

Le risque d'effraction psychique par le contre-transfert en thérapie

À propos du cas d'une adolescente psychotique dans le cadre d'un dispositif boxe-peinture

Louis DAVID

Psychologue clinicien, Centre d'éducation fermé de La Pujade & RASED de Rodez
Doctorant en psychologie clinique, UTRPP (UR 4403 Université Sorbonne Paris Nord)

louisdavid95@hotmail.fr

Résumé

Cet article explore le risque d'effraction psychique par le contre-transfert en psychothérapie, à partir du cas d'une adolescente psychotique accueillie dans un dispositif associant boxe et peinture. L'auteur précise son cadrage théorique, en rapprochant la notion d'effraction de celle de « moi-peau » décrite par Didier Anzieu. Il présente ensuite le dispositif thérapeutique, au cours duquel le patient compose avec son monde interne afin de préparer les mouvements créateurs. L'exposé du cas d'Eloïse permet d'interroger plusieurs réactions psychocorporelles du clinicien accompagnant ces mouvements, réactions qui peuvent être vécues comme une effraction dans ce processus sensible et important dans le cas de sujets psychotiques.

Abstract: The Risk of Psychic Break-in by Countertransference in Therapy: A case study of a psychotic adolescent in a boxing-painting apparatus

This article explores the risk of psychic break-in by countertransference in psychotherapy, exploration based on the case of a psychotic adolescent who was admitted in a psychotherapeutic apparatus combining boxing and painting. The author sets out his theoretical framework, referring the notion of break-in to the concept of "skin-ego" described by Didier Anzieu. He then presents the therapeutic apparatus, in which the patient composes with his internal world, in order to prepare the creative movements. The presentation of Eloïse's case provides an opportunity to examine a number of the clinician's body reactions to these movements, reactions that can be experienced as a break-in in this sensitive and important process in the case of psychotic subjects.

Mots-clés

Effraction psychique – Boxe en psychothérapie – Peinture en psychothérapie – Psychose – Contre-transfert

Keywords

Psychic Break-in – Boxing in Psychotherapy – Painting in Psychotherapy – Psychosis – Countertransference

Cet article explore une modalité d'effraction psychique particulière impliquée par les mouvements transférentiels et contre-transférentiels entre le clinicien et la personne qu'il suit en psychothérapie, mouvements qui ont été désignés par le terme de *transfert hypomaniaque* (Racker 1959 [1997].) Nous nous appuyons à cet effet sur la présentation d'un cas, l'accompagnement sur une année d'une adolescente de 16 ans que nous avons choisi de nommer Éloïse. Accueillie dans un service d'accompagnement de jour, elle présentait une modalité de fonctionnement psychotique. Un dispositif boxe-peinture lui fut proposé, afin de favoriser l'expression par l'acte sur une toile blanche là où la verbalisation en entretien pouvait s'avérer difficile. Ce dispositif est généralement proposé en

individuel aux adolescents chez qui le langage de l'acte prévaut sur les échanges verbaux. Avant de présenter ce mode d'accompagnement, nous précisons notre cadrage théorique, en définissant la notion d'effraction, puis en exposant un processus décrit par Didier Anzieu, qu'il appelle *phase de saisissement* (Anzieu 1981), et sur lequel nous articulons notre approche clinique. Au cours de cette phase, le patient compose avec son monde interne afin de préparer les mouvements créateurs : nous aurons à nous interroger sur plusieurs réactions psychocorporelles du clinicien qui peuvent être vécues comme une effraction dans ce processus sensible et important dans le cas de sujets psychotiques. Au cours des huit séances de boxe-peinture auprès d'Éloïse, nous avons pu suivre et reprendre ce risque d'effraction au sein du processus créateur, ce qui nous permet de dialectiser nos résultats.

1. CADRAGE THÉORIQUE ET PROBLÉMATISATION

1.1. L'effraction et son principe économique

L'effraction est au départ un terme emprunté au vocabulaire judiciaire du code civil désignant « *le forçement, la dégradation ou la destruction de tout dispositif de fermeture ou de toute espèce de clôture* »¹. Il renvoie à l'intrusion ou la pénétration d'un corps ou d'un objet dans un autre corps ou un autre objet délimité par une membrane ou un contour distinct faisant de lui une entité à part entière. L'effraction désigne un mouvement de relation marquée par le forçement entre deux entités : l'une qui rentre (que nous nommerons émettrice) et l'autre qui reçoit/subit l'effraction (réceptrice).

Cette définition est physique. Sur le plan psychique, nous nous devons de prendre en compte la dimension économique résultant d'un mouvement chargé d'énergie de l'entité émettrice, suffisamment puissant pour percer, traverser la paroi/membrane de l'entité réceptrice. La dimension économique se définit dans les travaux de S. Freud, repris par Laplanche et Pontalis, comme « *tout ce qui se rapporte à l'hypothèse selon laquelle les processus psychiques consistent en la circulation et la répartition d'une énergie quantifiable (énergie pulsionnelle), c'est-à-dire susceptible d'augmentation, de diminution ou d'équivalence* » (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 125). Cette quantité énergétique attribuée à une entité psychique est susceptible de varier en fonction de son état (mobilité, impulsion, résistance, etc.). L'effraction dépend alors d'un élément (ou objet) entrant en contact de façon plus ou moins brutale avec un autre objet, plus ou moins prêt à accueillir/subir cette sollicitation.

Comme le soulignent les coordinateurs du numéro dans leur présentation, la figure de l'effraction implique celle d'une entité dotée d'une enveloppe. Cette image peut être interrogée si on l'applique à l'appareil psychique, parce qu'elle postule une antériorité d'un psychisme qui serait déjà-là dès l'origine, protégé par une telle enveloppe, pour pouvoir être effracté. Comme le rappelle Richard Hellbrunn (2025, dans ce même numéro), citant lui aussi Laplanche et Pontalis, il est possible qu'avant l'effraction d'un dehors vers le dedans, il n'y avait peut-être pas de dedans, pas de distinction entre un intérieur et un extérieur. Néanmoins, cette image de la membrane ou de la paroi psychique fournit une figure intéressante pour ce qui concerne notre propos, en convoquant le concept de moi-peau élaboré par Didier Anzieu.

