

**LA CURE DE PACKS
UNE APPLICATION DES IDÉES
DE WINNICOTT
EN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE**

THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne
pour l'obtention du grade de docteur en médecine

par

NICOLAS DE COULON

Médecin diplômé de la Confédération suisse

Originaire de Neuchâtel

Lausanne

1981

Le Conseil de la faculté de médecine de l'Université de Lausanne, après avoir pris connaissance des rapports favorables de MM. les professeurs Ch. Müller et M. Burner, et sans se prononcer sur les opinions du candidat, autorise l'impression de la présente thèse.

Lausanne, le 17 mars 1982

Le Doyen :
Prof. J.-L. Rivier

UNIVERSITE DE LAUSANNE - FACULTE DE MEDECINE

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE

Directeur: Professeur C. MÜLLER

LA CURE DE PACKS

UNE APPLICATION DES IDEES DE

WINNICOTT EN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

T H E S E

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne
pour l'obtention du grade de docteur en médecine

par

NICOLAS DE COULON

Médecin diplômé de la Confédération Suisse
originaire de Neuchâtel

* * * * *

Lausanne

1981

REMERCIEMENTS

Ce travail trouve sa source dans les réflexions d'un petit groupe de thérapeutes de la Clinique de Nant (Hôpital psychiatrique du secteur est vaudois). L'étude de l'oeuvre de D. W. Winnicott a révélé de nombreuses analogies entre l'approche du psychanalyste anglais et notre pratique empirique des packs. C'est ce que nous avons voulu préciser afin d'ouvrir un débat sur ce type de traitement, peu commenté dans la littérature.

A cet égard, nous tenons à exprimer notre reconnaissance aux initiateurs de l'application des packs dans notre établissement, à savoir le docteur Cl. Miéville, médecin-chef, Monsieur J. David, infirmier-chef adjoint, Madame M. G. Fadda, psychothérapeute qui nous ont considérablement aidés par leurs observations et leurs encouragements. Nous aimerions aussi témoigner notre gratitude à tous ceux qui ont participé aux cures avec nous, en particulier à Mademoiselle M. Midi, infirmière. Cette thèse n'aurait pas non plus vu le jour sans le soutien compréhensif et stimulant du professeur C. Müller.

La collaboration et la patience de Mademoiselle J. A. Bender pour l'établissement du texte, et de Madame J. Bourquin pour la recherche de documents ont été décisives. Nous les en remercions.

TABLE DES MATIERES

	Remerciements	
I	Introduction	1
	1. Technique du pack	2
	2. Méthode	3
II	Historique	6
III	Revue de la littérature	12
IV	Observations cliniques	17
	No 1	18
	No 2	23
	No 3	27
	No 4	34
	No 5	35
	No 6	36
	No 7	37
V	Proposition théorique	39
	1. L'état de régression comme indication	39
	2. Le holding dans le pack	44
	3. Les phénomènes transitionnels et le pack	49
	4. Le sevrage ou la fin de la cure	54
VI	Conclusion	57
VII	Résumé	59
VIII	Références bibliographiques	61

"A ses débuts, le bon environnement psychologique est un environnement physique."

Winnicott

CHAPITRE I

I N T R O D U C T I O N

Le terme "pack" suivi d'une explication sommaire du type "enveloppement d'un malade mental dans des draps humides et glacés" suscite habituellement une réaction sinon d'effroi et d'indignation du moins de suspicion. Le tableau évoque des réminiscences de traitements sadiques dont notre imagerie est peuplée : méthodes de choc, isolements, camisoles de force, douches froides, etc., en somme la punition du fou. Les interlocuteurs laïcs y trouvent souvent la représentation traditionnelle de l'asile répressif voué aux géhennes par une partie du grand public. Les professionnels s'élèvent contre la résurgence d'un arsenal peu scientifique, ridiculisé par les thérapies modernes pharmacologiques et verbales. Il est difficile de condamner cette réprobation tant il est vrai que la rubrique "Hydrothérapie" a pratiquement disparu des manuels de psychiatrie et que ce procédé n'est généralement plus considéré comme thérapeutique, sauf dans certains cas de réhabilitation physique. Nous verrons qu'il n'en a pas toujours été ainsi.

Depuis quelques années, certains établissements psychiatriques recourent de nouveau aux enveloppements mais dans une perspective fondamentalement différente. Il ne s'agit plus de "contenir la folie dans une prison d'eau" ou "d'éliminer les miasmes de la maladie mentale". C'est pourquoi, nous voulons

présenter dans ce travail une "technologie douce" qui tient compte et de l'évolution des soins psychiatriques et des connaissances psychanalytiques qui sont venues les féconder. Sous de nombreux aspects, ce traitement se rapproche de la relaxation en ce sens qu'il développe une approche relationnelle médiatisée par le corps du patient. Il s'agit donc d'une forme de psychothérapie et c'est ce dont nous parlerons. Mais tout d'abord qu'est-ce qu'un pack ?

1. Technique du pack

Un pack est un enveloppement humide, serré, froid ou plus rarement chaud. On le pratique dans une pièce calme où l'on tamise légèrement la lumière. Les soignants sont au nombre de deux ou trois. On invite le patient à s'allonger déshabillé sur un lit recouvert successivement d'une couverture souple, un drap sec, suivis d'un drap, d'un linge de bain et de six serviettes de toilette essorées. On enveloppe ensuite les membres inférieurs et supérieurs avec les serviettes puis le thorax et le bassin à l'aide du linge; enfin, on couvre l'ensemble du corps avec le drap mouillé, le drap sec et en dernier la couverture. Deux coussins et un édredon complètent souvent l'enveloppement. Selon une réaction physiologique évidente, le patient se réchauffe rapidement grâce à une vasodilatation réflexe qui lui donne l'impression confortable d'être dans un bain chaud. En fin de séance, les linges sont retirés rapidement alors que le malade est maintenu dans la couverture, frictionné gentiment puis revêtu d'un peignoir.

Pendant la durée du pack, les soignants s'installent aux côtés du patient et l'assistent en silence ou en parlant. Il s'agit alors d'une atmosphère propre à chaque cure mais qui se trouve réglée par un environnement précis. Un processus thérapeutique s'établit progressivement en fonction du temps et de la répétition mais le point de départ demeure invaria-

blement l'échange infraverbal; le corps reprend alors une dimension expressive comme chez l'enfant. Nous nous attachons en premier lieu au confort physique du malade et aux moindres manifestations corporelles. Celles-ci représentent la base du vécu psycho-affectif qui circule entre les différents protagonistes et qui établit une communication chargée d'émotions plus ou moins intenses. En principe, c'est le patient qui détermine ce qui se passe et la présence des soignants est, idéalement, sans exigence précise; c'est alors, et alors seulement, qu'une relation pourra ou non s'engager.

La fréquence des packs est très variable : quotidienne, hebdomadaire, deux à trois fois par semaine. La durée peut également changer mais une heure apparaît comme une bonne moyenne. La cure ne comportera, dans certains cas, qu'une seule séance ou s'étendra sur plusieurs mois. Cette présentation rend compte de la technique standard que nous avons modifiée singulièrement à plusieurs reprises en fonctions des besoins du patient et de l'évolution du traitement.

2. Méthode

La description qui précède pourrait laisser croire que nous avons simplement affaire à une variante des soins infirmiers psychiatriques, d'allure kinésithérapeutique. Or, le déroulement d'une cure de packs s'est révélé très riche en implications relationnelles, au même titre que d'autres techniques de "régression contrôlée". Nous avons observé des modifications importantes de la symptomatologie présentée par certains malades, des changements d'attitude entre les thérapeutes, les équipes soignantes, et les patients, des remaniements fondamentaux du style des prises en charge. L'examen critique de ces divers mouvements nous a poussés à tenter de préciser davantage la théorie de notre pratique.

Mentionnons que cette approche s'était implantée de façon

empirique dans notre Clinique en 1977 et que, depuis lors, plus de trente patients gravement perturbés en ont bénéficié. Nous nous baserons sur la casuistique de l'hôpital de Nant pour ouvrir la discussion sur la dimension originale des cures de packs.

Le centre du présent travail consiste dans l'observation clinique de plusieurs traitements, suivie d'une discussion théorique. Sans entrer dans les détails de ce que nous exposons plus loin, nous tenons à préciser que nous nous référons à plusieurs concepts définis par Winnicott. En effet, les packs peuvent être compris comme un des aspects de ce que le psychanalyste anglais appelle "l'environnement de maintien" (Holding Environment). En outre, l'observation de ce qui se passe entre le patient et son/ses thérapeutes dans le cadre défini ci-dessus éclaire de façon étonnante les "phénomènes transitionnels" décrits pour la première fois en 1953 dans son article classique : "Objets transitionnels et phénomènes transitionnels" (1) et repris de façon plus détaillée dans "Jeux et réalité" (1971(2)).

La principale difficulté méthodologique à laquelle nous nous heurtons réside dans l'évaluation globale des résultats. En effet, les patients pris en considération ont tous bénéficié d'une prise en charge institutionnelle dont il est arbitraire d'isoler une facette. Bien que toutes les ressources hospitalières n'aient pas été mises en oeuvre simultanément, la plupart des malades concernés recevaient des médicaments, participaient à des entretiens individuels ou en groupe, fréquentaient les ateliers d'ergothérapie et surtout habitaient la Clinique. Nous retrouvons donc dans notre exposé l'obstacle habituel à l'estimation "scientifique" des thérapeutiques psychiatriques.

En bref, nous avons l'intention de décrire certaines phases des cures de packs dont nous essayerons de comprendre la

signification avant d'en tirer quelques conclusions pour la pratique institutionnelle de cette approche psycho-corporelle. Mais auparavant, nous tenons à situer l'origine des packs. Un survol historique nous montrera d'où ils viennent et la revue de la littérature précisera la mutation récente qui nous permet actuellement d'envisager cette cure sous un angle psychothérapeutique.

CHAPITRE II

H I S T O R I Q U E

Quelle que soit la façon dont nous considérons les packs aujourd'hui, il est indéniable qu'ils appartiennent au grand groupe des traitements par l'eau. Pour tenter d'en cerner les origines, nous sommes donc ramenés aux mythologies les plus anciennes, tant il est vrai que l'hydrothérapie est vieille comme le monde.

Il ne nous est cependant guère possible de nous perdre dans l'énumération circonstanciée des premiers textes ou traditions orales qui se rapportent à la signification thérapeutique de l'élément aqueux. Par contre, la cosmogonie psychanalytique que développe Ferenczi dans "Thalassa" (3) nous en offre un raccourci saisissant. Ce proche disciple de Freud y expose, sous forme d'hypothèses, une jonction entre la connaissance de l'inconscient et la biologie. Tout en recherchant les origines de la vie sexuelle, il postule, au sein de la nature, un regret fondamental de l'élément liquide que l'homme a perdu à deux reprises : en tant qu'espèce, lors de l'assèchement des océans à la surface du globe et, en tant qu'individu, au moment de son expulsion du sac amniotique au cours de la naissance : "Qu'en serait-il si l'existence intra-utérine des mammifères supérieurs n'était qu'une répétition de la forme d'existence de l'époque marine et si la naissance n'était autre chose qu'une récapitulation indivi-

duelle de cette grande catastrophe qui a contraint tant d'espèces animales et certainement aussi nos ancêtres animaux, lors de l'assèchement des mers, à s'adapter à la vie sur terre ferme et en particulier à renoncer à la respiration bronchiale pour développer des organes aptes à respirer l'air ?"

Un des principes de la méthode de Ferenczi consiste à remonter au-delà du modèle ontogénétique des étapes affectives jusqu'à l'enfance de l'espèce : "L'ontogénèse récapitule la phylogénèse" dit-il, en s'inspirant de Lamarck. Par un jeu d'analogies comme celle du fœtus dans l'utérus avec l'animal en milieu aquatique, il souligne le désir permanent, répété symboliquement dans le coït de "rétablir l'existence aquatique dans l'intérieur de la mère, humide et riche en nourriture. La mère donc est en réalité le symbole de l'océan, ou son remplacement partiel, et non inversement". Cet ensemble de réflexions l'amène à postuler ce qu'il appelle la "régression thalassale", c'est-à-dire l'idée d'un désir de retour vers l'océan abandonné dans les temps anciens. Une perspective aussi profonde pourrait représenter l'exacte peinture symbolique, donc éternelle, des rapports de l'homme à l'eau.

Les textes mythologiques grecs confirment d'ailleurs l'hypothèse de Ferenczi. Dans l'Illiade, l'océan est appelé père des dieux, et même père du Tout. L'eau est l'élément où réside le secret originel de toute vie. Naissance et mort, passé, présent et avenir y mêlent leurs rondes. Dans l'humidité se produit la procréation mais aussi la métamorphose qui comprend une double nature : l'une, lumineuse, joyeuse, vivifiante, et l'autre, sombre, inquiétante, dangereuse, voire meurtrière. Les forces qui montent de ses profondeurs n'apportent pas seulement la toute puissance mais aussi la folie. En effet, (et nous nous rapprochons de notre propos), le dément portait alors l'épithète de "saisi par les nymphes") filles des eaux. Selon Pline, Esculape utilisait volontiers

les bains contre les maladies de l'esprit (4).

Ces fondements mythiques ont eu leurs prolongements dans certaines formes de cultes et de rites initiatiques. L'orphisme regorge de cérémonies où les bains, aspersion et même les enveloppements prennent un sens de purification. Il est facile d'en suivre les traces dans les religions judéo-chrétiennes (baptême).

