

CLINIQUE DE L'AGIR VIOLENT CHEZ UN SUJET PSYCHOTIQUE : LE CAS DE M. T

CLINIC OF VIOLENT ACT IN A PSYCHOTIC SUBJECT: THE CASE OF MR. T

Mathilde Coulanges, Sandra Da Silva, David Vavassori and Sonia Harrati

Volume 39, Number 3, 2018

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1058190ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1058190ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Coulanges, M., Da Silva, S., Vavassori, D. & Harrati, S. (2018). CLINIQUE DE L'AGIR VIOLENT CHEZ UN SUJET PSYCHOTIQUE : LE CAS DE M. T. *Revue québécoise de psychologie*, 39(3), 199–220. <https://doi.org/10.7202/1058190ar>

Article abstract

This article is based on a clinical psychological research about violence in psychotic organization of personality. Based on a clinical case, the purpose of our article is to bring into question the psychic function of the act in relation to psychological organization and life-course. Our hypothesis asserts that, for a psychotic subject, violent act results from an attempt of the object annihilation in its difference, its desubjectivation to fight against intrusion and destruction anguish. Our results raise the paradoxical nature of the violent act, testifying both to disruption but also an attempt to subjective appropriation.

CLINIQUE DE L'AGIR VIOLENT CHEZ UN SUJET PSYCHOTIQUE : LE CAS DE M. T

CLINIC OF VIOLENT ACT IN A PSYCHOTIC SUBJECT: THE CASE OF MR. T

Mathilde Coulanges¹

Université Toulouse Jean Jaurès

Sandra Da Silva

Université Toulouse Jean Jaurès

David Vavassori

Université Toulouse Jean Jaurès

Sonia Harrati

Université Toulouse Jean Jaurès

INTRODUCTION

Les agirs violents posés par des sujets atteints de pathologie mentale – le plus souvent psychotique – n'ont pas bonne presse. En effet, leur médiatisation peut contribuer à la stigmatisation de cette population (Senon, Manzanera, Humeau et Gotzamanis, 2006). Le discours ambiant sur les personnes atteintes de pathologies mentales peut bouleverser les repères et réactiver la crainte et l'effroi. Cela peut participer à renforcer une marginalisation déjà existante des sujets psychotiques, notamment auteurs de violence. De manière générale, les manifestations de violence questionnent, inquiètent, sidèrent, parfois fascinent, et restent complexes devant toute tentative d'explication et/ou de compréhension. Leur assimilation au registre psychiatrique peut se révéler comme une des « solutions » pour donner du sens aux actes violents. Pourtant, force est de constater que le raccourci entre violence et maladie mentale ne suffit pas à répondre aux interrogations que ces comportements suscitent.

Si l'analogie éventuelle entre les violences et les pathologies mentales - en particulier psychotiques - alimente de nombreux débats sociopolitiques s'agissant de la prise en charge de la santé mentale et de la prévention de la violence, elle entretient aussi la recherche scientifique. Dans de nombreux travaux, les pathologies psychotiques paraissent fréquemment associées sur le plan statistique à de l'impulsivité (Nguyen, Chalfoun, Turgeon et Abdel-Baki, 2013) et à des manifestations de comportements violents, voire criminels (Arsenault, Moffitt, Caspi, Taylor et Silva, 2000; Brennan, Mednick et Hodgins, 2000; Eronen, Hakola et Tiihonen, 1996; Macheret-Christe et Gravier, 2001; Tiihonen, Isohanni, Räsänen, Koiranen et Moring, 1997; Vacheron-Trystram, Cornic et Gourevitch, 2010; Wallace, Mullen, Burgess, Palmer, Ruschena et Browne, 1998). C'est pourquoi les professionnels des champs sociojudiciaires, pénitentiaires et sanitaires se voient confrontés à la question de

1. Adresse de correspondance : Laboratoire clinique pathologique et interculturelle (LCPI), Université Toulouse Jean Jaurès, 5, allées Antonio Machado, 31058 Toulouse Cedex 9. Téléphone : 0643950800. Courriel : mathilde.coulanges@gmail.com

l'évaluation de la dangerosité psychiatrique et/ou psychosociale de ces individus. Certaines études concluent que les pathologies psychotiques – notamment la schizophrénie – s'accompagnent d'une surreprésentation d'actes violents (Erb, Hodgins, Freese Müller-Isberner et Jöckel, 2001; Horn, Gangloff, Gharib et Thomas, 2015; Swanson *et al.*, 2006; Wallace, Mullen et Burgess, 2004).

D'autres soulignent que les sujets ayant reçu le diagnostic de schizophrénie sont plus violents que ceux n'ayant reçu aucun diagnostic psychiatrique (Eronen *et al.*, 1996; Fazel, Långström, Hjern, Grann et Lichtenstein, 2009; Mojtabai, 2006; Swanson, Holzer, Ganju et Jono, 1990; Walsh *et al.*, 2002). Pour autant, la compréhension des actes violents dans les organisations psychotiques ne peut se limiter à l'expression symptomatologique d'un processus morbide psychotique au risque de réduire le sujet et son acte à sa pathologie. Cet article se donne pour objectif d'illustrer l'intérêt d'une analyse dynamique des manifestations violentes au regard de l'organisation et des modalités psychiques du sujet et de son parcours de vie.

CADRE THÉORIQUE ET PROBLÉMATIQUE

Les enjeux du diagnostic de psychose

Qu'elles relèvent d'organisations psychiques stabilisées ou décompensées, ou qu'elles se manifestent sous des formes non invasives en référence à des moments ou à des expériences psychotiques, les problématiques psychotiques incitent à réfléchir sur la variété de l'expression des troubles et de leurs manifestations cliniques. Dès lors, le diagnostic de psychose ou de structure psychotique se heurte au problème de la référence théorique du clinicien (Husain, Choquet, Lepage, Reeves et Chabot, 2009) ou encore de l'intrication entre fonctionnement psychotique et fonctionnement limite (Pommier, 2013). Ainsi, une évaluation fondée sur les classifications psychiatriques internationales (DSM-V) facilite le repérage des symptômes rendus visibles et objectifs, là où une évaluation soutenue par une approche structurale basée sur une psychopathologie psychanalytique (Bergeret, 1974) rend compte des symptômes au sein d'une organisation de personnalité. Nous rejoignons Husain *et al.* (2009, p. 182) sur la nécessité de distinguer psychose et structure psychotique « la première renvoyant à un ensemble de symptômes, la seconde à une organisation spécifique de la personnalité ». Quant à l'interrelation entre psychose et fonctionnement limite, la clinique psychanalytique contemporaine (Chabert, 2013; Pommier, 2013) fait état de certaines configurations psychotiques « à caractère limite » ou « d'états limites à la limite de la psychose » (Pommier, 2013) et souligne les écueils du diagnostic de psychose dès lors que les symptômes ordinairement identifiables ne sont pas repérés.

Ces considérations théorico-cliniques révèlent les limites d'un recours exclusif au repérage symptomatologique en même temps qu'elles signalent l'intérêt de prendre en compte la variété des manifestations cliniques au sein d'une dynamique intrapsychique. Dans cette lignée, certains auteurs (Chabert, 2013; Rolland, 1998) affirment que les mécanismes psychiques sont susceptibles de couvrir un large éventail d'organisations psychopathologiques, ce qui nous conduit à envisager des articulations de modalités psychiques complexes, loin d'être homogènes à partir d'une entité psychique spécifique (névrotique, psychotique, limite...).

S'agissant de la psychose, il est aujourd'hui admis dans la clinique psychanalytique qu'elle se caractérise par une coupure entre le moi et la réalité, une précarité des fondements narcissiques, une défaillance de l'investissement narcissique interdépendant de l'investissement objectal, une indifférenciation des sexes et des générations, une confusion envahissante entre l'interne et l'externe, le dedans et le dehors ainsi qu'une difficulté à établir des identifications stables et une identité solide (Balestrière, 2009; Camps, 2011; Pedinielli, 2012; Roussillon, 2012). Pour autant, dans une perspective clinique et épistémologique, nous soutenons la pertinence d'une approche dynamique orientant vers une prise en compte de la diversité des manifestations cliniques, des mécanismes psychiques à la fois semblables, différents et singuliers selon les modalités de fonctionnement psychotique. Nous considérons que l'agir violent au sein des organisations psychotiques se révèle comme l'une des manifestations comportementales éventuelles et non exclusives.

