

Les modes de régression et les autres mécanismes de défense chez les malades somatiques

La maladie entraîne angoisse, atteinte narcissique... et implique donc la mise en place de
mécanismes de défense

- Définition, critique et pertinence du concept de régression (topique, formelle, temporelle)
 - Description des principaux autres mécanismes de défense.

Il est classique de considérer que la maladie somatique provoque des modifications de l'économie interne. On se réfère en général pour soutenir théoriquement cette position aux textes de Freud (Pour introduire le narcissisme, Inhibition, symptôme et angoisse)¹. Dans ce cadre on affirme que la maladie somatique, comme toute expérience traumatique, entraîne différentes formes de *régression*. L'expérience clinique montre en effet qu'il y a bien à certains moments de la maladie des phénomènes qui peuvent être la conséquence d'une des formes de répression.

a)- Rappel sur le concept de régression

Le terme "*régression*" est employé de deux manières que l'on ne distingue pas toujours : comme un mécanisme de défense et pour caractériser certains comportements que l'on juge proches de ceux d'une période antérieure de l'existence.

- Le terme de *défense* désigne l'ensemble des opérations mise en œuvre par le *moi* dans le but de réduire ou éviter ce qui pourrait le mettre en danger, sur le plan de sa constance ou de son intégrité.

- La *régression* est conçue comme un mouvement psychique de retour en arrière ou de repli au cours duquel la pulsion, le moi ou toute autre composante de l'appareil psychique investit à nouveau, sous l'effet d'une *frustration, une position ou un état antérieur abandonné et dépassé, mais rendu attractif du fait de la fixation.

- Freud distingue la *régression temporelle*, la *régression topique* et la *régression formelle*.

- Dans la *régression temporelle*, le sujet recourt à des modes de satisfaction pulsionnelle, à des relations d'objet, à des identifications et à une organisation du moi caractéristiques des stades antérieurs du développement.

¹- cf infra les citations.

- La régression *topique* correspond à un parcours régrédient de l'excitation vers les traces mnésiques inconscientes. Elle joue un rôle dans la formation des symptômes comme dans le rêve et dans l'hallucination.

- La régression formelle consiste en un retour des représentations à des modes primitifs d'expression et de figuration. Les pensées retournent aux images sensorielles dont elles sont issues.

- Freud considère que la régression est un phénomène capital dans l'étiologie des troubles mentaux et dans la formation du caractère. Dans l'hystérie, la libido régresse aux premiers objets œdipiens, en-deça de son but génital explicite, alors que la régression sadique-anale est retrouvée dans la névrose obsessionnelle. Si la fixation est le facteur interne qui déclenche la régression, les facteurs externes de la frustration jouent un rôle, notamment avec l'afflux biologique de libido à la puberté. Cette dernière condition est la seule qui pourrait s'appliquer à la situation économique provoquée par la maladie somatique.

- Pour M. Klein la régression doit être considérée comme un échec de la libido à maîtriser la destructivité et l'angoisse déclenchée par la frustration. C'est une défusion partielle qui est à l'origine de la régression, défusion engendrée par le renforcement de la composante destructrice des pulsions.

- Pour les psychosomaticiens de l'École de Paris, la notion de régression paraît féconde dans la théorisation psychosomatique, car la maladie somatique manifeste une désorganisation contre-évolutive : la fonction des mouvements de régression peut manquer aux enfants malades, par exemple dans le sommeil si la première relation à la mère a été chargée d'excitation massive ou de dépression maternelle. L'usage du terme "régression" correspond ici à une hypothèse étiologique (maladie provoquée par la régression ou ses échecs) et non pas à une analyse des effets psychologiques de la maladie.

- Dans son acception plus descriptive, le terme "régression" est utilisé pour désigner une analogie entre le comportement du malade et certains traits retrouvés chez l'enfant. Il va sans dire qu'aucune théorie ne soutient valablement cette conception qui est pourtant la plus fréquemment utilisée de manière parfaitement empirique dans nombre de travaux.

b)- La régression chez les malades somatiques²

²- Nous citons ici les conceptions généralement évoquées par les travaux francophones. Il est certain que ces travaux présentent de graves lacunes méthodologiques et théoriques. La plupart de ces conceptions proviennent de la clinique qui, dans ce cas précis, procède d'une démarche méthodologiquement et épistémologiquement contestable : 1/ relevé des comportements ou des positions psychiques chez les malades, 2/ application à ces comportements du concept de régression postulant un retour vers des comportements infantiles. On peut se demander s'il ne s'agit pas ici d'un excès d'utilisation du modèle psychanalytique : en concevant que le présent

La régression est décrite par une forme de repli sur soi accompagnée par des positions psychiques ou des comportements infantiles. Les manifestations en seraient :