1.2. L'effraction et l'enveloppe psychique du moi-peau

Le moi-peau est un concept psychanalytique reposant sur une articulation croisée entre la physiologie, la dermatologie, l'anthropologie et la psychologie. Ce concept développé par le psychologue Didier Anzieu (1985) propose de penser l'enveloppe psychique du sujet comme surface de protection et d'échanges avec le monde extérieur. Elle s'appuie sur des théories précurseuses comme celle du pare-excitation, notion que l'on trouve pour la première fois chez S. Freud dans *Au-delà du principe de plaisir* (Freud 1920). Le concept de moi-peau est une représentation métaphorique du moi étayée sur la sensorialité tactile qui remplit trois fonctions de la contenance. Premièrement, le moi-peau limite et délimite le dehors et le dedans telle une barrière entre le monde interne et externe du sujet. Deuxièmement, cette barrière-là délimite mais protège également contre les stimuli externes qui risqueraient de faire effraction dans le monde interne du sujet. Troisièmement, cette barrière physico-psychique qui s'ouvre et qui se ferme permet aussi la communication et les échanges avec l'environnement.

1. Code pénal, Article 132-73.

1.3. La problématique : effraction et contre-transfert

Nous proposons ici d'introduire la question du rapport entre effraction et contre-transfert. Nous pensons que le contre-transfert provenant du clinicien pourrait constituer une effraction. Nous allons développer cette idée à partir du cas d'Éloïse à travers plusieurs vignettes cliniques. Le contre-transfert résulte de « *l'ensemble de réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci* » (Laplanche & Pontalis 1967, p. 103). Trois orientations majeures se déclinent sur le plan technique selon ces auteurs : *la première* consiste à réduire les manifestations de l'analyste afin que celui-ci serve de surface projective la plus objective possible pour le travail du transfert du patient ; *la deuxième* consiste à l'utiliser tout en contrôlant ces manifestations comme une forme de radar pour mieux comprendre la relation avec le patient ; *la troisième* comme une indication à se laisser guider par ses propres réactions contre-transférentielles constituant « *la seule communication authentique psychanalytique* » (id., p.104). La troisième proposition illustrerait les mouvements d'effractions de la part du clinicien que nous souhaitons mettre au travail ici. Nous solliciterons à cet effet les travaux de Heinrich Racker sur le contre-transfert (Racker 1959 [1997]).

2. PRÉSENTATION DU DISPOSITIF THÉRAPEUTIQUE : LA BOXE-PEINTURE

Au départ de cette recherche clinique, il y a une interrogation sur une difficulté chez des adolescents en souffrance pour s'exprimer verbalement au sein d'un dispositif face à face en entretien clinique. Le dispositif boxe-peinture, que nous avons créé en 2017, est un dispositif groupal qui s'adresse spécifiquement à une population adolescente (tranche 16-18 ans) présentant une prévalence au langage de l'acte ; et particulièrement des profils « dits » délinquants, en Centre Éducatif Fermé où nous exerçons comme clinicien actuellement. L'utilisation du langage de l'acte permet au sein de ce dispositif de favoriser l'extériorisation et d'y déposer une trace picturale qui peut être reprise dans l'après-coup tout en prenant en compte la dynamique des interactions avec le clinicien.

Le cas que nous présentons ici est celui d'une adolescente de 16 ans, rencontrée cependant de façon individuelle, et non en groupe, dans le cadre de la protection de l'enfance sur huit séances espacées de deux semaines à chaque fois. Nous avons travaillé avec Éloïse dans un service annexe du Foyer de l'enfance. Il s'agissait d'un service éducatif et d'accompagnement dans lequel nous avons travaillé pendant une année, dédié à l'accompagnement de la parentalité, mais aussi à l'accueil d'enfants et d'adolescents qui étaient reçus dans le service. Ce service réunissait une équipe de quatre éducatrices, ainsi qu'une chef de service assurant la coordination des interventions en lien avec les ordonnances judiciaires du Juge des enfants. Les familles qui étaient accompagnées bénéficiaient toutes d'un suivi de l'Aide sociale à l'enfance, avec assistance éducative en milieu ouvert. Les séances alternaient entre rendez-vous psychologique pour les adolescents et rendez-vous éducatif. Les parents étaient rencontrés ponctuellement afin de les inclure au sein de l'accompagnement et du suivi de l'adolescent.

2.1. Spécificités du transfert dans les médiations thérapeutiques

Nous travaillons ici dans le cadre des médiations thérapeutiques. Elles se réfèrent à leur étymologie latine « *mediare* »² qui signifie « être au milieu de, s'interposer », mais nous pouvons supposer que la médiation fait ici davantage référence à la dimension de rencontre. Cette rencontre de deux individus va se tisser autour d'une activité médiatrice où va pouvoir se mettre au travail le transfert sur un mode spécifique. Le médium présente une qualité d'attracteur sensoriel (Brun 2021) qui attire et invite à déployer une associativité sensori-affectivo-motrice spécifique d'où vont pouvoir jaillir des émotions et des affects chez le sujet. Ces dispositifs à médiation permettent d'investiguer ce que nous appelons en psychopathologie clinique la période archaïque, c'est-à-dire ce qui est au *commencement* du sujet et qui est un *principe unificateur* du sujet lui-même. Cette période archaïque est très souvent associée à la dimension préverbale, précœdipienne, là où le langage du corps et de l'acte prévaut sur les processus langagiers. Ces dispositifs sont fréquemment utilisés auprès de sujets présentant des souffrances profondes nécessitant une prise en charge spécifique (autismes, psychoses, fonctionnements narcissiques-identitaires, etc.).

2. C. Albert., J-P. Boutinet., *l'ABC de la VAE*, 2009, p.163-164.

Claudine Vivier-Vacheret, psychologue clinicienne spécialiste des médiations thérapeutiques (Vivier-Vacheret 2016), précise qu'elles sont utilisées lorsque nous rencontrons des difficultés avec certains patients qui ont du mal à s'inscrire dans des dispositifs plus classiques tel que des entretiens cliniques. Trois points définissent la spécificité de cette écoute.

Le premier est que la chaîne associative pour ces patients que nous recevons en entretien ne fonctionne plus. Ce cadre à médiation permet de mettre au travail la chaîne associative des signifiants formels qui s'appuient sur le médium et sur le matériel sensoriel pour s'exprimer (peinture, modelage, etc.).

Le deuxième point, important ici, concerne la spécificité du transfert. Claudine Vivier-Vacheret rappelle la notion de « diffraction du transfert » avancée par René Kaës, et propose le terme de « transfert par dépôt » (Vivier-Vacheret 2005, 2010) : les patients qui viennent dans ces séances sont des patients souvent difficiles (notamment en raison du fonctionnement narcissique-identitaire) et les éléments qu'ils apportent dans la séance font parfois violence sur le clinicien. L'utilité des groupes à médiation est que ce transfert est réparti sur tous les membres du groupe, ce qui le rend plus supportable.