L'agir violent dans les organisations psychotiques

Le lien entre pathologie psychotique et agir violent fait l'objet de nombreuses discussions notamment concernant sa nature causale (Hodgins, 2001; Monahan et Appelbaum, 2001) ou encore ses modes de prévention et de prise en charge. D'une étude à l'autre, les facteurs impliqués dans la manifestation de violence au sein des pathologies psychotiques sont hétérogènes (Husain, 2009). En effet, les travaux signalent des facteurs psychopathologiques (abus de substances toxiques, pathologies ou troubles additionnels, ou certains types particuliers de symptômes psychotiques, ruptures de soins) (Dubreucq, Joyal et Millaud, 2005; Farrington et Loeber, 2000), biologiques (lésions neurologiques) (Joyal, 2005), sociaux (faible niveau scolaire, précarité du milieu socioprofessionnel, fragilité du réseau social, désocialisation), psychoaffectifs (absence d'étayage affectif), (Klassen et O'Connor, 1994), biographiques (antécédents de violence agie ou subie) (Millau, 2001; Monahan *et al.*, 2001), fuite ou voyages pathologiques (Bouchard, 2013). Comme le souligne Senninger (1994, p. 1422), « la compréhension des mécanismes qui conduisent un malade mental à commettre un acte violent, ne se réduit pas à émettre un diagnostic psychiatrique ». Le sujet

présentant une pathologie psychotique et auteur de violence, ne peut être réduit à son acte, tout comme l'acte ne signe pas la structure psychique décompensée ou pas.

Le recours à l'agir violent comme tentative d'annihilation de l'objet

La clinique psychanalytique nous invite à nous décentrer de la symptomatologie pour aller vers une compréhension de l'acte au regard de la configuration psychique et de la dynamique violente au sein de l'organisation psychotique (Balier, 1988; Ciavaldini, 2004). Balier (1988) propose ainsi une construction métapsychologique du fonctionnement psychique sur la base d'un cadre conceptuel qui se soustrait à tout réductionnisme nosographique. Pour l'auteur, les comportements violents résulteraient d'un Moi facilement débordé par des pulsions agressives désintriquées et qui aurait recours à l'objet externe comme solution économique à ce débordement. Dans cette perspective, le lien entre pathologie psychotique et manifestation(s) de violence s'avère singulièrement complexe et s'interroge du point de vue de la dynamique et de la fonction psychique de l'acte violent.

La violence, aux sources de la vie psychique, peut se révéler particulièrement destructrice, voire traumatique, lorsque le travail de symbolisation permis par la psyché ne peut être suffisamment étayé. Dans ce cas, l'intégration des expériences primitives ne peut être garantie (effraction traumatique de la séduction précoce, angoisses primitives d'annihilation, échec de la fonction pare-excitation de la mère). La violence qui ne peut donc se constituer en expérience du Moi est susceptible de faire résurgence et de se cristalliser sous forme de menace narcissique interne débordante. L'agir violent, notamment dans la psychose, constituerait une défense identitaire face à la menace narcissique que représente le rapport à l'objet (Balier, 1997; Bergeret, 1984; Bouchard et Bachelier, 2004; Lorettu, Sanna et Nivoli, 1998). Ainsi, ces menaces entravent la stabilité identitaire et le sentiment de continuité d'être et peuvent conduire le sujet psychotique dans un état d'angoisse majeur, où l'agir violent se présenterait telle une ultime défense pour sauvegarder une homéostasie psychique (Balier, 1997). L'équilibre interne ne pouvant permettre le maintien des angoisses primitives, conduit à une défense par identification projective. Pour le sujet, l'extérieur est alors perçu comme objet menaçant, intrusif et destructeur. Dans un élan vital, l'agir violent devient une preuve d'existence, une tentative de résolution d'une crise, d'une impasse. En cela, l'agir peut incarner un soutien du processus de subjectivation des expériences traumatiques, une possibilité de créer un espace permettant de retrouver un équilibre psychique : une tentative d'appropriation subjective.

Pour le sujet psychotique, l'agir violent – sous-tendu par un mouvement projectif massif d'une destructivité psychique effractante – résulterait d'une tentative d'annihilation de l'objet dans sa différence afin de lutter contre des angoisses d'intrusion et d'anéantissement. Cet article se propose d'interroger la fonction psychique de l'agir violent du sujet psychotique au regard de la nature des angoisses et des modalités défensives. À partir d'un cas clinique, il s'agit de montrer en quoi la violence agie ou manifeste du sujet psychotique peut constituer un acte de « survivance » (Altounian, 2000) faisant écho à l'indifférenciation et à la confusion moi/non-moi à l'œuvre sur la scène psychique.

MÉTHODOLOGIE

Nous proposons de présenter et de discuter les résultats d'un cas rencontré dans le cadre d'une recherche en psychologie clinique. Celle-ci avait pour objectif d'analyser les processus psychiques sous-jacents à l'émergence d'agir(s) violent(s) dans la psychose. Notre méthodologie est guidée par une démarche clinique qualitative. Afin de comprendre quel sens le sujet peut donner à son parcours de vie, à ses actes violents et de repérer quelles sont les modalités psychiques qui s'actualisent dans la mise en acte violente, nous avons procédé à un entretien clinique de recherche ainsi qu'à la passation des épreuves projectives du *Rorschach* et du *Thematic Aperception Test* (TAT). L'entretien clinique permet une investigation anamnétique, psychopathologique et psychocriminologique. Il s'agit de repérer comment le sujet témoigne de son parcours de vie (vécus d'enfance et d'adolescence, vécus scolaire et professionnel, activités sociales et événements personnels significatifs), de ses agirs violents (déroulement, caractéristiques, vécus, motivations et sens de l'acte) et de comprendre le sens qu'il y donne (Da Silva, Vavassori, Coulanges et Harrati, 2015). Il vise également à investiguer la sphère psychopathologique (épisodes de décompensation psychiatrique, manifestations de comportements addictifs, consultations ou suivis psychologiques et/ou psychiatriques...).

Les épreuves projectives du *Rorschach* et du *Thematic Aperception Test* (TAT), se révèlent particulièrement pertinentes pour éclairer le fonctionnement psychique et plus précisément la nature et les modes d'élaboration des angoisses, les modalités de traitement psychique des problématiques de l'identité, des limites et de la représentation de soi, mais également des représentations et des modalités d'investissement/désinvestissement de la relation d'objet. Si l'étude du *Rorschach* renseigne sur la problématique identificatoire (Chabert, 1987; Emmanuelli et Azoulay, 2008; Ravit, 2013), le TAT permet de repérer les différentes composantes de la problématique œdipienne au niveau des identifications des sujets, mais aussi au niveau des représentations des relations marquées par le

conflit (Brelet-Foulart et Chabert, 2003). Les protocoles sont cotés et analysés selon la méthode développée par l'école de Paris V Descartes². Si ces épreuves projectives exigent une lecture et une analyse dynamique des réponses fournies au travers de l'entièreté des protocoles, conformément à notre hypothèse de recherche, nous serons plus particulièrement attentifs.

