

# Corps, sensorialité et pathologies de la symbolisation

Clinique des phénomènes addictifs  
dans l'anorexie et dans l'hyperactivité

---

André Calza  
Maurice Contant

*Préface de René Roussillon*



**Corps, sensorialité et pathologies  
de la symbolisation  
Clinique des phénomènes addictifs  
dans l'anorexie et dans l'hyperactivité**

## Chez le même éditeur

### *Dans la même collection*

- Manuel de pratique clinique*, par R. Roussillon. 2012, 256 pages.
- Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*, par S. Missonnier. 2012, 400 pages.
- Les violences sexuelles à l'adolescence. Comprendre, accueillir, prévenir*, par P. Roman. 2012, 208 pages.
- Le psychologue en service de médecine. Les mots du corps*, 2<sup>e</sup> édition, par C. Doucet. 2011, 232 pages.
- Le psychologue en service de psychiatrie. Pratique clinique*, par C. Doucet. 2011, 208 pages.
- Le dessin et l'écriture dans l'acte clinique. De la trace au code*, par C. Marcilhacy. 2011, 256 pages.
- Les professionnels face à l'enfance en danger. Lorsque la méconnaissance fait mal*, par P. G. Coslin, B. Tison. 2011, 232 pages.
- Ateliers d'écriture thérapeutiques*, par N. Chidiac. 2010, 208 pages.
- Drames en milieu scolaire. Protocoles pour évaluer, soutenir, communiquer*, par J.-L. Pilet. 2009, 240 pages.
- La mémoire de l'enfant. Développement normal et pathologique*, par A. M. Soprano, J. Narbona. 2009, 216 pages.
- L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse. Fondements et enjeux*, par G. Fischman. 2009, 312 pages.
- Échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent*, par M. Bouvard. 2008. Volume 1 : 192 pages. Volume 2 : 200 pages.
- Rythmes de vie et rythmes scolaires*, par F. Testu. 2008, 192 pages.
- La relaxation thérapeutique chez l'enfant. Méthode Jean Bergès*, collectif. 2008, 216 pages.
- Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, par R. Roussillon. 2007, 720 pages.
- Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, par L. Crocq. 2007, 328 pages.
- Troubles de l'attention chez l'enfant. Prise en charge psychologique*, collectif. 2007, 264 pages.
- Adaptation scolaire. Un enjeu pour les psychologues*, par S. Guillard. 2007, 296 pages.

# Corps, sensorialité et pathologies de la symbolisation

## Clinique des phénomènes addictifs dans l'anorexie et dans l'hyperactivité

André Calza

Psychologue clinicien

Psychanalyste : membre adhérent de la SPP

Enseignant de psychologie : École d'orthophonie de Nice

Maurice Contant

Psychologue clinicien

Psychomotricien

Chargé de cours à l'École d'orthophonie  
de la faculté de médecine de Nice



ELSEVIER  
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2012, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés  
ISBN : 978-2-294-70528-1

---

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex  
[www.elsevier-masson.fr](http://www.elsevier-masson.fr)

---

## PRÉFACE À L'OUVRAGE DE A. CALZA ET M. CONTANT

L'ouvrage que l'on va lire s'adresse à tous les praticiens qui souhaitent s'aventurer dans l'exploration clinique des pathologies dans lesquelles la souffrance narcissique a des incidences sur l'organisation du sentiment d'identité lui-même.

À tous les cliniciens qui continuent de penser que si l'outil psychanalytique et la pratique qu'il rend possible est loin de réaliser les miracles thérapeutiques que l'on souhaiterait pour soulager la souffrance des patients qui en acceptent l'entreprise, il reste sans doute néanmoins celui qui s'avère dans nombre de cas le plus adéquat, et surtout le seul respectueux des sujets et de leur singularité, voire le seul possible.

Si en effet les auteurs prennent comme point d'appui de leur réflexion l'anorexie et l'hyperactivité, on ne peut restreindre leurs propositions à ces seules formes d'expressions psychopathologiques. Ce qu'ils avancent concernant les tableaux cliniques singuliers sur lesquels leur pratique les a conduits à se pencher, vaut en effet bien au-delà de ceux-ci, leur pertinence couvre nombre de problématiques cliniques et de formes d'expressions de la psychopathologie qui se rencontrent maintenant de manière courante sur les divers terrains où les cliniciens sont appelés à intervenir. Par certains aspects leur démarche donne un exemple d'une démarche générale de l'approche clinique des troubles narcissiques, elle a même sans doute des retombées importantes sur des problématiques cliniques plus « classiquement » étudiées et qui relèvent des états plus « névrotiques ».

Mais pour s'ajuster au plus près aux exigences cliniques impliquées par le type de souffrances narcissiques-identitaires, il est nécessaire de continuer de développer l'outil laissé par Freud et ses principaux successeurs, et de continuer d'explorer aussi bien la métapsychologie psychanalytique que les effets de la recherche sur la pratique. L'enjeu est d'explorer des pans de la clinique laissés en friche dans les énoncés fondateurs de la psychanalyse en s'assurant à chaque pas que l'avancée n'a pas fait perdre le vif de l'expérience antérieure, qu'elle s'inscrit dans le corpus de fondement, qu'elle ne se perd pas dans une dérive qui en pervertirait l'essence, en un mot qu'elle reste psychanalytique.

Il est bien difficile à l'heure actuelle de définir la psychanalyse et ce qui en assure l'identité à partir de quelques concepts clé. La psychanalyse est une théorie et une pratique complexe – ce que ses détracteurs n'ont la plupart du temps pas compris qui tentent de la réduire à quelques

propositions simples, voire simplistes – dont les divers pans sont solidaires et forment un corpus aux nombreuses entrées. Cependant il existe quelques concepts qui sont plus particulièrement essentiels au respect de ses fondements et sur lesquels la question de l’extension de son champ de développement appelle des précisions.

Il y a bien sûr la question de l’acceptation d’une vie psychique inconsciente, et même de plusieurs formes de processus inconscients comme Freud l’a fortement souligné en 1923 dans les pages introductives de *Le Moi et le Ça*. Le processus inconscient « au sens du refoulé » que Freud évoque alors, n’est pas absent de la démarche des auteurs, il va de soi dans leur réflexion, mais ce n’est pas à sa question que leur clinique les confronte le plus. En 1923 Freud évoque aussi les contenus et processus psychiques « non susceptibles de devenir conscients » sous leur forme première, et ceux-ci sont davantage au cœur de leur propos. Or ces processus obligent à penser comment, dans le processus de la cure ou dans le travail psychanalytique, ils peuvent être transformés en processus conscients ou plus exactement réflexifs.

Voilà sans doute l’une des questions cliniques essentielles à la clinique des souffrances narcissiques-identitaires et à l’intégration psychique des conjonctures traumatiques qui les sous-tendent que celle du « devenir conscient » – et même du « devenir langage » – des représentations et traces de l’impact de ces traumatismes que j’ai proposé de nommer « traumatismes primaires ».

Comment écouter ces traces et représentations, quelles formes prennent-elles dans la rencontre clinique, quel impact ont-elles sur les formes du transfert ? Telles sont les trois questions premières que rencontre le praticien qui « se met au chevet » du fonctionnement psychique des sujets considérés. Tels sont aussi les trois domaines auxquels la question de la pertinence d’un travail psychanalytique s’affronte en premier et sur lesquels il me paraît important de centrer les quelques avant-propos que je souhaite avancer dans cette préface.

## **L’écoute doit être polyphonique car l’associativité est polymorphique**

Tout d’abord se pose la question de l’écoute clinique, et étroitement corrélée à celle-ci, celle des représentations et traces des expériences traumatiques précoces en mal d’intégration psychique.

Les auteurs soulignent d’emblée la difficulté en mettant l’accent moins sur des représentations verbales ou même des représentations de choses telles que le rêve a pu habituer les cliniciens à les côtoyer dans leur pratique, que sur des formes d’expression fondées sur la sensori-motricité et sur l’expressivité du corps ou de l’acte.

On pressent d'emblée la difficulté posée à la méthode d'écoute psychanalytique si celle-ci n'est conçue que comme une écoute de l'associativité verbale.

Si la méthode fondamentale de la psychanalyse s'exprime à travers la règle fondamentale qui est de « dire tout ce qui vient à l'esprit en cours de séance » cela signifie-t-il que l'écoute ne doit se restreindre qu'à l'écoute des seuls signifiants verbaux ? C'est une option prise par certains psychanalystes, qui du même coup considèrent que toutes les autres formes d'expression du sujet humain sont des résistances ou des attaques de la situation analysante.

Mais un relevé précis de la position inaugurale et fondatrice de Freud montre que ce n'est pas ainsi que l'inventeur et fondateur de la psychanalyse conçoit l'écoute et le travail du psychanalyste, et ceci dès l'origine. Je laisse le lecteur découvrir les arguments que les auteurs avancent, à ma suite, pour montrer à quel point Freud s'abonne plutôt à une conception élargie de l'écoute psychanalytique qui intègre largement toutes les formes de l'expressivité humaine. C'est en ceci que Freud est et reste moderne contrairement à certains de ses successeurs qui ont considérablement restreint la portée de la méthode d'écoute qu'il propose.

Freud écoute toutes les formes d'expressivité humaine, qu'il considérerait comme des formes de langage, ce que sa conception des représentants pulsionnels laisse clairement apparaître. La pulsion est messagère, elle s'exprime par des représentations de mots, ou mieux au sein d'un appareil de langage verbal, mais elle se fait aussi représenter par des représentations de choses, des représentations selon la trouvaille de formulation de J.-D. Vincent, par l'action des représentations de choses comme le « langage du rêve » (Freud, 1913) en fournit un bon exemple, et enfin elle « parle » aussi à travers les représentants-affects, à travers le langage de l'affect.

On ne peut restreindre l'écoute de l'associativité humaine aux seules représentations de mots ni aux seuls jeux entre les représentations de mots. Et même Lacan, parfois appelé la rescousse de ceux qui veulent restreindre l'écoute psychanalytique aux seules représentations verbales, lorsqu'il avance que « l'inconscient est structuré comme un langage » ne dit pas par le langage verbal, et une lecture un tant soit peu respectueuse de son œuvre découvre des tas d'exemples – à propos de l'hystérie en particulier – d'une écoute des formes non verbales de langages. L'expression humaine est polymorphique et l'écoute doit être polyphonique, elle doit être aussi bien écoute des représentations verbales et de tout ce que le langage parlé doit au corps qui le porte, qu'écoute du langage de l'acte, de l'affect, écoute des sensations et des traces d'expériences dont elles sont porteuses.

La règle essentielle de l'écoute clinique est fondée sur le postulat selon lequel ce qui s'associe dans le cours des événements psychiques, et quelle que soit la nature de ce qui s'associe – représentations, affects, sensori-motricité, etc. –, possède nécessairement un lien. Ce lien peut être manifeste, obéir à la logique des processus secondaires, mais il peut aussi être latent, inconscient et obéir aux logiques des processus primaires ou archaïques qui sont alors à construire ou à reconstruire dans le travail clinique. Le monde de la sensori-motricité doit pouvoir être pris en compte dans l'écoute psychanalytique, et pas seulement comme défense ou forme de déficit de fonctionnement psychique, mais de manière pleine et entière, comme type de trace d'un moment de l'histoire ou de la préhistoire du sujet en quête de reconnaissance et d'intégration.

En d'autres termes la sensori-motricité infiltre aussi les processus transférentiels.

### **À l'écoute des configurations transférentielles archaïques**

Le transfert est le deuxième concept identitaire de la pratique clinique psychanalytique dont je souhaite évoquer l'évolution nécessaire, car depuis les premières formes repérées de son émergence dans le travail psychanalytique, l'exploration des processus qui l'organisent en a considérablement complexifié la représentation.

Le transfert apparaît maintenant comme un processus fondamental du fonctionnement psychique en lien avec la compulsion de répétition des expériences non ou mal intégrées subjectivement. Au processus de déplacement d'abord repéré, et dont la clinique des états névrotiques a montré la pertinence et l'importance, se sont ajoutés d'autres processus plutôt fondés sur le retournement et ses formes, processus dont Freud avance qu'ils précèdent le refoulement nécessaire à la mise en œuvre des déplacements psychiques.

Dans le retournement le clinicien n'est plus mis à la place d'un des objets du sujet, comme dans le déplacement, il est mis à la place du sujet lui-même : le rapport sujet/objet est retourné, inversé. Mais déplacement et retournement peuvent se conjondre et le transfert apparaît alors comme clivé et il soumet le clinicien à une double, voire multiple, contrainte paradoxale.

Si l'on ajoute à ces formes de transfert, qui concernent le rapport à l'objet, celles qui s'attachent à la situation clinique elle-même, à son dispositif, son cadre ou sa fonction symbolisante, on passe alors nécessairement à la nécessité du repérage d'une « configuration transférentielle complexe » dans laquelle diverses époques de la construction du sujet sont inévitablement impliquées. La prise en compte des conjonctures

traumatiques issues des époques archaïques conduit nécessairement à l'écoute de telles configurations transférentielles complexes et à la manière dont sont réactualisées dans la rencontre clinique les traces issues des ratages ou particularités des rencontres premières du sujet.

« On souffre de réminiscence » comme Freud l'avancait dès la communication préliminaire des *Études sur l'hystérie* de 1893, mais les formes de la réminiscence, voire de la reviviscence, sont multiples selon l'époque de survenue et d'inscription de l'expérience. La réminiscence peut manifester le retour d'une représentation refoulée, mais elle peut aussi, comme Freud l'avance beaucoup plus tardivement en 1937 dans *Construction en analyse*, se manifester par le retour hallucinatoire d'une expérience « précédant l'apparition du langage verbal », et les formes du retour hallucinatoire peuvent elles aussi être multiples : dans la perception, mais également dans les sensations et éprouvés corporels, voire dans la motricité.

Transfert et écoute de la polymorphie associative sont donc étroitement solidaires, mais ils appellent aussi une évolution de la conception de la symbolisation.

## La symbolisation primaire

Si la question de formes primaires de la symbolisation est d'emblée présente dans la pensée psychanalytique, avec en particulier la question du travail du rêve et la question de la métabolisation des premières traces mnésiques de l'expérience vécue, elle a surtout été restreinte dans un premier temps à l'étude de cet objet emblématique. C'est que la symbolisation a d'abord surtout été explorée comme symbolisation de l'objet absent, au point même de n'être parfois considérée que sous ce seul aspect. Objet absent, objet perdu, manque, castration ont alors occupé le devant de la scène.

Cette conception de la symbolisation s'est avérée féconde et a rendu possibles de nombreuses avancées de la pensée clinique. Cependant, la confrontation avec la clinique des souffrances narcissiques-identitaires en a aussi souligné la limite. Car les formes de la symbolisation fondée sur l'absence ne pouvait conduire dans ces conjonctures transférentielles qu'à une écoute « déficitaire » centrée précisément sur ce qu'il n'y a pas, sur ce qui ne s'est pas constitué ou sur ce qui s'est mal construit. Le sujet risquait alors d'être écouté « de haut » et à partir d'un idéal de fonctionnement auquel il n'avait que difficilement accès, ce qui tendait à exacerber certaines formes de destructivité.

Dès lors divers auteurs ont commencé à se pencher sur les premières formes de l'activité symbolisante de la psyché, celles qui prennent naissance dans la rencontre et comme représentation de la rencontre ou du

type de lien qui s'établit dans celle-ci. P. Aulagnier (1975)<sup>1</sup> a proposé le repérage des premiers pictogrammes, D. Anzieu (1987)<sup>2</sup> pour sa part a su mettre l'accent sur certains signifiants formels dont il fait aussi les premières formes de l'activité de symbolisation, pour nous en tenir aux principales contributions<sup>3</sup>. Les formes primaires de la symbolisation ainsi décrites et explorées, si elles pouvaient être aussi présentes dans les rêves, débordaient largement les premières propositions sur le travail du rêve, elles autorisaient à avancer le concept de symbolisation primaire et à souligner sa spécificité.

Ancrée sur des formes de sensori-motricité, prenant sens dans la rencontre avec l'objet et le mode de présence de celui-ci, la symbolisation primaire, conçue comme une tentative de « narration » des modalités et impressions premières de la rencontre avec l'objet, comme une tentative de symbolisation de cette rencontre et de ces particularités, est le concept qui permet d'écouter les formes émergentes de symbolisation et de ne pas « prendre de haut » les tentatives de mise en forme des traumas primaires.

C'est le troisième concept, la troisième extension conceptuelle, dont ont besoin les cliniciens pour aborder l'exploration des situations limites et extrêmes de la subjectivation et leurs effets sur le sentiment identitaire.

Ce sont aussi les trois concepts sur lesquels les deux auteurs de ce livre vont s'appuyer dans leur exploration des problèmes posés par les conjectures cliniques et l'aventure de pensée à laquelle ils convient le lecteur.

R. Roussillon

- 
1. (1975), *La Violence de l'interprétation*, Paris : PUF.
  2. (1987), Les signifiants formels et le moi-peau, in *Les enveloppes psychiques*, Paris ; Dunod, 1-22.
  3. Citons encore les contributions de M. Pinol-Douriez et le concept de protoreprésentation, les « signifiants de démarcation » de G. Rosolato, les « contenants formels » de T. Nathan, les « idéogrammes » de W.R. Bion, ou encore les « idiomes » de C. Bollas...

*« Et Il m'a dit : Tu me trouves sans me trouver,  
telle est la distance ; tu Me décris sans Me connaître  
par Ma description, telle est la distance ; de ton cœur  
tu entends Ma parole qui provient de Moi, telle est la  
distance ; tu te vois et Je suis plus proche de toi que  
ta vision de toi, telle est la distance. »*

Al Niffari

*« La halte de la proximité »*

(trad. Sami-Ali, 1989)

# Introduction

Cet ouvrage se propose de réactualiser la question de la problématique du *corps*, de la *sensorialité* et de la *motricité* dans la vie psychique corrélés aux *souffrances de symbolisation*.

Si nous mettons l'accent sur le corps et sur la sensori-motricité dans les thérapies de ces conjonctures cliniques c'est :

- d'une part, que ces modalités expressives font **retour** dans le **transfert** par la voie de l'associativité sensorielle et non fantasmatique ;
- et que d'autre part, elles **sont portées par un fond hallucinatoire** présent originellement dans le fonctionnement psychique. Le destin de ce fond hallucinatoire du psychisme est soumis aux aléas des réponses fournies par *l'environnement* au sens de D.W. Winnicott. Selon les cas, il s'efface à terme derrière la représentation ou bien, irréprésentable, il s'accole et travestit la perception pour fonder une néo-réalité perceptivo-hallucinatoire.

- Et enfin, ces modalités expressives constituent au même titre que la parole une forme de langage dont la valeur messagère et pulsionnelle reste à décoder. Cette dimension messagère et pulsionnelle inscrite dans la sensori-motricité s'avère indispensable pour accéder à la symbolisation primaire défaillante de ces conjonctures cliniques. Nombreux sont les domaines psychopathologiques dans lesquels le corps, la motricité (*via le passage à l'acte*) sont impliqués dans leurs corrélations avec la morbidité : de l'hyperkinésie de l'enfant – réputé instable – à la conduite anorexique privilégiant les comportements hyperactifs à des fins de consommation calorique. Les conduites addictives et/ou à risques de tous ordres, ainsi que les somatisations complètent ce tableau.

Autant de problématiques de la **dépendance** qui engagent le *surinvestissement* érotisé du corps et de la motricité dans une dimension de décharge pulsionnelle et de déliaison.

Ces pathologies, dites nouvelles, mettent l'accent sur *l'agir* au détriment du psychique et de la représentation chez les sujets en souffrance de symbolisation.

L'agir corporel dans le champ de la psychologie clinique est bien souvent connoté négativement. Dans ce cas, il est perçu comme un détournement

du représenter, un court-circuit du penser. Il serait toutefois simpliste d'affirmer que la motricité s'oppose à la symbolisation. D'une manière générale, le corps et la sensori-motricité participent à la symbolisation.

Déjà dans les textes sur l'hystérie, S. Freud (1893,1895) avait relevé des scénarii corporels adressés à un spectateur « *indifférent* », dans lesquels le corps met en scène sur un mode gestuel ce que le sujet *ne peut dire*, mais qu'il pourrait potentiellement *dire*, car la structure narrative de la scène appartient déjà à l'univers de la représentation de mots.

La question plus fondamentale qui se pose alors, est de s'interroger sur les liens unissant motricité et activité de symbolisation dans leurs corrélations positives et négatives. « La voie sensorimotrice », selon les cas, peut être comprise comme le signe d'un retour régressif à une expressivité archaïque de l'affect ou comme un « recours » favorisant la symbolisation.

L'objet de cette étude se centre sur *l'acte sensori-moteur* compris comme message pulsionnel adressé à l'objet et lieu d'une élaboration primaire du sens. Une mise en scène qui relate sur le mode inconscient les conditions premières des expressions corporelles subjectives non symbolisées :

- expériences traumatiques qui tendent à s'actualiser, qui cherchent à se symboliser par la répétition souvent *spectaculaire* de leur manifestation ;
- expériences intersubjectives qui portent en elles la trace des modalités d'un désir et d'un échec de la *rencontre* psychique et pulsionnelle avec l'objet.

La place qui revient au corps et à la sensori-motricité en tant que modalités langagières reste à préciser. Déjà en 1913, dans « *Intérêt de la psychanalyse* » S. Freud disait que par « *langage, on ne doit pas comprendre simplement l'expression des pensées en mots mais aussi le langage des gestes et toute forme d'expression de l'activité psychique* ».

À côté de la représentation de mots et de la représentation des affects, la manifestation corporelle motrice perceptivo-hallucinoire constitue un moyen d'accès aux expériences précoces : inscrites préalablement à l'acquisition du langage verbal (entre 18 et 24 mois), avant que celui-ci n'ait assuré le primat sur l'ensemble des modes d'expression du sujet.

Ces expériences précoces portées par la mémoire procédurale, loin de s'effacer, se conservent toutes, y compris leurs réactions contraires. D'où l'intérêt de les décoder dans l'actuel du transfert pour apporter une contribution complémentaire aux domaines précités.

Cette étude transversale qui place la sensori-motricité au centre de ces pathologies, dites de la dépendance psychique, formule l'hypothèse que leur dénominateur commun est constitué par le couple *angoisse de séparation/perte d'identité*. Le corollaire de cette anxiété de séparation

est celui de l'*effraction*. Cette dépendance psychique passive à l'objet s'accompagne d'une angoisse d'effraction par le même objet, et nécessite la mise en place d'une « défense *sensorimotrice* active », à valeur économique de décharge, pour annuler le risque d'intrusion. L'intrusion ainsi évitée, le sujet maîtrise et limite par là même toute forme d'introjection. Il en résulte un auto-engendrement de sensations à valeur narcissico-identitaires. « *Je bouge tout le temps parce que si je ne bougeais pas, j'aurais le sentiment que vous n'êtes pas là et moi non plus* » dit un patient de M.-L. Roux (1984).

Solution paradoxale qui détermine une ligne de clivage entre le plan psychique et le plan sensori-moteur. Elle perpétue, à l'instar du mythe de Sisyphe, un cercle vicieux dans lequel le sujet est contraint à répéter « *suture* » et « *rupture* » à l'objet, inlassablement. « Contrainte » du sensorium, contrainte de l'agi, contrainte de pensées qui signalent à la fois l'évitement de la relation mais aussi, l'importance de celle-ci dans l'économie du trouble.

C'est en nous appuyant sur l'expérience clinique transféro-contre transférentielle que notre recherche est centrée, tout particulièrement sur les souffrances de la symbolisation primaire et leurs manifestations motrices, perceptives et sensorielles.

Dans un premier temps, il s'agira d'établir un relevé des signes cliniques relatifs à la mise en évidence de ces troubles narcissiques et identitaires, s'adressant à un spectateur « anonyme » au sens de J. Mac Dougall (1989).

Au premier plan de ces signes, notons ceux relatifs aux énoncés mimo-gesto-posturaux et verbaux.

Puis inscrivons ces signes dans le cadre dialectique des paires contrastées de la symétrie-dissymétrie, de l'identique ou du même, de l'analogique ou de l'analité. Registres portés par l'identification projective ou bien par l'identification secondaire.

Autant de références qui trouvent leur correspondance dans les travaux des neurosciences. Notamment, la découverte des « neurones miroirs » par Rizzolatti (1996) et de l'agentivité par M. Jeannerod et N. Georgieff (2000). Nous reviendrons sur l'intérêt que représentent pour la clinique, y compris psychanalytique, ces découvertes.

La symbolisation primaire tend à relier deux proto-représentations de choses différentes afin de les concevoir sur un mode analogique. Lorsque ce processus fige son évolution et se mue en point de fixation, il s'oppose à la symbolisation secondaire qui, sur le mode anal de mise à distance, organise la perception de la *différence* (différence des sexes, différence des générations, différence entre le sexuel adulte et infantile).

Une attention particulière est portée à la problématique du double que R. Roussillon (2007) nomme « homosexualité primaire en double » dont la genèse et ses aléas se repercutent sur le cadre thérapeutique.

Ceci nous amène à envisager une autre série de questions relatives au **contretransfert** du thérapeute face à « l'agir ». À côté du **transfert par déplacement** à l'œuvre dans les névroses, R. Roussillon propose un autre type de transfert issu des pathologies narcissico-identitaires qu'il qualifie de transfert par « retournement » (1999).

Il s'agit d'un retournement passif-actif dans lequel le patient fait vivre et ressentir au thérapeute l'expérience traumatique pulsionnelle subie historiquement – conséquence irrémédiable d'une pulsionnalité irreprésentable qui demeure toutefois de manière indéfectible, adressée à l'objet.

Par conséquent, il nous paraît souhaitable d'examiner, comme R. Roussillon, deux aspects du contretransfert qu'il est utile de séparer ici :

- d'une part, le contretransfert affectif du thérapeute correspondant plutôt à son rapport même en cours de cure, aux « processus primaires » ;
- d'autre part, le contretransfert épistémologique qui ressort davantage du contretransfert sur la thérapie et sur sa théorie, c'est-à-dire des modes d'organisation de la secondarisation.

Lorsque le thérapeute est amené « à vivre », « à sentir » à la place du patient et non avec lui, il tendra ainsi que le précise R. Roussillon (1991), à exacerber l'activité théorique sans nul doute avec « une suractivation des théories sexuelles infantiles et des théories de soins qui les accompagnent destinées à traiter les angoisses de castration » alors ravivées.

Dans ce cas, le thérapeute est transférentiellement placé au lieu même du « non advenu » de la symbolisation du sujet : au lieu même de la « suture » psychique élaborée par le patient pour éviter le retour du clivé (A. Green [1993] : « ni tien ni mien » : lien, et W.R. Bion [1975] : la césure).

Il nous faut maintenant préciser les raisons qui nous ont conduits à étudier conjointement l'anorexie mentale et l'hyperactivité qui, pour paraître éloignées au plan *manifeste*, n'en présentent pas moins des caractéristiques communes au niveau *latent*.

En tant que pathologies du *lien*, ces deux entités nosologiques s'inscrivent dans un tableau plus global des *dépendances psychiques* dont elles représentent par hypothèse les figures paradigmatiques (« *toxicomanies sans toxiques* » selon B. Brusset [1998] ou « *phénomènes addictifs* » à l'objet selon J. Mac Dougall [1986]).

Elles présentent deux particularités communes :

- *premièrement*, leurs modalités expressives pulsionnelles (tant défensives que communicatives) sont prioritairement corporelles (la motricité pour l'hyperactivité et la sensorialité pour l'anorexie) ;
- *deuxièmement*, leur symptomatologie se déploie davantage sur le versant environnemental que sur le plan intrapsychique. Pathologies du « lien narcissique avec l'environnement » (social, familial, scolaire, etc.).

Tout se passe comme si l'investissement libidinal se transférait du dedans vers le dehors, figurant une *néo-limite* du corps en appui sur le monde extérieur sans réversibilité. Une seconde peau psychique s'étaye ici sur l'environnement global et en dépend.

Le corps ne joue pas dans ce cas le rôle habituel de *schéma de représentation* car les objets primaires n'ont pas reçu le statut préalable d'*objets images du corps*, au sens de Sami Ali (1974).

Le langage verbal dans ce contexte, désarrimé de l'ancrage corporel ne présente plus les caractéristiques logiques du principe de *non contradiction* et du *double sens* des mots. Tout se passe comme si *le travail de symbolisation primaire* (R. Roussillon) à l'œuvre dans la *traduction* des traces mnésiques perceptives en représentation de choses ne s'était pas structuré.

La reprise dans l'appareil de langage de ces *avatars* psychiques et corporels s'effectue en conservant leurs caractères traumatiques primaires. Un clivage pathologique se produit précocement qui empêche la *psychisation* du corps et la *corporéisation* du psychisme.

Anorexie et hyperactivité présentent, en outre, cette double particularité d'être des pathologies de *l'immédiateté*. Autrement dit, sans médiation. Elles requièrent urgence du soin (psychique, médical, social, etc.) et mise en place d'une prise en charge thérapeutique plurifocale, permettant de conjointre un type d'intervention rapide (médical) et un autre davantage médiatisé (psychothérapie).

Cet axe *immédiat-médiat* dans le soin psychique s'avère indispensable au traitement de ces pathologies de *l'agir(anorexie)*. Le clivage qu'elles présentent entre *l'intersubjectif* et *l'intrapsychique* requiert deux types de réponses coordonnées.

En outre, le repérage de la multiplicité des modalités de *retour* (du clivé, du refoulé, du forclos, mais aussi du sensoriel, du moteur gestuel, du mimétique hallucinatoire) sera prépondérant en séance.

Le moment nous paraît venu de préciser les modalités singulières d'expériences douloureuses que ce travail d'élaboration de l'ouvrage en cours nous a fait ressentir, par-delà l'aspect théorique et les difficultés inhérentes à tout travail de recherche.

Penser le corps de l'anorexique et de l'hyperactif est une tâche impensable, si on ne prend pas la mesure de l'état de déliaison, de la multiplicité des formes contradictoires que le psychisme revêt, et qui cherchent tour à tour une surface réfléchissante et échoïsante de ces états. Sans travail de liaison des fonctions corporelles et psychiques, le corps se dissout dans ces mêmes fonctions.

À distance de nos patients respectifs, anorexiques pour André Calza et hyperactifs pour Maurice Contant, nous fûmes tous deux aux prises avec des difficultés transféro-contre-transférentielles pour penser ensemble la clinique et la paradoxalité.

Au fil du temps et jusqu'à ce qu'une prise de conscience soit possible, nous fûmes confrontés aux difficultés de mise en lien entre les différentes idées, scandées par des périodes d'épuisement corporel et de sidération de la pensée. Plus nous avançons dans le recensement des caractéristiques communes à ces deux pathologies, plus s'éloignait le fil de continuité de penser.

« Croulant » sous la multitude des hypothèses, nous en étions à nous demander *in fine* : *mais qu'est-ce qu'une hypothèse ?* pris au piège de la succession des définitions auxquelles nous pensions devoir nous astreindre dans un souci de « maîtrise ».

Notre hyperactivité dans le recueil des données et des définitions n'avait d'égale que l'anorexisation de notre pensée (incapacité à créer des liens). De ce chaos, ou plutôt de cette impasse, nous sommes parvenus à sortir dès lors que fût posée cette assertion : « Ces patients cherchent à être “trouvés” mais pas “immédiatement”. »

Ils sont en quête d'une définition d'eux-mêmes, d'hypothèses identitaires données par le thérapeute, mais sur un rythme suffisamment bon pour qu'ils fassent « l'expérience de l'objet précurseur donné au bon endroit et au bon moment ». Objet précurseur (défini par R. Gaddini, [1990]) attracteur de la synthèse du moi favorisant la transitionnalité. Il faut qu'ils puissent faire l'**expérience du même** « trouvé » à l'extérieur et « créé » au dedans. Et simultanément le thérapeute doit apporter un démenti aux angoisses de destruction objectale.

Le travail thérapeutique doit se dérouler pour cela dans un espace-temps co-construit et dans une sorte « d'attention conjointe » au sens de J.S. Bruner (1975). En effet, une interprétation trop rapidement donnée risque d'entraver le processus « naissant » de mise en liens. Processus qui doit d'abord passer par le « déplacement » et le recensement des états émotionnels multiples du patient dans la relation thérapeutique pour être synthétisés par le moi-sujet en devenir.

Cette expérience singulière nous a certes confrontés à une difficulté initiale d'élaboration, mais en même temps nous a mis sur la voie qui consiste à reconnaître, puis co-construire avec le patient la dimension thérapeutique de la réaction négative. Cette expérience de perte de la continuité, dont nous fûmes imprégnés, ressentie dans le corps propre contre-transférentiellement, traduit l'impossibilité dans laquelle ces patients se trouvent à renoncer à la quête de sensations corporelles et motrices, au risque d'y perdre définitivement la continuité de soi.

Autrement dit, confrontés à une succession d'hypothèses, toutes cohérentes à nos yeux, ne s'excluant pas mutuellement, nous fûmes aux prises avec une impasse que nous pouvions qualifier *d'impasse de la multiplicité*, du fait de l'impossibilité à hiérarchiser ces hypothèses. La résultante fut l'impression de dispersion qui s'opposait à toute tentative de synthèse (figurant la problématique du choix impossible chez nos

patients). Chaque hypothèse pouvant être considérée comme le tout. Dans ces conditions, le tout devenait aussi la partie.

L'impensable de la clinique de l'anorexique et de l'hyperactif faisait frontalement retour dans notre étude sous la forme d'un contretransfert émotionnel exacerbé.

Il nous fût possible dès lors de comprendre l'état d'épuisement dans lequel nous nous trouvions, dans l'alternance de l'excitation procurée par l'élation de la découverte, immédiatement contrebattue par une sensation, dès l'instant suivant, d'un vide et d'une sidération psychique.

Nous étions confrontés, dans ce cas présent à l'*excitation* suivie d'une sidération et à l'absence de *rassemblement* des hypothèses.

Cette absence de synthèse (figurant la synthèse impossible du moi chez nos patients) nous renvoyait derechef à la problématique : dans ces conditions, *la solution par l'hypothèse devenait le problème*.

De la même manière, le sujet se prescrit une solution anorexique, hyperactive ou addictive face à une souffrance psychique latente. Solution qui devient à terme tout le problème.

L'obstacle majeur à la compréhension du phénomène contretransférentiel en cours était *notre adhésivité* à l'hypothèse et la maîtrise de la problématique par cette dernière sous la forme d'un lien totalitaire.

Tout se passait comme si nous étions *contraints* de trouver dans l'urgence les réponses à ces problématiques. Autant d'éléments issus d'une défense par clivage, apanage des souffrances narcissico-identitaires. Le rapport entre l'objet partiel et l'objet total dans ce cas est un rapport clivé.

De la même manière, le rapport entre le contretransfert émotionnel et le contretransfert épistémologique était clivé dans notre recherche.

La sortie de cette épreuve a été conditionnée par le rétablissement de l'appui mutuel de ces deux formes du contretransfert.

Pour conclure au niveau thérapeutique, la méthodologie proposée s'articule autour de deux axes essentiels et fondamentaux dans ces conjonctures cliniques que nous pourrions définir ainsi :

- premièrement, la *contenance symbolisante* de l'affect ;
- deuxièmement, la *symbolisation participante* du thérapeute.

La *contenance symbolisante* de l'affect s'appuie sur la capacité du thérapeute à accepter, accueillir sans rétorsion, ni rejet, ni effondrement psychique, ni masochisme, la destructivité que le patient éprouve sans se la représenter et qu'il *retourne* transférentiellement sur la personne du thérapeute et sur le cadre qui lui est proposé.

La contenance symbolisante permet, en outre, de recenser avec le patient les différents états émotionnels clivés qui le traversent, et au rassemblement desquels il se rend absent. En résumé, elle conditionne l'expérience du détruit-trouvé.

La *symbolisation participante* consiste, à partir des éprouvés *retournés* par le patient, à élaborer, reconstruire les paramètres principaux de la conjoncture traumatique historico-pulsionnelle de ce dernier.

Il revient au thérapeute de symboliser l'expérience agie par le patient et qu'il partage émotionnellement avec ce dernier. Dans cet échange, il ressort que les propres processus de symbolisation du thérapeute constituent un moteur essentiel pour relancer les processus psychiques *gelés* chez le patient. Des hypothèses de construction au sens freudien (1937) de « construction dans l'analyse » lui sont proposées favorisant simultanément la *destructivité* et la *reconstruction*.

Pour finir, une des difficultés de la clinique de l'impasse s'origine dans la manière de penser l'impasse du patient.

Si celle-ci est pensée uniquement autour de la *métapsychologie de l'absence* qui relève déjà de la symbolisation secondaire, alors le relevé de l'impasse renforce le traumatisme. Donc, il paraît indispensable de penser également une *métapsychologie de la présence* (R. Roussillon 2008), c'est-à-dire la rencontre de deux sujets et de l'effet interactif de l'un, à l'engagement pulsionnel de l'autre, rencontre avec le même, le semblable, le double. Autrement dit, c'est peut-être aussi, l'expérience de non-séparation, c'est-à-dire, la continuité du lien psychique qu'il faudra tenter de donner à vivre au patient.

Comme le dit G. Haag (1989), pour pouvoir se séparer, il faut en quelque sorte suffisamment intérioriser la non-séparation, c'est-à-dire le lien : les liens.

Le cas de Noé, enfant hyperactif, sera développé dans l'ouvrage. Au cours de la thérapie il commence à se séparer psychiquement de l'objet-mère, il a besoin de vérifier réellement qu'il n'a pas détruit l'objet réel mère, en allant voir dans la salle d'attente, vérifier que la mère-objet externe est toujours bien vivante, autorisant la séparation. Il y a donc à penser toute une dialectique : présence/absence, séparation/non-séparation, lien/non-lien.

D'une manière générale, nous pouvons affirmer que la « maîtrise » de l'objet constitue une défense majeure dans ces conjonctures cliniques. Défenses à double valence, simultanément, pour se préserver contre la crainte de l'effraction par l'objet, et, en même temps tenter de préserver l'objet en cours d'introjection contre la conviction de sa destruction.

Comme nous le précisons au début de notre introduction, le corps, la motricité, la sensorialité doivent être pensés relativement au fond hallucinatoire de la psyché.

La matière première psychique se donne à voir dans l'hallucination. Les premières traces mnésiques perceptives sont portées par l'hallucination. Elles constituent le fondement de la subjectivité naissante sans être pour autant représentées. La psyché se donne une forme perceptive grâce à l'hallucination par projection dans l'environnement maternel.

Cette rencontre première avec les objets primordiaux nous conduit à postuler une forme première de transfert sur et dans l'objet qui en conditionnerait les formes ultérieures.

Les modalités de réception, de conservation (rêverie), de restitution (échoïsation) par l'objet des éprouvés premiers du bébé vont conditionner le travail d'appropriation et d'intégration subjective.

La littérature psychanalytique et psychodynamique, voire psychiatrique a déjà mis en évidence les diverses modalités de manifestation de l'hallucination. En effet, trois registres majeurs ont pu être décrits :

- la première modalité est liée à l'expérience de satisfaction dans laquelle le bébé en l'absence de l'objet (sein) et porté par la pulsion orale va halluciner le sein absent et le rendre momentanément présent. Au cours de cette expérience, qui peut avoisiner les trois minutes, le bébé utilise sa sensori-motricité en mimant le geste de la tétée avec ses lèvres. Pendant cette période, bien qu'éveillé, il se trouve dans un état équivalent à celui du sommeil paradoxal ;
- ceci nous amène à la deuxième modalité hallucinatoire, qui est celle du rêve qui fonde la réalisation hallucinatoire du désir. Mais le désir n'est pas à l'origine du rêve. Ceci, pour affirmer que la question du désir ne saurait être fondatrice de la subjectivité dans son origine. Le désir va trouver naturellement sa place lorsque les conditions premières de la subjectivité auront été satisfaites, c'est-à-dire lorsque « le manque » aura été éprouvé ;
- la troisième description de l'hallucination y fait amplement référence car elle désigne un état psychique dégradé du processus d'appropriation subjective. Ici, l'hallucination pathologique est la conséquence d'un échec de la rencontre et des modalités élaboratives précitées entre le bébé et l'objet. Dans ce cas, l'« hallucination perceptive » confrontée à la destructivité se met au service de la déliaison des pulsions agressives et libidinales soutenue par l'évacuation motrice hors de l'objet. L'accès à l'illusion du trouvé-créé est rendue impossible. L'illusion est négative par un processus en « détruit-perdu ». Dans ce cas, les besoins du moi n'ont pu être reconnus et satisfaits et la pulsion dérivée de son but (le désir) se met au service du besoin.

La question qui se pose alors, est celle de savoir d'où vient l'hallucination. Quelle en est l'origine ?

Les travaux de R. Roussillon (2001), ainsi que les apports des neurosciences à travers E. Kandel (2006) et G. Edelman (1992) tendent à mettre en évidence l'existence première, originelle d'un fond hallucinatoire de la psyché. La poussée pulsionnelle en produirait l'avènement, y compris en l'absence de l'objet, mais prioritairement en sa présence. L'hallucination en présence de l'objet articulée au paradoxe winnicottien de la capacité d'être seul en présence d'autrui et de sa pulsion (R. Roussillon [2008]) préfigure une métapsychologie de la présence.

Il faut que l'objet ait été « suffisamment présent » pour être rendu « absent ».

De ce point de vue, l'absence est autant un processus interne qu'externe. Disons qu'il faut qu'il ait été rendu absent en tant que processus interne, afin qu'il puisse être rendu absent en tant qu'objet externe. L'absence de l'objet externe sans l'élaboration préalable interne produit non pas une perte d'objet mais une perte « d'identité » du sujet. Autrement dit, l'appareil psychique ne s'approprie pas sa propre subjectivité. Il en résulte une dépendance à l'environnement par identification narcissique. Si l'hallucination ne s'associe pas au « détruit-trouvé » pour se transformer en illusion, elle va former un ensemble perceptivo-hallucinatoire favorisant ainsi les formes dégradées de la perception (hallucinations auditives, olfactives, sensorielles...) qui s'observeront dans certaines psychoses mais aussi dans les pathologies narcissiques identitaires et d'une manière générale dans les pathologies de la dépendance.

La question concernant le statut de l'hallucination qui était pourquoi un sujet hallucine-t-il ?, pourrait se formuler ainsi dorénavant : pourquoi et dans quelles conditions un sujet n'hallucine-t-il pas ?

L'élément de réponse majeur se trouve être l'accès à la représentation. C'est la représentation qui permet la différenciation entre hallucination et « perception ». La perception se situe du côté de la représentation, la psyché se représente perceptivement le monde selon la formule de S. Freud « la chose en soi n'existe pas », elle n'est donc pas directement perçue, elle est représentée perceptivement. Mais, la psyché se représente aussi représentativement, elle s'auto-représente.

Les travaux des neurosciences confirment cette dimension à travers l'exemple de la vision. L'objet perçu visuellement va être décomposé dès lors que son image parvient à la rétine en une multitude de caractéristiques (texture, dimension, couleur, forme, etc.). Non visuelle alors, chacune de ces caractéristiques vont être traitées dans une zone précise du cortex avant d'être rassemblées et recomposées dans une autre zone du cerveau.

C'est ce travail que les neurosciences qualifient de « recatégorisation » qui indique que l'objet en soi n'est pas perçu dans sa réalité matérielle et globale, mais dans une dimension interprétative à laquelle va s'associer la dimension fonctionnelle.

Très tôt chez le bébé, l'objet prend une dimension fonctionnelle. Sa position dans l'espace favorise la compréhension de sa fonctionnalité. Le biberon adressé au bébé sera accepté par lui immédiatement, sauf si sa position dans l'espace est renversée. Ces travaux de recherche issus de Piaget sont repris par Philippe Rochat (2006).

Autre exemple issu des travaux de B. Golse (2009) concernant l'audition : le son perçu par notre appareil auditif n'est pas le son externe qui

pénètre à l'intérieur du corps. Parvenu à la cochlée, le son externe est remplacé par un son interne produit par l'appareil auditif comme un équivalent du son externe. Donc, une représentation interne de la chose en soi se « produit » au niveau auditif. La psyché se représente. Elle se représente perceptivement et elle s'auto-représente psychologiquement.

Le bébé produit très tôt une auto-perception corporelle représentative de lui-même à travers le « double toucher », sa main touche son corps et son corps touche sa main. Cette sensation interne spécifie le corps propre de toute autre forme de toucher venant du monde environnant. Il s'agit en fait, simultanément, d'un toucher « intéroceptif » et « extéroceptif » qui se distingue des interventions externes qui procurent un signal extéroceptif.

P. Rochat décrit bien cette expérience de froufrou chez le bébé de moins de 24 heures capable de faire la différence entre une sensation liée à une stimulation simple, non double, provenant de l'extérieur et des stimulations à double toucher provenant de lui-même. Dans ce cas, de manière significative, l'étude montre que la plupart des bébés se dirigent vers la stimulation simple liée à l'apparition du sein ou du biberon. Ceci montre clairement que le nourrisson a un sens précoce de son corps propre sur la base d'expériences perceptives particulières.

Les travaux des neurosciences sur la mémoire confirment la présence initiale de phénomènes hallucinatoires qui permettent, selon R. Roussillon (2001), de penser la simultanéité de l'hallucination et de la perception. Cette conception innovante de la place de l'hallucination dans la psyché rend caduque le système perception-conscience. La perception ne peut plus être tenue comme garante de l'accès au principe de réalité, du moins pas dans un premier temps.

Perception et conscience se trouvent initialement aux antipodes dans l'appareil psychique. La perception est en fait une représentation perceptive, c'est une construction psychique, elle ne se résume pas à un enregistrement brut, mais elle est le fruit d'un travail de l'appareil de perception cérébrale (processus d'auto-poïèse, décrit par F. Varela, 1993).

G. Edelman (1992) décrit l'existence de systèmes réentrants, susceptibles de réactiver les traces perceptives, de produire en quelque sorte une forme d'hallucination de l'expérience antérieure. E. Kandel (2006) souligne, quant à lui, que le lieu de l'enregistrement perceptif des expériences est aussi le lieu de leur rappel. Il suggère que ce processus de réactivation est impliqué dans la « recatégorisation » des expériences. A. Damasio (1999), de son côté, relie ce processus à la reviviscence émotionnelle qui peut accompagner le souvenir.

La dimension hallucinatoire se retrouve à propos de l'activité des neurones miroirs, neurones qui s'activent indifféremment, que le sujet perçoive une action, qu'il ne fasse que se la représenter ou qu'il l'effectue vraiment.

Du côté des neurosciences cognitives, le concept d'agentivité rejoint ces travaux quand il souligne que dans un premier temps de son développement, le bébé ne peut pas effectuer la différence entre les actions et mouvements psychiques opérés par l'autre et ceux dont il est l'agent. Secondairement, se met en place dans le cortex un second système différenciateur plus tardif, qui permet la distinction entre ce qui vient de soi et d'autrui. L'action représentative et l'action motrice vont peu à peu se distinguer. Pour ce faire, le bébé doit se représenter qu'il ne fait que représenter. Le rôle de l'objet maternant est fondamental à cet égard. En effet, en deux temps imbriqués, la mère se fait l'écho des sensations du bébé en l'imitant pour lui faire saisir son état émotionnel. Mais, elle le fait sur un mode qui lui signale qu'elle fait le miroir, c'est-à-dire que l'état émotionnel dans lequel il se trouve est le sien propre et non celui de sa mère (voir les travaux de G. Gergely [2003], à rapprocher des travaux de J. Decety sur l'empathie [2004]).

C.D. Frith (1996) parvient à décrire le processus par lequel la représentation se saisit d'elle-même, s'auto-représente. Il propose la notion de méta-représentation en faisant l'hypothèse que la schizophrénie repose sur un échec de la méta-représentation.

À partir de ces travaux, R. Roussillon (2008) précise que la subjectivation est le résultat d'une symbolisation qui réfléchit son propre processus d'une symbolisation réflexive.

En conclusion, nous pouvons soutenir l'hypothèse qu'il existe une identité de fonctionnement entre le psychisme et le fonctionnement biologique. Les phénomènes hallucinatoires et perceptifs sont bien présents dès l'origine, repérables dans le champ relationnel et dans le domaine neurobiologique tels que décrits précédemment.

Dans le cerveau humain deux systèmes relationnels se dialectisent. Schématiquement, un système du même (neurones miroirs) et un système différenciateur plus tardif situé dans une zone différente du cortex sont décrits. Dans le champ relationnel, on retrouve des fonctionnements similaires à travers l'ipséité dans laquelle le pôle maternel du langage introduit la mère et le bébé. Mais simultanément, les aspects différenciateurs apparaissent tant du côté du bébé que par l'intervention de la mère et sa capacité à signaler qu'elle fait le « miroir ».

La défaillance de ces processus différenciateurs relationnels environnementaux sont, d'après les recherches récentes, à l'origine des troubles schizophréniques et psychotiques. Pathologies qui révèlent des difficultés d'agentivité (M. Jeannerod, N. Georgieff [2000]).

Nous débouchons, avec ces découvertes, sur une notion importante qui est celle de l'épigenèse interactionnelle. Ce concept original tend à apporter une réponse au débat interminable sur l'inné et l'acquis. Il s'appuie sur l'hypothèse que les lois génétiques peuvent être transformées par l'environnement. Pour qu'un gène soit actif, il faut, selon

les termes mêmes des généticiens, qu'il « s'exprime ». Mais il paraît évident, d'après les études récentes, qu'un gène ne peut s'exprimer que dans des conditions particulières liées à l'environnement. Ainsi le gène de la schizophrénie pourrait concerner 30 % de la population, alors que moins de 1 % de cette même population est atteinte par cette maladie. Ce qui donne toute son importance aux conditions relationnelles de l'éclosion d'une maladie génétique. L'autisme infantile peut se comprendre suivant les mêmes repères de l'épigénèse interactionnelle.

Mais revenons à notre préoccupation majeure qui est celle de la thérapeutique que permet l'hypothèse d'une réactivation hallucinatoire des traces de l'expérience antérieure. Question essentielle qui conditionne le traitement des patients narcissico-identitaires.

Les reviviscences en séances de certains éprouvés émotionnels par le patient doivent être accueillies par le thérapeute comme des expériences passées, non symbolisées. Expériences agonistiques qui peuvent se présenter comme expériences à venir angoissantes. Le thérapeute doit accueillir et élaborer ces expériences sans les interpréter dans le transfert. Il doit tenter de les réinscrire dans l'histoire personnelle du sujet. Il doit pour se faire éviter de focaliser la relation transférentielle sur sa personne, ce qui le cas échéant renverrait le patient à sa souffrance initiale pour se dégager de l'emprise maternelle (identification narcissique à l'environnement).

L'autre voie d'accès à la vie psychique de ces patients est celle du travail de construction historico-pulsionnel, c'est-à-dire, réinscrire cette expérience au présent du moi. Opération qui nécessite la réhabilitation de l'historisation, plutôt qu'une fixation sur le travail, uniquement centré sur l'ici et le maintenant du transfert.

Comme le dit D.W. Winnicott (1975) : « Le travail ne consiste pas à donner des interprétations astucieuses et en finesse, c'est de donner en retour au patient ce que le patient apporte. C'est un dérivé complexe du visage qui réfléchit ce qui est là pour être vu. »

Les travaux des neurosciences nous apportent un éclairage biologique sur la plasticité cérébrale (P. Magistretti, F. Ansermet [2010]) et sur la problématique de la trace mnésique perceptive de l'expérience première, notamment sur les conditions de sa remémoration. En effet, la trace mnésique est à la fois immuable (« rien ne se perd dans la vie psychique », S. Freud, *Malaise dans la civilisation* [1929]) et en même temps, les traces peuvent s'associer les unes aux autres et sont marquées par la labilité en phase de reconsolidation-déconsolidation. « Elles se révèlent à la fois traces de ce qui a eu lieu, de ce qui est passé, et potentialité de ce qui sera au-delà de ce qui est inscrit. » P. Magistretti, F. Ansermet (2010).

Au moment de leur rappel (réactualisation), les traces se déconsolident pour recevoir de nouvelles associations. Se créent alors de

nouvelles traces qui sont nommées « recatégorisation » dans le cadre des neurosciences. Ce schéma est très proche du schéma thérapeutique freudien de la remémoration. Nous pouvons le compléter par l'apport des travaux de E. Kandel et G. Edelman.

Ces deux auteurs font l'hypothèse d'un enregistrement premier de l'expérience sous forme de cartes perceptives conservées à un niveau sous-cortical, qui doivent être catégorisées au niveau cortical (recatégorisation). Cette hypothèse rejoint l'hypothèse freudienne de la conceptualisation.

G. Edelman (1992) décrit des systèmes ré-entrants qui reposent sur la possibilité présentée par le cortex de réactiver un enregistrement sous-cortical et ceci sous la forme de microhallucinations.

Nous avons donc ici confirmation d'une analogie entre ce qui se passe au plan biologique et au plan psychique avec les enjeux du transfert. Le rappel de la trace se produit au lieu même de son inscription et ceci sur un mode hallucinatoire. Le transfert ou réactualisation des traces mnésiques perceptives produit un effet similaire. Lorsque la trace est réactualisée, elle se dé-consolide pour s'associer à d'autres représentations, éventuellement s'inscrire au présent du moi, se dater dans le temps avant d'être refoulée.

L'hypothèse majeure, soutenue par R. Roussillon, de l'existence d'un fond hallucinatoire présent dans la psyché, tend à se confirmer. Il conduit à une compréhension nouvelle de la thérapie. Les traces mnésiques perceptives sont réactualisées par ce fond hallucinatoire porté par le transfert. Les expériences traumatiques précoces qui ne peuvent prendre place dans la mémoire déclarative vont rester inscrites dans la mémoire procédurale (amygdale). Les expériences traumatiques précoces altèrent le développement de l'hippocampe, siège de la mémoire déclarative. L'associativité va trouver une issue principalement par le biais de l'hallucination (retour perceptivo-hallucinatoire du passé amnésique dans le présent) sous une forme non verbale produite par la mémoire procédurale.

PARTIE I

Corps, motricité  
et sensorialité  
en regard de la pulsion  
et du narcissisme primaire



## CHAPITRE 1

# Le corps

### Comment définir le corps dans son appartenance ambiguë au réel et à l'imaginaire ?

Le corps est un ensemble relationnel qui prend appui sur une « relation à l'autre ». Paraphrasant D.W. Winnicott, on pourrait affirmer que le corps tout seul n'existe pas. Paraphrasant S. Freud, on pourrait dire que le corps se voit comme « autre objet » alors qu'il est partie prenante de la psyché.

De la même manière, le corps se voit dans un espace et un temps qu'il a lui-même constitué : temps subjectif (imaginaire) qui coïncide imparfaitement avec le temps de l'horloge (temps réel).

La notion même de corps par sa multiplicité rend difficile voire impossible sa définition. Relationnel, le corps est tout à la fois érotique, émotionnel, socioculturel, pulsionnel, sexuel, fantasmatique, biologique, psychique, somatique, sensoriel. Les problématiques du corps sont multiréférentielles.

Afin d'en construire un modèle de compréhension, il nous est nécessaire de parler des origines, des hypothèses que nous sommes en mesure d'élaborer pour tenter de définir le corps dans une dimension évolutive, un devenir.

Tout comme le moi, le corps s'évalue progressivement par rapport à un non moi-corps : « Le moi est avant tout corporel. » S. Freud (1923).

### Origines du corps

À l'origine, psyché et soma sont indifférenciés, tout comme mère-bébé. Le corps du bébé ne possède pas les limites qu'il va acquérir progressivement, ces limites se construisent au fil du temps, des échanges et de la maturation neurologique et biologique.

Des travaux récents décrivent les compétences qui doivent nous conduire à réinterpréter les conceptions anciennes de la corporéité. Ainsi, les travaux de P. Rochat (2006) nous permettent d'affirmer l'existence

d'une conscience corporelle précoce. Dès les premières heures après sa naissance, le bébé peut distinguer une stimulation exogène d'une stimulation endogène. Le double toucher que le bébé exerce sur son corps lui permet de distinguer le soi du non soi (le toucher simple équivaut à un toucher extéroceptif).

Les travaux de D. Stern confirment cette capacité très précoce du bébé à se donner une conscience corporelle quasi immédiate. Il décrit l'observation de deux jumelles siamoises rattachées par le ventre. Opérées à trois mois, leur séparation peut se faire sans difficulté. Auparavant, D. Stern avait pu mettre en évidence l'observation première au cours de laquelle chacune des deux sœurs pouvait sucer les doigts de l'autre. Pouvait-on voir dans ce comportement une indifférenciation psychique ?

D. Stern (1985) a pu démontrer qu'il n'en était rien et que les deux enfants faisaient nettement la différence entre leurs doigts et ceux de l'autre. Leurs réactions étant différentes lorsque l'on retirait les doigts de l'autre de la bouche ou leurs propres doigts.

Bien avant cela, la proprioception se construit immédiatement et fait prendre conscience au bébé de son corps à travers sa fonctionnalité. Les fluctuations du corps du bébé aux prises avec les paires contrastées, immobilité et mouvement, silence et bruit, faim et satiété, douleur et plaisir, confort et inconfort, constituent des marqueurs sensibles et agissant sur l'environnement.

Le bébé prête attention d'abord à son propre corps, initié en cela par l'attitude de l'objet maternel dont la « préoccupation primaire » lui est entièrement consacrée. Dans un deuxième temps, il va prêter attention à l'environnement, au sens de D.W. Winnicott et à l'intentionnalité, à la pensée d'autrui dans un premier mouvement imitatif et identificatoire.

Simultanément, la dynamique affectivo-émotionnelle se met en branle et permet, par-delà la satisfaction des besoins du corps, l'accès à la satisfaction des besoins du moi. Notion essentielle dans la théorie de D.W. Winnicott qui transitionnalise l'étaillage freudien des pulsions sexuelles sur les pulsions d'autoconservation. Ainsi que l'étaillage lacanien du désir sur le besoin.

Si les besoins du moi ne sont pas satisfaits, la pulsion au lieu de se faire « désir », se fait « besoin » et le « manque » se fait vide psychique et corporel. Dans ce cas, la sexualité génitale se transforme en hypersexualité, elle devient besoin au lieu de désir. Les troubles alimentaires, les « dysorexies » s'inscrivent dans ce schéma dégradé. Le rôle joué par « l'autre » apparaît essentiel dans cette dynamique. L'autre est un double, le double est un même et il est aussi différent. L'accordage affectivo-émotionnel se déploie sur ce fond relationnel, il favorise l'écoute et la satisfaction des besoins du moi.

## Satisfaction des besoins du moi

Ceux-ci, se définissent ainsi :

- *premièrement*, le besoin d'un autre pour symboliser. L'autre de l'autre apparaît au décours de cette relation initiale lorsque l'illusion de toute puissance cède la place à la désillusion tiercéisante (*censure de l'amante*, M. Fain), (1975), (1971) ;
- *deuxièmement*, besoin de l'écoute de l'autre avec sa fonction miroir et sa fonction échoïsante. Fonctions éminemment symbolisantes dans leur dialectique nécessaire à la sensorialité.