Enfin, troisième point, l'énorme charge émotionnelle de ces séances et la grande quantité de matériel clinique rendent l'interprétation difficile, car l'archaïque se présente. En effet, *les expériences archaïques prennent forme par le transfert afin de passer des sensations aux émotions pour penser le processus de transformation des formes* (Vivier-Vacheret 2010, p. 37). L'archaïque et sa mise au travail avec ces patients vont permettre d'aborder autrement la prise en charge groupale dans son ensemble. L'idée est de pouvoir proposer aux patients de pouvoir « revivre, rejouer » une expérience difficile et traumatique de l'ordre de « l'impensé » afin qu'ils puissent s'inscrire à nouveau dans un rapport de subjectivité à soi-même. Les travaux sur les groupes permettent de penser les phénomènes de symbolisation primaire (possibilité de fantasmatisation) et secondaire (mise en mouvement entre représentation et pensée) de manière éclairante pour la clinique.

2.2. La phase de saisissement dans les processus créateurs (Anzieu 1981)

Dans la visée qui est ici d'investiguer la notion d'effraction au sein d'un processus créateur, il nous faut préciser comment se déploie ce dernier. Dans son ouvrage majeur *Le corps de l'œuvre* (1981), Didier Anzieu définit cinq phases du processus créateur. Dans l'ordre chronologique : éprouver un état de saisissement ; prendre conscience d'un représentant psychique inconscient ; l'ériger en code organisateur de l'œuvre ; choisir un matériau apte à doter ce corps d'un corps et composer l'œuvre dans ses détails ; la produire au dehors. La phase qui nous intéresse est la toute première de ce processus, soit la *phase de saisissement*. Anzieu la définit ainsi comme plus qu'un état de régression (et/ou de dissociation) : c'est un état où le sujet va devoir « *supporter les représentants psychiques* » (Anzieu 1981, p. 98) au moment initial de l'acte créateur. Le sujet va être plongé dans son intérieur où émotions, sensations, souvenirs vont s'entremêler. Les objets internes du sujet sont convoqués sur la scène de création de façon principalement préconsciente. Cette phase est présente chez tout sujet créateur : un moment de régression saisit le sujet, une partie de lui-même va rester en lien avec la réalité extérieure et l'autre partie va arpenter son inconscient. Ce moment de « clivage » temporaire peut être désorganisateur pour le sujet. Il s'agit de penser la constitution de notre cadre-dispositif de façon que les processus de création puissent suffisamment advenir, sans pour autant désorganiser psychiquement notre sujet.

2.3. Le cadre des séances boxe-peinture

Le dispositif boxe-peinture propose une séance en trois temps. Le *premier temps* consiste en un entretien clinique préliminaire pour accueillir l'adolescent et lui présenter le dispositif. Le *deuxième temps* fait place à la création. Le patient enfle les gants de boxe pour pouvoir peindre directement sur ces grandes toiles blanches mesurant 90x70 cm. Nos toiles vierges sont solidement fixées au mur pour supporter l'impact des gestes, des coups et des chocs. Autre point important, le clinicien ne met pas de gants de boxe pour venir en aide au patient lors de la création. Il dispose de l'utilisation de ses mains et donc de toutes leurs capacités de préhension. Le sujet peut ainsi nous demander de lui servir de la peinture ou bien de lui essuyer ses gants de boxe. Le clinicien est alors un commis à la création. Il s'agit de s'intéresser aux interactions ayant lieu avec le patient. Que ce soit les mouvements d'allers et venues, d'invitations ou de mise à distance du clinicien durant l'acte de création. Cela permet

d'étudier les interactions et les effets potentiellement *effractants* dans nos interactions. Un *troisième temps* permet un échange post-crédation afin de créer un arc narratif sur ce dispositif.

Avant chaque sance, nous rappelons quelques rges comme : possibilit de utiliser le gant de boxe de diffrentes faons, en frappant ou en caressant la toile ; rappeler que le clinicien est prsent pour servir de la peinture et pour essuyer le gant de boxe si besoin ; qu'il faut faire attention à ne pas se faire mal ; tre libre de crer ce que le patient souhaite ; tre libre d'arrter quand le patient souhaite et ggalement que le clinicien veille sur le patient. Des blouses, des vtements de protection sont proposs. Ils protgent le sujet des coulures et des giclures sur ses vtements. De plus, cette protection permet de lever l'inhibition des mouvements liee la peur de se salir. Chaque sance dure 45 minutes en moyenne. Durant six mois d'accompagnement, nous avons propos une sance tous les quinze jours en moyenne, de faon à assurer une rgularit pour le patient tout en prenant en compte la temporalit institutionnelle et ses alas.

Pour chafauder notre dispositif, nous utilisons la boxe comme un « sport-limite » convoquant la dimension expressive et messagère du corps à l'adolescence (Hellbrunn 2003 [2014]). Concernant la dimension picturale, nous nous inspirons du courant artistique *action-painting* qui, dans les annes 1950, dans un contexte post deuxime guerre mondiale, favorisait l'expression du langage de l'acte, en rfrence aux travaux de Jackson Pollock, mais aussi d'autres auteurs et courants comme le tachisme de George Matthieu. L'expressionnisme abstrait s'intresse spcifiquement au geste crateur plus qu'à la structuration pensee de l'œuvre. C'est donc un mouvement à la fois artistique et politique puisqu'il prne le dsir de libert lie au contexte de l'poque.

Notons, sur le plan historique, que la cration des gants de boxe dans les annes 1870 avait pour but de protger les boxeurs lors des combats. Il s'agissait de pouvoir frapper tout en tant protg. Auparavant, les combats se droulaient à mains nues et les dgats taient dvastateurs. Dans notre dispositif, l'utilisation de l'outil gant de boxe propose une fonction pare-excitante (enveloppe, mousse) : tre protg, pour frapper. L'utilisation de la peinture, son dpôt sur la toile directement avec le gant de boxe peut par ailleurs se penser, toujours en rfrence aux travaux d'Anzieu (1994), comme une possibilit d'inscription des traces sensorielles, tel un dpôt de l'prouv in-terne visualisable par l'adolescent. En somme, l'utilisation des gants de boxe ampute les mains d'une partie de la fonction de prhension, mais favorise paradoxalement le mouvement de l'acte par le fait que celui-ci prserve les mains. Sur un plan artistique, nous pensons à la citation connue de Pierre Soulages se rférant à ses « Outrenoirs » dans les annes 1970, œuvres dans lesquelles il n'utilisait que des aplats noirs jouant avec la lumire : « *plus les moyens sont rduits, plus l'expression est forte* ».