Au Rorschach : aux sphères de l'identité sexuée et des modalités relationnelles, de l'affectivité et de l'expression pulsionnelle, du type d'angoisse et des mécanismes de défense suivant les indicateurs cliniques suivants :

- Identité sexuée et modalités relationnelles : Incapacité de différenciation sexuée des représentations humaines, incapacité de différenciation structurante sur le plan sexué, incapacité ou peu de capacités de se représenter en relation (*peu ou pas de K, dédoublement, perceptions contaminées...*), défaut de garantie des limites du sujet par rapport à l'objet, Moi dissocié associé à un vécu morcelé susceptible d'apparaître au travers de l'absence ou peu de réponses H, de la rareté des K ou des K à double sens (*kinesthésies à mouvement double ou opposé, tendance à la dissociation*), de contenus fragmentés (*Hd, Ad, Hd > H...*), de contenus anatomiques, d'indice d'angoisse (IA%) augmenté, choc en pl. V et choc au morcellement en pl. X.
- Affectivité et expression pulsionnelle : envahissement émotionnel, pulsionnalité non contenue, fragilité des barrières internes associée à des vécus d'annihilation, émergence de processus primaires susceptibles d'apparaître sous forme de manifestations hors réponses (*vécus persécutifs, éléments interprétatifs, dissociation du langage...*), de localisations arbitraires ou mal définies, de réponses kinesthésiques de mauvaise qualité formelle à valeur interprétative ou délirante, de déterminants reflétant les difficultés de contenance de la vie pulsionnelle (*réponses C pures, C+ CF > FC, Cn, E*), de contenus dégradés.
- Type d'angoisse et mécanismes de défense : manifestation d'angoisses primitives (*d'anéantissement, de morcellement*) et de différenciation (*d'intrusion*) pouvant apparaître au travers d'indices formels tels que les réponses Clob (*traduisant la dissociation, la dégradation, l'angoisse de mort associées ou non des réponses anatomiques*), les réponses Gbl de mauvaise qualité formelle, de contenus détériorés, organisation défensive axée autour du déni, du clivage, de l'identification projective, de la projection, de l'omnipotence.

2. L'école française de Paris V est reconnue pour les développements qu'elle propose concernant la psychologie projective d'orientation psychanalytique et psychodynamique. Nous renvoyons le lecteur aux travaux d'Anzieu et Chabert (1999), Chabert (1987), Castro (2006), Emmanuelli (2001), et Rausch de Trautenberg (1993).

Au TAT : aux niveaux d'élaboration des problématiques œdipienne, identitaire, de perte d'objet, de la configuration défensive et du niveau de lisibilité à travers les indicateurs cliniques suivants :

- Problématique œdipienne : pulsionnalité non contenue du fait de la problématique trop excitante, confusion générationnelle, absence de référence à l'angoisse de castration, absence de référence à l'ambivalence pulsionnelle, référence au tiers désorganisatrice (procédés de la série E), déploiement de la fantasmatique incestueuse et parricide (procédés série E-2).
- Problématique identitaire : difficulté d'identification sexuée, difficulté dans la reconnaissance de la différence des sexes et des générations, atteinte du sentiment de continuité d'être par confusion des identités ou par la specularité (procédés série C en particulier CM-2, CI-2, CI-1), absence du maintien d'une différenciation stable du soi et de l'objet (procédés CN-5) et massivité de la projection (procédés série E2).
- Problématique de perte d'objet : défaut de permanence et de stabilité des représentations d'objet (procédés CL et/ou CF), reconnaissance de la perte d'objet en lien avec un affect dépressif ayant valeur désorganisante.
- Configuration défensive : mécanismes de déni (procédés E1-1, E1-2), du clivage jusqu'au débordement projectif (CL → E2), de l'omnipotence (procédés CN-2, E2-2).
- Niveau de lisibilité : faible lisibilité en écho à des histoires difficilement construites, faible souplesse et faible variété des procédés d'élaboration du discours, difficulté importante de moduler le lien entre les affects et représentations en fonction du stimulus et en fonction de la résonance fantasmatique en rapport avec les sollicitations latentes des planches.

CAS CLINIQUE : M. T

M. T³ est âgé de 50 ans au moment où nous le rencontrons. Il est hospitalisé dans une Unité pour malades difficiles (UMD) suite à l'agression physique d'une femme, médecin psychiatre de son établissement psychiatrique d'origine. Il y avait été hospitalisé pour un épisode de décompensation après avoir été incarcéré pour des faits de dégradation de biens publics. Auparavant, à l'âge de 32 ans, M. T avait été hospitalisé d'office en psychiatrie adulte, hospitalisation durant laquelle le diagnostic de schizophrénie paranoïde avait été posé. Lors de notre rencontre, M. T se montre intéressé par notre recherche qui semble prendre la forme d'une revalorisation narcissique : « Si je peux faire avancer la science, c'est avec plaisir, ça me fera quelque chose de bien dans ma vie ». S'il met en avant une relative adaptation à la réalité

3. Afin de respecter la confidentialité des données et de garantir l'anonymat des sujets, les noms ont été modifiés.

extérieure, cette dernière semble mise en difficulté par une pensée confuse et, ponctuellement, un discours incohérent.

Données cliniques

Le récit de son histoire

Dès le début de l'entretien M. T évoque sa difficulté à parler de lui, notamment de son histoire familiale. Il justifie la pauvreté de son discours par le caractère ancien de cette période « mon enfance... moi je ne sais pas j'étais enfant ». De ses antécédents familiaux, nous apprenons que ses parents, issus d'un milieu modeste, sont défaillants dans leur fonction parentale. Il décrit un environnement familial précaire, carencé, insécure et négligent, le contraignant à se construire sur un modèle parental abandonnique et rejetant, « je me suis élevé tout seul (...) ils m'ont laissé dans l'indifférence totale dans cette famille ». Les relations au père et à la mère sont évoquées en termes d'hostilité, d'humiliation, de désaffection et d'absence, « mes parents c'était des insultes (...) il [son père] a été violent psychologiquement avec moi (...) mes parents je ne les ai pas aimés (...) j'ai connu la violence quand j'étais tout petit (...) j'ai perdu mes parents, mais ça n'a rien changé à mon quotidien ». Chacun d'eux est dénigré, assigné à une place de passivité « mon père n'avait aucune culture, lui c'était manger, dormir, c'est tout » ou à une fonction utilitaire « ma mère, la cuisine, jamais sortir de la cuisine ». M. T a une sœur avec laquelle il n'est plus en relation depuis une vingtaine d'années. Sa famille mobilise chez lui des sentiments de rejet et de projection « ils se sont comportés avec moi comme des cochons, ils m'ont enfoncé (...) c'est à cause d'eux si je suis en psychiatrie (...) ma famille me tourne le dos ». Dans le récit de M. T, le détachement des liens parentaux, la discontinuité de réassurance environnementale et l'investissement d'un objet d'amour apparaissent comme des éléments de vulnérabilité psychique. En effet, la qualité de l'environnement familial ne semble pas permettre un étayage affectif suffisant pour garantir la continuité et une sécurité du lien à l'autre.

Son enfance se caractérise par une scolarité religieuse perçue du côté de l'autorité, « j'étais dans une école catholique (...) c'était les curés qui commandaient » et est rapportée comme une période de blessures narcissiques, d'humiliations, d'effractions psychiques et physiques. M. T fait état d'un vécu de rejet et d'attaque de la part de l'autre adulte « pour m'humilier (...) ils [les curés] m'ont mis dans une classe de filles (...) pour me montrer que j'étais pas un garçon comme les autres. Et après ils ont donné comme consigne aux autres garçons de pas s'amuser avec moi ». Ce vécu de maltraitance est amplifié par des faits d'abus sexuels de la part « des curés de l'école » dont il se dit victime et qu'il n'a jamais révélés jusque-là. Qu'il s'agisse d'événements réels ou de scénarios fantasmatiques, ces expériences s'apparentent à un choc psychologique

produisant des affects pénibles de frayeur et d'anxiété « je l'ai très mal vécu (...) j'ai beaucoup pleuré avec les grandes croix du Christ en face du mur (...) ils me bassinaient avec la religion et moi j'avais peur ». Générant la résurgence de peurs de menace et de danger ainsi que la force persécutrice de ses relations, ces expériences traumatiques anéantissent le sentiment de soi au point de se vivre encore comme objet de mépris « j'étais le pestiféré (...) le branleur (...) l'obsédé », celui qui a « mauvaise réputation ».