Arrêtons-nous un instant sur cette question de la dynamique entre la fonction échoïsante de la mère et la fonction maintenant perçue comme différenciatrice de la sensorialité chez le bébé. Les travaux actuels cités en référence – P. Rochat, D. Stern, J. Decety – indiquent clairement le rôle différenciateur soi-non soi des fonctions sensorielles (elles permettent la distinction intéroception/extéroception et fondent la proprioception). À l'inverse, la fonction échoïsante maternelle produit initialement du « même » qui tend à gommer par le biais de l'imitation l'aspect différenciateur (même si selon Decety ces aspects différenciateurs sont déjà présents chez la mère lorsqu'elle imite le bébé comme l'intonation élevée, excessivité dans les reproductions sonores et gestuelles, « sur-écho » selon le terme de F. Jodelet [1979]).

Le même crée logiquement de la « similitude » et non pas de « l'identique » à soi. Initialement, le développement de la subjectivité du bébé s'articule à ces deux pôles, échoïsation par la mère des éprouvés émotionnels du bébé d'un côté, et appui du bébé sur ses propres flux sensoriels pour coordonner, synthétiser les sensations qui lui permettent d'élaborer une distance à la source. Cette distance à la source permet un ajustement spatial et une action appropriée. L'écho maternel établit une référence (un même) perçu dans un écart sensoriel (timbre de voix, mais surtout voix propre perçue intéro et extéroceptivement et voix maternelle extéroceptive seulement).

La distinction corps (proche du soi dans la perception intéroceptive)/ langage (proche du non soi dans l'absence de perceptions intéroceptives) recoupe la distinction soi-non soi. On peut imaginer les implications psychopathologiques des défaillances de ce processus dialectique, notamment dans l'autisme infantile et dans la schizophrénie. Lorsque l'être ne rencontre aucun écho, la subjectivité est renvoyée à un vide (l'autisme infantile). Si l'écho, pour des raisons narcissiques et identitaires, se veut être absolument identique, la distinction soi-non soi ne peut s'effectuer, l'être est alors renvoyé à la mort psychique selon les propres thèses freudiennes du lien entre compulsion de répétition et pulsion de mort.

Si l'objet ne peut absolument pas se situer dans l'illusion du même, le bébé sera mis en demeure face à cette imprévisibilité de sortir de

l'illusion du trouvé-créé. Le sein sera principalement un sein « trouvé » dissocié de sa dimension créatrice, il s'ensuit un agrippement au domaine perceptif sensoriel extéroceptif, dégradation de la relation que l'on retrouve fréquemment dans les maladies psychosomatiques.

- *Troisièmement*, besoin de partager les émotions, les affects et le plaisir : le bébé ne peut prendre conscience à minima de sa vie affective que dans la rencontre avec un objet échoisant. Émotions (intersubjectives) et affect (intrapsychique) se mêlent, s'accordent dans cette relation mimo-gesto-posturale, décrite par R. Roussillon, et dans laquelle les échanges peuvent se produire suivant des canaux sensoriels différents, la communication est dite amodale (au mode près).

Pour qu'il y ait partage, il faut donc qu'il y ait rencontre et c'est de ce point de rencontre premier et de « plaisir partagé » que va naître l'énigme de l'autre. En effet, dans cette rencontre, l'exemple du « sein partagé » est paradigmatique de l'énigme du sexuel, le sein étant à la fois nourricier et porteur de signifiants sexuels infantiles et adultes. Le plaisir sexuel maternel constitue une énigme pour le bébé au cours de cette rencontre, énigme qui ouvre le champ à la position paternelle ou du moins la préfigure. Le plaisir est tout à la fois partagé et différent, l'érotique maternel se croise avec le besoin du moi du bébé. Le plaisir de la différence va donc se vectoriser à partir de cette rencontre sexuelle première énigmatique pour aller à la rencontre du tiers symbolisé par la figure paternelle.

On peut dès lors, rétrospectivement, construire le modèle de la psychopathologie qui élimine le plaisir de la différence. Tout se passe comme si la confusion moi-non moi avait pour conséquence ultérieure la confusion des sexes et la confusion des générations.

Dans la mélancolie, on trouve à l'origine une difficulté de ce type puisque l'ombre de l'objet (perdu) retombe sur le moi, moi non différencié, non séparé qui s'auto-reproche haineusement la séparation d'avec l'objet.

La castration résultant de la différence des sexes et des générations prend dans ce contexte d'indifférenciation moi-non moi valeur anxigène dès lors que la différence, loin de susciter le plaisir, re-convoque une angoisse traumatique primaire non symbolisée.

## CHAPITRE 2

# La motricité

La motricité a été étudiée en profondeur par P. Marty et M. Fain en 1955 dans un article fameux intitulé « Importance de la motricité dans la relation d'objet ». Les auteurs cherchent à repérer les formes de passage de la motricité à divers stades de la pensée. L'idée centrale qu'ils développent est celle nécessaire de l'éloignement pour le sujet de sa « motricité pulsionnelle ». Cet éloignement, ou rétention énergétique ou encore inhibition va jouer un rôle essentiel dans la fantasmatisation et dans l'intellectualisation.

## Motricité pulsionnelle

Au cours de la phase orale, deux systèmes étroitement imbriqués sont à l'œuvre.

Premièrement, le besoin alimentaire crée des sensations et rend l'objet perceptible. Le besoin et l'objet sont rendus indissociables et l'activité motrice, prolongement d'une activité interne, se développe vers l'objet afin de mieux l'atteindre. Par ailleurs, des satisfactions passives agréables proviennent de l'objet et s'organisent par le biais de la satisfaction hallucinatoire.

Dans la pensée de P. Marty et M. Fain, le besoin pulsionnel alimentaire crée une sensation persécutive qui trouve son équilibre dans la perception de l'objet en mouvement qui prodigue des satisfactions sensorielles gratifiantes. Cet équilibre va ensuite être mis à mal sous la pression du sadisme oral et de la motricité agressive. Il s'ensuit une phase d'insatisfaction primaire qui va globalement trouver sa résolution au cours de la phase anale, phase de séparation de la motricité et de la pulsion. C'est ce phénomène de rétention énergétique et d'inhibition qui permet l'éloignement de la satisfaction immédiate et le passage à la fantasmatisation.

Dans une seconde phase anale, le processus d'éloignement s'accroît entre pulsion et motricité, il concourt ainsi à l'acquisition par le sujet d'un sentiment de maîtrise de ses réactions motrices. Ce sentiment va s'étendre aussi à un sentiment de maîtrise des réactions motrices de l'objet. Il y a alors, à ce stade, l'instauration d'une inhibition motrice qui autorise les activités fantasmatiques, la pensée s'intercale entre la

pulsion et l'action. Cela participe à la fonction du moi dans sa lutte contre les excitations.

La psychopathologie fait son apparition dans les registres de l'échec du renoncement à l'expression pulsionnelle motrice directe en empêchant l'inhibition motrice qui permet le développement fantasmatique. À la lumière de ces travaux, on peut en inférer qu'un état traumatique actif dans la relation précoce mère-bébé a pu avoir un effet désorganisateur pour l'enfant, mais les auteurs ne le précisent pas. Par ailleurs, ces travaux, à l'évidence, concernent et décrivent des processus déjà secondaires.

Deux situations sont exemplaires pour nous aider à saisir la place et l'importance de la motricité dans le fonctionnement psychique en relation avec l'environnement.

## Décharge motrice

Au début était l'acte selon S. Freud, acte moteur vecteur d'une « décharge motrice » portée par une excitation en relation avec l'objet.

Prenons l'exemple de l'épreuve de satisfaction, elle concerne un moment précis qui consiste pour le bébé confronté à la poussée pulsionnelle (exigence pulsionnelle) à halluciner le sein en son absence à partir d'une expérience première soldée par une satisfaction. Le bébé est ainsi conduit sous la poussée de la pulsion à agir comme si le sein était présent, il engage sa motricité et mime la tétée avec ses lèvres alors que le sein n'est pas encore présent. Cette activité motrice s'accompagne d'une activité onirique équivalant au tracé du sommeil paradoxal. Dans ce cas, l'expérience est satisfaisante dès lors que le sein réel arrive et se constitue ainsi en sein trouvé-créé. La décharge motrice initiale produit une liaison psychique grâce à l'intervention de l'objet suffisamment bon. Si l'objet n'est pas présent au bon moment et au bon endroit, s'il tarde trop à venir ou s'il vient trop tôt, la décharge motrice ne passe pas par le processus de liaison et l'objet sein n'est pas « trouvé-créé ». Le sein doit être simultanément « perçu et halluciné ». Le paradigme de cette situation c'est « la rencontre », la décharge motrice doit se produire dans l'objet et non pas hors de l'objet. Celui-ci doit se rendre suffisamment disponible dans l'espace et le temps conjoints afin de se pourvoir en tant qu'objet symbolisant. Lorsque cette décharge motrice n'est pas satisfaisante, elle se dégrade et tend à se répéter sous cette forme dégradée. La valeur messagère pulsionnelle de l'acte est toujours signifiante, sa répétition est la narration d'un échec de la rencontre avec l'objet. Répéter dans ce cas, n'est pas une tentative de retrouver une expérience satisfaisante. Il s'agit de la réédition d'une expérience à double valence : premièrement se soustraire à la rencontre pour ne pas en subir les effets délétères et, simultanément reproduire l'expérience antérieure à la rencontre traumatique.

De manière antinomique, on assiste à un double lien à la symbolisation primaire. Sur un versant, la décharge motrice a pour but de se soustraire à la symbolisation perçue à ce moment-là comme reproduction d'un trauma et sur un autre versant, la même décharge motrice (hyperactivité) a pour but la réédition pour la symbolisation. Dans tous les cas, la motricité est engagée dans la pulsionnalité, elle possède une valeur messagère primaire, elle est indispensable aux processus de transformation pulsionnels en représentation de choses et en représentation de mots dont elle constitue le véritable soubassement.

Le deuxième exemple auquel nous souhaitons nous adosser est la « métaphore du train ». S. Freud utilisait cette métaphore pour expliciter la règle fondamentale de l'association libre.

*« Vous êtes dans un train, dit-il au patient, c'est comme si vous étiez dans un train, vous regardez le paysage qui défile sous vos yeux, par la fenêtre. Vous décrivez ces images à une personne qui est située derrière vous, ne les voit pas. »*

Il y a dans cette formulation une première idée : c'est la nécessité de la mise en mouvement du train qui correspond à la motion pulsionnelle. Pour que les paysages défilent (c'est-à-dire pour que les images apparaissent dans l'appareil perceptif psychique), il faut une mise en mouvement (se mouvoir, qui correspond à la décharge motrice) et être ému (qui correspond à l'émotion, à l'affect ressenti). Il s'agit donc d'un temps premier de la pulsion et de sa transformation du champ moteur au champ visuel.

Secondairement, ce champ visuel qui correspond à la représentation de choses va se transformer et se transférer dans l'appareil de langage pour fonder la représentation de mots.

Magnifique métaphore qui met en exergue le champ moteur comme soubassement de la pulsionnalité. Il faut en effet que le train bouge pour que l'ensemble de la chaîne signifiante se déploie. Ce modèle renvoie à la fameuse citation de S. Freud dans son *Totem et Tabou* (1913) : « *Au commencement était l'action.* »

## Sensori-motricité

En résumé, nous pourrions dire que la sensori-motricité fait partie d'un ensemble langagier et s'inscrit dans le langage par le biais de la valeur messagère de la pulsion. Elle a valeur de communication dès lors que l'environnement premier la repère et permet en retour son intégration en tant que représentation de choses. La sensori-motricité est un langage adressé à l'autre en tant qu'action et représentation perceptivo-motrice. La sensation, la sensori-motricité sont collées au corps du sujet, elles vont prendre valeur messagère si l'autre est en mesure de les interpréter comme message qui lui est adressé. À ce moment-là, la sensori-motricité prend forme et devient une action perceptible par le sujet.

Un processus interne non-perçu devient processus perceptible grâce à l'interprétation donnée par l'environnement. Cette « représentation » (J.-D Vincent [1986]) pourra alors, dans un second temps, être intégrée dans la psyché et prendre valeur potentielle de message (symbolique). On voit bien le rôle prépondérant tenu par l'environnement dans ce processus « révélateur » au sens photographique du terme.

## Symbolisation et représentation

Les travaux de Philippe Rochat (2006) sur le bébé, mettent en évidence ce moment particulier qu'il nomme « *révolution des 2 mois* », indiquant qu'à ce stade il se produit un « switch » au cours duquel le bébé se met à prêter une intentionnalité à autrui. On retrouve cette notion chez un autre auteur, C. Flavigny (1988), qui y associe deux autres termes : *intention et compréhension* qui sont la conséquence, précocement acquise grâce à un processus de retournement chez le bébé, de ce dont il a fait l'objet par son environnement maternel. Nous reprendrons dans un autre chapitre ce sujet car on retrouve aussi dans le jeu enfantin des processus identiques.

L'enfant, le tout-petit, a besoin d'un objet dans lequel il va pouvoir projeter son vécu interne, celui-ci lui est nécessaire comme « attracteur » de la symbolisation et de la représentation. La représentation possède son dynamisme propre et pour certains auteurs pourrait s'exonérer de la pulsion. Il faut que les « choses » se présentent à nouveau, que ce qui est vécu au dedans soit externalisé dans un objet-jeu afin d'être représenté, rendu « présent » à nouveau afin d'être intégré psychiquement.

Ce qui est important ici, c'est la mise en évidence de la part « d'action » que le jeu et la représentation requièrent. D'où les notions empruntées par R. Roussillon à F. Ponge à travers la notion « d'objeu » et à J.-D. Vincent à travers la notion de « représentation ».

Une précision sur les apports des neurosciences dans le domaine sensori-moteur, nous apparaît nécessaire.

### Neurones miroirs

Les neurones miroirs sont aussi nommés neurones sensori-moteurs. Découverts par Rizzolatti en 1996, ils apportent une compréhension à certains comportements humains. Ils sont situés dans les cortex prémoteur ventral, moteur primaire et pariétal postérieur. Ils tendent à confirmer que vouloir agir ou se représenter l'action, c'est déjà agir. En effet, les mêmes zones cérébrales sont stimulées lorsque l'on se représente une action, lorsque l'on agit ou lorsque l'on observe quelqu'un agir. Ces neurones ont une fonction reconnue dans le codage des actions dirigées vers un but (c'est dans ce cadre qu'ils ont été découverts) et

en ce sens, ils contribuent à la perception et à la compréhension du comportement. On peut ainsi en déduire qu'ils jouent un rôle dans le repérage de l'intentionnalité chez autrui. En revanche, selon les travaux récents de J. Decety (2011), leur rôle dans la perception et l'expression des émotions est moins évident. Toutefois, cet auteur envisage qu'ils soient impliqués dans le phénomène de résonance motrice et peut-être même dans la contagion des émotions.

## CHAPITRE 3

## La sensorialité : aux confins de l'identité ?

### Pour une sensori-motricité pulsionnelle et messagère

Pourquoi la « sensorialité » prend-elle une place aussi importante dans la compréhension psychodynamique des pathologies contemporaines ?

On peut remarquer que les souffrances autistiques, les anorexies, les pathologies limites, narcissiques identitaires font appel à des modalités expressives qui utilisent la sensorialité qui se désorganise de manière régressive. Ainsi, dans l'autisme, on peut assister à une recherche de sensations privilégiées par l'enfant autiste mais au détriment d'une coordination sensorielle globale (absence de consensualité). Ceci traduit ce que B. Golse nomme « segmentation », qui constitue un mode privilégié de défense inscrite dans le sensoriel, la recherche est celle d'un refuge dans la sensation sans possibilité de s'ouvrir à la communication avec le monde (somme de sensations juxtaposées).

Chez les adolescents qui présentent une souffrance narcissique identitaire, les scarifications corporelles ont aussi une valeur économique de décharge et d'agrippement autour d'une sensation pour conjurer la douleur psychique. En même temps, on peut considérer ces attaques corporelles comme un signal d'appel d'une souffrance qui ne se représente pas psychiquement et qui est adressée à un autre qui n'entend pas le discours mais que l'on force à voir.

Dans le même registre, l'anorexique pénalise son corps et abolit les sensations que celui-ci pourrait convoquer de manière incontrôlable.

L'agueusie ou perte du goût est une caractéristique anorexique d'abolition de la sensation. La dimension hallucinatoire se corrèle avec certaines sensations olfactives au cours desquelles inhaler une odeur alimentaire peut donner la sensation de grossir.

Comme on le voit à travers ces exemples, toute une série de désorganisations apparaissent dans des registres qui concernent le développement très précoce du corps et de la psyché. La défense sensorielle peut se manifester de manière développementale par arrêt du développement ou de manière régrédiente par régression vertigineuse sans point de fixation, que ce soit au niveau phallique, anal ou oral.

Ceci nous conduit à une question fondamentale : quelle est la place de la sensorialité dans le processus de subjectivation ?

Pour S. Freud « rien n'est dans la pensée qui ne fût préalablement dans les sens » (*Totem et tabou*, 1913), cette remarque indique à quel point S. Freud inscrit la dimension sensorielle comme base de la constitution de l'appareil psychique (appareil à penser les pensées). Il précise : « Les perceptions que nous recevons de nos sens psychiques sont elles-mêmes plus ou moins des projections, selon le sens particulier qu'elles impliquent : celles associées à notre sens du toucher et du goût sont une affaire interne. Le sens de l'odorat se met déjà à projeter ses perceptions dans l'espace environnant. L'ouïe les partage équitablement entre le monde interne et externe et quant à la vue, ses perceptions sont complètement projetées. Impressions et images inscrites dans les couches optiques de notre cerveau et qui sont dès lors plutôt localisées loin à l'arrière du crâne nous semblent en fait exister dans le monde extérieur. À tel point, je dois ajouter, que pendant des milliers d'années les hommes ont cru que c'était leurs yeux qui projetaient des espèces de rayons sur les objets. Ne serait-il pas pareil, [conclut S. Freud], pour nos perceptions externes de l'espace et du temps et cette traduction en langage psychanalytique des vieux arguments a priori de Kant, ne serait-elle pas une manière de lui donner raison ? » (M. Bonaparte, 1940).

Décrites séparément ces sensations occupent chacune un espace perceptif distinct. Mais considérées dans leur dimension consensuelle, elles permettent et préfigurent l'organisation ultérieure de la représentation du dedans et du dehors.

Ce qui nous conduit à la question suivante : quel rôle joue la sensorialité une fois acquis l'état consensuel entre les différentes sensorialités ?

## Rôle des flux sensoriels

A. Bullinger (2010) décrit précisément le rôle des flux sensoriels coordonnés entre eux : « Quand l'œil parle à la main, leur langage est l'espace » nous dit-il. Première coordination sensorielle qui permet le creusement de l'espace et la préhension de l'objet.

D'une manière générale, les flux sensoriels sont décrits par l'auteur comme permettant, premièrement de situer la distance à la source de stimulation, deuxièmement permettant au sujet stimulé de manière plurisensorielle de s'orienter vers la source (parfois de l'éviter) et troisièmement

favorisant de ce fait la préhension, la consommation éventuelle de l'objet de la stimulation.

Les réflexions de ces deux auteurs se rejoignent. Elles se confirment à travers les observations que la pathologie autistique nous révèle. Ainsi, on peut en déduire que l'enfant autiste, par la « segmentation » c'est-à-dire la juxtaposition sensorielle évite les liens et la rencontre à l'objet et ceci d'une manière extrêmement précoce.

La sensorialité est donc un mode primaire de relation à l'environnement, c'est un mode actif de liaison ou de démantèlement, mais déjà relationnel, en liaison avec le domaine émotionnel interactif. Dans certains cas comme l'autisme, il demeure prévalent et envahit le champ du développement ; dans d'autres pathologies comme l'anorexie, il s'efface pour réapparaître de manière régrédiente à la faveur de la puberté.

Sur le « plan phénoménologique », S. Freud et A. Bullinger parviennent à des conclusions identiques à partir de points de vue différents. A. Bullinger ne pose pas comme fondamentale la dimension relationnelle et libidinale de la vie psychique, tout se passe chez cet auteur comme si le développement sensoriel était un préalable à la vie psychique. Il dégage néanmoins des « invariants » extrêmement utiles à l'observation et à la thérapeutique des patients autistes.

Il nous paraît donc indispensable de présenter le tableau proposé par A. Bullinger concernant les « points d'appui » du bébé dans le développement sensori-moteur. Dans l'acception de l'auteur, la notion de « points d'appui » est essentiellement physique. Nous pensons quant à nous que ces points d'appui doivent être considérés dans leur « double dimension » physique et psychique.

Une autre question se pose concernant la mise en place de la thérapeutique à partir des invariants repérés par A. Bullinger. Il nous a été donné d'observer des séquences filmées au cours desquelles A. Bullinger approche l'enfant et le stimule en se positionnant dans son dos, à aucun moment, il n'aborde l'enfant et son développement en face à face. Dans d'autres séquences, il approche l'enfant de face mais la stimulation qu'il propose est essentiellement auditive, le regard ne paraît pas être un point d'appui essentiel de la rencontre, ni d'ailleurs la parole.

Prenons l'exemple fourni par A. Bullinger comme modèle générique concernant les enfants « réputés hyperactifs ». L'auteur fait l'hypothèse que certains enfants dits hyperactifs développent une agitation « paradoxalement nécessaire pour stabiliser les points d'appuis corporels », celle-ci limite fortement la possibilité de maintenir l'attention sur des tâches de type scolaire. Non seulement l'enfant n'est physiquement pas stable, mais de plus, il est aux prises avec ce que A. Bullinger nomme « la double tâche » : premièrement, il doit traiter les signaux issus de ses mouvements et deuxièmement, il doit tenter de satisfaire la demande qui lui est faite d'être attentif aux activités proposées. A. Bullinger signale

que l'enfant « agité » a besoin de bouger pour « maintenir présente une image corporelle évanescence ».

Cette observation très intéressante néglige la dimension relationnelle. On peut émettre l'hypothèse que l'enfant réputé instable est confronté en premier lieu à un trouble identitaire qui se traduit par une défaillance d'une image corporelle permanente et unifiée et par une absence de limites corporelles (différenciation soi-non soi et dedans dehors). On perçoit donc ce mouvement, qui en l'absence de constitution d'un objet interne stable, conduit l'enfant à rechercher dans la sensation corporelle un substitut à cet objet interne évanescence. L'absence de permanence psychique ressentie malgré l'appui sur la sensation corporelle fournie par le mouvement, conduit l'enfant à répéter inlassablement le mouvement d'agitation. Ainsi parvient-il à la constitution d'un néo-besoin qui dans ce cas lui fournit une néo-identité, il s'épuise alors à tenter de maintenir cette double contrainte, qui consiste à exister sensoriellement à travers une motricité excessive et cesser son agitation en vue de satisfaire la demande de son entourage d'accéder à un état de concentration. L'enfant est enfermé dans cette « double tâche » et échoue à tenter de lier ce qui est clivé chez lui. Dans ce cas de figure, cesser de s'agiter correspondrait à cesser « d'exister ».

Notre hypothèse nous conduit à penser que la sensori-motricité est une étape fondamentale dans la constitution d'un sentiment d'identité et de continuité psychique de soi. Cette recherche de sensations intermodales et intersensorielles en constitue la base. Toujours présente tout au long de la vie, elle s'efface au profit de la pensée et des affects.

Dans les souffrances narcissiques identitaires, il y a une réactualisation des modalités sensorielles comme recours identitaire par le biais de la sensation corporelle et ceci chaque fois qu'une défaillance du sentiment d'identité apparaît.

Dans l'autisme, ce processus est d'emblée présent et se fige dans une répétition d'activités stéréotypées.

Dans l'anorexie, on assiste à une régression sans point de fixation jusqu'à cette étape première de la sensation d'existence (identitaire).

Chez l'enfant hyperactif, la quête sensorielle identitaire est d'emblée présente et la souffrance psychique va s'accroître au fur et à mesure que la « double tâche », décrite précédemment, se fait contrainte et enfermement.

A. Bullinger décrit un axe de développement, représenté sur la figure 3.1, de la sensori-motricité qui définit des invariants sur lesquels tout sujet doit s'appuyer pour ce qu'il nomme le passage de l'organisme au « corps psychique », la sensori-motricité étant considérée comme étape préalable.

Peut-on faire une lecture métapsychologique de ces processus sensori-moteurs du développement ?

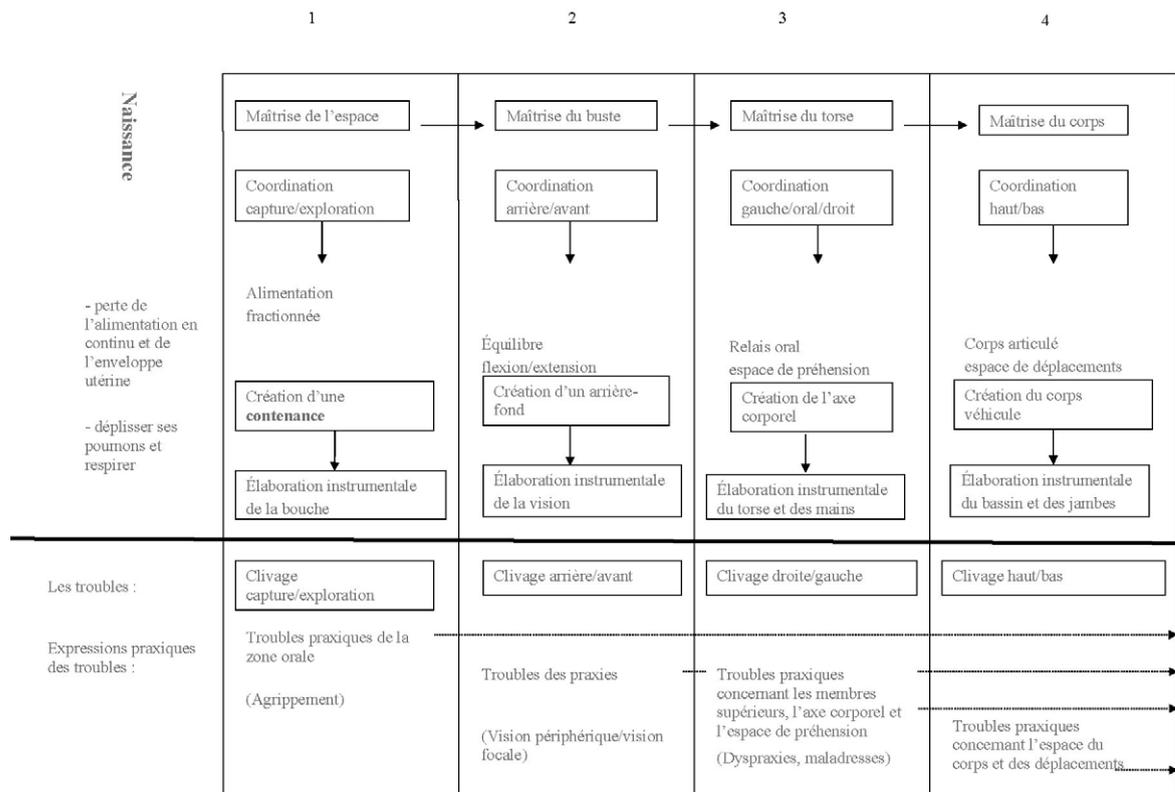


FIGURE 3.1. Axe de développement de A. Bullinger, d'après D. Chadzynski (2011).

## Processus sensori-moteurs du développement

Dans l'axe 1, *Maîtrise de l'espace oral*, cette phase correspond aux interprétations que R. Roussillon (2005) donne de l'observation des bébés par E.S. Pikler. Le bébé qu'elle observe entre en contact avec un objet incidemment. Sa main se referme sur lui, il le porte à sa bouche pour l'explorer oralement puis, visuellement en l'éloignant de sa bouche. Notons que la présence bienveillante de E.S. Pikler à ce moment-là est un facteur organisationnel qui permet déjà au bébé d'être « seul en présence d'autrui » dans un jeu auto-subjectif de soi à soi comme sujet, entre l'œil et la main. « Quand l'œil parle à la main, leur langage est l'espace. » A. Bullinger (2010).

Dans un deuxième temps, le bébé laisse tomber l'objet du même côté que la main de préhension, E.S. Pikler envisage de le lui redonner, mais elle s'abstient, ceci permet au bébé de le retrouver pour le présenter à nouveau à ses yeux, puis à sa bouche, le présentifier à nouveau et rajouter à ce schéma initial une fonction, une coordination. Cette coordination une fois les ceintures scapulaires et pelviennes libérées, associées aux points d'appui nécessaires va permettre une rotation et ainsi joindre et unifier les espaces gauche et droit en passant par la bouche et la prise bi-manuelle.

Cette description que nous venons de faire du processus développemental temporel couvre les axes 1, 2 et 3 de la figure. Entre-temps, le bébé aura construit la maîtrise du buste, la coordination arrière-avant et l'équilibre flexion-extension. Ceci signifie que le bébé peut dès lors saisir un de ses pieds et allongé sur le dos le porter à la bouche **dans une activité** auto-érotique puis le relâcher et le reprendre, ce qui n'est pas sans évoquer les prémisses du jeu de la spatule de D.W. Winnicott et le jeu de la bobine de S. Freud.

Ces activités ludiques et érotiques n'ont pu se construire que dans la présence à un autre qui éprouve du plaisir à initier ces activités et à les voir se réaliser sous ses yeux dans une « attention conjointe » au sens de J.S. Bruner. Deux subjectivités se rencontrent dans un même espace-temps. Ensuite, le bébé reprend à son compte (de soi à soi) ce qu'il vient d'éprouver dans la rencontre pour tenter de se l'approprier subjectivement.

Une autre remarque divergente concernant la sensori-motricité décrite par A. Bullinger :

Fonder une « sensori-motricité messagère » telle que nous l'envisageons c'est d'une part, considérer qu'elle est inscrite dans la pulsionnalité et qu'à ce titre elle en est un représentant et d'autre part, elle doit trouver nécessairement sa place à l'intérieur du fond hallucinatoire de la psyché. Enfin, de par son origine « précoce » au sens de D.W. Winnicott, qui distingue le précoce de l'infantile, on est fondé à inscrire la sensori-motricité messagère non pas dans le diphasisme classique de l'après-coup, mais dans ce que R. Roussillon nomme le « triphasisme » qui tient compte

dorénavant des processus corporels précoces dans la constitution de la psyché et dans l'avènement de toute symptomatologie.

Dans l'axe 1 intitulé *Maîtrise de l'espace oral*, nous pourrions rajouter que cet espace oral ne saurait s'entendre que dans une relation à un sein et aussi à un non-sein au sens décrit par W.R. Bion (1983).

Dans la figure relative à l'axe du développement de A. Bullinger, l'échec des 4 axes développementaux débouche chacun sur un clivage :

- l'axe 1 : clivage entre capture et exploration ;
- l'axe 2 : clivage arrière-avant ;
- l'axe 3 : clivage droite-gauche ;
- l'axe 4 : clivage haut-bas.

Ces différentes modalités du clivage n'intègrent pas la dimension sexuelle et libidinale liée au partage esthétique nécessairement présent dans toute relation intersubjective. Néanmoins, il nous est possible d'envisager cette perspective à l'intérieur d'une métapsychologie des processus. A. Bullinger propose un schéma que nous pourrions convenir de nommer « schéma du manifeste », à charge pour les psychanalystes d'en définir le schéma latent.

Tous ces clivages débouchent sur des troubles praxiques qui antérieurement auraient été nommés troubles instrumentaux (conformément à la classification française des troubles mentaux : grille Misès [1988]), ils se situent en dehors du champ de la psychopathologie classique. Les recherches actuelles qui tendent à repositionner le domaine sensori-moteur dans la métapsychologie des processus et à lui donner une valeur pulsionnelle messagère modifient son statut. Cela permet aussi de penser différemment la thérapeutique s'adressant aux sujets porteurs de troubles dits praxiques ou instrumentaux.

## Que serait une relation instrumentalisante ?

On pourrait la définir comme une relation dans laquelle serait expurgé le partage esthétique du plaisir de la rencontre intersubjective, expurgée également la dimension de l'illusion et de la transitionnalité dans le lien à l'objet. Le partage sensori-moteur s'effectue au sein du partage esthétique (ajustement tonico-postural, libidinal en double), il opère par micro-échanges (tout juste repérables à l'œil nu) et ajustements mimo-gesto-posturaux entre le bébé et sa mère. Il permet de donner progressivement à l'éprouvé sensoriel premier la valeur de message et donc d'un signifiant psychique, mais se pose alors la question de la préconception innée de la sensori-motricité messagère.

Nous pourrions faire l'hypothèse, à l'instar de W.R. Bion (1979) et J. Manzano (2007), que le bébé est porteur de préconceptions innées sensorimotrices messagères. Selon les réponses apportées par l'objet, ces préconceptions innées sont confirmées dans leur valeur messagère

ou bien infirmées (non reconnues) et de ce fait reprogrammées en ajustement à l'objet.

Citons l'exemple du bébé décrit par Selma Fraiberg (1982) qui assiste en deux temps à une tétée donnée par une mère immature. Au milieu de la tétée, la mère retire le biberon au bébé, en riant, le bébé de quatre mois se met à hurler. Quelques mois plus tard, huit-neuf mois, S. Fraiberg assiste à la même scène, mais un changement s'est opéré chez l'enfant qui ne pleure plus mais s'esclaffe comme sa mère. On assiste ici à un ajustement en faux *self* de l'enfant dont la sensori-motricité messagère a été répudiée.

Il en résulte que l'échec de l'auto-maîtrise débouche sur des troubles praxiques dans chaque axe. Ces troubles ont pour conséquence la tentative de maîtrise de l'objet sous une forme qui reste à définir mais dont l'essence est le retournement. Dans ce cas de figure, l'objet est instrumentalisé ! Nous reprendrons ce moment clé dans la partie III consacrée à la thérapie. Ceci pose la question de la défense par la maîtrise dans les souffrances narcissiques identitaires auxquelles nous rattachons les sujets porteurs de troubles praxiques.

La maîtrise ne s'organise pas uniquement dans le but de se protéger du danger que représente l'autre, ce modèle concernerait davantage les aspects psychonévrotiques telle la phobie. Dans le cas des sujets narcissiques identitaires, la maîtrise consiste à éviter le danger que représente l'introjection de l'objet par crainte de le « détruire » (les formes identificatoires sont celles de s'approprier les qualités de l'objet, prendre l'objet en soi, l'identification projective).

Le corollaire de cette conviction de destruction de l'objet c'est celui de ne pas pouvoir vérifier son intégrité en tant qu'objet externe (le sujet a dû probablement être confronté dans son histoire pulsionnelle à cette impossible vérification, à cet impossible démenti).

Deux possibilités s'offrent au sujet pour détruire-trouver l'objet :

- premièrement, l'attaque directe, la pulsion agressive s'exprime directement et l'objet y réagit par sa créativité ;
- deuxièmement, l'appropriation subjective de l'expérience peut aussi détruire-trouver l'objet. La symbolisation primaire crée ainsi une perte à laquelle le sujet narcissico-identitaire ne peut se résoudre car l'enjeu demeure la perte de son identité. Il s'agit donc d'un travail psychique autour de la maîtrise liée à l'introjection-destruction. L'introjection fait courir le risque de la destruction identificatoire et fantasmatique de l'objet. Le sujet est réduit à un travail de maintien compulsif de l'identique. L'investissement libidinal reste fixé sur l'objet environnement externe, le moi dans ce contexte ne parvient pas à synthétiser les fonctions (corporelles, émotionnelles, sensorielles). Selon l'état émotionnel du sujet, l'objet doit apporter tantôt du même afin de favoriser l'identité des perceptions internes-externes, et tantôt « du démenti » à la destruction supposée de l'objet en cours d'introjection, il favorise par là même la continuité psychique de la relation et la synthèse du moi.

## CHAPITRE 4

Les langages des « corps »  
et la pulsion

## Qu'entend-on par langage ?

Selon S. Freud, en 1913 : « Par langage, on ne doit pas comprendre simplement l'expression des pensées en mots mais aussi le langage des gestes et toute forme d'expression de l'activité psychique. »

On ne saurait mieux définir la place du corps et de ses langages dans la communication avec soi et avec l'environnement.

Pour reprendre le schéma freudien de la représentance pulsionnelle, nous pouvons dire que l'affect et l'émotion (à distinguer) sont des formes de langage indispensables à la construction du langage verbal.

De la même manière, la représentation de choses est indispensable dans la chaîne signifiante à l'établissement de la symbolisation secondaire, la carence de symbolisation primaire produit un langage, une parole désincarnés.

Ainsi, on retrouve chez Freud en 1905, l'idée que le décrochage psychique du langage verbal vis-à-vis de la représentation de choses facilite les jeux de mots. À l'opposé, « l'emploi sérieux des mots exige un certain effort pour renoncer à ce procédé si commode ». Il précise que dans les états morbides (psychotiques) « la faculté de concentrer l'effort psychique sur un seul point est probablement restreinte. La représentation par assonance verbale prend de fait le pas sur le sens des mots ». « De tels malades » précise-t-il encore « suivent dans leurs discours la progression des *associations extrinsèques* au lieu de suivre celle des *associations intrinsèques* ».

De même chez l'enfant « la part mot » de la chose conduit à traiter les mots comme des objets et à assigner à une consonance identique ou analogue un sens identique.

Dans *Études sur l'hystérie* (1895), S. Freud souligne que le fantasme est traduit dans le langage moteur projeté sur la « motilité ». Le corps à ce moment-là est considéré suivant une anatomie de l'imaginaire qui produit de ce fait des symptômes corporels qui ne tiennent pas compte de l'anatomie réelle. Parallèlement, la « pantomime » de l'hystérique traduit

une complexité signifiante qui habite le corps. S. Freud y décrit une scène au cours de la laquelle une patiente présente un chaos gestuel, une agitation incohérente, mais l'observation fine du déroulement gestuel décrit en fait une scène de viol. La première moitié du corps de la femme, à cet instant, figure l'attaqué du violeur qui tente d'arracher ses vêtements, tandis que la seconde moitié représente la femme en train d'essayer de se protéger de l'attaque. Message pulsionnel adressé à un spectateur « indifférent », attitude qui témoigne de son interprétation à travers le symptôme conversionnel de la « belle indifférence » dans l'hystérie. « Le corps dit et met en scène ce que le sujet ne peut dire mais qu'il pourrait dire. » R. Roussillon (2008).

En 1913, S. Freud étend aux états psychotiques et schizophréniques l'idée que les manifestations corporelles n'étaient pas dénuées de sens mais apparaissaient comme des « reliquats d'actes, mimiques sensées mais archaïques ».

Tous ces exemples indiquent à quel point on peut considérer d'une part, qu'il existe plusieurs types de langages : sensoriel, sensori-moteur, affectivo-émotionnel et verbal. Chacune de ces formes d'expressions langagières possède un pouvoir intégrateur de la psyché toujours en lien avec un autre sujet. Si on peut considérer que le langage verbal est une intégration psychique majeure, il faut admettre que les langages corporels jouent un rôle prépondérant pendant les deux premières années de la vie psychique. Période qui précède l'avènement du langage verbal qui viendra prendre le relais des autres formes d'expression.

Toutefois, les langages corporels accompagnent le langage verbal, ils « participent à la conversation », en témoignent les travaux de E.T. Hall (1971) qui démontrent comment l'attitude mimique corporelle et gestuelle est un facilitateur de la communication verbale entre deux sujets.

Mais ces langages corporels premiers, du fait de leur précocité, sont reliés à l'environnement et en dépendent pour devenir « potentiels » ou pour rester « virtuels ».

Ainsi, la sensation, l'éprouvé corporel, acquièrent une valeur de message si la mère reconnaît cette valeur et l'accrédite. Dans le cas contraire, la non-reconnaissance par l'objet de cette fonction adressée à l'autre lui fait perdre sa valeur messagère. Cette valeur messagère initiale se transforme alors, elle se déplace du côté de l'insensé car non ressentie, mais elle reste en quête de reconnaissance d'où sa répétition et son association à l'hallucinoire (fueros primaires). Il s'agit donc de la traduction d'une non-rencontre avec l'objet qui cherche à se dire par la répétition hors du champ signifiant et dans le registre des déterminants corporels primaires (rythme, espace, temps, coordinations sensorielles, associativité extrinsèque, champ mimo-gesto-postural, voir schémas en annexe).

Ces expériences primaires décrites précédemment engagent dans la relation à l'objet une problématique essentielle qui est celle de la temporalité.

## Temporalité

Le temps se construit à travers les rythmes corporels et leur prise en compte par l'autre sujet. Le temps est alors un temps conjoint. Les deux acteurs de la dyade mère-bébé sont dans un même espace-temps pour échanger, se modeler, partager sur un mode esthétique les sensations et émotions mutuelles. Il s'agit bien d'une « mutualité temporelle ». C'est à l'intérieur de cette mutualité temporelle que l'objet échoïse au sujet en devenant ses différents états émotionnels, c'est probablement à l'intérieur de cette mutualité que s'élabore le « sentiment de continuité de soi ».

Chez le bébé des tout premiers mois, S. Freud évoque la faiblesse de la synthèse du moi et donc la nécessité que cette synthèse passe par la continuité du lien à l'objet.

On est fondé à penser que le sentiment du temps chronologique, du temps qui s'écoule se construit sur cette base de continuité psychique, car il s'agit d'être toujours le même face aux changements des événements de vie. Dans le cas contraire, ces expériences non reconnues, non partagées, disjointes temporellement, sont vécues hors du temps et enregistrées comme telles. Elles ne peuvent pas se constituer en souvenirs vécus (mémoire déclarative), elles tendent à être « toujours actuelles ». Il s'agit d'expériences traumatiques car elles sont vécues hors du temps et hors de soi, elles n'appartiennent pas au sujet alors qu'elles font partie de son vécu, c'est ce qui fonde leur caractère traumatique. Il s'agit d'une forme particulière de « clivage au moi ». Elles appartiennent au moi qui ne les reconnaît pas comme fondatrices de son expérience. Ces expériences dégradées et disjointes du moi vont rendre la relation du moi avec le langage verbal défectueuse du fait de la difficulté du sujet à concentrer l'effort psychique sur un seul point, l'absence de continuité psychique en est la conséquence. Il va manquer au sujet clivé des zones d'expériences éprouvées et re-mémorables pour se donner cette continuité. D'où l'apparition de modes archaïques de défense par refuge vers des associations extrinsèques (hors sens) du côté de l'assonance verbale. Une modalité défensive est le recours à des associations de type purement sensoriel et non fantasmatique. Dans tous les cas, l'absence intégrative au niveau sensoriel et/ou au niveau verbal se traduit par un vide introjectif et une « incorporation » des traumatismes. Le processus « auto » du travail représentatif ne peut s'établir et la valeur messagère de la pulsion va s'adresser par retournement. L'appareil de langage va subir une transformation radicale en appareil d'action et d'affectation. Le moi défaillant et discontinu va tenter d'agir sur l'autre et l'affecter, agir et

affecter l'autre de ce qu'il ne parvient pas à se représenter de lui-même mais qui l'émeut à travers l'autre.

Dans le cas des patients qui n'ont pas une symbolisation primaire qui fonctionne parfaitement, on constate qu'ils ont recours à l'acte ou des équivalents d'actes. Ce fait coïncide avec la transformation de l'appareil de langage en appareil d'action, ils ne parlent pas tant pour se représenter que pour « évacuer », pour agir sur l'autre.

## CHAPITRE 5

# Le narcissisme primaire et la symbolisation primaire

Dans l'Antiquité, le symbole a pour origine la particularité d'être constitué de deux parties séparées d'un objet. Pour que l'objet retrouve sa signification, son sens, il faut que les deux parties soient rassemblées afin de redonner à l'objet son unité et son sens. On utilisait vraisemblablement ce stratagème lors des conflits armés pour garantir à celui qui recevait un message que le messager était fiable. Chacun possédait une partie de l'objet et c'est ce rassemblement des deux parties, la mise en commun qui garantissait la validité du message.

La symbolisation ne relie pas l'objet à la représentation, mais elle relie deux types d'images de l'objet, deux traces différentes de cet objet. La symbolisation primaire se distingue de la symbolisation secondaire par le fait qu'elle crée une identité (ipséité) de perception entre deux objets différents, tandis que la symbolisation secondaire crée une différence sur ce fond d'identité entre deux objets perçus comme identiques.

On assiste à une transformation des formes de symbolisation en fonction des phases d'évolution du sujet. À l'adolescence, on peut considérer qu'un travail de symbolisation tertiaire s'accomplit dès lors qu'il s'agit de symboliser ce qui peut désormais s'accomplir (l'inceste) pour qu'il n'ait pas lieu. À la phase œdipienne, l'enfant devait symboliser ce qu'il ne pouvait accomplir (interdit de l'inceste) R. Roussillon (2007).

À travers la symbolisation, la phase essentielle de la vie psychique ce sont donc la rencontre, les modalités de la rencontre et les conditions de son déroulement. Rencontre entre deux subjectivités (mère-bébé) qui ne cessent de s'ajuster, qui passent 60 % du temps de leur rencontre à s'ajuster et même à se transformer mutuellement. On mesure dès lors la forme que prend cette rencontre. Il s'agit prioritairement d'un dialogue tonico-émotionnel, sensoriel, sensori-moteur, affectif, mimétique, gestuel, postural, libidinal et verbal. D'où la nécessité d'inscrire cet ensemble de dialogues dans « des langages des corps » décrits précédemment.

## Coordination des flux sensoriels

Le tout premier dialogue s'instaure autour de la sensorialité, autour des « flux sensoriels ». Le but de la rencontre est de favoriser les états de rassemblement, l'échec de la rencontre crée à l'opposé, des états de démantèlement. La sensorialité du bébé, comme nous l'avons décrite précédemment, ne peut se satisfaire d'elle-même sauf dans les cas de morbidité. Les premières coordinations des flux sensoriels permettent de situer l'objet dans l'espace (notamment à travers l'œil, la main, la bouche), elles dépendent de la qualité de la rencontre. Le premier niveau consiste en une reconnaissance des états sensoriels et émotionnels du vécu du bébé par la mère. Le dernier niveau étant le signe qu'elle lui donne que cette reconnaissance qualifie son état psychique. Ainsi, la reconnaissance en écho des émois du bébé par la mère, qui lui montre qu'elle fait le miroir de ses émotions, permet une première intégration d'un état de lui-même. La mère, en imitant les émois du bébé, en exagérant les signes de ses émois, lui indique qu'elle est en train de lui signaler un état de lui-même. En jouant l'image du même elle montre sa différence. Alors qu'à l'opposé, si elle montre sa propre colère ou sa propre dépression, le bébé, non encore différencié, va incorporer l'état de sa mère en colère ou déprimée comme état de lui-même. Tout se joue dans un dialogue « *homosexuel primaire en double* » R. Roussillon (2008), ce qui signifie que la mère fait le miroir du bébé mais, qu'en retour, celui-ci imite sa mère dans le but de la comprendre. Nous pouvons retrouver ce développement dans l'ouvrage dirigé par J. Nadel et J. Decety : « *Imiter pour découvrir l'humain* » (2002).

L'imitation est le fond constitutif de cette relation homosexuelle primaire en double. À cette phase primaire du développement de la psyché du bébé, il faut considérer que les deux partenaires de la dyade sont mutuellement dans une relation en écho, cette relation empathique s'appuie sur une dimension fondamentale qui est le plaisir dans la rencontre. Les deux partenaires manifestent le plaisir qu'ils éprouvent mutuellement, mais les moments de tensions, de malaises servent aussi à l'intégration par le bébé des états psychiques de lui-même. Rapidement, la prévisibilité maternelle va lui apparaître et il pourra plus tard jouer avec le registre du « mal être » pour recevoir de l'attention.

Nous avons développé par ailleurs la question de la différence de plaisir qui accompagne le sexuel précoce et la sexualité adulte. Ainsi, la rencontre entre deux sexualités éprouvant du plaisir, notamment au cours de l'allaitement, est un stimulant, un attracteur de la curiosité que le bébé va éprouver face à l'énigme du plaisir de l'autre. Rappelons qu'un des fondements de la transitionnalité a pour but de rendre indécidable l'originaire. À ce stade du narcissisme et au cours de la

symbolisation primaire, la rencontre mère-bébé fonde l'ipséité, relation mimétique en double, et l'identité entre hallucination et perception.

Dans la pensée de D.W. Winnicott, il s'agit d'un moment essentiel qui fonde l'illusion du « trouvé-crée ». Lors de cette phase fondamentale du nourrissage, tout se passe comme si les dialogues entre les corps, les différents langages des corps étaient rassemblés, le sein est créé par le bébé, mais il était déjà là, donc trouvé pour être créé. L'illusion du trouvé-crée est organisée à partir de ce paradoxe, elle préfigure une scène primitive au cours de laquelle le sujet découvre que ses parents l'ont créé, mais il est déjà là pour en décrire la scène.

En résumé, R. Roussillon nous donne une définition du paradoxe du narcissisme primaire : « L'investissement de l'objet se superpose à l'investissement de soi-même sans antagonisme pour autant que l'investissement de l'objet vienne refléter ses propres états ou des états correspondants au mode près. » (2008).

## PARTIE II

# Destin du corps, de la motricité et de la sensorialité dans les pathologies de la symbolisation primaire : étude à partir de l'anorexie et de l'hyperactivité



## CHAPITRE 6

# Le problème : vers une clinique de l'impasse

Avant d'aborder l'impasse dans ses aspects cliniques, nous allons tenter de définir une clinique de l'impasse, c'est-à-dire un modèle génératif de ces problématiques. Dans notre compréhension du problème de l'impasse, nous sommes tentés de penser que si un sujet débouche sur une impasse psychique ou somatique, c'est que cette impasse était potentiellement présente. D'une manière générale, nous sommes portés à considérer que l'impasse est un fonctionnement qui résulte d'une dégradation progressive du fonctionnement psychique adossé à la paradoxalité.

D.W. Winnicott avait annoncé les paradoxes qui lui paraissaient fondamentaux tel que « être seul en présence d'autrui », R. Roussillon rajoute : « seul avec ses pulsions en présence d'autrui » (2008).

Le paradoxe suivant étant défini par le « trouvé-crée » qui fonde l'identité entre hallucination et perception au cours de la symbolisation primaire.

Puis vient la notion de détruit-trouvé qui concerne la conviction pour le bébé d'avoir détruit l'objet soit à cause d'une colère ou soit en l'introjectant. Cette conviction de détruire l'objet fait supposer au bébé qu'il va trouver du même au dehors (l'objet détruit), mais le démenti que lui apporte l'objet qui a résisté à sa destructivité amorce déjà un processus secondaire de symbolisation. Le primaire se caractérisant globalement par une prépondérance de la mêmeté accompagnée par des éléments différenciateurs et le secondaire voit apparaître la prédominance des éléments de différenciation alors que persiste ce fond de mêmeté.

La question fondamentale étant celle de savoir comment changer tout en restant le même, comment organiser le changement dans la continuité ?

## Continuité psychique

La continuité psychique s'établit dans le passage du primaire au secondaire sans rupture du lien à l'objet, c'est le travail psychique de la transitionnalité qui permet de ménager « l'illusion ». Dans ces conditions, il y a suspension de l'opposition entre halluciné et perçu.

Autre point fondamental : cette phase primaire s'associe à la problématique de la présence. L'objet est présent dans la rencontre, cette présence est nécessaire à la rencontre, à l'établissement du lien, il doit accepter d'être utilisé et sa présence en double fournit au sujet le sentiment de présence à lui-même. C'est aussi le sujet qui s'absente, qui se retire de la relation lorsqu'il a besoin d'élaborer l'objet interne, l'objet doit accepter ces phases de retrait, se laisser « absenter », c'est donc la qualité de la présence qui va organiser la rencontre, lui donner sens.

Deux réflexions de S. Freud nous conduisent à définir cette période primaire et à en dégager les perspectives :

- L'appropriation de la pensée s'origine donc dans les sensations, dans la sensorialité et la sensori-motricité (Freud, 1913 (b)).
- Une autre réflexion de S. Freud concerne plutôt la sortie de cette phase, il s'agit de : « Nul ne peut être tué en effigie. » (1925) Il faut donc que l'objet soit présent pour être « détruit » et ainsi « être trouvé » comme différent.

À partir de la première réflexion, nous pensons que peuvent s'articuler les auto-érotismes tels que se sentir, se voir, s'entendre, ceux-ci engagent la sensorialité. Se sentir évoque d'emblée la réflexivité qui fait dire au sujet qu'il se sent bien ou qu'il se sent mal, mais il peut dire lorsque sa réflexivité n'est pas symbolisée primordialement qu'il ne se sent pas, qu'il se sent mauvais.

Un autre aspect du ressenti concerne le déplacement libidinal. Lorsque la réflexivité n'a pu s'organiser, la libido se déplace du sujet vers l'environnement et ceci dans une dimension de « négativité » qui peut faire dire au sujet qu'il sent une mauvaise odeur dans l'espace environnant. L'hallucination perceptive indique sa présence et son impact dans l'actuel du sujet qui tente de se faire admettre par l'autre (thérapeute) sur un mode négatif. Autre variante chez les sujets qui se font « mal sentir » par l'autre pour rentrer en contact avec lui.

La problématique est la même pour ce qui concerne le fait de se voir, on se voit tel que l'on a été vu, tel qu'on s'est vu être regardé. La façon dont on s'est vu être regardé va conditionner la manière de se voir. Mais là encore, dans le cas où la réflexivité n'a pu se symboliser primordialement, lorsque l'objet n'a pu transmettre sa capacité à « faire le miroir », on observe alors des enfants qui ne regardent pas à l'intérieur d'eux-mêmes, leur regard est tout entier réquisitionné à investir le monde externe, à le contrôler, le rendre prévisible autant que possible.

Un troisième niveau, plus élaboré celui-là, concerne l'entendu de soi-même. Il suit le même cheminement que les deux premiers sens, mais plus tardif car il donne une large place à la parole, à la voix, à l'intonation. La prosodie de la mère était précocement affichée pour permettre au sujet de saisir de quel type d'investissement il faisait l'objet.

Dans l'écoute des patients, notre attention se portera de ce fait sur les particularités langagières verbales et corporelles. Ainsi une indication nous sera donnée sur la façon dont le sujet s'énonce à travers des formulations telles que : *je (ne) ressens (pas) ce que vous dites, je (ne) vois (pas) ce que vous dites, je (n') entends (pas) ce que vous dites, je (ne) me représente (pas) ce que vous dites.*

« L'impasse est donc la forme dégradée de la paradoxalité lorsque celle-ci n'est pas portée par la transitionnalité, lorsque n'est plus suspendue l'opposition entre les éléments contradictoires que recèle le paradoxe. » R. Roussillon (2010).

Un des éléments fondateurs de la transitionnalité est constitué par les différents niveaux de plaisir que recèle la rencontre mère-bébé. Cette rencontre favorise le rassemblement sensoriel, notamment le nourrissage, mais cette rencontre à travers ce rassemblement sensoriel doit être libidinalisée car c'est la libido qui fait tenir ensemble tous les éléments sensoriels. La libido se caractérise par plusieurs niveaux d'expression du plaisir. Si on prend la situation paradigmatique du nourrissage, on trouvera six niveaux de plaisirs imbriqués :

1. le plaisir d'autoconservation en lien avec les besoins fondamentaux ;
2. le plaisir auto-érotique (main-bouche-œil) ;
3. le plaisir maternel à être tétée par le bébé (plaisir perçu sur le visage maternel) ;
4. le plaisir partagé, car le bébé se met aussi à se faire téter par la mère lorsqu'il introduit son doigt dans sa bouche ;
5. le plaisir d'intériorisation qui est la sensation du bébé de ressentir son intériorité, l'espace interne étant vécu comme un espace agréable ;
6. le plaisir de l'énigme qui caractérise la rencontre entre deux sexualités, une sexualité précoce homosexuelle primaire en double et une sexualité adulte liée au plaisir que prend la mère dans cet acte. L'énigme naît de cette différence que porte l'autre et qui préfigure l'étape ultérieure de l'avènement de l'autre, phase décrite par M. Fain dans « *La Censure de l'amante* » (1999).

Au cours de cette phase, l'enfant fait l'expérience qu'il n'est pas « le tout de sa mère », qu'elle possède un ailleurs porteur lui aussi de plaisir et est représenté par la figure paternelle, l'enfant va s'identifier à cet ailleurs énigmatique porteur de plaisir dans la différence.

## Trauma et symbolisation

On ne peut penser la clinique de l'impasse sans introduire dans la réflexion la clinique du trauma.

Pour préciser ce que le terme de trauma recouvre en ce qui concerne les pathologies contemporaines, il est intéressant de rappeler la première position de S. Freud sur le trauma sexuel. Pour S. Freud, dans ses recherches

psychopathologiques sur l'hystérie, le trauma sexuel était à l'origine de cette symptomatologie, il était imputé initialement à la figure paternelle. S. Freud abandonna cette perspective originelle de la neurotica au profit du fantasme.

Plus tard, il s'opposera aux tentatives de S. Ferenczi de réhabiliter la notion de trauma dissociée pourtant chez l'auteur de *Psychanalyse IV* de la notion de trauma sexuel. Pour S. Ferenczi (1932), le trauma prend racine essentiellement dans la non-reconnaissance par l'environnement de l'enfant de ce qui s'est passé. Autrement dit, davantage que la force de l'événement, c'est la qualité du traitement de l'événement et sa prise en compte par l'environnement du sujet qui en constitue le destin.

On retrouve chez D.W. Winnicott (1989) cette même orientation lorsqu'il dit : « Là où il aurait pu se passer quelque chose d'utile, il ne s'est rien produit. »

Ainsi, la force du trauma est surtout liée au départ à des caractéristiques extrinsèques. Ensuite, la position du sujet va entrer en ligne de compte de manière intrinsèque selon les modes de défense qu'il a à sa disposition.

Disons, comme première définition du trauma en psychopathologie, que l'impact traumatique est dû principalement à l'échec par le sujet de la mise en sens, de l'intégration et de l'appropriation subjective. Ce qui nous conduit à penser que certaines expériences extrêmement douloureuses peuvent être intégrées si elles sont reconnues par l'environnement et de ce fait, elles ont davantage de chance de l'être par le sujet.

À l'opposé existe ce que l'on nommera traumatismes cumulatifs. Il s'agit d'expériences traumatiques de moindre impact, répétées et non reconnues par l'environnement, ni par le sujet, qui vont obliger ce dernier à s'organiser pour faire en sorte que cette menace ne fasse pas partie de son vécu, autrement dit, qu'elle ne soit pas mémorable.

Avant d'étudier les différentes attitudes défensives que le sujet va progressivement pouvoir envisager, faisons tout d'abord un arrêt sur image à propos de l'angoisse.