2.4. Les interactions psychocorporelles en sance

Pour penser les interactions psychocorporelles en sances, nous nous rférons aussi aux travaux de Wilfred Bion, tels qu'ils sont prsents notamment par Elsa Schmid-Kitsikis (1999). Bion a travaill sur la notion d'interaction primaire entre le sujet et son environnement, notamment la mre (sous toutes ses formes symboliques). Ce qu'il dsigne comme la « fonction alpha » permet de diffrencier le conscient de l'inconscient et d'assurer les mcanismes du rve, des souvenirs et de la rverie. L'entit maternelle par sa fonction de moi-auxiliaire (concept de Bion) va permettre à l'enfant de constituer un Moi suffisamment solide et scuris afin qu'il puisse par lui-mme reprsenter des choses et se reprsenter. C'est ce que Bion nomme « la barrire de contact », qui se forme grce aux pensees de la mre et aux pensees que le nourrisson a pu se constituer lui-mme, formant un lieu dlimit des non-pensees, impressions sensorielles non intgrees (les lments bta) : « *La prolifration d'lments alpha produit une barrire de contact, une entit qui spare les lments en deux groupes, l'un tant et formant le conscient, l'autre tant et formant l'inconscient* » (Schmid-Kitsikis 1999, p. 62).

Sur le plan clinique et anthropologique, le clinicien rejoue le rle d'une mre contenant venant dtoxifier les lments bta, en retraduisant au sujet ces lments bta en lments alpha. Il accomplit un acte et incarne un mode de prsence de l'Autre permettant la formation de cette barrire de contact pour le bbb. Parfois, lors des sances de mdiation gants-peinture, les patients n'arrivent pas à peindre. Il suffit de prendre un temps, leur montrer des faons de faire, de peindre, et leur laisser la libert de crer ce qu'ils souhaitent. L'utilisation de la fonction maternelle, sous sa forme de rverie, permet de soutenir les processus de pensee du sujet. Une autre dfinition plus pousse de cette fonction de rverie est proposee ggalement par Thomas Ogden : « Ce terme forgé par Bion, me sert non seulement à indiquer les tats psychiques qui rfltent clairement la rceptivit active de l'analyste

envers l'analysant, mais encore à désigner tout un ensemble hétéroclite d'autres états liés à l'introspection de l'analyste narcissiquement absorbé en lui-même, aux ruminations obsessionnelles, à l'activité onirique diurne, à la production de fantasmes sexuels, etc. » (*in* Ferro & Basile 2009 [2015], p. 160). Cette capacité de rêverie, encore appelée pensée vagabonde chez Bion, est un état interne chez l'analyste qui le met en perception par rapport à l'ensemble des éléments de l'analyse elle-même. Nous essayerons cependant de montrer, dans le cas que nous présentons, comment l'idéalisation de cette fonction de rêverie pourrait s'avérer être un leurre pour la rencontre subjective.

3. LA RENCONTRE ET LE TRAVAIL AVEC ÉLOÏSE

Éloïse a 16 ans. Elle est une des adolescentes que l'équipe me signale et dont ils me présentent la situation lors de mon arrivée dans le service. Selon l'équipe, Éloïse présenterait un fonctionnement psychotique : les entretiens seraient très compliqués pour elle en face à face. Elle évoquerait des hallucinations, principalement auditives. Dernièrement, un épisode d'hallucination visuelle s'est produit chez elle la nuit lorsqu'elle dormait chez son père³ : trois individus seraient sous son lit pour tenter de la violer. Elle se serait enfermée dans la salle de bain en panique. Le père et la belle-mère se seraient réveillés pour venir la raisonner, sans effet. Dans un accès d'agacement et de peur pour sa fille, ne pouvant pas la voir puisque celle-ci était enfermée dans la salle de bain, le père aurait donné un coup de poing dans la porte de la salle de bain pour tenter de « *faire redescendre Éloïse sur terre* ». Geste que monsieur reconnaît comme déplacé, mais que, étant lui aussi angoissé par cette situation, il aurait tenté pour la faire réagir. Elle est sous le coup d'une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert depuis plusieurs années en raison d'un conflit parental exacerbé. La famille est constituée du père ; de la mère ; de Mélanie, une sœur aînée de deux ans de plus qu'Éloïse ; et de Gaël, un frère âgé de 13 ans.

L'histoire familiale transgénérationnelle est marquée par un événement important : le père de madame (soit le grand-père maternel d'Éloïse) est décédé il y a quelques années. Il présentait une psychose maniaco-dépressive qui a duré plus d'une dizaine d'années avant le décès. Les états pouvaient être d'une grande excentricité avec des phases de dépression sévère. Ce fait m'est rapporté par l'équipe, qui précise que, selon la grand-mère d'Éloïse (la femme du grand-père décédé), Éloïse entendrait des voix et aurait un « don » pour communiquer avec les esprits.

Avant de commencer les suivis, je reçois les parents. Je vois monsieur lors d'une réunion et je verrai madame par la suite, un autre jour. Lors du premier contact, monsieur se présente comme quelqu'un d'équilibré. Il a une quarantaine d'années, a vécu une partie de sa vie à la campagne et à Toulouse, et laisse entendre un accent du sud plutôt marqué.

Le jour où je reçois madame, c'est en présence d'Éloïse pour un entretien de restitution à la suite d'une réunion qui a eu lieu quelques semaines auparavant, à laquelle madame était absente. Le conflit parental est présent et fort. Je questionne madame dans un premier temps afin de faire le point avec elle sur les objectifs de cette mesure. Madame évite mes questions la concernant et cible monsieur : « *le papa n'écoute rien, il perturbe l'organisation ... ce n'est pas pour l'intérêt des enfants, ...* ». Bien que la mesure ait aussi pour but de recréer un lien progressif entre Éloïse et sa mère, Éloïse n'a pas de place, sa mère lui coupe la parole à plusieurs reprises. Éloïse a la tête baissée. Je peux toutefois lui indiquer qu'elle peut dire ce qu'elle pense, tout en la mettant en confiance. Elle pourra dire clairement qu'elle ne voudra pas augmenter son temps de garde chez sa mère « *pour l'instant* ». La mère est surprise. Elle la regarde, les yeux écarquillés. Je lui explique qu'Éloïse n'est peut-être pas encore prête, puis j'invite délicatement la mère à sortir de l'entretien pour m'entretenir avec Éloïse. Une fois la porte fermée, Éloïse se détend : elle s'assoit en tailleur, bras par-dessus le dossier de la chaise, moins crispée, moins rouge sur son visage. Elle souffle. Soudain, elle rouspète et se met en colère : « *ma mère ne m'écoute pas* », dit-elle. Elle indique ne pas arriver à s'exprimer, ce qui a pour conséquence qu'elle se renferme sur elle-même, voire qu'elle peut avoir des conduites automutilatrices. Soudain un calme dans la séance. Voyant que sa colère ne passe pas totalement, je lui propose de faire, si elle en est d'accord, une séance boxe et peinture. Elle semble intéressée. Nous nous levons de nos chaises et avançons vers le dispositif.

