

Réalité psychique et vérité chez l'adolescent

Auteur(s) : Sylvie Reignier

Mots clés : adolescent/adolescence

CIP du 24 Mars 2021

Comment favoriser et soutenir la rencontre d'un sujet avec lui-même dans cette période de vie si bouleversante qu'est l'adolescence, assortie de son cortège de transformations ? Comment permettre à l'adolescent de résoudre ce saisissant paradoxe de changer, tout en restant lui-même, déployer de nouvelles potentialités, tout en maintenant son sentiment de continuité d'exister ? Partant de ces questionnements, c'est à un voyage aux sources de la vie pulsionnelle, à l'origine des fondations sensori-motrices et corporelles du bébé que nous a conviés Sylvie Reignier au cours de cette nouvelle soirée des Conférences d'Introduction à la Psychanalyse de la SPP. Elle nous a ainsi engagés à la suivre dans l'écoute contre-transférentielle du corps qui caractérise sa pratique analytique avec les adolescents.

En préambule de ce voyage, précisons que c'est dans une ouverture à la pensée de Mélanie Klein et de ses successeurs que s'inscrit le travail de Sylvie Reignier, marqué par sa collaboration féconde avec Florence Guignard. L'apport de ces auteurs pour la compréhension de la vie émotionnelle des nourrissons, a ainsi particulièrement mobilisé ses intérêts et coloré sa pratique auprès des enfants et des adolescents présentant des pathologies des premiers développements. Sylvie Reignier, psychanalyste membre

de la SPP est aussi membre formatrice de la SEPEA, membre de la CIPA (Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes et membres associés s'occupant de Personnes autistes) et membre formateur de l'AEPPC (Association pour l'Enseignement de la psychothérapie psychanalytique Corporelle). Ses investissements témoignent, comme l'a souligné Julie Augoyard dans sa belle présentation, d'une pratique clinique rigoureuse alliant la métapsychologie freudienne à la richesse d'une clinique créative.

Le patient se doit d'être loyal envers lui-même, disait Freud. Sylvie Reignier nous montre combien cette loyauté est soumise à des aléas. Penser peut être douloureux, en particulier chez l'adolescent, qui se trouve confronté à la poussée pulsionnelle et à la force des reviviscences infantiles. Ainsi, son Moi doit-il être suffisamment solide pour supporter la levée, même partielle, de ses défenses, les insuffisances de ses objets internes et externes, la complexité des relations qu'il entretient avec eux. La proposition d'une psychothérapie peut constituer une menace lorsque l'équilibre psychique durement acquis demeure fragile. Certains adolescents privilégient en effet l'évacuation de la pensée et l'attaque des clivages organisateurs, provoquant dans le même temps confusion et attaque de la pensée de l'analyste. Sylvie Reignier, guidée par sa boussole contre-transférentielle, nous propose une réflexion autour de deux éléments favorisant le maintien d'une capacité de rêverie chez l'analyste : d'une part l'écoute des vécus corporels constitutifs du Moi originaire, premier temps des développements de la pensée, et, d'autre part, l'écoute du groupe (interne et externe) qui anime la vie intérieure du sujet.

En appui sur la conceptualisation du Moi corporel par Geneviève Haag, ainsi que sur ces deux espaces d'intimités et de mouvements identificatoires que sont le maternel et le féminin primaire, décrits par Florence Guignard, Sylvie Reignier nous montre l'importance de l'écoute du corps et du sensoriel dans la dynamique transféro/contre-transférentielle. Rien du corps ne peut advenir s'il n'est pas passé par l'objet, nous dit-elle. Les sensations primaires du Moi corporel sont contenues dans le regard de l'autre. Elles ne deviendront des vécus sensoriels et ne feront traces qu'une fois transformées par la rêverie maternelle. L'éprouvé corporel doit être qualifié pour pouvoir ensuite se figurer, se représenter. Sylvie Reignier propose d'adjoindre la dimension sensorielle à la règle fondamentale : « Dire tout ce qui vient comme pensées, images, émotions et sensations ». C'est la manière dont ont été accueillies les « sensations-angoisses » des tout premiers moments de la vie (angoisses de tomber sans fin, de se vider, se répandre, de perdre une partie de soi dans la séparation d'avec l'objet, l'angoisse d'être envahi, intrusé) et la perception que le bébé s'est fait de cet accueil qui donnent, selon elle, sa couleur à la dynamique transféro/contre-transférentielle. L'intégration dans le Moi de ces tout premiers mouvements pulsionnels et tonico-émotionnels, dépend pour le sujet de l'intégration réussie de ses enveloppes psychiques et de ses identifications. Ce travail d'introjection identificatoire, s'il est perturbé, peut, en après coup, confronter l'adolescent à des impasses. Aussi, lorsqu'un contact avec un patient demeure difficile, il peut être fécond de situer cette dynamique de la rencontre dans la lignée des modalités précoces de relations sensorielles et kinesthésiques à l'objet. Les éléments anamnétiques recueillis dans les premiers temps ou au fil des consultations constituent souvent de précieuses indications sur le

dialogue tonique et émotionnel premier.

L'exemple clinique d'une adolescente anorexique illustre cette écoute attentive du contre-transfert qui, en écho à des éléments recueillis de l'histoire infantile de la patiente, a conduit l'analyste à penser son opposition apparente, non comme un mouvement hostile mais comme une répétition de la rencontre initiale avec l'objet primaire. Ce n'est pas tant le refus de la patiente de s'engager dans la relation qui est en jeu ici, mais plutôt son incertitude sur la manière dont l'objet, vécu à la fois comme aidant et refusant, va l'investir. L'analyste saisit alors l'identification primaire à l'objet rejetant, dans laquelle se trouve prise la patiente.