Au-delà des aspects symboliques ou mythologiques de l'eau, on ne peut toutefois pas parler d'hydrothérapie avant que certaines notions comme celles de maladies mentales ou de traitements n'aient acquis une signification qui se rapproche de ce que nous entendons actuellement sous ces dénominations. Pour cela, il nous faut attendre les XVIIe et XVIIIe siècles. Comme l'a démontré Michel Foucault (5), l'âge classique constitue la période de transition : alors qu'auparavant la folie avait une existence sociale, elle prend progressivement un sens médical qui la confinera dans la maladie mentale. Cette époque représente donc une charnière dans la connaissance qui va de pair avec une appréhension dédoublée de la déraison : "Les pratiques d'exclusions et de protections ne coïncident pas avec l'expérience plus théorique qu'on a de la folie... L'internement, par exemple, n'a été en aucune manière un acte médical". Nous nous trouvons face à "une pratique qui maîtrise la contre-nature et la réduit au silence, et, à une connaissance qui tente de déchiffrer des vérités de la nature... Les formes d'expériences se sont développées par elles-mêmes, l'une dans une pratique sans commentaire, l'autre dans un discours sans contradiction". Comme "la théorie et la thérapeutique ne communiquent que dans une imparfaite réciprocité", la lecture de l'historique des traitements ne peut être envisagée du même oeil que celui qui parcourt le répertoire des soins actuels.

Et pourtant, c'est l'âge classique qui a donné la plénitude

de son sens à la notion de cure. On commence alors à percevoir la maladie dans une unité naturelle qui prescrit à la médication son ordonnance logique. Les étapes de la cure doivent s'articuler sur la nature visible du processus morbide, épouser ses contradictions, et poursuivre chacune de ses causes. Or, c'est à propos des maladies nerveuses que les traitements du XVIIIe siècle ont acquis le plus de modèles variés. Parmi eux, les pratiques les plus fréquentes sont les applications de vinaigre, détersifs et révulsifs, sous forme de frictions de la tête et du crâne, et surtout l'immersion.

En effet, à partir de la fin du XVIIe siècle, la cure par les bains prend ou reprend place parmi les thérapeutiques majeures de la folie. Elle se base sur l'idée de l'ablution, avec tout ce qui s'apparente aux rites de pureté et de renaissance et sur celle, beaucoup plus physiologique, de l'imprégnation qui modifie les qualités essentielles des liquides et des solides. Paradoxalement, l'universalité de l'usage de l'eau ne vient pas de la reconnaissance générale de son effet et de son mode d'action, mais de la facilité avec laquelle on peut prêter à son efficacité les formes et les modalités les plus contradictoires : froide, elle peut réchauffer; chaude, elle rafraîchit; au lieu d'humecter, elle est même capable de solidifier, de pétrifier par le froid ou d'entretenir un feu par sa propre chaleur. Sans doute, cette polyvalence a fini par la neutraliser et à l'époque de Pinel (1800), on retrouve un mode d'action unique : ses qualités mécaniques. La douche devient alors la technique privilégiée. Grâce à sa violence elle doit entraîner dans un flux irrésistible toutes les impuretés qui forment la folie.

Cependant et malgré une grande expérimentation de ce qui deviendra l'hydrothérapie, il est inutile, à cette époque, "de chercher à distinguer les thérapeutiques physiques et les médications psychologiques. Pour la simple raison que la psychologie n'existe pas".

C'est au XIXe siècle que les méthodes physio-et kinésithérapeutiques vont prendre un essor particulier, aussi bien en Europe qu'aux Etats-Unis. Dans les années 1820, Vincent Priessnitz, un paysan de Silésie, se met à soigner les divers maux et blessures de ses voisins par des applications froides locales ou générales. Il se fait une telle réputation que le Gouvernement autrichien lui décerne un diplôme. Louis Fleury, un français, se met à son école, étudie les effets toniques de l'eau et ses répercussions sur la température corporelle interne et externe et publie en 1852 son "Traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie". Plusieurs auteurs rédigent des traités importants, entre autres le Docteur Brand d'Allemagne qui préconise un bain à 25°C en cas de fièvre typhoïde; cette méthode provoque une chute spectaculaire de la mortalité due à ce fléau. Le Professeur W. Winternitz de Vienne établit en 1880 les bases physiologiques de l'hydrothérapie. Au tournant du siècle, un de ses disciples, S. Baruch enseigne à l'Université de Columbia et est considéré comme le père des traitements par l'eau en Amérique. C'est à cette époque que les progrès des constructions sanitaires permettent l'introduction des salles de douches avec baignoires alignées d'assez sinistre mémoire.

Un prolongement inattendu de la glorieuse époque de l'hydrothérapie subsiste encore actuellement en Allemagne. En effet, un manuel tout-à-fait récent (1980 (6)), rédigé par plusieurs professeurs de médecine nous apprend que la "cure de Kneipp" est appliquée de nos jours sur des bases scientifiques. Ce traitement, mis au point par un pasteur bavarois en 1866, repose sur cinq principes : la thérapie par l'eau, par la gymnastique, par les plantes, le régime et une rééducation à la santé. Relevons, qu'en ce qui concerne l'hydrothérapie, il est fait abondamment usage d'enveloppements des différentes parties ou de la totalité du corps. Les indications d'une telle cure concernent les maladies des différents systèmes organiques mais il faut souligner qu'il est fait spécifique-

ment mention des syndromes psychosomatiques et d'une approche "intégrée" des patients concernés.

Pour revenir au domaine psychiatrique proprement dit, nous savons qu'une des premières descriptions de "packs" se trouve dans les leçons cliniques de Magnan (1893). A propos du traitement de ce qu'il appelle la "Manie", le médecin-chef de l'Asile Sainte Anne, souligne d'une part la nécessité de la "suppression absolue de la camisole de force et de tout autre moyen de contention" et d'autre part, "pour calmer et maintenir les maniaques... l'emploi du drap mouillé. Les malades sont soigneusement enveloppés dans ce drap et dans une couverture" (7). Malgré sa déclaration de principe, on peut comprendre que le souci de contenir est encore au premier plan. Les méthodes de rééducation prendront toutefois rapidement le relais (Charcot).

Alors qu'en Europe, les traitements par l'eau subiront une éclipse prolongée, il n'en a pas été de même aux Etats-Unis où, on trouve en 1940 un manuel complet d'hydrothérapie à l'hôpital psychiatrique (8). A côté de la description d'une trentaine de procédures on y trouve un développement sur les bases scientifiques et les indications des applications aqueuses de diverses températures. L'explication des techniques d'enveloppements ou "packs" y tient une grande place. L'auteur souligne les vertus sédatives voire hypnogènes et de purification par élimination des déchets à travers la sueur ! Quoique les indications soient floues, il semble que les patients psychotiques et hypomanes soient les plus concernés. C'est ainsi qu'on retrouve certaines idées qui ont traversé les siècles précédents. Il n'est, par contre, nulle part fait mention d'une approche différente et relationnelle par le truchement de l'eau.

CHAPITRE III

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Il faut attendre l'après-guerre pour que se précise l'indication psychiatrique telle que nous l'entendons. Les rares articles considèrent cependant l'hydrothérapie sous un angle nouveau qui s'éloigne foncièrement des pratiques héritées du XIXe siècle. L'eau devient essentiellement un "médiateur symbolique pour favoriser le sentiment de sécurité, la prise de conscience de l'existence corporelle et la relation avec les objets et les personnes (9)". L'apport du modèle psychanalytique est considérable dans la mesure où il renouvelle la fonction du soignant qui ne peut plus faire abstraction de son implication personnelle.

C'est pourquoi, l'emploi contraignant des enveloppements disparaît presque complètement. Dans une enquête sur le rôle des "moyens mécaniques dans la contention des troubles du comportement" au Canada (1978), Guirguis relève que les hôpitaux psychiatriques utilisent encore divers procédés dans une proportion non négligeable. Mais l'hydrothérapie et les packs n'y tiennent pour ainsi dire plus de place (10).

M. A. Woodbury peut être considéré comme le pionnier de la réintroduction des packs en Europe. Après avoir mené plusieurs études fondamentales aux Etats-Unis, ce psychanalyste et ancien médecin de l'hôpital psychiatrique de Chesnut Lodge,

spécialisé dans les longues prises en charge de malades psychotiques, est appelé à établir un programme de traitement pavillonnaire à la Clinique de Prangins. C'est ainsi qu'il a posé d'importants jalons pratiques et théoriques, d'un abord "somato-psycho-social des psychoses" en collaboration avec P. C. Racamier. Son expérience fut l'objet d'un numéro spécial de la revue "Information psychiatrique" (1966) où son emploi des packs est clairement exposé (11).

Woodbury recommande ce qu'il appelle "l'enveloppement anaclitique" dans deux indications principales : les paniques psychotiques aiguës et les troubles chroniques du schéma corporel. A cette occasion, il cite les premières études faites à Chesnut Lodge pendant huit ans qui avaient démontré que 87 % des crises de morcellement pouvaient être enrayerées par les packs en quelques heures sans aucun médicament. Bien qu'on puisse suspecter une forme de contention déguisée, l'auteur précise que la méthode préconisée a l'avantage de permettre la poursuite du dialogue humain et l'intégration immédiate des événements qui ont précipité l'explosion. Dans ce sens, son hypothèse est confirmée par l'attitude des malades qui en arrivent à demander les enveloppements quand ils perçoivent eux-mêmes certains signaux précurseurs. Woodbury souligne que les patients recouvrent rapidement la fonction de symbolisation verbale et confient fréquemment du matériel psychique profond. Vu sous cet angle, les packs font partie des diverses techniques psycho-corporelles réorientées dans un sens psychothérapeutique.

Racamier les mentionne lui aussi (12). Il met toutefois en garde contre un enthousiasme prématuré qui consisterait à conclure, un peu rapidement, qu'un enveloppement pourrait suffire à ramener l'unité dans le véhicule corporel si profondément morcelé et fortement contre-investi des schizophrènes. Il considère cette approche régressive comme très fructueuse à condition qu'elle soit bien comprise. C'est une

manière originale de se débarrasser du spectre de la contention car "il est remarquable de voir, dit-il, qu'une même méthode, selon la façon dont elle est entendue et pratiquée, peut revêtir des significations et entraîner des effets complètement disparates" c'est pourquoi, il faut aussi tenir compte du fait qu'une partie importante du Moi des patients est en contradiction très profonde avec cette régression et veiller à ne pas prolonger au-delà du strict nécessaire l'essai de satisfaction régressive.

Parmi les contributions de Woodbury à la compréhension dynamique de la psychose, nous pouvons retenir un autre aspect qui s'inscrit au sein des techniques institutionnelles. Il s'agit de la fonction d'équipe soignante qui se résume dans le pack à deux membres le plus souvent. "Il faut au moins deux personnes en collaboration étroite pour former une équipe qui puisse guérir le Moi scindé qui est la pathologie centrale des psychotiques; donc le traitement de ces malades se produit dans une relation transférentielle triangulaire et non pas à deux comme pour le névrotique (13)".

Woodbury présente les bases théoriques de son approche globale dans un article de la même période sur les "perceptions altérées du Moi corporel (14)". Il rappelle tout d'abord que de nombreux psychanalystes, à commencer par Freud, ont souligné les relations intimes entre les fonctions du Moi et le Moi corporel. Par ailleurs, dit-il, la littérature et la culture regorgent de récits de "métamorphoses". Comme il démontre que les phénomènes de dépersonnalisation (au sens large) sont ubiquitaires et peuvent se retrouver dans la plupart des structures psychiques, il conclut à un continuum régressif où l'investissement se déplacerait d'un schéma corporel tridimensionnel vers un plan organique viscéral en passant par une aire intermédiaire. La compréhension analytique des différentes perceptions dont parle l'auteur (expérience du double, sensation de chute, distorsions visuelles ou auditives,

hallucinations, maladies psychosomatiques, etc.) justifierait donc le développement des traitements psycho-corporels pour les patients qui ne relèvent pas d'une psychanalyse, les psychotiques en premier lieu.

Dans la perspective évoquée par Woodbury, nous retrouvons aussi le corps et son image dans les écrits concernant la relaxation et particulièrement son approche analytique. Cependant, pour notre propos, il nous paraît important de tenir compte de l'élément central du pack, c'est-à-dire, l'enveloppement et l'eau. A cet égard, nous pouvons relever que l'impulsion de Woodbury suscite relativement peu d'échos dans les revues spécialisées. Ce sont surtout les infirmiers qui publient quelques comptes-rendus de traitements. En 1974 Pous présente la technique et les implications d'une situation régressive pour le personnel soignant. Il souligne aussi l'importance de la communication infraverbale : mobilité, mimique, respiration, miction, sommeil, etc. et évoque l'importance de la dimension temporelle (15). Brigitte d'Amiens raconte une cure de packs de deux ans (1978). Ce récit du traitement d'une jeune psychotique montre la différence fondamentale d'échanges possibles dans et hors de l'enveloppement et la prise de conscience progressive de l'existence, pour la patiente, de son propre corps (16). Une directrice de soins infirmiers américaine, R. Kilgalen, regrette, casuistique à l'appui, que les packs ne soient pas davantage utilisés (1972), vu qu'ils remplacent avantageusement des doses élevées de médicaments (17).