3. Les parents sont séparés depuis une dizaine d'années, soit quand Éloïse avait environ 6 ans.

Je lui présente le cadre et elle choisit une paire de gants, puis me sollicite pour que je l'aide à les mettre. Nous prenons quelques instants afin qu'elle se laisse imprégner par le début de la séance. Je lui répète avec douceur et précaution : « *quand tu es prête, tu peux commencer* ». Éloïse marche lentement. Elle s'approche et regarde les couleurs disposées. Elle demande que je lui serve du bleu, suivi d'un « *s'il vous plaît* ». Dans un premier temps, Éloïse trempe son gant dans la peinture. Elle frotte délicatement son gant dans le bac de peinture. Elle s'approche de la toile et va tapoter la toile avec sa main droite. Elle est appliquée, mais je vois qu'elle cherche et recherche où placer son gant de boxe, tout en peignant. Je lui fais un rappel comme quoi le gant peut aussi servir pour d'autres fonctions que frapper (frapper, tapoter, glisser, etc.). Éloïse essaye : elle pose son gant de boxe sur la toile et le fait glisser dessus. Je lui demande ce qu'elle vient de faire, ce qu'elle est en train de créer : « *des nuages, des petites gouttes et un smiley triste au milieu* ». L'aspect non-figuratif de la toile permet de donner des perspectives intéressantes, et le « *bonhomme triste* » se dessine clairement au centre de la toile. Elle poursuit en choisissant une autre couleur : le rouge. Toutefois, elle tapote, mais dans une intensité autre : elle insiste et dépose davantage de matière, ce qui donne du relief, voire qui pourrait presque donner une impression de « matérialité vivante ». Je lui laisse le temps de peindre, j'interviens rarement. Je la vois appliquée. J'oscille corporellement entre la table où se situent les peintures et à côté d'elle. Je me déplace lentement. Éloïse présente son œuvre tout en cherchant ses mots : « *la colère et les coups que tu reçois quand t'es insultée* ». Éloïse poursuit, les couleurs se mélangent. Soudain, elle recule devant sa toile et me dit : « *j'ai plus d'idées* ». J'attends quelques secondes. Elle regarde les peintures...elle attend un peu... puis me dit « *non c'est bon* ». Éloïse arrête de peindre. Après une explication de sa toile, Éloïse pourra dire : « *j'étais angoissée avant de venir, car je pensais que j'allais être avec maman tout l'entretien... maintenant je me sens mieux* ». Elle pourra donner un titre à sa toile : *les émotions*. Je la raccompagne. C'était sa première séance.

La suite des séances permettra de constater une évolution de la forme sensori-motrice ainsi qu'une réversibilité de l'évolution formelle. Au fur et à mesure des séances, Éloïse va pouvoir investir progressivement le dispositif et créer par elle-même. Pour donner ici des éléments cliniques, nous allons rapporter plusieurs vignettes en lien avec ces interventions lors des séances futures. Nous mettrons en lumière à chaque fois des moments clés des séances, c'est-à-dire des moments « supposés » moteurs pour la création et d'autres montrant une précipitation des interactions cliniques. Lors des vignettes de chaque séance, je propose de montrer les images des toiles.

Lors de la *deuxième séance*, Éloïse est en difficulté de peindre avec le gant de boxe. Elle aimerait l'enlever afin de faire usage uniquement d'un pinceau. Le gant de boxe gêne, déforme, voire, attaque les formes que le sujet aurait souhaité précisément exécuter. Sans râler, elle s'y reprend une deuxième, puis une troisième fois. Je me mets à ses côtés pour tenir la toile qui se balance par moments. Je tiens la toile avec mes mains. Éloïse ne réagit pas et continue de peindre : ce qui lui permet de pouvoir poursuivre plus précisément son tracé avec le gant de boxe. Elle peint ; et moi j'assiste, je soutiens, je prépare, j'essuie, comme à deux ou trois moments où elle me demandera d'essuyer ses gants pour éviter que la peinture se mélange. Sur la fin de la création, elle utilise son gant de boxe pour écrire.

La *quatrième séance* voit l'apparition d'un bonhomme en même temps que je suis au côté d'elle. Ma présence est proche et dans une lenteur proche de la sienne. Voici un extrait de mes notes cliniques : « *Un visage apparaît. Puis elle prend du bleu pour peindre un paysage autour. Un paysage crépusculaire. Puis elle reprend du beige. Je la vois par moments en difficulté : elle répète et appuie son gant sur la toile comme pour marquer un contour. Je tiens la toile sur le côté, appuyée contre le mur. Je reste là. Peut-être une minute. Éloïse ne me regarde pas, mais semble prise dans le processus de création. Le gant de boxe est utilisé dans différentes positions. Elle explore la toile qui devient progressivement intégralement remplie. Elle est très concentrée. Je suis juste à côté d'elle, à un mètre environ. Puis, en fin de séance, je me recule légèrement* ».

Lors de la *cinquième séance* je suis assisté par une stagiaire. La configuration spatiale change et la présence d'un autre sujet perturbe le champ de la création : « *Elle me regarde par intermittence : tantôt elle regarde la stagiaire, puis me regarde. J'ai l'impression qu'elle se sent mal à l'aise. Elle se touche le bras. Elle se frotte le bras. Je me dis qu'une mise en mouvement et en création pourrait l'aider à extérioriser quelque chose, à en dire quelque chose si possible. Je lui propose une séance boxe-peinture : Éloïse se lève, elle saisit les gants d'une traite que je n'ai pas le temps de lui proposer de l'aider. Elle enfle le premier gant. Je vois qu'elle n'arrive pas à accrocher le second. Je lui propose de l'aider* ».

La *sixième séance* se déroule également en présence d'un tiers, l'éducatrice chargée de l'accompagner, avec l'accord d'Éloïse. Durant cette séance, nous sommes deux intervenants qu'elle connaît préalablement. Elle semble davantage apaisée. Elle me demandera d'intervenir à nouveau pour lui servir de la peinture.

La *septième séance* est marquée par un incident récent : une dispute entre les parents. Éloïse a récemment dévalisé un magasin de bonbons en emportant plusieurs centaines d'euros de bonbons ainsi que des bijoux pour enfants. Elle paraît dans un état quasi éteint durant la séance. J'essaie de capter son regard avant que la séance commence. Puis, Éloïse s'approche. Je me rends compte que durant la production de son œuvre, je me déplace en balancier sur un pied puis sur l'autre. Comme si je marchais sur la pointe des pieds pour ne pas faire de bruit. Je suis attentif aux différents bruits qui pourraient perturber Éloïse dans son acte de création. Le parquet craque doucement. La puissance de ses frappes est constante. Peu de variations. Puis, lorsque je m'approche, ses tracés s'accroissent légèrement.