- *Mode de pensée magique* : le sujet croirait en la toute-puissance de certaines personnes (médecin), en l'influence de facteurs irrationnels sur son avenir et sur la maladie.
- *Réduction des intérêts*⁴ : le malade serait centré sur sa maladie, il supporterait peu l'attente et ce qui n'a pas rapport avec elle.
- *Dépendance de l'entourage* : le malade se comporterait à l'égard de l'entourage comme un enfant cherchant une bonne mère. Il opérerait un retour vers des satisfactions anciennes (archaïques).
- *Égocentrisme* : le malade n'envisagerait plus l'extérieur que dans ses rapports avec lui. Il ne supporterait plus la frustration, manquerait d'empathie, ne pouvant imaginer que les autres puissent être eux-mêmes en difficultés⁵.
- *Acceptation de l'aide et du soutien de l'entourage*.

De manière plus rigoureuse, on peut avancer que le concept de régression peut être employé dans certaines situations cliniquement observables :

- Lorsque la douleur physique n'est plus jugulable par le sujet qui est "débordé" par le phénomène et dont l'appareil psychique se met à fonctionner sur un mode plus réduit en limitant une partie de ses fonctions.
- Lorsque les phénomènes de la maladie entraînent des remaniements psychiques (réactivation des éléments névrotiques, assimilation maladie-castration, augmentation de l'angoisse, utilisation de mécanismes de défense limitant l'activité du Moi.
- Lorsque certaines composantes de la maladie perturbent les fonctions de conscience et de perception (confusion mentale).
- Lors de certaines expériences difficiles : annonce du diagnostic, de l'aggravation, de l'échec d'une thérapeutique, confrontation à des discours paradoxaux des soignants...

est la reproduction du passé, en cherchant l'infantile derrière tout acte, il est impossible de ne pas donner à la régression un rôle déterminant.

³- Nous citons ici les conceptions généralement évoquées par les travaux francophones. Il est certain que ces travaux présentent de graves lacunes méthodologiques et théoriques. La plupart de ces conceptions proviennent de la clinique qui, dans ce cas précis, procède d'une démarche méthodologiquement et épistémologiquement contestable : 1/ relevé des comportements ou des positions psychiques chez les malades, 2/ application à ces comportements du concept de régression postulant un retour vers des comportements infantiles. On peut se demander s'il ne s'agit pas ici d'un excès d'utilisation du modèle psychanalytique : en concevant que le présent est la reproduction du passé, en cherchant l'infantile derrière tout acte, il est impossible de ne pas donner à la régression un rôle déterminant.

⁴- Voir sur ce point les citations de Freud (1914, 1926).

⁵- On imagine sans peine que ce type de description s'apparente plus à des opinions qu'à une réelle observation clinique. Le même type de discours a été tenu à propos des sujets âgés ou des malades mentaux et semblent plus utiles au narcissisme des soignants qu'à une réelle compréhension des malades.

Dans la plupart de ces situations (liste non limitative), la régression n'est qu'un phénomène partiel qui n'engage pas tous les processus en jeu dans le Moi. Il est rare en outre que ces régressions, souvent associées à d'autres mécanismes de défense, soient durables : elles permettent souvent le retour à un équilibre du Moi.

Par ailleurs, la situation psychologique, somatique, sociale, provoquée par la maladie confronte le sujet à une situation antérieure à celle qu'il connaissait avant la maladie. C'est sans doute là un des phénomènes les plus importants, encore que méconnu, par la référence excessive à la régression chez le sujet. Il faut en effet considérer que les réalités de la maladie opposent au sujet une image ancienne de la maladie et, pourrait-on dire, le mettent face à une image "régressive" de lui-même. Un malade peut en effet :

- ne plus contrôler son corps (fonctions, possibilités, manifestations...),
- devenir dépendant de l'entourage pour les besoins les plus élémentaires,
- être l'objet de diverses interventions sur son corps,
- être traité d'une manière qui lui retire les bénéfices de son identité sociale et personnelle antérieure,
- être conscient d'un processus morbide qui se déroule en lui et sur lequel il ne peut rien,
- avoir perdu une partie importante des fonctions qui assurent son autonomie,
- attacher une importance marquée à certaines fonctions corporelles, certains organes que la maladie remet en cause (qui s'intéresse à son pancréas avant d'être diabétique, qui s'intéresse à sa respiration avant d'être dyspnéique ?)
- revivre, bien que la maladie soit une expérience nouvelle, des situations antérieures qui sont rappelées par la maladie ; transformation de l'image du corps de l'adolescence, impuissance de l'enfance...