Quelques articles plus récents nous montrent un regain d'intérêt dans le milieu médical. La communication de Deumié (1978) présente l'application de draps mouillés comme un rituel plus que comme une technique et relève la fonction du cadre institutionnel dont il est arbitraire d'isoler un aspect pour en tirer des conclusions. L'auteur propose aussi une élaboration en équipe avant et après la séance (18). Dans

"Une tentative d'approche de la psychose", Bovier et Brandli de Genève (1979) décrivent en détail plusieurs moments du pack : le froid ou la mobilisation de l'angoisse; la chaleur et la relation thérapeutique, et précisent qu'ils ne font pas d'interprétation mais plutôt des interventions allant dans le sens d'un réinvestissement global du corps (19). Dans la même revue, Sautejean s'explique sur la prise en charge institutionnelle d'une psychose autistique chez un adolescent. Le choix des enveloppements chauds est commenté : bien que moins structurants, ils induisent un bien-être plus sécurisant (20).

La démarche plus spécifiquement analytique nous vient à nouveau de Chestnut Lodge où D. Feinsilver (1979) décrit la prise en charge intensive sur trois ans d'une jeune schizophrène (21). L'auteur expose l'échec d'une tentative de psychothérapie verbale qui aboutit à un comportement si menaçant et destructeur qu'il instaure une cure de packs "afin de trouver une manière d'être encore ensemble". La constatation que les sentiments négatifs à l'égard du thérapeute sont d'emblée projetés sur le pack lui-même amène le médecin à réfléchir en terme d'objet transitionnel (Winnicott) et de symbiose thérapeutique (Searles). C'est ainsi que Feinsilver décrit les phases du traitement sur la base du transfert et du contre-transfert.

Comme cette approche nous paraît la plus féconde, il nous faudrait mentionner, outre les travaux de Winnicott, la contribution énorme mais difficile à énumérer des psychothérapeutes de psychotiques qui, sans parler explicitement des packs, ne cessent d'enrichir notre compréhension des patients pré-génitaux.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS CLINIQUES

Pour présenter le matériel expérimental qui est à la base de notre réflexion, nous nous proposons d'exposer quelques cures de packs sous forme de récits. Nous sommes conscients du fait que la sélection des cas d'une part et la manière de résumer d'autre part impliquent presque nécessairement une vision partielle; nous n'essaierons pas de la récuser.

Toutefois, pour tempérer la subjectivité inhérente à notre démarche, nous aimerions situer l'éventail des indications. Sans entrer dans un débat nosographique oiseux, nous pouvons répartir les patients comme suit : parmi les 35 cures de packs entreprises à la Clinique de Nant pendant quatre ans (de mai 1977 à mai 1981, 19 concernent des personnalités considérées comme organisations limites; 14 comme psychotiques; 2 traitements se sont adressés à des anorexiques mentales. L'importance relative des prises en charge se comprendra mieux si l'on sait que pendant la même période, nous avons enregistré plus de 2000 admissions. Précisons toutefois que ce type de cure remplace largement chez nous le recours à l'insuline dont l'indication s'est encore rétrécie. Le nombre de séances oscille entre 1 et 100 et la moyenne nous paraît peu intéressante au vu des grandes différences et de l'aspect individualisé du schéma posologique.

L'histoire de Catherine (observation no 1) tient un rôle particulier dans notre établissement. Il s'agit, en effet, de la troisième cure entreprise chez nous, une des plus longues aussi. Grâce à elle nous avons précisé le cadre de la cure et commencé à nous interroger sur le processus thérapeutique.

OBSERVATION CLINIQUE No 1 : Catherine, 22 ans

Catherine est une jeune napolitaine de 22 ans dont les parents vivent et travaillent en Suisse depuis longtemps. Elle ne les a toutefois rejoint qu'à l'âge de 11 ans et a passé une enfance instable chez ses grands-parents ou en internat. Après une scolarité primaire normale, elle tente de s'éman- ciper et occupe divers emplois sans entreprendre de véritable formation professionnelle ni s'intéresser vraiment à ce qu'elle fait. Elle est tout à tour secrétaire, sommelière, garde d'enfants, photo-modèle, etc. Elle déménage souvent, ne s'installe nulle part. Parallèlement, elle entre en conflit avec ses parents chez lesquels elle retourne pourtant; le père devient violent, la mère anxieuse. Sa soeur aînée lui propose de la rejoindre en Italie et de se prostituer comme elle. Catherine rejette ce projet malgré une sexualité désordonnée : violée dans l'adolescence, elle livre facilement son corps aux garçons et aux filles. Elle subit une interruption de grossesse à l'âge de 18 ans qui ravive le souvenir d'autres hospitalisations car elle a été victime de plusieurs accidents, d'ailleurs bénins. Des crises d'angoisses nocturnes la poussent à s'alcooliser avec excès et elle consulte plusieurs généralistes avant d'aboutir à l'hôpital psychiatrique en 1977 pour la première fois.

Catherine se présente comme une adolescente petite, mince et pâle, aux cheveux courts, à l'allure androgyne. Elle est vêtue de couleurs violentes. Son attitude comporte un mélange d'agressivité et de séduction. La prise en charge est surtout sociale car la patiente ne demande rien et ne se plaint

que d'oppressions physiques fluctuantes. Comme elle est à nouveau enceinte, un deuxième avortement thérapeutique est organisé. Au moment de quitter la clinique, elle se signale par un comportement grossièrement désinhibé, fait ouvertement des propositions homosexuelles et menace de se couper les seins pour devenir un garçon. Son appel est entendu et une cure d'insuline instaurée, avec son accord. Après deux mois de traitement, Catherine sabote la cure en fuguant et en reprenant ses alcoolisations. Il n'est pas exclu qu'un conflit au sein de l'équipe soignante ait contribué à cet échec. Bien qu'elle utilise la clinique comme un gîte sécurisant, elle évite toute relation significative qui pourrait devenir thérapeutique. Au bout de six mois d'hospitalisation, la patiente quitte notre établissement sans que se débloque la situation d'impasse relationnelle et institutionnelle. Le diagnostic d'organisation limite de la personnalité est confirmé par les tests psychologiques.

Une demi-année s'écoule jusqu'à ce que Catherine nous soit réadressée pour une décompensation d'allure psychotique qui se révèle exogène (cumul d'anti-dépresseurs, de haschisch et d'alcool). A la suite de l'épisode aigu, elle recommence à susciter des réactions de rejet et à partager son temps entre l'intérieur et l'extérieur de l'institution. Comme les parents retournent en Italie, la patiente accepte une curatelle volontaire qui ne l'empêche pas d'entreprendre, à notre insu, des démarches pour trouver un emploi et un studio.

Quinze jours après une fugue impulsive, Catherine revient, faible et angoissée. Malgré les échecs précédents, elle continue à vivre la clinique comme le seul endroit susceptible de lui offrir de l'aide. Sa demande est plus claire : cure de vitamines et fortifiants. C'est de son corps qu'il s'agit derrière le cortège de symptômes neuro-végétatifs. Bien que l'examen physique soit dans la norme (à l'exception d'une anémie méditerranéenne déjà connue), le médecin accepte cette

monnaie d'échange et lui offre des perfusions roboratives.

La patiente se calme pour la première fois mais dans les entretiens, elle essaie à nouveau d'entrer en conflit. Son besoin d'être maternée est si envahissant qu'elle en a peur; par conséquent, elle agresse son médecin tout en lui demandant une présence constante. C'est alors que pour assurer la continuité des soins par le biais somatique, nous posons l'indication d'une cure de packs. L'équipe soignante comprend la psychothérapeute de Catherine, deux infirmiers : un homme et une femme. Aucun des trois participants ne s'est occupé d'elle jusqu'alors. La fréquence est fixée à trois séances d'une heure par semaine qui seront réduites à deux en fin de traitement.

Malgré l'expérience frustrante de la première tentative de cure régressive, Catherine se laisse enfin aller. Dès les premières séances, elle prépare elle-même sa chambre et son lit de façon rituelle. Elle accueille cependant les soignants avec une désinhibition ludique de petite fille et l'enveloppement se déroule dans un climat pseudo-sexualisé dont le caractère infantile n'apparaîtra que progressivement. Au début, la patiente parle beaucoup; elle évoque avec un mélange d'agressivité et de dégoût ses relations sexuelles tumultueuses. Les soignants écoutent un discours où les scènes sado-masochiques voisinent les récits de punitions que son père lui infligeait à coups de ceinturon. Catherine se vit dans un corps de prostituée, comme sa soeur. C'est ainsi qu'elle commence à retrouver la mémoire des relations significatives de son enfance, sujet tabou jusqu'alors. Pendant plusieurs mois, l'exhibitionnisme prime, accompagné d'une fuite en avant dans l'érotisation de la relation aux thérapeutes. Tout se passe comme si la honte n'existait pas, ce qui contraste avec un essai d'expression corporelle en groupe où la patiente présente la raideur d'un soldat de plomb et pratique une gymnastique stéréotypée.

A l'exception de l'enveloppement, les soignants ne la touchent qu'à travers le pack. Ces pressions légères et maternelles provoquent un ralentissement du débit verbal et une sédation. Contrairement aux séances où elle se défend constamment sur un mode maniforme, le comportement de Catherine en division change fondamentalement. Les passages à l'acte se font plus rares; elle ne s'alcoolise plus, renonce à la promiscuité et aux incitations sexuelles. Les rapports aux soignants, même extérieurs à la cure, deviennent amicaux; il faut dire que l'équipe la considère aussi avec davantage de bienveillance. On assiste alors à une manière de réconciliation avec l'environnement hospitalier.

Dans un deuxième temps, le déroulement du pack se modifie sensiblement. Il se caractérise par une ambiance plus calme et une proximité plus grande dans la relation. La patiente se tient aux horaires et montre activement son besoin de la cure. L'espace thérapeutique autorise une grande intimité et les linges représentent malgré tout une protection contre l'envahissement fusionnel. Ceci permet aux soignants certaines clarifications. La problématique de la honte est abordée; Catherine cesse de s'exhiber. L'enveloppement peut dès lors se passer comme un jeu où les soignants deviennent des figures parentales qui cajolent et rassurent. La patiente montre par ses sourires et ses regards qu'elle y trouve maintenant un plaisir différent, très peu sexualisé. Sans être vraiment dépressive, elle exprime son bien-être par une grande réceptivité. Comme elle ne fait pas de distinction nette entre les soignants, ceux-ci ont l'impression de former un bloc uni dans une relation plutôt dyadique avec une enfant. Celle-ci reparle de sa mère, dépressive, qui ne lui donnait que des soins "techniques" et voulait la décorer comme un objet esthétique.

Si Catherine est une adolescente rageuse aux pulsions mal intégrées au cours des premières séances et si, ensuite, elle

joue comme une gamine espiègle mais sympathique, c'est dans les derniers packs qu'elle dévoile son côté "nourrisson". En effet, à la fin de l'heure, elle ne parle plus, demande à boire, somnole et après s'être laissée dégager très passivement, prolonge la cure en restant au lit, seule et tranquille. La métamorphose se complète par la disparition des accoutrements de carnaval et des habits d'entraîneuse. Par contre, elle tente de recouvrer une identité de femme en consultant un gynécologue, reconnaissant l'existence de ses règles qu'elle avait toujours déniées même pendant la cure d'insuline. Elle vient aussi présenter à sa psychothérapeute quelques garçons amicaux venus peut-être pour demander sa main !

La fin de la cure se caractérise par le renforcement d'une relation de confiance avec le soignant homme de l'équipe. Ceci correspond à une phase d'éloignement relatif du vécu corporel. L'espace thérapeutique s'est élargi au point qu'il est possible d'aborder la problématique du conflit qui désormais n'implique plus le rejet; Catherine accepte mieux le désaccord et même la critique. La nostalgie de la proximité est atténuée par l'instauration d'une relaxation individuelle. Après une centaine de séances réparties sur dix mois, la médiation par le pack est donc devenue superflue.

Par la suite, Catherine est décrite comme une jeune fille relativement douce, phobique, sujette à quelques sautes d'humeur sans gravité. Elle n'a plus besoin de s'exprimer de manière exacerbée par l'agression ou la séduction. Les neuroleptiques sédatifs ont été interrompus dans la dernière phase du traitement; elle ne recourt qu'exceptionnellement aux tranquillisants mineurs. La poursuite du séjour à la clinique pendant dix mois supplémentaires lui permet de chercher un studio, de poursuivre sa relaxation pendant un an puis de consulter régulièrement un service de psychiatrie ambulatoire. Malgré la persistance de son incapacité de travail (AI), elle

assume elle-même, depuis plus d'une année, une vie indépendante, non dépourvue de créativité.

OBSERVATION CLINIQUE No 2 : Ernest, 38 ans

L'histoire d'Ernest est longue et pleine de péripéties. Nous ne la résumerons que partiellement. Il est issu d'un milieu pauvre et instable de la banlieue zurichoise et les interventions tutélaires l'ont marqué dès son plus jeune âge. La carence primaire des substituts familiaux (orphelinats, placements) est patente et explique peut-être une intelligence limitée. Ses difficultés d'adaptation apparaissent dès l'adolescence et il commence une double carrière de petit délinquant et de malade psychiatrique. Le dénominateur commun apparaît dans une succession d'épisodes dysphoriques pendant lesquels il abuse de l'alcool et contrôle très mal un comportement auto- et hétéroagressif important.