La *dernière séance* est marquée par davantage d'interactions en mouvements. Je dois faire à deux reprises un pas de côté pour ne pas lui couper son élan. « *Pardon* », lui dis-je. Je me surprends à lui dire ceci dans mon transfert. Je me repositionne près du mur où la toile est accrochée. Sa toile tremble sous les impacts et je m'approche avec douceur pour tenir le cadre afin qu'elle puisse déposer ses gestes. Son gant passe environ à quelques centimètres de mon visage. Au même moment, je me dis que, si son poing dérape, elle pourrait me frapper. Drôle d'association qui me vient à l'esprit. Sur l'ensemble des vignettes présentées, la plupart de ses toiles ont été accrochées principalement chez son père.

4. OBSERVATIONS THÉORICO-CLINIQUES ET RÉFLEXION CRITIQUE

4.1. Développement et repli de la figuration formelle

L'accompagnement d'Éloïse amène une réflexion autour de l'accompagnement des problématiques dite « archaïques » avec des symptômes principalement négatifs (repli, mutisme, voire hermétisme) faisant penser à une organisation schizophrénique. Il s'agit de proposer dans un premier temps une concordance entre une écoute des interactions précoces en lien avec une présence incarnée du clinicien sur la scène de création afin d'inviter aux processus de mouvements libidinaux. Sur le plan de la figurabilité, nous pouvons constater une apparition progressive de la figuration formelle, soit d'un passage d'une position de détachement de fond vers une position de figurabilité sur les séances 2, puis 4 et 5, où des représentations humaines émergent, telle une projection de l'image du corps plus ou moins unifiée. Cette figuration formelle est ensuite progressivement estompée sous une représentation du symbole où les formes humaines disparaissent (séances 6, 7 et 8). Nous devons donc observer une variation dans la qualité de figurabilité, et faire l'hypothèse d'une possible attaque des processus de liaison.

Mais un deuxième phénomène clinique pourrait ne pas être suffisamment perçu dans ce dispositif. Il semblerait que l'utilisation de notre outil, ici, le gant de boxe produirait un autre phénomène clinique, qui serait corollaire de celui décrit dans la *phase de saisissement* décrite par Anzieu. Nous allons en effet confronter notre clinique avec nos concepts pour construire un débat critique sur nos résultats et notamment la défiguration produite chez Éloïse lors de ses dernières séances.

Pour commencer, l'utilisation du gant de boxe vient restreindre, voire supprimer la fonction de préhension de la main. Les mains sont des membres permettant l'approche et la saisie de l'environnement qui nous entoure. Elles permettent la saisie des objets, leurs manipulations, leurs explorations, peuvent jouer un rôle dans la communication, par exemple par certains mouvements spécifiques (Fagard 2001). Dans notre dispositif, la main, ce membre du corps permettant d'entrer en relation avec le monde extérieur par le contact physique, est alors en quelque sorte amputée. Si nous faisons l'hypothèse que cette suppression de la fonction de préhension perturbe la façon dont le sujet entre en contact avec la réalité externe (soit le monde environnant), cela pourrait induire également un remaniement psychique interne. Pour le dire en terme métapsychologique, le Moi est déstabilisé dans l'appréhension de la réalité extérieure, le sujet se retranche dans sa réalité interne pour repenser l'interaction avec l'extériorité, mais aussi sa relation à lui-même. Le sujet se replie à l'intérieur de lui-même. Il est donc doublement désorganisé. Il ne s'agit pas uniquement de la désorganisation liée à la *phase de saisissement* (Anzieu 1981),

mais de ce que nous pouvons désigner comme *une double désorganisation dans le processus créateur*. La conjonction entre le phénomène de phase de saisissement et le repli intérieur provoqué par l'utilisation du gant de boxe (suppression de la fonction de la main) pourrait créer un ébranlement de l'appareil psychique d'autant plus important pour le sujet en création. Dans les fonctionnements psychotiques, nous observons que ce moment de la création peut être légèrement désorganisant, voire potentiellement susciter des hallucinations. Des mouvements moteurs désorganisés peuvent inciter le clinicien à venir en aide à la création, à la façon d'une *fonction alpha* dans la théorie de Bion (Schmid-Kitsikis 1999), ou encore en se référant aux travaux de Winnicott sur la *préoccupation maternelle primaire* (1969), pour soutenir les sujets psychotiques durant cette phase. Si nous revenons sur le cas d'Éloïse, nous pensons que la régression de la qualité formelle dans ses créations lors des dernières séances pourrait être en lien avec les potentielles effractions du clinicien de façon prématurée au sein du processus de création, ce que nous allons tenter d'expliquer grâce au concept de réaction hypomaniaque de Henrich Racker.

4.2. L'hypothèse de réactions hypomaniaques effractantes dans le contre-transfert

Heinrich Racker est connu pour être l'un des premiers à avoir travaillé sur le contre-transfert (Racker 1959 [1997]). Ses travaux portent sur la façon dont les objets internes de l'analyste interagissent en séance et comment ces réactions contre-transférentielles peuvent susciter un biais dans ses interprétations, voire présenter un risque d'effets pathologiques sur le patient. La réaction du thérapeute peut prendre la forme d'un processus hypomaniaque dans lequel il nie la persistance des conflits. Il peut par exemple considérer comme une amélioration du patient ce qui n'est qu'une amélioration transitoire et apparente de son état. Cette attitude hypomaniaque peut également se manifester par une forme d'obsession pour la théorie analytique qui le guide davantage que son être en présence. La technique est alors la seule référence et les interprétations du thérapeute tournent uniquement autour de cela. Le patient n'est plus l'objet du transfert et de la rencontre, mais devient l'objet d'une projection du surmoi du thérapeute tentant de faire vérifier des hypothèses de travail dans ce phénomène de « sous-transfert » (Goyena 2006).