Toutes ces situations impliquent pour le sujet la constatation d'un amoindrissement et d'un retour en arrière (régression ?) de sa situation. Il met alors en place des stratégies psychiques et comportementales pour lutter contre ce retour déplaisant et maintenir son organisation interne, son image de lui-même, ses rapports aux autres.

c)- Les autres mécanismes de défense chez les malades somatiques

Il serait faux de penser que la régression est la seule défense des patients. Les différents travaux cliniques ont montré la présence de certains autres mécanismes chez les malades somatiques. La mise en place de ces mécanismes⁶ ne dépend pas uniquement de la

⁶- La description des mécanismes de défense se limite, en France, à ceux que la psychanalyse freudienne ou kleinienne a popularisés. Pourtant la lecture des ouvrages psychanalytiques montre que la liste des mécanismes de défense excède nettement celle - restrictive - donnée dans le Vocabulaire de Psychanalyse de Laplanche et Pontalis. En outre, le terme de mécanisme de défense est aussi employé par des psychopathologues qui ne se

maladie somatique mais aussi de l'organisation psychique du patient. Le problème de ces mécanismes n'est pas seulement celui de leur reconnaissance par le clinicien mais aussi de leurs effets. La pathologie mentale montre clairement, du moins dans la lecture qu'en fait la psychanalyse, que les troubles proviennent autant de l'excès de certains mécanismes que de l'échec de certains autres⁷.

- Le *déni*, consiste à nier la réalité d'une perception, afin de protéger le moi de celle-ci. Il s'agit d'un mécanisme mettant en question le monde extérieur, il opère comme un véritable désaveu des faits. Il est classiquement décrit dans les troubles somatiques, sous différentes formes : refus de reconnaître (déni) l'existence de la maladie, sa gravité, la participation du malade à sa maladie, le risque de mort... A titre théorique il convient de distinguer les phénomènes de déni (en anglais : denial) et de désaveu (en anglais disavowal). Le terme de déni est fréquemment employé pour désigner le refus de reconnaître une réalité sans impliquer d'énormes modifications du Moi (le déni du risque de cancer en fumant est classique), en revanche le désaveu correspond à ce que les psychanalystes appellent déni (le terme de Freud est *Verleugnung*), c'est-à-dire refus de reconnaître une perception (par exemple la différence des sexes, la réalité). Le désaveu est évidemment un mécanisme de défense aux conséquences graves (mécanisme de la perversion, de certaines psychoses ou états-limites) selon ce sur quoi il porte.
- Le *clivage du moi*, correspond à une division du moi du fait de la coexistence en son sein de deux attitudes contradictoires, l'une tenant compte de la réalité, l'autre la déniait, et celles-ci restant étrangères l'une à l'autre. Il est fréquemment associé au déni (le déni implique un clivage) mais peut aussi opérer seul. Le clivage oppose le Moi malade et un Moi sain, voire idéalisé.
- Le *clivage de l'objet*, où l'objet est scindé en deux parties l'une bonne, l'autre mauvaise, sans que le sujet puisse concilier ces deux représentations peut concerner les équipes soignants, le traitement ou les objets libidinaux. L'objet est *partiel* dans la mesure où il ne peut être perçu que sous un de ses deux aspects à un même moment.
- La *(Dé)négarion (Verneinung)* - où le sujet tout en formulant une représentation jusqu'ici refoulée, la nie aussitôt, refusant de l'admettre comme sienne car source de conflit - porte sur les représentations de l'aggravation, sur la culpabilité, sur le rôle du patient dans sa maladie. Contrairement au déni elle porte sur des représentations - refoulées - et non sur des perceptions de la réalité.

réfèrent nullement à la psychanalyse : la liste fournie par les DSM-III et IV en témoigne. Enfin, il est parfois difficile de distinguer mécanismes de défense et mécanisme de coping. Aussi ne s'étonnera-t-on pas de voir figurer dans la liste qui suit des concepts peu utilisés dans la psychanalyse française et des concepts issus de la psychologie de la santé.

⁷- Sur les mécanismes de défense on consultera l'excellent ouvrage : IONESCU S., JACQUET M.-M., LHOTE C., (1997) Les mécanismes de défense. Paris, Nathan.

