

L'implication des mécanismes de la répression et de l'isolation dans l'oubli

Nassima REMMAS¹

Résumé :

Dans le cadre d'une recherche de Doctorat en Psychologie que nous avons menée sur les professionnels paramédicaux-et qui avait pour objet l'étude de quelques processus psychiques mobilisés dans la relation de soin- nous avons relevé une souffrance chez une grande majorité des infirmiers. Cette souffrance se déclinait sous plusieurs formes: physique (marquée par l'épuisement), psychosomatique (maux de tête, problèmes gastriques, problèmes hormonaux et allergiques divers..), et psychique (agressivité, affects dépressifs, troubles alimentaires et du sommeil). Des plaintes liées à la « mémoire » faisaient aussi partie des symptômes exprimés par les infirmiers. Dans le discours des soignants, l'oubli apparaissait sous plusieurs formes : soit par son absence (excès de souvenirs), soit il concernait la vie quotidienne des soignants (l'oubli des visages, l'oubli de mots ou d'idées empêchant de finir une phrase entamée..), soit par le rejet d'un contenu déplaisant hors du champ de la conscience (éviter de penser aux choses désagréables). Nous aborderons la relation entre la mobilisation des mécanismes de la répression et de l'isolation dans « l'oubli » à travers une illustration clinique.

Mots clés : Travail, souffrance psychique, oubli, répression, isolation.

¹ Maître de Conférences A, Université de Sidi Bel Abbès/ nassima_r@hotmail.com

The implication of the mechanisms of repression and isolation in oblivion

Abstract:

Within the framework of a research for a Doctorate of Psychology led on paramedical professionals - and which studied some psychic processes mobilized in care relationship- we detected a suffering within a great majority of nurses. This suffering came under several forms: physical (marked by exhaustion), psychosomatic (headaches, gastric problems, hormonal and allergic problems...), and psychic (aggressiveness, depressive affects, eating and sleeping disorders). Complaints related to memory were also part of the symptoms expressed by the nurses. In their speech, forgetfulness appeared under several forms: either by its absence (excess of memories), or by touching the nurses' everyday-life (forgetting human faces or words and ideas that would prevent from ending utterances), or by rejecting displeasing contents outside consciousness (avoiding thinking about unpleasant things). We also discussed the relationship between the mobilization of the mechanisms of suppression and isolation within forgetfulness through a clinical illustration.

Key words: Work, Suffering, Forgetfulness, Suppression isolation.

تدخل آليات القمع والعزل في النسيان

ملخص :

في إطار قيامنا ببحث لتحضير أطروحة دكتوراه في علم النفس حول العمليات النفسية المنشّطة في علاقة الرعاية، لاحظنا معاناة نفسية عند غالبية الممرّضين . ظهرت هذه المعاناة بأشكال عدة : جسدية (الإرهاق) ، سيكوسوماتية (الأم في الرأس و المعدة ، مشاكل هرمونية وحساسية مختلفة...)، و نفسية (عدوانية ، أعراض اكتئابية ، اضطرابات في الأكل والنوم...). كانت الشكاوى المتعلقة "بالذاكرة" جزءاً من الأعراض التي عبّر عنها الممرضون . في خطاب القائمين على عمل الرعاية، ظهر النسيان في عدة أشكال: إما بغيابه (تكرار التذكّر) ، أو كان يتعلّق بالحياة اليومية (نسيان وجوه الأشخاص ، نسيان الكلمات أو الأفكار التي تمنع من إنهاء جملة ...) ، و إمّا عن طريق إزاحة محتوى غير سار من مجال الوعي (تجنب التفكير في أشياء غير سارة). سنناقش دور تجنيد آليات القمع والعزلة في "النسيان" من خلال أمثلة عيادية.

الكلمات المفتاحية: العمل، المعاناة النفسية، النسيان، القمع، العزل.

1- Introduction :

Les récentes études de la psychanalyse tentent d'analyser le travail à travers l'équation pulsion/défense et désir/défense, justement parce que le travail qui est une activité inscrite dans le champ social (donc externe à la vie psychique), semble pénétrer la vie psychique jusqu'à s'inscrire dans la topique psychique via les défenses mises en place par le travailleur (Remmas, 2017, PP 135-151).

Pour ce qui est du travail de soin, il est défini par l'Anthropologue Mohammed Mebtoul (1998) comme le fait de s'occuper de rétablir la santé de quelqu'un, impliquant attention et responsabilité; ceci impliquerait aussi des mécanismes identificatoires à la douleur et à la souffrance de l'autre, ce qui pourrait affecter l'économie psychique du sujet. Aussi, la proximité existant entre la maladie et la mort fait que ce qui circule entre le soignant et le patient n'est pas seulement la maladie mais la mort, ce qui serait susceptible de réveiller les conflits antérieurs et l'angoisse de mort chez le soignant (Valabrega, 1962; Jemmet, Reynaud & Consoli, 1996). Les problèmes d'ordre organisationnel, l'insatisfaction répétitive représentent des facteurs supplémentaires pouvant générer une mobilisation affective de déplaisir dont l'élaboration n'est pas toujours possible. De ce fait, et pour que le soignant continue à accomplir son travail tout en conservant le travail de pensée nécessaire au métier, l'affect²-élément central dans la relation de soin- pourrait être «refroidi» à travers certains mécanismes dont l'isolation et la répression (Remmas, 2017).

Bergeret aborde les défenses du point de vue du normal et du pathologique en affirmant « qu'un sujet n'est jamais malade "parce qu'il a des défenses", mais parce que les défenses qu'il utilise habituellement s'avèrent soit inefficaces, soit trop rigides, soit mal adaptées aux réalités internes et externes, soit trop exclusivement d'un même type, et que le fonctionnement mental se voit ainsi entravé dans sa souplesse, son harmonie, son adaptation » (cité in Freud, trad. 2013, p.9).

Dans cette équation pulsion/défense, la normalité n'est pas définitivement acquise mais un compromis constamment recherché; à partir de cela, nous posons la question suivante : qu'elles seraient les conséquences de cette mobilisation défensive sur la vie psychique chez ces professionnels?

Dans le cadre d'une recherche de Doctorat que nous avons menée sur les professionnels paramédicaux et qui avait pour objet l'évaluation de la souffrance et l'étude de quelques

² Dans la perspective psychanalytique, l'affect est défini -au même titre que la représentation- comme représentant de l'énergie pulsionnelle (Laplanche & Pontalis, 1967). L'affect se situe dans une polarité positive/négative car renvoyant à la dialectique plaisir/déplaisir que l'appareil psychique se chargera de traiter.

processus psychiques mobilisés dans la relation de soin, nous avons relevé une souffrance chez une grande majorité des infirmiers. Cette souffrance se déclinait sous plusieurs formes : physique (marquée par l'épuisement), psychosomatique (maux de tête, problèmes gastriques, problèmes hormonaux et allergiques divers..), et psychique (agressivité, affects dépressifs, troubles alimentaires et du sommeil).

Lors des entretiens cliniques de recherche, nous avons relevé « l'oubli » fréquemment abordé par ces professionnels, selon qu'il soit recherché, subi ou inexistant.

2- Les formes de l'oubli dans le discours des soignants :

A travers les entretiens cliniques de recherche réalisés, « l'oubli » est évoqué par la majorité des soignants comme un élément salvateur permettant à ces professionnels d'assurer leurs tâches, de continuer à soigner les patients et ne pas s'arrêter sur les affects ressentis. Non existant au début de la carrière des soignants, l'oubli s'installe petit à petit comme une solution permettant à ces derniers de tenir le coup sans se laisser dévorer par leurs affects.

Pour Abdelhak (18 ans / Service des Brulés), l'oubli lui permet de continuer à vivre « *dehors j'oublie le travail, النسيان حكمة (l'oubli est sagesse), sinon one ne peut pas apprécier la vie* »; Madjid

(16 ans / Psychiatrie) « *moi j'oublie tout en sortant. نمحي (j'efface) la mémoire, j'oublie même qui je suis, je me relâche psychologiquement, il n'y a pas de psychiatrie..je laisse seulement une branche dans ma tête* »; Mahmoud (23 ans / Service des maladies Infectieuses) « *je suis content de quitter le service, je laisse les problèmes, je ne pense à rien et j'oublie le service, je ne réponds même pas aux appels de mes collègues* »; Bilal (4 ans / Réanimation) « *quand je sors du service, j'efface tout, je fais de mon mieux..*».

Pour Amina (1 an/ Réanimation), l'oubli opère comme une séparation des deux mondes : privé et professionnel; à la fois il agit sur les problèmes personnels permettant à Amina de rester détachée de ce qui la préoccupe chez elle et réaliser son travail quotidien, mais il lui permet aussi de se consacrer à sa famille sans subir les restes de la journée « *le travail me permet d'oublier la maladie de ma sœur (atteinte de Sclérose en Plaques) et mes problèmes et soucis...en sortant du travail, je suis contente, en dépassant la porte j'oublie tout, je ne pense plus au travail, je m'occupe de ma famille* »; Salima (5 ans/ Pédiatrie-Centre Anti-Cancer) nous dit « *Fatiguée, démoralisée, quand j'arrive à la maison j'oublie tout, chez moi je suis une autre personne* ».

L'oubli peut aussi être absent chez d'autres soignants comme chez Ahmed (28 ans / Service de Chirurgie Infantile) « *on a beaucoup souffert, on a vu des choses, on a vécu des choses amères et je n'oublie pas, je garde toujours le passé dans le cerveau* », ce qui semble l'affecter sur le plan somatique et psychique.

L'oubli prend d'autres formes dans la vie quotidienne des soignants selon qu'il concerne les visages humains comme chez Salim (29 ans /Urgences Médico-chirurgicales) « *Je viens toujours stressé, aucun plaisir...j'oublie beaucoup les visages* » (voir vignette clinique plus bas), ou l'oubli de mots ou d'idées empêchant de finir une phrase entamée comme chez Nadia (5ans/ Pédiatrie Centre Anti-Cancer) «... *depuis que je suis venue au centre وليت ما نعرفش نهدر (je ne sais plus m'exprimer), je ne finis plus mes phrases, j'oublie la fin, mes collègues se moquent de moi* » (voir vignette clinique plus bas).

3- Les mécanismes de défense sous-jacents et interprétation clinique :

Les défenses sont classées par rapport à leur efficacité ou leur échec ; celles qui réussissent sont celles qui ne bloquent pas la décharge d'une pulsion mais opèrent des changements quant à l'objet ou au but. Les défenses qui échouent sont celles qui sont pathogènes car utilisées de façon fréquente ou continue par le Moi pour écarter la pulsion de la conscience et donc la bloquer, ce qui peut être coûteux énergétiquement (Ionescu, Jacquet & Lhote, 2005).

L'oubli a été évoqué par Sigmund Freud en relation avec quelques mécanismes de défense; la mémoire peut être endommagée par le refoulement qui est déclenché lorsqu'un élément pulsionnel susceptible d'engendrer du plaisir, pourrait susciter du déplaisir par ailleurs (collectif, 1979).

La mémoire peut aussi être altérée par le mécanisme de l'isolation selon Freud, qui décrit une forme « d'oubli » dans la névrose obsessionnelle ; elle est caractérisée par la « suppression des liens entre les idées, une méconnaissance des conclusions à en tirer et une isolation de certains souvenirs » (Freud, 1914 cité in Ionescu, Jacquet & Lhote, 2005, p.217). L'isolation est abordée par Freud à travers deux sens : le 1^{er} sens concerne l'affaiblissement de la représentation insupportable en l'isolant de la chaleur de l'affect (*Les psychonévroses de défense*, 1894), le deuxième sens concerne la rupture du lien entre les pensées à travers une rupture de la connexion associative (*Remémoration, répétition et perlaboration*, 1914). L'oubli se manifeste ainsi par « les pauses dans le cours de la pensée, des formules, des rituels, et d'une façon générale, toutes les mesures permettant d'établir un hiatus dans la succession temporelle des pensées ou des actes » (Laplanche & Pontalis, 1967, p.215). Ces pauses permettent la rupture du contact associatif de certaines pensées avec d'autres... [l'expérience non refoulée] est privée de son affect et ses relations associatives sont réprimées ou rompues de sorte qu'elle n'est pas reproduite dans le cours de l'activité de pensée » (Ibid., p.216). L'isolation se manifeste notamment par la rupture des associations, de la mise en liaison des pensées, mais aussi l'oubli de l'affect douloureux ; elle représente un mécanisme normal et utile « pour nous protéger des connexions associatives trop fortes » selon Widlöcher (cité par Ionescu, Jacquet & Lhote, 2005,

p.220).

L'isolation est utile pour le travail de concentration et d'abstraction «pour penser, il nous faut isoler, séparer, trier nos expériences » (Jeammet, cité par Ionescu, Jacquet & Lhote, 2005, p.220); néanmoins, isoler et supprimer l'affect pourrait avoir des conséquences fâcheuses sur l'équilibre du sujet. Bowlby parle des «variantes pathologiques» pour caractériser l'absence prolongée d'expression de l'affect notamment dans le deuil (Op.cit).

L'oubli peut aussi être lié à la répression, définie comme le fait de rejeter un contenu déplaisant hors du champ de la conscience (Laplanche & Pontalis, 1967); contrairement aux autres mécanismes de défense, la répression est une opération consciente qui concerne à la fois les représentations et les affects, néanmoins, le contenu réprimé devient seulement préconscient et non pas inconscient. Ce mécanisme, jouant au niveau de la seconde censure selon Freud, consiste à « éviter de penser aux choses désagréables...en dirigeant notre pensée vers d'autres sujets » (cité par Ionescu, Jacquet & Lhote, 2005, p224). Dans la littérature dédiée au sujet, le destin de l'affect réprimé est abordé de deux manières différentes; Freud aborde le caractère temporaire de cette « mise à l'écart », puisque l'élément réprimé peut toujours resurgir, bien que d'autres auteurs évoquent la possibilité de la disparition totale de certains contenus comme dans le refoulement ou l'isolation (Ionescu, Jacquet & Lhote, 2005).

La répression est une opération bénéfique pour le sujet, car permettant à ce dernier d'éviter un effondrement émotionnel; néanmoins si elle est utilisée de manière excessive, elle pourrait conduire à une inhibition prolongée, voire à un blocage de l'activité psychique et fantasmatique selon Christophe Dejours (2012), ce qui pourrait être nuisible pour la santé du sujet.

A travers notre recherche, nous avons relevé que l'identification caractérisant la relation de soin au début de la carrière des soignants, cède la place à la mobilisation de certains mécanismes de défense dont l'isolation et la répression; ces défenses vont opérer une «séparation» dans les contenus psychiques pour permettre à ces professionnels de tolérer la relation de soin sans se laisser dévorer par les affects réactivés, dans une ultime tentative de maintien de la cohésion psychique. Néanmoins ces défenses, utilisées de manière automatique et fréquente pourraient avoir des incidences sur la vie psychique de ces professionnels, justement vu l'absence de liaison des représentations et affects.

D'après les exemples cités plus haut, l'oubli prend différentes formes, mais il est lié à des mécanismes différents selon le cas. L'oubli « volontaire » des éléments douloureux notamment chez Abdelhak, Madjid, Amina, Salima, Nadia, Bilal et Mahmoud ferait référence à l'utilisation de la répression chez eux ; l'oubli caractérisant les éléments de la vie quotidienne évoqué par Nadia et Salim renverrait à la mobilisation de l'isolation.

4- Illustration clinique :

Après avoir abordé les données des entretiens cliniques de recherche, nous allons présenter deux vignettes cliniques illustrant la mobilisation des mécanismes de l'isolation et de la répression à travers quelques exemples de récits TAT.

Dans les épreuves projectives, l'utilisation de la répression se donnerait à voir à travers des protocoles pauvres manquant de résonance fantasmatique avec l'évitement de toute conflictualisation. L'isolation se donnerait à voir à travers « des réponses morcelées, hachées... une énumération saccadée des divers éléments de la planche... en émiettant l'image en ses détails descriptifs, en ignorant le lien entre les différents éléments de la planche...le sujet évite de donner une interprétation qui provoquerait en lui l'angoisse» (Ionescu, Jacquet & Lhote, 2005, p.218).

Les protocoles TAT que nous allons présenter sont marqués par l'évitement des conflits à travers les procédés d'inhibition (tendance à la restriction ou refus- motifs des conflits non précisés ou anonymat des personnages- éléments anxigènes suivis d'arrêt dans le discours). Les procédés de type rigide permettaient aussi au sujet de maîtriser l'affect (description avec attachement aux détails- Précision temporelle-Hésitations entre interprétations différentes ou remâchage- Annulation- Formation réactionnelle- Isolations entre représentations- affect minimisé).