Lorsqu'apparaissent des mécanismes de désorganisation du patient, le thérapeute peut entrer dans une phase de réponse hypomaniaque qui consiste à vouloir trouver une réponse directe et quasi machinale à cette désorganisation. Ceci peut se manifester par des phénomènes psychocorporels de la part du clinicien qui se précipite pour aider, et qui peuvent être vécus comme une effraction pour le patient. Cette hypothèse est illustrée par la séance 6 : « *Elle me regarde par intermittence : tantôt elle regarde la stagiaire, puis me regarde. J'ai l'impression qu'elle se sent mal à l'aise. Elle se touche le bras. Elle se frotte le bras. Je me dis qu'une mise en mouvement et en création pourrait l'aider à extérioriser quelque chose, à en dire quelque chose si possible. Je lui propose une séance boxe-peinture : Éloïse se lève, elle saisit les gants d'une traite, je n'ai pas le temps de lui proposer de l'aider. Elle enfila le premier gant. Je vois qu'elle n'arrive pas à accrocher le second. Je lui propose de l'aider.* »

Deux idées peuvent être dégagées dans ce passage de ma séance avec Éloïse et ma stagiaire présente à cette occasion. Premièrement, ce sont « mes impressions » qui me font supposer qu'Éloïse est en mauvaise position, ce qui provoque chez moi une réaction contre-transférentielle de devoir agir. Mon intention est de répondre de façon instantanée à son besoin, comme pour vouloir apaiser, telle l'exécution quasi-robotique d'une fonction alpha de Bion. L'utilisation de la théorie de façon machinale résulterait ici d'un contre-transfert indirect pour venir répondre aux attentes du surmoi du clinicien. Ce passage révèle à la fois un phénomène de contre-transfert indirect et un contre-transfert complémentaire où l'attitude du thérapeute vient suppléer à une « *partie du Moi non-désirée du patient* » (Goyena 2006). Les phénomènes d'hypomanie chez le clinicien pourraient être identifiées à la façon dont celui-ci se calque sans distance sur ses références théoriques, chaque réaction du patient durant ce phénomène suscitant une réponse du clinicien supposée adaptée. L'anticipation du désir du patient et le raccrochement du thérapeute à la théorie seraient la manifestation d'un contre-transfert indirect (David & Barry 2023).

4.3. Le mythe « héroïque-masochiste » (Anzieu 1981)

Afin de développer notre point de vue sur les limites que le contre-transfert hypomaniaque introduit dans les processus créateurs, nous pouvons reprendre la référence que fait Anzieu à la mythologie grecque. Il parle à cet égard du mythe « héroïque-masochiste » pour penser la clinique. Anzieu met en lumière un mythe gréco-latin, celui d'Héraclès/Hercule, pour illustrer ce phénomène héroïco-masochiste (Anzieu 1981, p. 61-64). Le dieu Zeus engendre un enfant adultérin, Héraclès, avec une mortelle, Alcène, provoquant la jalousie de la déesse Héra.

Celle-ci punit l'enfant d'une série de travaux titanesques tout au long de sa vie (les douze travaux d'Hercule) ainsi que d'une existence fastidieuse. Ce n'est qu'à sa mort, en montant au ciel, qu'Héraclès pourra se réconcilier avec Héra et enfin vivre une véritable gloire que son père aurait souhaité pour lui durant son existence. En transposant ce mythe à notre réflexion clinique, on peut questionner la pratique du clinicien : qu'est-ce qui alimente le fantasme héroïque, presque compulsif, qui le pousse à venir en aide à son patient ? Anzieu propose une articulation avec la dimension du masochisme comme explication de ce phénomène. Par transposition, l'agir « héroïque » du clinicien pourrait être teinté d'un masochisme inconscient, résultant de la relation que le clinicien entretient avec son propre surmoi et donc à sa propre culpabilité le poussant à agir, de la même façon qu'Héraclès a voué sa vie à la tâche dictée par la déesse Héra. Pour Anzieu, il s'agirait d'un « *besoin de se faire souffrir en se tuant à la tâche et en même temps une façon de se racheter* » (id., p. 62).

L'enseignement pour nous est donc de bien différencier notre soutien justifié aux processus créateurs du patient, et notre propre désir de clinicien. Dans le processus contre-transférentiel, l'agir du clinicien peut n'être pas prioritairement une relation intersubjective de son Moi pour venir en soutien au Moi du patient, mais pourrait résulter de l'action du Surmoi cherchant à venir faire correspondre le Moi du patient à l'Idéal du Moi du clinicien. Ce qui signifie que le processus de maturation du patient est propulsé, mis sous pression. Ce qui peut être d'autant plus problématique dans les cas où les patients avec lesquels nous travaillons présentent une prévalence du Moi-Idéal plutôt que de celle de l'Idéal du Moi. En agissant contre-transférentiellement, les processus secondaires chez le patient s'y verraient convoqués de force, là où le sujet présenterait une prévalence des processus primaires (processus pulsionnels et archaïques), à la façon d'une « *injection d'Idéal du Moi* » à l'intérieur du patient, telle une pique que le thérapeute pourrait utiliser quand bon lui semble. Il paraît donc essentiel de faire attention à ne pas précipiter les processus de maturation chez un sujet qui ne pourrait pas (et/ou ne voudrait pas) être en capacité de recevoir cette « aide ».

4.4. Intérêt thérapeutique du contre-transfert ?

Bien que le contre-transfert puisse ainsi constituer une effraction psychique, celle-ci n'est pourtant pas nécessairement négative dans l'absolu pour le patient. La discussion se complexifie, dès lors que l'on considère tous les effets de cette effraction, en fonction des objectifs de la thérapie et des organisations psychiques spécifiques de nos patients.

Même si l'intervention du clinicien mobilise une valence contre-transférentielle de sa part, nous ne pouvons exclure la potentialité contenante de cette intervention, au sens où celle-ci permet de circonscrire la pulsion du sujet dans un contenant spécifique, son propre corps. Ici, nous faisons écho au moi-peau d'Anzieu et à son sous-schème de contenance, voire de maintenance (Anzieu 1994). En effet, la mobilisation corporelle du clinicien sous l'effet de son contre-transfert est susceptible de permettre un rassemblement des pulsions partielles du sujet, en particulier quand celui-ci présente des modalités psychotiques et autistiques. Nous nous référons ici aux travaux de Freud sur la pulsion partielle (Freud 1905), qui font l'hypothèse qu'un défaut de maturation psychique chez le bébé dans son développement psychosexuel entraînerait une persistance et une prévalence des pulsions partielles à l'âge adulte. Or, les sujets avec lesquels nous travaillons présentent parfois des organisations psychiques dites « psychotiques » avec pour certains des fragmentations du Moi, des fixations psychosexuelles ainsi que le non-dépassement de certains stades psychiques. La dimension partielle de la pulsion, et donc sa prévalence à investir des objets non-totaux, renvoie à la période prégénitale du fonctionnement psychique. Ce que l'on repère à une traversée non aboutie de la position dépressive, au sens de Mélanie Klein : le sujet, en se développant, en est resté à une position schizoïde-paranoïde, avec des mécanismes de défense par clivage bon/mauvais.