Une deuxième vignette clinique évoque un adolescent de treize ans chez lequel la constitution d'un tiers structurant fait défaut. Nous saisissons avec cet exemple, combien l'excitation pubertaire, en réveillant une fantasmatique de détresse et de haine issue des temps primitifs, peut conduire à un passage à l'acte. Sylvie Reignier, avec Donald Meltzer en point d'appui, propose de penser ce passage à l'acte d'ordre sexuel, d'une part comme un mouvement d'attaque de l'intérieur du corps maternel mais aussi comme un désir de se réfugier, même sadiquement, dans le corps de l'autre. Cette vignette souligne combien la quête d'immédiateté du plaisir, les modes d'évacuation de la douleur par la décharge, sont une voie privilégiée du traitement de l'excitation à l'adolescence.

Les troubles de l'identité sexuée, dans leur dimension d'impatience à agir, à changer, s'inscrivent eux aussi dans cette voie et c'est en ce sens que le troisième exemple clinique issu d'un traitement de supervision nous est présenté. C'est à partir d'un

important travail de contre-transfert autour du corps et des sensations primaires que l'analyste, tout en assurant sa fonction de holding auprès d'une adolescente se désignant comme garçon, va permettre que se déploie un fantasme de bisexualité sans interdit, ni déni. L'écoute de la patiente et l'accueil de ses mouvements de dépression primaire traduits dans des évocations corporelles douloureuses ou inquiétantes, ont permis à l'analyste de maintenir un lien transférentiel de bonne qualité. La cohérence identitaire que semblait lui assurer le fantasme transgenre ainsi que sa référence au groupe de pairs « trans » dans la réalité, se sont mus au fil du processus, en des vécus de doute sur l'authenticité des affects et des expériences, autre forme de troubles identitaires.

Si la question du corps dans toutes ses dimensions apparaît cruciale dans le traitement psychanalytique des adolescents, celle du groupe, à laquelle elle peut se trouver enchevêtrée, occupe une place non moins centrale. C'est avec James Gammill et Wilfred Bion que Sylvie Reignier nous propose de poursuivre son cheminement sur l'influence du groupe à l'adolescence. Le groupe est porteur de solution pour nombre d'adolescents ; solution qui peut s'avérer tout autant protectrice qu'anti-pensée. Partant de la contre-vérité psychique, définie comme une prolifération de « mensonges » visant à créer une barrière contre la réalité psychique, donc contre la vérité des expériences émotionnelles, James Gammill montre combien celle-ci peut constituer une modalité de défense active dans la mentalité de groupe. C'est à propos de ce dernier concept, défini par Bion, que Sylvie Reignier nous propose une réflexion étayée sur un bilan psychologique. La mentalité de groupe est constituée de représentations le plus souvent inconscientes qui s'imposent à ses participants, sorte

d'agrégat des constructions et des défenses de chacun face aux angoisses qui naissent de toute tentative d'évolution, vécue comme un danger. James Gammill met en évidence la naissance très précoce de la contre-vérité psychique dès la petite enfance chez certains adolescents. Elle apparaît ainsi comme une solution pour ne pas sombrer dans le désespoir, l'impuissance et l'humiliation. Sylvie Reignier s'interroge sur l'importance des groupes à l'adolescence et leur résonance avec la mentalité de groupe interne. Héritage des temps précoces du développement individuel, cette mentalité de groupe draine des éléments pulsionnels et émotionnels primitifs issus des liens symbiotiques. Les éléments du bilan psychologique témoignent de la force d'une assignation à son groupe interne chez un adolescent de 16 ans, dont la souffrance doit être tue sous peine de révéler une trop grande fragilité. La contre-vérité psychique, en tant que mécanisme de défense primaire contre la douleur psychique est ici prise en charge par le groupe familial en dépit des divergences apparentes.

Sylvie Reignier nous montre au fil de ses allers-retours entre adolescence et premiers temps de la vie, la force des mécanismes primaires, qu'ils soient individuels ou portés par le groupe, qui naissent des premiers échanges sensori-moteurs. Nous l'avons suivie dans son travail clinique au plus près des mouvements contre-transférentiels qu'elle nous a généreusement transmis.

Compte rendu établi par :

Karine Gauthier
Membre de la SPP
16 rue Lacretelle
75015 Paris

Enfant agité, enfant instable, enfant dans la lune: les défenses précaires des enfants dits TDA-H

Auteur(s) : Sylvie Reignier

Mots clés :

Dans notre étrange domaine scientifique et pratique de la psychopathologie, où les clivages se multiplient entre des approches différentes, au détriment de la recherche de liens entre points de vue, nous observons des représentations de l'enfant étonnamment différenciées ; même en n'abordant qu'un point de vue descriptif, on voit que d'un côté, l'on prête au nourrisson, dès les premiers jours de sa vie, un « cerveau social » le dotant d'aptitudes relationnelles étonnantes et que d'un autre, on divise son cerveau en un ensemble de zones de compétences dont les liens avec la vie relationnelle sont trop négligés ; c'est ces « compétences » qui seront, plus tard considérées isolément et soumises à des diagnostics de déficit neuro-développemental, dont fait partie le Trouble de Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité.

