'en dégager les lignes de force et les points aveugles. L'enjeu cette fois est de constituer un dispositif clinique symbolisant dans un cadre contraint par la loi comme celui de l'injonction de soin ou dans des espaces judiciarisés comme le milieu carcéral ou celui des visites médiatisées sous ordonnance du juge des enfants.

2.5 Les cliniques nomades et distantes

La cinquième partie rassemble des contributions sur les pratiques cliniques se situant hors les murs des institutions de soin classique. Au domicile du patient, dans la rue au plus près des sujets en situation d'exclusion, ou à « distance », utilisant les techniques d'information et de communication, le développement de ces dispositifs dans notre monde contemporain appelle à une réflexion méthodologique et à la mise en perspective de points de repère pour guider les cliniciens dans leurs pratiques.

2.6 Pratiques et dispositifs à l'épreuve des situations limites et extrêmes de la subjectivité

Cette sixième partie traite plus particulièrement des situations limites et extrêmes de la subjectivité auprès de psychopathologies graves, de sujets traumatisés ou d'adolescents accueillis en institution, selon différents types d'approches : individuelle, groupale, en situation de crise... Cette attention pour la clinique aux limites de la subjectivité ne se traduit pas uniquement par une évolution des dispositifs, mais également par une évolution des modalités d'accueil et d'écoute destinées à établir la situation thérapeutique au cœur des processus de désymbolisation et de désobjectivation.