Le récit de son adolescence témoigne d'un achoppement dans la réalisation du lien amoureux et sexuel. La puberté le confronte à une excitation interne envahissante et débordante sollicitant un investissement autoérotique de nature narcissique. La dimension incontrôlable de cette excitation à valeur traumatique semble trouver une voie de décharge dans les pratiques masturbatoires compulsives « au pensionnat je passais mon temps à pas dormir, à me masturber toute la nuit ». Pour M. T, cette décharge compulsive semble libérer le corps d'éprouvés corporels et sensoriels devenant intrus et persécuteurs « y'a des gens dans la rue, je sais qu'ils disaient « eh c'est l'obsédé » (...) d'autres « regarde, c'est le branleur » ». L'acte masturbatoire et le fantasme qui l'accompagne semblent participer à la négation du danger de la castration. La découverte de la sexualité génitale « à l'âge de 17 ans » atteste également d'une harmonisation barrée entre l'investissement de soi et de l'autre. Ce mouvement dynamique s'exprime à travers le flottement narcissique consécutif aux déceptions sentimentales mobilisant des sentiments hostiles et de désarroi, « c'était affreux (...) c'était de la merde (...) elle m'a trompé avec tous mes copains à une soirée (...) j'ai appris qu'elle s'était faite sauter par tous ». Aussi, le passage progressif de l'autoérotisme à l'hétérosexualité, n'a pas préparé et permis au sujet, d'assumer le rôle de partenaire sexuel, de s'organiser autour d'une sexualité adulte génératrice de plaisir. En effet, dans le récit de M. T, le lien amoureux et sexuel est coupé des attributs de la séduction, de l'idéalisation qui ouvrent au jeu érotisé. La sphère sexuelle est rapportée en termes de cynisme, de crudité, d'impudeur, de honte, de défi et d'angoisse « excessives... loufoques... un peu sales (...) il me semblait compter au moins 80 partenaires différentes dans ma vie ». Faute d'identification à l'objet œdipien, le partenaire sexuel, ravalé à une pure fonction, semble réduit à une partie de son corps tel un objet partiel interchangeable « avec les filles c'est des orgies (...) du sexe, du sexe, du sexe, pour le sexe (...) des aventures sans lendemain (...) ». M. T semble investir sa sexualité, non pas dans la jouissance de l'autre, mais dans la recherche d'un plaisir d'organe où l'autre sexe se voit réprimé et/ou souillé « ma vie sexuelle ça tourne avec la drogue, avec l'alcool (...) des fois c'est rigolo, mais pas toujours très beau ». Ces éléments témoigneraient d'une organisation insatisfaisante de l'identité sexuelle et des identifications.

Dans sa relation au monde et à autrui, il se considère comme « un solitaire (...) dans la misère ». Son réseau social se restreint à « trois amis psychiatisés » auprès desquels il semble trouver une contenance et une réassurance. Néanmoins, il soutient que ses symptômes, comme les hallucinations auditives, participent au barrage de ses relations sociales et favorisent un repli sur soi. Il se perçoit comme lâché, abandonné, trahit, se perçoit plongé « dans un état d'impuissance sans recours » (Green, 1999, pp. 1588), faute d'un possible accordage affectif rassurant avec l'objet « elle m'a trompé »; « elle m'a quitté »; « on me l'a prise »; « ils m'ont mis dans une classe de fille »; « ils l'ont éloigné de moi ». Ces éprouvés de vide traduisent l'effraction de la perte, l'impossible travail de deuil, la butée contre l'irréparable de la perte. Pour M. T, le besoin objectal, source d'envahissements hostiles (projection) d'attentes démesurées, de malentendus et de déconvenues, est éprouvé comme une menace potentielle narcissique.

Son parcours de vie est aussi marqué par une précarité sociale : il a vécu des périodes sans domicile fixe, d'hébergement en foyer et a été accueilli en centres de postcure. M. T est aujourd'hui bénéficiaire de l'Allocation adulte handicapé (AAH) et d'une mesure de tutelle. Il indique la nécessité parfois de se nourrir aux Restaurants du cœur. Ses activités professionnelles se limitent à des contrats emploi- solidarité, des missions variées de courte durée souvent interrompues par de nombreuses hospitalisations psychiatriques. En effet, il date sa première hospitalisation psychiatrique à 23 ans après une tentative de suicide. M. T relate des épisodes de décompensations psychiques « j'ai déprimé (...) c'est après que la maladie a commencé (...) je suis retombé en dépression (...) là j'ai commencé à avoir des hallucinations (...) je me suis défenestré, je croyais que j'étais possédé par le diable », faisant suite à des périodes de ruptures sentimentales « à la fin de ma relation avec Carine », familiales « je me suis fâché avec toute ma famille », d'alcoolisation, de retrait social et/ou de non-observance thérapeutique « j'ai déjà été en HO (...) là aussi, c'était arrêt de traitement, alcool, et solitude ».

Le récit de son acte

M. T ne montre pas de réticence à évoquer son acte d'agression physique envers le médecin psychiatre refusant de le laisser quitter l'hôpital pour enregistrer « un single dans une radio web » et l'empêchant de « devenir une star ». Pour autant sa description reste sommaire, factuelle et témoigne de sa difficulté à mobiliser et exprimer ses affects. Il présente son acte comme résultant d'une décharge pulsionnelle violente et impulsive « c'était comme un réflexe (...) j'ai pas réfléchi (...) boum boum boum (...) c'est allé vraiment vite » en réponse à une situation d'insécurité et de menace « la psychiatrie c'est comme une malédiction (...), chaque fois y'a quelque chose qui me met les bâtons dans les roues (...), elle (le

médecin) était très bien habillée avec des bijoux, je me suis dit « attends! celle-là elle est encore pleine de pognon, elle va me mettre des bâtons dans les roues ». Donc j'ai dit « encore une fois c'est pas possible! ». Pour M. T, l'agir violent paraît répondre à la nécessité de maîtriser ou d'anéantir la source de frustration et le danger de persécution éprouvés lorsque la réalité extérieure discrédite ses constructions délirantes de nature mégalomane « j'allais devenir une star (...) j'en doutais pas une seconde ».

Selon ses dires, l'acte coïncide avec une période marquée par des ruptures affectives et sociales « ça marchait plus avec ma concubine (...) je suis parti au bord de la mer avec ma guitare pour oublier ma copine (...) jouer et faire la manche », mais aussi par l'arrêt volontaire de son traitement « depuis mars je prenais plus mon traitement (...) j'entendais des voix (...) il y avait une certaine tension qui s'installait en moi (...) de méfiance (...) j'entendais les pensées de quelqu'un d'autre qui m'incitait à penser que les autres se foutent de ma gueule (...) que celui-là il faut faire attention ». Cette période de vulnérabilité psychique et sociale témoignerait d'une profonde difficulté à pouvoir communiquer sa souffrance, d'une résurgence symptomatique, mais également d'une tentative de fuite, de mise à distance d'une menace de perte d'existence.

Pour M. T, la protection par le recours à l'agir violent découlerait de la menace de faillite de son système défensif et représenterait une protection psychique, un effort de survie. Son récit signale en quoi l'acte violent vise la destruction de l'autre perçu comme dangereux et faisant obstacle à l'élan vital. Il prend la forme d'un rejet radical engageant le déni d'existence de l'intrus (Houssier, 2002), la désobjectivation de la victime « elle était rien pour moi, elle n'existait pas (...) ce n'est pas une femme. C'était un truc bureaucratique qui voulait me barrer le chemin encore une fois (...) c'était un obstacle à éliminer ». L'acte semble ainsi concourir à la séparation sujet-objet comme tentative d'évacuation de l'autre. Il traduit le débordement de l'angoisse en l'absence de recherche relationnelle et en quête d'omnipotence. Dans cette logique, la reconnaissance de son acte reste partielle. M. T exprime des regrets quant à son geste « je regrette parce qu'un infirmier m'a dit que c'était une dame très gentille donc je lui ai fait une lettre d'excuses », mais en conçoit le caractère justifié « elle (le médecin) le méritait ». Cette adhésion au discours de l'infirmier soutient également l'hypothèse d'une position archaïque d'indifférenciation sujet/objet à l'œuvre et persistante.