Faut-il rappeler, résumé grossièrement, ce qui se dit de ce trouble ?

Le DSM -V liste un certain nombre de traits, que l'on doit observer, pour 5 ou 6 d'entre eux, sur une période prolongée (plus de six mois) et dans au moins deux environnements différents (L'école, la famille), sans intervention d'une autre pathologie sévère. Et ceci concerne deux grands domaines : d'une part, celui de l'inattention, comprenant le manque d'écoute, la distractibilité, la difficulté ou le refus de soutenir son attention, les difficultés de mémorisation. Et d'autre part, celui de l'hyperactivité et de l'impulsivité, qui concerne un défaut majeur de retenue de la motricité et de la parole, allant jusqu'à l'agitation.

De nombreux cliniciens qui reçoivent beaucoup d'enfants dits TDAH insistent sur le caractère mouvant et complexe des tableaux cliniques rencontrés, et ils invitent à la prudence devant les raccourcis théoriques et les mises en boîte simplificatrices. Je citerai par exemple une déclaration du professeur MOUREN-SIMEONI, en 2004 :

« Aujourd'hui, personne ne peut se prévaloir d'avoir compris l'articulation des mécanismes de l'hyperactivité, qu'ils soient neuro-chimiques ou environnementaux au sens large, c'est-à-dire intégrant par surcroît l'anté-natal.

« Chaque fois que vous lisez des choses catégoriques à ce sujet, - fermez le livre ! »

C'est pourquoi, il reste important de tenter de trouver des articulations entre, d'un côté, les descriptions symptomatologiques des enfants soupçonnés d'être atteints d'un TDA-H et une compréhension qui prenne en compte le

fonctionnement de leur personnalité, dans leur dimension émotionnelle et pulsionnelle, et dans leur histoire passée et présente.

En effet, dans bien des cas, une rêverie est possible qui peut permettre d'émettre des hypothèses sur des phénomènes psycho-affectifs susceptibles de se traduire dans un trouble de ce type: ces phénomènes sont souvent bien antérieurs à l'arrivée dans l'âge scolaire, époque où le problème devient patent. Ils se construisent dans le passé de nourrisson ou de petit de l'enfant, dans ces liens à son environnement. C'est une difficulté très importante à laquelle nous confrontent ces pathologies, de ne devenir vraiment inquiétantes que bien après l'âge auquel on aurait pu tenter d'y porter remède.

Avant de revenir sur la toute petite enfance, considérons une courte vignette clinique. Celle d'Armand, un enfant de 8 ans reçu en consultation de pédopsychiatrie, en raison de problèmes scolaires très importants ; une hypothèse de TDA-H a été avancée, que la consultante me demande d'explorer dans le cadre d'un bilan psychologique complet : au test de niveau, le WISC, seules quelques épreuves situent les résultats d'Armand dans la moyenne des enfants de son âge ; pour le reste, on doit conclure à un développement limité et dysharmonieux de ses différentes capacités.

Armand a des difficultés particulières dans les épreuves visuo-spatiales notamment pour l'épreuve de manipulation et de construction des Cubes, où il échoue massivement. Dans les épreuves grapho-motrices il se montre très lent et fatigable (note très basse en Code); lors des épreuves non chronométrées où il pourrait prendre son temps, il est impulsif, et réfléchit peu. Sa

mémoire de travail s'avère très fragile, ce qui, comme sa fatigabilité aux épreuves grapho-motrices, est un indice de difficultés d'attention et de concentration. Le langage est utilisé plutôt efficacement pour raisonner et établir des liens entre des mots (Similitudes), aussi bien que pour expliquer certaines normes ou usages sociaux (Compréhension), mais il est très peu investi.

Donc, par delà l'appréciation du niveau cognitif, le WISC nous montre un enfant peu intéressé par l'échange avec autrui, ni semble-t-il par sa propre pensée, fatigable ou en échec pour donner forme à ses mouvements de motricité fine ; un enfant qui ne peut pas mettre en jeu les mécanismes d'emprise sur lui-même et sur les contenus mentaux nécessaires à la mémorisation, et dont une forme de dépressivité sans affect s'exprime à travers les chutes de son tonus. D'emblée, ces signaux peuvent alerter sur la faible possibilité d'Armand de trouver des satisfactions dans les mouvements de symbolisation primaires, issus du mouvement corporel, et secondaires, issus du jeu des représentations de mots. Le TEA-ch, test d'évaluation de l'attention chez l'enfant, confirme ces difficultés avec certitude, mais certains éléments cliniques s'expriment dans une spécificité qu'il est utile de commenter : dans l'épreuve de « Recherche dans le ciel », l'enfant doit discriminer, et entourer des cibles visuelles particulières, qui sont des paires de vaisseaux identiques, parmi une grande quantité, Armand démarre avec une certaine lenteur et surtout, il oublie de maintenir, sur le long terme, les différences visuelles qu'on lui demande de respecter. A un temps d'exécution extrêmement important, il faut ajouter ce nombre d'erreurs perceptives considérables. Le même exercice est repris dans l'épreuve de « faire deux choses à la fois », dans laquelle l'enfant doit compter

des coups de fusil tout en entourant les mêmes cibles. Ici, Armand finit par ne plus faire aucune différence entre les cibles qu'il doit sélectionner et celles qu'il doit laisser de côté ; il les entoure toutes, comme s'il ne pouvait pas s'arrêter dans son mouvement, une fois celui-ci commencé. Cet investissement du mouvement au détriment de l'attention exigée par la consigne, est-il le signe d'un déficit neuro-développemental, ou bien du retour à un mode de satisfaction différent, dans lequel le geste accompagne comme une rythmie une pensée qui est partie vers le pôle hallucinatoire, « dans la lune » ? Pendant ce temps, la présence et le regard de l'examineur sont annulés, oubliés, et le travail perd sa valeur d'objet d'une attention conjointe. Je rappelle à ce propos que l'attention conjointe est très largement étudié par les psychologues, comme phénomène se développant très massivement entre le 4^{ème} et le douzième mois, c'est ce qui permet au bébé de s'orienter vers un objet que lui désigne l'adulte ; plus tard, le bébé prendra l'initiative d'attirer l'attention de l'adulte. Fondée sur la qualité préalable du bon contact œil à œil avec l'adulte dans la phase d'intersubjectivité primaire, puis se développant comme outil de communication et d'exploration partagée du monde, le développement de l'attention chez le petit l'enfant est aussi très sensible à la manière dont l'adulte maintient son intérêt pour lui, ou pour ce qu'il lui a désigné. Et précisons que pour les psychologues du premier développement, le développement de l'attention conjointe est à la base de la compréhension des intentions d'autrui, et ce faisant, du sentiment de pouvoir être compris par autrui, base du désir d'échange mutuel.

Notons par contraste qu'Armand montre un net plaisir aux épreuves évaluant les Fonctions exécutives, même s'il est trop lent

pour obtenir des scores satisfaisants (Les petits hommes verts ; Mondes contraires). Or ces épreuves font beaucoup plus appel à la participation active du clinicien, qui suit ses réponses en déplaçant le doigt sur le cahier de test ; elles restituent peut-être à Armand, quelque chose d'un plaisir d'attention conjointe dans le pointage des cibles que l'on effectue pour lui.

Qu'est ce qui fait que la situation d'attention conjointe n'a pas été intériorisée, ou bien ne peut pas se maintenir de manière soutenante chez Armand, comme chez beaucoup d'autres enfants que l'on voit ? Les épreuves projectives peuvent elles nous aider à comprendre cela ? :

Les épreuves projectives :

Au Rorschach, Armand parvient difficilement à investir suffisamment ses perceptions et ses mécanismes de pensée. La projection imaginaire peut le déborder, au détriment de l'attention au percept ; de ce fait, la représentation de soi n'offre pas de lien immédiat avec le réel, mais évoque plutôt la persistance d'une forme de toute puissance de petit qui ne tient pas compte du réel. A l'inverse de ces représentations défensives, d'autres réponses témoignent d'une fragilité du sentiment de posséder des appuis bien solides et bien stables.

Enfin, il y a une certaine difficulté à supporter le surcroît d'excitation régressive, notamment suscitée par la présentation des planches en couleurs, qui conduit Armand à se mettre plutôt en retrait, et déstabilise ses capacités de pensée. (Traduisons cela comme une certaine difficulté à supporter l'excitation).

L'ensemble de ces trois éléments indique une construction du moi au pare-excitation fragile et aux contours insuffisamment délimités et autonomes par rapport à l'environnement, encore régi par des mécanismes d'illusion omnipotente dans le lien à l'objet.

Les épreuves de récit (TAT et Patte Noire) :

Dans ces deux tests, Armand est beaucoup plus descriptif qu'imaginatif ; il a du mal à transformer les sollicitations émotionnelles du matériel en pensées communicables. On voit apparaître cependant des attitudes assez contrastées selon le test proposé, qui montrent des facettes différentes de son fonctionnement psychique : le TAT propose un matériel plus « mature » que le Patte Noire, car plus proche des conflits identificatoires et du principe de réalité qui convoque la reconnaissance de l'immaturité et les deuils nécessaires à la croissance psychique ; les images du TAT soulèvent nettement des mouvements de retrait et de dépression qui montrent la difficulté maturative dans laquelle se trouve Armand ; celles du Patte Noire, beaucoup plus régressif et évocateur des satisfactions pulsionnelles de l'enfance, peut laisser apparaître des facettes de lui plus agressives et omnipotentes, mais aussi des fixations libidinales profondes à son objet primaire, sources de culpabilité ou d'angoisses de perte.

Ainsi, devant la difficulté qu'Armand ressent face à sa propre vie émotionnelle et ses soucis d'écolier, aucune solution réaliste ne lui semble abordable. Armand ne semble pas pouvoir s'installer dans une perspective de « devenir grand », et l'on voit, comme au Rorschach, revenir des mouvements de repli sur des positions de toute puissance imaginaire qui ne sont pas porteuses d'un authentique espoir de développement.

Un Scénotest a aussi été proposé. C'est une épreuve de jeu libre, à partir d'un matériel standardisé, et qui permet à l'enfant de s'exprimer à travers l'utilisation des objets dans des constructions ou mises en scène. Soutenu par la richesse de ce matériel concret, Armand peut déployer certains mouvements créatifs. Cependant, sa maladresse gestuelle l'empêche de trouver des formes ou des assises stables et réactive rapidement des mouvements dépressifs chez lui; ceci confirme la fragilité du sentiment de s'étayer sur des bases solides qu'on avait vu au Rorschach.

En conclusion, Armand nous est apparu comme un garçon en lutte contre les mouvements dépressifs liés à sa difficulté de composer de manière autonome avec les obstacles, en raison d'une dépendance à l'objet primaire insuffisamment surmontée. Il se montre assez entravé, dans son développement intellectuel, par un ensemble de facteurs de diverses natures ; le trouble attentionnel est avéré, mais il existe aussi tout un ensemble d'autres problèmes constructifs et affectifs; notamment liés à des éléments de retrait vis-à-vis du monde perceptif (qu'il soit sonore ou visuel). Le faible investissement de la parole participe de cette attitude en retrait. C'est aussi vis-à-vis de ses propres mécanismes de pensée, et en particulier de mémorisation, qu'Armand se montre passif, anxieux et en retrait.

Pour reprendre notre question sur l'attention conjointe, on peut considérer que les modalités relationnelles de type anaclitique que l'on pressent à travers son bilan ont peut être détourné Armand des offres d'attention conjointe offertes par ses objets primaires, car perçues par lui comme des tiers gênants la relation ; on peut tout aussi bien imaginer que cette attention conjointe n'était pas suffisamment mise à disposition par l'objet, pour tout un ensemble

de raisons. Durant la restitution du bilan, il se montrera calme, balançant ses jambes sur sa chaise, mais complètement absent à l'entretien qui se déroulait à son sujet.

Retesté dans un autre service quelques années plus tard, Armand est qualifié d'un TDA avec hyperactivité, en raison de sa tendance à manipuler les objets et à bouger un peu sur sa chaise (qui ne pose pas vraiment problème, cependant, à l'école). Une médication n'a cependant pas été imposée.

Ce bilan est assez représentatif de ce que peuvent montrer de nombreux enfants atteints d'un trouble attentionnel, même si, chez Armand, les moments de dépression essentielle qu'il a probablement vécus enfant ont porté atteinte à sa croissance intellectuelle. Chez d'autres enfants, les choses sont moins sévères, et les difficultés scolaires moins massives que ce qu'elles sont chez lui. Dans le bilan, Armand montre cependant une réelle aptitude au plaisir, à l'échange et à la découverte, qu'il a pu ensuite développer dans les soutiens éducatifs et thérapeutiques qu'on lui a proposés, et qui ont permis une amélioration lente, mais réelle, de ses difficultés scolaires.

Peut-on imaginer, à partir de son bilan, quelque chose de son histoire précoce, qui nous permettrait une rêverie reconstructrice ? Avant cela, je vous propose un détour par la théorie, qui me semble essentielle non seulement pour interpréter, mais aussi pour permettre notre rêverie régressive vers les états si particuliers que vivent ces enfants.

Pour le problème qui nous préoccupe, on peut considérer que le

développement d'un enfant le confronte dès la naissance, à plusieurs grands chantiers :

1^{ère}ment : Ajuster sa posture corporelle aux nouvelles conditions de son environnement, La stabilisation de son équilibre et le développement de sa posture, qui lui permet de porter attention à ce qui se passe à l'extérieur, se produit grâce au soutien que lui apporte son entourage, initialement pour lutter contre les effets écrasants du flux gravitaire, qu'il subit depuis sa sortie de la matrice. A cette époque de la vie, faire attention, c'est s'orienter vers les sons et vers les flux visuels, tactiles et olfactifs, et bientôt explorer les objets par le regard, le toucher et par la mise en bouche. Et ce n'est pas automatique, de se construire, par exemple, un axe corporel avec des bras bien attachés autour, qui peuvent coopérer, se croiser, se joindre pour permettre la saisie des objets et leur exploration attentive. Donc, des dispositions d'ordre cognitif, ou pré-cognitif, très largement impliquées dans ce qui sera nécessaire à l'attention, se mettent en place à travers les vécus corporels traversés par le bébé, dans son tonus et sa posture. On sait que le TDA-H est souvent associé à des troubles psychomoteurs. Ce n'est pas étonnant.

2^{ème} grand chantier : Supporter l'excitation, et en particulier les excitations internes ; comment le bébé arrive t-il à peu à peu à composer, avec ses maux de ventre, sa faim, et toutes les tensions qu'il absorbe éventuellement dans le contact, ou le défaut de contact suffisant, avec son environnement ? L'hypertonie que peut susciter l'excitation ne trouve plus, à la sortie de la matrice, les réponses apaisantes que donne l'utérus en permettant au bébé de se lover à nouveau sur lui-même quand il a eu un mouvement

d'hyperextension. Ce sont les bras de l'adulte qui doivent poursuivre le dialogue tonique initié autrefois dans le ventre maternel. Mais des bras porteurs d'affects, et d'attention. On sait que ce sont des vécus authentiques de satisfactions, dans une relation affective riche comprenant très vite du jeu et de la parole avec l'environnement, qui tirent le fonctionnement du bébé vers des expressions psychiques, et non plus seulement corporelles ; un nourrissage, plus ou moins mécanique, est insuffisant à cela; les psychosomaticiens ont décrit un modèle dans lequel on sait quelle différence importante se joue entre calmer un bébé, par exemple en le berçant mécaniquement et répétitivement, et le satisfaire vraiment, en lui donnant pour bagage vers l'endormissement des paroles, ainsi qu'un enveloppement sensoriel pourvoyeur de messages dont la qualité émotionnelle l'entoure et lui permet la régression. Sans cette capacité d'apaisement dans la satisfaction, on reste dans un régime d'excitation, épuisement, retour de l'excitation, etc, qui peut alimenter des frayages vers le somatique (l'eczema envahissant, par exemple) ou la décharge motrice.

3^{ème} grand chantier : dès la naissance ou peu après, le bébé découvre les *frustrations*, les délais et les contraintes que la réalité impose. Réalité du rythme des tétées, des séparations et des retrouvailles avec l'Autre, très tôt figure d'attachement. Réalité de ne pas être tenu dans les bras alors que le bébé peut se vivre sans unité, ou sans limite sécurisante, dans son berceau ; ou alors réalité d'être si mal tenu, avec un regard ou une voix absents pour hisser vers le haut, que cela provoque, alors, dans son sensorium, des éprouvés de tomber sans fin.

Pour qu'il accède à l'apprentissage de la réalité, supporte la

frustration, et accepte les limites que la réalité impose à ses désirs, un montage complexe se met donc en place, et cela nous conduit vers des points de vue plus spécifiquement freudiens sur la question, car Freud s'y est intéressé de très près.

Nous allons donc partir de l'hypothèse fondamentale qu'il a développé dans ses « formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques », puis nous nous intéresserons à la révision importante qu'en a faite ensuite Wilfried Bion.

Partons avec Freud de l'idée que les processus primaires, qui régissent la vie inconsciente, sont « les plus anciens » ; ces processus obéissent au principe de plaisir-déplaisir (ou, plus brièvement, principe de plaisir). C'est-à-dire, je cite : « Ces processus tendent à l'obtention du plaisir ; l'activité psychique se retire des opérations qui peuvent susciter du déplaisir. Nos rêves nocturnes, notre tendance pendant la veille à nous arracher aux impressions pénibles, sont des restes de la domination de ce principe et des preuves de son emprise. »

Comment fonctionnent les processus primaires, qui sont donc les seuls processus actifs, au début de la vie ?

De deux manières : pour obtenir le plaisir, les processus primaires font appel à l'hallucinoire : la fabrication d'images ou de perceptions agréables ; ainsi, un bébé qui a faim va dans un premier temps, tant que la sensation reste supportable, halluciner qu'il tète le sein, (on voit que cela marche très bien si on lui donne un doigt, ou une tétine à sucer, pendant quelques instants.) Ou plutôt, on peut supposer qu'il hallucine l'intervention de la personne secourable. Puis, comme cette satisfaction hallucinoire ne peut pas durer, le deuxième versant des processus primaires se

met en route :

Pour évacuer le déplaisir survient alors le mouvement, l'agitation, ce que Freud a nommé « la décharge motrice ». Je le cite « La décharge motrice [qui], pendant la domination du principe de plaisir, sert à débarrasser l'appareil psychique de l'accroissement des excitations et parvient à cette tâche par des innervations envoyées à l'intérieur du corps (mimique, extériorisation d'affects),. »

Nous sommes bien conscients que ces processus, aussi rudimentaires soient-ils, peuvent réapparaître en chacun de nous tout au long de la vie et pas seulement dans la vie onirique, la recherche ou la création artistique ; fréquemment, nous pouvons éprouver combien la décharge motrice dans le mouvement nous est nécessaire pour nous débarrasser d'une pensée gênante, d'un souci obsédant, d'une émotion indésirable, d'une tension irritante : les gribouillis que l'on fait en réunion, les accès de ménage ou de rangement, les jambes que l'on agite, les phrases que l'on peut dire dans le vide ... Cela subsiste de façon massive chez certains enfants qui ont vécus des moments traumatiques ; le mouvement est une manière d'éviter la passivité de l'appareil psychique face à la menace du retour de sensations, traces ou images mnésiques angoissantes ou intolérables.

Suivons maintenant Freud, qui avance sa réflexion à l'étape suivant celle de la domination du principe de plaisir, dans cet article sur les deux principes du cours des événements psychiques : il nous décrit la naissance du principe de réalité, à partir de l'inefficacité du principe de plaisir à conduire le sujet vers la satisfaction de son besoin. Je cite encore : « C'est seulement le défaut persistant de la satisfaction attendue, la

déception, qui a entraîné l'abandon de cette tentative de satisfaction par le moyen de l'hallucination. À sa place, l'appareil psychique dut se résoudre à représenter l'état réel du monde extérieur et à rechercher une modification réelle. Par là, un nouveau principe de l'activité psychique était introduit : ce qui était représenté, ce n'était plus ce qui était agréable, mais ce qui était réel, même si cela devait être désagréable⁶. Avec cette instauration du *principe de réalité* un pas était franchi, qui s'avéra riche en conséquences. » fin de cit.

Donc l'avènement du principe de réalité signe la fin de l'hallucination, et du déni de la réalité. Il ne s'agit plus de fuir ce qui est déplaisant, mais d'y faire face (on sait que c'est très long à installer, et que c'est un processus qui se développe graduellement durant l'enfance...au moins jusqu'à « l'âge de raison »). Parmi les conséquences que Freud énumère, il nomme, premièrement, un développement de l'appareil psychique, qui met en place « une série d'adaptations » dans le registre de la pensée: Il avance :

« L'importance accrue de la réalité extérieure augmente elle-même l'importance des organes des sens tournés vers ce monde extérieur et de la *conscience* qui y est attachée » (donc, c'est la capacité de sentir, de percevoir ce qui se passe en dehors soi, qui se développe); Freud dit que la conscience « apprend à saisir, au-delà des seules qualités de plaisir et déplaisir, jusqu'ici seules intéressantes, les qualités sensorielles ». (donc c'est la *nuance* qui se développe, au-delà de j'aime-j'aime pas) « Une fonction particulière est instituée qui doit prélever périodiquement des données du monde extérieur pour que celles-ci lui soient connues à l'avance quand surgit un besoin intérieur impossible à ajourner :

l'attention. Cette activité va à la rencontre des impressions des sens au lieu d'attendre passivement leur apparition. Il est vraisemblable qu'en même temps un système de *marques* est par là introduit, qui a pour but de mettre en dépôt les résultats de cette activité périodique de conscience ; c'est là une partie de ce que nous appelons la *mémoire*. ». Nous retrouvons là le lien que les neurosciences établissent entre mémoire et attention. Pour Freud, on mémorise ce à quoi on a été attentif, de façon active.

Pour que ce que Freud décrit ici puisse advenir, il faut que l'enfant ait pu vivre une certaine continuité, avec un adulte qui ne le laisse pas abandonné à l'attente trop longtemps, ou trop aléatoirement. Un adulte qui a tenu de façon constante le rôle de pare-excitation que l'enfant n'a pas encore pu se constituer. La régularité permet que l'enfant apprenne de ses expériences que l'attention qu'il mobilise lui sert vraiment à repérer et à enregistrer des informations hautement significatives pour lui ; notons aussi que ces marques ne sont pas seulement des images mentales, mais des sensations qui intègrent la rythmicité, et la durée ; c'est tout cela qui permet au bébé par exemple, à son réveil, d'éprouver des protopensées d'attente de l'objet qui seront validées ensuite par la venue de ce dernier. Le tempérament de l'enfant est aussi très important, dans ses bases innées, et ses déterminants anté-nataux. L'excitabilité, la rage ou la dépressivité peuvent être variables selon les enfants, qui nuisent à la possibilité d'enregistrer les « marques ».

Je pense que cette première base fournie par la théorie Freudienne reste juste à bien des égards, et elle éclaire très précisément comment l'attention permet l'inhibition de la décharge motrice : il y a une voie courte, et une voie longue, pour

supporter ce qui est pénible. La voie courte, qui cherche une solution immédiate, passe par l'échappée soit vers le rêve, soit dans le mouvement impulsif ; la voie longue accepte le délai ; elle fait appel à la représentation, et elle rassemble la pensée en vue d'un mouvement qui n'est plus impulsif, mais qui s'est constitué en action : faire attention à ce qui se passe en soi, et à ce qui va survenir à l'extérieur, et agir de façon adaptée.

Maintenant abordons ce que Bion a apporté comme modification à ce modèle. Sa théorie du développement de la pensée est articulée à la vie émotionnelle, depuis la naissance ; ce faisant, elle est capable d'expliquer les échecs du développement de la pensée, dont l'attention est une composante première.

En effet, Bion nous dit que lorsque le bébé s'agite et crie, (lors de la phase initiale de domination des processus primaires) il le fait déjà, d'emblée, avec une forme d'intentionnalité : celle que ses vécus corporels d'inconfort, de détresse, de frustration, soient accueillis, contenus, par sa mère, et que celle-ci, en les reconnaissant et en les transformant en éléments chargés de sens et d'émotions, le soulage. Bion, formé à l'école de Mélanie Klein, et donc persuadé d'une vie fantasmatique inscrite dans les états du corps du bébé, nous fait ainsi concevoir la décharge comme la projection d'éléments *béta*, formes sensorielles agies qui contiennent les sensations-émotions primitives de l'enfant, et sont en attente de transformation par la rêverie maternelle. Le bébé serait pris dans le fantasme d'introduire ces éléments *béta* dans le contenant maternel, à la fois corps et psyché. (Ici se joue quelque chose de l'hallucinoire de Freud, mais *pas* dans la satisfaction). Je cite Bion : (Eléments de la Psychanalyse p 36) « le petit enfant, rempli de tas douloureux de fèces, de culpabilité et de peur de

mourir, plein de gros morceaux d'avidité, de méchanceté et d'urine, évacue ces mauvais objets dans le sein qui n'est pas là. Ce faisant, le bon objet transforme le non-sein (la bouche) en sein, les fèces et l'urine en lait, la peur de mourir et l'angoisse en vitalité et en confiance, l'avidité et la méchanceté en sentiments d'amour et de générosité ; le petit enfant tête et se réapproprie ensuite ses mauvaises possessions, une fois qu'elles ont été traduites en bonté. » Cela peut paraître étrange, cette description si crue de fantasmes primitifs, mais elle peut illustrer notre propos : certains enfants dits TDA-H présentent ces mouvements d'intrusion dans l'espace des autres, ce manque de respect de la distance corporelle, qui peuvent évoquer ce besoin très primitif de déposer *dans* autrui des émotions, ou une excitation qu'il ne peuvent contenir.

Le bébé ferait donc appel dès le début, à un principe de réalité rudimentaire, en mettant en acte, par ses cris et ses décharges motrices, quelque chose qui en appelle à cette désormais célèbre « capacité de rêverie maternelle », de transformation des éléments « *béta* » expulsés par le bébé, en éléments « *alpha* » :.