## Angoisses

Face aux menaces ressenties sur un mode « objectif » et « subjectif », la première réaction possible est celle de l'angoisse signal d'alarme. À ce niveau, l'angoisse offre une solution au sujet car elle l'informe de ce par quoi il est affecté et il peut se donner la possibilité et le temps d'une réponse adaptée : soit la lutte, soit la fuite. Mais ce qui est envisageable à un certain âge, l'est moins dans des situations d'impréparation, tantôt dues à l'âge intrinsèque ou tantôt dues à l'environnement selon qu'il soit familier ou étranger. Paradoxalement, il est plus difficile de se prémunir contre les déstabilisations et les imprévisibilités d'un environnement familier. Encore qu'il faille s'interroger sur les raisons qui vont

amener, par exemple, un enfant à ne pas se méfier d'un étranger chez lequel il ne percevra pas les caractéristiques dangereuses. De la même manière, il est significatif de constater que de nombreuses personnes porteuses du VIH n'avaient jamais évalué, anticipé le risque pour elles-mêmes. L'exemple d'une jeune femme vivant avec son conjoint toxicomane porteur du sida, qu'il nous fut donné de rencontrer, est exemplaire à ce titre, elle n'avait jamais pensé qu'elle puisse être contaminée à son tour. Tout se passe comme si le système de défense du côté de « l'angoisse signal d'alarme » était défaillant. La seule angoisse qui émerge alors est une « angoisse de débordement ».

Intervient alors face à cette angoisse nommée aussi effroi, un mode de défense de deuxième niveau qui est une défense par « immobilisation ». Du point de vue de l'affect, la psyché se pétrifie et l'état psychosomatique devient un état de stupeur.

Un autre mode de défense va intervenir. Face à ces angoisses, la psyché se trouve sans issue, dans une situation d'impasse et l'immobilisme ne tient pas face à un monde en mouvement. La seule défense qui va être désormais accessible est la fuite étant donné que la fuite physique, l'action dans l'environnement est impossible et cela concerne notamment les enfants sans langage qui ne peuvent nommer (représenter) le trauma. La défense sera donc celle de se couper de soi, de s'absenter à soi-même.

Citons pour exemple ce patient adulte qui en séance dira à son thérapeute « Nous disons des choses très intéressantes à mon sujet, mais moi je ne suis pas là. » Et d'ajouter : « Quand on discute, je n'arrive pas à me projeter dedans. »

Un quatrième niveau plus radical sera d'évacuer globalement et psychiquement tout ce qui concerne la situation de l'expérience traumatique. On retrouve la notion de « clivage au moi » décrite par R. Roussillon (1999) et qui est une défense radicale dans laquelle le moi naissant s'est coupé d'une partie de lui-même en se retirant « affectivement » de l'expérience douloureuse, il s'est retiré de la possibilité même que l'expérience puisse être remémorée.

Cette expérience traumatique, quelle qu'en soit son origine ou sa nature, n'étant pas subjectivée, appropriée par la subjectivité, est aussi détemporalisée. Elle est hors temps, elle n'est pas inscrite au présent du moi, elle n'est pas datable et la conséquence c'est qu'elle est de « tout temps ». Ce qui signifie qu'elle hante la subjectivité et qu'elle est tout le temps agissante (« *Fantômes dans la chambre d'enfants* » de Selma Fraiberg [1999]). Ce vécu de détresse va conduire le sujet vers des états internes de honte, de culpabilité et surtout de solitude. Solitude de ne pas pouvoir partager l'expérience vécue comme « non partageable », le sujet se sent hors du champ humain car ce par quoi il est vécu ne peut se dire. Le sentiment prévalent dans ce cas est celui d'être mauvais, se ressentir comme mauvais. Celui qui est victime d'un trauma se demande

bien souvent quelle part il a pris dans ce dont il a été victime. Ceci est d'autant plus évident pour les enfants en phase de narcissisme primaire qui s'imaginent être à l'origine de la création du monde et des soins bons ou mauvais qu'ils reçoivent.

Un trauma peut en cacher un autre et il laisse des « traces » et non pas des affects ni des représentations et encore moins des souvenirs.

Résumons les modes de défenses possibles face aux conséquences du trauma :

- l'appauvrissement de la vie affective (c'est l'affect qui fait exister l'expérience) ;
- le refoulement, la neutralisation, le gel des affects ;
- autres défenses : la localisation phobique ou somatique ou dans la sexualité ;
- enfin, l'autre mode de réponse sera le retournement : faire vivre à l'autre activement ce que l'on a subi passivement.

Tous ces modes de défenses caractérisés, pour lutter, évacuer, annihiler, les effets du trauma vont être réutilisés par la psyché du patient au cours du travail thérapeutique. En effet, pour le patient, une partie de son moi va coopérer car elle désire le changement, mais une partie clivée de la première va utiliser les mêmes modalités défensives pour résister au changement. Autrement dit, la situation d'impasse dans laquelle il se trouve va très rapidement se transférer dans la relation transféro-contre transférentielle et va nécessiter de la part du thérapeute le repérage de cette situation d'impasse. Il devra la nommer avec le patient, qui n'en a pas conscience. Il devra la dater et donc la temporaliser, « construire » avec le patient les conditions les plus précises possible de sa survenue.

On retrouve ici certains aspects décrits par S. Freud à propos de la réaction « thérapeutique » négative. Dans cette formulation, nous retenons que la notion « thérapeutique » était présente pour Freud.

Notre objectif est celui de rechercher dans quelles conditions une sortie de l'impasse est possible.

---

## Cas clinique

---

### Impasse thérapeutique et défenses paradoxales

À propos du rapport dedans/dehors, intrapsychique et intersubjectif, la première impasse s'organise autour du rapport dedans/dehors.

Par exemple, chez cet enfant hyperactif un espace de jeu auto-subjectif paraissait se construire en thérapie, mais, dans un même temps, son hyperactivité redoublait au-dehors faisant craindre une exclusion scolaire.

Ou encore chez cette jeune femme toxicomane, un discours associatif réflexif paraissait s'installer alors que parallèlement sa consommation en produits toxiques augmentait.

Une expérience similaire nous a été donnée d'observer, lorsqu'une jeune fille anorexique, à l'évidence en perte de poids, annonçait paradoxalement dans un groupe thérapeutique de parole pour anorexiques qu'elle se sentait de mieux en mieux et qu'elle pouvait quitter le groupe. Bien qu'ayant constaté ce paradoxe, l'attitude des thérapeutes, sous-tendue alors par le modèle de la neutralité bienveillante, eut pour conséquence de ne pas signaler à la patiente cette contradiction entre le psychique et le somatique. Attitude qui eut pour effet désinvestissement et absentéisme des autres patientes du groupe dès la séance suivante comme si « aller mieux » équivalait à « maigrir » et donc « aller moins bien ». D'une manière générale, il s'agit de la constatation paradoxale d'une contradiction, voire d'un clivage entre l'évolution qui s'annonce comme progrédiente au plan psychique et en recrudescence sur le plan de la symptomatologie manifeste.

## Cas clinique

---

### Impasse sous l'angle de transfert de trans-faire

Justine, 16 ans, a été hospitalisée trois mois à la suite d'une anorexie mentale. À sa sortie, elle sollicite son lycée pour obtenir un emploi du temps aménagé et un passage en 1<sup>re</sup> ES, ce qu'elle obtient au vu de ces capacités et résultats antérieurs. Elle retourne dans sa famille et à la rentrée de septembre, contre toute attente, refuse de reprendre ses cours, veut rester à la maison et suivre des cours par correspondance. Sa psychothérapeute et son médecin référents sont absents pour un congé maternité. Parallèlement, sa mère signale au thérapeute que Justine souhaite une poupée comme cadeau de Noël, alors que ses parents voulaient lui offrir un appareil photo.

Le travail d'élaboration avec la mère de Justine lui fait associer sur les liens entre Justine et son frère de trois ans son cadet. Alors que cette situation est incomprise par tout l'environnement, émerge dans le discours de la mère le lien entre la poupée, la naissance du petit frère et le début de la scolarisation de Justine au moment de cette naissance. Puis sa mère se souvient que la naissance du puîné s'était immédiatement soldée par une hospitalisation de celui-ci pour refus alimentaire « inexplicable », privant une troisième fois Justine de sa mère (naissance, scolarisation et hospitalisation). À partir de ce moment, Justine réclama régulièrement à sa mère la lecture d'un livre relatant l'hospitalisation d'un enfant. Tout cela resitué dans un contexte historique de déménagement de la famille dans un département limitrophe ayant eu pour conséquence supplémentaire la mutation du père et privant ainsi la mère enceinte du soutien de son mari et de sa famille à laquelle elle se dit très attachée.

À travers ce récit, nous assistons au retour dans l'actuel d'une situation passée, non synthétisée pour Justine car subie trop précocement. L'hospitalisation ayant eu pour effet de débloquer l'impasse somatique (alimentaire) pendant que l'impasse psychique demeure et nécessite concrètement pour Justine le retour au domicile afin que les éléments traumatiques passés se « présentent » dans la réalité (scolarisation, présence des parents, du frère et la poupée comme cadeau de Noël).

La problématique : la séparation réactivée par l'hospitalisation ne pourra se résoudre que dans la remise en situation de dépendance primaire familiale et par retournement passif/actif de la situation contextuelle traumatique passée.

## Cas clinique

---

### Impasse sous l'angle de l'emprise et de la rigidification

#### Lien tyrannique à l'objet initial, présence impossible

Noé, 7 ans, enfant réputé hyperactif, qui de séance en séance exige du thérapeute qu'il se tienne invariablement assis en face de lui, toujours à la même place sans bouger. Lui-même se tenant assis sur sa chaise dessine au thérapeute, avec une précision méticuleuse, tous les aspects techniques des différents bateaux (celui de J.-Y. Cousteau, le *Titanic*...) dont il maîtrise le vocabulaire technique.

Son flux verbal ne favorise guères les échanges. Lorsque le thérapeute fait mine de rompre ce vide par des questions, il se heurte à un refus : « On perd du temps avec tes questions monsieur casse-couilles. » De même, tout essai de recherche de médiation par le jeu tel que le squiggle ou la pâte à modeler se solde par un rejet total de la proposition. Réduit à une totale impuissance, le thérapeute se réfugie dans des pensées, un ennui confinant à la somnolence.

Tout se passe dans cette relation à l'objet comme si Noé expérimentait par retournement la rigidification de l'autre afin de le rendre prévisible. Cet enfant réputé hyperactif immobilise l'objet thérapeute car c'est la seule issue pour construire la prévisibilité de l'objet. Exemple typique d'un enfant hyperactif qui « anorexise » la relation. C'est la part de « l'imprévisible » qui doit être supprimée.

## Cas clinique

---

### Impasse par retournement passif-actif

Pour Noé, chaque fin de séance est vécue de manière anxiogène. Il hurle, s'agite, saute, jetant de tous côtés les objets à sa portée.

Cette agitation désordonnée provoque chez le thérapeute un « tournis mental » alors que la mère effondrée lui demande : Que faire ? Que pouvez-vous faire ? Et Noé d'ajouter : « C'était mieux lorsqu'on était tous les deux. »

Associée à la « présence insécure » qui obligeait Noé à maîtriser l'objet, cette séquence de séparation traduit aussi « l'insécurité de l'absence ».

Nous avons là le schéma d'attachement et de présence insécure qui se reflètent dans l'angoisse de séparation et l'angoisse d'effraction. L'angoisse de perte, ici en jeu, renvoie non pas à la perte d'objet mais à la perte d'identité.

## Cas clinique

### Impasse du temps réversible et de l'espace irréversible

Anna, 19 ans, vient en consultation externe à l'hôpital pour rencontrer son psychothérapeute. Son anorexie s'est déclarée à la mort du grand-père maternel auquel elle était très attachée. Elle dit au cours d'une séance : « Ce week-end, j'ai essayé des vêtements que je portais il y a un an et je me suis effondrée à l'idée de ce poids que j'ai pris en un an. »

Le thérapeute se sent aux prises avec la problématique du retour inexorable du poids dans les séances, lequel est le produit d'une pensée figée et immobilisante pour l'objet.

Il s'entend soudain lui dire : « Le problème n'est pas le poids mais le temps ! » Elle le regarde interloquée comme se disant à elle-même : « Qu'est-ce qu'il raconte ? ». Le thérapeute se sent alors obligé d'aller plus loin dans son explication percevant bien qu'au moment de sa réponse il s'agissait d'établir alors un lien avec une autre représentation pour ne pas être à nouveau acculé dans l'impasse de cette néo-réalité : « Le poids est de retour. » « Le temps c'est aussi le temps qui passe inexorablement », « c'est aussi le temps qui fait mourir ses parents ».

Après cette séance, Anna demande à sa mère : « Est-ce que j'avais peur de mourir lorsque j'étais petite ? Est-ce que j'avais peur que vous mourriez ? » La mère lui répond : « Oui tu nous demandais si on allait mourir et on répondait oui mais plus tard. » Et toi de répondre : « Alors moi je grandirai pas. »

La pensée magique du temps de l'enfance fait « retour », celle où après être mort on est de nouveau vivant, celle du temps circulaire réversible.

Simultanément, le langage verbal traduit dans une forme surmoïque corporelle l'espace corporel irréversible. Anna reprend exactement en séance, à 19 ans, le discours qu'elle avait tenu enfant dans une forme conjuguée à la seconde personne du singulier, forme impérative où le je et le tu sont mêlés.

## Cas clinique

---

### Impasse de la dépendance et de la lutte contre la dépendance

Axel, 5 ans, enfant instable, présente aussi de nombreuses difficultés attentionnelles, sa mère le décrit comme un enfant « qui ne pense qu'à jouer ».

En thérapie, il lui est difficile de proposer ou même choisir un jeu, il a besoin du soutien du thérapeute. Dès que ce dernier lui propose une médiation, il l'interpelle en lui demandant : « Qu'est-ce qu'on fait après ? » Inquiétude pour Axel vis-à-vis d'un engagement dans le jeu et en même temps une anticipation immédiate de la fin du jeu qui explique la raison de son refus d'engagement. S'engager, c'est risquer de perdre le lien, donc il est préférable de ne pas établir de lien d'engagement. (M. Berger [1999]).

Ne pas s'engager dans la thérapie par peur de la dépendance. La thérapie comme lieu de création de la dépendance.

## Cas clinique

---

### Impasse du double réel-perceptif (inquiétante familiarité) non effacement du double

Natacha, 9 ans, rencontrée en consultation à la demande de son médecin généraliste pour « excitation permanente, crises de somnambulisme et trouble de l'attention ».

Chez cet enfant, la problématique du double réel externe se manifeste en permanence. Elle dit à son thérapeute en évoquant le médecin psychiatre femme qui l'a adressée chez lui : « Elle vous ressemble. » De son frère de trois ans plus âgé, elle dira : « Où il va je vais. » Basket, foot, jeux vidéo, « tous les jeux de garçon, elle veut les faire » explique sa mère, de même « qu'elle apprend plutôt les récitations de son frère que les siennes ».

Natacha dit qu'elle vient en thérapie « pour ma droite et ma gauche, toute ma famille écrit de la main droite et moi je veux écrire de la main gauche, mais je suis droitrière ! C'est maman qui veut que j'écrive de la main gauche. » Elle ne parvient pas à faire son choix.

Lors d'une séance, elle arrive la main droite bandée : « Avec mon frère, au foot, je me suis fait mal, j'essaie d'écrire de la main gauche. » Elle évoque ensuite son amie Magalie qui s'est cassé la main droite et qui écrit de la main gauche, elle ajoute : « Ça y est, c'est décidé, je choisis la main gauche. »

Chez Natacha, très résistante quant au choix de sa main pour écrire, tout se passe comme si elle devait s'appuyer sur un double narcissique externe pour la guider. Cette confusion soi-autre se manifeste aussi dans la proposition que lui fait le thérapeute de se dessiner. Elle répond : « Se représenter ? Je sais pas. » Et elle rajoute : « Toi ou moi ? » en montrant du doigt les deux interlocuteurs.

## Cas clinique

---

### Impasse dans le jeu. Le jeu dont la règle serait de ne pas jouer à ce jeu

Anthony, 7 ans, hyperactif avec des troubles du comportement, violent à l'école et sanctionné par plusieurs exclusions. Sa mère le décrit comme un enfant qui ne pense qu'à jouer.

Dans la salle d'attente, il montre un visage figé malgré l'importance que revêt pour lui l'espace de la séance.

L'inquiétude qu'il manifeste dans la rencontre avec le thérapeute contraste avec l'impatience qu'Anthony manifeste pour l'espace de la séance.

Le paradoxe se poursuit dans la séance lorsque s'amorce une séquence de jeu sans qu'il y ait une mise en jeu réelle.

Tout se passe comme si le scénario qu'il se prépare à élaborer était entravé par la présence du thérapeute. C'est comme si toute son énergie était orientée vers la maîtrise du thérapeute et son immobilisation. Si bien qu'il utilise tout le temps de la séance à une pseudo mise en place extrêmement lente et méticuleuse, qui contraste avec la description faite de cet enfant impulsif et violent. Dans les séances, il contrôle ses pulsions agressives par une activité quasi obsessionnelle. De cette manière, il se protège contre l'effraction que représente la présence de l'autre.

Cela rejoint les constatations de M. Berger (1999), qui décrit chez l'enfant instable ce besoin d'immobiliser l'objet menaçant, en l'occurrence ici, le thérapeute.

Ce qu'il est important de préciser aussi, c'est la dissociation qui se produit entre la relation au thérapeute et l'investissement à l'espace thérapeutique. Cette situation précède l'incorporation du jeu en double-externe dans laquelle le thérapeute sera sollicité pour participer à une activité sous contrôle de l'enfant.

On retrouve chez, Noé, cité précédemment, cette même forme problématique du jeu dont la règle serait de ne pas jouer. Ne pas jouer pour ne pas perdre. Ne pas perdre pour ne pas se perdre.

Pour chaque situation singulière dans laquelle le jeu n'a pas lieu, il faut prendre le temps d'observer vers quel autre jeu cette absence nous convie. Autrement dit, quel jeu potentiel recèle ce non-jeu ou quel jeu potentiel est en souffrance ?

## Cas clinique

---

### Impasse dans la parole

M<sup>lle</sup> M., au décours d'une cure analytique classique, traverse une période au cours de laquelle elle s'exprime pendant les séances sur un rythme verbal très rapide qui s'accompagne de phases de respiration par la bouche produisant un effet particulier.

Les mots prononcés, représentant dans ce contexte transférentiel une sorte d'évacuation psychique, alternant avec le temps d'inspiration orale. L'air inspiré est immédiatement rejeté. Ce qui rentre au-dedans est excorporé dans la foulée avec la parole.

Depuis plusieurs séances, ce processus corporel s'est mis en place et s'exerce régulièrement dans la cure. Le thérapeute constate qu'il est dans l'impossibilité de penser la moindre intervention. Il s'imagine comme un sprinter dans les starting-blocks, tendu, attendant le signal du starter qui n'arrive jamais.

Il se hasarde finalement à dire :

« *Comment respirez-vous ?* », situant nettement son intervention au niveau corporel de la patiente.

M<sup>lle</sup> M. ne réagit pas à la question.

Le thérapeute ajoute : « *Je pense à votre prosodie.* »

« *Ah oui* » dit-elle.

Se souvenant que le sujet avait déjà été évoqué précédemment, le thérapeute précise :

« *Tout se passe comme si vos rythmes respiratoire et verbal s'accordaient pour m'empêcher d'accéder à votre psychisme.* »

Il lui détaille ce qu'il observe et l'impression qu'il en retire d'un point de vue défensif.

Elle dit : « *Ce n'est pas habituel pour moi de respirer par la bouche. Je ne m'en étais pas aperçue. Je respire habituellement par le nez. Je n'ai pas de problème de végétations.* »

À partir de cette intervention, elle confirmera, à la séance suivante, que ce type de respiration qui n'est pas habituelle est adressée au thérapeute.

M<sup>lle</sup> M. qui a connu un épisode anorexique jeune adulte, va alors associer sur une période de l'enfance au cours de laquelle elle évitait certaines odeurs en respirant par la bouche.

Elle évitait ainsi les odeurs de cuisine de sa mère qui tenait un restaurant. Odeurs de cuisine qui convoquaient des angoisses de séparation car elle se sentait abandonnée tous les soirs lorsque sa mère la quittait pour aller travailler au restaurant.

Tout se passe comme si les odeurs avaient une connotation fortement sexuelle.

Il lui revient en mémoire une scène au cours de laquelle où petite, assise à côté de son père sur le canapé du salon, elle avait touché son propre sexe pour lui en faire sentir les effluves. Elle se souvient de la gêne de son père face à ce geste et de son retrait corporel.

Elle dit au thérapeute : « *Je ne respire jamais par la bouche, c'est à vous que je réserve cette attitude.* »

Ils conviennent tous deux, que la respiration par la bouche permet ainsi de mettre à distance les odeurs corporelles excitantes et sexuelles.

Rajoutons à ce tableau, le fait que cette prosodie, ce style verbal, s'accompagne d'un geste de la main chez la patiente, qui vise à indiquer la nécessité d'évacuer les mots prononcés en plaçant sa main très près de la bouche dans un mouvement d'accompagnement de l'expulsion. Et ceci rapidement, comme s'il s'en suivrait une pensée enfin apaisée. La main est près de la bouche et pousse les mots au loin comme pour ne pas les sentir ou ne pas les faire sentir au thérapeute.

Or, il n'en est rien. L'évacuation psychique se répète inlassablement. Tout se passe comme si elle aussi se trouvait sur des starting-blocks et faisait vivre au thérapeute, par retournement, cette sensation décrite précédemment. Cette séquence tend à illustrer la question de la place du corps et de la sensori-motricité dans le travail de psychanalyse ou de psychothérapie.

Il s'agit d'entendre la valeur messagère de la pulsion dans ce contexte.

Ici, la représentation de mots ne permet pas l'accès à l'associativité. Elle ne porte pas l'associativité, laquelle se réactualise alors dans le domaine sensori-moteur, dans le transfert par retournement.

L'impasse dans la parole concerne la place et la fonction singulières du langage dans les dépendances psychiques.

Une des premières fonctions de ce type de discours, plutôt récitatif et narratif, est celle de lier des éléments du fonctionnement mental pour faire écran entre le patient et le thérapeute.

Mais, à la résistance passive de ce discours, s'ajoute une fonction active : le discours repousse, refoule.

À ce moment précis du travail thérapeutique, le patient ne parle pas pour s'entendre, ni pour se réfléchir. Il y a une urgence qui se situe ailleurs. Il s'agit d'utiliser la parole pour tenter de se restaurer narcissiquement afin d'éloigner de la conscience une détresse ou une douleur.

Mais alors, toute prise de parole de la part du thérapeute est vécue comme pouvant comporter une menace d'un retour violent de ce qui a été évacué dans et par la parole.

Il semble ainsi que le langage verbal lui-même devienne néo-traumatique. Loin de conduire à un travail de perlaboration, les mots sont traités comme des actes qui se répètent ou comme des « coquilles vides de leur pouvoir sémantique » A. Carel (1987).

L'appareil de langage se transforme ainsi en appareil d'action (R. Roussillon [2001]) et « penser » (faire des liens) réactive le traumatisme, le remet au premier plan.

## Conclusion de la problématique : contrainte de pensée-contrainte de mouvement

La conclusion de la problématique nous conduit à penser que ces différentes impasses précitées recèlent une dimension *intersubjective interactive*

majorée du fait d'une défaillance de l'intrapsychique (au niveau de la capacité représentative et autoréflexive). Tout se passe comme si la libido du sujet se déplaçait principalement sur l'environnement, lequel tient lieu au terme de cette transformation, d'intrapsychique du sujet. La dimension intersubjective est amputée de ce fait de la capacité à alimenter l'intrapsychique suivant l'organisation habituelle du couple intersubjectivité-intrapsychique.

Le travail psychique de liaison-séparation à l'objet perd de sa fluidité et s'organise sous l'égide d'une relation d'emprise comme le figure la relation d'objet partiel.

Le sujet toujours en quête d'une surface réfléchissante et de décharge dirige sa pulsionnalité vers l'objet environnement sans le trouver sur le mode *synthétique*. Son moi ne peut s'organiser et faire la synthèse des différents états pulsionnels (amour, haine, destructivité) relayés par les différentes fonctions corporelles et émotionnelles.

Le corps, à l'instar des fonctions psychiques, est projeté à l'extérieur sur l'environnement clivé du psychisme (état du moi conscient interne). Le sentiment du moi résulte essentiellement d'un sentiment surmoïque corporel externe. Dans ces conditions, il ne joue pas son rôle de schéma de représentation, s'effaçant du dedans, il est tout entier projeté sur l'environnement qui lui donne en retour l'image perçue/hallucinée de lui-même. Au lieu de ramener de manière synthétique les fonctions corporelles et le lien entre elles, il se dilue dans les fonctions corporelles et cognitives pour se protéger d'un envahissement pulsionnel effractant. Le moi se retire de la vie affective (en tant que représentant de la pulsion). L'affect se dissout alors dans l'émotion qui conserve le lien à l'environnement (caractéristique de l'émotion, tonus, posture).

Si ce qui s'efface c'est la représentation et le sentiment de continuité de soi par défaillance du travail de synthèse du moi, lequel travail reste *dévolu* à l'environnement intrapsychique (synthèse et liaisons des différentes fonctions psychiques et somatiques), on peut en inférer que :

- premièrement, le sentiment de continuité de soi est alors repris par la *sensation* (motrice, corporelle, olfactive, gustative...). Ce déplacement (libidinal, pulsionnel) du représentationnel vers le sensoriel engage la répétition active et ininterrompue du comportement, dans le but de donner au moi, une sensation d'existence (continuité). D'où la nécessité que ce mouvement soit perpétuel (combler le vide interne) ;
- deuxièmement, la quête d'un objet environnement présent afin d'y déposer une trace amnésique se fait jour à travers cette répétition ;
- troisièmement, la possibilité de se donner par le biais de la motricité agit un moyen de décharge tensionnelle demeure active (au risque de se produire hors du psychisme de l'objet au mauvais moment, au mauvais endroit) ;

- quatrième, le mouvement favorise à la fois la fusion à l'objet (le regard, la pensée obsédante) et simultanément la possibilité d'établir une distance à son envers (en le fuyant) ;
- cinquième, solution symptomatique adoptée par le soi pour faire face à une situation traumatique qui rend le moi absent à cette expérience par le clivage corps-psyché ;
- sixième, anorexie : régression vertigineuse sans point de fixation à une phase de non-intégration des fonctions corporelles et psychiques. Un début d'intégration s'est soldé par des processus de désintégration pulsionnels obligeant le sujet à cliver sa pulsionnalité libidinale et agressive (abandon de l'agressivité tournée vers l'objet et retour sur soi). Processus qui va inéluctablement se répéter et faire retour sous la forme d'un transfert par retournement dans la relation transféro-contre transférentielle.

Dès lors, il nous faut admettre que le cadre thérapeutique classique que nous avons continué d'utiliser ne paraît plus adapté dans certaines de ses formes pour les pathologies concernées.

Prenons un exemple.

Après avoir constaté chez ces patients la difficulté qu'ils éprouvent à parler en leur nom propre et à associer librement sur leurs affects et sur leur histoire vécue et ou mémorisée, il nous paraît plus adapté de leur proposer d'emblée un supplément au cadre classique.

Le cadre thérapeutique de la névrose ne paraît plus convenir à ces pathologies de la dépendance. À la limite, il peut même se transformer en attracteur du renforcement de la maîtrise et de l'emprise du sujet sur le thérapeute. Un attracteur de l'impasse.

L'objectif thérapeutique demeure la *libre association* dans un cadre porté par la neutralité bienveillante et l'attention flottante, apanage du registre du narcissisme et de la symbolisation secondaire. Il nous paraît fondamental par ailleurs, que des suppléments de cadre soient introduits d'emblée pour soutenir et accueillir les éléments historico-pulsionnels inscrits dans le corps et dans la mémoire procédurale.

La défaillance des processus intrapsychiques et autoréflexifs articulés au narcissisme de mort nous conduit à penser autrement le cadre et à le compléter en y introduisant des *contenants psychiques et corporels* pour suppléer aux échecs du narcissisme et de la symbolisation primaires.

Mais avant de développer ces propositions thérapeutiques supplémentaires, revenons sur les observations que la clinique nous contraint de faire.

## Observations cliniques

Disons d'emblée que par rapport au cadre classique, d'avantage que les objets, c'est leur statut qui est modifié.

Le psychisme du sujet voit son organisation spatiale modifiée, le dedans et le dehors perdent leurs limites et les dialectiques habituelles se muent en une organisation en *inclusion réciproque*. Le dedans se projette au *dehors* en appui sur l'environnement. Simultanément en retour, c'est l'environnement qui fait office de dedans. Au terme de cette mutation, l'intrapsychique se confond avec l'environnement.

Dans ces conditions, le corps voit son statut modifié. Il est lui-même projeté sur l'extérieur représenté par l'environnement et donc non différencié dans ses repères spatio-temporels. Cette projection s'accompagne d'un clivage avec le psychisme, il devient hyper présent à l'extérieur mais absent dans le psychisme. Cette absence le rend irréprésentable et son existence se résume à l'hallucination et à la perception motrice (c'est la représentation qui permet la distinction hallucination/perception).

Cet irréprésentable du corps environnement et sa perte pour la psyché, introduit le sujet à la dimension mélancolique. Ici, c'est l'ombre de l'idéal du moi-corps qui envahit le moi. Il s'ensuit une série de défenses. Précisons que cet idéal contraignant bloque la désorganisation psychotique (E. Kestemberg, S. Decobert [1972]). Le délire est essentiellement corporel *de soi à soi, à bas bruit, murmuré*, il concerne le corps propre.

Une autre défense se constitue dans *l'agir*, simultanément, pour lutter contre la perte et tenter de la maîtriser et contrôler une *présence* qui devient effractante du fait de *l'agir perpétuel* sans phase de retrait, d'attente ou de différé.

La fétichisation est à l'œuvre dans les deux pathologies. Le corps y prend le statut d'objet fétiche. Selon H. Vermorel (1995), le fétichisme sexuel masculin constitue une lutte contre le vide de la psychose par un déplacement sexuel sur un objet qui symbolise le phallus (forme pseudo œdipienne).

Différemment, l'anorexie mentale chez la femme est sur un mode intérieur de la sexualité féminine, une tentative d'utiliser la nourriture ingurgitée sur un mode mécanique où le corps propre est mortifié comme équivalent fétichique. Selon J. Chasseguet citée par H. Vermorel (1995), le fétichisme féminin serait la condensation du pénis creux avec l'oralité primaire figurée par un tube dont les deux extrémités seraient confondues.

Selon R. Roussillon (1995), le fétichisme dans l'anorexie, tout comme dans la boulimie, relève de certaines modalités de suture des clivages impliqués par une zone de trauma primaire. C'est-à-dire, l'échec historico-pulsionnel d'un pan de travail de symbolisation primaire. Il relève la dimension hallucinatoire et perceptive du lien fétichique à l'objet-corps. Une affirmation est perceptive : « *Je sais les femmes n'ont pas de pénis.* » L'autre est hallucinatoire : « *Non, je ne peux pas le croire.* »

Le trait commun aux fétichistes et aux anorexiques est leurs difficultés à se séparer. Faute d'un investissement suffisant de l'objet primaire, le deuil n'est pas possible. L'absence fait vivre un vide vite évacué par le comportement alimentaire. L'envers de ce vide et son complément est la crainte de l'envahissement par le corps maternel.

Chez l'hyperactif, J. Ménéchal (2001) précise que le fétichisme est une solution pertinente à la non-réponse de l'environnement, à la problématique auto-érotique déficiente de l'enfant. D'une manière dés-humanisée et opératoire, l'enfant n'aura de cesse de disqualifier l'autre à devenir partenaire libidinal. Recherche et disqualification sont à l'œuvre dans un même mouvement, répétant le traumatisme sur un mode identique.

Masud Khan (1970), rajoute que le passage à l'acte pervers correspond à une *fixation* sur une activité au lieu d'un objet conduisant à un jeu solitaire dans lequel l'autre est capté.

Fascinant et épuisant, l'hyperactif n'est pas dans la recherche prioritaire d'une quête au sens de l'hystérie. La thématique relève plutôt de la dérision de l'acte et de la rencontre. La relation qui s'établit est ce qui reste d'une relation délibidinalisée, une *relation sans relation*.

La question centrale de la vie affective, de l'affect en tant que représentant de la pulsion retient notre attention. Ces pathologies mettent en évidence la coexistence de deux états émotionnels distincts dans leur fonction : l'émotion et l'affect. Comme nous venons de le préciser, l'affect (terme usité par la psychanalyse) joue le rôle de représentant pulsionnel. Il informe le moi sur la manière dont il est affecté par la pulsion. Ceci donne au moi une certaine latitude, laps de temps, pour différer sa réponse.

Dans ces conjonctures cliniques, nous avons noté le processus d'éradication de l'affect pour supprimer la douleur psychique. Le moi se rend absent à l'expérience affective pulsionnelle traumatique. Cette défense s'accompagne évidemment de « trous » dans la mémoire et dans le travail de remémoration. Tout se passe comme si en se retirant de l'affect, le moi se retirait de l'expérience vécue. Dans ces conditions, les expériences précoces ne peuvent faire l'objet d'une historicisation. Le sujet ne peut s'approprier les expériences vécues dans une perspective mutative. Il en résulte une éradication de l'affect par effacement de l'intrapsychique.

Néanmoins, nous pouvons observer que la vie émotionnelle n'est pas absente chez ces sujets. L'émotion caractérisée par un fonctionnement tourné vers les sensations proprioceptives et perceptions externes maintient le lien à l'environnement. Il s'ensuit un déséquilibre affect (absent), émotion (hyper présente) qui conforte cette impression d'un sujet totalement assujéti aux liens externes et dans lesquels le corps prend une place excessive.

Ainsi, nous sommes renvoyés à une phase précoce du développement de la psyché, à ce stade qui renvoie à la période précoce du lien de dépendance qui unit le bébé à son environnement.

Se mêlent deux types d'expériences dont le destin va être déterminant pour la mise en place des processus ultérieurs de représentation. Sur le trajet de la « trace au sens » des obstacles peuvent apparaître et s'opposer au travail normal de remémoration.

Les expériences précoces traumatiques ne peuvent être ressaisies par la symbolisation primaire et transformées en représentation de choses. Elles s'inscrivent dans la mémoire procédurale corporelle dont le siège se trouve dans l'amygdale. Ces expériences précoces traumatiques se figent en traces « amnésiques » au lieu de se transformer en traces « mnésiques perceptives ».

Portées par la dimension messagère de la pulsion, elles tendent à se répéter en s'extériorisant dans l'objet-corps sans toutefois être ressaisies par la symbolisation primaire.

## CHAPITRE 7

# Hypothèses pour une compréhension clinique des pathologies de la dépendance

L'anorexie mentale et l'hyperactivité sont confrontées à l'absence de « rassemblement », et l'absence de liens sécurisés.

Par rassemblement, il faut entendre trois aspects du fonctionnement psychique. D'une part, la coordination sensorielle et les modalités de liaison sensorielles portées par la libido, d'autre part le plaisir partagé dans la rencontre dyadique et enfin, les fonctions de synthèse du moi.

Ces différentes conditions ne sont pas remplies dans les souffrances narcissiques et identitaires représentées dans notre étude par l'anorexie et l'hyperactivité.

Citons S. Freud (1938) pour nous aider à synthétiser ce dont il est question :

« Intéressant que des premières expériences, contrairement à ce qui se passe plus tard, les diverses réactions se conservent toutes, les réactions contraires naturellement aussi. Au lieu de la décision, qui serait plus tard l'issue. Explication : faiblesse de la synthèse, conservation du caractère des processus primaires. »

« Les diverses réactions se conservent toutes » (expériences primaires, traces mnésiques perceptives, matière première psychique), « les réactions contraires naturellement aussi » (premières défenses mises en place).

« Au lieu de la décision, qui serait plus tard l'issue » (solutions aux conflits au cours des processus secondaires qui sont ensuite refoulées).

Explication : « faiblesse de la synthèse » (du moi, faiblesse du rassemblement du moi).

« Conservation du caractère des processus primaires. » Les expériences traumatiques vont contribuer à fixer cet état de faiblesse de la synthèse du moi et du rassemblement des flux sensoriels. La psyché va conserver ce caractère « déficitaire » de « nébuleuse subjective » ou bien encore d'un ensemble « de noyaux agglutinés ».

Les liens sécurisés s'obtiennent essentiellement à partir d'un ressenti par le bébé que l'environnement est prévisible. Moins il ressent de prévisibilité, plus il est incité à s'organiser de manière indépendante pour subvenir à ses besoins. Recherche d'indépendance forcée pour lutter contre la dépendance affective et le collage (anorexie). Maîtrise du corps *in fine* pour maîtriser l'introjection de l'imprévisibilité ou bien la tentation de collage à l'objet. Pour éviter les effets de l'imprévisibilité, l'hyperactivité, l'agitation sensorimotrice tente de capter l'attention de l'objet pour le maîtriser.

## Caractéristiques défensives communes de l'anorexie mentale et de l'hyperactivité

Anorexie mentale et hyperactivité présentent deux caractéristiques défensives communes :

D'une part, une « projection » de tout ou partie de l'intrapsychique dans l'environnement (identification projective).

Le moi, du fait de sa faible capacité de synthèse, éprouve des difficultés à se constituer en moi-sujet et reste fixé à une non-différenciation d'avec l'environnement. La relation insécure à l'objet est vécue comme effractante, le sujet n'a de cesse de redouter une intrusion de la pensée d'autrui et se doit de se garantir en permanence contre cette menace d'invasion. Il en résulte une identification narcissique à l'environnement.

Aux jugements d'attribution et d'existence qui définissent un dedans et un dehors auxquels sont attribués des caractéristiques bon dedans et mauvais dehors, succèdent deux autres formes de jugement : mauvais dedans et bon dehors.

S. Freud, cité par M. Leclaire et D. Scarfone (2000), évoquera ensuite l'existence d'un « jugement d'actualité » qu'on peut rapprocher de la formule de D.W. Winnicott : « L'expérience doit être mise au présent du moi », expérience qui échoue comme nous l'avons explicité précédemment.

Il faut considérer ces transformations comme des formes instables de jugement susceptibles de se transformer en permanence, accompagnées de ressentis persécutatoires de la part de l'environnement à certaines phases de l'évolution de la maladie.

D'autre part, des processus de clivage sont à l'œuvre.

## Corps et psyché créent une néo-subjectivité amputée de sa « corporéité »

La corporéité se définit par son essence libidinale et sexuelle. L'hyperactif et l'anorexique présentent cette amputation de la corporéité dont le rôle est de tenir ensemble le corps et la psyché et de manière plus archaïque

encore les flux sensoriels. Ce qui tient ensemble le corps et la psyché, c'est avant tout la relation à l'autre et le plaisir partagé dans la relation « énigmatique » à l'autre.

Dans l'anorexie et l'hyperactivité, tout se passe comme si l'objet de la pulsion restait indéfinissable (source, objet, but, poussée), l'affaiblissement des quatre déterminants de la pulsion définissant un « objet flou » dans sa détermination (un objet destructible, non créatif, non transformationnel, rétractable). Il en résulte un affaiblissement de la vectorisation pulsionnelle et objectale. L'excitation prend le relais de la pulsion et tente d'organiser le destin de l'agressivité et de la libido. L'excitation non vectorisée se décharge non plus directement sur et dans l'objet mais plutôt dans l'environnement. L'objet perd sa position centrale (objet décentré). Il devient « un leurre ». La quête de l'objet persiste, mais renvoie sans cesse à un impossible. Le recours se situe alors sur un mode narcissique d'identification à l'environnement. Certaines zones et fonctions corporelles sont intégrées dans cet environnement. Il s'agit de la musculature de la sensori-motricité, du tonus musculaire, des flux sensoriels principalement. Ils sont utilisés dans ce cas comme zone limite entre le dedans et le dehors. Limites ultimes dont l'utilisation exacerbée permet de créer une zone frontière sur laquelle les échanges peuvent se produire. Ils se produisent autour de la quête du lien, au « mirage objectal » et de la préservation de l'intimité (intrapsychique).

## Césure action/représentation : décharge motrice/ décharge psychique, hyperactivité motrice/ hypoactivité psychique

Pour éclairer notre hypothèse concernant l'hyperactivité, il nous faut préciser un point particulier : action, représentation et observation de l'action sont intimement mêlées, la découverte récente des neurones miroirs le démontre.

On ne peut donc envisager l'hyperactivité comme une action car l'hyperactif ne se représente pas son activité excessive, de la même manière que l'anorexique ne perçoit pas sa maigreur.

Autre réflexion, la ritaline® qui est un psychostimulant prescrit aux hyperactifs, possède un effet sédatif sur l'hyperactivité. Le paradoxe est que cet excitant va produire un effet pare-excitant : l'hyperactif voit traitée son excitation par un excitant pare-excitant.

L'hypothèse serait donc que l'on retrouve une identité de fonctionnement entre biologique et psychique.

En effet, l'hyperactif en état permanent d'excitation crée un objet excitant pare-excitant sur un plan psychique, l'aspect important à souligner est l'absence totale de conscience de cet état. Donc, force est de

constater que l'absence de représentation perceptive de son état conduit à envisager qu'en lieu et place d'une représentation auto (réflexivité) s'exprime un état hallucinatoire. Ce qu'il fait vivre à l'autre c'est un retournement dans la mesure où il le met « hors de lui/elle », ce qui est le signe d'un état similaire de chaos mental chez l'hyperactif. Cet état hallucinatoire qui le ramène vers une « sensation » de calme (et non pas de représentation) s'associe à une sensation de solitude, sensation de ne pas pouvoir partager un éprouvé de son monde interne (sensation de non-vie psychique, d'identité absolue à soi). À ce moment là, la mise en mouvement devient tentative de créer un double de lui-même, de créer un écart avec lui-même, tentative de trouver chemin faisant un autre lui-même, un double homosexuel primaire qui a existé « en tant qu'objet à la limite », objet uniquement excitant et pare-excitant, non intriquant.

Autant d'éléments théorico-cliniques qui s'articulent avec la tendance anti-sociale de D.W. Winnicott et qu'il a nommée déprivation : si l'objet avait été internalisé, sa disparition aurait plutôt produit un effet dépressif.

Donc, nous retrouvons dans cette césure deux points antagonistes. D'une part, la décharge motrice de « l'excitation » et d'autre part, la tentative de **créer un lien vital** (recréer un lien) avec un objet homosexuel primaire en double (peut-être homosexuel en premier lieu).

L'hyperactif nous conduit de ce fait « aux confins de l'identité » comme le souligne De M'Uzan (2005) : « Là où la psyché doit pour éviter l'implosion psychique créer par clivage, une image en double », image du double homo-sensori-sexuel.

### **Modalités sensorielles récupérées comme défenses périphériques du moi corporel : effacement de l'affect et renforcement émotionnel**

Dans les deux pathologies étudiées, la sensorialité ou du moins son utilisation pose question. Comment élaborer ces modalités hyperactives de l'expression sensorimotrice ?

Plusieurs dimensions contradictoires nous semblent à l'œuvre dans ce schéma :

- d'une part, nous pouvons voir sur un plan économique, un mouvement de décharge psychique, une fonction évacuatrice d'une tension psychique interne ressentie comme mauvaise à évacuer en dehors de la psyché et en dehors de l'objet ;
- d'autre part et simultanément, cette décharge hors de l'objet constitue un message délivré à l'objet, une quête de rencontre dont l'échec contraint le sujet à la répétition ;
- enfin, la troisième dimension repérable est la sensation éprouvée dans l'acte sensori-moteur qui constitue le soubassement d'une sensation

d'exister, c'est-à-dire que l'on peut se représenter le processus en jeu comme une tentative de suppléer à l'effacement du sentiment d'existence. Ce sentiment d'existence et de continuité psychique font défaut chez ces patients qui récupèrent au niveau de la sensation physique la « perte identitaire » liée à la perte du sentiment de soi.

On peut envisager ainsi un déplacement de la libido sur la périphérie sensorielle du moi corporel. Ce déplacement crée une néo-limite de surface un dedans-dehors sensoriel qui ne coïncide pas avec les limites du corps réel. Ce néo-corps sensori-moteur devient porteur de la libido et de l'hallucinoire, d'où les sensations de modifications monstrueuses du corps ressenties dans la simple inhalation d'une odeur, ou encore d'un acte gustatif minimal ou d'une observation visuelle d'un comportement alimentaire chez autrui.

Dans ces pathologies narcissiques identitaires, l'enjeu est celui de la continuité temporelle, psychique et corporelle. À l'opposé, dans la psychose, l'enjeu est davantage du côté de la perte d'unité psychique et corporelle.

En outre, ces souffrances présentent la particularité, contrairement à la psychose, de ne pas déconnecter la sensation de l'émotion. « Dans la psychose, il y a prédominance des sensations au détriment des émotions. » Anne Brun (2010).

Rappelons que nous distinguons l'émotion de l'affect en ceci que l'émotion nous paraît essentiellement d'essence intersubjective alors que l'affect est prioritairement d'essence pulsionnelle intrapsychique.

L'excitation du fait d'une rencontre insatisfaisante à l'objet (objet imprévisible, non transformable) empêche la pulsionnalité d'organiser le lien intrapsychique à l'objet. Cette éradication des processus introjectifs est la conséquence d'une décharge psychique hors de l'objet, il s'ensuit une quête de soi et de l'objet sous la forme d'une régression à la sensori-motricité.

Ainsi, Monsieur A., chef d'entreprise hyperactif, se plaint de ne pas parvenir à l'orgasme et à l'éjaculation dans la relation sexuelle (sans substrat organique), son plaisir est ressenti dans l'orgasme perçu chez sa partenaire. Il précise lors d'une séance : « *La seule chose où j'arrive à me projeter c'est l'acte sexuel, pas les autres choses comme parler... Les femmes, il faut que je me les fasse... comme si j'allais trouver quelque chose en elles.... un besoin de continuer sans cesse, comme un livre où il n'y a pas de fin, c'est un travail sans fin qui m'épuise... c'est une dépendance, il faut qu'il y ait un ressenti chez l'autre pour que j'éprouve quelque chose.* »

On peut noter ici, que l'interaction n'est pas relayée par l'intersubjectivité, l'autre (les femmes) n'est pas perçu comme possédant une subjectivité différenciée. C'est le plaisir de l'autre qui crée un ressenti. La pulsion, loin de créer l'objet pour s'y décharger, échoue à se transformer

en désir et s'organise sous le primat du besoin (besoin de l'autre, de son ressenti pour se sentir exister).

L'émotionnel interactif est prévalent dans ces conjonctures psychiques, ce qui nous paraît consécutif à l'absence initiale d'angoisse « signal d'alarme ». Il se produit alors chez le sujet, dont l'appareil psychique n'a pas pu s'informer de l'affect qui le traversait, une angoisse de débordement. Il s'agit bien là d'une défaillance dans l'organisation de la pulsionnalité et de sa représentance (affect).

L'absence du représentant-la représentation-affect ouvre le passage au débordement émotionnel et un effet de contagion s'observe jusque dans l'environnement du sujet (parfois même prioritairement).

« *Il me met hors de moi* » dit une mère à propos de son enfant hyperactif, alors que l'enfant n'a pas conscience de son agitation.

« *Elle me fait halluciner* » dit un père de sa fille anorexique qui se trouve trop grosse et « *se laisse mourir* » en refusant de manger.

Ce débordement émotionnel avec son corollaire contagieux par retournement ne peut être assimilé à un effet empathique. Le concept d'empathie doit être rattaché à une dimension intersubjective. Ici, on observe donc une éradication de l'affect et une recrudescence des états émotionnels dans lesquels l'environnement est particulièrement impliqué.

### **Travail de remémoration entravé : saturation de la mémoire procédurale se substituant à la mémoire déclarative**

Évoquer la question de l'inconscient conduit nécessairement à traiter de la question de la remémoration, J. LeDoux (2005).

Les découvertes récentes des neurosciences confirment l'existence de deux types distincts de mémoire.

Une première mémoire dite explicite, mémoire des gens, des objets, des lieux, des faits, des événements, est stockée dans le cortex préfrontal. Ces souvenirs sont convertis en souvenirs à long terme dans l'hippocampe, puis sont ensuite stockés dans les parties du cortex qui ont traité l'information. Cette mémoire permet donc le retour du refoulé à travers le souvenir. Cette forme de mémoire se met en place vers la deuxième année de vie dès que l'hippocampe est en mesure d'assurer ce fonctionnement, de convertir les expériences en souvenirs à long terme. Il est important de noter que l'expérience est entreposée dans la même région du cortex cérébral qui avait initialement traité l'information. Ceci pose la question de son rappel et des modalités de son rappel. Les souvenirs visuels sont stockés dans diverses régions du cortex visuel et les souvenirs des expériences tactiles sont stockés dans le cortex somato-sensoriel.

E. Kandel (2006) fait état d'une autre mémoire que la mémoire consciente, laquelle fait appel à l'hippocampe. Il existe, selon lui, une mémoire inconsciente qui réside hors de l'hippocampe et du lobe temporal

médian. Deux formes de mémoire qui requièrent des systèmes anatomiques différents.

Actuellement, on nomme cette première forme de mémoire, mémoire explicite ou déclarative (consciente). La mémoire inconsciente dont le siège se trouve dans le cervelet, le striatum et l'amygdale, est nommée aujourd'hui mémoire implicite ou procédurale. Rajoutons que cette mémoire implicite est en même temps le siège des émotions, intervenant dans les premières expériences de la relation mère-enfant et « peut-être aux plus précoces stimulations prénatales que le fœtus reçoit de sa mère » M. Mancía (2007). Lors de cette période initiale de la vie (deux premières années de la vie), le refoulement ne peut se produire car les structures nécessaires à la mémoire explicite (hippocampe et cortex temporal médian) ne sont pas définitivement formées. Les expériences traumatiques extrêmes ou de graves stress entraînent des pertes de neurones hippocampaux ce qui a pour conséquence l'altération des circuits de la mémoire explicite. Ces expériences ne peuvent être archivées que dans la mémoire implicite. Freud, dans « Malaise dans la culture » (1929), soutenait que tout ce qui s'est produit dans le passé ne saurait être effacé et que « cela survit » dans le présent. Mais comme le souligne M. Mancía (2007) : « Survivre, ne signifie pas se souvenir. »

Le « transfert » en psychanalyse et en psychothérapie est une modalité de récupération d'une expérience infantile au même titre que le rêve. Ceci aussi bien à travers le souvenir que par le biais d'autres modalités que le souvenir (expériences précoces). Le transfert dans ces conditions doit être envisagé dans ses composantes « extra et infraverbales », M. Mancía (2007).

Le comportement général du patient en séance, l'expression de son visage, sa posture, ses mouvements même, renvoient à l'influence sur l'inconscient précoce de la dimension procédurale de la mémoire implicite.

Nous reviendrons sur ce thème dans la partie III consacrée à la thérapie, mais il faut concevoir que les conjonctures cliniques auxquelles s'adresse cette recherche s'appuient dans la relation sur la dimension « échoïsante » de la rencontre. Comme le souligne G. Devereux « l'observé observe, l'observateur, l'observer », ce qui signifie que dans les conjonctures narcissiques identitaires, ces patients requièrent un appui perceptif dans un dispositif en face à face. Dans ce dispositif, le thérapeute est perçu, ressenti, vu, entendu comme double narcissique, double homosexuel primaire du patient. La difficulté du face à face réside pour le thérapeute, dans le fait d'inclure dans son contre-transfert les modalités corporelles en jeu, se sentir soi-même à travers les postures et la gestualité, se voir soi-même, s'entendre soi-même, être plus attentif à ce que nous montrons de nos mouvements psychiques éventuellement mal intégrés. Cela nous revient du dehors à partir des réponses

transférentielles de nos patients, à ce qui de nous s'est exprimé malgré nous à notre insu.

S'ouvre donc ici la question de la manière dont le corps du thérapeute, son expressivité accompagne, étaye, souligne ses interventions, voire ses interprétations, la manière dont la corporéité du thérapeute va être un interprétant de la situation. Comme le souligne P. Fonagy (1999) : « Les communications non verbales peuvent susciter d'intenses sentiments contre-transférentiels. »

L'existence de ces deux types de mémoire conduit certains auteurs à concevoir un inconscient refoulé susceptible, pour la levée du refoulement, de permettre au sujet d'accéder aux souvenirs et à la remémoration. Cet inconscient refoulé est donc distinct d'un inconscient précoce non refoulé, inscrit dans les expériences chargées d'émotions et enracinées dans le ton affectif des relations primaires (notamment autour du ton prosodique de la voix). Ces expériences précoces lorsqu'elles sont traumatiques ne peuvent s'inscrire dans la mémoire explicite et doivent bénéficier d'un traitement thérapeutique « différent », car elles ne sont pas mémorables. Néanmoins, elles peuvent être revécues émotionnellement grâce à leur dimension sensorielle et motrice, toute la sensorialité est impliquée dans ce schéma d'inscription. Comme l'indique E. Kandel (2006) : « Les expériences sont enregistrées et rappelées non seulement comme des souvenirs conscients mais aussi comme des souvenirs inconscients. Les souvenirs inconscients sont d'ordinaire inaccessibles à la conscience, mais ils ont néanmoins une incidence considérable sur le comportement. »

Il est à noter par ailleurs que l'hippocampe n'enregistre pas l'information portant sur une modalité sensorielle unique (la vue, le toucher ou la douleur) mais celle concernant « l'espace environnant » qui dépend d'informations tirées de plusieurs sens (voir le chapitre 3 sur la sensorialité).

Chez Kandel (2006) comme chez G. Edelman (1992), on retrouve l'idée d'un enregistrement premier de l'expérience sous forme de « cartes perceptives » conservées à un niveau sous-cortical et devant être catégorisées. La catégorisation signifie la reprise ou l'interprétation de l'expérience à un autre niveau (cortical) « conceptuel » selon S. Freud (1896). Les circuits dits réentrants de G. Edelman ne sont pas sans évoquer au plan psychique ce que la psychanalyse nomme « réinterprétation après coup », le cortex réactive sous la forme de micro-hallucinations brèves les expériences sous-corticales.

Ce travail biologique d'une réactualisation d'une expérience antérieure par le cortex soutient notre hypothèse d'une identité de fonctionnement entre le psychique et le biologique. Ici, l'expérience décrite renvoie trait pour trait à la notion de transfert en psychanalyse.

Précisons que le lieu de rappel de l'expérience est le même que celui de son inscription (sous-corticale), ce rappel se faisant sous la forme hallucinatoire sur un plan biologique, mais aussi psychique lorsque le bébé hallucine le sein en son absence.

En tout état de cause, la question centrale de l'existence d'un fond hallucinatoire de la psyché réapparaît dans cette réflexion.

### **Rupture de la dialectique présence/absence**

La question fondamentale de la dialectique présence/absence a été généralement traitée à partir de la capacité du sujet à affronter l'absence de l'objet. Toute la question est de savoir comment le sujet aborde la problématique de la séparation. À l'origine, la métapsychologie induit prioritairement l'aspect sexuel dans la relation d'objet et fonde le principe de la castration comme premier repère dans la clinique infantile. La castration s'origine donc dans la « différence » des sexes, des générations ainsi que dans la différence entre sexualité infantile et sexualité adulte. La métapsychologie est résolument articulée à « l'absence » au sens de la « différence » et à la capacité du sujet à s'approprier l'absence.

Le jeu de la bobine décrit par S. Freud (1920) dans « *Au-delà du principe de plaisir* » a pour objectif premier de traiter la question de la « répétition », on assiste dans ce scénario à un jeu d'un enfant de 18 mois, observé par son grand-père (Freud). On peut se demander quel rôle joue la présence de « l'observateur » dans les séquences organisées par l'enfant. S. Freud observe donc que son petit-fils ne pleure pas lorsque sa mère s'absente, mais qu'il organise des activités qui consistent à projeter les objets qui sont à sa disposition loin de lui. Plus tard, il observe un scénario au cours duquel l'enfant joue avec une bobine attachée à une ficelle qu'il propulse dans le berceau puis la rapproche en tirant sur la ficelle. Simultanément, il prononce des mots que S. Freud traduit par « fort » et « da », c'est-à-dire « loin » et « près ». Nous sommes au seuil d'un travail psychique de symbolisation secondaire, transformation de la représentation de choses en représentation de mots.

Plus tard, S. Freud décrira une autre séquence au cours de laquelle il observe le bébé se placer devant le miroir du salon (lequel ne descend pas jusqu'au sol) et s'accroupir comme pour faire disparaître son image. Cette séquence sera suivie par une attitude « énigmatique », lors du retour de la mère, le bébé s'exclamera « bébé ooh » ou « bébé parti ».

Cette séquence associée à la précédente indique à quel point le bébé, à ce moment là, est en mesure d'occuper les différentes places de la relation en jeu. En se faisant disparaître devant le miroir, il est aussi la mère abandonnante, qui abandonne le bébé et le retrouve. Puis au retour de la mère, il joue la scène du bébé qui part et qui abandonne la mère au

moment précisément où son retour la rend susceptible de s'absenter à nouveau. Le bébé anticipant cette potentialité.

Notons au passage, que nous avons là, dans cette succession, une référence au jeu de la bobine avec le bébé qui organise activement la séparation pour ne pas la subir passivement et aussi le stade du miroir de Lacan figuré par cette séquence d'apparition/disparition devant le miroir en présence d'un tiers. Le stade du miroir s'avère un moment fondateur de cette période infantile, identification secondaire qui se subsume dans la phrase de Lacan : « Le mot c'est le meurtre de la chose. » À cette formule, nous pourrions rajouter à l'instar de R. Cahn (1995) : « À condition que l'objet y résiste. »

Première nuance, apportée à la position lacanienne par R. Cahn, qui consiste à penser que le meurtre de la chose ou destructivité décrite par D.W. Winnicott s'accompagne nécessairement d'un « démenti » apporté par l'objet à cette destructivité, démenti qui doit se doubler d'une « créativité » que l'objet va devoir affirmer pour apparaître « non-détruit », vivant et différent. Dès lors, comme le souligne R. Roussillon (1995), on est fondé à penser la pulsion non plus comme simple impératif de décharge, mais en prenant en compte le message subjectif qu'elle porte et transmet. Cette fonction messagère de la pulsion implique que si le sens n'est pas donné à priori, il dépend de la réponse de l'objet autre-sujet. Le sens se construit dans la manière dont l'objet accueille et répond aux « potentialités latentes du message initial ».

La question de l'absence et les modalités de séparation qu'elle organise relèvent de la symbolisation secondaire. Il nous faut à présent préciser ce qu'il en est de la symbolisation primaire qui s'organise prioritairement sur un fond de présence de l'objet dans la rencontre intersubjective.

Ces deux étapes de la symbolisation ne sont pas clivées, elles portent une continuité. On retrouve d'ailleurs cette dimension de la « présence » intersubjective dans le jeu de la bobine, c'est la ficelle qui symbolise la présence en continu de la relation à l'objet. Si la bobine n'est pas perçue visuellement par le bébé lorsqu'il l'éloigne de lui, elle reste en contact permanent avec ce dernier par le biais de la perception sensorielle puisqu'il ressent sa présence dans sa main.

De la même manière, le stade du miroir dans sa configuration finale, figurée par la phase jubilatoire, s'appuie sur la « présence » d'un tiers qui confirme à l'enfant qui se questionne que l'image qu'il perçoit dans le miroir est bien la sienne. La dimension de la « présence » est nécessaire pour étayer l'autonomisation de l'image interne de soi. Les travaux actuels nous indiquent que l'enfant n'acquiert pas une image interne autonome et permanente de soi avant l'âge de six ans.