Données projectives

Au Rorschach

Identité sexuée et modalités relationnelles. Concernant la sphère identitaire, le protocole de M. T met en évidence une difficulté majeure à

se représenter une image de soi unitaire et solide. Les possibilités d'accès à des représentations humaines entières et intègres (H) demeurent rares (7 % de réponses H pour 26 % de réponses Hd (représentations humaines partielles)). La prégnance des réponses fragmentaires/morcelées et le choc au morcellement à la planche X signalent la désagrégation identitaire, ne garantissant pas la stabilité des limites sujet/objet.

Pl. VI : « Je sais pas moi (silence) un sternum. Je ne sais pas (silence) j'ai pas trop d'idée là-dessus je ne sais pas. Un os, un morceau d'os. C'est une fraction d'os, on l'a retiré à quelqu'un, il est tout cassé, voilà ».

Pl. X : « (silence) Là, ce qui me vient de suite? (silence) rien de spécial. (silence). Peut-être une espèce de larve papillon à bec. Et puis des bouts d'insectes là, vous savez ces insectes qui ressemblent à des branches d'arbres (silence) des phasmes ».

Bien que M. T puisse évoquer des représentations sexuées, le protocole révèle une incapacité de différenciation structurante sur le plan sexué. Les représentations féminines aux contenus obstétricaux sont prévalentes au détriment de l'intériorisation d'une image de soi phallique et structurante.

Pl. IV : « C'est un gros monstre (silence) avec une queue qui pend derrière, là entre les jambes, mais c'est pas un sexe hein! C'est une queue. On voit sa petite tête avec son tout petit cerveau, et il a l'air très méchant parce qu'il a pas l'air intelligent ».

La rareté des réponses kinesthésiques K (7 %) et la présence de perceptions contaminées (Gcont) rendent compte de modalités relationnelles caractérisées par l'indifférenciation moi/non-moi et d'une incapacité de se représenter en relation.

Affectivité et expression pulsionnelle. Le protocole de M. T met en évidence un mode de pensée débordé par la vie affective et pulsionnelle. Ses réponses témoignent d'une confusion entre réel et imaginaire entravant ses capacités d'adaptation à la réalité perceptive du matériel, tout comme son rapport à la réalité. La qualité formelle des réponses est faible (30% de F+), les contenus rapidement dégradés et l'émergence de processus primaires (tonalité schizoïde et dysphorique) démontrent l'aspect non secondarisé des pulsions. Le TRI (Type de Résonance Intime) extratensif, les différents commentaires hors réponse, la présence de réponses C pures (réponse déterminée uniquement par la couleur), CF (réponse où le déterminant couleur domine la forme) et Cn (dénomination simple d'une couleur) ainsi que les chocs couleurs aux planches II et VIII, traduisent une pulsionnalité non contenue. Chez M. T, ce défaut de

contenance semble directement lié à l'envahissement des préoccupations à valences sexuelles féminines, induisant des mouvements de désymbolisation et des représentations « brutes » de la pulsion sexuelle.

Pl. II : « Je vois un vagin. Avec des os, des os des hanches (silence). Du rouge. C'est tout ».

Angoisses et mécanismes de défense. La crudité des représentations sexuelles féminines, la tonalité dysphorique des réponses, l'indicateur d'angoisse augmenté (41 %) associé aux localisations GDbl (réponse incluant les espaces intermaculaires) et aux déterminants FClob (réponses incluant le clair-obscur), indiquent la prégnance d'angoisses primitives corporelles et identitaires. Pour M. T, le sexuel délié et l'intérêt pour l'intérieur du corps féminin sont source de sidération et conduisent à l'émergence d'angoisse de morcellement. Les réponses de type dbl (interprétations dans le blanc) aux planches II et IX, indiquent que les creux sont investis comme lieu d'effraction corporelle, signe d'une angoisse d'intrusion ravivée par la confrontation au féminin. L'organisation défensive s'articule en particulier autour de la projection (Pl. I) et du déni (de la castration) (Pl. II) :

Pl. I : « un masque de loup qui fait peur et qui veut faire le mal »

Pl. IX : « Rien (silence) Rien. Je vois rien. Des tâches, des taches d'encre. Ou alors, c'est quelqu'un couché nu, une femme nue couchée avec son sexe et avec je sais pas quoi par-dessus ».

Pour M. T, la confrontation au sexuel, notamment aux planches maternelles, apparaît terrifiante et suscite des angoisses d'engloutissement et de fusion avec le corps de la mère (Pl. II et Pl. IX).

Au Thematic Aperception Test

Configuration défensive. Concernant la configuration défensive, nous sommes attentifs aux indicateurs référant à l'émergence de processus primaires. L'ensemble du protocole est marqué par la raréfaction des procédés B (labilité) et A (rigidité), relayés par le recours aux procédés narcissiques (références personnelles (CN-1), idéalisation (CN-2) et primaires (E).

Pl. 5 « Là, il doit y avoir son fils mal en point, malade. « Tout va bien mon fils? Tu n'as besoin de rien? » Ou bien « C'est quoi ce bruit que j'ai entendu? Vous vous disputez? Je m'enquiers de ce qui se passe. Je vérifie ». J'aime pas cette femme. Son visage je l'aime pas. On dirait un

peu de cupidité, une mauvaise mère... comme si elle surveillait à outrance. Toujours à l'affut de ce qui se passe, tout savoir sans rien payer ».

Cette planche renseigne pour M. T la difficulté d'élaboration des conflits et du contre-investissement d'un narcissisme défaillant. Le recours au déni, clivage et la projection, constituent les défenses prédominantes. Elles le sont d'autant plus dans la confrontation au féminin-maternel qui représente une source d'angoisse conséquente. En effet, au-delà d'une identification peu structurante, le féminin provoque des angoisses d'intrusion et d'anéantissement non élaborables.

Problématique œdipienne. Concernant la problématique œdipienne, nous sommes attentifs à l'émergence de processus traduisant une référence au tiers non structurante et au déploiement d'une pulsionnalité non contenue quant aux sollicitations des fantasmes œdipiens. Chez M. T, ces éléments se confirment dans les récits donnés aux planches 6BM et 7BM où se déploient des fantasmes parricides et matricides, mortifères insuffisamment refoulés (procédés E2-3 exprimant une thématique agressive et/ou sexuelle).

PI. 6BM : « Le fils et sa vieille mère qui sont pensifs, « on a assassiné Papa : que va-t-on devenir? ». Le fils : « il va falloir que j'assume toute la responsabilité ». La mère : « oh mon Dieu, je vais me retrouver toute seule, bientôt ça sera mon tour! » ».

PI. 7BM : « Là, c'est le vieux père qui parle à son fils et qui lui dit (silence) ils font des confidences. Il lui dit : « tu sais, moi aussi ta mère je l'ai trompé, tout ça, la vie c'est comme ça, les hommes et les femmes c'est différent, il y a des moments où l'on ne peut pas résister à baiser ». Le fils est dans une épreuve et lui il le conseille ».

En outre, la problématique œdipienne se révèle trop excitante et désorganisatrice. La reconnaissance de la triangulation peut émerger, mais sans reconnaissance structurante de la différenciation des générations, conduisant à une désorganisation de la pensée et/ou des repères identitaires (émergence de procédés E comme la recherche de l'intentionnalité de l'image). L'impossible reconnaissance des interdits et de l'ambivalence pulsionnelle entrave l'accès au renoncement œdipien.

PI. 2 : « Y'a un laboureur avec sa mère qui est appuyée contre l'arbre, qui le regarde travailler et...sa...sa femme qui tient les comptes avec des livres, voilà. Et la vie est paisible. C'est pour me montrer un truc un peu biblique? Là, c'est la Sainte Vierge. Voilà. (silence). Il laboure son champ, c'est paisible, y'a pas la guerre. (silence). Et il est costaud ».