Pendant les phases de relative compensation, Ernest occupe divers postes d'aide-infirmier où il se lance comme un forcené dans le travail qu'il surinvestit de manière autiste. En effet, il arrive habituellement avant l'heure et accomplit fébrilement sa tâche et celle des autres; il n'entre en relation avec personne et provoque une animosité compréhensible qui se termine généralement par une crise au terme de laquelle il donne son congé avant d'être mis à la porte. C'est ainsi que, d'une place à l'autre, il a parcouru toute la Suisse, dans une solitude effrayante qu'il soutient à l'aide de tranquillisants et d'alcool. Entre 18 et 38 ans, il est hospitalisé à quatorze reprises en milieu psychiatrique, sans compter les investigations somatiques. Certains séjours ont duré plusieurs mois mais les projets thérapeutiques montrent le même caractère répétitif que le comportement du patient. On propose un cadre rigide avec une surveillance qui se relâche progressivement. La réadaptation dans les ateliers se meut rapidement en hospitalisme; celui-ci n'est rom-

pu que par une nouvelle recherche impulsive de travail. Aucune expérience régressive ne lui a été permise au cours des quatres ans de séjours psychiatriques.

Ernest arrive pour la première fois dans notre clinique à la suite d'un épisode conforme aux précédents. Il se présente comme un petit homme adipeux, au visage poupin, cuirassé dans un corps immobile qui suggère une tension interne extrême. Après une brève période d'opposition, il demande massivement protection. Cependant, le patient cherche à s'occuper par tous les moyens : fréquentation de l'ergothérapie même le samedi et le dimanche, aide fébrile et inefficace à la cafétéria et en division. Dans les entretiens, il est infantile, buté et démonstratif, verbalise peu et rappelle constamment son vécu d'échecs. Malgré les médicaments, il ne dort pas et fait trembler soignants et patients à l'occasion de nouvelles explosions dysphoriques. En résumé, la défense hypo-maniaque échoue manifestement et le clivage apparaît ouvertement chez ce borderline peu différencié.

Nous décidons alors de répondre à son besoin de rapprochement qu'il ne sait comment réaliser en lui offrant un cadre sécurisant, celui de la cure de packs. Celle-ci se déroulera sur cinq mois, à raison de deux séances d'une heure par semaine. Le changement d'ambiance se fait sentir dès les premiers packs. Ernest se déshabille sagement et lentement; il s'étend sur le drap et se laisse envelopper passivement. La peur qu'éprouvaient les soignants fait place à l'attendrissement et l'envie de s'occuper de lui comme d'un enfant triste et désarmé. Ce calme contraste fortement avec le mode relationnel précédent mais se limite tout d'abord aux séances. Le patient se tait longtemps, ce qui permet aux thérapeutes de parler entre eux ou de respecter le silence. Nous sommes frappés par l'expression de béatitude qui illumine le visage d'Ernest; il clôt les yeux, somnole et s'exprime infraverbalement par des mouvements et des bruits de succion comme s'il

tétait le bon sein. Il s'endort même par moments. Nous craignons un retrait défensif mais les rares propos échangés sur la situation présente nous montre qu'il se souvient parfaitement du discours simple des packs précédents. Nous gardons donc le sentiment très vif d'une continuité que la présence des soignants assure. Il nous en donne la confirmation en supportant relativement mal de rester seul dans l'enveloppement après la séance.

Un des éléments caractéristiques de la cure transparait à la longue : l'aspect ritualisé des mouvements et des propos. Face au comportement stéréotypé d'Ernest, les soignants sont en effet surpris de se répéter souvent; ils hésitent avant d'admettre que la stagnation apparente est le signe d'un besoin du patient. Pour la première fois peut-être, celui-ci ne se sent pas sous pression. Il ne fournit aucun effort pour se conduire en adulte ou pour faire des progrès. En cela aussi, il s'assure de la continuité des soins.

Après trois mois de traitement, Ernest se met à parler davantage et commente diverses sensations corporelles; il bouge plus et provoque une réponse physique sous forme de légers massages à travers la couverture. Cette nouvelle manière d'exister somatiquement a même une conséquence inattendue. Jusqu'alors le patient dégageait une odeur légèrement nauséabonde qui disparaît brusquement sans que ses habitudes d'hygiène se soient fondamentalement modifiées. Nous décidons alors de connoter ces changements positivement en introduisant les packs chauds. Nous partons de l'idée qu'Ernest a atteint un palier dans la structuration "psycho-somatique" et qu'il pourrait tirer d'autres bénéfices de la thérapie.

Cette hypothèse se vérifie sans que nous puissions toutefois l'imputer à la température de l'enveloppement. Il faut préciser que nous avons prévu d'emblée une alternance de deux équipes soignantes mixtes. Dans la deuxième phase de la

cure, Ernest se comporte de manière nettement plus différenciée. Avec les uns, il continue à somnoler tandis qu'en présence de son médecin, il se montre plus actif et parle davantage. Il aborde ainsi diverses préoccupations qui concernent ses difficultés de contact, surtout avec les femmes. Il s'ensuit un jeu relationnel où les quatre soignants impliqués dans le pack sont traités différemment les uns des autres. Les infirmières prennent des rôles plus stables : l'une sera la mère, l'autre éveillera des désirs plus sexualisés dont le patient pourra parler pour la première fois sans trop d'angoisse. Les souvenirs d'enfance refont aussi surface sans stimulation active des thérapeutes.

Parallèlement à cette phase ludique où Ernest individualise les soignants, il se lie de façon plus stable avec d'autres patients. Il a depuis longtemps renoncé à travailler et recommence à sortir de la division et même de l'hôpital sans abandonner son état de détente; c'est un peu comme s'il emmenait son pack avec lui. La médication neuroleptique dépôt est interrompue sans que reprenne l'ancienne appétence pour les tranquillisants et l'alcool. Le traitement prend fin au moment où la petite amie qu'il fréquentait assidûment de manière touchante depuis plusieurs semaines quitte l'hôpital. Il exprime alors verbalement sa volonté de renoncer aux satisfactions régressives. Avec une certaine inquiétude il tient à éprouver ses capacités. La cure aura compté 40 séances, 25 packs froids et 15 packs chauds.

Au moment de reprendre des entretiens réguliers, le sevrage se complique toutefois d'une période d'agressivité à l'égard du médecin. Elle se traduit par une contracture musculaire des épaules ce qui a pour résultat de prolonger le maternage. L'infirmier qui participait aux packs devient temporairement la figure de référence; Ernest lui demande des massages en position debout et s'appuie littéralement sur lui. Cette phase dure quelques semaines puis le patient émet à nouveau le dé-

sir de discuter avec son thérapeute. Il est alors détendu et coopérant mais sa difficulté à mentaliser persiste évidemment. C'est ainsi qu'il lui faut plusieurs mois pour accepter un fonctionnement ralenti qui correspond mieux à sa dépendance réelle. Depuis un an, il vit dans une communauté thérapeutique rattachée à la clinique où son rythme personnel est toléré. Il vient de reprendre une activité à mi-temps et se signale par un grand calme et une attitude réceptive aux autres.

OBSERVATION CLINIQUE No 3 : Bernadette, 37 ans

Nous n'exposerons pas les détails de l'anamnèse de cette patiente car, dans son cas aussi, nous fixerons notre attention sur le déroulement de la cure de packs. Pour la situer très brièvement, nous relèverons que Bernadette vient d'une famille de paysans de montagne, qu'elle a décompensé pour la première fois à l'âge de 18 ans sur un mode délirant ce qui l'a conduite à deux reprises à l'hôpital psychiatrique du chef-lieu. Neuf ans plus tard, un nouvel épisode confirme le diagnostic de schizophrénie paranoïde et aboutit à un long séjour (3 ans) dans notre établissement. Elle en garde un souvenir asilaire pénible car, après un traitement associé d'insuline et d'électrochocs, elle est reléguée en gériatrie et qualifiée d'état résiduel psychotique. Dans ces conditions, elle ne sort du marasme que très lentement pour finir par trouver une chambrette en ville et un travail d'ouvrière à temps partiel. Pendant sept ans, elle mène une vie stable mais rigide que garantissent un soutien psychiatrique ambulatoire et de fortes doses de neuroleptiques incisifs.

La rupture sentimentale avec un amant marié et beaucoup plus âgé qu'elle, accélère une nouvelle décompensation sur un mode dépressif et paranoïde. Elle se présente à la clinique maquillée avec outrance et dans un accoutrement qui pourrait être la caricature de la dernière mode. Comme elle n'est

toutefois pas trop dissociée, nous projetons une hospitalisation courte et recourons aux traitements usuels. Ceux-ci s'avèrent rapidement inefficaces. Nous observons une mauvaise réponse aux médicaments psychotropes dont elle ne ressent que les effets secondaires. Son activisme apparaît rapidement comme une défense angoissée; l'illusion de la guérison par l'occupation sombre dans une exacerbation délirante aux ateliers d'ergothérapie. Dans les entretiens, le discours sonne faux et la patiente parle d'elle-même comme d'une poupée. Notre embarras ne fait que croître devant la détermination de Bernadette à n'accepter aucune cure classique, perfusions comprises, vu les réminiscences de ses hospitalisations précédentes. D'autre part, la thérapie de famille que nous envisagions en début de séjour se révèle impraticable car ses soeurs se sont égaillées et les parents, âgés et malades, sont incapables de se déplacer.

La nécessité de travailler individuellement avec une patiente aussi morcelée qui offre l'image double d'un pantin désarticulé et d'une prostituée nous stimule à entreprendre une cure de packs. Bernadette y consent d'emblée en demandant trois séances hebdomadaires à la place des deux proposées initialement. Elle désigne aussi spontanément les membres de l'équipe soignante qu'elle souhaite voir participer au traitement. Forts de nos expériences passées, nous décidons d'en limiter le nombre : son médecin, une infirmière expérimentée dans les techniques d'approche corporelle et une jeune stagiaire qui s'est déjà intéressée activement à la patiente.

Les premiers packs montrent peu de changements quantitatifs par rapport aux entretiens : Bernadette parle beaucoup, de manière désorganisée; elle s'agite dans l'enveloppement, est secouée de tremblements pendant une dizaine de minutes. Quelques phrases pourtant attirent notre attention : tout d'abord, elle exprime sa peur paradoxale d'être seule. En-

suite, elle verbalise son envie de pleurer avant de fondre en larmes alors qu'auparavant les sentiments de tristesse n'apparaissaient que sous forme d'un vide stérile. Le corps sur lequel nous cherchons discrètement à polariser un discours prolix n'existe toujours pas. Elle commente cependant les moments qui suivent la séance et son besoin de se laver comme si la saleté passait du pack en elle ou inversement. L'enveloppement devient donc la cible des mauvaises choses qui pourraient se passer entre elle et nous. Il s'ensuit un sentiment de plus grande sécurité que la patiente exprime en considérant l'infirmière comme sa bonne soeur par opposition aux persécutions familiales dont elle prétend être l'objet.

L'environnement se modifie graduellement et notre attention est attirée sur la différence des perceptions : Bernadette n'entend par exemple pas les bruits qui entourent la chambre (musique, téléphone, cris, etc.) alors que nous y sommes douloureusement sensibles. Pendant cette période, le discours de la patiente, monotone et apparemment dépourvu de sens, comble les vides et crée un espace sonore presque continu. Il fait office de lien et contribue à l'ambiance de manière quasiment infraverbale. Puis, il s'amenuise et cesse. Les moments de silence correspondent aussi à des phases de tranquillité somatique pendant lesquelles Bernadette nous regarde alternativement en souriant. Cette idylle relationnelle ne dure guère et la patiente réintroduit une tension en parlant, très clairement cette fois-ci. Elle tient à nous faire des révélations si lourdes qu'elle n'a jamais eu le courage de les confier à ses médecins successifs. C'est ainsi qu'elle nous raconte d'une part les tentatives de séductions de son père et de l'autre l'amour secret qu'elle voue à son premier psychiatre. Nous sommes tentés d'y voir une signification transférentielle alors que cela prouve davantage un rapprochement symbiotique de la part des soignants. En effet, l'identification à la patiente, renforcée par le setting, nous pousse probablement à idéaliser les possibilités de la cure et à

considérer Bernadette comme une névrosée. Les colloques hors séances et le contrôle autorisent une autre explication. Nous avons plus sûrement affaire à l'extériorisation d'un vécu érotique diffus suscité par l'enveloppement, ce que nous nous gardons bien d'interpréter.

Puis la patiente se calme à nouveau et revient sur certaines situations de son adolescence. Cette période correspond à un changement de participants car l'infirmière doit s'absenter pendant plus de deux semaines; elle est systématiquement remplacée par la stagiaire. Nous craignons une rupture de la continuité qui ne se produit pas. Par contre, la réintroduction de la soignante principale provoque un malaise chez les thérapeutes qui ne savent plus si la restauration du setting primitif se justifie. Bernadette, elle, se contente de reprendre les thèmes abordés dans les séances précédentes et montre ainsi qu'elle s'adapte en ralentissant le processus. Plus tard, elle verbalisera sa crainte d'être abandonnée et surtout, exigera un amour exclusif. Nous entrons alors dans une phase de recherche fusionnelle et la réminiscence des scènes de la petite enfance nous fait comprendre que l'infirmière représente dorénavant la mère.