Comme le précise N. Georgieff (2008) : « L'intérêt pour autrui s'exprime chez le nourrisson dès la naissance faisant postuler une

intersubjectivité précoce ou primaire. » C. Trévarthen (2003) de son côté, évoque une intersubjectivité primaire pour caractériser le tout début de ce processus de rencontre. Il distingue deux formes d'intersubjectivité, l'intersubjectivité primaire et l'intersubjectivité secondaire. L'intersubjectivité primaire est marquée par un intérêt pour le visage d'autrui et le regard sans conduite clairement intentionnelle. L'intersubjectivité secondaire décrit les moments où apparaissent chez le bébé les premières émergences comportementales manifestement adressées à l'autre de façon intermittente vers l'âge de trois-quatre mois, puis de façon régulière vers cinq à six mois. « Rencontre » et « présence qui se subsument dans la dimension de l'intentionnalité précocement mise en jeu ».

De nombreux travaux de recherche convergent vers l'idée que très précocement le bébé est attiré par la communication avec un autre qui manifeste sa présence. Une présence dont la forme s'exprime à travers « l'imitation » et « l'empathie ». Deux notions dont l'intérêt a été réactualisé ces dernières années par les travaux de J. Nadel et J. Decety (2002).

Quand une mère et son bébé se regardent, le visage de l'adulte imite en miroir les expressions, les mimiques du visage du bébé. Il faut prendre en compte deux éléments : premièrement, la mère ajoute un commentaire sur le sens affectif supposé de cette mimique pour le bébé (intersensorialité). Deuxièmement, le visage maternel imite le visage du bébé, il prend les mêmes expressions faciales en les accentuant. La mère complète cette expression du bébé par une mimique supplémentaire allant dans le sens d'une émotion hypothétique qu'elle attribue au bébé. Ce scénario dans lequel la mère se fait « miroir » ou « écho » des éprouvés du bébé de manière excessive, entraîne une imitation secondaire amodale chez le bébé. Une imitation croisée qui suscite un « partage » émotionnel. Les travaux actuels sur les neurones miroirs vont dans le sens de ces observations.

Ce partage émotionnel ne crée pas de confusion soi-non soi dans la mesure où un système différenciateur a été repéré dans le cortex pariétal inférieur qui permet au bébé de saisir ce qui vient de lui et ce qui vient d'autrui. Système dont sont dépourvus les sujets psychotiques.

Un autre exemple du jeu figurant la présence-absence nous est fourni par A. Ciccone (2011) lorsqu'il observe chez un bébé de sept mois, allongé sur le dos, deux comportements simultanés. Pendant que sa mère vaque à ses occupations en s'éloignant et se rapprochant de lui, le bébé joue alternativement à rapprocher et éloigner des objets qu'il tient dans chaque main. Ce rapproché-éloigné joué dans le haut du corps est associé à une activité différente dans les membres inférieurs. Le bébé frotte son pied droit le long de sa jambe gauche comme pour figurer le lien continu à l'objet.

Un autre exemple nous est proposé par le même auteur lors d'une séance de repas chez un bébé de huit-neuf mois. Assis sur une chaise haute, sa mère lui donne à manger avec une petite cuillère. Pendant qu'il déglutit et que le bol alimentaire descend dans l'œsophage, il se saisit d'un objet qu'il laisse tomber incidemment au sol. Sa mère le récupère et le lui redonne. Rapidement, le bébé va saisir la dimension ludique et élaborative qu'offre cette situation. L'objet qui tombe représente le bol alimentaire qui descend dans l'estomac et en même temps la destructivité adressée à l'objet maternel (manger la mère, c'est la détruire en l'introjectant). La « présence » maternelle qui joue à ramener l'objet tombé-détruit, inlassablement, dans une dimension ludique empreinte de plaisir, permet à l'enfant d'élaborer sa destructivité. L'objet est détruit-trouvé grâce à la présence maternelle qui reste vivante et créative.

Ce type de jeu intersubjectif nécessite la présence de l'autre pour pouvoir se développer et se poursuivre et ne permet pas de symboliser « quelque chose » en l'absence de l'autre. On conçoit ainsi un travail de présence primaire nécessaire à la constitution de la dialectique présence-absence. Le destin de la séparation prend selon les cas une orientation différente. Lorsque la séparation est adossée au processus dialectique de présence-absence, elle amorce la dimension du « manque », celui-ci s'inscrivant dans le désir. À l'opposé, lorsque la dialectique présence-absence est rompue, la séparation d'avec l'objet convoque le « vide » et s'inscrit dans le « besoin ». Tout se passe comme si les besoins du « moi » dont parle D.W. Winnicott n'étaient pas pris en compte par l'objet. Dans ces conditions, la pulsion demeure rivée au corps et cherche satisfaction à travers lui au lieu de la quête et décharge dans l'objet. Le passage besoin du corps vers le besoin du moi ne se transitionnalise pas et le « désir sexuel » devient « besoin sexuel ».

### *Présence, définition*

La présence ne doit pas s'entendre comme présence en continu. André Carel (1993) signale le cas de mères qui souhaitent se rendre présentes en permanence, mais ceci relève d'un fonctionnement opératoire qui peut aller jusqu'à l'intrusion. Certaines mères réveillent leur bébé pour contrôler si tout va bien. Dans ce cas, l'objet peut être séducteur ou traumatique. Par présence, il faut entendre les périodes de rencontres intersubjectives qui vont permettre le travail de symbolisation primaire qui requiert la constitution d'une relation en double homosexuel primaire. Une relation dans laquelle l'objet se prête volontiers à un travail de présentification des états émotionnels supposés de l'autre. Ainsi l'objet accueille ces états émotionnels et les transforme en états de mêmeté et permet alors de figurer ce à quoi le bébé s'attend, c'est-à-dire trouver du même à l'extérieur, illusion nécessaire à « l'appropriation subjective du soi ».

La présence s'entend donc par la manière dont l'objet « présentifie », rend présents au sujet ses états émotionnels. Nous l'avons déjà signalé par ailleurs (chapitre 3), l'objet doit apporter aussi un démenti aux angoisses de destruction qui lui sont adressées. L'objet est donc un « recours » au nom de sa fonction symbolisante. Il est en même temps objet de la pulsion. « La capacité d'être seul face à l'objet trouve sa raison dans la capacité d'être seul face à la pulsion. C'est cette dernière qui règle en dernier recours le rapport qui s'établit avec l'objet » R. Roussillon (2008). Autrement dit, si l'enfant apprend à être seul en présence de l'objet, il apprend simultanément à être seul face à ses pulsions. Dans le cas contraire, lorsqu'il ne parvient pas à établir une identité entre les perceptions internes et externes, il n'est plus en mesure d'être seul face à l'objet et sa pulsion. L'objet n'est plus un recours pulsionnel, il n'est plus « l'objet de la pulsion ».

Différents cas de figure sont possibles dès lors que l'identité des perceptions internes-externes n'est pas momentanément assurée. La capacité d'être seul se dissout soit du côté de l'abandon, soit du côté de l'empiètement narcissique. On retrouve ici les modes archaïques de défense décrits dans le chapitre 6, c'est-à-dire les modalités sensorielles récupérées comme défenses périphériques du moi corporel. L'homosexualité sensori-motrice s'étaye alors sur les sensations ou perceptions de soi pour tenter de rétablir une certaine capacité d'être seul sur un mode réactionnel. L'enjeu étant alors la menace d'empiètement ou de débordement dans une organisation psychique de non-différenciation moi-non moi.

## CHAPITRE 8

# Le corps, la motricité et la sensorialité à l'épreuve de la désymbolisation dans la relation transféro-contre-transférentielle

### Corps

L'enjeu premier et majeur des relations transféro-contre-transférentielles, des conjonctures cliniques de la dépendance psychique, se « formalise » dans une réédition de la relation mère-enfant : « Le bébé qui voit son soi d'abord dans le visage de la mère puis dans le miroir, indique une voie permettant d'envisager sous un certain angle l'analyse et la tâche thérapeutique. » D.W. Winnicott (1975). La tâche fondamentale c'est comme le souligne D.W. Winnicott celle de donner au patient ce « qu'il apporte ».

### Statut du corps, de la motricité et de la sensorialité à l'épreuve de la désymbolisation

Lorsque la symbolisation primaire échoue à transformer les objets en objets images du corps, en représentation chose, il se produit une dégradation de la corporéité. Lorsque tout se passe bien, le corps et la psyché sont unifiés, le sujet se sent posséder son corps et simultanément être son corps. La corporéité pourrait se définir ainsi à travers cette unité corps-psyché-soma intégrés, ce qui fait dire à Sami Ali (1999) : « Le corps se voit dans un espace et un temps qu'il a lui-même constitués. » Rajoutons, si c'était nécessaire, que le corps dont il est question n'est pas un corps autonome, il est la résultante d'une relation au corps maternel. Relation qui a permis l'intégration par le sujet des interactions, des processus intersubjectifs et *in fine* intrapsychiques. L'auto-érotisme se construit sur ce fond relationnel d'appropriations subjectives progressives. À l'origine de ce processus évolutif deux moments clés apparaissent : « la rencontre »

entre deux subjectivités et le « partage » émotionnel sensoriel esthétique. Ces deux notions fondamentales s'entendent dans une temporalité commune, « en même temps » et « dans une attention conjointe ». Ces temps de rencontre et de partage alternent avec des temps de retraits aussi bien chez la mère que chez le bébé. Ainsi, la rythmicité se construit. Comme le souligne D.W. Winnicott (1975) : « Trouver un moyen d'exister soi-même pour se relier aux objets en tant que soi-même et pour avoir un soi où se réfugier afin de se détendre. »

Le temps de retrait est un temps d'intégration, d'appropriation nécessaire, son respect par l'environnement est fondamental. Mais ce temps de retrait exige de ce fait que les rencontres soient « conjointes » au sens de J.S. Bruner pour permettre le développement d'une attention conjointe (relation dans un même espace-temps). Si l'autre est un « même », si on peut envisager la mêmeté entre l'autre et soi à ce stade primaire, c'est bien dans la perspective d'un espace et d'un temps narcissico-identitaire. Cette identité de fonctionnement se retrouve aux plans psychique et biologique.

Les recherches neurobiologiques sur les rythmes corporels mère-bébé montrent que la dyade dès avant la naissance s'accorde biologiquement. On observe un accordage des rythmes oniriques de chacun de manière progressive jusqu'à rêver en même temps et pour une durée similaire. Après la naissance, cette rythmicité onirique conjointe se poursuit tout le temps que dure l'allaitement. Elle assure les premiers linéaments de la séparation en présence de l'autre grâce aux phases de présence et de retrait. « Le fond de mêmeté » assure une prévisibilité de la relation sur laquelle le bébé peut s'appuyer pour se sécuriser. Si l'autre est un même empathique, il est prévisible, et le bébé qui s'attend précisément à trouver du même au-dehors se sent ainsi progressivement porté par une « omnipotence », « un moi idéalisé », « gonflé à bloc » (A.N. Schore 2003). L'autre soi-même assure l'illusion nécessaire pour un temps donné de cette omnipotence. On saisit ainsi comment les auto-érotismes prennent leur place dans ce schéma. « Se sentir est le reflet de la manière dont le sujet s'est senti être ressenti. » (R. Roussillon, 2008). Toute la sensorialité, tous les flux sensoriels sont concernés par cette dynamique et aboutissent à une « consensualité » (W.R. Bion, 1979). Donc, il faut envisager que cette relation mère-bébé soit le moteur d'un rassemblement plurimodal dans un espace-temps d'attention conjointe.

Le paradigme maintes fois évoqué par A. Ciccone (2010) est celui de la tétée qui « rassemble » les différents flux sensoriels du bébé, articulés à la sexualité maternelle. La mère qui éprouve du plaisir dans cet échange plurimodal et qui permet ainsi que s'échoïse dans le bébé le plaisir qu'il éprouve à recevoir et à donner. Déjà, l'énigme de ce plaisir partagé se fait jour dans cette différence des langues, de l'homosexualité primaire en double et de la sexualité adulte.

## Perception et sensation

Le domaine de la sensori-motricité se déploie très précocement dans la relation à l'objet. Il est le premier « attracteur » de la symbolisation primaire. Confondu principalement à l'hallucination sous la forme d'hallucinations motrices ou sensorielles, il va devoir être métabolisé dans les différentes instances de l'appareil psychique pour se transformer en perceptions (il est préférable de dire en représentations perceptives).

Selon R. Roussillon : « Avant de devenir consciente, la perception doit être organisée et signifiée par les différents systèmes psychiques qu'elle doit traverser. Autrement dit, elle doit être investie et préorganisée par le ça, puis signifiée par le moi inconscient avant d'être re-signifiée au sein du système préconscient pour être intégrée dans la trame du moi. » (2001).

Autrement dit, au terme de ce travail de l'appareil psychique, la perception doit être considérée comme une représentation perceptive.

Ne serait-il pas plus juste de dire que « la perception brute » est en fait une sensation ?

Comme le suggère R. Roussillon, le système perception-conscience doit être repensé relativement au fond hallucinatoire de la psyché qui gouverne l'ensemble des processus psychiques et corporels dès l'origine. La sensori-motricité par le biais des sensations qu'elle induit dans le moi en voie de constitution, par le travail de synthèse qu'elle favorise au niveau sensoriel, est le domaine le plus apte à s'associer à l'hallucination primaire.

Ainsi, dans l'autisme, un des modes de défense archaïque s'avère celui de privilégier une sensation corporelle. L'autiste en vient à aggraver au niveau visuel la vision périphérique de la vision focale.

De la même manière, on observe chez les anorexiques un repli sur les sensations corporelles.

L'odorat associé à des hallucinations indique à quel point la sensori-motricité est impliquée dans ces pathologies de la dépendance et comment elles constituent à la fois un mode de défense et un rappel par le biais de la « sensation » d'une identité primaire, ramenant le sujet aux confins de l'identité.

Dans cette perspective, la perception pourrait se différencier de la sensation par le fait qu'elle est la résultante d'un travail de transformation par l'appareil psychique. À l'opposé, la sensation peut être considérée comme une expérience, un éprouvé « brut » qui doit passer par la rencontre avec l'objet, la décharge dans l'objet, pour être perçue sensoriellement. À l'origine, la sensation peut être comprise comme « expérience privée » (P. Rochat, 2006), elle doit être accueillie et transformée puis, retournée par l'objet de manière « détoxifiée » au sens de W.R. Bion pour qu'elle puisse entrer dans la chaîne perceptive telle que décrite précédemment.

Comme le précise W.R. Bion, le destin de la sensori-motricité et des émotions est différent selon qu'il rencontre la fonction alfa maternelle ou que cette rencontre est perturbée donc inopérante. Lorsque la fonction alpha est opérante, elle peut convertir les données sensorielles et émotionnelles en éléments alpha. Dans ce cas de figure, ces données sont transformées en éléments mnésiques qui constituent le matériel des pensées. W.R. Bion (1983) précise qu'elles sont « emmagasinées » et qu'elles peuvent remplir les conditions des pensées du rêve. Si le processus de transformation échoue comme dans la psychose, les impressions des sens et des émotions demeurent inchangées et sont ressenties « comme des choses en soi », des « faits non digérés », des vécus bruts voués à l'évacuation. Il dénomme ces produits non élaborés, éléments « bêta ». Ces éléments ne peuvent être mis à la disposition de la pensée par l'appareil psychique, ni devenir inconscients, ni être mémorisés.

Dans les conjonctures cliniques que nous étudions dans cet ouvrage, dépendances psychiques que R. Roussillon (1999) nomme pathologies narcissico-identitaires, une distinction s'opère avec la psychose, elle concerne la défense par clivage.

## Psychose et clivage

Dans la psychose, le clivage correspond à une déchirure dans la subjectivité laissant alors le moi coupé en deux sans qu'il y ait communication entre les deux parties. Dans ce cas, la contradiction est intégrée dans la psyché.

Dans les souffrances narcissiques identitaires dont relèvent les « dépendances psychiques », le clivage tient dans le fait que la psyché peut se couper d'expériences traumatiques non représentées, que le sujet ne peut lier dans des formations symboliques et signifiantes, l'appareil psychique est alors confronté à des excitations qui débordent ses capacités de liaison. Pour tenter de survivre à leur impact, la psyché peut se couper de ces expériences traumatiques. Il ne s'agit pas d'un clivage du moi dans la mesure où ces expériences non symbolisées n'ont pas été intégrées dans la trame du moi. Le sujet tente de survivre à ces expériences traumatiques affectives, émotionnelles et sensori-motrices en retirant sa subjectivité de l'expérience vécue. Tout se passe alors comme si cette expérience n'avait pas été vécue par lui ni dans ses affects (il ne se sent pas angoissé), ni dans son corps. Et pourtant, cette expérience demeure en tant que trace amnésique qui fait inlassablement retour dans le moi, accolée à des éléments hallucinatoires non refoulés.

Nous reviendrons sur cet aspect fondamental tout au long de l'ouvrage, mais il est important de signaler ici, que ce processus défensif n'est pas suffisant puisqu'un retour du clivé est toujours potentiellement menaçant pour le moi.

Se rajoute donc à cette première défense ce que certains auteurs nomment l'analité primaire qui tente de pallier le retour interne du clivé par la mise en place d'un retournement passif/actif grâce auquel le sujet tente d'évacuer vers le dehors en direction des objets ce qui menace de faire retour au dedans de l'expérience traumatique non symbolisée.

### Relation intersubjective

Apportons un complément aux théories bioniennes qui consistent à mettre l'accent sur le rôle primordial tenu par la mère dans la relation intersubjective. La position de D. Stern (1985) est sensiblement différente, elle met en évidence l'interaction entre les registres sensoriels et émotionnels dans les premières interrelations entre le bébé et l'environnement. Il propose le concept d'accordage affectif qui déplace le centre d'attention vers ce qui sous-tend le comportement, vers le partage d'états internes. L'imitation du bébé par les parents, l'empathie qui préside à cette relation constituent la base du partage esthétique et des sensations. La plupart des accordages sont transmodaux, ce qui signifie que le parent transpose l'expression du bébé dans une autre modalité sensorielle. R. Roussillon (2008) prolonge cette réflexion et renforce l'idée d'un partage esthétique total dans lequel la rencontre est centrale et créatrice d'ajustements amodaux, toniques, posturaux, gestuels. Il convoque la métaphore d'une espèce de chorégraphie corporelle. Il émet l'hypothèse que la relation à l'objet primaire s'organise au sein d'une relation de dépendance primitive sur le mode de ce qu'il nomme homosexualité primaire en double. Il s'agit de donner toute son importance à la rencontre d'un objet double de soi, double semblable à soi (même) et autre à la fois.

Selon De M'Uzan (2005), ce processus de création du double provient d'une énergie vitale propre à permettre la survie de l'appareil psychique pour faire face aux mouvements chaotiques internes et aux risques d'implosion. Un clivage premier s'établit qui conduit à la création du double psychique. « Cette échoïsation esthétique au sein de la chorégraphie première produit un affect d'extase, de jubilation ou encore de plaisir esthétique. » (Anne Brun, 2010).

En préambule au chapitre sur le corps, il est indispensable de se questionner sur ce qu'il faut entendre par « corps ».

### Corps, définition

Si nous paraphrasons D.W. Winnicott, un corps n'existe pas en dehors d'une relation à un autre qui en représente plusieurs autres : le corps maternel convoque la figure paternelle, la lignée grand-parentale et la sexualité (différences des sexes, des générations et sexualité adulte et infantile).

Pour M. Sami-Ali (1999), avoir un corps c'est avoir un « espace » et un « temps » et être en mesure de dire « je ». Nous avons ici trois marqueurs de l'identité qui passent nécessairement par l'établissement sur le corps de l'adulte. « Être soi », c'est primordialement être « l'autre » à travers son visage et l'échoïsation des éprouvés qu'il retourne au sujet (autre soi-même). Puis secondordialement « être soi », c'est se différencier du corps maternel, se dégager d'une emprise première par un écart créateur, un jeu, une médiation qui transitionnalise le lien. L'être soi corporel passe par les étapes qui consistent à se dire : « Je ne suis pas cela », une sorte d'identité en négatif, un dégagement, une « décolonisation ».

Nous avons donné en 2002 une définition du corps : « Le corps, par sa multiplicité projective apparaît comme unique voie d'accès à l'unité psychosomatique. Cette multiplicité projective est l'implication corporelle dans des déterminants tels que la relation du sujet à l'espace, au temps, à la réalité somatique et à la réalité psychique qui englobe le rapport au conflit, à la sexualité et à l'affectivité. »

Le corps conçu sur un mode unitaire peut permettre de repérer à l'intérieur d'un champ multifactoriel le domaine où la déliaison est à l'œuvre. En envisageant la présence diffuse et agissante du corps dans tous les domaines de la vie psychique et somatique, on aborde une orientation conceptuelle visant une identité de fonctionnement au plan psychique et somatique. Les manifestations pathologiques se développent quant à elles sur un mode identique tant dans la vie psychique que dans la vie somatique et biologique. Dans les pathologies observées, telles que anorexie et hyperactivité, force est de constater que le corps est absent de la relation à l'autre. Il en est de même pour les pathologies somatiques, ainsi que pour l'autisme et la psychose.

« Le corps » qui à l'origine doit synthétiser l'ensemble des fonctions corporelles pour les unifier au niveau sensoriel, émotionnel, pulsionnel, se voit réduit à la fonction mise en jeu momentanément. Ainsi dans l'autisme, ce qu'il advient du corps c'est ce en quoi l'autiste le fait exister, c'est-à-dire la segmentation d'une fonction sensorielle. Dans l'anorexie, la désintrinsication corporelle conduit l'anorexique à tenter de trouver son identité dans les sensations telle que la douleur, l'activité musculaire (agonique et antagonique) ; globalement, la récupération sensorielle se fait en périphérie du corps. D'un point de vue sensori-moteur, on retrouve les mêmes registres impliqués chez l'hyperactif. Tout se passe comme si la fonction intermédiaire du corps à l'intersection du dedans et du dehors n'avait pu s'élaborer. Un processus de « détransitionnalisation » est à l'œuvre dans ces conjonctures cliniques.

On assiste simultanément à un double processus défensif, le premier renvoie à l'évacuation vers les objets des processus psychiques internes qui ne parviennent pas à s'élaborer au-dedans. Il en résulte une réaction dans le registre de l'analité primaire, laquelle permet au sujet

de se rendre actif pour éviter de subir passivement le retour du clivé traumatique. L'analité primaire se caractérise donc contrairement à l'analité secondaire par un clivage dedans-dehors. L'externalisation des éléments bêta est prévalente, le corps est projeté au-dehors en interface émotionnelle directe sans transition avec le monde extérieur. Le registre de l'analité secondaire est défaillant. Les contenus psychiques ne sont pas appareillés à des contenants dans l'appareil psychique.

Cette évacuation sur un mode passif/actif constitue le mode le plus archaïque d'adresse messagère de la pulsionnalité. Répéter pour symboliser, répéter pour s'adresser à l'autre ressenti comme spectateur anonyme.

Sous la menace constante d'un retour du clivé, la seconde modalité défensive repérable au niveau corporel est la fétichisation du corps.

Chez l'anorexique comme chez l'hyperactif, il s'agit d'utiliser le corps comme objet fétiche dans le but de dénier la séparation. Ce qui fait de la souffrance corporelle et de la « sensation permanente » un modèle pour « rendre présent l'objet ». À l'opposé, dans l'autisme, la sensation permet d'éviter le contact avec le monde extérieur, la sensation est prise comme objet anti-intermédiaire. Le rapport au corps dans l'anorexie et l'hyperactivité est un rapport addictif dans la mesure où il devient le moyen majeur d'annuler la séparation sur un mode segmenté, le corps est donc ramené à sa fonction sensori-motrice. Ce processus s'inscrit inexorablement dans la contrainte à la répétition, contrainte à la symbolisation qui échoue et se répète pour indiquer :

- premièrement, qu'une rencontre n'a pas eu lieu au bon endroit et au bon moment ;
- deuxièmement, la quête d'un objet secourable et symbolisant ;
- troisièmement, la difficulté éprouvée par le sujet à s'approprier subjectivement les effets de la rencontre.

Soit la rencontre patient-thérapeute est « suffisamment bonne » et elle fait courir le risque d'être perdue et de se perdre psychologiquement, soit elle n'est pas suffisamment bonne et elle perpétue la répétition à l'identique du processus. Ou enfin la rencontre est suffisamment bonne mais considérée comme trop tardive (« c'est trop tard »), bien que satisfaisante, la réponse aurait dû venir des objets historiques et non du thérapeute.

Le « fétichisme » a pour vocation de suturer les effets traumatiques toujours présents de la menace du retour du clivé, ce retour étant porté par la dimension hallucinatoire (introjecter l'autre, le corps maternel c'est le détruire). L'état de mouvement permanent permet d'éviter la « destruction » de l'autre et de soi.

La fétichisation permet dans une défense secondaire de suturer le retour traumatique du clivé, dans ce cas le corps est clivé du moi. Pour reprendre le terme de S. Freud, « le moi n'est plus corporel ». Le corps est autonome, figurant la présence indéfectible de l'autre. Le corps est à la lettre un fétiche que le sujet donne à voir avec fierté, donne à entendre

et à ressentir émotionnellement. Paradoxalement, cette démonstration se fait sur un mode froid et distant au niveau des affects exprimés qui donnent une impression d'indifférence vis-à-vis de l'autre. Cette indifférence de façade cède rapidement au décours d'un travail thérapeutique et laisse apparaître la profondeur de la quête affective. Dans la relation transféro-contre transférentielle, le thérapeute va se voir et se sentir assigné en lieu et place de la « suture fétichique ». C'est à partir de cette place qu'il va devoir travailler avec « l'anorexisation » et avec « l'hyperactivation » de la relation.

Dans « *Le Moi et le ça* » (1923), S. Freud donne une définition du corps qui est « *vu comme un autre objet* ». On peut envisager l'hypothèse que cet état initial du corps vu comme étranger prenne le relais de l'insatisfaction des besoins du moi. La pulsion ne parvenant pas à s'externaliser va préférentiellement se tourner vers la quête de satisfaction adressée à l'objet *via* le corps, non intégré dans la psyché. Le corps dans ce cas a pris la place du monde extérieur, point de rupture de l'hallucination négative de la mère. Dans la séparation forcée, l'absence de l'objet est le signe de sa localisation hors de l'enfant. L'organe ou le corps malade rétablissent la présence de l'objet.

Dans l'anorexie, le corps prend la place du monde extérieur. La défense par rigidification du corps vient rétablir la présence de l'objet, le restaurer, lui rendre son intégrité.

## Motricité - « action sans représentation »

On a pu voir dans le chapitre 2, la place de la motricité dans la relation d'objet. Par ailleurs, les travaux de S. Freud sur l'hystérie ont pu montrer comment le geste accompagne le discours, comment le corps *via* la motricité participe à la conversation et comment enfin le geste soutient le discours et le commente tout à la fois.

Les travaux actuels des neurosciences démontrent, s'il en était besoin, que les notions d'action et de représentation sont liées selon la fameuse expression de J.-D. Vincent « la représentaction ». Les travaux sur les neurones miroirs confirment par ailleurs que « vouloir agir comme penser ou se représenter l'action, ou voir l'autre agir, c'est déjà agir ».

Ce mode de représentation de l'action s'inscrit dans une dimension relationnelle : l'autre est toujours rendu présent par l'action.

Revenons aux prémisses de la marche. Un enfant qui aborde cette étape a besoin pour s'affirmer dans cette activité du soutien affectif de son environnement et sollicite du regard, et parfois de la voix, l'autorisation de l'objet pour réaliser cette expérience. On mesure à quel point, la présence de l'objet, son attention conjointe, sont fondamentales pour la réussite de cette expérience. La motricité est adressée à un spectateur bienveillant où le partage esthétique se prolonge.

## Motricité, anorexie et hyperactivité

Dans ces cas, la motricité ne semble plus portée par les éléments relationnels décrits précédemment. Elle n'est pas une motricité relationnelle, elle semble se limiter au seul objet de sensation qu'elle procure au sujet, même si nous savons par ailleurs que cette sensation se soutenait d'une recherche identitaire. Force est de constater qu'il s'agit d'une véritable césure action-représentation au profit d'un processus plus archaïque de « sens-action ».

Si nous revenons à la métaphore du train de S. Freud, déjà évoquée, la pulsion qui d'appareil d'action doit se transformer en appareil de choses puis en appareil de langage, adressée à un spectateur bienveillant, échoue ici dans ses transformations. Elle demeure et se répète en état d'excitation en s'adressant à un spectateur anonyme en excluant tout plaisir esthétique partagé.

Dans ce cas de figure, on peut affirmer qu'il s'agira d'une **motricité privée**, c'est-à-dire, une motricité au service de l'évacuation de la tension sur un fond d'analité primaire de recherche de sensations à travers l'action (différente de la recherche de représentations à travers l'action) et d'une quête d'identité.

La pente naturelle que nous propose ce type de pathologie, c'est d'isoler la motricité de la clinique du sens, de la relation d'objet et de considérer que ces troubles font partie d'un ensemble répertorié dans le concept de dyspraxies ou **troubles de la fonction exécutive**.

En ce qui nous concerne, il s'agira de réinscrire les troubles de la motricité ou de la sensori-motricité dans la dimension relationnelle dont ils paraissent exclus mais qu'ils convoquent à leur insu.

Les travaux de R. Roussillon (2008, 2010) nous ont considérablement aidés à penser autrement la question de la sensori-motricité dans la mesure où il postule l'existence d'une « pulsion messagère adressée à l'objet ».

Dans son ouvrage *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, B. Brusset (1998) consacre un chapitre sur la motricité dans cette pathologie : il décrit la marche comme addiction anorexique, comme une « **toxicomanie sans toxique** ».

Pour cet auteur, le syndrome neuro-endocrinien de l'anorexie relève d'un **déterminisme psychosomatique**. Il postule dans ce cas un « court-circuit de l'économie intrapsychique ». Il y définit la motricité comme une « néo-régulation du fonctionnement psychique dans lequel le corps est rendu transparent aux phénomènes de sens ».

Pour cet auteur, la conversion est prégénitale et l'auto-érotisme est déconnecté des zones érogènes, ce qui entraîne chez ces patients un orgasme de la marche et un fétichisme du muscle. La marche forcée de l'anorexique est une addiction qui crée un objet transitoire dérivant dans ce cas vers la destructivité.

La fonction intégratrice paradoxale addictive fait de la solution, adoptée par l'anorexique : le problème.

Pour B. Brusset, la motricité, l'agir, est un court-circuit du fonctionnement psychique qui conduit le sujet aux confins de l'analité primaire et secondaire, par refus de quitter la bisexualité psychique (fille-garçon = phallus).

En ce qui concerne l'hyperactivité, on peut la définir comme les conditions dégradées de la rencontre. L'absence d'espace psychique interne conduit la psyché à se produire sur une scène externe dans laquelle l'activité auto-érotique dérive vers l'identification narcissique à l'environnement. L'excitation du corps ne trouve pas ici sa dérivation normale dans l'auto-érotisme propre au développement sexuel de l'enfant.

### **Place de la motricité dans l'émergence de la honte et la régulation narcissique de l'affect**

La compréhension de l'avènement du surmoi précoce et en particulier du surmoi pathologique dans la formation symptomatique est un aspect essentiel du processus thérapeutique.

Classiquement l'étiologie des troubles névrotiques met l'accent sur la culpabilité interne. Les pathologies narcissiques identitaires font d'avantage appel à un affect de honte qui est l'affect clé de ces conjonctures cliniques. Honte et culpabilité sont deux affects surmoïques, mais qui ne surviennent pas aux mêmes étapes du développement de l'enfant.

De nombreux auteurs qui ont étudié les périodes d'apparition de ces deux précurseurs surmoïques décrivent le caractère préverbal de la honte et rappellent qu'elle survient avant le développement du langage verbal. Plusieurs observations soulignent que l'affect de honte apparaît en fait chez l'enfant qui commence à marcher.

#### *Émergence de la honte*

Ceci correspond à ce que Mahler (1975) a décrit au cours du stade séparation-individuation qui s'étend de dix mois à 18 mois environ. Cet affect de honte est précédé nécessairement d'une conscience de soi qui apparaît simultanément dans cette période.

Piaget avait décrit, qu'entre 12 et 18 mois, apparaissait le développement de la capacité cognitive à représenter le soi et la causalité extérieure. Ces affirmations sont corroborées par les études sur le vocabulaire affectif d'un enfant de 12 mois qui se limite en moyenne à trois mots. Il n'est que de 19 mots à 15 mois. L'expérience de l'affect de honte n'est donc pas communicable par les mots. L'expérience de culpabilité est d'avantage communicable verbalement car elle prend naissance entre trois et six ans.

Ainsi l'enfant préverbal connaît la honte tandis que la culpabilité apparaît chez l'enfant plus âgé qui a eu accès à la représentation des

mots et donc au langage verbal. Leur origine distincte indique bien que ces deux systèmes affectifs surmoïques sont dissociables et indépendants. L'affect de honte se constitue dans cette période d'autonomisation et d'exaltation narcissique lié aux possibilités nouvelles que s'octroie l'enfant dans l'exploration du monde extérieur.

M. Malher a décrit le petit enfant qui marche comme étant grisé par ses aptitudes nouvelles et par la grandeur de son monde.

L'enfant se trouve dans une phase de changement affectif important au moyen de l'apparition de la locomotion. Le narcissisme est alors à son apogée. Cette période dite de « mise en pratique » tend à libérer une excitation maniaque. Elle engage l'enfant dans un monde bien plus gratifiant relativement aux soins peu fiables offerts précédemment. R. Emde (1989) a remarqué et décrit la présence fréquente de cette émotion d'exaltation chez l'enfant de un an. Durant cette période d'autonomisation motrice, l'enfant atteint le point culminant de son narcissisme primaire et de la surestimation de sa puissance.

L'illusion de toute puissance surgit normalement d'une expérience de fusion avec une mère bien accordée et toute puissante. Le sentiment de honte, la conscience de soi, le sentiment d'embarras apparaît chez l'enfant qui commence à marcher car il prend conscience pour la première fois du fait qu'il est un objet observé, évalué par les autres. La honte est associée au sentiment d'incompétence et d'inefficacité.

L'affect de honte agirait en même temps comme régulateur des états hyperstimulés. La situation prototypique susceptible de déclencher le sentiment de honte survient non pas dans l'éloignement vis-à-vis de l'objet mais principalement dans le retour vers l'objet.

Au cours de cette phase de retrouvailles, l'enfant qui a pris conscience de son état de séparation devient conscient de son besoin que sa mère soit accueillante. Il se trouve dans un état d'attente et d'excitation lorsqu'il reprend contact avec sa mère.

Selon A.N. Schore (2003), c'est ce qui définit le prototype de la relation d'objet au moment où émerge la honte. La honte est donc une émotion liée à l'attachement. Elle survient au moment même où l'attachement se renouvelle. La clinique nous révèle par ailleurs que la séparation en elle-même n'active pas la honte.

C'est la période de ré-union qui constitue le moment essentiel où se joue la régulation des états affectifs, qu'ils soient positifs ou négatifs. La clinique met en évidence des modes de rencontre qui permettent à l'enfant de bien différencier ses besoins internes et lui assurent une régulation active et croissante de la séparation et de l'individuation du soi.

Les moments de ré-union, dans ce cas, constituent des moments clés de son développement affectif, « l'état affectif agissant comme un élément organisateur essentiel » D. Stern (1985).

Les périodes de séparation et de réunion fournissent une base structurale, permettant l'émergence de réponses affectives de plus en plus variées et modulées. Elles mettent en évidence l'importance et l'incidence sans cesse renouvelée de la qualité des réponses de l'objet.

En effet, ces épisodes de réunion peuvent être aussi à l'origine de troubles de la régulation de l'activation et engendrer un stress psycho-affectif. Le narcissisme naissant de l'enfant à cette période est particulièrement vulnérable et sensible aux réponses plus ou moins adaptées de l'objet. Le caractère même des retrouvailles en face à face est altéré par l'état d'hypermotricité et de fragilité narcissique de l'enfant.

Le soi naissant hyperactif s'attend à ce que soit partagé un état psychique et émotionnel bien accordé et positif avec la mère. Le soi infantile est dans l'expectative d'une excitation et d'une joie amplifiée par la dyade. Cette attente peut de manière inattendue et traumatique recevoir un démenti. L'enfant peut percevoir, au contraire, une expression à travers le miroir du visage maternel un désaccordage affectif. Il s'ensuit une rupture de la communication visuelle et affective au cours de laquelle l'attente déçue déclenche un véritable choc. Une « déflation de l'affect positif » A.N. Schore (2003). L'enfant n'est pas en mesure d'autoréguler l'état affectif dans lequel il est plongé.

La honte correspond à cette transformation rapide d'un état positif en un état négatif. Cet effet est transmis explicitement de manière visuelle qui cumule l'absence de sourire accueillant ainsi qu'une expression faciale étrange.

La mère devient une étrangère pour l'enfant et cela se produit chaque fois que l'enfant ressent une déception vis-à-vis d'une attente et d'une excitation qui avait été anticipées par lui comme pouvant produire du même à l'extérieur de lui.

La honte-détresse qui apparaît soudain ne provient pas tant du fait que l'enfant perçoit l'absence de sourire sur le visage de sa mère, mais plutôt du fait que son anticipation d'une communication affective continue sur la base d'un échange de regards a cessé d'exister. Les attentes déçues sont associées aux expériences de honte. L'enfant dont les attentes sont bafouées, anticipait un échange affectif harmonieux avec l'objet sur la base de traces mnésiques implicites de son dernier contact.

La fonction de miroir de la mère disparaît de manière soudaine donnant lieu à une perte rapide d'affect positif, une désactivation du système d'attachement, une diminution de l'intérêt-excitation contrariant la montée du plaisir. Il se produit un transfert immédiat d'un état d'exaltation centré sur l'extérieur à un état d'abattement affectif centré sur l'extérieur.

« L'intérêt, la curiosité, l'attention dirigée et centrée et la tonalité positive de plaisir sont instantanément transformés en une détresse diffuse. » A.N. Schore (2003).

On observe ici le mécanisme de la dispersion de l'attention lorsque la tonalité plaisante devient négative. L'attention conjointe est donc une force centripète liée au plaisir partagé alors que l'attention disjointe produit un état de déplaisir et une dispersion.

De même, nous observons ici à quoi correspond réellement la notion d'angoisse de séparation : il s'agit d'une disjonction émotionnelle de la dyade.

Il s'ensuit un ralentissement de l'intérêt porté par l'enfant à son environnement, son attention étant dirigée vers l'espace interne. État de mise en sourdine isomorphe à l'état de honte au cours duquel l'intérêt et l'attention tournés vers l'objet s'atténuent gravement. Il s'agit d'un phénomène à la fois défensif et adaptatif. Mécanisme davantage passif qu'actif pour composer avec le stress.

Il est essentiel de remarquer qu'au cours des échanges générateurs de honte, le lien d'attachement est suspendu non pas au moment où l'enfant, très excité s'éloigne de la mère ; il résulte plutôt d'un blocage actif au moment du retour vers l'objet lorsque l'enfant cherche à retrouver le lien émotionnel avec celui-ci.

Une réponse de stress qui résulte de la séparation est alors induite par l'objet en sa présence. Il se produit un état de honte et de détresse narcissique que l'enfant n'est pas en mesure de réguler seul. De cette situation prototypique, résulte la baisse de l'attention, de la cognition dans certains cas de l'activité motrice et la modulation de l'affect.

Dans *L'Interprétation des rêves*, S. Freud (1900-2003) avait cité en exemple un mode de réaction de la psyché à travers le rêve susceptible de traiter le sentiment de honte. Il en résulte que, dans le rêve, l'objet primairement chargé d'investissement libidinal devient un objet idéal inaccessible, contrairement au sujet qui se perçoit incompetent et narcissiquement dévalorisé.

L'induction de la honte, dans les conditions de relation objectale citée précédemment, constitue donc une attaque contre le narcissisme naissant et le moi idéalisé de l'enfant en phase d'autonomisation motrice. Il fait alors l'expérience de la première blessure narcissique.

Progressivement, cette séquence dans la relation objectale et la honte qui l'accompagne s'intériorisent. Ce qui se déroulait au sein de l'unité mère-enfant va se produire dorénavant sur une scène intrapsychique.

Ainsi, cette même réaction peut survenir en des circonstances similaires lorsque échoit au sujet l'impression qu'il a échoué ou brisé un lien souhaité avec un autre. De plus, la douleur extrême de cette réaction de honte peut être reconvoquée au rappel de cette période première quand un tel état menaçait la vie psychique elle-même. La réponse maternelle, on l'a vu, est fondamentale et de cette réponse découle une régulation plus ou moins accordée vis-à-vis de l'affect.

Une période de synchronie à la suite d'une période de stress permet la récupération psychique.

Le caractère précis de la réponse ou de son absence de la figure maternelle joue un rôle décisif dans la régulation de la honte, c'est-à-dire éviter le caractère irrémédiable et faciliter l'évolution favorable, d'un état intériorisé de stress.

Le travail de E.Z. Tronick (1989) auprès des nourrissons de deux à neuf mois démontre que le stress inhérent aux interactions est une composante permanente des échanges mère-enfant. Le rôle de la figure maternelle consiste à réparer les désaccordages dans la dyade transformant les réactions de stress du bébé en émotion positive.

E.Z. Tronick a noté que l'aptitude à réparer les bris relationnels contribue à la sécurité ultérieure de l'attachement. Cela incite ces bébés à faire plus d'effort pour surmonter un stress de nature interactive. Le nourrisson développera ainsi une représentation de soi efficace. Il aura une image positive de ces interactions qu'il considère susceptibles d'être réparées tandis que l'objet maternant lui paraîtra fiable. Dans tous les cas, il faut noter qu'il se produit une intériorisation intrapsychique des interactions, qu'elles soient positives ou négatives.

La recherche en neuropsychologie menée auprès de très jeunes enfants indique que les deux hémisphères présentent une autonomie précoce de leur fonctionnement affectif et cognitif.

A.N. Schore propose que le développement antérieur de la honte inscrite sur un mode non verbal est régulé par l'apparition d'un moi idéal plus archaïque et témoigne d'une différenciation établie et d'une mise en activité fonctionnelle plus précoce déterminée par la biologie de l'hémisphère droit avec ses fonctions non verbales et visio-spatiales holistiques.

L'apparition de la conscience et de la culpabilité inscrite dans des modalités verbales témoignent de la maturation plus tardive de l'hémisphère gauche verbal.

Les études sur la latéralisation hémisphérique des émotions confirment l'existence de systèmes affectifs doubles. D'une part, un système au sein de l'hémisphère droit prédominant pour les humeurs non verbales et l'affect. Et d'autre part un système au sein de l'hémisphère gauche impliqué dans les états affectifs et les humeurs à médiation verbale.

« Les composantes idéales du surmoi (moi idéal du moi) et la conscience peuvent aussi représenter idéalement des systèmes de régulation affective de l'hémisphère droit et de l'hémisphère gauche. » A.N. Schore (2003).

## Sensorialité-dé liaison sensorielle

Comme nous l'avons souligné par ailleurs, plusieurs facteurs nous conduisent à donner à la sensori-motricité une place prépondérante

dans la compréhension psychodynamique des troubles de la dépendance psychique.

L'absence ou la difficulté à s'appuyer sur l'associativité fantasmatique conduit ces conjonctures cliniques vers un mode primaire d'associativité. Elle est davantage articulée à la sensorialité que chez les sujets névrotiques.

Une sensation conduit généralement le sujet vers une autre sensation, elle est rarement l'occasion d'accéder à un fantasme structurant. La présence de l'autre est tellement prégnante que le transfert se mobilise massivement autour du thérapeute englobé dans l'environnement et dans le corps du sujet.

La douleur inscrite dans le corps est immédiatement référencée au corps maternel rendu ainsi présent de manière permanente. Le même schéma s'établit dans la relation transférentielle qui fonctionne sur le mode excitation-évacuation sur un fond d'analité primaire.

## Modalités défensives

De ce point de vue, cette proximité envahissante est peu propice au travail interprétatif qui est reçu de manière effractante, sans distance, pris au pied de la lettre (le « tout se passe comme si » est une absolue nécessité, « j'entends ce que vous me dites que... », « ce qui me fait penser à... »).

Bref, le thérapeute doit mettre son mode de pensée « distancié » à la disposition du patient, sa capacité de transformation des sensations-émotions doit servir de moi auxiliaire au patient. La moindre interprétation directe est ressentie comme un « coup de poing dans le ventre ».

Le fonctionnement paradoxal non transitionnalisé est transformé en contradiction, en impasse. Mais cette contradiction contrairement au clivage psychotique n'est pas intégrée dans la trame du moi. Le moi du sujet s'est amputé d'une partie de lui-même pour continuer à vivre. Il s'ampute de la part affective de l'expérience. Ce qui fait de l'expérience traumatique vécue une expérience non éprouvée, non ressentie et donc non représentée. N'étant pas représentable, elle est paradoxalement toujours présente, non pas fantasmatiquement, mais sensori-émotionnellement. Elle est susceptible de ressurgir dans la psyché en permanence, par retour du clivé.

C'est pour cette raison qu'une deuxième modalité défensive se met en place pour éviter ce retour.

Cette défense consiste à évacuer l'excitation liée à la présence effractante sur un mode anal primaire. Le sujet, pour éviter de subir passivement le retour du clivé, va retourner le processus sur le mode passif-actif. Il s'agit d'un retournement pathologique qui instaure une distance par rapport à l'établissement des liens visant au rapprochement

et à l'attachement. Perçus comme une dépendance, ces liens risquent d'être perdus, par conséquent la défense consiste à les annuler activement pour ne pas les perdre et se perdre en les perdant.

D'une manière générale, le jeu de la présence et de l'absence doit s'entendre comme processus dialectique. On est en relation de « présence » selon la manière dont on a organisé la relation d'absence et inversement. L'absence de l'objet est la conséquence de la manière dont s'est établie « la présence à l'objet ».

Les deux aspects sont indissociables et lorsqu'un des pôles est défaillant, cela signifie que l'autre pôle l'est également. Ainsi, l'angoisse de séparation s'entend du même coup comme angoisse dans la « préentification » (la manière dont l'objet se rend présent).

Au cours du développement se dégagent chez le bébé trois temps essentiels de la « rencontre » :

- le partage sensoriel esthétique où prédomine l'idée du même, du double ;
- le temps nécessaire à la différenciation très tôt suscitée et fournie par l'objet maternel. La mère qui imite le bébé produit du même, du double et simultanément de la différence car en échoisant les états émotionnels, elle lui délivre un message premier sur son état, qu'elle lui réfléchit. Mais elle délivre en même temps un autre message, message sur le message, qui lui dit « ce que je te montre, c'est ton état, ce n'est pas le mien ». Elle fait le miroir selon G. Gergely (2003).

La manière dont elle s'y prend est liée à l'exagération du geste ou de la réponse émotionnelle (qui se présente sous forme de jeu), son imitation est surjouée. L'enfant peut intégrer alors cet état sensoriel de lui-même comme état communicable à une autre personne. Cet état dans la mesure où il est précisément communicable, devient génératif et transmissible à d'autres.

Ce dispositif maternel différenciateur est à l'œuvre sur le plan cérébral chez tout individu puisque le cortex pariétal inférieur est une zone qui favorise la différenciation soi-non soi. Il équilibre en quelque sorte le travail des neurones miroirs qui favorisent l'identité du fonctionnement soi-non soi.

Au niveau sensoriel, dès la naissance on observe chez le bébé une capacité à distinguer à partir de son corps ce qui vient de l'extérieur. Il sait faire immédiatement la différence entre « se toucher » qui est un toucher intéroceptif et un toucher extéroceptif qui est le fait d'être touché par un autre. Le réflexe de frouissement s'appuie sur la différence entre ces deux dispositifs. Le bébé va être préférentiellement attiré vers le toucher extéroceptif venant d'autrui et susceptible de lui apporter une satisfaction (le sein, la tétée).

- Le troisième temps consiste à mettre en place le dispositif de rassemblement de synthèse des différents états sensori-moteurs et émotionnels du bébé.

La mère environnement offre au bébé des temps où il peut faire des jonctions corporelles en manifestant le plaisir qu'elle éprouve à cette rencontre. Elle permet ainsi la libidinalisation des éprouvés dans un temps, un espace et une attention conjoints.

Mais cette description est la résultante de ce qui se passe quand tout se passe bien. Lorsque la mère est en difficulté pour s'ajuster à son bébé, lorsque sa préoccupation primaire est mal étayée, il peut se produire une série de réactions négatives qui font de la rencontre un processus incommunicable, car non partageable avec autrui. Le bébé rentre alors dans un état de honte de ne pas pouvoir partager son ressenti interne et il se sent exclu de l'humanité.

La sensorialité telle que nous l'avons étudiée précédemment à partir de différents auteurs comme A. Bullinger, S. Freud, B. Golse... est une modalité primaire de lien à l'objet. Par le biais de la jonction entre les différents flux sensoriels s'organise dans la psyché une distance à la source qui préfigure la structuration d'un dedans-dehors psychique.

Le sujet ne peut pas s'appuyer sur une sensation unique pour entrer en communication avec l'objet. Il faut qu'il y ait au moins la jonction de deux flux sensoriels pour qu'il y ait rencontre (« quand l'œil parle à la main, leur langage est l'espace » [*ibid.*]).

Dans les pathologies que nous étudions, la régression vertigineuse à un point de fixation sensoriel unique semble favoriser le retour hallucinatoire de l'éprouvé.

L'anorexie se caractérise en particulier par l'agueusie (perte du goût : les papilles gustatives ne sont plus stimulées et perdent donc leur fonctionnalité). La perte de fonctionnalité des flux sensoriels donne libre cours au retour de l'hallucinatoire. La moindre ingestion, même très infime, se traduit par une conviction délirante de transformation corporelle. On peut penser qu'il en est de même pour l'olfaction et la perception visuelle.

La dimension de soutien à la réalité est alors perdue au profit d'un état de conscience hallucinatoire. En tant que processus secondaire, le système perception/conscience se désorganise laissant la place à des phénomènes hallucinatoires.

Sur un plan contre-transférentiel, comme nous l'avons précisé dans l'introduction de l'ouvrage, l'éprouvé commun à ces pathologies se caractérise par un état de fatigue ressentie dans le corps du thérapeute.

### *Comprendre le contre-transfert sensoriel*

Rappelons que selon R. Roussillon, le transfert est un transfert par retournement, c'est-à-dire que dans ce cas, le patient fait vivre au thérapeute ce qu'il ne se représente pas de sa souffrance éprouvée.

En outre, le cas de patients psychosomatiques nous aide à élaborer un schéma de représentation face à l'envahissement hallucinatoire.

Le patient s'agrippe désespérément à ses repères perceptifs menacés d'invasion. Il lutte en s'accrochant à ses repères perceptifs que l'on nomme factuels et actuels.

Ce retour du clivé hallucinatoire se transfère dans la psyché du thérapeute qui ne lui permet pas de situer clairement hors de lui l'état hallucinatoire du sujet. Car cet état hallucinatoire est masqué derrière le perceptif qu'il vient à peine boursoufler. L'appareil psychique du thérapeute est mis à rude épreuve dans ce cas, car une partie de son moi doit se focaliser sur le perceptif pour ne pas être envahi par l'état de conscience hallucinatoire. Dans les cas des hyperactifs, on observe une similitude dans les processus régrédients. En effet, pour lutter contre le retour de l'hallucinoire, l'hyperactif va privilégier et s'agripper à un seul canal sensoriel qui est la sensori-motricité.

## PARTIE III

# Modalités thérapeutiques dans les pathologies des dépendances psychiques



## CHAPITRE 9

# « Contenir » les contenus psychiques

En préambule, quelques notions doivent être précisées.

### Transfert

Tout d'abord, celle concernant le transfert. Cette notion fondamentale dans le processus thérapeutique peut se concevoir dans la mesure où « un transfert initial » a eu lieu dans la relation à l'objet. Il faut donc qu'il y ait eu une première relation de « transfert » sous la forme d'une externalisation des éprouvés du sujet, accueillis par l'objet et retournés, échoisés au sujet. Pour paraphraser D.W. Winnicott, nous pourrions dire que sans cela « là où il aurait pu se passer quelque chose d'utile, il ne s'est rien passé ». Nous pouvons imaginer la rencontre entre un objet-mère environnement suffisamment à l'écoute de ses éprouvés internes du fait de la préoccupation primaire qui la caractérise et de son empathie, et un sujet pas encore révélé à lui-même mais programmé, précâblé, qui s'attend à trouver un objet précurseur de l'écho de lui-même.

La poussée pulsionnelle fait craindre au bébé dans les premiers temps de la vie psychique une implosion qui ne saurait être contenue sans l'organisation d'un double narcissique. Sous l'effet du clivage, décrit par De M'Uzan comme nécessaire à sa survie, la psyché du bébé doit s'associer à l'objet perçu alors comme « le même » et simultanément comme « autre ». Ce mouvement primaire fonde le concept d'homosexualité primaire en double (R. Roussillon), concept adossé dans un premier temps à la sensorialité (sensualité, sensation, perception aux flux sensoriels, A. Bullinger).

### Enjeux transféro-contre-transférentiels

Ces rappels théoriques fondamentaux vont nous aider à comprendre les enjeux transféro-contre-transférentiels dans la thérapie. Autrement dit, si tout est répétition, il s'agit alors d'essayer de préciser quelles sont les modalités de retour transférentiel dans la thérapie. Il s'agit des retours des modes de défenses que les états de « dépendance psychique »

peuvent mettre à l'œuvre en incluant les phénomènes sensoriels, sensori-moteurs et mimo-gesto-posturaux.

Comme précisé par ailleurs, notre attention doit se porter en priorité sur les « contenants psychiques » et leurs défaillances. L'objectif étant de restaurer ces contenants pour favoriser les processus de symbolisation, favoriser la structuration d'un appareil psychique (appareil à penser les pensées), accompagner, soutenir *in fine* la réflexivité.

## Dépendance psychique

Parvenus à ce stade de la réflexion, nous devons nous questionner sur la notion centrale de dépendance psychique eu égard aux retentissements cliniques et thérapeutiques de ce concept.

Précisément, la clinique nous confronte à des patients supposés dépendants qui évoquent inlassablement leur crainte de devenir dépendants. Cette crainte ayant parfois comme conséquence l'arrêt ou la mise en échec de la thérapie.

Il nous apparaît paradoxal, qu'un sujet supposé avoir établi un lien de dépendance avec un *objet primaire*, puisse dès le début d'une thérapie poser avec clairvoyance le problème de sa dépendance à l'objet primaire *via* le transfert sur le cadre thérapeutique.

En toute logique, l'état de dépendance serait davantage le but à rechercher chez ce type de patients que la crainte de sa survenue. Comment comprendre et interpréter les enjeux thérapeutiques énoncés de manière significative par les patients réputés dépendants ?

Nous pensons que ce qui est précisément recherché dans cette rencontre c'est une relation à « l'identique » – relation au double identique à soi – figurée par la relation patient-thérapeute. Le cadre thérapeutique proposé, loin de favoriser l'instauration de ce schéma de représentation dans lequel l'autre est un identique à soi, favorise l'instauration d'un lien différenciateur (règle fondamentale).

Dans ces conditions, le processus de dépendance ne peut se maintenir. Or, les patients maintiennent qu'ils craignent d'être dépendants de la thérapie, comme ils craignent aussi une dépendance médicamenteuse.

À l'appui de ce que nous pourrions décrire comme forme de dépendance, citons l'exemple d'un bébé observé par Selma Fraiberg, en deux temps, qui réagit violemment à la frustration ressentie lorsqu'à trois-quatre mois sa mère joue à lui retirer le biberon de la bouche pendant la tétée. Quelques mois plus tard, le même bébé toujours en prise avec les comportements incohérents de l'objet maternant fait preuve d'un autre type de réaction, il rit lorsque sa mère poursuit ce qu'elle croit être un jeu, qui la fait rire. Le bébé réagit en riant lui aussi. On observe comment se joue ici le drame de l'adaptation et de la dépendance aux humeurs de l'objet et ceci laisse augurer de la force de cette inscription dans la psyché du bébé et de l'impossibilité de remettre en cause cette force adaptative.

L'identification projective défensive, on le voit, passe par l'objet et s'intègre dans la psyché du sujet.

Cet état adaptatif fait de l'état de dépendance un état que le sujet va chercher à reproduire et non à éviter. Ainsi donc, la question reste posée qui est celle de savoir ce que les sujets dépendants cherchent à éviter au cours de la rencontre thérapeutique. L'expérience relative à cette clinique nous conduit à envisager chez eux la crainte de la survenue de la différence. Le constat peut être celui d'une relation par trop différenciatrice pour un appareil psychique non préparé à intégrer les éléments différenciateurs, proposée par la démarche thérapeutique.

L'enjeu semble être celui du maintien d'une illusion du même, au sens de D.W. Winnicott, qui permet au patient d'éprouver progressivement le passage du double identique à soi à la problématique du double inaugurant le lien à l'objet autre sujet. Objet du même et du différent.

Rappelons que chez les anorexiques et les hyperactifs, cette problématique est centrale puisque ces personnalités sont généralement perçues par l'entourage comme personnalités à forte indépendance.

Cette impression est la plupart du temps donnée par la symptomatologie déjà à l'œuvre, qui, par le biais du comportement actif, alimentaire (capacité à se priver, à travailler sans relâche) masque un état de dépendance majeur sous l'égide de l'identification projective défensive. Comme nous l'avons déjà précisé précédemment, ce comportement est d'essence et à vocation identitaire et il se substitue au narcissisme de vie au profit du narcissisme de mort qui se subsume dans le concept d'identique.

Comme le souligne R. Roussillon (2001), le vivant ne saurait être identique à lui-même, il y a une nécessaire hétéromorphie du vivant.

Le rôle du thérapeute consistera dans un premier temps à atténuer les effets différenciateurs du cadre thérapeutique en introduisant ce que nous avons appelé une supplémentation au cadre. Le rôle de ce supplément pouvant être compris comme introduction d'objets « précurseurs » à la transitionnalité au sens de R. Gaddini.

Ces précurseurs, qui introduisent de manière empathique les aléas de la relation à son propre corps, ont pour but la reformulation des états clivés du moi, du moi-sensoriel en particulier, et ceci dans le cadre de la relation transféro-contre-transférentielle.

Il est essentiel de signifier au patient à quel niveau de régression il peut être entendu mais aussi à quel niveau il peut être vu et senti selon les cas. Comme nous l'avons déjà souligné, la régression vertigineuse sans point de fixation phallique, anal ou encore oral, nous conduit à observer des modalités régressives spécifiques du transfert. Elle nous permet de découvrir des états « d'inorganisations » du domaine sensoriel et sensori-moteur particulièrement intéressants pour la thérapeutique de ces patients.

Ces niveaux d'inorganisation de la sphère sensorielle ont pu passer inaperçus et être recouverts par des niveaux plus élaborés de la représentation.

Mais ils peuvent être reconvoqués dans une relation transféro-contre-transférentielle précise, et le thérapeute doit être préparé à les accueillir et les conserver pour que le patient puisse les intégrer.