Par ailleurs, l'analyse de la planche 7BM vient confirmer la fragilité identitaire repérée au Rorschach, qui compromet l'engagement dans un projet identificatoire masculin structurant. L'identification au père se fait sur un mode narcissique, ce qui permet d'éviter toute rivalité avec la figure paternelle. De plus, pour M. T, la confrontation au féminin dans la relation érotique (Pl. 13 MF) provoque une effraction du Moi et une résurgence d'un vécu d'annihilation : « Oh là! Je sais pas (silence) cette femme est malade, l'homme vient de la violer (silence). L'homme est dégoûté de lui-même pour mettre son bras sur ses yeux. Dégoûté de voir cette femme sale qui se drogue à longueur de journée, qui couche avec des inconnus, qui est alcoolique. L'homme il dit : « Pourquoi je vais la voir? Pourquoi je vais tout le temps baiser cette prostituée? Je suis dégoûté de moi-même ». Trucs qui peuvent le mener au suicide aussi ». Ici, la pulsion sexuelle laisse place à l'agressivité et le féminin déprécié est vécu comme menace de mort.

Problématique dépressive. Concernant la problématique dépressive, nous sommes attentifs à l'émergence de processus mettant en exergue une confrontation à la perte d'objet à valeur désorganisant (notamment la planche 3BM). Pour M. T, nous retrouvons la présence de processus primaire de projection d'instabilité des limites.

Pl. 3BM « Alors ça, c'est le désespoir total! Qu'est-ce que j'ai fait? Qu'est-ce qu'il m'arrive? Pourquoi moi? Pourquoi moi? Pourquoi toujours moi? Y'a qu'à moi que ça arrive! J'en peux plus, j'en peux plus! Je veux me suicider! » Et voilà. Voilà comment on se retrouve en hôpital psychiatrique. (sic). C'est tout. C'est beau, l'image est belle. Elle me rappelle quelqu'un que je connais, la mère de mon fils, elle était comme ça, brune avec les cheveux courts ».

La désintrinsication pulsionnelle manifeste à cette planche démontre l'archaïcité du fonctionnement psychique du sujet en particulier dans la confrontation à la perte. La déliaison pulsionnelle étaye l'hypothèse d'une difficulté pour M. T, d'appréhension de soi comme objet intègre, au profit d'un Moi aux limites fragiles.

Lisibilité. Ici, nous sommes attentifs à la capacité de mobilisation des mouvements intrapsychiques face aux planches proposées, permettant l'élaboration du discours et la mise en récit dans le respect de la consigne énoncée. Tout au long de la passation, M. T parvient à engager un discours en vue de construire des histoires. Cependant, les procédés d'élaboration du discours montrent peu de souplesse et de variété au profit d'instabilités associatives, de successions d'idées confuses (procédés série E), de temps de latence longs ou encore d'arrêts brusques (procédés série C). Les capacités de liaison entre les affects et les représentations

sont altérées et ne permettent pas à M. T de répondre aux exigences d'adaptation à la réalité externe. Le protocole de M. T présente donc un faible niveau de lisibilité.

DISCUSSION - CONCLUSION

La confrontation au féminin : une menace d'intrusion

Les données cliniques et projectives témoignent chez M. T de l'absence de représentations internes d'un maternel primaire contenant (Guignard, 1995; Bokanowski, 1993). Pour M. T, la figure paternelle n'apparaît pas comme un support identificatoire solide assurant un sentiment de continuité d'être et une intériorisation d'une image de soi phallique structurante. Aussi, l'impossible identification au masculin et au maternel féminin provoque des excitations non élaborables et menaçantes pour le sujet. Une des conséquences de cette instabilité identitaire se repère dans la qualité des relations du sujet à l'autre, en particulier féminin. En effet, la rencontre avec le féminin réactive des angoisses d'intrusion, un vécu d'anéantissement et menace l'identité en compromettant la représentation d'un monde interne différenciée. Les modalités d'investissement de sa sexualité témoignent d'une impuissance à surmonter la position qui consiste à vérifier la solidité du pénis dans la relation sexuelle, dans la mesure où subsiste « la terreur des fantasmes liés au danger du corps de la femme mère » (Schaeffer, 2002, pp. 542). Le sujet se trouve confronté à un mode de fixation primaire au féminin, un féminin effracteur, car inducteur de passivité première, empreint de violence et non de jouissance. Le vécu d'impuissance et la contrainte à la passivité viennent mettre en défaut l'intégrité narcissique du sujet et animent une situation persécutrice invasive. M. T se présente comme maintenu dans un cycle d'insécurité et de réactivité l'obligeant à un mode de défense par décharges massives.

Pour lui, l'agir semble sous-tendu par la tentative de supprimer l'autre féminin, selon la loi du tout ou rien, tant la violence n'a pu s'intégrer au sein d'une problématique libidinale suffisamment organisatrice. Par l'agir violent, le sujet réalise une tentative ravageante de sauvegarde dans laquelle il lui est possible de se réapproprier sa subjectivité. L'agir violent constituerait l'ultime protection psychique neutralisant l'intensité de l'excitation. Cette dynamique viserait à maîtriser le féminin, objet qui fait défaut, voire effraction et qui, rencontré en miroir dans le regard de la victime, persécute. Dans le cas présenté et s'agissant des perspectives de prise en charge, comment désamorcer la charge de destructivité engagée dans la rencontre avec le féminin, ici soignant? Il s'agirait de parvenir à assouplir l'archaïcité du fonctionnement du sujet dans la rencontre avec l'autre féminin en ouvrant un espace de consentement mutuel. Autrement dit, le projet de soin individualisé autour du patient supposerait de

l'autoriser à prendre le risque de construire un lien de confiance et de parvenir à l'acceptation d'un « féminin de liaison » (Gaillard, 2008, pp. 109). Autrement dit, cela renvoie à la possibilité pour les patients d'accueillir l'étrangeté (de l'autre différent, mais aussi de soi) et de parvenir à un travail de symbolisation et de transformation : s'éloigner de l'autoérotisme qui empêche l'accès au plaisir de la rencontre. Cela n'est réalisable que par la présence simultanée d'une instance incarnant la figure paternelle. Le lien thérapeutique à l'autre féminin apparaît possible grâce au nouage entretenu par le collectif soignant au tiers, au paternel, au cadre institutionnel. Aussi, l'élaboration d'espaces thérapeutiques doit tenir compte de la part sexuée des professionnels et des mouvements transféros-contre-transférentiels dans les rencontres avec les patients (Harrati, Chraïbi et Vavassori, 2012). La notion de collectif soignant en Unité pour malades difficiles semble primordiale en ce qu'il incarne la référence au paternel, au maintien d'un climat serein dans un cadre où les soins et les mesures de sûreté sont spécialement organisés autour de la dangerosité des patients. Pour les soignants, le travail clinique, favorisant la centration sur les patients et leurs besoins, doit se compléter d'une réflexion continue des effets de la rencontre intersubjective dans le processus thérapeutique.

L'acte violent : une tentative d'appropriation subjective?

Le cas de M. T vient interroger les aléas de la subjectivation du sujet psychotique ainsi que le danger auquel il est confronté dans le rapport à l'autre. Il signale en quoi et comment la rencontre avec l'autre dans sa différence peut être porteuse de danger et peut conduire à la manifestation d'agir violent. Les données cliniques et projectives du cas de M. T traduisent un mode interne dominé par des éléments de destructivité et des « zones » de confusion où les « bonnes expériences » ne parviennent pas à se différencier de relations hostiles s'exprimant par des vécus de persécution. Des lignes de défense primitives, telles que le clivage, le déni, l'omnipotence ainsi que le mépris, constituent un rempart contre ce qui ne peut s'élaborer de la position dépressive. Il s'ensuit chez M. T, une prépondérance des pulsions destructrices et un sentiment de terreur ininterrompu particulièrement repérable dans sa vie affective et relationnelle.