Le recours à la métacommunication entre les thérapeutes soulage cette dernière et permet à la patiente de s'allier successivement avec les figures paternelle et maternelle. Cette nouvelle distinction correspond à la création de moments où le jeu prime. Les échanges verbaux sont moins lourds de significations et le contact direct par le toucher à travers la couverture ne suscite pas d'angoisse. Il est vrai que le rire de Bernadette se transforme souvent en larmes et qu'elle tend à exagérer les sentiments prévalants au point d'en faire soit un drame soit une comédie bouffonne. Cette scène se reproduit en division et l'équipe soignante se plaint de l'inconstance de la malade. Celle-ci démontre infraverbalement son besoin d'aide puis disqualifie toute intervention. A ce

propos, il faut souligner qu'elle élargit progressivement son espace de sécurité : au début de la cure, elle ne quittait pas sa chambre; ensuite elle utilise le service comme tréteau; finalement, elle se sentira à l'aise dans tout le périmètre de la clinique.

Nous observons aussi que Bernadette joue davantage de son corps, au moment du dégagement et surtout de l'enveloppement pendant lequel elle mime une scène de coït. Elle refuse cependant d'entendre parler de ce réinvestissement somatique et nous donne matière à discussion en provoquant des éclats avant chaque séance. Notre insistance déplacée suscite même un bégaiement. Finalement, la patiente disqualifie son propre discours en nous déclarant qu'il n'est qu'un tissu de mensonges. Cette intervention désamorce l'agressivité à son égard et nous assistons à un retour à la tranquillité dans le pack, accompagnée d'affects dépressifs qui nous paraissent mieux intégrés.

C'est alors qu'interviennent les premiers signes d'autonomisation. Elle nous demande de pouvoir reprendre l'ergothérapie ce qui suscite une divergence verbalisée entre les soignants. Son comportement traduit sa difficulté à choisir et elle se met en conflit avec les responsables des ateliers. Deux éléments nous permettent de dépasser ce dilemme. Le premier vient de la patiente elle-même qui nous décrit la tactique de sa mère pour l'encourager à l'indépendance en paroles tout en la retenant dans les faits. Le second consiste à profiter d'une similitude entre le pack et une prison pour suggérer à Bernadette de se libérer elle-même de l'enveloppement. Elle y prend beaucoup de plaisir et répète cette métaphore ludique de l'autonomisation à chaque séance. Parallèlement les crises diminuent en division.

Le désinvestissement va occuper le dernier tiers de la cure. Il se caractérise par la nouvelle capacité de la patiente à

verbaliser les sentiments. Quand il s'agit de parler de la rage ou de la colère, elle s'attriste mais elle peut aussi aborder sa manière particulière de s'occuper de nous, sa sollicitude à notre égard qui consiste à nous faire plaisir. Au moment où cesse le bégaiement, elle répond physiquement en donnant des coups de pieds dans les draps. Ce qui nous permet de parler de l'agressivité.

Elle décrit les sensations de détente et d'appartenance somatique en déclarant que son corps est beau. C'est comme si elle retrouvait une véritable peau, la sienne.

Bernadette se décrit elle-même affectueusement comme un "petit monstre" et elle reprend des souvenirs qui sont comme des paraboles très liées à la situation présente. Elle passe en revue ses difficultés à accepter son corps de femme, son besoin d'être à la fois attirante (maquillage, toilettes voyantes) et repoussante (boitillement - sans base organique -, outrance). Au moment de la séparation nous notons une certaine angoisse qu'elle comprend comme la peur de nous perdre. Le dernier pack est une description douloureuse de la faillite de son premier environnement qu'elle attribue à l'insuffisance affective de ses parents.

La cure a duré quatre mois (45 séances) et représentait l'essentiel de la prise en charge durant cette période. Naturellement, il serait faux d'oublier le rôle de l'équipe soignante qui assure une référence permanente aux côtés de la malade quand celle-ci est hors de l'enveloppement. Nous tenons à mentionner que les neuroleptiques ont été diminués puis totalement suspendus pendant la thérapie car nous avons postulé une interférence médicamenteuse avec la tentative de réinvestissement du corps.

Pour ne pas rompre trop brusquement la relation privilégiée, nous offrons à la patiente la possibilité de réunir les deux

thérapeutes à sa demande. Elle n'utilise guère cette modalité et préfère les entretiens individuels avec son médecin. Elle s'y montre plus adulte et collabore activement au retour à la réalité. Quelques semaines plus tard, elle réinvestit progressivement le monde extérieur et reprend son emploi à temps partiel. Elle renoue d'autres relations et loue un nouveau studio avec l'aide de l'assistance sociale. Malgré quelques résurgences d'idées paranoïdes, Bernadette fait preuve d'une conscience morbide naissante. Elle a le sentiment de s'émanciper à la fois de la clinique et de la dépendance par rapport à ses parents. Depuis six mois, la patiente fonctionne sur un mode qu'elle décrit elle-même comme plus riche que pendant les années de stabilité. Elle exprime même une certaine surprise à se sentir vivante.

Nous pourrions relater bien d'autres cas de façon même plus circonstanciée que les précédents mais cette énumération alourdirait notre thèse et risquerait de lasser le lecteur. Avec trois observations, il est en effet loisible de repérer certaines constantes qui rendent la description systématique peu attrayante à la longue mais qui fourniront la texture de la discussion théorique subséquente. C'est pourquoi, nous nous proposons de ne citer maintenant que des fragments casuistiques, limités à certains aspects de la cure. Les références globales susceptibles de rendre compréhensible la psychopathologie des patients concernés manqueront donc délibérément.

OBSERVATION CLINIQUE No 4 : Maria, 35 ans

Cette jeune patiente, réfugiée politique d'Argentine, présente un tel vécu de dépersonnalisation qu'une indication à la cure de packs prévaut rapidement, bien qu'il s'agisse de sa première décompensation psychotique. Son médecin s'adjoit une infirmière pour entourer la malade à raison de deux puis de trois séances par semaine. Le processus s'engage avec la particularité que Maria clive intensément. Elle offre un corps muet à l'infirmière et abreuve le psychiatre d'un discours intellectualisant. En quelques séances, cette séparation fonctionnelle s'atténue pour faire place à une demande fusionnelle croissante. C'est alors qu'intervient une rupture involontaire qui influencera le reste de la cure : le dixième pack est annulé inopinément, de façon incompréhensible pour la patiente. Le médecin est seul dans la maison et doit faire face à plusieurs admissions au moment où l'infirmière se charge de toute la division; personne ne peut quitter son poste. La séance suivante est marquée par une recrudescence de secousses musculaires, une impossibilité de Maria à se réchauffer et une angoisse inextinguible. Par la suite, une succession d'actings nous feront comprendre que la patiente a perdu confiance. Elle demande des entretiens à la place de séances qu'elle supprime en se présentant dans le bureau du médecin. Alors qu'elle s'engageait dans une relation symbiotique, elle se plaint de la proximité et de la trop grande chaleur du pack. Les thérapeutes sont déconcertés par ces attitudes contradictoires et, malgré leur désir de réparer ce qu'ils ressentent aussi comme une cassure, ne parviennent plus à toucher la malade, même à travers le pack. Cette tension va toutefois s'estomper peu à peu mais la phase de calme est court-circuitée par l'abord précoce des problèmes concernant l'agressivité. Actuellement, nous ne disposons pas encore du recul suffisant pour juger de l'impact global du traitement.

OBSERVATION CLINIQUE No 5 : Gérard, 65 ans

Ce patient, obèse et petit, issu d'une famille montagnarde, a décontenancé plus d'un médecin. En effet, des plaintes hypocondriaques se sont greffées sur une insuffisance aortique, opérée pourtant avec succès. Les épisodes mélancoliformes se sont répétés au point de rendre nécessaires quatorze séjours en clinique psychiatrique (presque trois ans d'hospitalisation à partir de l'âge de 40 ans). Par ailleurs, les retours à domicile montraient davantage la lassitude des soignants que les progrès du malade. A la dernière admission, un infirmier propose une approche corporelle car Gérard supporte mal les médicaments et se présente une fois de plus comme une machine à lamentations qui suscite le rejet. Les massages se révèlent trop anxiogènes pour le patient et pour l'infirmier; celui-ci suggère l'ultime recours à une cure de packs. L'équivoque est levée dès les premières séances et la demande intense du patient à être materné est reconnue comme un besoin de dépendance et non pas comme un désir horriifié de rapprochement homosexuel. Bien que le discours sur la putréfaction des viscères se répète, Gérard tend à lui accorder moins d'importance. Il ne réussit toutefois à se détendre qu'après avoir souvent pleuré à chaudes larmes. Tandis que les sanglots mouillent le pack, il revient sur son enfance et les souvenirs de soins maternels précautionneux et angoissés. Avec un calme neuf, il raconte divers épisodes familiaux et semble comprendre mieux son rôle d'enfant-symptôme. Les soignants sont alors frappés par une transformation des somatisations intolérables de la région précordiale en sensations moins désagréables localisées dans le bas-ventre. Le cardiologue lui-même clame sa stupéfaction devant l'amélioration organique. Au terme des vingt séances, Gérard est méconnaissable, tant il s'est épanoui. Il fait même preuve de beaucoup d'humour et d'une certaine autonomie.

OBSERVATION CLINIQUE No 6 : Gabrielle, 30 ans

Cette patiente psychotique a décompensé gravement à six reprises. Chaque fois, elle avait tenté de s'autonomiser par rapport à sa mère en changeant d'emploi ou de domicile. Chez elle, la crise se traduit inmanquablement par une agitation maniforme, mêlée d'agressivité et de phénomènes de dépersonnalisation (impression d'être remplie de serpents). A son arrivée, de fortes doses de neuroleptiques lui sont administrées bien qu'elle soit connue pour résister aux médicaments et aux électrochocs; c'est l'échec. Une cure de packs est proposée dans le but de simplement pouvoir approcher la patiente et éventuellement de préparer des entretiens de famille jugés indispensables. Dans ce contexte dramatique, Gabrielle qui refusait jusqu'alors de se laisser toucher, accepte pourtant les enveloppements journaliers et la présence d'un couple de thérapeutes. Contre toute attente, la distance entre eux et la patiente se règle spontanément; l'homme n'est plus vécu comme l'intrus sexuel qui veut la séparer de sa mère. Au moment où l'excitation diminue, la signification des somatisations devient plus claire: quand les soignants abordent le conflit familial, les plaintes hypocondriaques reprennent le dessus. Le vécu morcelé du corps s'accompagne donc du déni des problèmes relationnels. Cependant, il est désormais possible d'être avec elle, ce qui contraste avec la fuite systématique qui prévalait avant la cure. Après quelques séances, elle pleure abondamment et projette ses souffrances organiques sur une enveloppe corporelle sans peau, délimitée seulement par le pack. Les thérapeutes ont alors affaire à une fillette désarmée. L'épisode maniaque cède le pas aux affects dépressifs; l'abord de sa détresse supprime les somatisations. Au terme d'une courte phase de bien-être ludique, la cure est remplacée par des entretiens individuels et des réunions familiales; elle n'aura compté que douze packs répartis sur trois semaines environ. Il s'agit donc clairement d'un traitement de crise visant à rendre

possible le projet thérapeutique central.

OBSERVATION CLINIQUE No 7 : Thérèse, 35 ans

Thérèse est admise chez nous pour une cure de désintoxication. Le recours à l'alcool traduit ses tendances impulsives et sert à colmater l'émancipation difficile par rapport au couple parental perturbé. La prise en charge axée sur une médication d'aversion et le placement en foyer protégé échoue; une réhospitalisation s'impose mais le séjour se caractérise d'abord par la persistance du passage à l'acte. Quelques entretiens de famille limitent les alcoolisations mais Thérèse continue à tenir l'équipe soignante à distance. En présence de son médecin, une femme, la patiente se défend par l'ironie et la banalisation alors qu'en l'absence de la doctoresse, elle l'idéalise fortement. C'est pourquoi, une cure de packs est entreprise pour dépasser cette difficulté relationnelle.

Cette fois-ci, les rôles sont délibérément scindés : les infirmières enveloppent et dégagent alors que la thérapeute vient seule assister la malade. L'excitation persiste au début et en fin de séance; la période intermédiaire, par contre, se définit par une atmosphère calme, voire subdépressive. Thérèse est plus authentique; son médecin se sent elle aussi plus proche et moins rationalisante. C'est alors que l'importance du transfert apparaît. Il faut préciser que la thérapeute est enceinte et que le deuxième séjour de la patiente s'est ouvert sur un avortement thérapeutique. Ces deux sujets vont déterminer le cours du traitement; métaphoriquement d'abord, car Thérèse décide de maigrir, de perdre son ventre puis évoque des linges gluants mais agréables dont elle risque de se faire expulser. Progressivement, elle parlera de son corps d'enfant (à naître), de la jalousie, de l'abandon. Sa manière de réfléchir à haute voix en présence de sa thérapeute permettra à celle-ci de reconstruire quel-

ques éléments de leur brève histoire commune sans pout autant interpréter l'identification. Après quatorze séances réparties sur deux mois, Thérèse parvient à s'exprimer sans barrière protectrice et poursuit sa reconnaissance somatique dans un groupe d'expression corporelle.

CHAPITRE V

P R O P O S I T I O N T H E O R I Q U E

Des observations cliniques qui précèdent, nous pourrions sûrement tirer plusieurs discours théoriques contradictoires. Il nous semble toutefois que, parmi les modèles disponibles, l'approche de Winnicott permette une compréhension dynamique particulièrement adéquate de la cure de packs. Comme notre propos ne consiste pas à préciser la position, souvent controversée, du psychanalyste anglais, nous ne retiendrons que les concepts nécessaires à éclairer notre réflexion.

1. L'ETAT DE REGRESSION COMME INDICATION

La première question qui se pose, aussi bien dans la situation clinique que dans l'analyse du traitement, est celle de l'indication. En d'autres termes, quels sont les patients qui pourraient bénéficier d'une cure de packs ? Comme nous le montre la casuistique, il est rare que cette modalité thérapeutique soit choisie d'emblée, lors de la première admission en hôpital psychiatrique. Catherine (obs. no 1) doit attendre son troisième séjour pour que son langage corporel soit accepté bien que la tentative de cure d'insuline montre déjà une approche de ce type. Dans le cas d'Ernest (obs. no 2), l'hésitation est encore plus flagrante puisque ce n'est que lors de sa quinzième hospitalisation qu'une cure est indiquée. Pour Bernadette (obs. no 3), il s'agit de trou-

ver un biais qui satisfasse une exigence infraverbale sans rappeler les expériences asilaires.

Le dénominateur commun qui regroupe les patients cités réside dans l'inadéquation entre leur problématique et les traitements mis en oeuvre, autrement dit la situation d'impasse thérapeutique. Il s'agit généralement de personnalités gravement perturbées, dont on peut décrire diversement les caractéristiques principales. Par exemple, dans une optique psychodynamique, ils ont principalement recours à des mécanismes de défense très archaïques. Une approche génétique nous permet de supposer qu'une perturbation majeure est intervenue lors des premiers stades du développement affectif qui précède l'établissement de leur personnalité en tant qu'entité. Un des résultats tangibles de ces constatations est que, très souvent, ces patients sont incapables de formuler une demande d'aide en bonne et due forme. Ce fait complique singulièrement la tâche des médecins et des infirmières qui se trouvent confrontés au double problème de décrypter un appel souvent infraverbal et d'y trouver une réponse adéquate. L'arsenal thérapeutique habituel est alors sollicité : traitements médicamenteux psychotropes, entretiens d'allure plus ou moins pédagogique, ateliers d'ergothérapie, socialisation par la vie de division, réadaptation par l'intermédiaire de l'assistante sociale ou de l'AI etc. C'est ainsi que nous sommes obligés de reconnaître un certain nombre de patients réfractaires au fonctionnement institutionnel standard. Ils nous signalent par la mise en échec du projet thérapeutique, leurs hospitalisations à répétition, leur chronicité, qu'ils attendent autre chose.

A cet égard, une constatation primordiale s'impose : tous les malades dont il s'agit ici présentent un état de régression plus ou moins marqué, tant du point de vue psychodynamique que phénoménologique. Ils adoptent "des modes d'expression et de comportement d'un niveau inférieur du point de

vue de la complexité, de la structuration et de la différenciation (22)". Cet état est souvent reconnu intuitivement par les soignants qui acceptent que la première phase du traitement s'apparente à un maternage (perfusions, repos au lit, attitudes de soutien). Cependant, nous savons que cette période ne doit pas trop durer et que le patient sera gentiment stimulé à reprendre une activité et son autonomie.

Quand Winnicott aborde ce sujet, il précise : "Pour moi, le mot régression signifie simplement l'inverse de progrès. Ce progrès lui-même est l'évolution de l'individu... Un examen plus serré permet de remarquer immédiatement qu'il ne peut pas y avoir une simple inversion du progrès. Pour que ce progrès soit inversé, il faut que l'individu dispose d'une organisation permettant à la régression de se produire... A ce propos, je ne crois pas utile d'employer le mot de régression chaque fois qu'un comportement infantile apparaît dans une anamnèse. Le terme de régression a pris une signification populaire qu'il n'est pas nécessaire d'adopter. Lorsque nous parlons de régression en psychanalyse, nous sous-entendons l'existence d'une organisation du Moi et la menace d'un chaos... C'est comme si on espérait que surviennent des conditions favorables qui justifieraient une régression et offriraient l'occasion d'un développement nouveau, rendu impossible ou difficile à l'origine en raison de la carence de l'environnement (23)".

Cette dernière remarque retient notre attention car elle introduit la distinction winnicottienne entre deux sortes de régressions. La première est le retour à une phase d'échecs dans le processus de maturation, la seconde à une position de succès. Pour celle-ci, il s'agirait, dans les cas les plus normaux, des bonnes situations prégénitales auxquelles l'individu peut revenir lorsqu'il est en difficulté à un stade ultérieur. Mais c'est la première qui nous intéresse : "Notre théorie du développement d'un être humain doit compren-

dre l'idée qu'il est normal et sain qu'un individu soit capable de défendre le self contre une carence spécifique de l'environnement en gelant la situation de carence. Ceci s'accompagne d'une hypothèse inconsciente (qui peut devenir un espoir conscient) : il se présentera ultérieurement l'occasion d'une nouvelle expérience, la situation de carence sera dégelée et revécue, l'individu ayant régressé dans un milieu qui fait l'adaptation nécessaire. La théorie avancée ici est celle de la régression faisant partie d'un processus de guérison (24)".

Ainsi, nous pourrions opposer le comportement régressé du patient qui représente une tentative d'auto-guérison vouée à l'échec et sera souvent dénoncée (infantilisme, immaturité, fuite dans la maladie, etc.) à la reconnaissance de cette régression qui est la perche ultime et désespérée que le malade tend à l'équipe soignante. "Il convient de parler des désirs du malade, le désir par exemple d'être calme. Avec le patient régressé, le terme de désir n'est pas exact; il faut utiliser à la place celui de besoin. Si un malade régressé a besoin de quiétude, on ne peut rien faire, hormis la lui donner. Si on ne répond pas à ce besoin, il n'en résulte pas de la colère; on reproduit simplement la situation de carence de l'environnement qui a arrêté les processus de croissance du self (25)". La stimulation vers une autonomie factice et irréalisable ne présente donc que peu d'intérêt s'il est vrai "qu'une apparente bonne santé avec un faux self n'a pas de valeur pour le malade (26)".

Dans cette optique, les positions du psychiatre et de l'équipe soignante prennent une signification chargée à la fois d'espoir et d'inquiétude. Nous pouvons, en effet, penser avec Winnicott "qu'une personne parvenue au stade où elle éprouve le besoin de régresser à un état de dépendance ne peut jamais s'en tirer seule, ni demander de l'aide à moins que quelqu'un d'autre ne sente en elle ce besoin et ne se propose pour le

rencontrer (27)". Si la faille étiologique se situe au niveau du développement affectif primaire et résulte d'une carence de l'environnement pendant la première période de la vie du patient, il est alors nécessaire d'envisager les phénomènes curatifs comme fonction eux aussi de l'environnement. Or, pour les malades en question, nous représentons momentanément cet espoir et il est vrai, par ailleurs, que nous nous définissons comme un environnement thérapeutique.

A ce propos, nous tenons cependant à éviter certains malentendus que le psychanalyste anglais a essayé de dissiper. La régression n'est pas un choix du thérapeute mais elle est dictée par les besoins actuels du malade. Il s'agit donc de reconnaître l'état du patient et non pas d'engager un processus arbitraire du type "expérience émotionnelle corrective". D'ailleurs, "une expérience vécue dans un environnement correctif ne guérit pas directement le patient, pas plus qu'un mauvais environnement ne cause directement la structure de la maladie (28)". Toutefois, Winnicott a élaboré une théorie et une pratique de l'acceptation de la dépendance en aménageant le cadre psychanalytique classique. Ses considérations à ce propos nous entraîneraient loin de notre sujet. Qu'il nous suffise de dire que la relation au patient régressé peut s'assimiler aux soins qu'une mère normale et dévouée consacre à son enfant, ce qu'il a appelé "la préoccupation maternelle primaire (29)".

Cet abord des phénomènes régressifs nous paraît rendre compte des difficultés que nous avons rencontrées avec les patients mentionnés dans la partie clinique. Or, nous savons que l'environnement délimité par l'hôpital psychiatrique diffère notablement du setting analytique. Il s'agirait de définir un processus thérapeutique qui s'adapte aux besoins du patient et "lui permette au moins de passer par des phases de régression si ce n'est d'adopter un style de vie régressif et continu (30)". La cure de packs, telle que nous l'avons expo-

sée dans l'introduction répond à cette exigence. Nous avons vu que des résultats encourageants pouvaient nous donner raison, d'autant plus que certains échecs peuvent aussi se comprendre en fonction du cadre conceptuel auquel nous nous référons. Nous partirons donc de l'idée winnicottienne que la cure doit être (comme les soins maternels) suffisamment bonne. C'est de cette qualité que nous aimerions parler maintenant.

2. LE HOLDING DANS LE PACK

L'expérience clinique commentée dans la casuistique nous permet de constater un changement notable en début de cure déjà. Catherine (obs. no 1) "se laisse enfin aller", Ernest (obs. no 2) troque son hyperactivité contre une lenteur et une passivité surprenante. La logorrhée de Bernadette (obs. no 3) persiste alors qu'au niveau des sentiments, elle signale d'emblée une dépendance et une tristesse inapparentes jusque là. Une manière de calme particulier s'installe et contraste avec les tensions préexistantes à l'instauration des packs. Cette transformation a lieu bien que le patient manifeste la tendance, impliquée par la vigilance, à garder le contrôle de la situation (par opposition à la cure d'insuline). La variation subtile de l'ambiance se limite tout d'abord aux séances, mais déteint habituellement sur le climat général de la prise en charge. Nous postulons donc une caractéristique propre au setting que nous avons cherché à comprendre.

Dans cette perspective, le concept winnicottien de "holding", - rendu très imparfaitement en français par "maintien" - nous paraît spécifier la modification patente de la relation au patient régressé. Ce terme qualifie d'abord les soins aimants que la mère prodigue au corps du nourrisson au stade de la dépendance absolue. Il est choisi "pour dénoter que l'on porte physiquement l'enfant, mais il désigne aussi tout ce que l'environnement lui fournit... Cette notion de maintien se réfère à une relation spatiale à trois dimensions à laquelle

le temps s'ajoute progressivement. Cela coïncide en partie avec les expériences instinctuelles, qui éventuellement déterminent les relations objectales, mais son origine est plus précoce. Cette notion recouvre le maniement d'expériences qui sont inhérentes à l'existence, tel que l'accomplissement (et par conséquent le non-accomplissement) de processus qui, de l'extérieur, peuvent paraître purement physiologiques; en fait, ils relèvent de la psychologie du nourrisson et se déroulent dans un champ psychologique complexe, déterminé par l'empathie de la mère et le fait qu'elle perçoit tout ce qui concerne le nourrisson (31)". Cette définition présuppose que "le potentiel inné d'un enfant ne peut devenir un enfant s'il n'est couplé à des soins maternels (32)" et que la fonction de holding est naturelle à la mère; elle est issue de sa préoccupation maternelle primaire.

Si nous nous permettons de reprendre ce concept hors du champ de la fusion dyadique, c'est que Winnicott l'a lui-même étendu à sa relation thérapeutique avec des individus prégénitaux. "Nous constatons que nous utilisons les mêmes mots pour parler des petits enfants et des bébés et pour décrire les sujets schizoïdes (33)". En effet, dans les phases de régression, nous touchons à ce que Balint a appelé "l'enfant dans le patient". D'autre part, la similitude est frappante entre certains aspects du pack et les caractéristiques du maintien. Dans la cure, il s'agit d'emballoter le patient, de le porter pour lui offrir une période de détente. Pendant la séance, les soignants sont entièrement à sa disposition, prêts à se consacrer à lui aussi complètement que possible. Le médecin propose donc un environnement facilitant, fait d'abord d'attentions physiques qui répondent à un besoin psychologique.

"Dans maintien, il y a surtout le fait qu'on tient physiquement l'enfant, ce qui est une forme d'amour... Le holding protège contre les dangers physiologiques, tient compte : de la

sensibilité de la peau de l'enfant (toucher, température); de la sensibilité auditive, de la sensibilité visuelle, de la sensibilité à la chute (action de la pesanteur)... Il comprend toute la routine des soins de jour et de nuit, soins différents suivant l'enfant puisqu'ils font partie de lui et qu'il n'y a pas deux enfants semblables. Ils s'adaptent jour après jour aux changements dus à la croissance et au développement, changements à la fois physiques et psychologiques (34)". Les soins dont parle Winnicott sont prodigués par la mère "suffisamment bonne" sans qu'elle y pense. Il nous faudra donc poser la question de la capacité des soignants à "empathiser" délibérément avec le patient.

Comme nous l'avons expliqué dans la description de la séance, l'induction au calme fait partie du setting. La protection sensorielle (silence de la pièce, lumière tamisée, etc.) se réalise sans recourir à une isolation artificielle. De même que pour l'enfant manipulé et emmaillotté, la seule stimulation est extéroceptive; elle concerne la peau du patient et le sentiment d'être saisi - par les linges, par le froid - se transforme rapidement en sensation de bien-être.

La cure d'Ernest (obs. no 2) est exemplaire à cet égard. Alors qu'il se défendait avec angoisse par une activité brouillonne, il se livre désormais à une passivité béate et confiante. Bien que le patient soit contraint à une certaine immobilité, il est surtout mis en condition de ne rien faire. Nous pouvons donc supposer une relative tranquillité pulsionnelle. D'autre part, l'effort d'adaptation exigé par la réalité devient moins pressant et Ernest sent que le discours même devient superflu. Dans ces conditions, il n'a plus besoin de s'engager dans une relation adulte puisque nous l'acceptons tel qu'il est et que la situation lui permet de se montrer sous un jour plus authentique sans trop en souffrir narcissiquement. Il sait les soignants centrés sur le pack et peut se dégager, du moins partiellement, de leur attente anxieuse d'un fonctionnement

précis ou d'une élaboration verbale.

Les thérapeutes eux aussi ressentent moins la nécessité de tenir un rôle professionnel qui pour être habituel n'en est pas moins une prison; le paravent de la fonction s'amenuise. Mais s'ils renoncent à composer, ils se démasquent du même coup. Ceci expliquerait certaines incompatibilités et nous avons dû reconnaître l'inaptitude de quelques soignants à s'engager dans les cures. Leurs difficultés ne relèvent probablement pas de leur formation mais plutôt d'une incapacité personnelle à s'identifier aux patients régressés; Cet élément concerne évidemment d'autres situations des soins psychiatriques.

Si nous tentons de préciser encore l'axe thérapeutique de la période de maintien, deux éléments nous paraissent essentiels. Tout d'abord, nous remarquons, après une cure satisfaisante, que les patients se signalent par un fonctionnement plus unifié. Dans le pack de Catherine (obs. no 1), on observe une manière de secondarisation; alors qu'elle agissait ses fantasmes comme dans le rêve, le processus primaire s'estompe en fin de traitement. Or, selon Winnicott, le holding est nécessaire à l'intégration du Moi du petit enfant. Car "le Moi se fonde sur un Moi corporel, mais c'est seulement lorsque tout se passe bien que la personne du nourrisson commence à se rattacher au corps et aux fonctions corporelles, la peau étant la membrane-frontière (35)". En ceci, le psychanalyste anglais est très proche de Freud : "La naissance du Moi et sa séparation du Ça dépendent encore d'un autre facteur que de l'influence du système P (perception). Le propre corps de l'individu et, avant tout, sa surface constituent une source d'où peuvent émaner à la fois des perceptions externes et des perceptions internes (36)". Tous les patients traités par enveloppement ont exprimé, verbalement ou non, un intérêt croissant pour leur corps. Dans la mesure où "le corps vivant, avec ses limites, son intérieur et son extérieur, est ressen-

ti par l'individu comme le noyau de son self imaginaire (37)", nous assistons à un début de réconciliation entre le psychisme et le soma. La jonction entre l'approche corporelle de la technique et l'intégration psychosomatique du malade est le premier élément que nous voulions souligner.

Le second peut se résumer par la notion de continuité. Celle-ci s'applique d'autant mieux qu'il s'agit d'une cure durable, par opposition aux séances ponctuelles que nous utilisons parfois pour résoudre une crise passagère (obs. no 6). Selon Winnicott, l'établissement d'un self unitaire repose sur l'assurance donnée par la mère d'une continuité de l'existence. Bien que le traitement se découpe en rencontres intermittentes, le retentissement des packs gagne rapidement la globalité de la prise en charge. Comme nous l'avons vu, les bienfaits durent, le calme se prolonge pendant les intervalles et, dans le cas d'Ernest (obs. no 2), nous imaginons même qu'il promène un enveloppement invisible. Un autre aspect du besoin de permanence se concrétise par le rituel (gestes ou propos) propre à chaque cure; quelque nombreuses que soient les différences d'une séance à l'autre, il n'en demeure pas moins un réseau de conventions tacites entre soignants et soigné; elles forment une infrastructure stable, gage de la sécurité du patient.

Ce besoin de continuité pose évidemment une exigence aux thérapeutes qui doivent au moins être présents ! Pour l'avoir sous-estimée, nous avons probablement fait échouer certaines cures ou du moins infléchi profondément leur déroulement. Dans le cas de Maria (obs. no 4), nous avons relevé une cassure dans la séquence temporelle du traitement. Il est probable que, lors de semblables situations, le patient ne peut qu'enregistrer avec angoisse une répétition de ce qu'il a vécu dans son enfance, à savoir une faillite partielle de l'environnement. L'effet de surprise se double d'une incompréhension qui se traduit principalement par une méfiance à

l'égard de la cure et peut-être par l'impossibilité de bénéficier d'un "maternage suffisamment bon".

Par contre, si la permanence est assurée, les qualités du holding se retrouvent dans tous les cas. Le silence et le calme ne sont toutefois pas vécus comme une absence de relation. Même si soignants et patient ne font rien mais restent sans parler ni bouger, ils partagent un temps riche en significations. En ce sens, la situation de "maintien" s'oppose fondamentalement au vide relationnel que peut ressentir un malade agité après une expérience de contention.

3. LES PHENOMENES TRANSITIONNELS ET LE PACK

La confrontation de nos expériences cliniques nous incite à penser qu'il serait vain de rechercher une véritable séquence dans le déroulement de la cure. Il nous est, en effet, très difficile de discerner des phases qui se succéderaient dans le temps. C'est donc dans un but de clarification théorique que nous en divisons les caractéristiques alors que, dans l'exercice de la thérapie, les distinctions s'estompent.

Nous avons vu que le patient a trouvé un milieu qui tend vers l'adaptation nécessaire à son état de régression. Dans ce contexte, l'attitude thérapeutique vise au holding qui comprend le retentissement psychologique de soins physiques. Cette explication ne rend toutefois pas compte de tout ce que nous avons observé et particulièrement du changement de registre dans la communication, verbale ou non. Dans chaque cas, l'impossibilité ou la dégradation des rapports entre le malade et son entourage auxiliaire sont au premier plan lors de l'indication. Or, le déroulement de la cure montre inmanquablement une subtile modification des transactions. Le patient y prend une part croissante et se permet d'utiliser son corps et son langage d'une façon impensable jusqu'alors. C'est comme s'il se trouvait dans un espace nouveau où la

symbolisation devenait possible.

Il semble bien que l'enveloppement lui-même joue un rôle prépondérant dans le sentiment de sécurité qui fonde la relation soignants-soigné. Pour Catherine (obs. no 1) "l'espace thérapeutique autorise une grande intimité et les linges représentent malgré tout une protection contre l'envahissement fusionnel". Le pack devient donc une manière d'environnement facilitant au sein même de l'hôpital. De toute manière, il existe un élément tangible entre les thérapeutes et le patient, alors qu'ils se réunissent pour être ensemble. La médiation est claire en ce qui concerne le toucher à travers la couverture, différence essentielle avec les massages ou la physiothérapie. Mais elle apparaît aussi, de façon moins visible quand l'enveloppement figure un réceptacle, cibles des mauvaises choses qui pourraient se passer entre les différents protagonistes de la cure (obs. no 3 (38)).

Cette métaphore du pack nous paraît très proche de ce que Winnicott a appelé l'objet transitionnel (1951, 1971). Nous savons que ce concept s'applique originellement au petit enfant qui, dans le cours de son processus de maturation, choisit un objet particulier "qui ne fait pas partie du corps du nourrisson et qu'il ne reconnaît pourtant pas encore complètement comme appartenant à la réalité extérieure (39)": Qualifié de première possession non-Moi, il ne peut se définir que paradoxalement car "il ne vient ni du dedans, ni du dehors, mais dont le lieu est cet espace tiers situé dans l'entre-deux du Moi et du non-Moi, de l'enfant et de sa mère, du subjectif et de l'objectif, de l'intérieur et de l'extérieur. Il est ce que nous, les adultes, pouvons voir de l'itinéraire qui mène l'enfant à la reconnaissance du réel. Il vient se loger dans l'aire de l'illusion, tout en marquant un progrès par rapport à elle, car ce n'est plus un objet fictif créé par une hallucination : il a une réalité propre qui le différencie de celle-ci (40)".

La similitude est donc frappante entre l'utilisation de son objet par l'enfant au moment où il s'endort et l'effet calmant des packs : un réconfort visible a lieu dans les deux cas. D'autre part, sa fonction protectrice contre l'angoisse de type dépressif permet de comprendre mieux que les patients traités par enveloppements renoncent progressivement à leurs défenses maniaques : l'excitation et la fuite en avant font peu à peu place à la tranquillité, fussent au prix d'une phase de dépression (obs. no 6).

Pour préciser la fonction des linges humides, il suffit de considérer ce qui différencie le pack de la relaxation. En effet, dans les méthodes psychothérapeutiques de décontraction, "les avatars et le vécu de la "détente" sont les médiateurs d'une relation interpersonnelle englobant le corps (41)". Dans ce cas, le corps lui-même est utilisé comme objet transitionnel entre le relaxateur et son patient. Ceci présuppose toutefois la capacité du malade à distinguer entre la réalité intérieure et le monde extérieur, ce qui est le propre de l'individu intégré. Si les frontières du Moi sont floues, cette illusion somatique est probablement compromise. Pour nos patients mal structurés, nous avons donc constaté l'avantage du médiateur, de la seconde peau que représente le pack. Dans un deuxième temps, par contre, nous avons souvent institué une relaxation (obs. no 1 - 2). Le cas de Gérard (obs. no 5) illustre justement l'impossibilité du rapprochement direct chez un hypocondriaque et le relais, moins angoissant, par l'enveloppement.

Il nous faut revenir maintenant à l'activité naissante du patient dans la cure. En effet, nous avons décrit une période plus ou moins longue de repos pendant laquelle le silence et l'immobilité ne sont toutefois pas indispensables. C'est alors que le malade commence à utiliser, de façon originale, l'espace ainsi créé. Catherine "montre par ses sourires et ses regards qu'elle y trouve un plaisir différent, très peu

sexualisé" (obs. no 1). Bernadette fait des révélations et assure elle-même la continuité du traitement à l'occasion d'un changement de personnel (obs. no 3). La participation significative du patient au processus nous paraît compléter l'apport des thérapeutes. C'est précisément ce chevauchement que Winnicott appelle "l'aire intermédiaire d'expériences qui se situe entre le subjectif et ce qui est objectivement perçu (42)". Le psychanalyste anglais y voit un domaine très riche en prolongements divers, dont l'art, la religion, toute la culture ne sont pas les moindres. En ce qui concerne la cure, quelques éléments-clés établissent son appartenance aux phénomènes transitionnels. La créativité du patient d'abord, se reconnaît, d'une part à son rôle actif, comme celui de réchauffer lui-même l'enveloppement, d'autre part à la possibilité déjà mentionnée du geste spontané. Celui-ci apparaît clairement aux moments charnières du traitement quand le malade lui donne une impulsion nouvelle. Les mises en scènes théâtrales de Bernadette (obs. no 3) ont cette fonction-là. Cette spontanéité peut aussi se révéler négativement quand la tranquillité remplace, comme nous l'a dit Catherine (obs. no 1), les stupéfiants, la promiscuité sexuelle, en somme les actings.

Mais l'aspect transitionnel le plus évident s'exprime dans le "jeu". Winnicott dit "playing" qui indique un processus en train de s'effectuer librement et qu'il oppose au "game", activité structurée par des règles. Cette expérience se fonde aussi sur une relation primaire suffisamment bonne. "La confiance dans la mère suscite un terrain de jeux intermédiaire... Dans un premier temps, c'est à coup sûr la mère qui joue avec le bébé, mais elle se montre plutôt soucieuse de s'adapter aux activités de jeu de son enfant (43)". Or, nous avons observé que cette forme d'échange est une constante des cures de packs. Pour Catherine "l'enveloppement peut se passer comme un jeu où les soignants deviennent des figures parentales qui cajolent et rassurent" (obs. no 1).

La phase ludique permet à Ernest d'individualiser les thérapeutes (obs. no 2), et à Bernadette de s'allier successivement avec les différents participants (obs. no 3). Dans tous les cas, on s'amuse par moments, sur un mode innocent et plutôt enfantin. En fait, le jeu prend des tournures diverses et implique le corps (44) : il s'agit de mouvements du patient dans les linges auxquels les soignants répondent par le toucher, de regards qui se croisent, de mimiques compli- ces, de mots dont la signification n'importe pas tant que leur sonorité. La forme la plus familière demeure évidemment l'échange verbal quand prime la métaphore. Nous décrivons ainsi le chevauchement de deux aires situées dans un espace potentiel, qui dans notre cas, est délimité par la cure.

Cette constatation nous permet d'envisager une hypothèse concernant le levier thérapeutique. Sans entrer dans un débat qui dépasserait le modeste cadre de notre thèse (45), il est inévitable de poser la question suivante : qu'en est-il de l'inconscient et des phénomènes de transfert ? Pour nous, il est clair qu'ils existent; nous les reconnaissons dans la mesure de nos capacités et de notre formation. Nous y avons d'ailleurs fait allusion à plusieurs reprises (obs. no 7). Nous ne pouvons toutefois pas oublier que nous sommes dans un contexte hospitalier psychiatrique et non pas sur un di- van d'analyste. Comme nous l'avons vu, nous traitons des pa- tients prégénitaux, aux défenses archaïques, pour lesquels une modification de la cure-type psychanalytique s'impose de toute manière. Le transfert (de même que le contre-trans- fert) sera donc au mieux repéré et discuté par les thérapeu- tes et leur contrôleur, mais jamais interprété.

Dans le cadre institutionnel, la cure de packs s'illustre donc par la création d'un espace potentiel, lieu des phéno- mènes transitionnels décrits par Winnicott. Le point crucial du traitement se situe dans une rencontre à la limite du monde subjectif (en grande partie inconscient) du patient et

de la réalité objective qui l'entoure. Comme le dit le psychanalyste anglais, il s'agit du domaine de l'illusion. Ceci fonde paradoxalement sa valeur psychothérapeutique : "La psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. En psychothérapie, à qui a-t-on affaire ? A deux personnes en train de jouer ensemble. Le corollaire sera donc que là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire (46)".

4. LE SEVRAGE OU LA FIN DE LA CURE

La description clinique nous a permis de constater que le désinvestissement était progressif, en tous cas dans les cures d'une certaine durée (dix, cinq et quatre mois pour les obs. nos 1 à 3). Pour Bernadette (obs. no 3), il occupe jusqu'au tiers du traitement. Très souvent, les soignants impliqués dans le pack ont besoin des observations de l'équipe de division pour s'en rendre compte. En effet, la stabilité et le fonctionnement mieux intégré du patient se traduisent sur le plan comportemental dans sa vie quotidienne. Alors que les thérapeutes sont encore en train de "maintenir" ou de "jouer", le malade commence à s'intéresser à d'autres activités de la clinique et même à réaliser certains projets. Catherine se rend chez un gynécologue et reconnaît ainsi qu'elle est une femme (obs. no 1), Ernest entreprend des sorties (obs. no 2). Il s'ensuit une négociation plus ou moins heureuse qui aboutira à la séparation soit brutale soit progressive, basée le plus souvent sur une diminution de la fréquence des séances.

L'introduction du sevrage peut donner lieu à des manifestations agressives de part et d'autre et à une recrudescence des actings chez le patient mais il faut rappeler que celui-ci a déjà fait l'expérience d'une limite temporelle à la fin

de chaque pack. La situation n'est donc pas complètement nouvelle pour lui et comme dit Winnicott à propos de l'enfant : "Si tout se passe bien, il peut effectivement bénéficier de l'expérience de la frustration, car une adaptation incomplète aux besoins rend les objets réels, aussi bien haïs qu'aimés... Néanmoins, au début, l'adaptation doit être presque totale car, si tel n'était pas le cas, l'enfant ne pourrait développer la capacité de vivre une relation avec la réalité externe ou même de se faire une conception de cette réalité (47)". Cette dernière réflexion nous conforte dans l'idée que la fin de la cure est d'autant plus harmonieuse que le patient a pu véritablement faire l'expérience du holding et du jeu. Dans ce sens, l'expression de certains sentiments nous paraît importante au cours de la phase précédant la séparation. Bernadette, par exemple, manifeste un regain de destructivité qu'elle assortit toutefois d'une nouvelle capacité de sollicitude (obs. no 3). L'autocritique apparaît aussi de façon nuancée et correspond parfois à un besoin de réparation. Les soignants peuvent en être surpris et il arrive que cette forme de gratification rende le sevrage plus difficile pour eux. Ils ont ainsi parfois de la peine à accepter la fin de la cure !

Cette constatation soulève l'énorme question de l'attente des thérapeutes qui jouent un rôle dès le début du traitement. Comme nous l'avons vu, la fonction professionnelle résiste difficilement à la remise en question provoquée par l'assistance au patient régressé : au moment de l'indication déjà, le besoin de réparation non-reconnu peut servir de motivation aveugle, indépendante de ce qui est nécessaire au malade. Comme nous sommes obligés de reconnaître la fréquence de ces tendances chez les soignants, nous savons qu'il existe un risque à proposer une prise en charge de ce type. Le résultat en est alors l'échec relatif de certaines cures. Dans le cadre conceptuel que nous avons suivi, il s'agit alors d'un environnement peu fiable dans lequel les thérapeu-

tes angoissés introduisent une discontinuité, un sevrage précoce avant que le patient ait pu faire l'expérience du calme et de la spontanéité. "Dans les cas de faillite prématurée de la sécurité de l'environnement, il y a aussi danger que cet espace potentiel s'emplisse de ce qui lui est injecté par quelqu'un d'autre que le bébé (48)". Nous ne faisons alors que répéter la carence primitive. Il est clair que certains de nos packs ont été entachés d'inadéquations mais l'essentiel pour le sujet demeure la prédominance des bonnes expériences sur les mauvaises; ce que nous ne prétendons d'ailleurs pas pouvoir évaluer avec exactitude.

CHAPITRE VI

C O N C L U S I O N

Le traitement par la méthode hydrothérapique des packs tel qu'il est présenté dans ce travail n'est pas une panacée. Comme nous l'avons vu, il peut s'appliquer à un certain nombre de patients psychiatriques et de situations cliniques particulières. A l'instar de n'importe quelle thérapie, il peut aussi échouer. L'indication se fonde sur une situation d'impasse thérapeutique et présuppose la reconnaissance d'un besoin du malade, à savoir celui de sa régression à la dépendance. Le choix du moyen n'est alors pas indifférent puisqu'en proposant un cadre limité aux séances d'enveloppement, nous comptons toujours sur la partie saine de l'individu. Contrairement aux anciennes cures de sommeil, il subsiste de larges intervalles où l'institution entière joue le rôle de contenant. Pendant le pack lui-même, la vigilance n'est pas altérée artificiellement et l'environnement facilitant ainsi créé permet un échange nouveau entre soignants et soigné. Ce dernier est pris en charge dans son intégrité psychosomatique, pourtant temporairement compromise. Nous définissons donc une approche englobant le corps traditionnellement opaque en psychiatrie.

Les caractéristiques de la cure peuvent se résumer dans une terminologie empruntée à Winnicott pour les notions de holding (maintien) qui comprend le retentissement psychologique

des soins physiques, et de phénomènes transitionnels. Ce concept-ci nous a permis de comprendre le rôle des linges comme médiateurs, et le sens du jeu (playing). D'autre part, nous avons émis l'hypothèse de la création d'une aire intermédiaire d'expériences qui pourrait favoriser le dégel d'une carence ancienne de l'environnement primaire. Toutefois, nous ne pensons pas qu'il s'agisse à proprement parler de réparer un manque fondamental. La tâche du thérapeute "n'est pas d'être ou de devenir la mère : nous en serions incapables, même si nous tentions de le faire. Ce n'est que par un acte de pensée magique que nous pourrions arriver à nous en convaincre. Ce que nous devons apporter à notre patient, ce sont certaines fonctions de la mère dans son rôle de barrière protectrice et de Moi auxiliaire (49)".

Dans l'espace institutionnel particulier de l'hôpital psychiatrique, la cure de packs ne s'oppose pas aux différentes techniques de soins. Au contraire, nous l'avons toujours envisagée comme une étape intermédiaire ou complémentaire. Elle n'exclut pas le recours aux médicaments même si elle en diminue l'importance et le traitement a souvent débouché sur une prise en charge psychothérapeutique verbale ou corporelle, individuelle ou en groupe.

D'autre part, et malgré notre tendance à limiter le nombre de participants à la cure (deux ou trois), cette prise en charge tient compte de l'aspect multidisciplinaire de notre travail d'équipe. Nous savons que la relation duelle est une fiction en institution. Nous avons aussi remarqué une modification de la sensibilité des soignants dans le sens d'un abord psychodynamique du patient. Cela ne peut donc que contribuer à transformer radicalement les aspects asilaires de notre pratique en favorisant la personnalisation du malade.

CHAPITRE VII

R E S U M E

Dans ce travail, nous avons cherché à définir une théorie de notre pratique empirique des packs en clinique psychiatrique. Ceux-ci sont une forme de traitement psychocorporel, appelé aussi "enveloppements humides".

Après avoir décrit la technique et les modalités de la cure, nous avons essayé de dégager, dans un survol historique et une revue de la littérature, le changement d'orientation de cette forme, déjà ancienne, d'hydrothérapie. L'approche psychothérapeutique remplace actuellement l'objectif de contention physique. Nous en fournissons l'illustration par le récit de sept traitements par les enveloppements. Ceux-ci ont été sélectionnés en fonction de leur représentativité et non dans un souci d'objectivité statistique. Les propositions théoriques se rapportent aux observations cliniques et s'appuient sur les concepts du psychanalyste anglais D. W. Winnicott. L'indication se fonde sur une situation d'impasse thérapeutique et présuppose la reconnaissance d'un besoin du malade, à savoir celui de sa régression à la dépendance. Les meilleurs résultats ont été obtenus quand le malade avait pu faire l'expérience d'un environnement suffisamment bon. Celui-ci peut se caractériser par (1) une attitude mentale de l'équipe thérapeutique (médecin et infirmier), à savoir le "holding" (maintien) qui comprend le retentissement psycho-

logique des soins physiques, et (2) la création d'une aire intermédiaire d'expériences. Cette dernière s'apparente aux phénomènes transitionnels comme le montre, entre autres, la fonction médiatrice des linges et la possibilité offerte au patient de recourir au jeu (playing). Après avoir évoqué certains aspects du sevrage, nous avons pu conclure que la cure de packs n'est pas une panacée mais qu'elle offre d'indéniables avantages comme étape intermédiaire ou complémentaire dans la prise en charge psychiatrique des patients régressés.

CHAPITRE VIII

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) D.W. Winnicott : Collected Papers, Tavistock Publications Ltd., 1958.
De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, Paris 1969.
- (2) D.W. Winnicott : Playing and Reality, 1971.
Jeux et réalité, Ed. Gallimard, 1975.
- (3) S. Ferenczi : Versuch einer Genitaltheorie, 1924.
Thalassa, Psychanalyse des origines de la vie sexuelle, Payot, Paris 1963.
- (4) W.F. Otto : Dionysos, Le mythe et le culte, Ed. orig. Klostermann, 1960; trad. franç. Mercure de France, 1969
- (5) M. Foucault : Histoire de la folie à l'âge classique, Plon, 1961.
- (6) W. Brüggemann : Kneipp-Therapie, Springer-Verlag, 1980
- (7) W. Magnan : Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1893.
- (8) R. Wright : Hydrotherapy in Psychiatric Hospitals, Tudor Press, 1940.
- (9) P. Sivadon : Physiothérapie et Kinésithérapie dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, rubrique Psychiatrie (1971, 37870 A10).
- (10) E.F. Guirguis : The Role of Mechanical Restraints in the Management of Disturbed Behaviour, Canadian Psychiatric Association Journal, Vol. 23, no 4, juin 1978.
- (11) M.A. Woodbury : L'Equipe thérapeutique, Principes de traitement somato-psycho-social des psychoses, l'Information psychiatrique, décembre 1966.
- (12) P.C. Racamier : Le psychanalyste sans divan, Payot, Paris 1973.
- (13) Cité dans P.C. Racamier, opus cité.

- (14) M.A. Woodbury : Altered Body-Ego Experiences, Journal of the Amer. psycho-anal. ass., XIV, no 2, 1966.
- (15) G. Pous : De la kinésithérapie et du corps en psychiatrie, Information psychiatrique, vol. 50, no 1, 1974.
- (16) Brigitte d'Amiens : Une cure de packs, Rev. Méd. Psychosom., t. 20, no 3, 1978.
- (17) R.K. Kilgalen : Hydrotherapy, Is it all washed up ? - Journal of psychiatric nursing and mental health services, 1972.
- (18) L. Deumié : La pratique du packing en milieu institutionnel d'inspiration psychanalytique, compte rendu du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Masson, 1978.
- (19) Ph. Bovier, H. Brandli : L'enveloppement humide : une tentative d'approche de la psychose, l'Information psychiatrique, vol. 55, no 7, 1979.
- (20) A. Sautejean : Packs et traitements institutionnels d'une psychose autistique, l'Information psychiatrique, vol. 55, no 7, 1979.
- (21) D.B. Feinsilver : Cold Wet Sheet Pack, Transitional Relatedness and Containment, Psychotherapy of Schizophrenia, 6th int. Symposium on, Lausanne, édité par Chr. Müller, Excerpta Medica, 1979.
- (22) Laplanche et Pontalis : Dictionnaire de la psychanalyse, P.U.F., 1967.
- (23) Winnicott : De la Pédiatrie à la Psychanalyse, Payot, Paris, 1969, (PP) : p. 134-135.
- (24) Winnicott : PP : p. 135.
- (25) Winnicott : PP : p. 142.
- (26) Winnicott : PP : p. 141.
- (27) M. Masud R. Kahn : Préface à "La Consultation thérapeutique et l'enfant. Gallimard, 1971, (CTE) : p. 26.
- (28) Winnicott : Processus de Maturation chez l'enfant, Payot, Paris, 1974, (PME) : p. 247.
- (29) Winnicott : PP : p. 168.
- (30) M. Masud R. Kahn : Opus cité p. 31.

- (31) Winnicott : PP : p. 244.
- (32) Winnicott : PP : p. 243.
- (33) Winnicott : Jeu et Réalité. Gallimard, 1975, (JR) : p. 94.
- (34) Winnicott : PP : p. 249-250.
- (35) Winnicott : PME : p. 13.
- (36) S. Freud : Le Moi et le Ça. Trad. fr. Payot, Paris : p. 193.
- (37) Winnicott : PP : p. 68.
- (38) Feinsilver D. B. : Opus cité.
- (39) Winnicott : PP : p. 110.
- (40) C. Geets : Winnicott, J-P Delarge, éd. 1981 : p. 87.
- (41) G. Garonne : La Relaxation, Les cahiers médico-sociaux 1/1976. Ed. Médecine et Hygiène, Genève.
- (42) Winnicott : JR : p.10.
- (43) Winnicott : JR : p. 67-68.
- (44) Winnicott : JR : p. 73.
- (45) H. Searles : Transitional Phenomena and Therapeutic Symbiosis : Int. Journ. Psychoanalytic. Psychotherapy 5 (1976).
- (46) Winnicott : JR : p. 55.
- (47) Winnicott : JR : p. 20.
- (48) Winnicott : JR : p. 142.
- (49) M. Masud R. Kahn : Le soi caché, Gallimard, 1976 : p. 98.