Mais nous sommes à présent convaincus de la nécessité d'anticiper cette survenue dès la mise en place du cadre thérapeutique. Ainsi certaines formulations nous paraissent appropriées en complément de la règle fondamentale. Selon les cas, qu'il s'agisse d'une thérapie groupale ou individuelle :

« Nous vous proposons un groupe de parole pour que vous ayez la possibilité d'échanger entre vous sur cette expérience, pour que vous ne vous sentiez pas seul(e) avec cet éprouvé, pour que vous puissiez échanger entre vous en notre présence (thérapeutes). » (Être seul en présence d'autrui.)

Pour l'anorexie, en groupe ou en individuel :

« Nous allons ensemble essayer de donner du sens à la restriction que vous avez vécue et que vous vivez encore. »

Autre formulation :

« Nous allons pouvoir travailler sur la sensation que vous ressentez d'une coupure entre votre tête et votre corps. Votre corps veut et votre tête ne veut pas. »

Autres formulations encore :

« Vous allez pouvoir vous laisser aller à dire ce qui vous vient en tête, vos associations d'idées, d'images, d'émotions, de rêves ou cauchemars qui favorisent les liens entre le passé et le présent, mais aussi ce que vous ressentez dans votre corps quelle que soit la sensation. »

Pour les anorexiques plus spécifiquement, le postulat sur lequel le groupe travaille c'est que « l'anorexie mentale n'est pas un trouble alimentaire. Le trouble alimentaire c'est la conséquence mais pas la cause d'une souffrance qui vient de plus loin ».

« Enfin le groupe de parole n'est pas une fin en soi, il représente un moment de votre démarche thérapeutique. Il peut vous aider à envisager l'intérêt que représente un travail de psychothérapie individuelle. Il constitue un moyen d'acquérir les outils thérapeutiques pour vous aider à entreprendre une psychothérapie. »

Nous sommes ici au plus près des observations que certains auteurs ont pu donner à la fois des problématiques corps-psyché, mais aussi celle des hémisphères cérébraux.

## Modalités sensorielles

Le thème central étant la « jonction », la coordination de différentes modalités sensorielles et la tendance délétère chez certains sujets à disjoindre ces fonctions. Il s'agit donc des fonctions corporelles en lien avec la psyché. Des fonctions hémisphériques droites et gauches et sensorimotrices entre elles. B. Golse (2009) a mis en évidence la nécessaire

association des fonctions sensorielles, au minimum deux, pour qu'un sujet puisse entrer dans une communication interhumaine.

Bruner a apporté cette notion d'attention conjointe qui inscrit la mère et le bébé dans un même espace-temps pour observer et nommer un objet (le corollaire négatif étant l'attention disjointe). A. Bullinger quant à lui a pu mettre en évidence l'importance développementale de l'association des fonctions sensorielles.

Au départ les fonctions sensorielles doivent s'associer entre elles pour organiser un dedans-dehors sensori-moteur. C'est ce que nous appelons le moi sensoriel qui est selon nous antérieur au moi-corporel. Mais il est déjà un moi dans la mesure où l'unité kinesthésique fournit au sujet une sensation moïque.

À l'opposé, une référence unique à une seule modalité sensorielle constitue un renfermement autistique majeur. Il est établi depuis de nombreuses années que dans la relation à son bébé, la mère joue le rôle de synthétiseur des sensations et rythmes corporels lorsqu'elle répond au bébé qui s'exprime sur un registre sensoriel donné par le biais d'une autre modalité sensorielle, favorisant ainsi la conjonction sensorielle.

La rythmicité et la prévisibilité des réponses de l'objet maternel rencontrent la capacité du bébé à établir un lien anticipateur qui lui fait envisager qu'il va trouver du même au-dehors. Ainsi se construit la sensation de continuité de soi qui préfigure le sentiment de continuité de soi.

Rappelons dans tous les cas que nous tentons d'élaborer une thérapie qui a pour objet la synthèse des fonctions clivées, comme le montre la figure 9.1 ci-après.

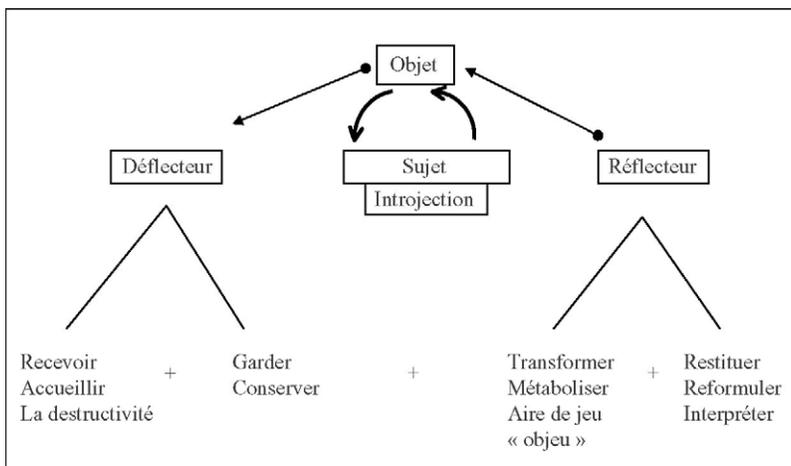


FIGURE 9.1. Processus thérapeutique qui s'établit sur un fond de partage esthétique, d'accordage émotionnel, de différenciation des sexes, des générations, des sexualités adultes et infantiles.

On peut postuler à l'origine un état d'excitation pulsionnelle dont le sujet doit s'exonérer par le biais d'une décharge motrice qu'il déplace à l'extérieur de son corps et de son psychisme. Cette externalisation doit rencontrer l'objet afin d'être ressaisie, traduite primordialement puis réinterprétée.

Deux fonctions de l'objet sont décrites par R. Roussillon (la fonction d'objet thérapeute se superpose ici à la fonction d'objet mère-environnement) :

- premièrement, le rôle défecteur de l'objet qui consiste à accueillir sans retrait ni rétorsion les mouvements évacuateurs du sujet ;
- deuxièmement, le rôle réflecteur de l'objet qui consiste à échoier les états affectifs du sujet, afin qu'il se les approprie « subjectivement ».

La démarche générale s'articule autour du projet de transformer la destructivité en espace de jeu : « du mauvais à évacuer au bon à symboliser ».

Les travaux de G. Gimenez (2010) complètent cette présentation et permettent la subdivision de ces deux temps.

Le rôle défecteur de l'objet se subdivise en deux temps : recevoir et conserver.

Le rôle réflecteur de l'objet se subdivise lui aussi en deux temps : transformer et restituer.

- Dans un premier temps, « recevoir » ce que le patient veut nous adresser à son insu (valeur messagère de la pulsion), temps d'accueil des affects, des émotions, des représentations certes, mais aussi du non représenté et du non éprouvé de lui-même y compris du non remémoré (procédural). Tous ces aspects psychiques se manifestent par le biais de la sensori-motricité (mimo-gesto-posturale), la psyché empruntant une voie latérale archaïque pour s'exprimer.

On retrouve ici la capacité de rêverie maternelle décrite par W.R. Bion, indispensable à la survie psychique du thérapeute, mais, il faut surtout que le thérapeute parvienne à recevoir et tolérer les mécanismes d'identification projective. De la même manière, il faut qu'il puisse être « affecté » mais sans être débordé par les projections du patient.

- Dans un deuxième temps, la « conservation » dans le psychisme du thérapeute mais aussi dans son corps des éprouvés du patient permet alors à ce dernier de faire l'expérience que, d'une manière globale, son éprouvé et son absence d'éprouvé peuvent être reçus par un autre que lui et que cet « autre » que lui peut être touché émotionnellement sans être détruit.

La conservation est un temps fondamental qui s'oppose à l'immédiateté des projections que le patient a subi et qu'il tend à répéter dans la relation transférentielle. Il s'agit du temps premier de la constitution du double au cours duquel le sujet peut se donner l'illusion que l'autre est un double et que le double est un « même ».

- Le troisième temps fait partie de la fonction de l'objet « réflecteur », il s'agit d'un temps de « transformation » qui rejoint les travaux de C. Bollas (1989) sur l'objet transformationnel. S'élabore ici la mise en lien de ce qui a été reçu et conservé, c'est la fonction de « métabolisation » psychique ou *fonction alpha de Bion*. Au cours de cette phase, le thérapeute élabore une aire de jeu pour « jouer au lien » qui signifie la formalisation des types de jeux auxquels le patient se prête à son insu.

- Le quatrième temps concerne le temps de reformulation qui consiste à proposer au patient des hypothèses sur les types de jeux qu'il met en scène, hypothèses qu'il pourra accepter, refuser, détruire, différer, etc.

Au-delà de ce travail psychique, l'enjeu majeur de ce quatrième temps est l'introjection par le patient de la fonction alpha du thérapeute, c'est-à-dire la conservation et l'élaboration de l'appareil psychique à penser les pensées.

Une notion importante apparaît ici présente dans les troisième et quatrième temps, il s'agit de l'objet précurseur au sens défini par R. Gaddini. Cet objet peut prendre des formes multiples (hypothèses, jeux, paroles du thérapeute, actes, ...) ; il est constitué par une proposition du thérapeute en vue de médiatiser, transformer la relation pour favoriser l'accès à la transitionnalité. Cette proposition d'un objet précurseur ne saurait être l'équivalent d'une attitude pédagogique. Elle rejoint la notion de présentation d'objet tout en la précédant, elle se situe du côté de la sensation corporelle. Cette sensation pourra devenir messagère dans son partage avec l'objet et ce partage qualifié « d'esthétique » constitue la trame et le fond de la relation à l'autre.

Sur ce fond de partage esthétique, le double homosexuel se construit comme porteur de la notion de « mêmeté » (F. Dolto, 1984), l'autre sujet perçu comme un même et comme autre. Dans ce contexte se croisent l'accordage, le sexuel et le plaisir, l'accordage entre deux partenaires dont les moyens d'investissement et d'engagements sont différents. Cette différence permet au bébé de transférer la structure rythmique qu'il produit sur un canal sensoriel vers un autre canal, par exemple du ressenti kinesthésique du bébé qui pleure à l'entendu du discours maternel.

Cette différence sensorimotrice est aussi à l'œuvre dans le registre du sexuel. La rencontre et le partage esthétique entre la sexualité adulte et la sexualité infantile créent les conditions du plaisir et de l'énigme relative à cette expérience. « Au lieu » de la rencontre entre la bouche et le sein, deux sexualités différentes se croisent et deux formes de plaisir se déploient. Point de départ de l'énigme de l'autre formalisée par Laplanche puis Michel Fain dans « *La Censure de l'amante* ». L'autre de l'autre se constitue sur ce fond esthétique et aussi sur le paradoxe winnicottien de la capacité d'être seul en présence d'autrui. Paradoxe

fondateur qui ouvre à la capacité pour l'enfant que l'autre (la mère) puisse être seul en présence d'un autre (le père).

### **Thérapie du rassemblement**

Comme nous l'avons vu précédemment, la clinique dont il est question à travers les dépendances psychiques est une clinique de l'impasse. Ce qui signifie en priorité que nous devons nous interroger sur la place et le fonctionnement du paradoxe et de la contradiction dans la psyché et le corps du patient ainsi que dans la situation thérapeutique.

La thérapie que nous envisageons dans ce cas pourrait s'appeler thérapie du rassemblement et de la synthèse des différents états émotionnels du sujet. Elle est portée par un postulat qu'une zone traumatique primaire de l'histoire singulière du patient a empêché le moi de s'approprier subjectivement les expériences vécues.

Ce travail de synthèse n'ayant pas eu lieu, le moi est confronté à des états clivés de lui-même, clivés au sens des affects. En situation thérapeutique, nous observons dans ce cas que les patients porteurs de ce type de souffrance sont aux prises avec des états émotionnels dont la labilité est à la mesure de l'absence de lien que le sujet établit avec ces différents états. Autrement dit, le sujet qui s'énonce à travers ses différents états émotionnels n'a pas conscience de ces changements d'états et ceci en raison du fait observable que chaque état émotionnel est porté par une théorie causaliste qui justifie l'état émotionnel en question. Cette théorie exclut la conflictualité. Un état émotionnel différent sera porté par une théorie totalement différente.

Force est de constater que dans ce processus psychique élaboré, le sujet est aux prises avec un système isomorphe du vivant. Il n'y a pas de « jeu » possible dans les rouages de la psyché du sujet. Aucune hétéromorphie ne semble admise. Dans ce cas de figure, « le vivant » se veut identique à lui-même.

Dans ces conditions, quelles sont les modalités d'interventions thérapeutiques qui s'offrent au thérapeute ?

Ce fonctionnement global psychique et corporel est un mode de défense qui vise à éloigner la contradiction. Pour ce faire, le sujet doit se protéger de la rencontre avec l'autre. Il ne s'agit pas à ce stade d'un conflit, ni d'ambivalence. Le sujet lutte pour éloigner la contradiction figurée par la rencontre avec l'autre. Au lieu d'être confronté à des angoisses de castration et de pénétration, le sujet est aux prises avec des angoisses archaïques de séparation et d'intrusion.

Contrairement à la structure psychotique dans laquelle le moi a inclus totalement la contradiction, ici le moi du sujet lutte contre l'intégration de la contradiction dont il craint le retour. Une des premières étapes consiste à aider le patient à prendre conscience de l'impasse dans laquelle il évolue.

Chemin faisant, on peut dire que c'est l'unique solution pour le thérapeute d'insérer sa subjectivité. En pointant la contradiction, il s'insère dans le système isomorphique du sujet et tend à le rendre hétéromorphique.

Mais en proposant au sujet des hypothèses sur la contradiction, le thérapeute lui-même en devient le représentant. Autrement dit, il doit accepter ce statut de représentant de la contradiction. Faute de quoi, il ne se passera rien.

Une des particularités de ces pathologies des dépendances est de produire un transfert qui reproduit la défense que le sujet a mise en place pour éviter le retour du clivé. Ainsi dans l'anorexie et dans l'hyperactivité, le thérapeute se voit placé en lieu et place de la suture fétichique. Suture qui vise à colmater le trauma et la contradiction entre hallucinatoire et perception. Il faut que progressivement il se dégage de cette emprise.

Le rêve est un moyen de pointer la contradiction et de rassembler les différents éléments de l'impasse, mais il n'est pas toujours accessible pour ce type de patient. Il nous faut élaborer d'autres modes d'approches thérapeutiques en vue de mettre en évidence des éléments contradictoires non intégrés par le moi du patient, éléments qui englobent la personne du thérapeute.

L'étape préalable serait de mettre en place la problématique du double qui doit passer par l'acceptation par le thérapeute d'être perçu comme « identique » par le patient.

Cette phase plus ou moins longue est nécessaire à la mise en place du processus thérapeutique proprement dit. Elle doit se maintenir jusqu'à ce que le patient estime avoir fait le tour de ce qu'il avait à énoncer de lui-même.

Ce double narcissique favorise l'instauration de l'identique porté par le moi du sujet et va permettre l'ouverture à un double dont la particularité est d'être le même et d'être autre ; l'enjeu ici c'est la continuité psychique et somatique du patient qui a besoin de penser une identité de fonctionnement entre lui et le thérapeute pour pouvoir continuer à penser, c'est-à-dire pour pouvoir continuer à faire des liens, autrement dit à penser les pensées.

Dans cette thérapeutique, on passe d'un pôle de double restrictif à un pôle approximatif amodal qui favorise l'insertion d'un sujet autre sujet.

Au cours de cette phase de travail, l'accent est mis sur la symbolisation primaire. L'idée générale c'est que dans un système fermé, il sera impérieux de trouver comment ouvrir, mettre du jeu pour favoriser l'insertion d'un autre de l'autre, donc d'un tiers.

Au préalable, avec ce type de patients qui présentent leur souffrance sous forme d'un « comportement », il s'agira de créer une interaction, étape préliminaire indispensable pour instaurer un lien sûr et favoriser l'intersubjectivité.

Le lien sécure s'entend dans la prévisibilité de l'objet thérapeute. Il est prévisible s'il est suffisamment malléable, vivant, créatif, transformable mais pas destructible, pouvant être touché affectivement sans exercer de rétorsion ou d'évitement. Dans ces conditions, l'interaction fait place à l'intersubjectif qui ouvre à la dynamique intrapsychique en passant par l'auto-subjectivité. L'intégration psychique passe obligatoirement par ces trois phases successives.

Dans une réflexion sur le jeu, R. Roussillon (2010) propose un modèle matriciel à trois formes : le jeu intersubjectif, le jeu auto-subjectif, le jeu intrasubjectif, modèle qui permet de penser une intervention mutative du thérapeute en participant à la création d'un espace de jeu avec le patient issu du modèle alternatif de D.W. Winnicott.

1. Le jeu intersubjectif se subsume dans le jeu de la spatule.

Dans ce jeu, l'enfant jette une spatule par terre, D.W. Winnicott la ramasse, la lui rend et l'enfant la jette à nouveau. D.W. Winnicott la prend à nouveau et la lui rend. C'est un jeu dans lequel la réponse de l'autre sujet est nécessaire à sa poursuite et à son développement. La limite de ce jeu c'est la symbolisation de l'absence de l'autre qui ne peut s'élaborer.

2. Autre type de jeu : le jeu auto-subjectif caractérisé par le jeu de la bobine décrit par S. Freud. C'est un jeu qui outre la psyché implique la main et l'œil, donc le corps.

L'enfant lance avec la main une bobine attachée à une ficelle qui disparaît de sa vue. L'objet s'est donc absenté visuellement, mais il reste présent par la main par le biais de la ficelle. L'enfant joue à éloigner et à faire revenir un objet qui représente sa mère. Ce qu'il ne peut pas faire avec sa mère réelle, il le fait avec un objet de substitution.

Pour arriver à ce stade élaboré du jeu, il faut supposer qu'il ait été précédé par une forme du « jeu du coucou » dans lequel la mère s'implique activement. Elle joue à disparaître, réapparaître mais aussi, laisse le bébé la faire disparaître puis réapparaître. Il faut pour cela un environnement qui pense le jeu et nécessite la présence d'un adulte qui peut intervenir ou laisser l'enfant jouer seul en sa présence. Ceci constitue l'arrière-plan du jeu auto-subjectif.

3. Le troisième temps repérable du jeu surgit quand l'enfant a suffisamment joué avec sa mère, avec l'absence de sa mère en sa présence et enfin en présence d'un substitut, il peut alors développer des jeux dans son espace psychique, des jeux intrasubjectifs dont le rêve est un cas particulier.

Il s'agit donc d'une matrice du jeu à trois formes qui sont solidaires entre elles.

Rappelons que dans la plupart des situations thérapeutiques avec des patients dépendants psychologiquement, le premier message qu'ils nous adressent est un comportement. Comportement agi dans la motricité

ou bien comportement émotionnel accompagné d'une théorie isomorphique du vivant, le sujet se pense semblable à lui-même.

Revenons au cas des sujets hyperactifs, lorsqu'un enfant ne cesse de bouger.

Si le thérapeute lui témoigne de l'effet que cela produit sur lui, il lui montre que ce comportement adressé, ou pas, concerne l'économie interne de l'enfant. Le thérapeute signifie alors que ce comportement est un message pour lui, qu'il interagit avec l'enfant. C'est donc la réponse du thérapeute qui permet le transfert d'un état de comportement qui concerne l'enfant de lui à lui, à lui-même, vers un système d'interaction. L'enfant agit sur le thérapeute, l'instrumentalise, l'utilise comme lieu d'évacuation de son excitation débordante.

Pour parvenir à l'intersubjectivité, le thérapeute doit pouvoir considérer que ce comportement qui agit sur lui a valeur d'identification projective. Il devient dès lors possible de communiquer à l'enfant quelque chose de ce qui se passe en lui à partir de l'effet de ce comportement sur le thérapeute. En tant que sujet, le thérapeute échoïse à l'enfant quelque chose de son action de sujet sur le thérapeute.

Enfin, l'intrapsychique se formalise autour de l'intégration de la mise au présent du moi d'un aspect de sa culpabilité interne et de l'impasse dans laquelle il est pris.

## Temps et dépendance psychique

Ce que mobilise principalement l'hospitalisation chez l'anorexique c'est l'irreprésentable de la séparation, l'irreprésentable d'un lien perdu pourtant vécu par ailleurs comme insécure, relativement à l'objet-couple parental. Ce vécu de la séparation convoque le temps réversible (temps de la pensée magique de l'enfance) : « Je voudrais redevenir comme avant. »

En effet, le temps qui s'écoule hors de la symbiose au couple parental est un temps perdu et dans ce contexte régressif « un temps de continuité identitaire perdu ». On retrouve la part mot de la chose dans ce rapport à la temporalité. La part temps de la relation convoque un temps corporel qui, à s'égrener dans l'absence, fait disparaître l'identité du sujet (sa subjectivité). Le temps irréversible c'est le meurtre de la chose auquel ne peuvent se résoudre les sujets dépendants psychiquement. La défense va être dans ce cas le maintien d'un temps réversible.

D'autres questions relatives au temps se posent : est-ce que le temps est masculin ou féminin ? Est-il sexualisé finalement ?

Comment interpréter cet arrêt du temps chez l'anorexique à l'orée de la puberté, de la féminité ? Est-ce que le temps s'arrête au moment de se sexuer ou bien au moment de renoncer à la bi-sexualité psychique ?

Ainsi, N. nous explique dans un groupe comment la séparation d'avec son milieu familial au décours de l'hospitalisation lui a fait perdre définitivement des « tranches » de vies qu'elle aurait pu passer auprès des siens. Tranches de vie qui selon elle ne se récupéreront plus et sont perçues comme un « trou » dans la trame de sa vie.

Aucune représentation ou plutôt une représentation du vide figurant le trauma primaire de la relation à l'objet. Tout se passe comme si le travail de la pensée était défaillant à suppléer la perception visuelle de l'objet (la présence à l'objet). L'absence de l'objet et la perte identitaire de soi se conjoignent dans ce vécu.

On retrouve dans le cas de Noé, enfant hyperactif, une problématique similaire du temps que nous avons étudiée par ailleurs.

L'espace rendu quant à lui irréversible ne constitue plus un espace transitionnel. Cela se traduit par l'impossibilité du sujet à se mettre à la place de l'autre tout en restant lui-même. Il maintient ainsi un état de dépendance psychique par rapport à l'objet. L'espace et le temps transitionnels sont des déterminants qui relie et séparent tout à la fois.

À l'opposé, le trauma crée de l'attachement insécure et de la dépendance (addictions). Loin de créer de la séparation, il renforce la dépendance à l'objet. Pourquoi une telle conséquence ?

Trois hypothèses qui ne s'excluent nullement sont envisageables :

1. Le sujet est aux prises avec la crainte, la conviction et la culpabilité d'avoir détruit l'objet lorsqu'intervient la séparation.
2. La deuxième hypothèse consiste à envisager une culpabilité primaire due à l'échec de la transformation du ça en moi.
3. La troisième hypothèse s'appuie sur la conviction et la culpabilité de détruire l'objet en l'incorporant et en l'assimilant. Conviction qui nécessite un démenti perceptif dans un premier temps avant que l'introjection de l'objet interne prenne le relais de l'objet externe. Le trait commun aux fétichistes, anorexiques et hyperactifs est leurs difficultés à se séparer. Faute d'un investissement suffisant à l'objet primaire, le deuil n'est pas possible. L'absence fait revivre une sensation de vide, évacuée par le comportement alimentaire anorexique ou par le comportement sensori-moteur chez l'hyperactif.

L'envers de ce vide et son complément est la crainte de l'envahissement par le corps maternel, associée à la crainte de destruction de ce même corps, hypothèses qui peuvent se mettre à jour secondairement dans le travail thérapeutique.

Dans tous les cas, ces trois modes d'expression psychopathologique (fétichisme, anorexie et hyperactivité) sont la conséquence d'un effet de suture des clivages impliqués par une zone de trauma primaire. Mécanismes de défense contre le retour du clivé, ils signent l'échec historique d'une partie du travail de symbolisation primaire.

## Le double psychique

La problématique du double est adossée à une conception structurale et développementale du vivant :

- au niveau structural, le double est porté par une conception hétéromorphique du vivant, ce qui signifie que le vivant ne saurait être identique à lui-même ;
- dans le même temps, au niveau développemental, les premiers temps de la vie psychique nous conduisent à observer que l'expérience sensorielle interne prise dans le narcissisme primaire est isomorphe avec l'expérience sensorielle externe. Ainsi se constitue l'identité des sensations internes et externes.

On retrouve, comme nous l'avons évoqué précédemment, cette identité des sensations internes/externes.

En effet, au plan auditif, le son perçu est un son transformé par la cochlée, rendu identique à celui perçu à l'extérieur (amodal) avant d'être transmis au cortex. Il s'agit donc d'une première interprétation « de la chose entendue au-dehors ».

Ceci confirme l'aspect actif de la perception telle que S. Freud l'avait définie. Pour être ressentie, la sensation doit être associée au mouvement, c'est la fonction de « segmentation » portée par la mère (qui stimule la sensation) et la nécessaire comodalité qui consiste à associer au moins deux sensations entre elles pour que l'objet puisse être perçu comme objet externe.

C'est le double qui favorise la psychisation du sensori-moteur. L'activité perceptive, l'isomorphie et la consensualité préfigurent l'identité des perceptions internes/externes et le travail psychique de symbolisation primaire.

Rappelons que dans la pensée de De M'Uzan (2005), la notion de double est une notion structurelle. Le double psychique fait suite à un clivage qui favorise la sauvegarde de l'appareil psychique menacé d'implosion par le chaos pulsionnel. De M'Uzan considère cette division du sujet comme processus intrapsychique indispensable à la sauvegarde de la vie psychique.

En ce qui nous concerne, nous serions portés à penser l'hypothèse que ce processus doit nécessairement se poursuivre par le lien à l'objet. Le double va être nécessairement représenté par la figure maternelle et le thérapeute.

Dans la pensée de De M'Uzan, c'est l'autoconservation qui est fondamentale et qui détermine le devenir pulsionnel de la vie psychique du sujet. Sans ignorer ce point de vue, notre position serait de considérer que les besoins du corps vont être relayés par les besoins du moi. Le trajet pulsionnel se psychise autour de trois temps essentiels au cours desquels la pulsion se fait besoin initialement du corps (du soma) puis

commence à se psychiser en se faisant besoin du moi et enfin, elle devient désir hétérosexuel sous-tendu par la notion de « manque ».

À l'opposé, si les besoins du moi ne sont pas satisfaits, la pulsion se fait besoin somatique (anorexie, boulimie, addictions) au lieu de se faire désir. Dans ce contexte pathologique, « le manque », devient un vide psychique corporel que le sujet va chercher à contrôler et à combler répétitivement et inlassablement dans une tentative de symbolisation qui échoue. Les besoins du moi se définissent par plusieurs caractéristiques, ce sont des besoins émotionnels qui accompagnent l'expérience de satisfaction et les besoins du corps. Il s'agit, pour le sujet, dans cette phase précoce, d'assimiler, d'intégrer, de s'approprier ce à quoi il a été confronté.

Au stade narcissique primaire, l'enfant a besoin d'un autre pour symboliser (il ne peut pas symboliser seul). Son moi a besoin de l'écoute de l'autre, de la fonction échoïsante. La présence de l'autre lui permet de partager des affects, de construire un dispositif de soins.

Sur le plan thérapeutique, le schéma est identique : se pose la question d'un cadre adapté aux besoins du moi des patients dépendants psychiquement. Ce cadre doit être ajusté aux besoins fondateurs pour éviter sa fétichisation. Dans le cas des patients anorexiques ou hyperactifs, nous avons proposé une supplémentation du cadre qui intègre dans sa règle fondamentale la problématique du corps et des expériences sensori-motrices précoces. Le cadre thérapeutique doit symboliser la symbolisation dans la singularité du sujet.

Les besoins du moi s'étaient sur le double représenté par un environnement maternant symbolisant.

Le double est donc un autre et un même. Il permet dans un premier temps, de part sa double valence, que se structure l'illusion de l'objet trouvé-créé. À travers le travail de symbolisation primaire s'organise l'identité des perceptions internes/externes, processus auquel le double appartient.

Progressivement, l'objet va se différencier et être perçu par le sujet comme extérieur à soi. Le travail psychique de la représentation rendu désormais possible s'associe au refoulement. Le double s'intériorise alors et de double interne/externe il devient double interne. Au fur et à mesure que l'objet se différencie, le double s'internalise.

Dans les pathologies de la dépendance, c'est l'ensemble de ce processus qui est entravé : le double ne parvient pas à s'intérioriser, il perd sa double valence, autre et même au profit d'une unique valence qui tend à l'identique. Tout se passe alors comme si le vivant était identique à lui-même. C'est ce à quoi le sujet va s'attacher dès lors à démontrer, c'est le message qu'il va s'attacher à signifier à l'environnement thérapeutique.

Dans ces conditions, une des modalités expressives signifiante d'échec de l'accès à la représentation est le passage par l'acte. Cette notion de

passage par l'acte est essentielle et correspond à la partie thérapeutique de la relation thérapeutique négative. Elle renferme en elle-même la double potentialité d'une valeur messagère qui s'adresse simultanément à l'objet et au sujet. Le passage par l'acte peut être entendu comme une manière de donner une forme perceptive à un éprouvé que le sujet ne parvient pas à se représenter. Il est donc porté pulsionnellement à exprimer sur un mode perceptivo-sensoriel dans un circuit court, une forme perceptive.

Dans un premier temps, cette forme perceptive est donnée à voir au thérapeute. Cette matière psychique première ne peut prendre forme que par l'intermédiaire du thérapeute. Si cette forme première est perçue par le thérapeute, il peut alors l'échoïser au sujet.

Rappelons que la symbolisation primaire ne peut pas se faire sans la présence d'un thérapeute perçu comme même et autre du sujet. À ce stade, la perception par le thérapeute de l'acte le situe comme *double perceptif externe échoïsant* les éprouvés internes que le sujet a déchargés dans l'objet. Le passage du clivage au refoulement ne peut se faire que par la mise en place d'un double externe qui va être ensuite internalisé.

## CHAPITRE 10

# La thérapie groupale dans les souffrances narcissico-identitaires

Après plusieurs années d'expériences thérapeutiques avec les patients narcissiques identitaires, il nous apparaît que l'approche la plus révélatrice, au sens photographique du terme, des processus psychiques inconscients à l'œuvre avec ces patients est la thérapie groupale. La fonction groupale dans le champ psychothérapeutique condense plusieurs avantages.

### Les fonctions du groupe

Nous avons évoqué par ailleurs la dimension centrale de la fonction de rassemblement dans la psychothérapie par rapport à la faiblesse de synthèse des capacités du moi qui laisse les différents états émotionnels du moi désintriqués. Le groupe remplit déjà par essence cette fonction de rassemblement. Il est particulièrement indiqué dans les thérapies des patients narcissiques identitaires lorsque le clivage corps-psyché est à l'œuvre, ainsi que toutes les conséquences inhérentes à ce clivage : clivage passé-présent, dedans-dehors, espace-temps, moi-affect.

Cette fonction de rassemblement par l'intermédiaire du groupe est une fonction essentielle même si nous le verrons plus loin, le rassemblement ne se fait pas d'emblée, mais qu'il est l'objectif à atteindre.

L'autre fonction du groupe, c'est la fonction réfléchissante qu'il favorise pour les sujets dépendants psychiquement.

Le groupe dans ce cas réunit des sujets qui ressentent un sentiment de solitude par rapport à leur symptomatologie. Sentiment qui s'appuie sur la conviction que personne ne peut comprendre ce qu'ils ressentent individuellement sauf une personne qui aurait vécu la même expérience.

Comme nous l'avons déjà évoqué, ces pathologies de la dépendance présentent une identification narcissique à l'environnement en écho de ce que le sujet ne se représente pas de lui-même. Cette fonction réfléchissante groupale peut favoriser un processus échoïsant de l'état émotionnel

que le sujet ne reconnaît pas à l'intérieur de lui mais qu'il peut être amené à percevoir sur autrui. Le transfert, dans ce cas, entre les différents participants du groupe, se manifeste à travers deux processus d'échoïsation et de projection.

Certains auteurs évoquent le processus « d'identification projective » à l'œuvre dans ces pathologies.

En tout état de cause, une des toutes premières étapes que la fonction groupale doit permettre de dépasser, c'est celle de la sortie du déni de la symptomatologie dans laquelle sont enfermés ces patients. Sortie qui doit passer par la perception projetée sur autrui des états émotionnels du soi qui s'échoïent dans le sujet, du fait de l'identification narcissique à l'environnement.

Cette première étape s'appuie sur la constatation de l'identique comportemental et corporel.

Une des fonctions essentielles du groupe c'est sa propension à favoriser les échanges émotionnels et la polysémie des langages corporels. La multiplicité des canaux langagiers va pouvoir faire l'objet d'un travail de synthèse de la part des thérapeutes. Trois temps fondamentaux sont repérables à l'intérieur du groupe :

- Le premier temps constitué par la phase d'emprise-tentative de défense contre les effets du groupe à l'intérieur du groupe. Cette phase se manifeste par une sorte d'individuation forcenée, protectrice, pour ne pas fusionner, ne pas se dévoiler.
- Le deuxième temps constitué par le lâcher prise, décrit une phase où par le biais de l'identique, de la constatation d'une symptomatologie de l'identique, une mise en confiance devient possible qui conduit le sujet à s'aventurer avec précision dans la description des conduites addictives et les effets que produisent le retour en miroir des descriptions d'autrui.

Cette phase de lâcher prise s'articule avec un temps fondamental du devenir conscient et celui de l'avènement d'un transfert proprement dit.

Il devient possible d'élaborer, par exemple en ce qui concerne les anorexiques, l'idée que l'hôpital qui est vécu comme une prison est une projection de l'emprisonnement interne que le sujet ressent dans son corps aux prises avec la restriction.

Mais le lâcher prise et le devenir conscient présentent des risques car ils reconvoquent l'angoisse de la non-assignation et de la perte d'identité.

Le rôle des thérapeutes est essentiel pour qu'une continuité de penser soit possible en recontextualisant l'angoisse qui se présente, en la réinscrivant avec le sujet dans son histoire passée.

Le changement psychique passe en général par un travail de prise de conscience (le devenir conscient). S. Freud nous dit : « Là où était le ça le moi doit advenir. » C'est le principe de tout travail psychothérapeutique.

Le moi qui a dû refouler une représentation inconciliable doit peu à peu prendre conscience de cette représentation qui était aux prises d'un côté avec la pulsion et de l'autre avec la censure. Dans le cas particulier de l'anorexie, se rajoute une complexité du fait du clivage corps/psyché et du clivage entre le moi et les affects concernés par des expériences traumatiques.

On a donc un moi scindé entre une partie saine et une partie souffrante, mais la partie saine s'est mise au service de la partie souffrante et s'est complètement assujettie à sa souffrance. Ce qui donne une pseudo théorie cohérente du sujet. Réflexion qui peut donner le change car elle s'appuie sur des éléments de réalité quelquefois difficiles à contourner : « À partir de maintenant, je vais manger sainement » (justification de la restriction), comme nous le dit une anorexique.

Ceci pour expliquer la difficulté que nous pouvons rencontrer avec les patients anorexiques : si le sujet est clivé quand nous intervenons, à quelle partie clivée du moi va s'adresser l'intervention ou l'interprétation ?

Deuxième difficulté, le devenir conscient passe par la prise de conscience de ce qui s'est constitué en après-coup dans l'expérience adolescente du sujet. Or, chez les anorexiques, la notion d'après-coup reste encore à élaborer. Elle ne s'est pas produite dans la réalité psychique du sujet. L'après-coup est une reprise dans la sexualité secondaire adolescente d'une expérience sexuelle primaire. Dans l'anorexie, ce processus est contrarié. Sa dégradation se manifeste lors de la puberté (le choc pubertaire). Si bien que le travail thérapeutique va se trouver confronté à l'expression du trauma de manière directe et sans refoulement secondaire de l'expérience sexuelle primaire. C'est la symbolisation tertiaire qui doit permettre au sujet de symboliser l'inceste pour qu'il ne se réalise pas. Généralement l'adolescent symbolise l'inceste rendu désormais réalisable pour qu'il n'ait pas lieu. Il doit alors abandonner la bisexualité psychique pour s'identifier dans son identité sexuée (fille ou garçon).

Cette étape adolescente fait suite à la phase de latence au cours de laquelle l'enfant latent symbolise l'inceste qu'il ne peut et ne doit pas réaliser. Il le sublime tout en conservant la bisexualité psychique.

Ce qui vient d'être dit précédemment ouvre à la question de la sexualité infantile adossée à l'après-coup. On évoque à ce sujet la notion de « diphasisme ». À une expérience sexuelle infantile vient s'associer dans l'après-coup adolescent, la réactualisation d'une expérience sexuelle secondaire, le symptôme surgissant de cette mise en tension.

À ce dispositif métapsychologique classique, certains auteurs et notamment R. Roussillon (2008), proposent d'associer une autre dimension plus précoce qui en constituerait le soubassement. Il s'agit de penser un « triphasisme » avec les relevés des expériences précoces,

éventuellement traumatiques et susceptibles de conditionner les modalités ultérieures de la sexualité. À partir d'une différenciation moi/non moi mal établie, l'incidence sur la castration est majeure, elle entraîne une altération de la différence des sexes et des générations. Dans ces conditions, on assiste à une castration non symboligène.

Cet énoncé propre aux anorexiques concerne à notre avis l'ensemble des pathologies de la dépendance psychique.

- Le troisième temps est constitué par la reprise qui consiste pour le sujet à s'approprier subjectivement l'expérience à laquelle il a été confronté et de laquelle il s'était absenté sur un mode affectif. Ce temps est rendu possible par le partage esthétique, la reconnaissance par le thérapeute de ce qui s'est passé et par l'échoïsation de l'expérience qui s'appuie sur la reformulation.

« La reformulation », c'est proposer au patient une hypothèse théorique qui reprend son discours et l'oriente différemment dans une dimension causaliste, réflexive au plus près de son état émotionnel du moment. Le thérapeute va tenter d'accoler une intervention qui met en corrélation une représentation et un affect qui semble y correspondre et que le moi du sujet a clivé. Il s'agit de traduire pour le sujet le sens que l'orientation narcissique primaire prend dans son discours. Le narcissisme efface la trace même de sa constitution et s'appuie sur la recherche d'un autre identique pour pouvoir penser.

Ce troisième temps qui est un temps de reprise est rendu possible à la condition que le temps précédent ait été intégré subjectivement. C'est un temps de symbolisation primaire qui permet la mise en continuité entre les perceptions internes et externes. Elle relie deux représentations différentes d'un même objet dans une perception identitaire.

On voit donc que le groupe permet une médiation à partir du symptôme corporel dans la mesure où le corps est considéré par le sujet comme non intégré par la psyché.

La perspective thérapeutique consiste alors à favoriser l'intégration et l'appropriation subjective des éprouvés corporels après les avoir perçus sur l'autre à l'intérieur du groupe, garant des perceptions internes/externes.

Le groupe n'est pas la somme des individus qui le composent. Une fois constitué, le groupe est une entité psychique de laquelle émane un projet. Le projet thérapeutique, dans les cas qui nous occupent, c'est le changement psychique et symptomatique.

La reformulation est soutenue par une présence empathique du thérapeute. Partage émotionnel qui met en relation deux subjectivités dans un même espace-temps.

Cette condition *sine qua non* de la reformulation se retrouve dans le concept « d'attention conjointe » décrite par Bruner. Cet auteur démontre comment le langage verbal chez le bébé se construit dans la relation à l'autre, présent dans un espace et un temps communs.

L'attention conjointe pose le problème d'une métapsychologie de la présence qui doit être satisfaisante pour l'objet et par conséquent pour le sujet. La pathologie nous démontre, d'une part, que l'échec de l'attention conjointe se transforme en attention disjointe. D'autre part, le narcissisme primaire qui se caractérise par l'effacement des traces de sa constitution a pour conséquence ultime l'angoisse de séparation. Il s'agit plus précisément d'une angoisse de perte d'identité, conséquence d'une « présence » mal élaborée.

## À propos du transfert

On peut donc en inférer que son émergence s'origine dans une forme première qui passe par la projection. Projection par le sujet en voie de constitution de ses émois primaires, qui vont être contenus par l'objet puis échoïsés en retour.

Le sujet, par le biais de la perception, va se donner une forme identitaire dont le formant est constitué de « la traduction » par l'objet des émois du sujet.

Ce qui s'échoïse alors dans cette forme perceptive rencontre les attentes du sujet qui s'attend à trouver du même au dehors.

Le rôle défecteur de l'objet dans ce cas est bien celui d'apporter du même mais aussi du différent. On peut envisager que l'apport différentiel passe essentiellement par le démenti de la conviction d'avoir détruit l'objet en l'incorporant. Les angoisses du sujet sont ainsi détoxifiées comme le souligne W.R. Bion (1965).

L'objet qui apporte du même et du différent fournit la trame de la symbolisation primaire.

Le même s'appuie sur la satisfaction de l'objet et du sujet simultanément. Dans ce contexte, on peut souligner l'importance pour le sujet d'apporter de la satisfaction à l'objet. Satisfaction partagée qui souligne à quel point le bébé apporte de la satisfaction à l'objet. Simultanément, le différent passe par l'intégration du démenti fourni par l'objet aux angoisses de destruction ressenties par le sujet.

La symbolisation primaire s'appuie dans ce cas sur des proto-représentations différentes d'un même objet.

## Symbolisation primaire et symbolisation secondaire

Dans la symbolisation primaire, la quête de la mêmeté est prédominante sur celle de la différence alors que la symbolisation secondaire s'appuie sur la prévalence du différent sur la mêmeté.

Dans ce contexte de secondarité, le différent est polysémique. Il signifie à la fois la capacité à différer le désir, à différencier le sexe et les générations et à ouvrir le champ de la conflictualité.

À l'inverse, dans la symbolisation primaire, le différent n'est pas polysémique. Il s'articule directement au même dans un jeu de « pareil/pas pareil » (R. Roussillon) dont la valeur économique est l'apaisement et le plaisir. S'agissant de cette phase de symbolisation primaire, R. Roussillon (2010) préfère utiliser le terme dialectique du « pareil/pas pareil » car l'essentiel est de ne pas rompre l'illusion du trouvé-créé. En effet, apporter du différent secondaire dans ce contexte primaire contribuerait à un forçage qui aboutirait à rompre l'enveloppe de l'illusion du trouvé-créé.

### *Mise en œuvre de ces notions processuelles en thérapie groupale*

Prenons exemple du groupe thérapeutique s'adressant aux adolescents anorexiques. L'expérience clinique d'observations nous a permis de mettre en évidence certains de ces processus. Une première période se dessine centrée sur le maintien d'un « quant à soi » visant pour chacune des participantes à prendre appui sur leur singularité pour éviter la dépendance psychique. Cette première phase ne résiste pas aux besoins d'échapper à la solitude et un premier rassemblement symptomatique groupal se produit. Les patientes se décrivent et décrivent leurs conduites actuelles et passées dans un mouvement pulsionnel hypomane. Tout se passe comme si se confrontaient deux tendances : l'une est d'échapper à l'isolement en se rapprochant d'autrui, en se reconnaissant dans la symptomatologie identique à la sienne. L'effet produit existant les pousse à décrire en détail et à profusion les circonstances de leur conduite anorexique. Ce récit de l'identique va apporter du différent. Celui-ci est brutal car trop différenciateur. L'autre tendance consiste à lutter contre ce rapprochement car il contrarie le processus pseudo-identitaire que les anorexiques s'étaient forgé. Elles sont mises à nu en dévoilant les scénarios comportementaux caractéristiques des conduites anorexiques qu'elles avaient pu considérer comme singulières et identitaires.

Le rôle du thérapeute n'est pas d'accentuer ce pôle différenciateur mais de favoriser par la reformulation la réappropriation amodale des émois non représentés par le sujet.

La mise en sens consiste dans ce cas à accompagner la réappropriation de l'affect en lieu et place de l'acte. Autrement dit aider à intégrer l'idée que l'acte est venu en lieu et place d'une souffrance identitaire caractérisée par un vide psychique et affectif. L'acte est un message que le sujet anorexique s'adresse à lui-même et à son environnement. Il est porteur d'un message de maîtrise à double valence : « Si je mange, je te détruis, alors je ne mange pas. »

Et, dans un même temps : « Je le maintiens vivant en le conservant à l'extérieur de moi » sous la forme de la maîtrise.

Ce message est adressé simultanément à l'environnement et au corps du sujet. Dans ce cas, la non-intégration équivaut à la sauvegarde simultanément du lien à l'objet et au corps.

Le thérapeute par l'intermédiaire de la reformulation apporte le registre manquant du « pareil/pas pareil » favorisant la symbolisation primaire. Un travail empathique du thérapeute soutient la réappropriation par le sujet de l'affect en lieu et place de l'acte. La recontextualisation de l'expérience permet la mise au « présent du moi » de l'expérience émotionnelle, grâce à la reconnaissance par le thérapeute et les autres membres du groupe de la souffrance historico-pulsionnelle vécue par le sujet.

Aucune interprétation différenciatrice n'est apportée à titre individuel. Dans le cadre groupal, les interprétations sont données uniquement au groupe. Elles consistent à fournir au groupe les moyens de maintenir les fonctions de contenant et de continuité psychique.

Prenons l'exemple d'une jeune anorexique qui déclarait régulièrement dans le groupe ne pas comprendre sa situation radicalement différente de ses camarades, affirmant séance après séance que son cas était particulier, en soutenant devant le groupe qu'elle continuait à perdre du poids alors qu'elle s'alimentait régulièrement. Elle prenait à témoin le discours maternel qui semblait confirmer ses propos. Ce positionnement dans le groupe, qui vise à capter l'attention sur sa personne de manière négative, faisait courir le risque d'un délitement du fonctionnement groupal, voire d'un désistement des autres patientes. Un travail interprétatif centré sur sa personne aurait eu pour effet de renforcer le discours défensif. Une absence d'intervention aurait eu pour effet de laisser diffuser un état anxiogène dans le groupe. Le choix des thérapeutes fut de privilégier la fonction groupale contenante en rappelant un double implicite énoncé lors des entretiens préliminaires, à savoir que l'anorexie mentale n'est pas un problème alimentaire. Ce dernier n'étant que la conséquence ultime d'une souffrance non symbolisée et par ailleurs, que le groupe travaille avec ce postulat qui consiste à penser que l'on ne maigrit pas si l'on continue à s'alimenter normalement.

L'amaigrissement est corrélé négativement à une alimentation équilibrée. Ce type d'intervention a pour but de maintenir la cohérence groupale sans entraver les productions hallucinatoires d'un sujet, mais en lui apportant aussi un certain démenti.

### *Mécanismes de défense en thérapie groupale*

Il en va de même pour les mécanismes de défense que décrit W.R. Bion (1965) dans l'expérience groupale qui sont les hypothèses de base de dépendance, de couplage et d'attaque fuite.

Prenons une séquence clinique pour éclairer ces trois termes. Lors de la période initiale, le groupe se présente sous un aspect silencieux en attente des interventions des thérapeutes, eux-mêmes en attente de libres associations de la part des membres du groupe.

Cette attente n'étant pas satisfaite et alors que le silence s'installe, les thérapeutes doivent l'interrompre pour éviter de faire ressentir un

sentiment de persécution du fait même de ce silence. Ainsi ils accèdent à la demande implicite groupale de proposer à chacun d'exprimer ou de faire le récit de son éprouvé actuel. Cette relation individuelle au thérapeute est ce que W.R. Bion décrit comme *hypothèse de base dépendance*. Lorsque cette hypothèse est prévalente, le groupe est fermé à toute autre proposition et les thérapeutes doivent donc interpréter au niveau groupal cette dépendance aux thérapeutes.

À ce moment-là, le groupe acquiesce et peut s'orienter vers une autre hypothèse de base qui peut être celle du couplage, c'est-à-dire, que deux personnes du groupe se rapprochent et s'excluent du même coup de la dynamique groupale telles ces adolescentes parlant en même temps que les autres participantes au moment où celles-ci s'adressent au thérapeute. Là encore, l'intervention va se situer au niveau global et au niveau de la difficulté ressentie à s'écouter parler et aussi à celle de s'écouter soi-même. Un autre couplage fait suite au premier qui prend une dimension plus sexuelle que le précédent. Deux adolescentes du groupe, plus avancées dans leur évolution par rapport à la maladie, arrivent en retard avec des petits sourires entendus qui éveillent aussitôt la curiosité de tous bien que personne n'en dise mot. À l'évidence elles suscitent le fantasme de s'être absentes pour aller à l'extérieur de l'hôpital, sur la plage, pour rencontrer des garçons.

Selon W.R. Bion, cette hypothèse de base couplage relève d'un espoir messianique qui nécessite pour son évolution positive de ne pas se réaliser. Ainsi, elle permet à J., une des deux adolescentes du couple qui s'était focalisée sur le métier de mannequin, d'expliquer au groupe en quoi ce projet obsédant était lié à son opposition à la rigidité de ses parents qui exigeaient pour elle et sa fratrie une réussite scolaire indéfectible. Elle décrit comment elle s'était accrochée au mannequinat en résistance aux exigences parentales et comment il lui est possible d'envisager d'autres perspectives parce que ses parents se sont assouplis mais aussi grâce au sens qu'elle a pu donner à cette fixation.

Pour revenir à l'hypothèse de base dépendance, il peut se produire au cours de cette phase de description des symptômes qu'un autre mouvement lui fasse suite. Il consiste pour le groupe à considérer que les thérapeutes tirent profit pour leur propre compte de l'expérience en groupe et qu'ils puissent se soigner eux aussi, s'améliorer. Un patient qui trouvait probablement que les progrès des thérapeutes étaient insuffisants (pas assez de retours), leur avait adressé cette réflexion sur un ton de reproche : « Avec ce que nous vous avons appris, vous pourriez écrire un livre maintenant. »

Enfin une autre hypothèse de base décrite par W.R. Bion et nommée par lui attaque-fuite concerne l'expression de la haine, de l'agressivité et de la destructivité que le groupe favorise ou cherche à éviter. Même dans le cas où cette destructivité semble être portée par un membre du

groupe, le projet thérapeutique est d'inscrire ce mouvement au niveau global afin que le groupe maintienne sa fonction contenante.

Comme le souligne R. Kaës (1993), pour des sujets dépendants, le paradoxe va être de leur proposer (injonction paradoxale) une expérience groupale qui crée de la dépendance.

## Le groupe thérapeutique, un « espace » pour la symbolisation primaire

À travers une réflexion sur la psychothérapie de groupe, nous allons aborder un processus psychique fondamental qui est à l'œuvre dans tout travail de reméroration, à savoir la symbolisation primaire et ses avatars.

S. Freud avait décrit ce processus en 1896 dans une lettre à Fliess. Il décrivait ce passage, cette « traduction » de la « matière psychique première » ou bien encore de la trace « mnésique perceptive » en représentation de choses. Première traduction des éprouvés que le bébé doit nécessairement projeter sur l'objet maternel, pour en percevoir une « échoïsation » en retour, sans laquelle il lui est impossible d'accéder à la représentation de la représentation.

Cette première « traduction » effectuée, elle pouvait alors faire l'objet d'une reprise dans l'appareil de langage et favoriser ainsi l'accès à la représentation de mots. Traduction secondaire ou « symbolisation secondaire » des processus corporels, émotionnels, gestuels primaires.

Deux phases distinctes, bien qu'intriquées, dans lesquelles un mouvement « d'équivalence », « une recherche de similitude », « de mêmeté » (F. Dolto [1984]), « d'homosexualité primaire en double » prévaut, pour la symbolisation primaire, portée par le narcissisme de vie, ceci dans un contexte qui consiste à rendre identique le différent pour la symbolisation primaire. Phase où prévaut « l'analogique » et au cours de laquelle « hallucination et perception » sont conjointes dans l'illusion du trouvé-créé de D.W. Winnicott. Autant de processus qui sous-tendent l'identité primaire et qui vont « s'effacer » pour céder la place à la « symbolisation secondaire » consistant à rendre différent ce qui était préalablement perçu comme identique (paradigme de l'angoisse du huitième mois). Si l'analogique prévaut dans la symbolisation primaire c'est « l'analité » qui préside à l'avènement du processus secondaire dans son organisation « digitale ».

Nous utiliserons le terme de « reformulation » employé par une jeune fille anorexique qui a travaillé avec dans notre groupe thérapeutique qualifiant ainsi nos interventions.

## CHAPITRE 11

# Le cadre et le dispositif de la thérapie de groupe

Le cadre dans lequel s'exerce la psychothérapie de groupe ne comprend pas seulement l'organisation technique et matérielle de la rencontre, mais l'ensemble des facteurs qui interviennent dans le traitement. Ainsi le cadre inclut des éléments aussi divers que la théorie employée (ici le modèle psychanalytique), la formation et la personnalité des thérapeutes, les règles de fonctionnement, le lieu et les médiateurs proposés (ici la parole et le langage corporel et émotionnel). Autrement dit, les différents registres de la représentation pulsionnelle (représentant affect, représentant la représentation de choses et de mots).

Pour certains auteurs, il faut distinguer le cadre qui comprend les aspects conceptuels et le dispositif qui comprend le contexte organisationnel. C'est en partie le cadre qui détermine l'ensemble des processus qui vont naître au sein de la psychothérapie de groupe.

De nombreux psychanalystes se sont interrogés sur la fonction du cadre et sur un mode de construction par rapport aux buts que se fixent les thérapeutes. Ces buts étant en lien étroit avec les théories de la maladie et de la guérison adoptées par les thérapeutes.

Nos hypothèses clairement énoncées lors des entretiens préliminaires soutiennent l'idée que l'anorexie mentale n'est pas une pathologie alimentaire. Que tout du moins, la restriction alimentaire n'est pas la cause mais la conséquence d'un processus psychique qui vient de plus loin et précède l'entrée dans l'anorexie mentale.

D'autre part, il est énoncé que ce groupe thérapeutique de par son dispositif (situé dans l'hôpital, accueillant des patients externes et/ou hospitalisés, à mi-chemin entre le dedans et le dehors) a pour vocation la médiation et la transition. Il ne saurait prétendre se substituer à une véritable psychothérapie individuelle en libéral, mais il peut y préparer.

Proposer aux adolescents anorexiques de « se raconter » dans un groupe de parole contribue à reconstruire l'histoire de chacun(e) « en écho » au récit des autres.

Tout se passe comme si la « régression vertigineuse sans point de fixation » nous avait ramenés à une phase initiale primaire, traumatique et qu'il fallait rejouer des étapes fondamentales.

Notamment, celle du transfert initial de la « matière psychique première » dans l'objet, premier miroir des expériences émotionnelles identitaires. Le miroir est dans le groupe, à double reflet, reflet de l'identique et reflet de la différence.

## L'identique de la symptomatologie

L'identique est dans la symptomatologie. Le récit des anorexiques à ce sujet est à peu de choses près, dans un premier temps au moins, confondant de similitude. À ce stade de la réflexion, l'identique de la symptomatologie constitue « l'identité de surface de l'anorexique ». Les souffrances narcissiques et identitaires se manifestent dans cette forme où se re-dupliquent à « l'identique » un corps et des comportements stéréotypés.

Nos interventions vont se situer, de manière « empathique », au plus près des représentants affectés de la pulsion et de la représentation de chose. Nous tentons des reformulations de l'expérience psychique qui mobilisent les affects « réprimés » des patients anorexiques.

Il s'agit pour nous, à ce stade du travail thérapeutique initial, de relier le moi aux expériences traumatiques affectives qu'il n'a pu mettre au présent et desquelles il s'est rendu absent.

## Principe de reformulation

Le principe de la reformulation consiste en une reprise du discours de chacune des patientes anorexiques et d'y accoler une intervention qui mette en corrélation une représentation et un affect qui semblent y correspondre et que le moi anorexique a clivé. Ce faisant, il nous faut réintroduire dans la reformulation un « morceau » de temporalité qui a participé à l'expérience affective clivée par le moi. Cette partie temporelle constitue le fondement historico-pulsionnel de l'expérience subjective clivée.

« Le mot », dans le champ sémantique propre à l'anorexie, constitue donc une partie de la chose. C'est la « part mot » de la chose (non séparés). Il n'est pas un mot du langage verbal qui produit l'absence de la chose, qui la nomme en son absence, qui « symbolise le meurtre de la chose » (Lacan).

Le mot ici rend la chose présente, « la présentifie » dans sa forme traumatique initiale qui reflète non pas l'absence mais la perte, non pas la perte de l'objet (névrotique) mais la perte de soi, donc d'identité.

L'anorexique ne se reconnaît que dans l'expérience d'une autre anorexique, seule personne ayant vécu la même expérience qu'elle, donc l'unique personne susceptible de la comprendre.

Dans le groupe de parole, les thérapeutes reçoivent un statut particulier, ni amis, ni ennemis, « neutres », plutôt incompetents, impuissants, ils ont le bénéfice du doute car ils s'intéressent à la maladie mais, ils n'ont pas fait « l'expérience ».

Ce discours qui rappelle celui des toxicomanes qui ne consentent à parler de leur « expérience » uniquement avec des personnes qui l'ont faite, en utilisant une terminologie choisie qui les situe dans « la marge » et non dans la « différence », inscrit bien l'anorexique dans « une toxicomanie sans toxique ». Mais comme chacun sait, c'est de la marge que naît l'écriture. Il nous faut donc repartir de la marge « reformulation » plutôt qu'interprétation.

L'interprétation doit être réservée au groupal comme le préconise W.R. Bion. Elle porte généralement sur une situation de transfert par déplacement de l'analité vers le phallique, dans le champ d'une sexualité œdipienne qui culmine dans un conflit qui associe un désir et un interdit.

« La reformulation » concerne un domaine plus archaïque, primaire, elle porte sur une situation de transfert par retournement de l'oralité vers l'analité dans le meilleur des cas.

Mais bien souvent, dans le cas des anorexiques, un retournement de l'activité passive/active. C'est-à-dire, retournement sur la personne du thérapeute, voire même sur le cadre et le dispositif thérapeutiques d'un représentant pulsionnel que le sujet ne se représente pas. Faire vivre et ressentir à l'autre ce que le sujet ne parvient pas à se représenter de lui-même.

Classiquement, les expériences émotionnelles et corporelles primaires font l'objet d'une reprise symbolique secondaire dans l'appareil de langage, lequel par l'intermédiaire du transfert se transforme en appareil d'action.

Dans ces conditions, le corps, l'acte, le geste « se mêlent à la conversation » comme le précise S. Freud à propos de l'hystérie de conversion.

Mais il n'est pas certain, même dans le champ névrotique, que toutes les expériences primaires précitées soient reprises secondairement dans le champ symbolique et dans l'appareil du langage.

Pourtant elles demeurent inscrites dans l'appareil psychique (appareil à penser les pensées, à établir des liens) et donc dans l'appareil de mémoire, mais sous une forme non-intégrée, dite « actuelle ».

En ce qui concerne les expériences primaires traumatiques non intégrées, issues d'une période précédant l'avènement du langage verbal (avant 18-24 mois), elles font retour en situation thérapeutique sous une forme non symbolique, non verbale, sensorielle, mimo-gesto-posturale, « les fueros » comme les nomme S. Freud. Elles peuvent faire retour sous leur forme initiale non-transformées, ni refoulées. Elles prennent

parfois la voie « perceptive hallucinatoire » et viennent boursoufler les modalités perceptives symbolisées secondairement.