Face au trop-plein d'excitation suscité par l'angoisse d'intrusion du féminin, le recours à l'agir intervient pour M. T comme moyen de décharge dans le but de sauvegarder l'intégrité psychique. De fait, l'agir violent et ses répétitions, sous-tendus par un mouvement de projection de destructivité, témoignent d'un système de défense archaïque, fragile et peu élaboré. Plusieurs travaux soutiennent l'hypothèse de solution défensive du passage à l'acte permettant de lutter contre la désorganisation psychique (Balier, 1997; Houssier, 2013). Pour autant,

celui-ci ne peut se limiter à une seule modalité défensive du point de vue économique. En effet, le cas de M. T montre en quoi l'agir violent peut s'envisager comme une tentative d'appropriation subjective dans laquelle se rejouent, se redéfinissent, se réalisent les limites du Moi. Ici, le retournement contre l'autre d'un vécu d'impuissance en vécu de maîtrise restaure, pour un temps, le contrôle du Moi sur la vie psychique du sujet. En tant « qu'agent régulateur », l'agir viendrait contenir le danger du retour d'expériences agonistiques non élaborées menaçant l'appareil psychique d'effondrement. De plus, il viserait une tentative d'appropriation subjective d'évènements de vie traumatiques en raison de leurs effets désorganisateurs signalés par des vécus d'empiètement de la continuité d'être. Par conséquent, le cas de M. T illustre en quoi l'agir violent peut constituer une défense paradoxale (Roussillon, 1999) par la déliaison. Il formerait une protection face aux affects traumatiques sources d'excitation, en même temps qu'il tend, par la répétition d'une expérience elle-même traumatique, une liaison des excitations vécues en excès (Pirlot, 1997). Ainsi, l'agir violent se figurerait comme une modalité défensive paradoxale, faisant état d'une absence de symbolisation et d'élaboration des conflits tout en conduisant à une réinjection pulsionnelle. Dans ce cas, il protégerait le narcissisme contre l'attaque du Moi face aux angoisses ravageantes, mais ne permettrait pas l'intégration des traces traumatiques et serait voué à la répétition.

Comme nous l'avons signifié, la trajectoire de vie de M. T est marquée par des éléments traumatiques peu élaborés. Par ailleurs, la précarité sociale et affective dans laquelle il évolue et a évolué, engendre une altération des ressources psychiques face à une souffrance et aux affects associés souvent indicibles. À travers la collaboration patient/clinicien, le travail clinique peut tendre vers le partage et l'élaboration des affects et vécus. Le travail clinique doit alors encourager l'activité de liaison entre acte et pensée, la reprise de la communication et de l'échange. À plus long terme, il s'agit de travailler avec le patient autour de l'agir violent, de sa capacité à le comprendre et à le relier à ses évènements de vie (Harrati, Berdoulat, Da Silva et Vavassori, 2015). La prise en charge pluridisciplinaire (infirmiers, ergothérapeute, psychomotricien, éducateur sportif, psychologue, psychiatre...) à travers des espaces de socialisation en groupe (thérapie médiatisée, sport, jeux), peut permettre une reprise progressive de l'accès à la reconnaissance et au partage des émotions.

En outre, dans un contexte où se manifeste une symptomatologie psychotique, en phase de stabilité de la maladie et en vue d'une réadaptation sociale, l'intégration de programmes d'éducation thérapeutiques présente un intérêt important (Viard *et al.*, 2016). Ils viseraient à favoriser chez le patient : une meilleure connaissance de sa maladie, une meilleure gestion de son traitement et des effets de celui-ci,

un travail d'autonomie. Comme nous l'avons vu dans le cas de M. T, les périodes de désinstitutionnalisation peuvent induire des ruptures fragilisant le fonctionnement psychique psychotique. Il est important que soit développée une approche des soins équilibrés entre prise en charge hospitalière et ambulatoire, dans le but de garantir un suivi continu dans les structures et services d'accompagnement. Finalement, il s'agirait de préserver une psychiatrie ouverte et dynamique (Senon et Manzanera, 2005), de renforcer l'articulation entre une prise en charge sanitaire, psychologique et sociale, ainsi que les liaisons entre UMD et secteurs psychiatriques ouverts.

La discussion ainsi engagée repose sur un ensemble d'hypothèses cliniques qui visent à mettre du sens sur l'histoire et l'agir violent de M. T. L'enjeu se situe notamment dans la compréhension de la fonction psychique paradoxale de l'agir violent. En effet, celui-ci représente le témoin d'une mise en péril des capacités de négociation psychique du sujet, signe l'évitement du chaos psychique et s'expose comme une tentative d'appropriation subjective. Ces hypothèses constituent des constructions qui permettent au clinicien-chercheur de formuler une interprétation heuristique de ce qu'il a pu observer. Ainsi, ces résultats cliniques dégagés offrent des pistes de réflexion visant à enrichir la compréhension de l'agir violent et de ses modalités psychodynamiques chez les sujets psychotiques. Ils soulignent l'importance d'apporter un regard diachronique dans l'exploration des différentes temporalités biographiques pour tenter de rendre compte de la complexité individuelle.

En effet, l'étude clinique du cas de M. T met en exergue toute la complexité que recouvre l'émergence d'un acte violent. Elle défend l'intérêt de dépasser une analyse nosographique stricte, au profit d'une analyse dynamique et fonctionnaliste des agirs violents. La lecture symptomatique, nosographique de la clinique, présente l'avantage de décrire et d'analyser à partir de facteurs observables les comportements violents. Cependant, elle n'interroge en rien les modalités psychodynamiques du fonctionnement psychique du sujet psychotique au regard du parcours de vie et des événements qui y ont pris sens pour lui. L'intérêt d'une lecture psychodynamique dans le cadre des organisations psychotiques se révèle pertinent, en particulier en ce qu'elle permet de penser les potentialités et les ressources des sujets.

RÉFÉRENCES

- Altounian, J. (2000). *La survivance. Traduire le trauma collectif*. Paris, France : Dunod.
- Anzieu, D. et Chabert, C. (1999). *Les méthodes projectives*. Paris, France : PUF.
- Arsenault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, P. J. et Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 979-968.
- Balestrière, L. (2009). *Au plus près de l'expérience psychotique*. Toulouse, France : Erès.