5- 1^{ère} vignette clinique :

Salim (29 ans /UMC) évoque l'absence du plaisir de travailler depuis quelques années « *je viens toujours stressé, aucun plaisir...* », à la sortie de l'hôpital, il « *préfère rester seul et ne pas parler* ». Salim évoque son manque d'engagement dans le travail « *regardez comment je suis habillé, je ne porte plus ma tenue* » ; Il évoque la fatigue « *je me fatigue vite* » et l'oubli « *j'oublie beaucoup les visages* ». Salim évoque sa tristesse et sa dépression depuis quelques années, du fait d'avoir « *pris la décision de ne pas quitter le pays, ce [qu'il] regrette amèrement* ».

Le protocole de Salim³ aborde les problématiques des différentes planches, néanmoins le traitement des conflits se fait à travers des procédés de type rigide pour maîtriser l'affect (Description avec attachement aux détails- Doute, Précautions verbales et Hésitation entre interprétations différentes ou remâchage- Isolations entre représentations - Affect minimisé).

Pl 2 : « ..Ici un fellah entrain de labourer la terre, la jeune fille ou bien une dame... une vie coupée en trois, l'un fait de l'agriculture, l'autre étudie, et une dame, debout, habillée en paysanne...c'est une femme enceinte... ».

³ Pour les besoins de l'article, les récits TAT de Salim et de Nadia ont été traduits en langue Française.

PI 8 BM : «...c'est un bloc opératoire?...là des ciseaux...le monsieur ici est entrain de remémorer une période où deux hommes le retenaient et le torturaient...ou bien le bonhomme en costume nous raconte l'histoire de quelqu'un qui subissait la torture par deux hommes...c'est tout ».

Les procédés d'inhibition du conflit prennent le relais à travers l'anonymat des personnages les temps de silence et de latence ainsi que les arrêts caractérisant le discours dans le protocole de Salim.

PI 13 MF : «...Bon, ca c'est un couple, homme et femme...soit il refuse de faire des rapports sexuels avec elle parce qu'elle est nue et lui bien habillé...soit il a honte, honte...soit il a déjà fait ses trucs et il regrette ...».

PI 11 : «C'est une image sur la nature... une montagne, des pierres, un serpent...ca c'est des cafards qui veulent les dévorer... c'est la loi de la nature ... l'un dévore l'autre ».

PI 16 : «...Elle est blanche, vide ? (sourit) on raconte une histoire?...un jeune homme...il regrette beaucoup de choses en fin de sa carrière...c'est tout ».

6- 2^{ème} vignette clinique :

Nadia (5ans CAC /PED) nous a rapporté qu'elle n'éprouvait plus de réactions affectives à la mort des patients, contrairement au début de sa carrière «*avant je pleurais beaucoup après le décès d'un patient, là je ris, je suis muette, je ne pleure plus...la mort pour le malade me soulage au lieu de la souffrance...je dois continuer mon travail normalement...ici on a appris à oublier*». Le changement a été graduel, jusqu'au jour où elle a été interpellée par l'absence d'émotion et de tristesse à la mort de sa cousine dont elle était très proche, alors qu'elle pouvait «*éclater en sanglots face à des situations banales, un film ou un dessin animé..* » selon ses propos. Ceci renvoie à la coexistence du mécanisme du déplacement, où le sujet ne manifestant pas d'affects face à des situations éprouvantes, pourrait exprimer une forte émotion face à d'autres situations plus ordinaires et moins pénibles, de façon irrationnelle et imprévisible. Nadia évoque sa difficulté à se souvenir de ses pensées « *.... depuis que je suis venue au centre وليت ما نعرفش نهدر (je ne sais plus m'exprimer), je ne finis plus mes phrases, j'oublie la fin, mes collègues se moquent de moi* », renvoyant ainsi à un défaut d'association d'idées.

Dans le protocole de Nadia, l'inhibition se donne à voir à travers la tendance à la restriction des récits qui restent purement descriptifs, l'anonymat des personnages et l'arrêt dans le discours après évocation d'éléments anxiogènes.

PI 3BM : « ...c'est une femme, dépressive..repliée sur elle même... ».

PI 11 : « ..des montagnes ici, un pont..ceux là ne sont pas clairs pour moi...ils veulent passer du

côté du pont...mais ces personnes je ne sais pas si c'est des humains ou bien.... ».

Les procédés de type rigide prennent le relais dans le protocole de Nadia pour maîtriser l'affect réactivé par les problématiques des différentes planches à travers la description avec attachement aux détails, le Doute, les Précautions verbales et l'Hésitation entre interprétations différentes ou remâchage, l'Isolation entre représentations et l'affect minimisé.

PI 2 : «...Ici il y a deux types de femmes, il y a celle qui va étudier, et celle qui reste à la maison et se marie...elles mettent un homme au milieu...elles mettent cet homme au milieu il peut prendre celle-ci ou celle là..c'est pareil.. ».

PI 13 MF : « Un homme avec une femme...il l'a tuée...il l'a tuée..et ..après il n'a pas aimé l'avoir tuée,...mais il ne peut pas la tuer...il l'aime et en même temps..il veut la tuer...quelqu'un d'anormal... ».

Conclusion :

La mobilisation affective liée à la relation de soin pousse les soignants à mobiliser certaines défenses pour faire face à cette excitation pulsionnelle; de l'autre côté, la mobilisation défensive automatique de la répression et de l'isolation pourrait empêcher le travail d'élaboration psychique (Barus-Michel, 2004; Laplanche & Pontalis, 1967), ce qui expliquerait la souffrance des soignants et les symptômes physiques et psychiques relevés dans cette recherche.

L'isolation et la répression opèrent ainsi une « séparation» des contenus psychiques permettant aux soignants de continuer à assurer leur fonction sans que la pensée ne soit atteinte.

Nous avons abordé le rôle de l'isolation et de la répression dans la relation de soin, bien que les configurations défensives soient différentes d'un soignant à un autre, du fait de l'utilisation d'autres mécanismes qui interviennent de surcroît : refoulement, déni, sublimation, idéalisation, déplacement...

Le repérage des mécanismes de défense n'est pas chose facile; nous concluons avec la remarque d'Anna Freud sur l'algèbre des mécanismes de défense entre eux au point de nous égarer si on les regarde de près «.. vous trouverez cinq ou six défenses comprimées dans une attitude...vous devez enlever vos lunettes, et non pas les mettre pour les regarder » (cité par Ionescu, Jacquet & Lhote, 2005, p.287).

Bibliographie :

Barus-Michel, M. (2004). *Souffrance, sens et croyance*. Toulouse, France : Érès

Collectif. (1979). Un historique de la défense- In *Refoulement- défenses et interdits*. Les grandes découvertes de la psychanalyse. Paris, France : TCHOU.

Dejours, C. (2012). Organisation du travail - Clivage – Aliénation. In *Travailler 2/ 2012, N° 28*, pp. 149-158. URL : www.cairn.info/revue-travailler-2012-2-page-149.htm.

Freud, S. (trad.2013). *Trois mécanismes de défense : le refoulement- le clivage-la dénégation*. (Mannoni, O, Trad.). Paris, France : Payot.

Ionescu, S., Jaquet, M-M., Lhote, C. (2012). *Les mécanismes de défense- Théorie et clinique*. Paris, France : Armand Colin.

Jeammet, P. Reynaud, M & Consoli, S.M. (1996). *Psychologie médicale*. Paris, France : Masson.

Klein, M. (1978). Si j'étais vous. In *L'identification- l'autre c'est moi* –Les grandes découvertes de la psychanalyse. Paris, France : TCHOU.

Laplanche, J & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, France : P.U.F.

Remmas, N. (2016). *Souffrance psychique et processus inconscients chez les professionnels paramédicaux - Etude clinique à la lumière de la théorie psychanalytique*. Thèse de Doctorat Es- Sciences en psychologie clinique, s/d Pr Nouredine Khaled- Alger2.

Remmas, N. (2017). L'affect dans la relation de soin entre répression et isolation. *Revue Corps & Psychisme vol.3 n°1*, pp 135-151, URL: <https://www.cairn.info/revue-corps-et-psychisme-2017-1-page135.html>

Valabrega, J-P. (1962). *La relation thérapeutique. Malade et médecin*. Paris, France: Flammarion.