Nous pouvons articuler cette théorie avec notre propre vécu subjectif en séance avec Éloïse. On le repérera notamment dans ce que nous rapportons de nos mouvements corporels et de nos gestes accompagnant ceux de l'adolescente, presque par mimétisme. Les mouvements du thérapeute s'offrent ainsi au sujet comme un miroir, dont on peut supposer les effets contenant, même si, et peut-être parce qu'ils provoquent aussi des réponses de mise à distance de la part du sujet. Nous pensons à d'autres types de réactions de certains de nos autres patients, notamment lorsqu'ils sont en train de réfléchir à « comment peindre » leur toile. Certains viennent nous chercher corporellement. D'autres font un pas de côté et s'écartent. D'autres produisent jusqu'à des effets de prédation sur nous : nous nous sentons incapable de bouger, ils nous paralysent.

Le paradoxe d'un contre-transfert qui peut être à la fois un biais dans le processus créateur et la thérapie, et en même temps un facteur reconstitutif pour le moi, nous oblige à nous remettre en question constamment. Les cas exposés par François Schmoll (2025, dans ce même numéro) illustrent la même dynamique transférentielle et contre-transférentielle, appelant les mêmes questions et la même attention. Qu'est-ce qui guide ces patients face à nos réactions contre-transférentielles ? Est-ce qu'ils puisent dans leur histoire personnelle ? Est-ce que la rencontre intersubjective cocréée entre le clinicien et le patient provoque un effet de rejet ? Nous en venons à nous demander si le cadre mis à disposition et pensé par le clinicien répond bien aux besoins du patient. Et que penser de notre mode de présence face à des patients présentant des histoires singulières, diverses et parfois chaotiques ? La mobilisation corporelle est-elle utile tout-le-temps ? Est-elle seulement nécessaire ? Et si oui, comment aller vers l'autre en évitant autant que possible d'effracter son intégrité psychique ? Comment articuler nos mouvements psychocorporels en séance avec nos patients ? Sur quoi nous baser cliniquement mais aussi théoriquement ?

Notre rencontre avec des sujets fragiles psychiquement nous incite parfois à être dans des modalités de présence particulière pour les accompagner dans le lien et son expressivité. C'est alors que sur le plan transférentiel, nous pouvons être amenés à être agi par notre transfert et sa pulsion afin d'explorer des zones spécifiques de la rencontre avec le sujet. Il s'agit peut-être de penser l'acte transférentiel du clinicien comme une pulsion d'interliaison (Avron 2011) qui permettrait de venir rassembler les pulsions partielles chez le sujet psychotique. Notre réflexion critique sur l'effraction nous porte à penser que l'acte du clinicien dans un mouvement psychocorporel pourrait aussi s'entrevoir comme une technique psychothérapeutique permettant de soutenir le sujet, ici dans son engagement expressif sur la toile.

Références :

- Anzieu D. (1981). *Le corps de l'œuvre*. Paris, Gallimard.
- Anzieu D. (1985). *Le Moi-Peau*. Paris, Dunod.
- Anzieu D. (1994). *Le penser : du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris, Dunod.
- Avron O. (2011/2). L'émotionnalité participative : corps et psychisme en interaction. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 57(2), p. 23-33. DOI : <https://doi.org/10.3917/rppg.057.0023>.
- Bapst M., Druzhinenko-Silhan D. & Schmoll P. (2025), Penser l'effraction en approche systémique, *Cahiers de systémique*, 6, p. 5-12. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.16033499>.
- Brun A., Chouvier B., Roussillon R. (2019). *Manuel des médiations thérapeutiques*, Paris, Dunod.
- Brun A. (2021). *Aux origines du processus créateur*. Toulouse, Érès.
- David L. & Barry P. (2023). Penser une éthique professionnelle dans la clinique de l'examen psychologique. *Le Journal des psychologues*, 406(5), p. 69-74. DOI : <https://doi.org/10.3917/jdp.406.0069>.
- De M'Uzan M. (1977). *De l'art à la mort*. Paris, Gallimard.
- Denis P. (2006/2). Incontournable contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 70(2), p. 331-350. DOI : <https://doi.org/10.3917/rfp.702.0331>.
- Fagard J. (2001). *Le développement des habiletés de l'enfant*. Paris, CNTS éditions. DOI : <https://doi.org/10.4000/books.editions-cnrs.4855>.
- Ferro A. & Basile R. (dir.) (2009 [2015]), *The Analytic Field. A Clinical Concept*, London, Karnac Books. Tr. fr. *Le champ analytique : un concept clinique*, Montreuil/Bois, Ithaque.
- Freud S. (1905). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Tr. fr. (2014), *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris, Payot.
- Freud S. (1920), *Jenseits des Lustprinzips*. Tr. fr. *Au-delà du principe de plaisir*, in (1983), *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.
- Goyena A. (2006). Heinrich Racker ou le contre-transfert comme un nouveau départ de la technique psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, 70(2), p. 351-370. DOI : <https://doi.org/10.3917/rfp.702.0351>.
- Hellbrunn R. (2003 [2014]). *À poings nommés. La violence à bras le corps*. Toulouse, Érès. 2^e éd. : Paris, L'Harmattan.
- Hellbrunn R. (2025). Effraction et trauma dans la théorie freudienne. *Cahiers de systémique*, 6, p. 13-21. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.16035195>.
- Laplanche J. & Pontalis J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, PUF.

- Racker H. (1959 [1997]). *Übertragung und Gegenübertragung: Studien zur psychoanalytischen Technik*. Tr. fr. *Transfert et contre-transfert. Études sur la technique psychanalytique*, Meyzieu, Césura.
- Schmid-Kitsikis E. (1999). *Wilfried R. Bion*. Paris, PUF.
- Schmoll F. (2025). Prendre des gants avec les victimes de viols : répondre à l'effraction psychique par la douceur, *Cahiers de systémique*, 6, p. 45-56. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.16037780>.
- Vivier-Vacheret, C. (2005). Les configurations du lien, la chaîne associative groupale et la diffraction du transfert. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 45(2), p. 109-116. DOI : <https://doi.org/10.3917/rppg.045.0109>.
- Vivier-Vacheret Cl. (2010). L'apport de la violence fondamentale à l'approche du groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 55(2) p. 11-24. DOI : <https://doi.org/10.3917/rppg.055.0011>.
- Vivier-Vacheret Cl. (dir.)(2016). *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*. Paris, Dunod.
- Winnicott D.W. (1956 [1969]). *Primary Maternal Preoccupation*. Tr. fr. *La préoccupation maternelle primaire*. in *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot.