



La revue *Aleph. langues, médias et sociétés* est approuvée par ERIHPLUS. Elle est classée à la **catégorie B**.

Évaluation des aspects pathologiques et du type d'attachement dans le processus thérapeutique d'une jeune suicidante

تقييم العوامل المضطربة ونوع التعلق خلال السيرورة العلاجية لدى شابة انتحارية

Evaluation of the pathological aspects and the type of attachment in the therapeutic process of a young suicide

HALLOUANE ZOUINA - LAPLUSHES - Université de Bouira - et BENALIA OUAHIBA - Université de Bouira

	Soumission	Publication numérique	Publication Asjp
	27-10-2022	14-11-2022	31-01-2023

Éditeur : Edile (Edition et diffusion de l'écrit scientifique)

Dépôt légal : 6109-201

Edition numérique : <https://aleph.edinum.org>

Date de publication : 14 novembre 2022

ISSN : 2437-1076

(Edition ASJP) : <https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/226>

Date de publication : 31 janvier 2023

Pagination : 355-375

ISSN : 2437-0274

Référence électronique

Zouina Hallouane et Ouahiba Benalia, « Évaluation des aspects pathologiques et du type d'attachement dans le processus thérapeutique d'une jeune suicidante », *Aleph* [En ligne], 10 (1) | 2023, mis en ligne le 14 novembre 2022. <https://aleph2.edinum.org/7546>

Référence papier

Zouina Hallouane et Ouahiba Benalia, « Évaluation des aspects pathologiques et du type d'attachement dans le processus thérapeutique d'une jeune suicidante », *Aleph*, 10 (1) | 2023, 355-367.

Évaluation des aspects pathologiques et du type d'attachement dans le processus thérapeutique d'une jeune suicidante

تقييم العوامل المضطربة ونوع التعلق خلال السيرورة العلاجية لدى شابة انتحارية

Evaluation of the pathological aspects and the type of attachment in the therapeutic process of a young suicide

HALLOUANE ZOUINA

LABORATOIRE PLURIDISCIPLINAIRE DES SCIENCES DE L'HOMME,
ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ LAPLUSHES, UNIVERSITÉ DE BOUIRA
BENALIA OUAHIBA
UNIVERSITÉ DE BOUIRA

Introduction

Les rencontres thérapeutiques avec les suicidants posent la problématique de l'ambiguïté dans laquelle les sujets se retrouvent, l'angoisse d'un acte auquel ils n'avaient jamais pensé. Cette force qui les avait poussés à la réalisation d'un acte qui se présente comme atroce et qui leur semble tout à fait étranger. Le clinicien se retrouve alors, investi comme celui qui sait dénouer l'énigme de cette force inconsciente.

Observer et analyser la vie psychique d'un suicidant nécessite l'examen de ses processus psychiques en action, ses investissements, ses mécanismes intrapsychiques et ses identifications, et ce, à partir des mobilités de régression et de réélaboration qui indiquent le niveau de la maturité psychique. Les contenus du transfert et du contre-transfert sont des repères de son aptitude d'aborder la régression avec ou sans destructivité et d'octroyer ses compétences d'associations. Le vécu narcissique s'exprime, à la fois dans ses mouvements de repli auto-érotique et d'ouverture vers le tiers et dans la dynamique des traces des conflits et failles précoces, qui résultent du type d'attachement parental intériorisé.

Le dysfonctionnement du psychisme s'exprime par la symptomatologie patente ou latente. Cette psychopathologie relève de différentes causes qui interagissent et qui peuvent surgir de l'un des trois agencements qui sont d'ordre développemental, traumatique et conflictuel (intrapsychique). Cette vision acquiert toute sa valeur si l'on prend également en compte les conséquences en cascade liées à chacune des causes.

Selon (Jeammet Ph., 1991), plus on est impliqué dans l'agir, moins on peut s'appuyer sur des représentations renvoyant à des organisations stables et des

conflits typiques puisque l'agir surgit en lieu et place du travail psychique de représentation. Les textes de Green A. (1995) expliquent que la pathologie de l'état limite, qui oscille entre l'angoisse d'abandon et d'intrusion, témoigne d'une confusion entre l'affect, la représentation, la pensée et l'action.

Le concept de « pulsion d'attachement » a été proposé par Anzieu D. (1985) dans le cadre de son étude sur les signifiants formels. À partir de là, l'auteur s'attache à montrer que l'attachement peut servir de pont conceptuel entre la théorie des pulsions et la théorie des relations d'objet.

Dans cette étude, nous tentons de connaître le type d'attachement des suicidants et les différents aspects de leur fonctionnement psychique durant le processus thérapeutique. Et pour cela, nous avons fait une investigation approfondie d'un cas suivi par une psychothérapie, après sa tentative de suicide, durant plus de trois années.

1. Prolégomènes

1.1. Présentation du cas

Nadia, âgée de 23 ans, troisième d'une fratrie de cinq enfants. Elle était maltraitée par sa mère qui finit par divorcer, en laissant la garde à son mari qui se remarie une année après le divorce. Depuis l'âge de 11 ans, Nadia n'arrive pas à construire une relation acceptable ni avec sa marâtre ni avec ses enseignants; elle a quitté l'école à l'âge de 14 ans. La prise du produit caustique était à coup de tête. En discutant avec sa copine, elles ont acheté une bouteille de décapant pour se suicider; sa copine s'est sauvée après que notre patiente est passée à l'acte à l'âge de 21 ans.

1.2. La psychothérapie

Nous appliquons, avec les suicidantes, une thérapie de soutiens inspirée de la théorie psychodynamique, basée sur la relation transférentielle. Comme le rappelle Widlöcher D (1994): « tout modèle s'éclaire de la pratique dont il se réclame ». C'est une nécessité épistémologique qui invite à passer en revue les postures théoriques.

« La théorie d'attachement et la psychanalyse ont des racines communes et ont évolué dans deux directions différentes, l'une dans la description du paysage intrapsychique, et l'autre dans celui de l'interpersonnel. Cependant, les deux théories tentent bien de couvrir le même terrain ».

Le mouvement actuel, de la psychodynamique, donne une large part à l'importance des capacités de mentalisation et de méta-communication dans la

pathologie de l'agir et de la dépression. Ces troubles qui sont reliés directement à la sécurité ou l'insécurité de l'attachement.

1.3. La procédure de l'évaluation

Nous évaluons le processus thérapeutique en utilisant quatre échelles cliniques qui correspondent à notre approche théorique. Elles sont en mesure de répondre à nos questionnements concernant le type d'attachement et les mécanismes de défense de notre patiente, et ce dans les séquences interactives entre le patient et le thérapeute; en considérant que le transfert n'est pas seulement une relation imaginaire qui se déploie sur le mur de la neutralité du thérapeute, mais ce dernier implique également une dimension réelle par son contre-transfert, où les interactions émotionnelles jouent un rôle majeur.

L'interprétation de l'état d'avancement d'une psychothérapie ou de l'état actuel du patient paraît trop subjective, mais l'évaluation étayée par des questionnaires nous réserve parfois des surprises. Avec l'échelle du contre-transfert, par exemple, on peut découvrir une hostilité envers un patient quelconque, qui nous est complètement ignorée jusque-là. La pratique d'évaluation de notre travail de psychothérapie nous permet d'apprécier les résultats et de comprendre certains phénomènes qui nous sont étrangers.

Le diagnostic d'investigation montre que notre patiente est « borderline » et les dimensions relativement classiques concernant les registres défensifs, le type de relation d'objet, les modalités d'équilibre entre investissements objectaux et investissements narcissiques (représentation de soi /représentation de la relation), qui se manifestent tout au long du processus thérapeutique, n'ont fait qu'étayer notre hypothèse. Le sujet ne se construit pas un symptôme comme dans la névrose ni un délire comme dans la psychose, mais il « agit » le conflit.

1.4. Les outils d'évaluation utilisés

- Le Questionnaire d'Attachement Adulte (AAQ); « Adult Attachment Questioner » (AAQ; Westen, 1998). C'est un questionnaire constitué de 37 items, pour évaluer le type d'attachement du patient; il y a quatre types d'attachement : « Sécuré; Détaché; Désorganisé et Préoccupé. »
- Le Questionnaire de la Relation Thérapeutique (PRQ), (Bradley R.; Kegley Heim A.; et Westen D. 2005), le questionnaire est constitué de 90 items; conçu pour supputer la qualité du transfert. C'est un instrument psychométrique validé pour évaluer des modèles de transfert dans la psychothérapie, pour des buts cliniques et de recherches.

- Le Questionnaire du Contre-transfert : (Bradley, R., Kegley Heim, A. & Westen, D, 2005), il est constitué 79 items. Les résultats sont répartis sur huit facteurs.
- (La SWAP 200) : Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (Shedler-Westen, 2006). Cette échelle est constituée de 200 items pour évaluer douze troubles de personnalité : Dysphorique, Antisocial/psychopathe, Schizoïde, Paranoïaque, Obsessionnel, Narcissique, Hystérique, Évitant-dysphorique, Dépressif-dysphorique, Désorganisé émotionnellement/dysphorique, Désorganisation émotionnelle/dysphorique, Masochiste/dysphorique/dépendant et Hostilité extériorisée/dysphorique.

1.5. Méthode

Le thérapeute procède en répondant lui-même aux questionnaires, selon les données thérapeutiques récoltées des entretiens d'investigation et des huit premières séances, concernant le premier temps. Le deuxième temps corne les données cliniques récolées de la même manière que la phase précédente, mais une année après. Le troisième temps, même procédure, mais après deux années après la première évaluation.

La cotation : Nous calculons la somme des valeurs des items qui constituent chaque facteur puis nous calculons en divisant la somme obtenue par le nombre d'items. Puis nous calculons le pourcentage en multipliant, la valeur obtenue pour un facteur donné, par cent et en le divisant la valeur obtenue par la valeur maximale de l'échelle de Likert de l'échelle concernée. Nous répétons la même opération pour chaque facteur et pour chaque échelle clinique.

2. Les résultats

Avant de procéder à l'analyse des résultats de l'enquête menée et présentée ci-dessus, ils seront présentés pour une lisibilité et une visibilité optimales dans une représentation synoptique contenue dans des tableaux dédiés aux différentes échelles utilisées e de cet article.

2.1. Présentation des résultats

Fig N° 1. Échelle du Type d'attachement

Type d'attachement	1er temps	2e temps	3e temps
Sécure	27,14 %	80,42 %	92,14 %
Détaché	73,57 %	35,14 %	31,85 %
Désorganisé	53,57 %	21,42 %	17,85 %

Préoccupé	65 %	49,14 %	34,85 %
-----------	------	---------	---------

Fig N° 2. Échelle du Transfert

Les facteurs du transfert	1er temps	2e temps	3e temps
Hostile	68,4 %	28,4 %	22,8 %
Narcissique	34,4 %	85,4 %	78 %
Anxieux / préoccupé	32,2 %	33,8 %	30,6 %
Alliance positive	36,6 %	68,2 %	73,2 %
Évitant/ Détaché	64,4 %	31 %	31 %
Sexualisé	20 %	64 %	44 %

Fig N° 3. Échelle du Contretransfert

Les facteurs du contre-transfert	1er Temps	2e Temps	3e Temps
Hostile / maltraitant	57,6 %	31 %	32 %
Peu aidant / inadéquat	68,8 %	26,6 %	20 %
Positif / satisfaisant	25 %	47,4 %	62,4 %
Protection parentale	80 %	66,6 %	66,6 %
Envahit / désorganisé	24,4 %	35,4 %	22,2 %
Spécial / sur-impliqué	48 %	24 %	20 %
Sexualisé	20 %	28 %	20 %
Désengagé	40 %	20 %	20 %

Fig N° 4. Échelle SWAP 200

SWAP 200	1er Temps	2e Temps	3e Temps
Dysphorique	32,85 %	40 %	32,14 %
Antisocial / psychopathe	32,85 %	57,14 %	29,14 %
Schizoïde	43,28 %	38,57 %	26,14 %
Paranoïaque	75,28 %	70,57 %	39,57 %
Obsessionnel	27,14 %	48,57 %	62,28 %
Narcissique	51,42 %	58 %	49 %
Hystérique	55,42 %	68,14 %	43,57 %
Évitant-dysphorique	29,28 %	32,42 %	27,71 %
Dépressif-dysphorique	24,57 %	47,28 %	62,85 %
Désorganisé émotionnellement/ dysphorique	58,57 %	48,85 %	37,57 %

Masochiste/dysphorique / dépendant	29,28 %	50,71 %	38,85 %
Hostilité extériorisée/dysphorique	66,85 %	65,14 %	36,57 %

2.2. Discussion

La congruence des résultats des échelles cliniques utilisées dans l'évaluation du processus thérapeutique nous permet de déduire les facteurs favorisant le bon déroulement du processus thérapeutique chez Nadia. Nous découvrons que la prédominance du type d'attachement « Détaché » au début de la psychothérapie n'a pas permis à cette patiente d'avoir « la tendance naturelle » citée par Freud « de s'attacher au thérapeute et à la psychothérapie. On retrouve le même facteur avec des valeurs élevées dans le transfert, ce qui explique le désespoir du clinicien dans le facteur « peu aidant » qui se manifeste avec des valeurs élevées au premier temps. Mais le facteur lié à « Protection parentale » dans le contre-transfert qui se dévoile avec des valeurs élevées prouve une attention particulière de la part du thérapeute. Cette protection offre un espace sécurisant qui aboutit à des résultats positifs en 2e et 3e temps. Les aspects pathologiques mettent en avant la symptomatologie de la paranoïa, qui se donnent à voir dans les résultats de la SWAP 200. Cet aspect reste élevé en 2e temps, bien qu'il soit en mouvement en manifestant une légère diminution dans ses valeurs. Pour s'atténuer en troisième temps en cédant la place à des facteurs liés à un fonctionnement plus mature qui est l'obsessionnel.

La dynamique psychothérapeutique se construit dans une atmosphère hostile, démontrée par les valeurs liées à l'Hostilité qui sont élevées le premier temps que ce soit dans le transfert ou dans le contre-transfert. L'hostilité dans le transfert est à (68,4 %), ainsi que les valeurs du facteur de la SWAP200, qui renvoie à l'hostilité (66,85 %), et même dans le questionnaire du contre-transfert (57,6 %). La personne lutte activement, avec colère, ou avec confusion pour obtenir de l'attention. Cette colère se manifeste cliniquement par les attaques du cadre, « Le lien haineux à la mère se manifeste donc en particulier dans le transfert par les attaques du cadre » nous révèle (Cupa D 2006 : 44).

L'intensité de la haine ressentie par le thérapeute est le signe d'un échec de l'objet maternel dans son rôle de « contenant ». L'attitude du thérapeute dans la relation thérapeutique, recommandée par Winnicott, s'inspire de cette capacité normale de la mère à haïr sans détruire. « Le plus remarquable, chez une mère, c'est sa capacité d'être maltraitée sans le faire payer à l'enfant et sans attendre une récompense qui pourra ou non venir ultérieurement » (Winnicott D 1969 : 74).

Je pense que le fait d'être moi-même hostile (même si je ne savais pas que je l'étais, avant les résultats du questionnaire du contre-transfert) accompagné de la

protection parentale qui est à son top avec les valeurs les plus élevées, au 1^{er} temps, dans le contre-transfert (80 %), a facilité le travail d'investissement chez notre patiente. Cette hostilité dans le contre-transfert répond à celle du transfert, car ce dernier facteur a les valeurs les plus élevées de toute l'échelle (68,4 %), ce qui prouve qu'il y a une bonne interaction thérapeutique. Ce qui permet à la patiente de s'identifier, de ne pas être contrariée, étant donné qu'elle me perçoit comme mauvais objet, c'était son moyen unique de m'investir.

L'objet interne est constitué comme tel, et sa représentation est sans cesse modifiée par les interactions vécues avec les objets externes. Réciproquement, l'élection d'un objet externe porte toujours la marque des projections de l'objet du fantasme » (Perron-Borelli M. 2006 : 33). Et puis l'objet avance (Freud S. 1915) : « naît dans la haine » ; il naît dans la haine qui accompagne la frustration (Roussillon R. 2004 : 20.). Dans les textes de Klein M. (1969), nous remarquons qu'elle fait la distinction entre deux formes de la notion d'ambivalence :

« une ambivalence pré-génitale où aimer et haïr ne peuvent être liés entre eux, car ils sont confondus ; et la notion de l'ambivalence génitale où aimer et haïr sont liés entre eux. Dans cette dernière forme ils sont distincts l'un de l'autre, ce qui rend possible l'amour du moi-total pour l'objet total ».

Les valeurs du facteur « sexualisé » désignent le passage, de notre patiente, de la première ambivalence où le facteur « sexualisé » était au plus bas niveau (20 %), à l'ambivalence génitale où le facteur « sexualisé » atteint (64 %). Et Winnicott précise que, quelle que soit la force des pulsions destructrices, il est essentiel cliniquement de trouver un accès auprès de la partie libidinale dépendante, de manière à atténuer l'influence de la haine et de l'envie, et permettre ainsi au patient d'établir de bonnes relations d'objet.

« Quand ce problème est perlaboré dans le transfert et que les parties libidinales du patient reprennent vie pour lui, il apparaît alors une sollicitude pour le thérapeute, tenant lieu de la mère, qui atténue les pulsions destructrices et diminue le danger de désunion » (Winnicott D, 1969, p : 214).

Même si l'amour est introduit par la haine, l'évolution du sujet vers cet amour est importante, car

« Il ne faut pas oublier que la haine est une force de destruction, de désintégration, qui va dans le sens de la privation et de la mort ; et que l'amour est une force d'harmonisation, d'unification, qui tend vers la vie et le plaisir », rappelle (Klein M. 1968 : 10).

Le facteur « hostilité » dans le transfert baisse au deuxième temps pour atteindre (28,4 %) et atteint un niveau très bas (22,8 %) au troisième temps. Ce qui renvoie à la contenance que favorise la protection parentale, du thérapeute, qui se présente avec des valeurs en hausse dans le facteur du contre-transfert, respectivement en premier, deuxième et troisième temps (80 %; 66.6 %; 66.6 %). Ce qui atténue les pulsions destructrices. « Nous faisons pratiquement un travail de maternage, pour refaire le chemin raté avec les parents » (Si Moussi A. 2004 : 124).

D'après (Winnicott D W., 1969), le bébé possède certes une impulsion spontanée à grandir, mais il dépend entièrement des soins que lui procure sa mère pour son développement. Les soins maternels lui sont indispensables pour qu'il puisse franchir les étapes difficiles qui vont du narcissisme primaire à la relation d'objet, c'est-à-dire à la reconnaissance de la mère comme un objet séparé et différent.

Le côté positif du travail thérapeutique avec Nadia se voit également dans les valeurs du facteur « narcissique » dans le transfert qui étaient à (34,4 %) au début, et atteignent (85,4 %) au deuxième temps, puis (78 %) au troisième temps. En nous référant à (Kernberg O. 2002 : 177), qui explique qu'il

« convient avant tout d'aider le patient à pallier cette insuffisance des fonctions imaginaires qui résulte d'une carence grave des identifications sexuelles, donc secondaires, avec, en contrepartie, un renforcement des représentations identificatoires primaires essentiellement narcissiques au sens tout à fait élémentaire du terme; il s'agit donc de représentations essentiellement violentes. Le thérapeute doit permettre aux instances « moiïques » de réaliser de meilleures synthèses reliant de façon constructive des éléments imaginaires bien adaptés aux données symboliques profondes devenues ainsi et enfin opératoires ».

Les valeurs du facteur « sexualisé » qui sont basses dans le contre-transfert montrent le désir d'instaurer une bonne identification sexuelle chez les sujets qui représentent des failles, et la préserver quand elle est dans les normes; et (Racamier P.C., 1992), insiste sur l'aspect antilibidinal de la séduction narcissique constituée chez la mère par sa crainte des désirs libidinaux que l'enfant manifeste, de ceux à la fois qu'il inspire et de ceux qu'il représente.

Les valeurs du facteur « hystérie » dans la SWAP200 qui sont (55,42 %; 68.14 %; 43.57 %) et celles du facteur « obsessionnel » qui sont (27,14 %; 48.57 %; 62.28 %) montrent un processus de maturation de mécanismes de défense chez Nadia qui ressemble fortement au développement normal chez l'enfant où la

diminution de l'hystérie et l'augmentation des traits obsessionnels désignent la labilité qui prépare l'enfant à entamer la période de latence et (Lebovici S., 1980 : 15) déclare que

« la labilité de la névrose de l'enfant est à l'image de celle de l'hystérie, qui en constitue le socle. Les traits phobiques ou obsessionnels des enfants névrosés préparent la période de latence et servent à maintenir dans l'état refoulé une « hystérie primaire » sous-jacente ».

Le neuvième facteur de la SWAP 200 qui correspond à un haut fonctionnement dépressif; avait des valeurs basses au début de la psychothérapie, et puis ces valeurs s'élèvent de plus en plus, tout au long du processus thérapeutique; je pense que cela est dû au fait que la patiente arrive à prendre conscience de la réalité, en sortant de son déni, et en devenant plus calme et plus sereine. Je pense que la relation thérapeutique a permis la maturité de l'appareil à penser la pensée de notre patiente, tel qu'elle est décrite par Bion.

Le type d'attachement « secure » prend le dessus avec (80,42 %) au 2e temps et (92,14 %) au 3e temps; ce qui nous permet de déduire que l'investissement de la psychothérapie et l'interaction thérapeutique permettent à notre patiente d'être intérieurement sécurisée par rapport à sa figure d'attachement grâce à la disponibilité psychique de la thérapeute, et la qualité de l'écoute qui lui permet de communiquer ses émotions quelles qu'elles soient, aussi bien des émotions négatives que positives, en sachant que cela ne remettra pas en cause le lien thérapeutique.

Les textes de nous expliquent l'importance du sentiment de sécurité sur le fonctionnement psychique du sujet (Quinodoz J.M. 1991 : 202), en précisant que

« lorsque, avec l'évolution de la synthèse de l'amour et de la haine dans l'ambivalence envers l'objet ressenti comme total, un objet bon peut être instauré dans le moi, un sentiment de sécurité s'installe, qui devient le noyau d'un moi ayant acquis unité et force, grâce à la confiance investie dans les bonnes parties de soi ».

L'objet contenant externe, c'est-à-dire les parents, ont un rôle fondamental dans la formation des objets internes du patient. C'est par l'introjection d'un objet contenant qui a certaines qualités de continuité, de présence, de disponibilité, de limites de plasticité. Enfin, je tiens à signaler que la réussite du travail thérapeutique n'est pas due à notre bon sens thérapeutique; mais à beaucoup d'autres facteurs, par exemple l'investissement de la part du patient. La contenance que favorise la clinique par son espace, le nombre restreint du personnel et des patients qui

fait sortir de l'anonymat, cette ambiance familiale sont en faveur d'une maturité défensive. Dans ce sens (Green A. 1995 : 119), précise qu'

« Il ne s'agit pas d'opposer un type –historiquement daté et géographiquement localisé – comme modèle imposant aux autres sa norme, mais de considérer l'espace familial comme creuset naturel de déterminations favorables à la constitution de l'œdipe».

Conclusion

Cette évaluation montre le préjudice fondamental qu'entraînent les failles précoces dans la régulation interactive des émotions ainsi que l'inorganisation des liens affectifs entre les membres de la famille, l'absence de règles clairement énoncées, où l'autorité rigide s'impose sans négociation. Les conséquences en sont l'insécurité du lien à l'objet s'exprimant par des phénomènes d'exclusion défensive, d'idéalisation primitive, de clivage, de rage intense favorisant les mises en acte.

« Il ne s'agit en somme que de rappeler que la structure humaine se définit, entre autres, par le fait qu'elle requiert, pour prendre forme et se développer, le contact et les relations avec d'autres humains, de la naissance jusqu'à la pleine participation à la société des adultes » (Green A. 1995 : 124).

Les soins maternels lui sont indispensables pour qu'il puisse franchir les étapes difficiles qui vont du narcissisme primaire à la relation d'objet, c'est-à-dire à la reconnaissance de la mère comme un objet séparé et différent.

« Pour la majorité des scientifiques en charge de la petite enfance, les éléments fondateurs de la bonne santé psychique du bébé sont dans la qualité des premiers liens du bébé avec son autre primordial, en l'occurrence sa mère » (Benhabib L. 2004 : 28).

Brusset B. (2005), précise que

« l'objet est interchangeable et de rôle contingent en tant qu'objet externe, représentation déterminée par des fixations qui résultent elles-mêmes de la conjonction, dans des modalités diverses, de l'activité fantasmatique inconsciente et des expériences subjectives dans des échanges avec l'objet ou plutôt avec les objets, avant tout les premiers objets qui ont un rôle fondamental et des effets en partie irréversibles. »

On pourrait être étonné des liens qui peuvent se tisser au cours d'une prise en charge. Je pense au renard de St Exupéry...

« Apprivoiser, c'est créer des liens' dit le renard au petit prince...
«si tu m'apprivoises, je serais pour toi unique au monde et tu serais
pour moi unique au monde ». Ainsi en va-t-il de cette relation si
singulière, qui lie le thérapeute à son patient. Du moins pendant
un temps » (Moussa Babaci F. 2004 : 218).

Et ces liens qui se construisent sont des liens réparateurs.

Bibliographie

- Benhabib L. (2004), « La prédiction, un risque nécessaire », *Langage et cognition*, Revue Scientifique du Laboratoire Sciences de Langage et de Communication, «SLAN-COM' Université d'Alger, revue numéro : 1
- Brusset B. (1999), «Névroses et états-limites», *Névroses et fonctionnements limites*, Paris, DUNOD.
- Cupa D. (2006), «Tendresse au négatif», *L'affect d'un corps à l'autre*, Revue de Psychosomatique, Paris, édition : L'Esprit du temps.
- Anzieu D., (1985), « Le Moi peu », Paris, édition DUNOD
- Green A. (1995), « La causalité psychique », *entre nature et culture*, Paris, édition Odile Jacob.
- Kernberg. O. F. (2002), « Relation d'objet », *Dictionnaire international de la psychanalyse*, sous la direction de Mijolla A., Paris, Calmann-Levy.
- Klein M., (1969), *La Psychanalyse des enfants*, Paris, PUF.
- Lebovici S. (1980), « L'expérience du psychanalyste chez l'enfant et chez l'adulte devant le modèle de la névrose infantile et de la névrose de transfert », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 5/6, Paris, PUF.
- Moussa F. (2004), « Figure du traumatisme à l'appui de deux retests au Rorschach », *Revue Scientifique du Laboratoire Sciences de Langage et de Communication «SLAN-COM' Université d'Alger*; revue numéro : 1
- Perron-Borelli M. (2006), « Les représentations d'actions », *L'acte*, *Revue Française de Psychanalyse*, Tome LXX, Paris, PUF.
- Quinodoz J. M. (1991), *La solitude apprivoisée*, Paris, PUF.
- Racamier P. C. (1992), *Le génie des origines*, Paris, Payot.
- Roussillon R. (2004), *Réalité psychique*, Paris, DUNOD.
- Si Moussi A. (2004), « La thérapie par la parole et la pensée », *Langage et cognition*, Revue Scientifique du Laboratoire Sciences de Langage et de Communication «SLAN-COM' Université d'Alger; revue numéro : 1.
- Widlocher D. (2003), « Quel usage faisons-nous du concept de pulsion? », *La pulsion pour quoi faire?* (Ouvrage collectif). Débats, Documents, Recherches de l'Association Psychanalytique de France, Paris.
- Winnicott D W. (1969), *La haine dans le contre-transfert. De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

Résumé

La prise en charge psychothérapique des jeunes suicidants et le souhait de parvenir à les aider nous a poussés à vouloir comprendre le déroulement du processus thérapeutique afin de vérifier les éléments qui sont en mouvement, et qui sont favorables au changement. La problématique relationnelle est un élément important, ce qui nous a incités à vouloir comprendre leurs types d'attachement et d'évaluer l'éventuelle transformation durant le traitement psychothérapeutique. Les aspects psychopathologiques du passage à l'acte suicidaire nous permettent d'évaluer le type d'attachement de nos patients, sont des aspects qui testent nos hypothèses. Les résultats prouvent qu'il y a un lien entre le choix du moyen de la tentative suicide qui est par voie orale et l'existence des troubles relationnels. L'évaluation en trois temps met en exergue une amélioration progressive, dans la dimension relationnelle et le type d'attachement, au cours du processus thérapeutique.

Mots-clés

Tentative de suicide; Évaluation; Processus thérapeutique; Attachement; psychopathologie.

مستخلص

إن التكفل النفسي بالشباب الانتحاريين والرغبة في التمكن من مساعدتهم دفعنا إلى تقييم السيرة العلاجية من أجل اكتشاف العوامل النفسية التي تستجيب بحركية خلال العلاج النفسي والتي لديها قابلية للتغيير. تعد المشكلة العلائقية عنصراً مهماً في التوظيف النفسي، مما دفعنا إلى الرغبة في فهم أنواع تعلقهم وتقييم التحول الممكن أثناء العلاج النفسي. يسمح لنا التقييم، بمعرفة العوامل النفسية وأنواع التعلق التي يتسم بها من يقوم بالمرور إلى الفعل الانتحاري، وباختبار فرضياتنا. بينت النتائج أن هناك تحسن تدريجي في العوامل النفسية التي تم تقييمها وظهر تأثيرها بالبعد العلائقي بحيث يتحسن هذا الأخير بتحسن نوع التعلق، وهذا خلال مراحل التقييم الثلاثة للسيرة العلاجية.

كلمات مفتاحية

التقييم، محاولة الانتحار، سيرة العلاج النفسي، التعلق، الاضطرابات النفسية

Abstract

The psychotherapeutic care of young suicidal people and the wish to succeed in helping them led us to want to understand the course of the therapeutic process in order to verify the elements which are in motion, and which are favourable to change. The relational problem is an important element, which prompted us to want to understand their types of attachment and to evaluate the possible transformation during the psychotherapeutic treatment. The psychopathological aspects of the passage to the suicidal act allow us to evaluate the type of attachment of our patients, are aspects that test our hypotheses. The results prove that there

is a link between the choice of the means of suicide attempt which is oral and the existence of relational disorders. The three-step evaluation highlights a progressive improvement, in the relational dimension and the type of attachment, during the therapeutic process.

Keywords

Attempted suicide; Evaluation; Therapeutic process; Attachment; psychopathol