Portrait des pratiques liées à l'usage du SPS-6 en recherche

- Balier, C. (1988). *Psychanalyse des comportements violents*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Balier, C. (1997). *La violence en abyme*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Paris, France : Dunod.
- Bergeret, J. (1984). *La violence fondamentale*. Paris, France : Dunod.
- Bokanowski, T. (1993). Destins du féminin chez l'homme. *Revue française de psychanalyse*, 57, 1585-1598.
- Bouchard, J.-P. (2013). « C'était eux ou moi ! » : la fuite sans issue d'un futur auteur de double parricide psychotique. *L'Encéphale*, 39, 115-122.
- Bouchard, J.-P. et Bachelier, A.-S. (2004). Schizophrénie et double parricide : à propos d'une observation clinique. *Analyse médico-psychologiques*, 162, 626-633.
- Brelet-Foulard, F. et Chabert, C. (2003). *Nouveau manuel du TAT : approche psychanalytique*. Paris, France : Dunod.
- Brennan, P.-A., Mednick, S.-A et Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, 494-500.
- Camps, F.-D. (2011). Identité sexuelle et schizophrénie : l'impossible intégration du féminin. Étude clinique et projective du fonctionnement psychique de trois femmes atteintes de schizophrénie. *L'évolution psychiatrique*, 76, 19-29.
- Castro, D. (2006). *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte : WAIS III, MMPI-2, Rorschach, TAT*. Paris, France : Dunod.
- Chabert, C. (1987). *Le Rorschach en clinique adulte, interprétation psychanalytique*. Paris, France : Dunod.
- Chabert, C. (dir.). (2013). *Traité de psychopathologie de l'adulte. Les psychoses*. Paris, France : Dunod.
- Ciavaldini, A. (2004) : Vers une clinique de l'agir. *Annales médico-psychologiques*, 162, 664-667.
- Da Silva, S., Vavassori, D., Coulanges, M. et Harrati, S. (2015). Étude clinique de l'acte violent idéologique : de l'adhésion idéologique transitionnelle à sa mise en acte violente. L'exemple de Marc. *Bulletin de psychologie*, 535, 39-49.
- Dubreucq, J.-L., Joyal, C. et Millaud, F. (2005). Les troubles mentaux graves et la violence. *Les annales médico-psychologiques*, 163, 852-865.
- Emmanuelli, M. et Azoulay, C. (2008). *Les épreuves projectives à l'adolescence : Approche psychanalytique*. Paris, France : Dunod.
- Emmanuelli, M. (2001). *Les épreuves projectives à l'adolescence : Approche psychanalytique*. Paris, France : Dunod.
- Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., Müller-Isberner, R. et Jöckel, D. (2001). Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 11, 6-26.
- Eronen, M., Hakola, P. et Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behaviour in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53, 497-501.
- Farrington, D. P. et Loeber, R. (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*, 12, 737-767.
- Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M. et Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *Journal of the American Medical Association*, 19, 2016-2023.
- Gaillard, B. (2008). Se prêter à la déliaison : narcissisme groupal et tolérance au féminin dans les institutions. *Connexions*, 90(2), 107-121.
- Green, A. (1999). Passivité-passivation : jouissance et détresse. *Revue française de psychanalyse*, 63, 1287-1600.
- Guignard, F. (1995). Des buts de la pulsion et de l'illusion de la finalité psychique. *Revue française de psychanalyse*, 59, 1533-1537.
- Harrati, S., Berdoulat, E., Da Silva, S. et Vavassori, D. (2015). Étude des modalités psychiques d'élaboration du conflit chez les femmes auteures d'un agir impulsif criminel. *Revue québécoise de psychologie*, 36(3), 81-101.

- Harrati, S., Chraïbi, S. et Vavassori, D. (2012). De la violence des mères à ses répétitions : à propos d'un cas de filicide ou l'histoire d'une liaison dangereuse. *Cahiers de psychologie clinique*, 39, 63-84.
- Hodgins, S. (2001). The major mental disorders and crime: Stop debating and start treating and preventing. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 427-446.
- Hodgins, S. (2008). Violent behavior among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 363, 2505-2518.
- Horn, M., Gangloff, L., Gharib, A. et Thomas, P. (2015). Schizophrénie et violence : la nécessité de considérer différents sous-groupes. *European Psychiatry*, 30(8), 32-33.
- Houssier, F. (2013). *Meurtres dans la famille*. Paris, France : Dunod.
- Husain, O., Choquet, F., Lepage, M., Reeves, N. et Chabot, M. (2009). Le diagnostic de psychose et ses enjeux : apports des tests projectifs. *Psychologie clinique et projective*, 15, 179-212.
- Joyal, C. C. (2005). Schizophrénie et violence : mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés. *Forensic, numéro spécial*, 5-9.
- Klassen, D. et O'Connor, W. (1994). Demographic and case history variables in risk assessment. Dans J. Monahan et H. J. Steadman (dir.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (p. 229-258). Chicago, IL : University of Chicago Press.
- Loretto, L., Sanna, N. M. et Nivoli, G. (1998). Le passage à l'acte homicide du schizophrène. Dans F. Millaud (dir.), *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques* (p. 71-87). Paris, France : Masson.
- Macheret-Christe, F. et Gravier, B. (2001). Schizophrénie, psychose et prison. *La Lettre de la schizophrénie*, 23, 2-8.
- Millaud, F. (2001). *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris, France : Masson.
- Mojtabai, R. (2006). Psychotic-like experiences and interpersonal violence in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 183-190.
- Monahan, J. et Appelbaum, P. (2001). Reducing violence risk: diagnostically based clues from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. Dans S. Hodgins (dir.), *Effective prevention of crime and violence among the mentally ill* (p. 19-34). Dordrecht, Pays-Bas : Kluwer Academic Publishers.
- Nguyen, A., Chalfoun, C., Turgeon, N. et Abdel-Baki, A. (2013). Psychose et impulsivité : un mauvais mariage. *Psychiatrie et violence*, 12(1), 4-8.
- Pedinielli, J. L. (2012). *Les psychoses de l'adulte*. Paris, France : Armand Colin.
- Pirlot, G. (1997). *Les passions du corps. La Psyché dans les addictions et les maladies auto-immunes*. Paris, France : PUF.
- Pommier, F. (2013). L'extrême : une réponse entre psychose et fonctionnement limite. Dans C. Chabert (dir.), *Traité de psychopathologie de l'adulte. Les psychoses*. Paris, France : Dunod.
- Rausch de Traubenberg, N. (1993). *La pratique du Rorschach*. Paris, France : PUF.
- Ravit, M. (2013). *L'examen psychologique du bébé au sujet âgé*. Paris, France : Armand Colin.
- Rolland, C. (1998). *Guérir du mal d'aimer*. Paris, France : Gallimard.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris, France : PUF.
- Schaeffer, J. (2002). Une instable identité psychosexuelle. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 31(4), 535-543.
- Senninger, J.-L. (1994). Analyse de la dangerosité criminologique chez les malades mentaux. *Psychologie médicale*, 26, 1421-1423.
- Senon, J.-L. et Manzanera, C. (2005). Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique? *Annales médico-psychologiques*, 163, 870-877.
- Senon, J.-L., Manzanera, C., Humeau, M. et Gotzamanis, L. (2006). Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires? *L'information psychiatrique*, 82(8), 645-652.

Portrait des pratiques liées à l'usage du SPS-6 en recherche

- Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, R. K. et Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community. Evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761-770.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A. ... Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 490-499.
- Tiihonen, J., Isohanni, M., Räsänen, P., Koiranen, M. et Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, 154, 840-845.
- Vacheron-Trystram, M. N., Cornic, F. et Gourevitch, R. (2010). *La prise en charge des états réputés dangereux*. Paris, France : Elsevier Masson.
- Viard, D., Netillard, C., Cheraitia, E., Barthod, V., Choffel, J. M. Tartary, D., ... Tissot, E. (2016). Éducation thérapeutique en psychiatrie : représentation des soignants, des patients et des familles. *L'encéphale*, 42(1), 4-13.
- Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D. et Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorders. Case linkage study. *British Journal of Psychiatry*, 172, 477-484.
- Wallace, C., Mullen, P. E., Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 716-727.
- Walsh, E., Moran, P., Scott, C., McKenzie, K., Burns, T., Cree, F., ... Fahy, T. (2003). Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 183, 233-238.

RÉSUMÉ

Cet article prend appui sur une recherche en psychologie clinique sur la violence au sein des organisations de personnalités psychotiques. À partir d'un cas clinique, notre article se donne pour objectif d'interroger la fonction psychique de l'agir violent du sujet psychotique au regard de l'organisation psychique et du parcours de vie. Nous soutenons l'hypothèse selon laquelle, pour le sujet psychotique, l'agir violent résulte d'une tentative d'annihilation de l'objet dans sa différence afin de lutter contre des angoisses d'intrusion et d'anéantissement. Nos résultats soulignent la nature paradoxale de la mise en acte violente, témoignant à la fois d'une désorganisation, mais aussi d'une tentative d'appropriation subjective.

MOTS CLÉS

agir violent, organisation psychotique, parcours de vie, angoisse

ABSTRACT

This article is based on a clinical psychological research about violence in psychotic organization of personality. Based on a clinical case, the purpose of our article is to bring into question the psychic function of the act in relation to psychological organization and life-course. Our hypothesis asserts that, for a psychotic subject, violent act results from an attempt of the object annihilation in its difference, its desubjectivation to fight against intrusion and destruction anguish. Our results raise the paradoxical nature of the violent act, testifying both to disruption but also an attempt to subjective appropriation.

KEY-WORDS

violent act, psychotic organization of personality, life-course, anguish