- L'*annulation rétroactive*, mécanisme où le sujet tente d'annihiler, d'effacer magiquement, par des actes ou des pensées, des actes ou des pensées antérieurs porteurs de représentations gênantes, est parfois utilisée pour gommer l'agressivité que le patient ressent envers ceux qui ne sont pas malades ou bien pour éviter le retour de sentiments de culpabilité.
- Le *retrait apathique*, attitude de repli sur soi, de détachement affectif, de restriction des relations sociales et des activités, avec un abandon passif aux événements, généralement face à une situation très difficile ou de très grand danger, est un mécanisme utilisé chez les patients en grande difficulté somatique.
- La *projection*, est une opération d'expulsion dans l'autre, personne ou chose, des pensées, sentiments, ou désirs, que le sujet méconnaît ou refuse en lui. Ainsi l'élément gênant fait retour sous la forme d'une représentation concernant l'extérieur. Elle concerne d'abord les angoisses de mort ou de destruction des malades, mais aussi l'origine de la maladie, voire le lieu du processus destructeur dans certains épisodes à la limite du délire.
- Les différentes formes d'identification (aux autres malades, aux soignants...) sont présentes. Mais on peut aussi rencontrer l'*identification projective*, fantasme par lequel le sujet imagine s'introduire à l'intérieur d'un autre, pour le posséder, le contrôler, voire le détruire, en y projetant des sentiments ou pulsions indésirables, l'*identification à l'agresseur* par laquelle, confronté à un danger extérieur le sujet va reprendre à son compte l'agression telle quelle, ou des caractéristiques physiques, morales, symboliques, de son agresseur (mécanisme particulièrement fréquent chez les enfants malades).
- L'*isolation*, dans laquelle une représentation est séparée d'autres représentations ou d'affects qui lui sont associés, permet au sujet d'éviter de prendre en compte des connexions angoissantes entre ces éléments. Elle est fréquemment utilisée lorsque le sujet est confronté au risque de mort ou de souffrance.
- Le *refoulement* - rejet ou maintien dans l'inconscient de représentations gênantes - évite au sujet une prise de conscience pénible opère sur les représentations suscitées par la maladie qui réveillent certains fantasmes inconscients.
- L'*affiliation*, qui consiste à rechercher la présence d'autrui pour l'aide et le soutien qu'il peut apporter, est évidemment très fréquemment utilisée, couplée avec l'identification.
- La *rationalisation*, justification logique qui vient masquer les véritables raisons du comportement ou des sentiments, celles-ci ne pouvant être reconnues, est fréquemment utilisée lors des réactions des malades envers les soignants ou pour masquer les manifestations d'angoisse.
- Il en va de même de l'*intellectualisation* qui consiste en une utilisation de l'abstraction et la généralisation afin d'éviter certaines représentations mais surtout la charge émotionnelle qui les accompagnent.
- La *mise à l'écart*, ou *répression*, est une opération psychique où le sujet tente volontairement de rejeter de la conscience, des représentations ou affects pénibles. Elle est

utilisée couramment par les malades et peut être favorisée par l'existence d'une aggravation des symptômes lorsque le malade exprime ses émotions et ses sentiments : troubles respiratoires, troubles cardiaques, tremblements d'origine neurologique, hypertension artérielle...

- Le *refuge dans la rêverie*, est une utilisation excessive de la rêverie diurne face à une situation d'angoisse, de privation, ou de souffrance, amenant une fuite hors de la réalité plutôt que des actions ou une recherche de solutions.
- la *minimisation des risques* ou la *prise de distance* est un mécanisme de coping portant sur l'émotion, et visant à réduire les conséquences négatives de celle-ci par une procédure qui peut s'apparenter au déni (denial) sans en avoir les conséquences extrêmes.
- la *recherche d'un soutien social* est un mécanisme de coping qui porte sur l'émotion. Il est largement utilisé par les patients et peut être favorisé par certaines situations sociales (appartenance à des associations de malades). Il peut, sous certaines conditions, être rapproché de l'affiliation.
- la *résolution du problème* et la recherche d'informations (coping portant sur le problème) sont fréquemment suscités par certains programmes médicaux d'aide aux malades et peuvent être utilisées plus spontanément par es malades.
- La réévaluation positive (coping portant sur l'émotion) permet de conserver à certaines situations des éléments compensant les atteintes de la maladie.
- L'*esprit combatif* ou l'*acceptation de la confrontation* (coping portant sur le problème) concernent principalement la réalisation du traitement et sont considérés par es signants comme de bon pronostic.
- L'*auto-accusation* (coping portant sur l'émotion) est d'un pronostic assez négatif et ne saurait être encouragée⁸. Elle représente, formulée en d'autres termes, un des motifs de consultations psychologiques (demandés par les médecins pour le malade)⁹
- La *fuite-évitement* (coping portant sur l'émotion) permet de liquider la tension émotionnelle provoquée par certaines situations (traitement, confrontation au diagnostic).

⁸ Voir plus loin les problèmes posés par la dépression.

⁹- Rappelons que les patients atteints par une maladie somatique ne prennent pas toujours contact d'eux-mêmes avec un psychologue. La situation la plus fréquente est celle d'un psychologue travaillant dans un service de médecine auquel les médecins demandent de rencontrer le patient, ou bien qu'ils lui adressent en consultation. Cette position tierce n'est pas sans conséquence sur le type de travail.