Le projet initial de la thérapie de groupe est de permettre à ces adolescentes qui se sentent isolées avec leurs « pensées de contrainte » anorexiques, avec leurs symptômes (souffrance narcissique identitaire), de rencontrer dans un cadre thérapeutique, d'autres personnes ayant vécu la même expérience traumatique.

La scène primitive des anorexiques est une scène de laquelle elles se sentent exclues. Il est donc nécessaire de leur offrir un lieu d'élaboration de ce sentiment d'exclusion, de leur conception de la « scène dont elles ne peuvent rien dire ».

Ce sentiment d'exclusion est retourné sous la forme d'une position qui équivaut à : « Personne ne peut comprendre ce que je ressens, je suis la seule à pouvoir m'aider. »

Cette scène diffère des scènes primitives névrotiques et psychotiques. L'une s'appuyant sur le récit de la découverte par le sujet de la scène qui a présidé à sa conception, l'autre s'appuyant sur la conviction de l'auto-engendrement.

L'anorexique auto-engendre sa propre exclusion, là où le névrosé auto-engendre sa conception par ses parents et le psychotique engendre son auto-engendrement (il est la mère, le père, le couple).

Ce travail psychique centré sur « le retour » en séances, d'expériences primaires traumatiques non symbolisées se traduit parfois par des comportements langagiers « en actes » non-verbaux. Le groupe est silencieux comme en attente que les thérapeutes initient la discussion sous forme de questions. Les thérapeutes peuvent interpréter la situation de « dépendance psychique du groupe », puis ensuite aborder des liens intersubjectifs sous l'angle des interventions dites de « reformulation », au plus près des angoisses de séparation qui s'expriment sous cette forme silencieuse régressive.

Ce qui apparaît peu à peu au décours des séances, ce sont des modes de retour du passé dans le présent sous des formes multiples et généralement dans la négativité. L'affect, l'acte, la parole sont autant de modalités que l'anorexique utilise pour l'exprimer dans la négativité ou *réactions thérapeutiques négatives* selon S. Freud.

Elles en viennent aussi à anorexiser la relation thérapeutique groupale. Anorexiser la relation, c'est la réduire au strict minimum de la présence psychique émotionnelle sans manifester le moindre affect. Appauvrir les incorporations et les excorporations. Autrement dit, limiter les échanges, bouche cousue, regard tourné vers le sol, immobilité corporelle, parfois difficile à soutenir.

De ces expériences traumatiques passées, non symbolisées, émergent des modes de pensées régressifs tels que : « je voudrais redevenir comme avant », « maintenant je me vois maigre sauf une petite partie de mon

corps », « il y a certains mots que je ne peux prononcer sans angoisse, grossir par exemple », « je suis persuadée que je grossis de ce que je mange à chaque repas », « je me demande si mon père n'a pas abusé de moi quand j'étais plus jeune en tout cas, j'avais toujours des craintes qu'il vienne dans mon lit la nuit et j'éprouvais les mêmes craintes avec mon frère ».

Cet ensemble hétéroclite en apparence du discours ramène l'anorexique à une phase régressive dans laquelle le temps s'organise de manière réversible (redevenir comme avant c'est retourner dans le passé contrairement à la puberté et l'adolescence qui préparent le futur qui est dans ce cas inenvisageable).

« Se voir maigre », sauf une petite partie de son corps, évoque la présence d'une enclave anorexigène à l'intérieur du psychisme, un encryptement qui renvoie à la « métonymie du corps, la partie pour le tout ». Il suffit alors qu'une partie du corps reste perçue comme grosse pour que l'ensemble du corps soit perçu à l'identique.

Mais il y a dans cet énoncé la tentative de masquer aux thérapeutes et au groupe, perçus comme censeurs, « le déni de la maigreur ». Les mots imprononçables liés à la prise de poids renvoient à la « part mot de la chose » (non séparés). Le mot ne parvient pas à l'abstraction dans ce cas. Il reconvoque la chose (le trauma). « Grossir de ce que l'on mange », c'est nier le travail interne, métabolique, transitionnel. La nourriture se transforme en poids et en graisse, en un corps à corps avec l'objet dans un vécu de transformation immédiate et monstrueuse du corps.

## Sexualité et anorexie

La crainte de l'abus sexuel loin de signer un désir secondaire hystérique nous conduit à une relation pré-œdipienne mal intégrée. Conséquence d'une relation à l'objet primaire anxiogène et excitante qui se traduit par un échec du changement d'objet et une hyper-sexualisation de la relation à la figure paternelle comme point de suture d'une faille narcissique et identitaire non symbolique. Michel Fain (1999) nous dit : « En ce qui concerne les gens qui ont été dominés dans une première partie de leur vie par des événements traumatiques [...] Comment se fait-il que ce traumatisme revienne (fasse retour) ? [...] Qu'est-ce qui fait qu'ils sont constamment pris dans ce traumatisme ? ».

« C'est tout simplement parce qu'ils voient les autres, ceux qui n'ont pas connu le trauma, et constatent qu'il y a une façon d'être, une façon de voir les choses, de les sentir qu'ils n'ont jamais atteinte [...] Et c'est cette constatation, par cette perception constante que le trauma de tout ce qu'il leur manque, leur revient. »

« C'est le trauma issu de la différence entre leur vécu et celui des autres (du thérapeute). C'est pourquoi cela ne peut qu'entraîner une prudence de l'interprétation.

Si l'interprétation que l'on donne concerne la castration (c'est-à-dire la différence des sexes et des générations) et passe par au-dessus de la tête du patient, il peut parfaitement revivre à ce moment-là le trauma d'origine ». Autrement dit, il est important de repérer à quelle forme de sexualité les patientes anorexiques sont arrimées.

Dans le groupe, ce que nous observons c'est généralement un fonctionnement psychique et sexuel dans lequel se déploie une homosexualité primaire en double. Ce qui signifie que l'autre est perçu comme un double de soi, mais un double externe perçu comme image identique, qui ne doit pas se différencier. Les registres de la castration, de la différence des sexes ne sont pas présents. S'ils demeurent l'objectif à atteindre, leur évocation trop rapide crée des tensions, des rejets, des silences.

Renoncer à être le « pénis maternel » est la tâche la plus douloureuse à laquelle sont confrontées les anorexiques et occupe leur pensée en permanence.

Dans ce contexte, le registre défensif qui opère n'est pas celui de l'angoisse de castration-pénétration mais d'avantage celui de l'emprise. Registre dans lequel la pulsion se déploie sur une ligne de crête qui oscille entre « la prise » et le « lâcher prise » par rapport à l'objet.

## Cas clinique

### Laura, 17 ans boulimique vomisseuse

Chez elle le lien à l'objet se structure autour d'un axe « prise »-« lâcher prise » où le « lien d'emprise » est prévalent et précède nettement le lien à l'objet présent-absent.

Elle décrit deux voix qui lui commandent, l'une de s'alimenter, et l'autre de ne pas le faire. S'alimenter en contrôlant que ce n'est pas trop, mais que c'est suffisant pour prendre du poids, atteindre la sortie de l'hôpital (retourner chez ses parents, retrouver l'objet).

Le lien d'emprise à l'objet se décline comme suit :

- s'alimenter, c'est incorporer l'objet. La prise de l'objet à l'intérieur du corps s'accompagne de la « conviction » et de la « culpabilité primaire » d'avoir détruit l'objet. Cette culpabilité doit recevoir « le démenti » que l'objet incorporé n'a pas été détruit par l'acte d'incorporation. Elle doit vérifier que l'objet est toujours vivant et créatif dans la réalité (retourner chez ses parents, les revoir) ;
- si elle n'est pas certaine de la pérennité de l'objet, elle doit alors le rejeter, le vomir pour le préserver. Si elle peut vérifier que l'objet n'est pas détruit, elle peut alors l'intérioriser car « perçu » dans la réalité, il peut alors acquérir un statut d'objet psychique interne.

Ce qui ouvre le sujet au champ de la symbolisation primaire, c'est l'expérimentation simultanée d'une identité entre les perceptions internes et externes. Il faut que l'objet dans lequel l'hallucination va s'effectuer

et se « loger », disons se transférer, soit « perceptivement analogue » à celui de l'objet halluciné. Il faut qu'il puisse « symboliser » l'objet halluciné en tant que contenu psychique et l'expérience subjective de la rencontre avec celui-ci, en tant que contenant.

En effet, on n'hallucine pas l'expérience d'un sein « doux » et accueillant dans un objet « coupant » ou « fermé ».

Il faut que l'hallucination de l'objet puisse être transformée par les propriétés de l'objet en expérience d'illusion subjective.

---

Ainsi, notre position de thérapeute qui tient compte du fonctionnement actuel et qui est portée par un modèle secondaire de la castration crée une mise en tension, une dialectique « primaire-secondaire » qui doit passer par cette étape de la reformulation de l'acceptation de l'homosexualité en double pour introduire la différenciation progressive.

Nos hypothèses théoriques implicites doivent servir d'attracteurs du symbolique pour les patientes, sans les devancer, sans leur donner l'impression que notre position de thérapeute nous exonère d'une expérience des « processus primaires ».

L'hystérique s'adresse à un spectateur indifférent, d'où la « belle indifférence » décrite par S. Freud concernant le symptôme hystérique.

Le psychotique s'adresse quant à lui, à un spectateur « anonyme » en rapport avec une problématique du narcissique qui l'induit.

L'anorexique s'adresse en ce qui la concerne à un spectateur « impuissant » auquel par retournement de sa propre impuissance, de son sentiment d'exclusion, elle cherche à indiquer la voie de la rédemption à travers la capacité de privation, le sentiment de pureté, la position érigée du corps qui renvoie à la position initiale du pénis maternel. Est-ce-là un message adressé au père que l'anorexique figure à travers son corps ? L'invitant par son message corporel à prendre une place qu'il ne parvient pas à tenir dans la relation du couple ? Défaillance qu'elle serait contrainte de masquer pour pallier cette carence ?

Hypothèses qui ouvrent la réflexion à la dimension fétichiste de l'anorexie mentale.

## CHAPITRE 12

# L'entretien clinique pour parents d'enfants hyperactifs

Après plusieurs années d'expériences, il nous est apparu indispensable de proposer aux parents d'enfants hyperactifs un ou plusieurs entretiens hors de la présence de l'enfant et ceci afin de permettre au thérapeute de s'identifier aux mouvements identificatoires à l'œuvre dans la dynamique familiale. Le thérapeute pouvant alors « se sentir » dans le transfert à la place de l'enfant confronté à la dynamique conflictuelle de l'objet-couple.

Aussi bien pour la clinique de l'hyperactivité que pour celle des dépendances psychiques en général, le mode d'organisation majeur du discours est celui qui s'appuie sur la défense par le clivage.

Il s'agit d'un clivage entre le moi et l'affect, entre la psyché et le corps, entre le passé et le présent, ce qui rend le travail de mise en lien sur le mode associatif quasiment impossible. L'accès au lien de causalité, de ce fait, est rompu. Le simple questionnement du thérapeute orientant l'investigation vers le passé ne trouve pas chez le couple des parents un écho favorisant la découverte d'un lien de causalité. Le clivage qui est à l'œuvre à ce moment-là fait que l'événement est ramené à la chose en soi sans lien envisageable avec l'affect, contrairement à la structure névrotique qui permet au patient, soutenu par le questionnement du thérapeute, d'accéder à l'associativité.

Dans les dépendances psychiques, les modalités clivées du discours font obstacle à l'associativité. Cette organisation défensive requiert un engagement particulier du thérapeute dans la dynamique transféro-contre-transférentielle afin de favoriser l'associativité par la mise en lien et le rassemblement.

Autrement dit, le thérapeute doit intervenir au niveau de certaines articulations, de certaines failles dans le discours, favorisées par le clivage, faute de quoi là où il aurait pu se passer quelque chose de constructif sur le modèle de l'écoute du patient névrosé, il ne se passe rien.

## Retournement

La première étape de ce type d'entretien, c'est de laisser se dérouler le retournement. Cette étape permet au thérapeute de saisir émotionnellement la place qui est assignée à l'enfant dans la dynamique familiale.

Cette place est le prix du positionnement contrarié, voire paradoxal, dont le thérapeute doit s'imprégner afin de pouvoir l'aborder dans un second temps avec les parents.

La mise en œuvre du transfert par retournement n'exclut pas celle du transfert par déplacement au cours duquel se transfèrent sur le thérapeute des clivages parentaux au sens transgénérationnel.

Une fois cette phase installée et suffisamment éprouvée, il convient d'aborder les aspects paradoxaux et contradictoires du discours parental. En effet, tout se passe comme si c'était l'énoncé du paradoxe qui permettait la mise en lien.

## Cas clinique

### Hector ou l'enfant identifié à l'objet couple

Prenons l'exemple d'une rencontre clinique avec les parents d'un enfant hyperactif lors d'une première consultation. Dès le premier contact téléphonique, il n'est pas évident pour la mère d'Hector que le thérapeute veuille rencontrer les parents en l'absence de l'enfant alors que c'est ce dernier qui pose problème.

D'emblée, la mère oppose à la représentation psychique l'appui sur le visuel et le sensoriel ; une mère qui par ailleurs, se révélera très observatrice du fonctionnement corporel de son enfant.

Ce qui frappe dans le discours de ce couple parental, c'est la succession non consciente des positions contradictoires concernant leur fils. Il est décrit tantôt gentil, tantôt comme agité (« *il nous embête la vie* ») quasiment dans une même phrase sans que les parents perçoivent la moindre contradiction dans leur énoncé. La deuxième caractéristique du discours des parents c'est la rupture vis-à-vis de la continuité émotionnelle. Cette rupture introduit une sorte de « coq à l'âne » qui oblige le thérapeute à suivre cette même modalité comme probablement l'enfant a été conduit à suivre ces ruptures. Dans un premier temps, le thérapeute suit cette modalité pour être au plus près des éprouvés de l'enfant.

Ce n'est que dans un deuxième temps que le thérapeute pourra pointer ces paradoxes comme modalité de mise en lien.

L'autre caractéristique, est l'absence totale de mise en lien des événements de vie. Cette absence de mise en lien et de relation causaliste devra être travaillée par le thérapeute pour aider les parents à élaborer la dynamique historico-pulsionnelle. Celle-ci peut être réalisée dans ce cas avec l'accompagnement du thérapeute.

Dans ce cas de figure, la chose est ce qu'elle est sans lien causal. Autrement dit, dans ce cas de figure la thérapeutique passe nécessairement par la transformation des contradictions en paradoxe winnicottien. En effet, les éléments contradictoires présents dans le discours langagier verbal et mimo-gesto-postural représentent les modes défensifs organisés par le clivage.

Ces failles discursives constituent la modalité majeure d'accès à la dynamique pulsionnelle du sujet et de l'objet-couple. Le thérapeute est conduit dans ce cas à mettre en lien ces éléments de rupture de la continuité psychique. En effet, il est confronté au paradoxe de la rupture qui fait lien. Autrement dit, le lien se constitue à partir des éléments qui font rupture. Il ne s'agit nullement d'un processus conduisant à culpabiliser le patient ou les parents, mais plutôt d'un travail de co-construction avec eux s'établissant sur la base des éléments énoncés par eux sans en percevoir la nature contradictoire.

Le thérapeute doit se servir de ces éléments de rupture pour les remettre en lien. Citons l'exemple des adolescentes anorexiques chez lesquelles le clivage corps/psyché crée une rupture qui nous conduit à leur proposer l'hypothèse d'un corps qui veut s'alimenter et d'une tête qui ne veut pas. Ainsi le sujet peut se réapproprier de manière plus unitaire les formes paradoxales de son discours.

Revenons sur le premier entretien des parents d'Hector. Ce qui se dégage du discours mimo-gesto-postural de ce couple c'est l'opposition de style. En effet, la mère d'Hector facilement débordée par ses émotions avec un discours de type hémorragique qui se déverse dans la séance, sans limites. Aux prises avec ce discours, la position empathique du thérapeute le conduit à accompagner les différents états émotionnels exprimés par la mère, comme une de sorte de « coq à l'âne » émotionnel.

À l'opposé, le père, pour ne pas être débordé émotionnellement intervient de manière rigide comme pour stopper l'hémorragie dont il craint qu'elle le submerge. Le moment clé de cet entretien se situe autour du récit de la grossesse. À la question du thérapeute sur la grossesse, la mère commence par répondre que tout s'est bien passé. Mais à ce moment-là son mari lui adresse une mimique désapprobatrice à laquelle elle répond : « *Il faut peut-être que j'en parle ?* ». Et d'ajouter : « *Ce fut la grossesse la plus épouvantable... je coupais le cordon avec maman... elle n'était plus disponible pour nous... j'avais des problèmes de santé très douloureux... je pleurais beaucoup, beaucoup, quand il est né... c'était un bébé adorable qui ne faisait que dormir, je pleurais beaucoup... il a eu un éveil à la vie difficile... je le portais contre moi tout le temps... il a eu du mal à tenir sa tête... il faut du temps pour lui... il lui manque quelques mois... neuf mois peut-être... je ne l'ai pas lâché... je l'ai sauvé... je le protège sans arrêt... »*

À ce moment-là, au comble de l'émotion, le père intervient pour stopper l'hémorragie émotionnelle en disant : « *En géométrie il est toujours au-dessus de la moyenne.* »

Dans cette séquence de premier entretien, initiée par le père et stoppée par lui, on assiste au déploiement d'un discours contradictoire et polysémique.

D'un point de vue identificatoire, on peut se représenter comment l'enfant, aux prises avec l'état dépressif de la mère, a été contraint à s'adapter afin de soutenir et d'empêcher son effondrement. Les « *je pleurais et je le tenais contre moi* », « *je ne l'ai pas lâché* » laissent entendre qu'elle a beaucoup soutenu l'enfant et qu'en même temps, elle a été beaucoup soutenue par lui.

L'hypersomnie de l'enfant prend tout son sens dans ce contexte adaptatif vis-à-vis de la souffrance maternelle : dormir pour ne pas solliciter sa mère. L'intervention du père qui vise à arrêter l'hémorragie qui semble l'atteindre lui aussi et le fragiliser a été perçue par le thérapeute comme une phase à respecter dans cette première séquence pour ne pas fragiliser l'équilibre du couple. Cette première phase permet au thérapeute de s'imprégner de l'état émotionnel de l'enfant passé et présent. Dans un second temps, il pourra avec les parents reprendre cette dynamique et en saisir avec eux les modalités organisatrices ou plutôt dés-organisatrices.

Autre élément important dans cet entretien, il s'agit d'étudier le statut de la sensorialité. Outre sa labilité émotionnelle, la mère d'Hector est une personne qui s'appuie sur des ressentis perceptivo-sensoriels comme pour se donner une sensation identitaire. Elle mime avec son corps les attitudes corporelles de son fils pendant qu'elle le décrit. Ainsi dit-elle : « *Il a du mal à se concentrer, toujours en mouvement, sa concentration se fait à partir du sensoriel, il a besoin de toucher (en le mimant) des objets, d'être en contact permanent avec des objets.* » Elle signale par ailleurs, qu'il est toujours en perte d'équilibre, dans des positions instables, par exemple assis en tailleur sur sa chaise pour manger. Cette recherche permanente d'équilibre instable ayant pour objet de stimuler en permanence la rééquilibration par voie sensorielle.

Le statut de la sensorialité interroge en même temps le statut de l'hallucination.

Dans ces expressions sensorielles, ce sont des équivalents d'affect qui s'expriment, mis en dépôt dans le sensoriel. Ce dépôt dans le sensoriel est constitutif d'un dehors qui est en fait hors de la psyché mais dans le corps.

---

Notre observation rejoint les positions de G. Gimenez dans « *Halluciner, percevoir l'impensé* » (2010) et de J. Bleger dans « *Symbiose et ambigüité* » (1967) dans lesquelles l'hallucination permet la mise en dépôt des tensions, des affects et des sensations dans la forme hallucinatoire. L'hallucination de ce fait permet une contention à minima des affects bruts de la psyché. Elle apparaît comme une tentative de gestion

des tensions intrapsychiques analogues à l'action musculaire. S'effectue ici un passage au sensoriel par analogie au passage à l'acte. Cette décharge spécifique, omnipotente permet de maintenir hors de la psyché ce qui est perçu comme intolérable. Le sensoriel devient le dehors par rapport au dedans psychique. Comme le rappelle G. Gimenez, ni libre, ni lié, l'affect est déposé sur l'objet halluciné. L'hallucination offrant une gestion externalisée des tensions, une primo-contention dans une forme constituée d'expériences sensorimotrices et affectives.

Nous pensons, quant à nous, que ces expériences sensorimotrices et affectives se situent d'avantage du côté des traces perceptives amnésiques plutôt que du côté des représentations de choses. Leur statut hallucinatoire résulte d'une défaillance de la symbolisation primaire qui aurait permis leur transformation en représentation de choses, puis en représentation de mots à travers la symbolisation secondaire. Comme le souligne De M'Uzan à propos de la perception, l'adhésivité à la perception, à la sensorialité traduit chez le sujet une lutte contre la crainte de perdre ses repères au profit de l'hallucination. Le sujet s'agrippe à ses sensations corporelles lorsqu'il ressent une menace de débordement de sa psyché par un état hallucinatoire.

## CHAPITRE 13

# Pour un essai de compréhension psycho-dynamique de la dépendance à l'objet-couple

Comme nous l'avons déjà soutenu par ailleurs, l'état de dépendance psychique est caractéristique de l'hyperactivité et de l'anorexie mentale ainsi que toutes autres formes d'addictions.

### Comment se constitue l'état de dépendance ?

Précisons tout d'abord que notre hypothèse prend en compte l'ensemble des développements antérieurs, notamment ceux qui s'appuient sur la notion de défaillance du pare-excitation.

Il est classiquement convenu de considérer ces pathologies comme résultant d'une carence du pare-excitation, voire d'une effraction de celui-ci, qui serait à l'origine du trauma. Le sujet serait contraint, pour lutter contre la destructivité, de répéter un mouvement de décharge psychique et sensorimotrice d'une excitation perçue comme inélaborable du fait de cette carence initiale.

Si nous souscrivons à cette hypothèse, nous sommes portés à penser, à la suite de constatations cliniques maintes fois renouvelées, qu'il existe des processus primaires antérieurs constitutifs de cette défaillance du pare-excitation.

Il nous apparaît que ce processus primaire ou archaïque, loin de s'effacer, se retrouve dans la dynamique transféro-contre-transférentielle en jeu dans ce que R. Roussillon (2008) a nommé « l'objet-couple ».

Notre apport à cette conception serait de décrire le mode de relation à l'objet-couple mise en évidence par la relation du thérapeute à l'objet-couple.

Il s'agit pour le thérapeute de se laisser imprégner des éprouvés infantiles du sujet dans ses tentatives identificatoires à l'objet-couple afin d'en saisir les aléas.

En premier lieu, il semble important de considérer les liens primaires à l'objet pour faire ressortir le fait que l'objet, avant d'être un pare-excitant,

possède une fonction de synthèse des différents états émotionnels du sujet. C'est cette fonction de synthèse qui permettrait au moi de l'enfant en voie de constitution de se donner une sensation de continuité psychique et somatique.

Cette fonction de synthèse émanant de l'objet récupéré ultérieurement par le moi du sujet permettrait la synthèse des rythmes corporels, l'accordage esthésique, l'attention conjointe, l'intrication et la vectorisation des pulsions agressives et libidinales. Bref cet ensemble synthétique permettrait au sujet de sortir d'un état de nébuleuse subjective de ce que J. Bleger nomme les « états des noyaux agglutinés » et d'acquérir progressivement un sentiment de continuité de soi.

La temporalité chronologique ou linéaire prendrait racine dans l'avènement de ce processus premier. Si l'inconscient est intemporel, notre psyché est aussi soumise à un temps conscient et linéaire. Le rapport à la temporalité linéaire est indispensable pour sortir de la circularité.

Nos observations cliniques respectives nous ont permis, dès les premiers entretiens, de mettre en évidence des fonctionnements psychiques maternels aux prises avec cette difficulté de synthèse.

Relation transférentielle laissant apparaître une labilité émotionnelle importante, « un coq à l'âne » émotionnel, accompagné d'une sensation, chez le thérapeute, d'un débordement et d'une forme de contamination émotionnelle. Tout se passe comme si le sujet tentait de se récupérer d'un état émotionnel en se précipitant sur un autre état émotionnel sans trouver le pare-excitation, c'est une fuite incessante d'un état vers un autre qui échoue à trouver le pare-excitation.

L'analyse du transfert par retournement permet au thérapeute de saisir par analogie comment un processus de débordement et d'effraction se met en place pour l'enfant.

Face à cette angoisse de débordement qui envahit essentiellement l'interlocuteur (thérapeute et conjoint), le sentiment d'effraction est davantage ressenti par les interlocuteurs que par la mère chez qui le passage d'un état émotionnel à un autre constitue une mise en dépôt hallucinatoire (troisième voie de l'affect). Dans ce contexte ni lié, ni non-lié, de plus en plus affecté, le discours où se mêlent sensorialité et hallucination appelle une intervention du conjoint.

Ce dernier, pour faire face à cette angoisse de débordement, est amené à transformer l'appareil de langage en appareil d'action par une intervention qui court-circuite le discours ambiant.

Intervention qui conduit à un changement radical de registre qui éradique l'affect au profit de la réintroduction d'éléments perceptifs, factuels, visant à stopper le surgissement hallucinatoire.

Précisons que ce mode de réaction ne souligne pas un fonctionnement permanent chez le père mais plutôt un mode de défense face à une angoisse de débordement chez une personne susceptible par ailleurs

de produire une associativité qui est elle-même court-circuitée à ce moment-là.

Ce que le thérapeute observe alors c'est qu'il est lui-même tenté d'adhérer à ce mode d'intervention. Figurant en cela comment l'enfant va être lui aussi amené à s'identifier à ce mouvement d'éradication. Ainsi nous pouvons avoir une représentation de l'éprouvé infantile dans la relation primaire à l'objet-couple qui marque les relations d'objet ultérieures sur ce mode binaire où trois est égal à deux fois deux, pervertissement de la relation triangulaire œdipienne.

Si nous tentons d'établir un modèle explicatif de cette dépendance psychique à l'objet, il s'agit précisément de l'imprévisibilité de l'objet à laquelle le sujet est confronté en permanence. En effet, c'est cette labilité des états émotionnels décrite précédemment chez la mère qui contraint le sujet à s'adapter en permanence aux besoins émotionnels de l'objet. Ce faisant, il doit renoncer en permanence à l'investissement moïque pour conserver le contrat narcissique. Il réussit une double relation de maîtrise à l'environnement maternel pour éviter la destruction de l'objet par le processus d'introjection mais aussi maîtrise de l'objet pour éviter d'être détruit par lui en l'incorporant.

L'imprévisibilité, l'absence de fiabilité des réactions de l'objet conduit le sujet à surinvestir l'environnement matériel en lieu et place de l'environnement maternel. Il tendra aussi à surinvestir le domaine sensoriel en lieu et place du domaine conceptuel (le conceptuel s'appuie sur l'abstraction et celle-ci requiert le lâcher prise par rapport à l'objet).

Une certaine stabilité peut être alors trouvée dans cette identification momentanée aux objets concrets et à la sensori-motricité du fait des objets « jamais absents » et dont la présence est maîtrisable. Ainsi s'expliquent les risques d'effondrement psychique qu'encourt le sujet lors d'un changement dans son cadre environnemental matériel (déménagement, entrée à l'école, quitter la maison, ...). L'investissement de l'environnement matériel est tel qu'une perte de cet environnement équivaut à une perte d'identité.

Dans l'anorexie, l'investissement de la sensori-motricité et du corps va être bousculé par la puberté et le changement des sensations corporelles.

S'y rajoute à ce moment-là la perte de la bisexualité au profit de la génitalité qui n'est pas élaborable. En tout état de cause, l'enjeu majeur concerne l'absence de satisfaction des besoins du moi.

L'environnement maternel premier n'étant pas en mesure de satisfaire aux besoins du moi du sujet, ce dernier déplace sa libido sur les besoins du corps et les besoins matériels. Dans ces conditions de carence, le désir se fait besoin et le manque constitue un vide. Mais ce tableau ne saurait être suffisant sans l'étude de la position paternelle dans la relation d'objet-couple. Nous avons pu observer que le père,

par ailleurs capable d'accès à une associativité fantasmatique, pouvait être momentanément saisi par ce contexte narcissique primaire où la différenciation n'est pas posée.

Rappelons le contexte, il s'agit d'une ou plusieurs consultations au cours desquelles les parents sont invités à parler de leur enfant en son absence. Ce contexte de séparation est de nature à re-convoquer les situations traumatiques antérieures de séparation chez les parents. Contrairement aux clichés traditionnels décrivant le père comme un personnage absent, non investi, il nous apparaît au contraire très présent dans ce tableau narcissico-identitaire. Son mode d'intervention dans un contexte particulier décrit ci-avant, le conduit à des modes d'interventions diffractants. Ses interventions provoquent des ruptures par rapport à l'enveloppe de continuité psychique recherchée par le thérapeute. Loin de jouer le rôle de pare-excitation, il crée de ce fait une diffraction supplémentaire qui se rajoute à la diffraction initiale.

Son intervention qui se veut quelque part protectrice, renforce le clivage car elle éradique l'état émotionnel ressenti par lui comme nocif. Il crée un blanc du point de vue de l'affect en s'agrippant à des éléments concrets.

Le thérapeute se voit confronté à deux modèles identificatoires, qui pour paraître différents dans la forme, renforcent tous deux, tour à tour, l'effet d'emprise qu'ils exercent sur le sujet.

Ces premières impressions doivent permettre au thérapeute de s'imprégner de ce en quoi l'enfant ou l'adolescent est aux prises avec des processus clivants déjà évoqués.

## Le travail du thérapeute

Après une phase d'accueil du transfert par retournement (premier temps) et l'élaboration de l'éprouvé du thérapeute (deuxième temps), s'ensuit un travail de transformation et de mise en lien à partir du contre-transfert qui doit se constituer (troisième temps).

Ce travail de pensée et de transformation psychique du thérapeute va lui permettre de se dégager de la relation d'emprise.

Le quatrième temps sera celui de la reformulation par le thérapeute qui consiste à reprendre certaines formulations des parents accompagnées par l'écho produit en lui, c'est-à-dire d'un affect, d'un ressenti contre transférentiel sur les aspects contradictoires des énoncés de l'objet-couple. Notre intérêt se porte prioritairement sur l'objet-couple plutôt que sur le fonctionnement des individus qui le composent. Ce parti pris est dû au fait que nous pensons que les mouvements identificatoires, qu'ils soient actuels, adolescents, infantiles ou primaires présentent toujours un lien privilégié au couple. Ceci prioritairement aux identifications aux traits de chacun des membres du couple.

Il s'agit d'éviter toute forme de culpabilisation ou de dénonciation tout en gardant ouvert l'espace de la conflictualité.

Par exemple : « J'entends que vous dites d'un côté que votre enfant est sage (sous-entendu qu'il ne vous pose pas de problème) et de l'autre qu'il vous *embête* la vie. Comment faites-vous pour penser ces deux formulations en même temps ? »

Les couples de parents qu'il nous a été amené de rencontrer pour compléter notre étude sont des couples que nous pourrions qualifier d'aconflictuels. Si bien que cet objet-couple est dans l'impossibilité d'offrir à l'enfant un mouvement identificatoire adossé à la différenciation.

Comme le souligne R. Roussillon, la différence se compose d'un triptyque qui englobe le conflit, le différé et la différence. À l'intérieur de cet objet-couple, on peut repérer la présence de colère mais pas de conflits. Il n'est pas rare d'observer que ces couples se décrivent paradoxalement comme dépendants de relations où l'alternance colère/apaisement se manifeste, y compris dans la relation sexuelle. On retrouve également menace de séparation et annulation de séparation.

Comme l'affirme une mère d'adolescente anorexique : « Ni avec toi ni sans toi, malgré les conflits et les menaces de séparation et quand tout semble perdu, il y a à un moment donné une force qui nous permet d'y croire encore ; nous éprouvons encore du désir l'un pour l'autre ; sur les sujets importants (éducation, société...), nous avons le plus souvent la même vision des choses. D'accord sur le fond même si la forme nous oppose. » On ne saurait mieux résumer « l'impossible séparation ».

Cette absence de différenciation crée les conditions d'une triangulation qui se dissout dans deux relations duelles identiques dans lesquelles l'enfant se voit dans l'impossibilité d'accéder à la tiercéité. L'enfant va souffrir de sa participation à l'exclusion du tiers chaque fois qu'il est en relation avec l'un des membres du couple. La solution choisie, c'est de se rendre dépendant de l'objet-couple tout en luttant contre son envahissement.

## CHAPITRE 14

# Passage à l'acte – passage par l'acte

Une des notions qui nous paraît importante à étudier pour sa valeur thérapeutique c'est la notion d'acte. Dans le chapitre 6 sur les impasses, nous avons déjà mis l'accent sur un certain nombre de paradoxes observés dont celui, particulièrement surprenant, de l'aggravation des comportements dans la vie courante dès le début de la prise en charge thérapeutique. La psychanalyse classique interprète cette aggravation de la symptomatologie comme un processus de rupture et de non-reconnaissance du transfert, une défense contre la remémoration. Globalement ce comportement de rupture entre acte et transfert est nommé passage à l'acte ou *acting-out*.

### Passage à l'acte

Le sujet qui met en acte des conflits hors de la cure est moins accessible à la prise de conscience de leur caractère répétitif et peut, hors de tout contrôle et de toute interprétation du thérapeute, satisfaire jusqu'au bout, jusqu'à l'acte achevé ses pulsions refoulées.

S. Freud nous rappelle dans l'*Abrégé* (1938) : « Il n'est nullement souhaitable que le patient en dehors du transfert mette en acte (*agieren*) au lieu de se souvenir ; l'idéal pour notre but serait qu'il se comporte aussi normalement que possible en dehors du traitement et qu'il ne manifeste ses réactions anormales que dans le transfert. » Cette citation est d'importance car elle précise l'idéal thérapeutique attendu qui s'appuierait davantage sur la représentation, sur l'analyse du transfert, sur la prise de conscience du processus de répétition. C'est surtout la reconnaissance de l'appropriation par le sujet des processus de répétition. Cet ensemble de signes cliniques permet d'inscrire le patient dont l'organisation névrotique est patente dans un processus de symbolisation secondaire accessible avec l'aide du thérapeute. La vie fantasmatique et préconsciente qui est présente dans ce cas et le cadre thérapeutique à lui seul favorisent l'accès à la représentation des fantasmes inconscients. Dans les conjonctures cliniques que nous

études dans cet ouvrage, c'est-à-dire les dépendances psychiques et plus particulièrement les pathologies anorexiques et hyperactives, nous sommes frappés par le rapport particulier qu'entretiennent les patients avec l'action.

En effet, l'action dans laquelle le patient est engagé perd sa dimension réflexive. En cela, on peut définir comme un acte hors du sujet (hors-sujet), un acte qui s'inscrit hors de la psyché du sujet. Il ne se rend pas présent à l'action qu'il accomplit. Autrement dit, selon D.W. Winnicott, il ne met pas l'action au présent du moi. La célèbre formule de J.-D. Vincent (1986) de « représentation » n'est plus validée dans ce cas. Concrètement, l'enfant hyperactif aux prises avec une série de comportements jugés répréhensibles par l'environnement familial ou scolaire, ne parvient pas à s'approprier subjectivement les actes dont il est l'auteur. Il ne parvient pas non plus à organiser une causalité psychique à ces actes, si bien qu'il ne peut que se référer à ce qui lui est renvoyé de la conséquence de ses actes. Bien souvent cette conséquence se traduit par des remises en cause par l'entourage et des sanctions. Cet ensemble de réactions environnementales est souvent ressenti comme une injustice et peut souvent s'accompagner d'un sentiment de persécution. Il s'agit bien là d'un clivage corps/psyché au cours duquel l'acte est du côté du corps, hors de toute représentation, et du côté de ce que nous avons appelé le double externe non intériorisé.

Néanmoins, cet ensemble comportemental va déterminer une pseudo-identité issue de l'observation fournie par l'environnement. Il s'agit souvent d'une identité fortement persécutoire.

## Cas clinique

### Anthony : quand la conséquence se substitue à la cause

Par exemple, Anthony, 12 ans, qui décrit ainsi une situation conflictuelle avec une enseignante : « *Je suis arrivé en classe et la prof de français m'a dit : tu ne rentres pas dans la classe, tu notes le sujet de l'exercice et tu vas le composer dans la pièce à côté. Et ensuite, elle a convoqué mes parents au collège.* »

Dans ce cas, aucune causalité psychique n'a pu être établie par Anthony, ce qui rend l'attitude de l'enseignante totalement incompréhensible à ses yeux et le place en position d'enfant persécuté. Le même enfant dans une autre circonstance, mais qui celle-là le met en relation avec son père, sera en mesure de mieux préciser ce qu'il en est de ses comportements. À partir du terme « vaporeux » dans lequel son père inscrit ses comportements, il va être en mesure de reprendre à son compte une série d'attitudes plus constructives pour lui. Il peut ainsi se reconnaître dans une série d'actions qui se succèdent mais qu'il ne parvient pas à mener à bien les unes par rapport aux autres.

Dans ce deuxième exemple, même si l'identification narcissique à l'environnement reste prévalente, puisque c'est le père qui définit l'identité d'appoint de l'enfant, il lui est néanmoins possible de construire un ensemble processuel dans lequel il se reconnaît.

On mesure ici les dangers et les souffrances auxquels sont confrontés les sujets en carence de symbolisation primaire. Il leur est impossible de se sentir auteur des actes qu'ils produisent dans l'environnement, scolaire notamment. Lequel environnement, peu équipé à échoïser pour aider l'enfant à se rassembler et à s'approprier ses comportements, tendra à lui présenter un descriptif de lui-même parsemé de trous représentationnels. Dans ce cas de figure, le sujet confronté à un environnement non symbolisant demeure dépendant d'un double réel persécuteur externe non appropriable subjectivement.

Dans les deux exemples cités, la valeur messagère de la pulsion est de ce fait ignorée par le sujet et l'environnement, même si, dans le deuxième exemple, le sujet parvient à s'approprier un schéma globalisant de lui-même grâce à la formulation fournie par le père.

## « Défauts » dans la symbolisation primaire

Dans la démarche thérapeutique, il nous faudrait travailler ces « défauts » dans la symbolisation primaire à travers ces passages par l'acte à l'extérieur du cadre thérapeutique. La thérapeutique doit nous permettre d'aller au-delà de la valeur économique de décharge psychique que l'acte permet d'organiser. Décharge psychique qui se produit hors de l'objet ou dans un objet inapproprié, ressenti par le sujet comme tel.

Dans la condition de décharge répétitive, l'acte n'a pas d'autre valeur que celle de l'apaisement que sa réalisation produit. Mais il appelle inlassablement l'acte suivant. Le travail thérapeutique consiste, à partir de cette décharge par l'acte, de ce passage par l'acte, d'en dégager la valeur messagère pulsionnelle.

L'acceptation par le thérapeute de l'acte à la fois dans sa dimension d'apaisement et de rassemblement à travers la succession des actes, de mise en lien avec un état émotionnel non approprié par le sujet, doit permettre d'accéder à la valeur messagère de la pulsion.

Comme le précise R. Roussillon (1993), le modèle de la cure type est fait pour des appareils psychiques qui ont une symbolisation primaire suffisante. Le travail thérapeutique consiste alors en un passage de la symbolisation primaire à la symbolisation secondaire. Il y a des représentations, celles-ci sont refoulées, inconscientes, elles infiltrent en tout état de cause le langage. À partir de cette infiltration-là, le thérapeute facilite leur déploiement dans le langage, dans le préconscient : c'est la symbolisation secondaire.

Tout autre est la thérapeutique lorsque les patients présentent des défauts dans la symbolisation primaire. Lorsque ces conditions de formation même de symbolisation primaire posent question, c'est là où il est pertinent de reprendre la théorie des « commencements » de la symbolisation. R. Roussillon a pu extraire de la pensée de S. Freud une théorie de la symbolisation en acte, par l'acte, en passant par l'acte. Modèle qui s'oppose à sa rétention ou à sa suspension. Il s'agit pour lui, dans ces conditions, d'un modèle théorique en deux temps. Il faut que les choses soient suffisamment agies, suffisamment mises en actes et donc représentées en actes pour pouvoir ensuite valablement se suspendre et se re-symboliser autrement.

Considérons les discussions entre S. Freud et S. Ferenczi, à propos de la répétition agie, c'est-à-dire du transfert (*agieren*), R. Roussillon précise que la pensée psychanalytique procède du même ordre d'idée.

Au début, on considère que le transfert, les modes d'agir relationnel dans la situation d'un appareil de langage transformé en appareil d'action sont d'abord considérés comme des systèmes anti-analytiques. Secondairement, au fur et à mesure que la pensée évolue, on commence à reconnaître que c'est nécessaire à la symbolisation.

Selon S. Freud, « nul ne peut être tué en effigie et en abstentia », c'est-à-dire qu'il faut qu'il y ait une présentification dans le transfert des difficultés de la symbolisation, des conflits historico-pulsionnels. Bref de tout ce qui est en souffrance de symbolisation chez le sujet. Il faut donc que ça se représente, que ça se mette en acte transférentiel pour que *in fine*, la symbolisation ait lieu.

Paradoxalement, il y a donc d'un côté, ce que l'on appelle les passages à l'acte qui seraient des mouvements en vue de se soustraire à la symbolisation et, simultanément, d'un autre côté, une autre perspective qui consiste à penser que l'agir, l'action, est nécessaire pour que la symbolisation puisse avoir lieu. Le passage à l'acte ne se résumerait pas comme une manière de se soustraire à la symbolisation car l'acte lui-même est manifestement porteur de symbolisation. Le paradigme de cette élaboration c'est le jeu. Le concept de jeu prend de l'intérêt dès lors que l'on s'intéresse aux théories des rapports de la symbolisation et de l'acte.

## CHAPITRE 15

# La question de la dépendance psychique dans le cadre thérapeutique

Le vivant ne saurait être identique à lui-même. Cela invite à penser que le vivant doit être relié à la tiercéité. La vie psychique n'est pas superposable à la vie somatique et commence dès qu'il y a différenciation sujet-objet.

Comme le souligne R. Roussillon (2001), le fait de rendre indécidable l'originare est important pour la compréhension métapsychologique de la vie psychique.

### Caractéristiques de la dépendance psychique

Ce qui caractérise l'état de dépendance psychique c'est qu'elle n'est jamais ressentie comme telle par le sujet. En effet, il faut considérer que l'intensité des défenses mises en place pour lutter contre la dépendance ne permet pas au sujet dépendant de la ressentir.

Ceci explique certaines observations faites par les parents à propos des manifestations de leur enfant. Il ne montre aucune inquiétude lors de la séparation. Il les « quitte sans même se retourner ». Il paraît s'investir immédiatement et sans transition dans une relation à un autre objet indifférencié. L'enfant transfère son investissement de manière hallucinatoire d'un objet indifférencié à un autre objet indifférencié.

Ce qui se transfère, c'est une conjoncture historique dans la situation thérapeutique. Outre la problématique de l'imprévisibilité de l'objet susceptible de créer l'état de dépendance, il faut souligner une autre causalité constitutive de l'état de dépendance : elle s'observe dans la manière dont le sujet s'investit dans la rencontre avec l'objet thérapeute.

Il s'avère que cette rencontre prend la forme d'une répétition à chaque séance, elle se rejoue sans cesse sous l'angle de l'échec et figure la rencontre initiale toujours actuelle avec un objet jamais satisfait. Dans ces conditions de non-satisfaction permanente de l'objet, le plaisir va avoir comme conséquence un mal-être.

La satisfaction en effet, doit se produire dans une rencontre avec un objet satisfait. Il peut y avoir plaisir avec l'objet, mais il doit s'associer avec celui de l'objet. Dans le cas contraire, la honte peut survenir.

Dans ces conditions d'échec, l'hallucination n'est pas transformée en représentation, mais reste associée à une perception sensorielle et donc elle précède la survenue de l'angoisse de débordement.

## Cas clinique

### Mme G. : l'imprévisibilité de la rencontre

Ainsi, Mme G., 40 ans, que l'on pourrait qualifier d'hyperactive, répète séance après séance, la rencontre avec un objet non satisfait où sont mis finalement en perspective trois personnages : son thérapeute, son conjoint et la relation maternelle initiale. Elle décrit comment le fait de retrouver son conjoint chaque jour représente une inquiétude majeure selon qu'elle va percevoir chez lui une forme d'accueil, de disponibilité et de réceptivité dont les conséquences vont s'avérer dramatiques pour la suite de la soirée. Elle anticipe négativement cette rencontre. À charge pour lui d'y apporter un démenti. Dans le cas de Mme G., toute différence est ressentie comme indifférence.

L'élaboration de cette question va se faire en deux temps : l'une, historique, portant sur le lien à la rencontre avec la figure maternelle jamais satisfaite, et l'autre, dans l'analyse de l'actuel de la rencontre avec le thérapeute, perçu comme figure hostile dans le transfert au même titre que les deux personnages centraux. Hostilité qui se caractérise essentiellement dans les expressions-mimiques et la posture et exclusivement dans le trajet de la salle d'attente au bureau du thérapeute, pour se dissoudre dans un soulagement une fois installée dans le fauteuil en face à face avec lui.

La recherche initiale du traumatisme cède une fois la rencontre passée, favorisée en cela par l'accueil chaleureux du thérapeute.

Le second point important à souligner est celui de l'angoisse de la séparation/différenciation. Il nous apparaît essentiel d'associer ces deux temps, séparation et différenciation, dans la mesure où l'angoisse qui en résulte est d'avantage liée au transfert d'une conjoncture historique dans la situation thérapeutique, comme dans toute autre relation, plutôt qu'au simple éloignement. Il s'agit en tout état de cause d'un certain type de processus qui s'empare de la relation. Dans le cadre thérapeutique, on observe que les chaînes associatives, loin d'être dominées par la vie fantasmatique, se remplissent d'éléments de types perceptif et sensoriel.

Le sujet décrit un contexte affectif dans lequel la séparation n'est pas éprouvée et ceci grâce au retrait du moi de l'expérience traumatique vécue. On observe alors, que face à cette défense, par clivage, le corps prend le relais par l'entremise de la sensorialité.

Ainsi Mme G. nous décrit un moment particulièrement traumatique lié à la reprise de son activité professionnelle, après des vacances. Elle commence à s'agiter dans la maison exigeant de chaque membre de la famille qu'il procède au rangement des effets personnels, s'astreignant elle-même à ce rangement. Elle éprouve un grand désarroi face à son inefficacité qui est renforcé par l'inertie que lui opposent les membres de la famille.

À ce moment, elle dit éprouver des sensations essentiellement corporelles (fourmillement dans tout le corps) dont l'intensité s'accroît au fil du temps et qui vont ensuite s'accompagner d'un état de colère majeure et de reproches violents adressés à sa famille.

La solution passe encore une fois par un acte qui consiste à s'enfermer dans sa chambre et se réfugier dans la lecture pour trouver l'apaisement. Cette angoisse de débordement, non maîtrisée jusqu'à présent, trouve une première résolution par le passage par l'acte et une première tentative d'élaboration dans le cadre de la thérapie où la honte peut se métaboliser en culpabilité. Madame G. se pose alors la question de l'effet délétère de son comportement sur la santé psychique de ses proches et notamment de sa fille. Un sentiment de culpabilité rendu possible car le travail de recontextualisation se fait jour. La causalité se substitue progressivement à la conséquence et Madame G. commence à percevoir la causalité comme précédant la conséquence. Auparavant la conséquence était perçue comme modalité première et confondue avec la causalité.

---

On voit à travers ce cas, mais aussi dans de nombreuses autres situations cliniques de dépendance que c'est l'a-conflictualité qui caractérise ces conjonctures et que la colère, dans ce cas, se substitue à la conflictualité. Comme nous l'avons décrit précédemment, la colère cesse par une rupture, et c'est cette rupture qui constitue l'unique modalité du lien.

L'autre caractéristique de ces conjonctures c'est la culpabilité qui s'efface devant la honte du fait de la rupture que le sujet établit avec l'historicisation de sa pulsionnalité. La honte étant ressentie corporellement comme un coup porté physiquement : « *C'est comme si j'avais reçu des claques, c'est comme si j'avais été humiliée* » précise Mme F. à la suite de la découverte de l'adultère de son mari.

Cette description s'accompagne paradoxalement d'une sensation d'apaisement dans la relation à soi et à l'autre, figurant encore une fois la rupture qui fait lien.

## CHAPITRE 16

# Hypothèses sur l'identité des fonctionnements psychiques, neurologiques et biologiques

Reprenons les quatre temps déjà évoqués précédemment chapitre 10, à savoir : recevoir, garder, transformer, reformuler (interpréter). Si nous appliquons ces quatre temps au traitement de l'identification projective (laquelle est le mode défensif prévalent dans les pathologies narcissico-identitaires) et si nous tentons de comparer ce schéma thérapeutique au schéma de fonctionnement psychobiologique, nous voyons s'ouvrir des perspectives identitaires surprenantes.

## Hémisphères droit et gauche

De nombreux chercheurs soutiennent de manière scientifiquement vérifiée que les fonctions de l'hémisphère droit sont nettement différenciées des fonctions de l'hémisphère gauche. L'hémisphère droit étant particulièrement impliqué dans les activités spontanées et inconscientes de l'activité émotionnelle. Cet hémisphère domine les expériences émotionnelles subjectives. Le terme d'intersubjectivité est celui qui rend le mieux compte de la nature du transfert interactif d'affects entre les cerveaux droits des deux membres de la dyade mère-enfant et de la dyade thérapeutique.

Le cerveau gauche, quant à lui, communique ses états au cerveau gauche de la dyade thérapeutique au moyen des conduites linguistiques conscientes. Tandis que le cerveau droit non-verbal communique ses états inconscients à d'autres cerveaux droits suffisamment empathiques pour recevoir ces communications.

S. Freud affirmait en 1912 que le thérapeute doit « tourner vers l'inconscient émetteur du malade, son propre inconscient en tant qu'organe récepteur [...] de même, l'inconscient du médecin est apte à rétablir [...] cet inconscient qui a déterminé les idées incidentes du malade ».

La neurobiologie actuelle tend à situer l'inconscient dynamique freudien de manière irréfutable dans l'hémisphère droit (A.N. Schore, 2003).

L'étape de la réceptivité s'inaugure à travers la pensée de W.R. Bion qui évoque « la rêverie, état d'esprit ouvert à la réception de n'importe quel objet, ainsi capable de recevoir les identifications projectives du nourrisson qu'il les ressent comme étant bonnes ou mauvaises » (1962).

De nombreux thérapeutes pensent à l'heure actuelle que la rêverie de la mère traite le matériel préverbal contenu dans les identifications projectives du nourrisson.

De la même manière, la rêverie est aussi une expérience propre au thérapeute en lien avec le contre-transfert. Selon D.M. Marcus (1997), l'analyste, au moyen de la rêverie et de l'intuition, écoute directement avec son cerveau droit « le cerveau droit de l'analysant ».

Selon A.N. Schore (2003), les communications contre-transférentielles affectives, réceptives du cerveau droit du thérapeute sont syntonisées aux communications transférentielles émotionnelles du cerveau droit du patient. Le cerveau droit joue un rôle central dans la perception empathique des états des autres humains.

Au cours du travail psychothérapeutique, L. Miller (1986) suggère qu'il est tentant de concevoir que le psychanalyste qui cherche à comprendre les dynamiques inconscientes de l'analysant suspend de manière temporaire l'intervention de son hémisphère gauche rationnel sémantique et cognitif de manière à permettre une interface plus significative entre les hémisphères droits de la dyade patient-thérapeute.

Le thérapeute doit donc se mettre dans un état de réceptivité pour entrer en résonance empathique avec les communications inconscientes du patient. État de réceptivité qui engage sa posture mentale comme sa posture physique.

Cet état de réceptivité doit lui permettre d'être atteint par l'atmosphère, l'humeur, afin qu'il puisse entendre la communication, saisir le sens entre les lignes, écouter la musique derrière les mots. Il doit se laisser porter par la cadence affective de la séance du patient afin d'en ressentir la tonalité et les subtilités.

Ce sont les éléments prosodiques de la communication tels le rythme, la force et la tonalité, davantage que les éléments linguistiques du langage, qui portent les messages affectifs au sein de l'identification projective. Le cerveau droit est spécialisé dans la perception et la mémoire des mots émotionnels, des stimuli prosodiques et dans le ton émotionnel de la voix.

---

## Cas clinique

### M<sup>lle</sup> E. ou la réflexivité sensorielle négative

Prenons le cas de M<sup>lle</sup> E. 30 ans, architecte, qui a présenté dans sa psychothérapie une phase perceptivo-hallucinatoire qui se résume ainsi : elle sentait des mauvaises odeurs dans certains lieux ; dans sa chambre à coucher, ainsi que chez son ancien analyste.

Elle sentait, pour être précis, des odeurs excrémentielles-hallucinatoires olfactives interprétées par le thérapeute comme fantasme. Cette sensation n'ayant aucune réalité tangible.

Malgré les interprétations, ces odeurs la poursuivaient et elle fut conduite à interrompre son travail psychothérapeutique, ne se sentant pas entendue par le psychothérapeute.

Nous fûmes amenés, au cours d'une deuxième tranche, à reprendre cette dimension hallucinatoire, mais en lui donnant une orientation différente, qui mettait l'accent sur un travail de construction historique.

Peu à peu, apparurent dans cette recherche, des éléments organisateurs de la négativité. Une mère alcoolique et dépressive pendant la petite enfance de sa fille. Elle ne put s'occuper d'elle, l'abandonnant à sa propre mère. Une mère négligée et négligente dont les odeurs corporelles étaient quelquefois repoussantes.

Une relation mélancolique avec un surmoi sévère et cruel lui procurant, *in fine*, le sentiment d'être une « merde » chaque fois qu'un échec sentimental ou professionnel se faisait jour. Dans une confusion dramatique entre l'être et le faire.

L'auto-érotisme se décline suivant trois registres : se sentir, se voir, s'entendre.

La libido s'auto-réfléchit sur ces trois registres. On se sent comme on s'est senti être ressenti par l'objet, comme on s'est vu être regardé, comme on s'est entendu être écouté.

Dans certaines situations relationnelles traumatiques, la négativité peut s'inscrire dans un des trois registres, voire dans les trois.

Notre hypothèse consiste à penser que le retrait de la composante réflexive, la non-intégration de cette composante réflexive conduit la libido à s'investir sur la fonction intersubjective sensorielle à l'exclusion de la dimension intrapsychique.

Ainsi, se sentir devient (se) sentir mauvais. Se voir devient agrippement par le regard et sentiment de persécution sous le regard d'autrui. S'entendre devient par diminution du seuil de l'audition, confusion dedans-dehors et agrippement aux sons externes.

Selon Mélanie Klein (1946), l'identification projective est un processus au moyen duquel une information largement inconsciente est projetée d'un émetteur à un récepteur.

Selon A.N. Schore, il faut distinguer l'identification projective défensive de l'identification projective adaptative. Ainsi, selon cet auteur, au moment d'une identification projective adaptative, l'affect du patient est subjectivement approfondi et communiqué. Inversement, dans le cas d'une identification projective défensive, l'affect n'est pas seulement diminué mais totalement dissocié de la conscience. Sa communication interpersonnelle cesse brusquement.

Dans les moments qui suivent l'identification projective défensive, le patient qui dissocie dès lors dans un état d'inhibition émotionnel intense, n'exprime plus ouvertement une émotion désorganisant. Le thérapeute non dissocié et en résonance, continue d'éprouver quant à lui l'état négatif amplifié. Le thérapeute peut dans ce cas penser que cet état a une origine endogène et qu'il ne constitue pas une réponse émotionnelle à la communication du patient. On retrouve bien là le processus de transfert par retournement décrit par R. Roussillon.

L'identification projective adaptative doit pouvoir être instaurée dans la relation thérapeutique afin que s'instaurent des éléments négatifs portés par l'identification projective défensive.

## Hémisphères droit et gauche du thérapeute

La détection par le thérapeute de ses réponses intéroceptives contre-transférentielles en résonance avec les réponses autonomiques à des stimuli menaçants est particulièrement importante pour assurer un bon accueil à l'identification projective défensive.

Elles s'enregistrent dans le cerveau droit du thérapeute particulièrement dans les circuits limbiques autonomes. Les réactions contre-transférentielles implicites du clinicien au soi communiquant du patient s'inscrivent donc dans son cerveau droit parce que cet hémisphère contient « la représentation topique la plus complète et la plus intègre des états corporels accessibles au cerveau » A. Damasio (1995).

Il joue un rôle spécifique dans la qualité affective de signaux somatiques provenant du corps. Il décode les stimuli émotionnels au moyen de « réactions émotionnelles somatiques » ressenties face à ces stimuli, c'est-à-dire par une forme de réponse empathique. Enfin, il est dominant dans les processus attentionnels.

P. Lewis (1992), signale que l'utilisation de son corps par le thérapeute joue un rôle particulier dans le fait de recevoir des projections transférentielles, de cerveau droit à cerveau droit, des parties clivées du soi. Il affirme que ce mécanisme module spécifiquement l'identification projective défensive. L'apparition dans le corps du thérapeute de sensations que le patient a décrites comme étant les siennes serait la preuve la plus saisissante de l'empathie réussie. La tâche du clinicien consistant à recevoir et contenir les identifications projectives défensives est évidemment plus difficile que celle qui consiste à recevoir les identifications projectives adaptatives.

Entrer en résonance avec des états corporels chaotiques, dissociés et chargés d'affects négatifs, issus de personnalités qui manifestent des troubles émotionnels primitifs est une tâche complexe.

Comme R. Roussillon (2010) le souligne, il est fréquent de constater que le thérapeute peut se sentir coupable de la souffrance du patient.

Ce qui nous éloigne du schéma traditionnel de la « jouissance » vis-à-vis du symptôme dans la psychonévrose.

Le matériel inscrit dans l'identification projective qui se transmet de manière non symbolisée du patient vers le thérapeute est ressenti par ce dernier au niveau somato-sensoriel. Il se produit une amplification subjectivement éprouvée par le clinicien que A. Damasio (1995) a nommé « marquage somatique », une sensation viscérale éprouvée en réponse à des événements tant réels qu'imaginaires incluant des stimuli menaçants.

Les conceptions neuroscientifiques qui postulent que des intrants sensoriels venant de l'environnement interne servent à altérer des perceptions du monde externe et à susciter une réponse comportementale, reprennent le concept freudien de « pulsion ». Soit « le représentant psychique de stimuli ayant leur origine dans l'organisme et atteignant l'esprit » S. Freud (1915).

W.R. Bion suggère que la fonction contenantante thérapeutique est d'autant plus nécessaire que la capacité de la mère à contenir les émotions de détresse de l'enfant fut insuffisante. Ces émotions ont donc été retournées à l'enfant avec peu de changement (non transformées). Elles ont donc été difficiles à intégrer psychiquement par l'enfant.

Ce modèle de contenance que la mère n'a pu offrir, c'est le thérapeute qui doit maintenant le remplir.

Recevoir, contenir, transformer les expériences précoces dissociées du patient et les lui reformuler sous une forme plus bénigne est une tâche ardue. Elle n'est pas facile parce que des résistances émotionnelles intenses se mobilisent chez le thérapeute contre le fait de contenir du matériel toxique du patient.

Le thérapeute peut donc se retrouver autant angoissé que le patient et ressentir des états somatiques sensoriels déroutants. Si le thérapeute parvient à autoréguler ses états négatifs, il reste alors capable d'agir en tant que régulateur intersubjectif des affects pour le patient.

Si au contraire, il réfute ses marqueurs somatiques ayant une valence négative, par exemple en sortant défensivement du travail empathique dans lequel il s'était engagé vis-à-vis du patient en appui sur son cerveau droit, il va être tenté de transférer cet appui à son cerveau gauche et dans cet état à dominance d'hémisphère gauche de proposer rapidement une interprétation verbale, prématurée qui a valeur dans ce cas de « mise en acte ».

A.N. Schore souligne que l'interprétation verbale du thérapeute refusant la dynamique du transfert négatif, s'accompagne souvent d'une expression faciale de dégoût ou de mépris ou d'un ton de voix sarcastique. Bien que cette expression affective négative soit brève et inconsciente pour le clinicien, l'hémisphère droit du patient la détecte. Le visage du thérapeute témoigne donc, brièvement, des changements d'états qu'induit la communication négative du patient. Ainsi, le patient,

dans un contexte de face à face, détecte implicitement la réponse contre-transférentielle aversive visuelle exprimée. Dans un contexte divan-fauteuil, le patient perçoit cette réponse du clinicien à sa communication affective négative à travers les modifications du ton de sa voix. Il est maintenant bien établi que des comportements émotionnels non verbaux et inconscients au sein de la dyade modulent fondamentalement les mises en acte. Plus encore que les verbalisations du clinicien, c'est son activité émotionnelle qui crée un environnement sécurisant et contenant. Ce mécanisme régulant de l'affect rejoint la notion des « fonctions contenant » décrites par D.W. Winnicott. Elles sont définies comme un complexe de fonctions maternelles émotionnelles et physiques, exprimées tout spécialement, par les yeux et la voix que « la mère suffisamment bonne » et disponible utilise, face aux expressions émotionnelles et impulsives du nourrisson.

Il s'agit d'un processus transpersonnel qui devient la voie de cette indispensable connexion psychobiologique.

Afin de maintenir un environnement contenant face à une poussée croissante d'affect négatif émanant du patient, le clinicien doit résister à un contre-investissement du déséquilibre psychobiologique du cerveau droit par un passage dominé par l'hémisphère gauche.

Contrairement à l'hémisphère gauche, l'hémisphère droit présente un mode de traitement apparenté à « une mise en attente ». C'est pourquoi, le thérapeute doit se retenir de faire quelque chose jusqu'à ce qu'il ait vécu avec les sentiments évoqués pendant un certain temps. S'il échoue à tenir assez longtemps, cela se manifestera sous la forme d'une activité du cerveau gauche, soit l'apparition soudaine d'une conduite verbale, autrement dit une interprétation prématurée. Le thérapeute doit donc contenir l'identification projective et ne pas la retourner prématurément. Les interprétations prématurées sont le reflet d'un désengagement thérapeutique indiquant que le clinicien bat en retraite et fait appel à des processus secondaires de l'hémisphère gauche.

A.N. Schore rappelle que les traumatismes précoces, la psychopathologie de l'attachement et les défenses relevant de la dissociation sont emmagasinés dans l'hémisphère droit. Cet hémisphère domine les communications émotionnelles, l'empathie et la régulation affective mais aussi les cognitions non linéaires et les processus primaires.

Au cours d'une mise en acte thérapeutique, lorsque l'affect est accentué, la clé de la capacité à maintenir un environnement contenant et co-créé de cerveau droit à cerveau droit réside dans la capacité du clinicien à éviter de conclure et à tolérer l'ambiguïté, l'incertitude et le manque de différenciation afin de pouvoir s'interroger.

Le thérapeute doit s'occuper simultanément de son fonctionnement autorégulateur et également participer pleinement avec le patient à une exploration mutuelle au développement et à l'échange affectif.

Un processus symbolique peut alors s'élaborer lui permettant de créer un scénario parallèle affectif et imagé en résonance avec celui du patient grâce à ces allers-retours entre les éprouvés du patient et un retrait réparateur.

Ce processus de symbolisation implique l'ouverture à la communication du patient et le maintien de cet état assez longtemps pour permettre aux images sensori-affectives d'émerger à la conscience.

Les processus contre-transférentiels se reconnaissent à la capacité de percevoir et d'utiliser les qualités sensorielles et affectives de l'imagerie que le patient engendre chez le thérapeute.

Une des caractéristiques les plus importantes des métaphores est sa fonction pictographique des images par laquelle les états internes sont accessibles au regard. L'hémisphère droit domine la pensée par image. Une stratégie holistique et synthétique qui permet l'interaction des images les unes aux autres sur plusieurs plans à la fois. Des images peuvent émerger de la mémoire affective corporelle implicite, procédurale et inconsciente du clinicien.

Ces images concernent les stratégies régulatrices associées à ces expériences, ainsi qu'à la régulation antérieure de l'état négatif de détresse du patient. Un croisement se produit entre ses propres images internes perceptives, somatiques, affectives liées à son état et celles du patient.

### **Notion d'attachement**

L'accent mis sur le développement précoce représente une base commune à la psychanalyse, la neurologie et la psychologie. S. Freud en 1913 déclarait : « C'est ainsi que la psychanalyse depuis le tout début a été amenée à s'attarder aux processus de développement. Elle dût [...] effectuer [...] le travail d'une psychologie génétique. » J. Bowlby (1969) est le psychanalyste qui a probablement contribué le plus significativement à la compréhension de cette notion de développement.

La notion centrale qu'il développe est celle d'attachement dans laquelle il applique les concepts biologiques du moment à une compréhension psychanalytique du lien mère-enfant.

Sa réflexion est centrée sur une question fondamentale à savoir : comment et pourquoi certains événements ontogénétiques survenant précocement ont-ils un effet aussi extraordinaire sur tout ce qui suit ?

J. Bowlby a imaginé en réponse à cette question que la phase essentielle de l'enfance sur laquelle se joue le premier temps du drame humain est celle dans laquelle une mère et son enfant expérimentent une connexion et une déconnexion de leur communication émotionnelle vitale. On retrouve ici la notion de « rencontre » développée par R. Roussillon.

Les transactions d'attachement se produisent en même temps que la poussée de croissance du cerveau qui s'étale sur la période de zéro

à deux ans. C'est plus spécifiquement le cerveau social émotionnel qui soutient les opérations uniques du psychisme de l'hémisphère droit.

Ainsi la notion d'attachement est indissolublement liée aux neurosciences du développement. La théorie de l'attachement est fondamentalement décrite comme une théorie de la régulation. Derrière la notion d'attachement sécure, ce qui parcourt l'interaction mère-enfant c'est la notion centrale de synchronisation affective.

Du côté du bébé à deux mois une étape déterminante du développement touche le cerveau de l'enfant qui permet une progression fulgurante de ses capacités sociales et émotionnelles. L'intérêt qu'il va porter au visage et au regard maternels agit comme un canal interpersonnel puissant de transmission des influences réciproques et mutuelles sur un mode non verbal.

D.W. Winnicott avait de son côté déjà souligné ce rôle fondamental du miroir humain représenté par le visage maternel. Dans ce processus de synchronisation affective, la mère intuitivement s'accorde et rentre en résonance avec l'état de l'enfant au repos.

Elle ajuste subtilement et corrige l'intensité et la durée de son état affectif afin de maintenir l'état affectif positif du bébé. Lorsque celui-ci est dynamiquement activé, il synchronise l'intensité de leur comportement affectif à l'intérieur de quelques fractions de secondes.

Plus les réponses de la mère sont contingentes, plus cette dernière accorde son niveau d'activité à celui de l'enfant durant les périodes d'engagement social, plus elle lui permet de récupérer calmement au cours des périodes de désengagement.

La synchronisation va s'établir sur la base d'une contingence au cours des trois phases : engagement, désengagement, réengagement. Il s'agit de faire pour chacun l'apprentissage de la structure rythmique de l'autre. La mère doit être psycho-biologiquement adaptée, pas seulement au comportement observable de l'enfant, mais plutôt à la réflexion de son état interne.

Elle doit être en mesure de moduler des niveaux élevés de stimulations aussi bien que de bas niveaux susceptibles d'entraîner des états d'hypostimulations chez l'enfant.

A.N. Schore définit l'attachement comme un accordage psychobiologique. « L'attachement peut ainsi être défini comme étant la régulation interactive de la synchronicité biologique entre les organismes. » La synchronisation affective permet de réguler le niveau de stimulation positif et négatif. Elle permet de minimiser les affects négatifs mais aussi de maximiser les affects positifs. Elle ne se limite pas à un état sécurisé à la suite d'une expérience de dysrégulation et d'un état de stress négatif. Elle facilite aussi l'amplification interactive des affects positifs, apanage de la dynamique interactive du jeu.

Il se produit un transfert d'affect entre la mère et l'enfant qui favorise l'intériorisation des relations primaires. Dans un travail centré sur

les proto-conversations mère-enfant, Trévarthen (1989), (1990), (2003) précise que « les régulateurs intrinsèques de la croissance cérébrale chez l'enfant sont spécifiquement adaptés pour être couplés par la communication émotionnelle aux régulateurs du cerveau adulte ». La croissance du cerveau du bébé dépend des transactions affectives à l'intérieur de la dyade, mais aussi et surtout, elle requiert une interaction de cerveau à cerveau dans un contexte affectif intime et positif.

De nombreux spécialistes s'accordent à décrire l'antériorité de la maturation du cerveau droit sur le cerveau gauche. Les processus psychiques primaires auraient donc pour siège l'hémisphère droit. Ce dernier domine pour la reconnaissance du visage maternel, la perception des expressions émotionnelles faciales de la mère, les informations émotionnelles visuelles et la prosodie de la mère.

D'un point de vue biologique, le cerveau droit joue un rôle supérieur dans la régulation des fonctions physiologiques endogènes fondamentales dont les centres de contrôles sont situés dans les zones sous-corticales du cerveau, et ce durant toute la vie.

Selon A. Damasio, l'hémisphère droit contient la carte la plus complète et la plus synthétique sur l'état du corps à chaque instant dont puisse disposer le cerveau (A. Damasio [1995]). On pourrait en inférer à l'instar de A.N. Schore, que la définition de S. Freud (1915) de la pulsion comme étant « le représentant psychique des stimuli ayant leur origine dans l'organisme et atteignant l'esprit » pourrait être mieux définie comme psychisation de l'hémisphère droit.

Les individus présentant des histoires d'attachement perturbé laissent apparaître des troubles de l'empathie, c'est-à-dire une capacité limitée à percevoir les émotions des autres. Une incapacité à lire l'expression faciale entraîne une connaissance et une interprétation erronées des états émotionnels et des intentions de l'autre. En situation de stress, ces individus expriment non pas des affects distincts et différenciés mais des états diffus, indifférenciés et chaotiques accompagnés de sensations somatiques et viscérales qui les submergent.

Ils font preuve d'une capacité limitée à réfléchir sur leur propre état émotionnel. L'hémisphère droit est au cœur de la communication relationnelle non-verbale entre le patient et le thérapeute. Il reconnaît les émotions à partir de signaux faciaux perçus visuellement. Il est spécialisé dans l'apprentissage implicite et il effectue une appréciation visuelle faciale très rapide (90 millisecondes). De plus, l'hémisphère droit utilise un mécanisme attentionnel expansif qui s'attarde à des caractéristiques globales, contrairement à l'hémisphère gauche qui utilise un mode restrictif qui s'attache au détail localisé.

La notion d'attention flottante décrite par S. Freud relèverait d'avantage de l'hémisphère droit. Comme le précise M. Beeman (1998), « le code sémantique large de l'hémisphère droit est utile pour

noter et intégrer des informations sémantiques qui sont reliées mais distantes ».

Ceci contraste avec l'hémisphère gauche qui active un champ sémantique étroit. Ainsi l'association libre relèverait-elle aussi des fonctions de l'hémisphère droit suivant la définition de W. Bucci (1993) qui décrit l'association libre comme caractérisée par le fait de suivre les traces de schémas non verbaux.

Le travail du thérapeute consiste donc à changer la dominance d'un état hémisphérique gauche vers le droit en relâchant la tension du langage verbal pour faciliter le processus associatif. Pour recevoir des communications transférentielles porteuses d'affects dissociés par un traumatisme, le thérapeute doit donc déplacer son attention flottante de l'influence du cerveau gauche vers celle du cerveau droit.

Il s'agit d'un passage vers un état empathique qui suspend temporairement les activités intellectuelles et verbales les plus élevées de la connaissance au profit des couches profondes de son psychisme.

Dans ces conditions, le patient pourra utiliser le mécanisme de l'identification projective pour communiquer l'histoire de sa détresse.

D'une manière générale, les patients présentant des états de dépendance psychique utilisent l'identification projective parce qu'ils cherchent à introduire dans la relation thérapeutique des expériences affectives qui n'ont pas été encodées affectivement et qui ne peuvent pas être communiquées verbalement. Matériel qui peut demeurer non symbolisé parce qu'il fut encodé dans des conditions traumatiques se rapportant à la période préverbale de la vie (pour les inscriptions premières). Ces expériences s'expriment dans une forme somato-sensorielle conformément à la période primaire au cours de laquelle elles se sont construites.

---

## Cas clinique

---

### Léo et Sébastien ou la réduction à l'identique

Ainsi Léo, 6 ans, qui présente une souffrance narcissique identitaire et une difficulté d'organisation spatiale et temporelle de laquelle émerge la difficulté de symbolisation du ressenti corporel.

Le cas de Léo nous permet de mesurer à quel point le soi et le non-soi non différenciés conduisent dans le transfert, le thérapeute à occuper la fonction du négatif de la psyché du patient.

La séquence se déroule sur une seule séance et débute dans la salle d'attente.

Léo, en réponse à la poignée de main du thérapeute, lui tend sa main gauche. Le thérapeute, sans se focaliser sur cette question, lui fait remarquer qu'il ne lui tend pas la bonne main.

Immédiatement parvenu dans le bureau du thérapeute, Léo va reprendre cet échange initial et le répercuter dans plusieurs domaines langagiers

décrivant à quel point la rencontre initiale, rééditant la relation primaire à l'objet, l'a impacté.

Il prend un personnage playmobil® et le fait tomber après l'avoir mis debout en disant au thérapeute : « *Il a du sang dans le nez.* » Le thérapeute lui répond : « *Pourquoi, parce qu'il est tombé ?* » « *Non, il "sent" le "sang".* »

Ensuite, il prend un crayon avec lequel il se pique le doigt tout en demandant au thérapeute : « *Est-ce que j'ai mal si je me pique avec le crayon ?* »

Face aux réponses insatisfaisantes pour lui produites par le thérapeute, il se dirige vers une armoire dont il cherche sans succès à ouvrir et fermer la serrure en jouant avec la clé. Excédé par l'échec et peut-être par l'absence de réponses symbolisantes fournies par le thérapeute, il dira sur un ton irrité : « *J'arrive pas à trouver le quoi ?* »

Ce n'est qu'en mettant en perspective les différentes séquences décrites qu'il fut possible pour le thérapeute de comprendre que la réponse était le « bon sens ».

On voit donc à travers ces scénarios que le point de départ s'origine dans la rencontre autour de la question de la main droite et de la main gauche. Le thérapeute faisant remarquer à Léo qu'il ne tendait pas la main du bon sens. Alors que pour Léo, tout naturellement, la gauche correspondait à la main droite du thérapeute en face de lui (la main du miroir).

À partir de là, Léo va questionner la polysémie du corps et du langage, ramenant tout à l'identique et déposant transférentiellement sur le thérapeute la représentation de ses déterminants psychiques et corporels. C'est le thérapeute qui est dépositaire de son existence psychosomatique.

Une autre courte vignette clinique complémentaire confirme que dans la relation transférentielle dans ces conjonctures narcissiques, le thérapeute est dépositaire des référentiels corporels et sensoriels du patient lorsque la symbolisation primaire n'a pas permis l'étayage.

Dans le cas de Sébastien, lors d'une passation du WISC-R (*Wechsler Intelligence Scale for Children*, échelle d'intelligence de Wechsler pour les enfants), la psychologue est surprise par une des réponses données par Sébastien. À la question : « *Combien de pattes a un chien ?* », l'enfant répond « *une* ». Puis constatant la mimique de la psychologue, il ajoute : « *Deux* » et enfin : « *Je ne sais pas.* »

Là encore, on peut faire l'hypothèse que de manière écholalique, l'enfant sans repère corporel différenciateur du moi et du non-moi, s'en remet à la question. La réponse qu'il donne reprend en miroir les termes de la question : le chien a une patte.

---

Si nous résumons une perspective de recherche psychobiologique du développement affectif, on peut conclure que la notion d'attachement est centrale dans le développement de l'enfant et que cette théorisation contribue largement à la place que la psychanalyse laisse à l'affect.

Les derniers travaux de S. Freud, cité par A.N. Schore (2003), indiquent de manière définitive que la relation mère-enfant est « unique, sans équivalent, établissant inaltérablement pour toute la vie le premier et le plus fort objet d'amour et le prototype des relations amoureuses ultérieures » S. Freud (1940).

Selon A.N. Schore, la psychanalyse contemporaine désigne ces expériences vitales d'attachement des premières années de la vie comme plus centrales pour la formation de la personnalité que celles qui surviennent plus tard autour de la phase œdipienne entre la troisième et quatrième année de vie.

Selon cet auteur, qui s'est centré sur les transactions affectives réciproques dans le système dyadique mère-enfant, des faits essentiels se dégagent : la relation d'attachement est un régulateur de l'excitation. Par essence, l'attachement constitue le régulateur dyadique de l'émotion. D'autre part, les événements interactifs régulateurs d'affect agissent en tant que mécanisme de construction sociale du cerveau humain.

Il cite C. Trevarthen qui conclut que « les régulations affectives d'un cerveau en croissance sont enchâssées dans le contexte d'une relation intime et favorisent le développement des circuits cérébraux ».

Ce mécanisme interactif exige la mise en relation de cerveaux plus matures avec de jeunes cerveaux.

Ainsi les régulateurs « intrinsèques » d'un cerveau humain en croissance, celui d'un enfant, sont spécifiquement adaptés pour être couplés au moyen d'une communication émotionnelle aux régulateurs des cerveaux adultes (C. Trevarthen [1990]).

Les relations d'attachement sont donc formatrices car elles facilitent le développement de l'autorégulation du cerveau. Les communications affectives, les expressions faciales, la prosodie, les gestes et l'environnement social sont au cœur de la maturation du cerveau droit du nourrisson.

Certains auteurs décrivent le rôle joué par l'hémisphère droit dans les capacités émergentes de l'enfant à établir des certitudes au sujet de l'environnement. Les interactions émotionnelles du début de la vie influencent directement l'organisation des systèmes cérébraux qui traitent les affects et les cognitions. Les expériences de l'attachement de la prime enfance sont emmagasinées dans la mémoire implicite de l'hémisphère droit. La mémoire implicite est une mémoire régulatrice.

C'est pour cela que les modèles internes de représentation des relations d'attachement encodent des stratégies de régulation de l'affect pour affronter le stress, en particulier le stress interpersonnel.

Ces représentations internes sont permanentes et guident nos interactions futures pour le reste de la vie. La personne y recourt inconsciemment. La région orbito-frontale droite est au cœur de l'autorégulation. Elle favorise la reconnaissance des expressions faciales agréables associées à des récompenses sociales.

Ce cortex préfrontal, ventro-médial et les opérations qui y sont associées facilitent les fonctions adaptatives intrapsychiques et interpersonnelles. Il évalue l'information faciale, il fonctionne par traitement implicite, il engendre un biais inconscient qui guide le comportement avant même que la connaissance consciente le fasse.

Le système orbito-frontal surveille le *feed-back* concernant les états internes actuels afin d'estimer les ressources mises à sa disposition. Il a la charge d'un ensemble de processus qui suivent à la trace les micro-interactions au sein de l'environnement interne et externe d'actions extrêmement rapides. Processus qui se produisent donc à un niveau situé sous le seuil de la conscience.

Le résultat de ces opérations latéralisées à droite est un état émotionnel conscient. L'hémisphère droit est essentiellement concerné par l'analyse de l'information que reçoit directement le corps.

Le traitement de l'information somato-sensorielle et la représentation des états s'y rapportant (sentiments corporels, sensations douloureuses) sont sous le contrôle de l'hémisphère droit.

Il en est de même pour deux instincts inscrits dans le corps qui furent d'un grand intérêt pour la psychanalyse (soit le sexe et l'agression) placés sous le contrôle de l'hémisphère non dominant.

Les troubles somatoformes (convulsions, hystérie de conversion, paralysie hystérique) engagent la participation de l'hémisphère droit.

Les opérations de cet hémisphère sont donc centrales dans les processus qui engagent l'individu à réagir émotionnellement, à comprendre les stimuli corporels, à identifier une image corporelle du soi en relation avec l'environnement et à distinguer le soi du non-soi.

Selon D.W. Winnicott, « la chose essentielle s'avère une communication entre la mère et le bébé en matière d'anatomie et de physiologie de corps vivant. » (A.N. Schore, 2003).

Il est intéressant d'observer les effets biochimiques du contact intime entre la mère et son enfant. Celui-ci est régulé par l'activation réciproque de leur système opiacé.

Des niveaux élevés d'opiacés augmentent le plaisir de chacun. Dans les échanges mutuels de regards, le visage maternel induit la production d'opiacé endogène ainsi que la régulation du niveau de dopamine dans le cerveau de l'enfant. La dopamine déclenche de hauts niveaux d'excitation et de stimulation. Les périodes de jeu dépendent de l'augmentation de la régulation synchronisée de l'excitation positive.

La mère, elle-même dans un état d'excitation, favorise la régulation de libération de corticotropines dans le cerveau de l'enfant.

En retour, ces niveaux augmentent l'ACTH (*Adrénocortico Trophic Hormone*, hormone corticotrope) et l'activité de la noradrénaline et de l'adrénaline dans l'activité sympathique du tout-petit.

Le réconfort et l'apaisement maternels produisent en outre la régulation d'ocytocine de l'enfant. Le ton de la voix, l'expression faciale démontrant de la chaleur et quelque chose de familier produirait la diffusion d'ocytocines qui induit une diminution soutenue de l'hormone de stress (le cortisol).

En résumé, le développement de l'attachement selon J. Bowlby a des conséquences vitales pour la survie.

La capacité de l'enfant à affronter le stress est corrélée à certains comportements maternels. Le développement précoce de l'hémisphère droit est dominant à la fois pour l'attachement et le contrôle des fonctions vitales qui assurent la survie en permettant à l'organisme d'affronter les agents stressants.

## CHAPITRE 17

# Le rêve traumatique, l'affect et le jeu dans la thérapeutique des dépendances psychiques

En tant que pathologies de l'impasse, les dépendances psychiques réactualisent les problématiques du rêve de l'affect et du jeu suivant des modalités spécifiques.

S'agissant du rêve, S. Freud (1900) a frayé une première voie dans laquelle le rêve prend toute sa place dans le fonctionnement vigile et de ce point de vue il soutient l'imaginaire du sujet.

Selon lui, l'activité onirique peut prendre en charge le traumatisme en le répétant tel quel dans des rêves qui peuvent s'accompagner d'une angoisse provoquant le réveil. Angoisses dont le sujet n'a pas eu la possibilité de prendre conscience lors de l'événement qui a neutralisé toute réaction possible confirmant précisément sa nature traumatique.

Tout se passe comme si le rêve en revenant en arrière était une façon de produire une angoisse qui n'avait pas le temps de se produire autrefois.

Dans ce cas, le rêve introduit progressivement grâce à la répétition, une distance qui avait fait défaut avec l'événement. Il permet dans ce cas d'historiciser, de contextualiser l'expérience traumatique.

Qu'il soit physique ou psychique, on s'aperçoit en effet que le traumatisme ne produit pas forcément des rêves traumatiques.

### Fonctions du rêve

La fonction du rêve paraît donc ici liée à l'élaboration du traumatisme, plutôt qu'à la réalisation du désir. Mais si les deux fonctions sont différentes, elles relèvent toutefois d'un même et seul principe.

Tout rêve sur le modèle du rêve traumatique commence par être une tentative de transformer le déplaisir en plaisir et cette tentative peut échouer. Ici est résumée la pensée freudienne concernant le rêve traumatique.

La clinique de l'impasse, prise dans la perspective du rêve traumatique, pose une question supplémentaire : qu'en est-il des patients qui ne rêvent pas ?

En effet, deux cas de figure semblent pertinents face à l'événement traumatique :

- soit l'activité onirique qui existait jusqu'alors cesse soudain à la suite de l'événement traumatique ;
- soit elle se présente comme n'ayant jamais existé dans le souvenir du patient.

L'événement traumatique s'en trouve ainsi clivé du passé et réduit à son actualité. La vie affective elle aussi paraît neutralisée du fait de la distance prise par le sujet à l'égard de sa vie affective. Tout se passe comme si l'événement traumatique était décrit comme appartenant à une autre personne. L'événement a eu lieu sans avoir vraiment lieu car le moi est clivé de l'expérience affective. On peut en déduire que c'est l'affect selon que le sujet l'a intégré ou pas qui fait exister l'événement.

## Jeu et pathologies de la dépendance

Le jeu participe de ce processus de clivage dans les pathologies de la dépendance. La dialectique présence-absence y est défaillante.

Le sujet ne s'autorise plus à donner libre cours à l'expérience du trouvé-créé qui doit logiquement inaugurer la transitionnalité. Si le jeu est impossible, le lien à l'objet partiel demeure un lien d'objet tyrannique. Le double sens des mots est perdu avant même sa constitution.

Le sujet en est réduit à se prendre pour lui-même et rien d'autre que lui-même : il ne peut accéder à la représentation d'un sujet-autre sujet. Par l'étendue de son emprise éliminant parfaitement le traumatisme en tant qu'événement historico-pulsionnel, grâce à la mise hors circuit de l'activité du rêve, du jeu et de l'affect. Ce processus peut être qualifié, à l'instar de M. Sami-Ali (1997), de méta-refoulement ou de refoulement du refoulement.

La conséquence réside dans l'impossibilité de résoudre le conflit. Ce dernier cesse d'exister en tant qu'événement interne, le sujet en est réduit à s'organiser selon la modalité que nous avons nommée « identification narcissique à l'environnement ». Désormais, il n'y a plus qu'un dehors face à un dedans ramené à une surface lisse, laquelle n'offre aucune prise. La coupure peut être totale avec le soi qui inscrit le sujet dans la normalité pour échapper précisément au retour du clivé afin d'éviter le retour de l'hallucinoire. Il s'agit donc d'une défense paradoxale qui s'inscrit dans le couple activité/passivité et qui voit le sujet se rendre actif sur fond d'analité primaire dans le but de ne pas subir passivement le retour d'une expérience traumatique de dépendance psychique.

Ce dispositif psychique de défense modifie considérablement la clinique et le lien transféro-contre-transférentiel. Car si toute l'organisation psychique consiste à éviter le retour de la vie onirique du jeu et de l'affect, si tout le fonctionnement psychique s'organise sur ce mode-là,

force est de constater qu'en tant que processus de changement, **la thérapie devient en soi un trauma**. La position du thérapeute est à ce titre d'emblée paradoxale. C'est pour cela que nous avons évoqué à ce sujet une modalité de transfert dans laquelle il se voit placé en lieu et place de la « suture fétichique ».

Autrement dit, l'intervention du thérapeute est à double valence : le traitement de l'expérience traumatique passe nécessairement par le retour du trauma dans un fonctionnement psychique qui s'est organisé pour que l'événement traumatique n'existe plus. Ainsi, le projet inconscient du patient en thérapie se résume à jouer pour qu'il n'y ait pas de jeu. Autrement dit, un jeu dont la règle est de ne pas jouer.

L'activité onirique, au lieu d'être un moyen de dépasser le traumatisme, devient elle-même un traumatisme. Les rêves qui font retour dans ce cas sont de nature traumatique. Ils dévoilent leur origine contradictoire en recréant l'impasse dont ils sont sortis, par le méta-refoulement.

En thérapie, ce qui devient primordial dans ce cas, c'est la structure logique propre à l'impasse et qui rend impraticable l'interprétation symbolique. La tâche thérapeutique la plus urgente consiste alors à comprendre qu'il y a une impasse qui détermine tout le fonctionnement psychique qui confère au rêve sa position paradoxale. Il est à la fois ce qui permet de dépasser le traumatisme et en même temps ce qui précipite le traumatisme.

La vie psychique du sujet se trouve brutalement mise en question lorsque l'activité onirique soutenue par la démarche thérapeutique revient massivement dans un fonctionnement qui ne peut s'en accommoder. Ainsi, l'illusion que peuvent produire les contenus oniriques dont le modèle reste le rêve infantile, illusion qu'il s'agit de désir pur insuffisamment élaboré. Sans une intervention psychothérapeutique adéquate, une période de rêves agités de cette nature cèdera facilement la place au calme plat. À cet effet, le thérapeute doit effectuer une double démarche :

- premièrement, envisager avec le sujet que le rêve peut émerger dans une relation à l'autre, de telle façon qu'il trouve sa place dans le fonctionnement psychique uniquement parce qu'il la trouve dans la relation ;
- deuxièmement, organiser un travail préparatoire qui permette d'établir entre le rêve et les événements du passé des liens simples et vrais : « Quel lien faites-vous entre ce rêve et votre vie ? »

En tout état de cause, la tâche du thérapeute est fondamentale et rejoint celle de l'objet dans la relation première au bébé.

Si la préoccupation du patient est celle de savoir comment sortir de l'impasse, celle du thérapeute doit s'orienter davantage sur les conditions internes et externes qui ont amené à l'impasse.

Il s'agit de retracer le cheminement en vue de reformuler le problème en d'autres termes qui excluent l'impasse. Il s'agit en tout état de cause de réanimer une activité créatrice à l'instar du trouvé-créé de D.W. Winnicott qui permet d'imaginer l'inimaginable et de rendre « inconnaissable » l'originaire.

Le rêve et le jeu de ce point de vue permettent de créer une réalité qui échappe à la contradiction et qui par conséquent peuvent répondre à la contradiction. Possibilité paradigmatique donnée à tout un chacun, naturellement, pendant quatre à cinq périodes d'intense activité cérébrale par nuit, activité nommée sommeil paradoxal.

La thérapie requiert un travail infiniment patient de mise en relation, de reprise, de questionnement. Comme nous l'avons souligné par ailleurs, il s'agit moins d'interprétation que de reformulation. L'objectif étant de donner au conflit ramené à ses racines historiques et pulsionnelles, la possibilité de s'élaborer autrement. Autrement dit, il s'agit de transformer un conflit insoluble en conflit soluble.

### **Place de la problématique du double dans le contexte dégradé du fonctionnement psychique**

Le double dans ce contexte se réduit à l'autre identique à soi. Un autre qui demeure externe et auquel s'assujettit le moi interne si bien que le double, dans ce contexte, ne peut être intériorisé. Le sujet ne peut intégrer les expériences intersubjectives qui demeurent l'apanage d'un double réel perceptif auquel les fonctions sensorimotrices sont assujetties, y compris les coordonnées spatio-temporelles. L'espace et le temps sont la propriété de l'autre.

À partir de cet état de fait, il va falloir favoriser l'émergence de ce double réel perceptif dans le jeu, dans les rêves et dans la vie affective. Le thérapeute peut être transférentiellement mis en lieu et place de ce double.

Le travail thérapeutique consiste alors à partir de ce schéma princeps à favoriser peu à peu l'intégration d'un double différencié, c'est-à-dire d'un même et d'un autre différencié, d'un double autre soi-même/autre de l'autre.

### **Cas clinique**

---

#### **M. D. ou la problématique du double onirique**

Ainsi, Monsieur D., 40 ans, qui présente des épisodes de vertiges sans substrat organique et sans lien de causalité avec des états anxieux se présente comme suit : « *Avant de vous rencontrer je faisais trois ou quatre examens par semaine. Chaque fois déçu qu'il n'y avait rien. Quand des charlatans trouvaient quelque chose c'était bien, mais cela ne durait pas, un autre examen disait que je n'avais rien. Quand j'étais petit, je regardais sans arrêt mon corps, je me trouvais toujours quelque chose comme pour me*

*dire il est là le problème. Mais le docteur C. a trouvé que je n'avais rien et m'a dit de vous voir. »*

Il ne se souvient pas de ses rêves, sauf d'un cauchemar, qui se répète :

*« Il est dans une voiture, elle est conduite par quelqu'un d'autre, mais quelquefois c'est lui qui la conduit avec quelqu'un à ses côtés, il ne sait pas qui c'est. Mais la voiture roule très vite sur des routes tortueuses et il est réveillé par un risque de chute dans un ravin. »*

Dans le rêve émerge le lien entre vertige et angoisse. Ce rêve, qui est déjà un rêve transférentiel même s'il précède la relation avec le thérapeute, concerne aussi la relation globale que le sujet entretient avec son environnement, la crainte en général, qu'il ressent partout. Le fait de relater ce rêve (rêve/programme) réactualise la situation qui va se rejouer avec le thérapeute : s'il se relâche, il y a danger de mort. Il faut donc rester tendu.

L'affect se développe dans une situation conflictuelle et passe par la tension musculaire. Lâcher le contrôle entraîne un risque de se tuer ou de perdre l'autre, un risque d'abandon, de perte. Il y a sans aucun doute une angoisse de perdre la mère. Se relâcher est égal à perdre la mère.

Il décrit sa vie par ailleurs, comme sans problèmes, se qualifiant même de privilégié, professionnellement et affectivement : *« Tout va bien, hormis ces vertiges. »*

Petit à petit, de cette absence de problèmes vont émerger des questionnements. Il se trouve dans l'impossibilité de faire des choix, obligé en cela de maintenir des liens affectifs avec deux personnes en même temps qu'il ne distingue guère dans leur identité respective : *« Ma femme et l'autre femme. »* Cette problématique du double se répercute à toutes les relations d'objet.

Suite à un retard imprévu du thérapeute lors d'une séance, les modalités anxieuses de la relation se transfèrent dans la séance sous forme de vertiges, traduisant un premier mouvement de différenciation non perçu par lui comme angoisse.

En face à face, il dira au thérapeute, qui aura remarqué des modifications dans son attitude mimo-gesto-posturale (visage figé, nuque raide, le corps tendu penché en avant...) et qui lui demandera comment il se sent : *« Je ne vous vois plus, j'ai des vertiges, ça tourne. »*

La différenciation crée transférentiellement des vertiges sans perception de l'angoisse. À la séance suivante, il évoquera un rêve, un des tout premiers, où en arrivant à sa séance à laquelle son thérapeute est absent, il sera reçu par l'associé de celui-ci. Pour la première fois émerge dans le rêve une angoisse de perte qui va se résoudre en partie par le fait d'être reçu par un autre thérapeute qui représente un double de substitution, mais étranger.

Une angoisse de dépersonnalisation se fait jour et est liée à l'identification contradictoire à deux visages différents, figurant l'angoisse du huitième mois.

À l'instar du jeu de la bobine de S. Freud, on peut trouver en seconde hypothèse un mouvement mutatif qui lui permet d'abandonner l'objet thérapeute (retournement de l'absence du thérapeute) en trouvant un objet de recours dans l'absence de son thérapeute.

Ainsi s'amorce un travail de différenciation par le biais du rêve dans lequel la contradiction peut être intégrée et l'objet trouvé-créeé.

---

Comme le précise Sami Ali (2011) : « Le rêve se constitue en tant que pensée de l'imaginaire, expression hautement paradoxale puisque la pensée exclut la contradiction que l'imaginaire inclut. »

## Cas clinique

---

### Natacha ou l'internalisation du double

Reprenons aussi, le cas de Natacha, présenté dans le chapitre 6.

On observe chez cette enfant de neuf ans, hyperactive, des crises de somnambulisme et d'angoisses nocturnes, ainsi que des troubles importants du sommeil tels qu'endormissement difficile, réveils nocturnes fréquents accompagnés de cris nécessitant la présence des parents pour la calmer, pas de souvenirs oniriques. L'enfant dit ne pas se souvenir de ses rêves.

L'absence de souvenir de rêves, ne permet pas au trauma de se diluer dans la production onirique. Le rêve est généralement défini comme gardien du sommeil.

À la faveur d'un travail corporel initié par elle, elle demande au thérapeute de faire un jeu à base d'imitation d'attitudes, de postures et de mimiques. Il se prolonge ici la problématique du double externe non intégré.

Dans le but de soutenir l'identification projective adaptative convoquée par le mouvement régressif de la thérapie, le thérapeute lui propose de prolonger ce jeu à travers une inversion de rôle. Au jeu des identifications, elle peut ainsi reprendre et faire vivre, par retournement sur le thérapeute, le trauma que constitue pour elle la difficulté à choisir la droite ou la gauche de sa main pour écrire.

Le choix de la main d'écriture, dans ce cas, constitue un renoncement, donc une perte d'objet au profit d'un objet spécifique (renoncement à la bisexualité psychique).

À la suite de ces séances corporelles, Natacha va se souvenir d'un rêve, d'essence traumatique, dans lequel le thérapeute réalise le meurtre de son père. C'est le premier rêve transférentiel, sa pulsion agressive se manifeste par le biais du thérapeute et fait suite au jeu d'inversion des rôles.

Ce rêve la réveille et ses cris mobilisent toute la famille autour d'elle. En retour, elle reçoit des réprimandes paternelles, excédé par son agitation diurne et nocturne.

À partir de ce moment, la même série de rêves va apparaître, dans lesquels les thématiques de la mort et de la perte demeurent toujours présentes,

mettant en scène les deux parents dans un premier temps, ce qui va la réveiller à nouveau.

Simultanément, dans les séances se poursuit le jeu d'inversion des rôles dans lequel elle parvient à laisser émerger ses pulsions agressives refoulées et à les diriger vers l'objet thérapeute. Elle joue le rôle d'une orthophoniste sévère qui sanctionne les maladroitures de l'enfant jusqu'au sadisme.

À la suite de cette séquence, un nouveau rêve apparaît qui décrit la mort accidentelle d'un ami du père lors d'une chute en vélo, événement qui s'est réellement produit.

La pulsion agressive poursuit son déploiement. Un événement de la réalité peut maintenant être repris dans la vie nocturne sans que le sommeil en soit perturbé.

De la même manière, en séance, l'enfant, par le biais du jeu des identifications, trouve un espace pour mobiliser son agressivité. Elle l'expérimente dans un transfert par retournement, déplaçant la relation vécue en séance de rééducation avec son orthophoniste dans laquelle elle se sent persécutée.

Elle transfère ce sadisme sur son psychothérapeute, ce qui lui permet de s'identifier à la capacité du thérapeute à supporter cette agressivité et donc à étayer son masochisme.

Le mouvement qui s'amorce est celui du double externe perceptif à un double interne introjecté.

---

## CHAPITRE 18

## Réflexions sur un modèle thérapeutique concernant le traitement de l'hyperactivité

L'un des auteurs importants de ces deux dernières décennies traitant des problématiques du corps est Jean Bergès. Sa position théorique est toujours intéressante dans le domaine de la motricité. Dans son ouvrage « *Le Corps dans la neurologie et dans la psychanalyse* » (2005), il postule, chez l'enfant hyperactif, la permanence d'un lien visuel mère-enfant, l'hyperactivité ayant pour fonction d'obliger la mère à ne pas quitter des yeux son enfant car, dit-il « si elle le quitte des yeux le désir de la mère se réalise et l'enfant fait alors une bêtise ». La vision monopolise la communication au détriment de l'écoute, autrement dit, ne se sentant pas écouté, l'enfant n'éprouve pas le besoin de parler.

En toile de fond de l'analyse de cette relation, J. Bergès subodore le désir de mort psychique qui va se traduire chez l'enfant par un débordement dans le fonctionnement symbolique se traduisant par la tyrannie du geste et du mouvement.

À cet effet, l'enfant hyperkinétique questionnerait l'adulte sur la question de la mort. L'auteur suggère au clinicien confronté à un enfant instable qui se montre insupportable de lui parler de la mort. Selon lui, l'excitation motrice, le manque d'attention, ... c'est « l'action acharnée plus ou moins agressive, plus ou moins destructrice qui sert de drapeau et de remède contre la pulsion de mort ».

Il évoque par ailleurs « la tension vers ». L'enfant hyperactif serait tendu vers une image idéale, une limite idéale totalement imaginaire, état de tension qui peut se trouver dépassé par la motricité qu'il essaie de contenir. Il pose également le postulat de ces enfants hyperkinétiques qui n'ont jamais été entendus.

La mère qui ne quitte pas son enfant des yeux ne peut pas l'écouter. Les enfants instables qui ne sont pas entendus tendront à remplacer les mots que l'on n'a jamais écoutés, par la motricité. L'enfant privé de parole, parce que l'on ne l'entend pas, tend à passer à l'acte. L'action qui en résulte

est un acte qui n'a pas de sens. À ce moment-là, le sens que va tenter de donner l'adulte va rendre l'enfant insupportable.

Bergès poursuit sa réflexion sur les modalités thérapeutiques médicamenteuses actuelles : les enfants hyperactifs sont de plus en plus traités, prioritairement, par un médicament nommé *ritaline*® ou par ses dérivés (*concerta*®, *quasym*®). Il s'agit d'une amphétamine qui « bombarde la substance réticulée », c'est-à-dire le centre de la vigilance à la place du mouvement. Ce médicament est efficace sur certains de ces enfants hyperactifs.

Comment peut-on expliquer cet effet sédatif ?

Bergès l'explique, paradoxalement, par le fait que l'hyperactivité sert à ne pas s'endormir. C'est là selon lui que l'on retrouve la mort : l'hyperactivité étant un système pour ne pas dormir, pour ne pas mourir.

Il y aurait donc selon cet auteur une équivalence entre s'endormir et mourir. La défense contre cette sensation serait l'hypermotricité.

Il conclut donc que l'effet de la *ritaline*® sur le sommeil, c'est de l'empêcher, ce qui produit un effet apaisant chez l'enfant hyperactif en le tenant éveillé.

Globalement, ce point de vue étiologique tendant à expliquer l'hyperactivité par le désir de mort maternel n'épuise pas, à notre avis, loin s'en faut, la problématique de l'enfant hyperactif. Pour de multiples raisons, nous n'adhérons pas systématiquement à l'idée d'une étiologie qui serait uniquement articulée à la pulsion de mort.

De la même manière, la dialectique du regard occultant l'entendu ne nous paraît répondre qu'à un nombre restreint de cas. Il s'agit plus particulièrement des enfants chez lesquels on constate un comportement hyperactif en présence de la mère uniquement et qui cessent leur hyperactivité hors de la présence maternelle.

Par ailleurs, la clinique dément largement le fait que l'on puisse apaiser un enfant hyperkinétique en parlant avec lui de la mort.

Nous avons précédemment souligné à quel point la défaillance de la symbolisation primaire et des processus auto-érotiques en appui sur la sensorialité pouvaient être à l'origine d'une répétition inlassable de recherche de sensations corporelles. Ce qui tend à donner au sujet un point de fixation archaïque, une sensation illusoire d'existence et de continuité de soi. De ce point de vue, la *ritaline*® n'offrirait pas un moyen de lutte contre la mort mais plutôt une aide, un soutien pour se sentir vivant.

Rappelons que cette « tension vers » décrite par Bergès doit constituer pour le clinicien un message adressé à l'objet et par conséquent un message adressé au thérapeute. Il s'agit avant toute chose d'une rencontre primaire au cours de laquelle l'auto-érotisme doit s'appuyer sur le ressenti, lequel ressenti doit se produire dans un espace, un temps et une attention conjoints.

Ce n'est qu'à cette occasion que le sujet pourra secondairement se voir comme il a été vu et s'entendre comme il a été entendu.

Reprenons dans son ensemble la démarche thérapeutique telle que nous l'envisageons :

- *Le premier temps de la rencontre* se traduit par un comportement, une posture, un geste, un mouvement, voire une prosodie particulière à l'intérieur d'un langage.

Le rôle du thérapeute, dans l'interaction qu'il tente d'établir avec l'enfant, c'est de concevoir qu'il a affaire non pas à un comportement hyperactif mais à une réédition, et donc de signaler à l'enfant qu'il s'agit d'un message qui lui est adressé.

- *L'étape suivante* permet d'établir un lien intersubjectif.

Le thérapeute décrit à l'enfant comment le message qui lui est adressé l'affecte. Ceci engage une réflexion chez l'enfant au sujet de la manière dont son action affecte le thérapeute.

- Dans ce registre intersubjectif, *une étape supplémentaire* pourra être franchie lorsque le thérapeute parviendra à communiquer à l'enfant ce qu'il a observé de ce qui se passe en lui l'enfant, concernant l'effet de son comportement sur le thérapeute.

- Enfin, *l'étape intrasubjective* concerne la rencontre du sujet avec quelque chose de sa conflictualité interne. L'élaboration avec le thérapeute des paradoxes dans lesquels il est pris.

La défaillance de symbolisation secondaire ou de la représentation de mots va se jouer dorénavant dans le dispositif thérapeutique au niveau de la représentation de choses et du passage par la symbolisation primaire des traces sensorielles mnésiques perceptives en représentation de choses. Le thérapeute étant inclus dans le dispositif.

Cette démarche thérapeutique s'étend par-delà l'hyperactivité à toutes les pathologies de la dépendance psychique.

Prenons comme illustration clinique, le cas de Noé évoqué précédemment et développé dans un autre ouvrage (A. Calza, M. Contant, 2007), en nous axant sur la problématique jeu-non-jeu.

## Cas clinique

### Noé : et vogue la galère...

Noé, 7 ans, décrit comme un « *enfant instable, fuyant dans ses activités et difficile à cerner* » nous fut adressé par le psychiatre du CMP, pour une prise en charge thérapeutique. Trois ans auparavant, une consultation avait déjà mis en évidence des troubles du comportement et des difficultés de contact.

La mère, veuve depuis un an après le décès accidentel du père, restait avec trois jeunes garçons, Noé étant le dernier. Fatiguée par des crises d'asthme, elle avait dû cesser de l'allaiter au bout d'un mois. À l'âge de

deux ans, Noé fut opéré d'un strabisme et, précisait sa mère : « *Il avait eu du mal à se séparer de moi.* » À sept ans, il était toujours énurétique et recherchait l'isolement.

Face à l'extrême instabilité de l'enfant, le médecin s'avouait désarmé et, de son côté, son psychothérapeute souhaitait mettre fin à une prise en charge difficile en raison d'un « *transfert amoureux* » de la mère sur lui. Il indiquait : « *L'enfant est à la recherche de limites. Je propose une prise en charge thérapeutique avec quelqu'un d'autre que moi...* »

Pour ainsi dire, la mère et l'enfant étaient à nouveau « *abandonnés* ». Il fallait les prendre tous les deux, dans une perspective de « *Halte de la proximité* » (Al Niffari, traduction par M. Sami-Ali, 1989).

Dès avant de les recevoir, nous pensions à ce père mort dont on ne parlait guère, à cette mère veuve à la « *séduction dévorante ...* » et, à ce fils à l'agir débordant. « *Être vivant, c'est bouger ... et ne pas se laisser prendre au filet...* »

Lors de la première entrevue, le thérapeute fut frappé par l'attitude gênée et rigide de la mère et de l'enfant. Elle, figée, ne répondait qu'à peine et sèchement aux questions. Ce n'est que peu à peu qu'elle allait se départir de cette inhibition pour dire : « *Noé a besoin de votre aide et moi aussi peut-être.* » Noé, bien à l'écart de sa mère, tenait serré entre les bras un bateau de type Zodiac. Le préambule l'impatiant, il lança en montrant son bateau : « *Je vais t'en apprendre là-dessus...* »

Le thérapeute demanda à le voir seul et, Noé, très à l'aise, se mit à décrire avec une précision minutieuse tous les aspects techniques du bateau. Il connaissait parfaitement le vocabulaire maritime technique. Puis, il dessina avec la même minutie le bateau de J.-Y. Cousteau. Le flux de ses paroles ne favorisait guère l'échange souhaité. Cherchant à rompre ce *vide* par des questions plus incisives, le thérapeute se heurta à un refus : « *On perd du temps avec tes questions.* » Pourtant, lorsque fut évoqué son père, il répondit sans regarder le thérapeute : « *Mon père est mort dans un accident. Il avait un Zodiac sur le toit de sa voiture accidentée. Il construisait des ponts, des radeaux.* » Puis il se remit à dessiner, cette fois, le Titanic, « *le plus grand des bateaux ... il a coulé parce qu'il s'est fracassé sur un iceberg* », et il se lança dans une très longue description des circonstances techniques du naufrage.

Au retour de sa mère, Noé se mit à hurler, à s'agiter, à sauter, jetant de tous côtés ce qui lui tombait sous la main. Cette agitation désordonnée et intense provoqua chez le thérapeute une sorte de *tourne mental* qui le décontenança, le troubla, tandis que la mère effondrée demanda : « *Que pouvez-vous faire ?* »

Peu à peu, le calme revint et Noé remarqua : « *C'était mieux quand on était tous les deux.* » La mère ajouta : « *Les difficultés de Noé remontent avant la mort de son père ... tout a commencé quand, à deux ans, il a été opéré pour ses yeux...* »

À l'issue de cette prise de contact, le thérapeute se sentit quelque peu épuisé, démuni et immédiatement pourtant, lui apparaissait la nécessité de « prendre appui dans le corps ». Corps de l'enfant/corps de la mère-corps du père/corps du thérapeute, en suivant la formule de G. Pankow (1983), qui aimait à dire qu'avec les patients souffrant de structuration, il fallait prendre appui « là où on a pied, c'est-à-dire le corps » nous pourrions ajouter, dans une tentative d'accordage empathique mimo-gesto-postural.

Vraisemblablement, cette agitation motrice incessante de la part de Noé constituait aussi une tentative de mise à distance de toute forme possible de pensée, toutes choses qui, pour le thérapeute, rendaient extrêmement pénible et fragile l'instauration d'un lien avec lui.

Il semble s'agir là de ce que R. Roussillon (1991) décrit comme « l'acte-décharge sans écran », décharge de grosses quantités d'excitation pour se soustraire aux processus de pensée, mais contenant également à l'état d'ébauche une représentation en train d'advenir.

Impossible séparation, angoisse de séparation, « répétition dans la cure de traumatismes précoces qui ont altéré la qualité de lien et l'illusion primaire, qui ont créé des zones enkystées de confusion moi-non moi et empêché la mise en place de la paradoxalité ouverte, maturationnelle », celle qui caractérise le processus transitionnel comme l'a montré R. Roussillon (ibid.).

Avec un sourire crispé, la mère soulignera : « *Je préfère partir, je ne supporte plus ça [...] et pourtant il est content de venir, je n'ai pas besoin d'insister.* » Noé ajoutera : « *C'est pour ça que je m'excite à la fin...* »

En présence de sa mère, les attaques de Noé redoublaient. Le thérapeute répéta, à partir de ce qu'il avait éprouvé et qu'il continuait à éprouver, face à eux, qu'il ne leur était pas encore possible de se séparer. Il interpella Noé, puis sa mère, en reprenant les termes de sa phrase concernant l'opération des yeux et de la difficulté de l'enfant à se séparer d'elle ensuite. Il leur dit qu'au fond, c'est un peu comme s'ils se retrouvaient confrontés à re-vivre cet événement qui les avait mis en danger et qu'ils se défendaient.

Pas vraiment d'écho immédiat à cette remarque, si ce n'est que leurs visages se décripèrent sensiblement et que, pour la première fois, le thérapeute vit vraiment le visage de Noé.

Rappelons que pour D.W. Winnicott (1989), toute expérience traumatique passée, non symbolisée se présente au sujet comme expérience à venir. Autrement dit, le comportement qui se laisse observer dans l'ici et le maintenant de la séance constitue une réédition motrice d'une expérience psychique antérieure qui n'a pas pu se mettre au présent du moi. Elle ne pourra acquérir un statut historico-pulsionnel que dans la mesure où le cadre thérapeutique favorisera cette présentification qui avait échoué antérieurement (A. Calza, M. Contant, 2001). Il s'agissait donc pour Noé de revivre émotionnellement dans la séance et dans le transfert ce à quoi il s'était rendu affectivement et psychiquement absent.

Mais face à la répétition et aux passages par l'acte, que le thérapeute pouvait avoir vécu comme des attaques réelles adressées à sa personne (ce qu'elles étaient en réalité), il demeura fondamental de tenter, coûte que coûte, de rester vivant et créatif face à cette destructivité. Il lui fallut s'adosser à un contretransfert épistémologique afin d'éviter les contre-attitudes de rejet, d'évitement phobique et de rétorsion d'une part, et de solution masochique d'autre part.

Il sentit là une transformation de sa position initiale, où Noé et sa mère lui demandaient en quelque sorte d'agir (« que pouvez-vous faire ? ») comme un remède (du latin *remedium*), à une position qu'il adopta non sans peine et qui se référait à ce que R. Roussillon (1991) décrit sous le concept de médium malléable, c'est-à-dire le représentant-chose ou représentant-objet de la représentation de la fonction représentative.

Lors d'une séance, Noé était furieux parce que le thérapeute était en retard : « *Où tu étais ?* » Il avait apporté un objet avec lui qu'il cachait derrière son dos : « *le bateau de l'armée du roi* ».

Il commença à dessiner ce bateau tout en demandant : « *Pourquoi tu détestes la fin de la séance ?* » et proposant un troc – il voulait échanger un paquebot (qui est dans la salle) contre son bateau du roi.

Le thérapeute lui fit remarquer que tous les objets de cette salle devaient y demeurer. Mais, devant l'insistance de Noé, il proposa de lui prêter ce paquebot en échange de son bateau – reliant en paroles cet échange de prêts à la difficulté de se séparer. Noé ajouta, que dès qu'il le pourrait, il rendrait le paquebot. Il voulut immédiatement aller voir sa mère pour lui parler de cet échange.

Mais les paroles du thérapeute le rassurèrent et il resta dans la salle en disant : « *Je vais te signer un contrat.* » Noé rédigea avec le thérapeute ce contrat signé par tous les deux. Puis Noé ajouta : « *Je fais un dessin pour toi, pour que les jours où je ne viens pas, tu penses à moi...* ».

Ensuite regardant son thérapeute : « *Tu as un peu les cheveux de Pépé Atchoum* » pour évoquer ses cheveux grisonnants, puis il poursuivit en disant : « *Pourquoi les pépés et les mémés qui vont bientôt mourir, ils ont pas besoin de garder tout ce qu'ils ont – ils donnent tout – ma mémé me donne tout ce qu'elle a – mon papa aussi il est mort...* ».

Il évoqua un souvenir (le premier) : « *Une fois, mon papa et mes deux frères, on a fait les fous – maman disait : vous allez vous faire mal... on rigolait bien, mais des fois mon père me donnait des coups sur les fesses avec la brosse quand on était pas sages.* »

À l'arrivée de sa mère, il dit calmement : « *Notre contrat est fait – on est en paix.* »

À la séance suivante, Noé vint avec le paquebot emprunté et dit : « *J'ai bien dormi* », et il commença à dessiner sur le tableau le bateau Santa-Maria. Puis, il dessina le bateau prêté : « *de face ou de profil ?* ». Ensuite, il voulut dessiner un voilier miniature qu'il avait eu lorsqu'il avait six ans, il se dessina

sur le voilier avec une barbe en remarquant : « *Ya une tête de mort sur la voile. J'avais la barbe, maintenant je l'ai rasée...* »

Regardant son thérapeute du coin de l'œil, il nota chez lui l'absence de barbe naissante comme celle qu'il avait la fois précédente. Il lui dit alors : « *Mon père aussi il avait la barbe des fois.* »

Puis il continua par une série de questions : « *Est-ce que tu es intéressé par les bateaux ? Est-ce que tu crois en Dieu ? Est-ce que tu préfères la glace à la vanille ou celle au chocolat ?* »

Puis, il s'exclama : « *On est pareil.* » Le thérapeute lui répondit : « *Noé, tu cherches à savoir si nous sommes pareils, tu as besoin de constater que nous sommes pareils pour continuer à penser avec moi.* » Et il lui fit aussi remarquer sa grande inquiétude lorsqu'il constatait une différence importante dans ce qu'ils pouvaient ressentir l'un et l'autre. À ce moment, Noé sembla proche du thérapeute, détendu et en confiance.

En réfléchissant à l'ensemble des diverses manifestations qui se sont développées au cours de ces séances, plusieurs remarques et hypothèses se sont présentées.

Pour tenter de repérer son identité, Noé expérimente différence et similitude entre toute une série de questions pareil-pas pareil (Dieu, les bateaux, les glaces ...).

Il veut connaître beaucoup de choses sur son thérapeute : si comme lui, à sept ans, il faisait des bêtises, s'il détestait l'école. Il l'interroge sur les caractéristiques de son logement en cherchant ce qui est semblable au sien. Lorsqu'une différence lui apparaît, il est déçu et se montre plus insécurisé. Il s'élabore ainsi une dialectique paradoxale : reconnaissance à la fois de la différence et de la mêmeté, de la continuité et de la discontinuité, de l'identité et de l'altérité.

L'identité surgit de la répétition du même (et non répétition de « l'identique ») (M. De M'Uzan, 1970). Dans la répétition de l'identique, « le plus près de la sensori-motricité paraît toujours visé ». C'est le principe d'inertie qui régit alors cette forme de répétition. « Quant à la succession des répétitions du même [...] elles dessinent une trajectoire. » Elles restaurent ainsi l'objet de la pulsion. Ce mouvement est la manifestation et la marque de la mise en œuvre d'un processus de projection, qu'il existerait un dehors et un dedans psychique au moment même où l'équivalence établie entre le corps et l'espace extérieur au sujet lui fournit les moyens de se représenter le fonctionnement du corps propre.

C'est à ce moment que le thérapeute commence vraiment à imaginer l'enfant dans son cadre familial, et à se rendre compte qu'il connaît en fait peu d'éléments sur son histoire, sachant bien que l'histoire est « le parcours obligé de la possibilité d'individuation » (J.-M. Gauthier, 1990). C'est elle qui lui permet d'envisager le patient comme sujet.

Noé commença à regarder son thérapeute en lui montrant son visage, tout en évitant encore de se regarder dans le miroir qui se trouvait dans

la salle. Le visage du thérapeute, différent du sien, était mis en relation d'équivalence avec d'autres visages qui lui étaient familiers.

D.W. Winnicott (1975) nous a appris que le premier et véritable miroir c'est le visage, et dès lors, si l'enfant voit le visage de la mère, « il se voit dedans » et la réflexibilité psychique est assurée. Il reste à « intérioriser » le miroir maternel et à « l'oublier ».

La problématique de la séparation semble bien avoir été relancée par la « réobjectivation du traumatisme » (R. Roussillon, 1991).

Le thérapeute ressent bien que les conditions sont réunies pour une transformation de la répétition-agie en espace de jeu potentiel. Noé restait toujours en face de lui, s'exprimait avec vivacité et abondamment. Il semblait investir de plus en plus son travail thérapeutique. On avait surtout l'impression qu'il était possible pour le thérapeute de parler, de penser et donc de commencer à exister indépendamment de l'enfant.

Reprenons l'évolution de ces deux séquences interactives.

D'abord, tout au long des séances précédentes, s'établit la conviction que cet objet-bateau, disons plutôt ces objets – car il y a eu une multitude de bateaux – représentaient le corps psychique de Noé en relation « inclusion-réciproque » (M. Sami-Ali, 1974) avec le corps psychique de la mère, avec un surinvestissement des repères spatiaux et des limites (précision quasi-obsessionnelle et méticulosité des dessins et descriptions, paralysés, pétrifiés) sur une mèr(e) déchaînée.

Jusqu'à là, Noé avait évité les situations trop impliquantes qui risquaient de lui faire perdre ses repères rigides qui s'avéraient être des boucliers inefficaces contre les coups venus de l'objet.

D'ailleurs, son implication plus forte dans la relation thérapeutique était insoutenable.

Pour parler, il fallait réduire la distance entre lui et son thérapeute. Nécessité qui réactivait son angoisse de perte, la distanciation psychique de Noé étant jusque-là remplacée par une mise à distance spatiale. Les objets-bateaux étaient aussi indispensables qu'interchangeables, dans une négation du temps et de la différence (tentative de réduction à l'identique). C'est, de ce fait, la dynamique de l'espace qui allait permettre de « réparer les fissures dans le réseau symbolisant » (G. Pankow, 1983) et introduire Noé dans le temps de son histoire.

Noé, dans l'espace de la séance, allait alors progressivement faire l'expérience de la séparation d'avec sa mère sans trop s'exposer à la menace de rupture de lien et de perte de l'objet. C'est lui qui mit en route et osa expérimenter l'espace de séparation. Jusqu'alors, Noé avait confronté son thérapeute à ce paradoxe : de ne pouvoir le conduire à sa réalité psychique que dans la suture ou la rupture. Encore fallait-il en saisir le sens et l'opportunité qu'elles pouvaient offrir pour que ces failles du processus thérapeutique puissent se transformer en sources potentielles de la vie psychique et de l'élaboration mentale.

Il est également important de rappeler le retard du thérapeute – son tout premier – absence réelle au début – qu'il avait immédiatement relié à la séance précédente. « Pourquoi tu détestes la fin de la séance ? » Face au passage à l'acte d'absence, il proposait un contrat – un échange qu'il fallait envisager doublement puisqu'un contrat engageait les deux parties : 1. Noé voulait donner son bateau-objet du *dehors* de l'espace thérapeutique, mais venant du *dedans* (représentation psychique interne) : un « *fragment de la mère* » (P. Gutton, 1988). On peut assurément y voir le signe que Noé constituait là un « *représentant externe/interne de la symbiose primitive, représentant grâce auquel il peut commencer à accepter de sortir de celle-ci* » (R. Roussillon, 1991).

Lorsqu'il avait fait son échange et que son bateau était entre les mains du thérapeute, *avant de signer*, Noé voulait aller immédiatement rejoindre sa mère pour lui en parler. Situation de crainte, quant à l'existence ininterrompue de sa mère et, par là, de la sienne propre : chaque *utilisation* interne d'un objet faisant courir le risque de détruire celui-ci.

C'est aussi pour lui l'expérience de la non-séparation, c'est-à-dire du lien psychique où, pour pouvoir se séparer, il faut en quelque sorte suffisamment intérioriser la non-séparation.

Et c'est ce processus d'intériorisation du lien qui semblait fragile chez Noé. Dans la mesure où il se séparait (psychiquement) de l'objet-mère, il devait impérativement vérifier dans la réalité que le lien n'était pas détruit.

D'autant qu'il allait se séparer réellement de cet objet. Tout se passait comme s'il manifestait le besoin de vérifier que le lien n'était pas détruit, autrement dit, « *qu'il n'a pas détruit l'objet réel, ni provoqué sa désapprobation, que la mère – objet externe – est toujours vivante et autorise la séparation* » (A. Ciccone et M. Lhopital, 1991).

Le rapport ici-là-bas se trouve donc médiatisé par le rapport primordial dedans-dehors.

Il est important de préciser, à la suite de M. Sami-Ali (1974), que la question de l'espace paraît inséparable de la problématique générale de la projection et de l'introjection.

Mais, il faut tout de même souligner que ce mouvement ne devait pas se concrétiser et que les paroles du thérapeute suffirent à rassurer Noé, à lui permettre de se représenter ou de se re-présentifier sa mère. C'est ainsi que Noé commença à représenter dans l'espace thérapeutique l'alternance de présence/absence de la mère auquel il était soumis, rappelant le jeu de la bobine décrit par S. Freud (1920).

Ainsi, comme le note P. Gutton, se trouve jouée ici « *la permanence du lien mère-enfant archaïque, au moment même où sa manipulation en met les éléments à distance ... il joue son passé ; son jeu actualise son passé* » (1989).

2. En échange, le thérapeute lui avait prêté le bateau-paquebot appartenant à l'espace thérapeutique. On peut ici faire l'hypothèse que Noé, avec

cet objet réel, récupérait pendant l'absence du thérapeute les parties projetées en lui qui, au moment de la séparation réelle, l'exposait à de véritables angoisses *d'arrachement de sa peau psychique* et de perte d'objet.

On pouvait d'ailleurs s'interroger, à ce moment-là, sur le statut des objets de l'espace thérapeutique : *à qui appartiennent ces objets ? Peuvent-ils sortir de cet espace ?* Nous pouvons répondre maintenant : à la symbolisation. Et, avec Noé, cette *sortie* (au-dehors) de l'objet appartenant à l'espace thérapeutique est bien allée dans le sens de la symbolisation.

3. Une phase encore mérite d'être évoquée, il s'agit de celle où l'enfant fit un dessin en disant : *« Je fais un dessin pour toi, pour que les jours où je ne viens pas, tu penses à moi. »*

À partir de cette trace, de cette représentation graphique, il demandait en définitive de ne pas l'oublier, de ne pas l'abandonner, de *ne pas le perdre de vue*. Le thérapeute entendit ce *« contrat »* comme un contrat d'adoption psychique. Noé aussi l'interrogeait là sur la symbolisation et lui demandait si leur lien était fiable. Quelle était la nature de ce lien (de l'investissement de l'autre, de l'investissement du thérapeute) ?

En réfléchissant à l'ensemble des différents mouvements qui présidèrent à l'organisation de ces séances, on peut dire comme R. Kaës (1990) que *« le rétablissement de la capacité de former des symboles d'union et d'utiliser des objets transitionnels suppose la rupture de l'éprouvé du vide et du trop plein. L'espace transitionnel est un espace de présence et d'absence (ni trop de l'un, ni trop de l'autre, ni pas assez), jeu dans un cadre, de contenu dans un conteneur, de tension paradoxale, tension quand même... »*.

Dans les séances suivantes, il s'agissait maintenant beaucoup plus de s'amarrer à des moments de l'œdipe plutôt que de rester fixé sur la position narcissique primaire (avec le contact des angoisses surgies directement de l'expérience sensorielle primitive) sans pour autant perdre de vue les éléments organisateurs des premières séances.

Voici un court extrait d'une scène créée par Noé et remarquable dans sa thématique du jeu des signifiants où apparaît la scène primitive et la culpabilité secondaire :

Il était une fois [...] un capitaine (Noé) et son matelot. Celui-ci n'a de cesse que de venir espionner son capitaine par le trou de la serrure. Le capitaine s'énerve et explose violemment en voyant son matelot « l'espionner ». Il fulmine, écume, suffoque. Le matelot s'inquiète et s'enquiert de savoir si le capitaine n'a pas de soucis. Celui-ci demande que le matelot appelle sa femme en lui disant : *« Je suis tombé malade à cause de toi. »* Et il ajoute : *« Ce matelot m'a donné le cancer ! »*

Lorsqu'il voit le matelot venir encore l'espionner, il lui crève les deux yeux : *« Comme ça je suis tranquille, il est aveugle [...] Le secret, je le cache et je ne veux pas qu'on le découvre – je vais employer les grands moyens... »*

On peut parler maintenant, à la suite de R. Roussillon (1991), « d'actes-expériences étayantes » comparables à l'expérience du jeu, qui permettent d'actualiser une potentialité du moi et du rapport du moi au monde qui n'a pas pu être expérimentée dans l'histoire vécue du sujet.

Pussions-nous dans cette perspective « faire quelque chose pour permettre (à nos patients) d'avoir la capacité à jouer ». Ce passage recherché du non-jeu au jeu engage alors, selon D.W. Winnicott « une psychothérapie qui a une implication immédiate et universelle » (1975).

---

## Pour ne pas conclure

Nous parvenons au terme de cet ouvrage dont le chapitre 17, consacré aux recherches actuelles, propose de relier psychanalyse et neurosciences. Il ne s'agit donc nullement d'une clôture, mais au contraire d'une ouverture vers la recherche d'identité des fonctionnements psychique, somatique et neurobiologique.

Reprenons les thèmes que nous avons tenté de traiter dans cet ouvrage.

Nous avons été amenés à donner davantage d'importance à l'hyperactivité et l'anorexie mentale, qui sont des pathologies de la dépendance très actuelles. Mais, nous considérons que cette conceptualisation s'étend à toutes les dépendances psychiques, autrement dit, à toutes formes d'addictions.

Notre réflexion nous a conduits dans ce livre, inspiré par la richesse de la pensée de René Roussillon, à évoluer d'un concept de dépendance à une problématique de séparation et enfin de différenciation.

Les dépendances psychiques nous paraissent, *in fine*, être des souffrances de la différenciation : différence moi-non-moi, différence des sexes et des générations, différence entre sexualité infantile et adulte. Difficultés qui trouvent leur origine dans l'isomorphie qui s'oppose à l'hétéromorphie du vivant.

L'identique à soi caractérise les souffrances de dépendance psychique. L'angoisse de perte d'identité en constitue un déterminant majeur.

La clinique que nous avons étudiée est une clinique de l'impasse dont l'expression se manifeste dans la relation transféro-contre-transférentielle, d'une manière singulière.

Le clivage qui préside à cette relation du non-lien, détache le lien au thérapeute du lien à l'environnement.

Le cadre et le dispositif prennent une importance accrue dans le but d'atténuer l'impact du lien au thérapeute. Il en résulte une identification narcissique à l'environnement dans laquelle le thérapeute est inclus. Dès lors, tout changement dans cet environnement prend valeur désorganisant, voire traumatique, y compris le processus thérapeutique lui-même.

En tant que processus de changement, la thérapeutique convoque les mêmes éprouvés. D'où le paradoxe initial qui instaure un principe fondamental : changer, donc aller mieux, équivaut à aller mal.

Le problème consiste donc à mettre à jour cette impasse et à la contenir pour favoriser, chez ces patients, la construction d'un sentiment de continuité de soi :

- repartir de l'identique pour s'ouvrir au même et au différent ;
- repartir de la temporalité circulaire pour s'ouvrir à une temporalité linéaire ;
- repartir d'un espace irréversible vers un espace psychique réversible ;
- repartir de la sensorialité pour aller vers le sens (psychisation de la pulsion) ;
- repartir de l'attention disjointe pour aller vers une attention conjointe ;
- repartir de l'hallucination perceptive pour aller vers la représentation de choses et de mots ;
- repartir de la mémoire procédurale pour retrouver la dialectique avec la mémoire explicite ;
- repartir enfin comme les recherches de A.N. Schore (2003) le suggèrent, de la relation entre deux hémisphères droits pour aller vers la relation entre deux hémisphères gauches.

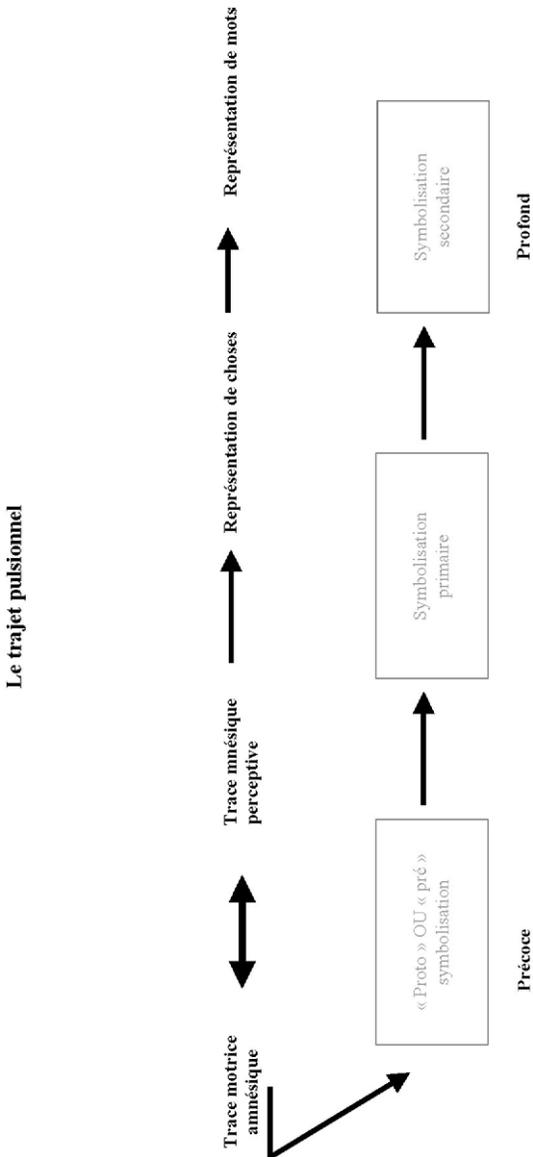
Autant de modalités régressives de retour (du refoulé, du clivé, du forclos, du paradoxe dégradé en impasse, du trauma) qui vont nécessiter une organisation défensive singulière, pour éviter ces formes de retour du clivé, chez les sujets dépendants.

Toutes ces défenses paradoxales tendent à confirmer l'affirmation de S. Freud de 1923 dans laquelle il précise : « Dorénavant, on ne peut plus dire l'inconscient car il en existe plus d'un. »

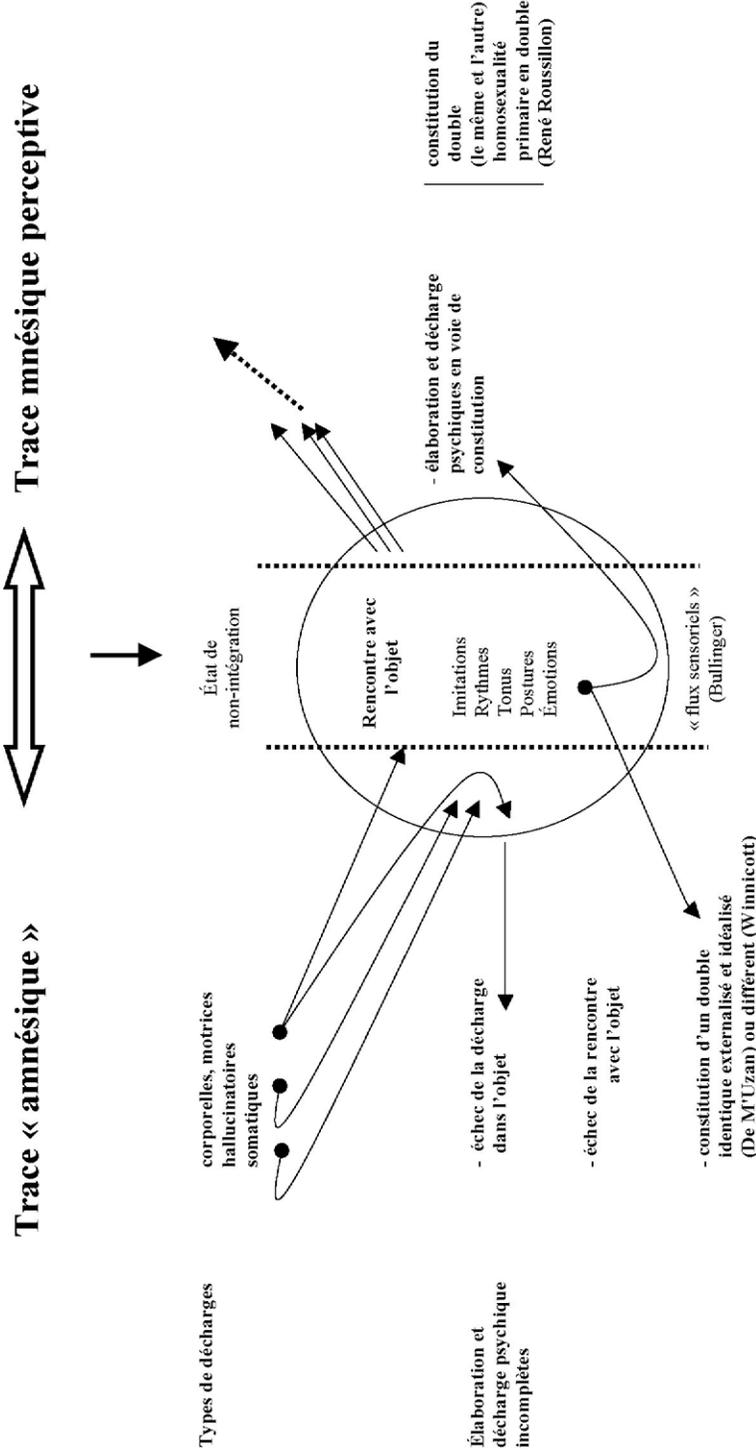
Notre proposition concrète est donc celle de favoriser une supplémentation au cadre thérapeutique qui inclurait les dimensions de la sensori-motricité et de la relation thérapeutique dyadique clivée corps/psyché. Et ceci, dans le but de mettre en évidence la dimension messagère de la pulsion à travers la sensori-motricité.

# Annexes

## 1. De la trace au sens



## 2. Traces amnésiques – Traces mnésiques

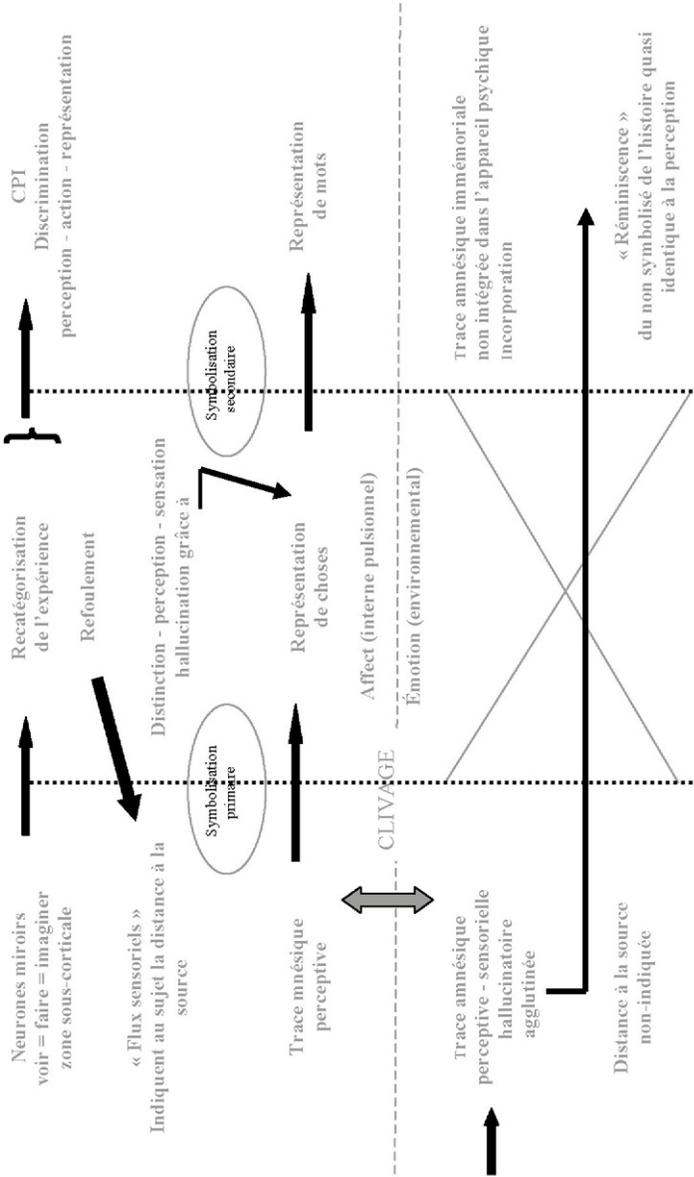


### 3. Types de traces

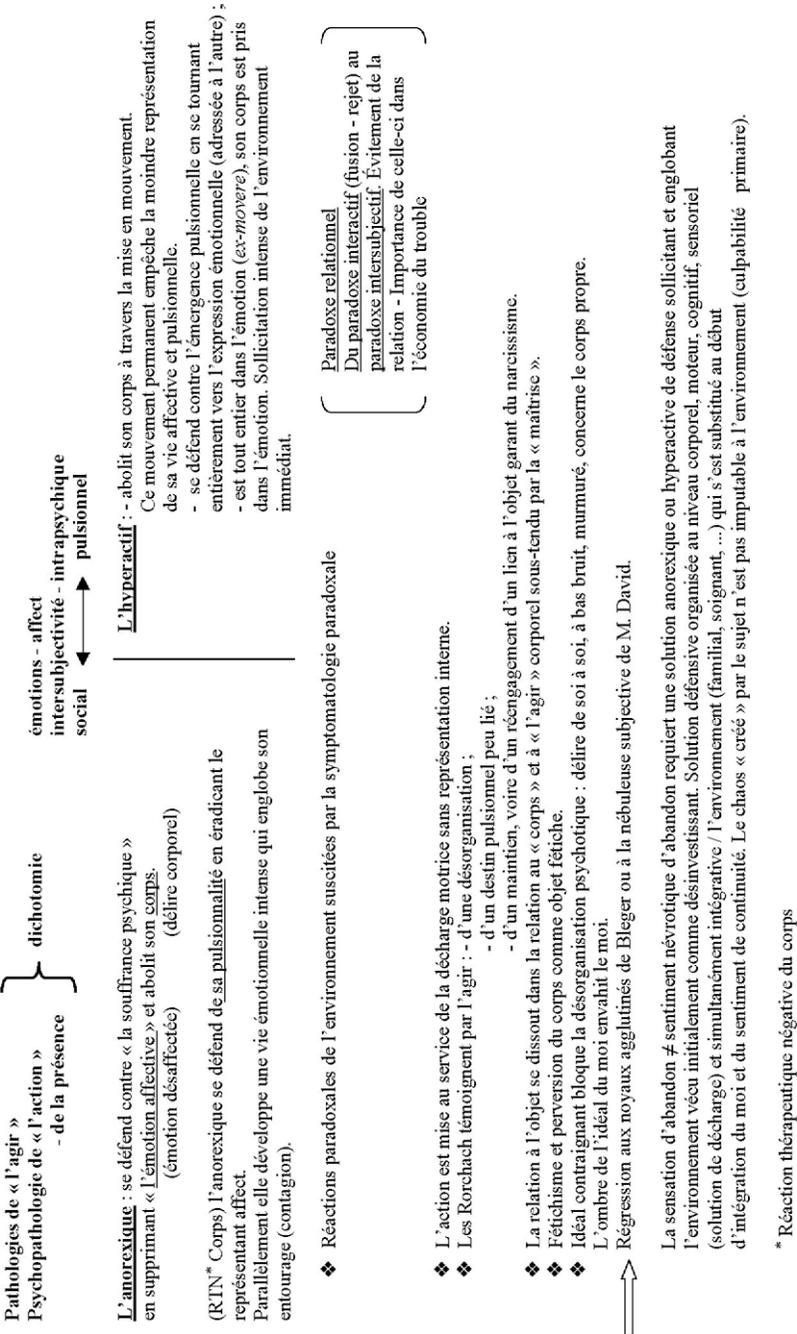
	1 <sup>er</sup> type de traces	2 <sup>e</sup> type de traces	3 <sup>e</sup> type de traces
L. Ouss (2009) D'après R. Roussillon (2004)			
Frayage	Traumatisme	Relatif	Latéral
Inscription	Perceptive	Souvenirs conceptuels Représentation de choses	Liés aux représentations verbales, symbolisation
Symbole	Non	Primaire	Secondaire
1 <sup>er</sup> topique	Inconscient	Inconscient	Préconscient
2 <sup>e</sup> topique	Ça	Parties inconscientes du moi	Parties préconscientes du moi
Accessibilité à la conscience	Non	Pas directement	Oui
Lois	Association Simultanéité Contiguïté	Causalité Processus primaires	Représentations verbales Processus secondaires
Mémoire	Archaïque (procédurale)	Infantile (déclarative)	Historique (explicite)



## 5. Différents types de remémorations



## 6. Le problème : dans les souffrances des états anorexiques et des hyperactifs



# 7. Thérapeutique

## Thérapeutique comme objet pour la synthèse des fonctions clivées

- ❖ Sensation de continuité de soi (narcissico-identitaire) ≠ sentiment de continuité de soi (névrotique). Se lier / se séparer de l'objet
- ❖ Comment réintégrer l'intra-psychique dans une clinique de l'urgence et de l'immédiateté ? (Patients sans histoire, sans après coup).
- ❖ La psychothérapie dans ces formes classiques peut devenir le problème  $\rightleftarrows$  le renforcement de l'impasse
- ❖ Aménagement du **cadre** : inclure dans la règle fondamentale la problématique du corps (mémoire procédurale). « Nous allons travailler sur la séparation que vous ressentez entre votre corps et votre tête. »
- ❖ Aménagement du **dispositif** :
  - 1) précurseurs à la transitionnalité = objets précurseurs présentés (objet contra dépressif - fétichique - artistique)
  - 2) attention + attente
  - 3) construction de l'après coup qui n'a jamais existé
- ❖ Pathologies référées au social (environnement) du fait de l'effacement de l'intra psychique : turbulences (tensions émotionnelles) dans l'intime et passions collectives
  - libido semble déplacée sur les liens (rapports) intersubjectifs  $\rightleftarrows$  particulièrement sensibles (hyperesthésiques)
  - effets de contagion émotionnelle dans les deux sens  $\rightleftarrows$  **demande d'interventions** « immédiates », de solutions
- ❖ Peu de capacités à supporter les frustrations (masochisme défaillant)  $\rightleftarrows$  sentiment de persécution
- ❖ Surinvestissement des sensations : contre-investissements des processus internes (intrapyschique)
- ❖ Solution perverse  $\rightleftarrows$  mais pas de radicalité psychotique / instrumentalisation de l'objet
- ❖ Dénis des besoins psychiques de soi et des autres
- ❖ Sentiment de toute puissance contre l'angoisse liée à la dépendance  $\rightleftarrows$  renversement passivité  $\rightleftarrows$  activité

# Bibliographie

- Al Niffari M. (1989). *La Halte de la proximité* (traduit par Sami-Ali). Paris : Éditions MD.
- Beeman M. (1998). Coarse semantic coding and discourse comprehension. In M. Beeman & C. Chiarello (Eds), *Right hemisphere language comprehension*, 225–284, Mahwah, NJ : Erlbaum Associates.
- Berger M. (1999). *L'Enfant instable*. Paris : Dunod.
- Bergès J. (2005). *Le Corps dans la neurologie et dans la psychanalyse*. Toulouse : Erès.
- Bion W.R. (1965). *Recherches sur les petits groupes*. Paris : PUF.
- Bion W.R. (1975). *Entretiens psychanalytiques*. Paris : PUF.
- Bion W.R. (1979). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF.
- Bion W.R. (1983). *Réflexion faite*. Paris : PUF.
- Bleger J. (1967). *Symbiose et ambiguïté*. Paris : PUF, 1981.
- Bollas C. (1989). L'Objet transformationnel. In *Revue Française de Psychanalyse*, 4, 1181–1199.
- Bonaparte M. (1940). Time and the Unconscious. *International Journal of Psychoanalysis*, 21, 427–468.
- Bowlby J. (1969). *L'Attachement et perte 1 : L'attachement*. Traduction française. Paris : PUF, 1978.
- Brun A. (2010). *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*. Paris : Dunod.
- Bruner J. S. (1975). From communication to language. A psychological perspective. *Cognition*, 3, 255–287.
- Brusset B. (1998). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris : Dunod.
- Bullinger A. (2010). *Le Développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Toulouse : Erès.
- Bucci W. (1993). *The development of emotional meaning in free association : A multiple code theory*. In Wilson A., Gedo J. E. (Eds), *Hierarchical concepts in psychoanalysis*, 3–43, New York : Guilford Press.
- Cahn R. (1995). Pour l'introduction de la fonction sujet dans la métapsychologie. In *Revue Française de Psychanalyse*, LIX, 5, 1641–1647.
- Calza A., Contant M. (1986a). Esquisse d'une théorie de la psychomotricité. *Revue de neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 18-9, 395–408.
- Calza A., Contant M. (1986b). Nouvelles clés pour la psychomotricité - Approches théoriques et méthodologiques. *Revue l'information psychiatrique*, 62/64, 525–536.
- Calza A., Contant M. (1989). *L'Unité psychosomatique en psychomotricité*. Paris : Masson.
- Calza A., Contant M. (1993) (Dir.). *Les troubles psychomoteurs et le thérapeute en psychomotricité*. Paris : Masson.

- Calza A., Contant M. (2001). Conflictualité spatiale et sexuelle du corps en psychomotricité. *Revue théor. Psychomot. et recherc*, 128, 4–14.
- Calza A., Contant M. (2002). *Le Symptôme psychosomatique*. Paris : Ellipses.
- Calza A., Contant M. (2007) (Dir). *Abrégés de psychomotricité*. Paris : Masson.
- Carel A. (1987). La Représentation de la causalité psychique. In *Gruppo*, éditions Apsygée, 5, 59–72.
- Carel A. (1993). *Enseignement universitaire - Cours de psychologie*. Université Lumière Lyon 2, année universitaire 1993-1994.
- Chadzynski D. Conférence D.U. Petite enfance. Nice, mars 2011.
- Ciccone A., L'hospital M. (1991). *Naissance à la vie psychique*. Paris : Dunod.
- Ciccone A. (2010). *La Psychanalyse à l'épreuve du bébé*. Paris : Dunod.
- Damasio A. (1995). *L'Erreur de Descartes*. Paris : Odile Jacob.
- Damasio A. (1999). *Le Sentiment même de soi*. Paris : Odile Jacob.
- Decety J. (2004). L'Empathie est-elle une simulation mentale des subjectivités d'autrui ? In Berthos A. et Jorland G. (dir.) *L'Empathie*. Paris : Odile Jacob.
- Decety J. (2011). Neurosciences sociales et Relations interpersonnelles. Entretien avec M. Siksou. *Le journal des psychologues*, 286, 39–43.
- De M'uzan M. (2005). *Aux confins de l'identité*. Paris : Gallimard.
- De M'uzan M. (1970). Le Même et l'identique. In *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 441–451.
- Dolto F. (1984). *L'Image inconsciente du corps*. Paris : Le Seuil.
- Edelman G. (1992). *Biologie de la conscience*. Paris : Le Seuil.
- Emde R. (1989). The infant's relationship. Experience : developmental and affective aspects. In Sameroff A. J., Emde R. (Eds), *Relationship disturbances in early childhood*. New York : Basic Books.
- Fain M., Braunschweig D. (1971). Prélude à la vie fantasmatique. *Revue Française de Psychanalyse*, 3-4, 291–364.
- Fain M., Braunschweig D. (1975). *La Nuit, le jour. Essai sur le fonctionnement mental*. Paris : PUF.
- Fain M., et al. (1999). *La Censure de l'amante*. Lausanne : Delachaux et Nieslé.
- Ferenczi S. (1932). Réflexions sur le traumatisme. In *Œuvres Complètes*, tome IV. Paris : Payot, 1982.
- Flavigny C. (1988). La Langue maternelle (dyade, échoïstation et idiolecte). In *Psychanalyse à l'université*, vol. 13, 52, 609–625.
- Fonagy P. (1999). Memory and Therapeutic Action. *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 215–223.
- Fraiberg S. (1982). Mécanisme de défense pathologique au cours de la petite enfance (traduction française). *Devenir*, vol. 5, 1, 1993,7–29.
- Fraiberg S. (1999). *Fantômes dans la chambre d'enfant*. Paris : PUF.
- Freud S. (1892). Pour une théorie de l'attaque hystérique. *Résultats Idées Problèmes I*. Paris : PUF, 1984.
- Freud S. (1893). Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques. *Résultats Idées Problèmes I*. Paris : PUF, 1984.
- Freud S. (1895). *Études sur l'hystérie*. Paris : PUF, 1978.
- Freud S. (1896). Lettre du 6-12-1896. In *Naissance de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1956.
- Freud S. (1899-1900). L'Interprétation du rêve. In *Œuvres complètes*, tome IV. Paris : PUF, 2003.
- Freud S. (1905). *Le Mot d'esprit et sa représentation à l'inconscient*. Paris : Gallimard, 1988.

- Freud S. (1912). Conseil au médecin dans le traitement psychanalytique. In *Œuvres Complètes*, XI, Paris : PUF, 1998.
- Freud S. (1913a) Intérêt de la psychanalyse. In *Résultats Idées Problèmes* I. Paris : PUF, 1984.
- Freud S. (1913b). Totem et tabou. In *Œuvres Complètes*, XI, Paris : PUF, 1998.
- Freud S. (1915). Pulsions et destins des Pulsions. In *Œuvres Complètes*, XIII, Paris : PUF, 1988.
- Freud S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de Psychanalyse*, Paris : PUF, 1985.
- Freud S. (1923). Le Moi et le ça. In *Œuvres Complètes*, XVI, Paris : PUF, 1991.
- Freud S. (1925). La Négation. In *Résultats Idées Problèmes*, II, Paris : PUF, 1985.
- Freud S. (1929). Malaise dans la culture. In *Œuvres Complètes*, XVIII. Paris : PUF, 1994.
- Freud S. (1937). Construction dans l'analyse. In *Résultats Idées Problèmes*, II. Paris : PUF (1985), 267-281.
- Freud S. (1938). Résultats, idées, problèmes. In *Résultats Idées Problèmes*, II. Paris : PUF (1985), 287-288.
- Freud S. (1949). *Abrégé de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1985.
- Frith C.D. (1996). *Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie*. Paris : PUF.
- Gaddini R. (1990). Le Dénî de la séparation. *Arc*, Winnicott D.W., 77-83.
- Gauthier J.-M. (1990). Temps et somatisation. In *Revue Belge de Psychanalyse*, 16, 9-35.
- Georgieff N., Jeannerod M. (1998). Beyond consciousness of external reality. A conceptual framework for consciousness of action on self consciousness. *Consciousness and cognition*, 7, 465-477.
- Georgieff N. (2008). L'Empathie aujourd'hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse. *Psychiatrie Enfant* vol. 51, 2, 357-393.
- Gergely G. (2003). Naissance de la capacité de la régulation des affects. In *Prendre soin du jeune enfant*, Toulouse : Erès.
- Gimenez G. (2010). *Halluciner. Percevoir l'impensé*. Bruxelles : De Boeck.
- Golse B. (2009). Le Concept de neuro-psychanalyse. In L. Ouss et al. *Vers une neuro-psychanalyse*. Paris : Odile Jacob.
- Green A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Éd. de Minuit.
- Green A. (1993). *Le Travail du négatif*. Paris : Éd. de Minuit.
- Gutton P. (1989). *Le Jeu chez l'enfant*. Paris : Greupp.
- Haag G. (1989). *De la naissance physique à la naissance psychologique, actes du colloque « Naissances » d'Albi*, in *L'Aventure de Naître*, pp.221-233, Éd. du Lézard.
- Hall E. T. (1971). *La Dimension cachée*. Paris : Le Seuil, 1978.
- Jeannerod M., Georgieff N. (2000). *Psychanalyse et science*. In *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Psychiatrie, 37-811-A-30. Paris : Elsevier.
- Jodelet F. (1979). *Naître au langage : genèse du sémiotique et psychologique*. Paris : Klincksieck.
- Kaës R. (1990). Introduction à l'analyse transitionnelle. In *Crise, Rupture et Dépassement*, Paris : Dunod.
- Kaës R. (1993). *Le Groupe et le sujet du groupe*. Paris : Dunod.
- Khan M. (1970). Le Fétichisme comme négation de soi. In *Objets du fétichisme*, 2, automne 1970, 77, Paris : NRE, Gallimard.
- Kandel E. (2006). *À la recherche de la mémoire*. Paris : Odile Jacob.
- Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S. (1972). *La faim et le corps*. Paris : PUF, 1994.

- Klein M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99–110.
- Leclaire M., Scarfone D. (2000). Vers une conception unitaire de l'épreuve de Réalité. In *Revue Française de Psychanalyse*, LXIV, 3, 885–912.
- LeDoux J. (2005). *Le Cerveau des émotions*. Paris : Odile Jacob.
- Lewis P. (1992). The creative arts in transference-countertransference relationships. *The arts in psychotherapy*, 19, 317–323.
- Mac Dougall J. (1986). Un corps pour deux. In Mac Dougall et al. *Corps et histoire*, 9–43, Paris : Les belles lettres.
- Mac Dougall J. (1989). *Théâtre du corps*. Paris : Gallimard.
- Magistretti P., Ansermet F. (2010). Plasticité et homéostasie de l'interface entre neuroscience et psychanalyse. In Magistretti P., Ansermet F. (dir.). *Neuroscience et psychanalyse*. Paris : Odile Jacob.
- Malher M., Pine F., Bergman A. (1975). *La Naissance psychologique de l'être humain*. Paris : Payot, 1980.
- Mancia M. (2007). Mémoire implicite et inconscient précoce non refoulé : le rôle dans le transfert et le rêve. In *Revue Française de Psychanalyse*, LXXI, 2, 369–388.
- Manzano J. (2007). La part des neurosciences dans les constructions psychanalytiques. L'exemple du développement précoce. *Revue Française de Psychanalyse*, vol. 71, 2, 327–337.
- Marcelli D., Catheline N. (2011). *Les Adolescents qui évitent de penser*. Toulouse : Erès.
- Marcus D. M. (1997). On knowing what one knows psychanalytically. *Psychoanalytic Quarterly*, 66, 219–241.
- Marty P., Fain M. (1955). Importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet. *Revue Française de Psychanalyse*, 1-2, 205–285.
- Ménéchal J. (2004). L'Hyperactivité infantile, du « faux désir », au déficit auto-érotique. In Ménéchal J. (dir.). *L'Hyperactivité infantile : débats et enjeux*. Paris : Dunod.
- Miller L. (1986). Some comments on cerebral hemispheric models of consciousness. *Psychoanalytic Review*, 73, 129–144.
- Mises R. et coll. (1988). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. In *Psychiatrie de l'enfant*, 31, 68–134.
- Nadel J., Decety J. (dir) (2002). *Imiter pour découvrir l'humain*. Paris : PUF.
- Ouss L., Golse B., Georgieff N., Widlöcher D. (2009). *Vers une neuropsychanalyse ?* Paris : Odile Jacob.
- Pankow G. (1983). *Structure familiale et psychose*. Paris : Payot-Aubier Montaigne.
- Rizzolatti G., Sinigaglia C. (2008). *Les Neurones miroirs*. Paris : Odile Jacob.
- Rochat P. (2006). *Le Monde des bébés*. Paris : Odile Jacob.
- Roussillon R. (1991). *Paradoxes et situations limites en psychanalyse*. Paris : PUF.
- Roussillon R. (1993). Entretien avec R. Roussillon. In *Thérapie psychomotrice et Recherche*, 98, 6–26.
- Roussillon R. (1995). La Métapsychologie des processus et la transitionnalité. In *Revue Française de Psychanalyse* 5, vol. LIX, 1374–1519.
- Roussillon R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF.
- Roussillon R. (2001). *Le Plaisir et la répétition*. Paris : Dunod.
- Roussillon R. (2005). L'Homosexualité primaire et le partage de l'affect. In *Vie émotionnelle et souffrance du bébé*. D. Mellier (dir.) et al, Paris : Dunod.
- Roussillon R. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Paris : Elsevier-Masson.

- Roussillon R. (2008b). Corps et actes messagers. In Chouvier B., Roussillon R. (dir), Bruxelles : De Boeck Université.
- Roussillon R. (2008). *La Réflexivité, le transitionnel et le sexuel*. Paris : Dunod.
- Roussillon R. (2008). *Le Jeu et l'entre je(u)*. Paris : PUF.
- Roussillon R. (2010). *Communication personnelle*. GLSPP : Lyon.
- Roussillon R., Matot J.-P. (dir) (2010). *La Psychanalyse : une remise en jeu*. Paris : PUF.
- Roux M.-L. (1984). Corps affectés et désaffectés. *Revue Française de Psychanalyse*, 6, 1473–1483.
- Sami-Ali M. (1974). *L'Espace imaginaire*. Paris : Gallimard.
- Sami-Ali M. (1997). *Le Rêve et l'affect. Une théorie somatique*. Paris : Dunod.
- Sami-Ali M. (1999). *Le Corps, l'espace et le temps*. Paris : Dunod.
- Sami-Ali M. (2011). *Penser l'unité : la psychosomatique relationnelle*. Paris : L'esprit du temps.
- Schore A.N. (2003). *La Régulation affective et la représentation de soi*. Éditions du CIG, 2008.
- Stern D. (1985). *Le Monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : PUF.
- Trevarthen C. (1989). Racines du langage avant la parole. In *Devenir*, vol. 9, 3, 73–93.
- Trevarthen C. (1990). *Brain circuits and fonctions of the mind*. Cambridge University Press.
- Trevarthen C., Aitken J. (2003). Introduction à la biologie interpersonnelle du développement humain. *Devenir*, vol.5, 4, 309–428.
- Tronick E.Z. (1989). Emotions and emotional communication. In *Infants American Psychologist*, 44, 112–119.
- Varela F., Thomson E., Rosch E. (1993). *L'Inscription corporelle de l'esprit*. Paris : Seuil.
- Vermorel H. (1995). Transitionnalité et symbolisation primaire dans l'anorexie mentale. In *Revue Française de Psychanalyse*, vol. 65, 5, 1583–1588.
- Vincent J.-D. (1986). *Biologie des passions*. Paris : Odile Jacob.
- Winnicott D.W. (1951). Objet transitionnel et phénomènes transitionnels. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1969, 109–125.
- Winnicott D.W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.
- Winnicott D.W. (1989). *La Crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard (2000).

## INDEX DES AUTEURS

- A**  
Ansermet, François 13
- B**  
Beeman, Mark 159  
Berger, Maurice 54, 55  
Bergès, Jean 173  
Bion, Wilfred Ruprecht 4, 33, 78–80, 102, 103, 117, 119, 120, 125, 152, 155  
Bleger, José 134  
Bollas, Christopher 103  
Bonaparte, Marie 28  
Bowlby, John 157, 164  
Brun, Anne 67, 81  
Bruner, Jérôme Seymour 6, 32, 78, 101, 116  
Brusset, Bernard 4, 85, 86  
Bucci, Wilma 160  
Bullinger, André 28–30, 32, 93, 101
- C**  
Cahn, Raymond 72  
Calza, André 5, 175  
Carel, André 74  
Chadzynski, Dorota 31  
Ciccone, Albert 73, 78, 181  
Contant, Maurice 5, 175
- D**  
Damasio, Antonio 11, 154, 155, 159  
Decety, Jean 12, 19, 40, 73  
Decobert, Simone 60  
Dolto, François 103
- E**  
Edelman, Gerald 9, 11, 14, 70  
Emde, Robert 87
- F**  
Fain, Michel 19, 21, 47, 103, 127  
Ferenczi, Sandor 48, 146  
Flavigny, Christian 24  
Fonagy, Peter 70  
Fraiberg, Selma 34, 49, 98
- Freud, Sigmund 2, 10, 13, 17, 22, 23, 28, 29, 32, 35, 46, 47, 50, 63, 64, 69–71, 83–85, 89, 93, 106, 109, 114, 121, 125, 126, 129, 143, 146, 151, 155, 157, 159, 162, 165, 170, 181, 186
- Frith, Christopher D. 12
- G**  
Gaddini, Renata 6, 99  
Gauthier, Jean-Marie 179  
Georgieff, Nicolas 3, 12, 72  
Gergely, György 12, 92  
Gimenez, Guy 102, 134  
Golse, Bernard 10, 27, 93, 100  
Green, André 4  
Gutton, Philippe 181
- H**  
Haag, Geneviève 8  
Hall, Edward Twitchell 36
- J**  
Jeannerod, Marc 3, 12  
Jodelet, François 19
- K**  
Kaës, René 121, 182  
Kandel, Éric 9, 11, 14, 68, 70  
Kestemberg, Evelyne 60  
Khan, Masud 61  
Klein, Mélanie 153
- L**  
Leclaire, Marie 64  
LeDoux, Joseph 68  
Lewis, Penny 154  
Lhopital, Marc 181
- M**  
Mac Dougall, Joyce 3, 4  
Magistretti, Pierre 13  
Malher, Margaret 87  
Manzano, Juan 33

- Marcelli, Daniel 198  
 Marcus, Donald M. 152  
 Marty, Pierre 21  
 Ménéchal, Jean 61  
 Miller, Laurence 152  
 Mises, Roger 198  
 M'Uzan, Michel de 66, 81, 97, 109, 135, 179
- N**  
 Nadel, Jacqueline 40, 73
- P**  
 Pankow, Gisela 177
- R**  
 Rizzolatti, Giacomo 3, 24  
 Rochat, Philippe 10, 11, 17, 19, 24, 79  
 Roussillon, René 3–5, 8, 9, 11, 12, 14, 20, 24, 32, 36, 39–41, 45, 47, 49, 57, 60, 72, 75, 78, 79, 85, 93, 97, 99, 102, 106, 115, 118, 137, 141, 145, 146, 147, 154, 157, 177, 178, 180, 181, 183, 185
- Roux, Marie-Lise 3
- S**  
 Sami-Ali, Mahmoud 82, 166, 176, 180  
 Scarfone, Dominique 64  
 Schore, Allan N. 78, 87, 88, 90, 151, 155, 159, 186  
 Stern, Daniel 18, 81, 87
- T**  
 Trévarthen, Colwyn 73, 159  
 Tronick, Edward Z. 90
- V**  
 Varela, Francisco 11  
 Vermorel, Henri 60  
 Vincent, Jean-Didier 24, 84, 144
- W**  
 Winnicott, Donald Woods 1, 13, 17, 18, 32, 41, 45, 48, 64, 66, 72, 74, 77, 81, 97, 99, 106, 121, 144, 156, 163, 177, 180, 183

## INDEX

## A

- absence de rassemblement 7
- accordage 18
  - affectif 81
  - transmodal 81
- acte
  - passage à l' 143
  - passage par l' 110, 143
  - sensori-moteur 2
- action
  - motrice 12
  - représentative 12
- activité auto-érotique 32
- affect 7, 23, 35, 49, 50, 58, 61, 66-68, 81, 86, 113, 116, 123, 124, 126, 131, 134, 135, 138, 140, 153, 156, 161, 162, 165, 166, 198, 199
  - de honte 87
  - transfert 158
- amygdale 69
- analté primaire et secondaire 86
- angoisse
  - de castration 4
  - de débordement 49
  - de destruction objectale 6
  - de séparation/perte d'identité 2
  - effraction 3
  - intrusion 3
  - signal d'alarme 48
- anorexie 4, 5, 27, 29, 30, 59, 63, 64, 83, 85, 108, 127, 185
  - mentale 60, 100, 119, 137
- anorexique 5, 27, 51, 61, 79, 83, 99, 107, 110, 125, 129
  - addiction 85
  - conduite 1, 118
  - pathologie 144
- appareil
  - d'action et d'affectation 37
  - de langage 23
  - perceptif psychique 23
- après-coup 115
- attachement 89
  - sécure 158

## attention

- conjointe 32
- disjointe 89
- autisme infantile 13, 19
- auto-érotisme 46, 77, 78, 85, 153, 174

## B

- bébé 9, 10, 12, 17, 19, 22, 32, 34, 40, 47, 64, 71, 72, 81, 90, 92, 97, 116, 159
- besoin
  - alimentaire 21
  - de partager les émotions 20
  - du corps 18
  - du moi 18, 109
  - d'un autre pour symboliser 19

## C

- cadre
  - dispositif 123
  - thérapeutique 3, 59, 98, 110, 126, 143, 147, 148, 177, 186
- chose
  - absence de la 124
  - présente 124
- clivage
  - arrière-avant 33
  - au moi 37, 49
  - droite-gauche 33
  - entre capture et exploration 33
  - haut-bas 33
  - psychotique 91
- comportement
  - agi 106
  - émotionnel 107
- conduites addictives 1
- confusion moi-non moi 20, 177
- consensualité 27
- contenance symbolisante 7
- contenants psychiques et corporels 59
- continuité de soi 6, 37, 58, 138, 174, 186
  - sensation de 101
  - sentiment de 101

- contrainte  
   de mouvement 57  
   de pensée 57  
 contretransfert 4, 140, 178  
   affectif du thérapeute 4  
   émotionnel 7  
   épistémologique 4, 7  
 coordination 32  
 corporéité 64  
 corps 1, 11, 17, 58, 74, 102, 125, 128  
   besoins 110  
   définition 81  
   développement 28  
   du patient 104  
   du sujet 118  
   du thérapeute 70, 93, 154  
   et psychée 64  
   langages des 35  
   maternel 61, 91, 108  
   place 57  
   polysémie 161  
   problématiques 173  
   psyché 131, 144  
   psychique 30, 180  
   statut 77  
 cortex 12  
 culpabilité primaire 108
- D**
- décharge motrice 22  
 défense 27, 60  
   archaïque 79  
   modes de 48, 50  
   par clivage 7, 80  
   par immobilisation 49  
   par refuge 37  
   paradoxe 50, 166  
   périphériques du moi corporel 66  
   sensorielle 28  
   sensorimotrice active 3  
 déliaison 90  
 démantèlement 29  
 dépendance 1  
   psychique 2, 3, 77, 91, 97, 98, 107,  
     108, 116, 126, 137, 147, 160, 166,  
     175, 185  
 désir 18  
 destructivité 8  
 détruit-trouvé 7, 10, 45, 74  
 différence  
   des générations 20  
   des sexes 20  
 diphasisme 32  
 distance à la source 19
- distinction soi-non soi 12, 19  
 double 3, 8, 18, 54, 66, 69, 81, 92, 97, 98,  
   119, 171  
   constitution 102  
   externe 144  
   internalisation 170  
   narcissique 105  
   onirique 168  
   problématique 105, 168  
   psychique 109  
   réel perceptif 168  
   toucher 11  
 double tâche 29
- E**
- échoïsoation 9, 19, 81, 114, 116, 121  
 émotion 61, 159  
 emprise 13  
 entretien clinique 131  
 épigénèse interactionnelle 12  
 éprouvés émotionnels 13  
 espace  
   irréversible 108  
   transitionnel 108  
 expériences  
   agonistiques 13  
   de l'objet précurseur 6  
   de perte de la continuité 6  
   du même 6  
   intersubjectives 2  
   passées, non symbolisées 13  
   perceptives 11  
   précoces 2  
   premières 13  
   traumatiques 2, 49  
   traumatiques précoces 14
- F**
- fétichisme 83, 108  
   chez l'hyperactif 61  
   dans l'anorexie 60  
   dans la boulimie 60  
   du muscle 85  
   féminin 60  
   sexuel masculin 60  
 figure paternelle 47  
 flux sensoriels 19, 28  
 fonctions  
   échoïsante 19  
   sensorielles 19  
 fond hallucinatoire 1, 9, 14, 32, 71, 79
- G**
- groupe 108

## H

- hallucination 8, 11, 14, 41, 60, 121, 148, 186
  - motrice ou sensorielle 79
  - négative 84
  - pathologique 9
  - perceptive 9, 46
  - primaire 79
  - statut 134
- hallucinatoire 1
- hémisphère
  - droit 90
  - gauche 90
- hippocampe 68
- homosexualité
  - primaire en double 3
  - sensori-motrice 75
- honte et culpabilité 86
- hyperactif 5, 52, 61, 64, 82, 83, 94, 108
  - enfant 30, 173
- hyperactivité 4, 23, 63, 64, 83, 85, 105, 131, 185
  - définition 86
  - motrice 65
  - traitement 173
- hystérie 2

## I

- identification
  - narcissique à l'environnement 10, 13, 64, 67, 86, 113, 145, 166
  - projective adaptative 154
  - projective défensive 154
- identique 19
- identité des perceptions internes-externes 34
- illusion 10
- imitation 19
- impasse 45
  - de la multiplicité 6
  - thérapeutique 50
- inconscient 68
- intéroception/extéroception 19
- intersubjectivité 67
  - primaire 73
  - secondaire 73
- intrapyschique 107

## J

- jeu 24, 52, 54, 66, 146, 168, 183
  - auto-subjectif 32, 106
  - dans la thérapeutique 165
  - de la bobine 32, 71, 72, 181
  - de la présence et de l'absence 92
  - de la spatule 32
  - des identifications 171

- d'inversion des rôles 170
- dynamique interactive 158
- et pathologies de la dépendance 166
- impasse dans le 55
- intersubjectif 74, 106
- intrasubjectif 106
- jugement
  - d'actualité 64
  - d'attribution et d'existence 64

## L

- langages
  - corporels premiers 36
  - des corps et pulsion 35
  - des gestes 35
  - verbal 35
- liaison 29

## M

- maîtrise 6, 8, 21, 34, 55
  - à double valence 118
  - à l'environnement maternel 139
  - de l'espace oral 32
  - du corps 64
  - renforcement 59
- manque 18
- mémoire 11, 61, 70, 152
  - affective 157
  - appareil de 125
  - déclarative 14, 37, 68
  - explicite 68
  - implicite 69, 162
  - inconsciente 69
  - procédurale 2, 14, 59, 68, 186
- métapsychologie
  - de la présence 8
  - de l'absence 8
- microhallucinations 14
- mimo-gesto-posturale 20
- miroir 12
- moi
  - besoins 18
  - corporel 17
- motricité 1, 4, 8, 22, 84, 86, 106, 173
  - agie 58
  - agressive 21
  - définition 85
  - privée 85
  - pulsionnelle 21
  - statut 77
  - troubles 85

## N

- narcissisme primaire 39, 50, 87, 109, 117
- paradoxe 41

neurones miroirs 3, 11, 12, 24, 65, 73,  
84, 92

## O

objet

- couple 137
- de la pulsion 65
- destruction 34
- échoïsant 20
- externe 34
- fétiche 60
- halluciné 135
- idéal inaccessible 89
- images du corps 77
- imprévisible, non transformable 67
- mère environnement 97
- précurseur 99
- prévisibilité des réponses de l' 101
- primaire 98
- pulsion messagère adressée à l' 85
- rôle défecteur 102
- rôle réflecteur 102
- thérapeute 102

originaire 168

## P

pare-excitation 140

partage

- émotionnel 8, 20, 73, 78
- esthétique 33, 81, 84, 101, 103, 116
- esthétique du plaisir 33
- sensori-moteur 33

pathologies 29, 85, 117, 144, 151

alimentaire 123

de l'agir 5

de la dépendance 2, 10, 110, 166, 175,  
185

de l'impasse 165

narcissiques identitaires 10, 27, 67, 86

perception 11

perception-conscience 11

phase œdipienne 39

plaisir

- auto-érotique 47
- d'autoconservation 47
- de la différence 20
- de l'énigme 47
- d'intériorisation 47
- maternel 47
- partagé 20, 47
- sexuel 20

point de fixation 28

présence 74, 89

projection 64

proprioception 18, 19

prosodie 159, 162

psychopathologie 22

psychose 10, 60, 67, 80

psychosomatique 20, 49, 82

existence 161

patient 93

pulsion 18

de mort 174

dimension messagère de la 186

## R

rassemblement 40, 131

absence de 63

absence de liens sécurés 63

du moi 63

fonction 113

plurimodal 78

sensoriel 47

thérapie du 104

réflexivité 46, 66, 98

sensorielle négative 152

reformulation 116

refoulement 69

du refoulement 166

relation transféro-contre transférentielle  
84

rencontre, conditions dégradées de la 86

répétition 97

représentation 24

représentation

de mots 2, 23

des affects 2

perceptive 79

retour du clivé 80, 83, 91, 94, 105, 108,  
166, 186

rêve 9, 69, 80, 89, 105, 166, 167, 169,  
170

fonctions 165

traumatique 165

ritaline® 65

## S

scène primitive

des anorexiques 126

névrotique 126

psychotique 126

schéma de représentation 5

segmentation 27

sensation

de grossir 27

olfactive 27

sensorialité 1, 4, 19, 27, 40, 66, 77, 93,  
138, 148, 174, 186

- dé liaison 90  
statut 134
- sensori-motricité 1, 46, 57, 65, 79, 85,  
102, 139, 179, 186  
messagère 32, 33  
pulsionnelle et messagère 27
- sexualité adulte 47
- souffrance  
de symbolisation 1, 146  
narcissico-identitaire 7  
narcissique identitaire 27
- surmoi 90
- symbolisation 2, 83, 98, 106, 146, 157,  
160, 161, 182  
du sujet 4  
et représentation 24  
et trauma 47  
participante 7  
primaire 3, 5, 34, 74, 117, 128, 145,  
174  
réflexive 12  
secondaire 3, 35, 117, 135, 145, 175  
souffrances 1
- synthèse 6, 92, 104  
des capacités du moi 113  
des différents états émotionnels du sujet  
138  
des différents états pulsionnels 58  
des fonctions clivées 101  
du moi 34, 37, 63
- système  
dyadique 162  
ré-entrant 14
- T**
- temporalité 37  
chronologique ou linéaire 138
- temps  
conjoint 37  
irréversible 107  
réversible 107  
transitionnel 108
- tension musculaire 169
- thérapeute, représentant de la  
contradiction 105
- thérapeutique 7, 13, 29, 59, 101, 105,  
133, 165, 186
- démarche 99, 175
- désengagement 156
- espace 181
- groupe 121
- modèle 173
- prise en charge 5, 143
- processus 97
- projet 121
- relation 6, 160
- schéma 14, 151
- tâche 77
- travail 50, 145
- toucher  
double 18  
extéroceptif 18
- trace mnésique perceptive 13
- transféro-contre-transférentiel, lien 166
- transfert 13, 51, 69, 88, 93, 97, 114, 117,  
143, 146, 171  
d'affect 158  
initial de la « matière psychique  
première » 124  
par déplacement 132  
par retournement 4, 57, 132, 154  
sur le cadre thérapeutique 98
- transitionnalité 47
- trauma 23, 49, 50, 105, 115, 127, 137,  
167, 186  
définition 48  
et symbolisation 47  
primaire 60, 108  
sexuel 48
- travail de construction 13
- triphase 32
- troubles  
de la fonction exécutive 85  
de la motricité ou de la  
sensori-motricité 85  
de l'empathie 159  
praxiques ou instrumentaux 33
- V**
- valeur messagère 1, 22, 23, 33, 36, 57,  
102, 111, 145
- visage  
de la mère 180  
du thérapeute 180