La régularité dont je parlais plus haut n'a probablement pas toute sa portée pour l'enfant si elle n'est pas soutenue par cette capacité de rêverie qui humanise et donne un sens aux états sensoriels bruts du bébé, par une émotion qui s'accorde à ce qu'il ressent, au-delà du simple besoin biologique. Si l'enfant peut attendre, et porter attention à l'environnement, et à ce qui se passe en lui, et aux marques de souvenirs inscrites en lui, c'est parce que les situations de détresse et de frustration qu'il a auparavant, vécues, ont trouvé une issue suffisamment transformatrice pour laisser ces marques susceptibles de l'assister

plus tard. On pourrait supposer que ces marques sont les éléments *alpha* issus de la rêverie maternelle.

Les propositions de Bion trouvent une confirmation clinique dans les cas d'hospitalisme : les bébés renoncent peu à peu aux cris et à l'agitation comme signe d'appel à l'adulte, ils renoncent à projeter leur agressivité et leur détresse en lui, car ils ont appris qu'ils n'obtiendraient de l'adulte qu'une réponse impersonnelle, sans parole ou émotion vraiment consolatrice de leurs angoisses.

Mais si un enfant ne trouve pas de retour véritablement transformateur de ses mouvements projectifs, qu'il soit bébé ou un peu plus grand, que ce passe t'il ? S'il trouve une réponse simplement opératoire, sans affect, ou bien disqualifiante de son vécu, ou pas de réponse, ou bien encore, une réponse déprimée et inquiète ? Il n'y a pas de modèle unique pour ces configurations différentes ; mais dans tous les cas on peut dire que les bonnes introjections qui soutiennent et enrichissent la croissance du moi sont réduites ; les fameuses « marques » ou éléments alpha, et la capacité de faire attention à soi et à l'extérieur s'en trouvent diminuées ; dans l'inadéquation de la réponse, l'enfant peut parfois réintrojecter un objet excitant, disqualifiant, source de culpabilité dépressive ou persécutoire ; voire même cet objet interne réintrojecté peut devenir dans le fantasme mauvais, envieux, ce qui poussera à nouveau l'enfant vers l'évacuation, soit dans l'agir, soit sur une scène imaginaire qui le détourne de la réalité. L'agitation et l'inattention sont consubstantielles de nombreuses psychoses de la première enfance ; elles montrent les enfants aux prises avec les figures fantasmatiques envahissantes créés dans leur passé de détresse infantile. Il m'est arrivé de lire des bilans psychologiques organisés par une orientation neuro-

psychologique exclusive qui donnent avec une naïveté désolante un diagnostic de TDAH et des conseils de remédiation pédagogique pour des enfants dont les angoisses qui régissent leurs liens à la réalité et à leur monde interne sont alors complètement négligées. A un moindre degré, certains enfants peuvent avoir développé des liens d'adaptation à la réalité, tandis que sur la scène de leur théâtre intérieur, le rideau reste prêt à s'ouvrir soit sur des relations passionnelles, aliénantes, soit sur un vide de pensée, qui les inquiètent et les poussent vers le mouvement.

Nous avons rapidement évoqué les théorisations de Freud et de Bion, qui longtemps avant qu'on n'isole ce trouble du TDA-H, mettaient à jour la dialectique et la conflictualité possible entre les fonctions d'attention, tournées vers la reconnaissance de la réalité et à l'opposé des mécanismes qui tendent à maintenir un fonctionnement en dehors de celle-ci : la distractibilité qui fait s'échapper hors des frustrations du réel, ou bien la décharge motrice d'éléments qui n'ont pas pu trouver de transformation psychique les rendant supportables.

Revenons à Armand

Enfant unique né après une série de deuils, Armand a été un bébé bien accueilli par ses parents, qui l'ont, disent-ils, sûrement surprotégé. Aucun événement particulier n'est relevé dans le premier développement, comme cela peut être le cas dans ces pathologies où la vie émotionnelle semble peu dramatisée, et peu sujette à commentaire. Mais si l'on prête attention à l'impression maternelle d'avoir gardé son petit dans un cocon, et que l'on grossit celle-ci à la loupe, on peut imaginer, une maman prise avec son petit dans une fusion indifférenciée qui, pour protéger

l'enfant, prolonge imaginativement la grossesse et ne perçoit pas vraiment les mouvements autonomes de ce dernier ; son attention se dirige moins à la demande de son enfant, que quand c'est elle qui est disponible ; les élans de l'enfant, ses appels à l'attention de l'adulte peuvent alors, dans le cas d'Armand comme dans d'autres, tomber dans le vide, et ne pas être perçus, jusqu'au point où les vécus répétés de dépression primaire finissent par décourager l'enfant dans ses initiatives de partage avec l'adulte.

L'enfant peut de surcroît s'identifier au refus de ses appels à la relation qu'il ressent chez l'autre, et ultérieurement, ne plus être en mesure de se saisir des propositions relationnelles et d'attention conjointe de l'adulte. Piégé dans sa solitude, il se défend alors contre les vécus de dépression par une agitation motrice qui assure le maintien de son sentiment de continuité, ou évacue dans la motricité une hostilité qui ne peut pas être perçue et transformée comme telle par l'adulte ; ou encore, au contraire, il se retire dans une passivité et un désintérêt pour ce qui ne vient pas de l'objet primaire, se tenant tranquillement en état d'animation suspendue, parfois sur un mode qui reste longtemps adhésif à tout ce qui vient de l'environnement. Les enfants inattentifs ou qui se laissent distraire pour un oui ou un non par leur environnement présentent cette forme de passivité liée au suspens de leur fonction moïque, de rassemblement et d'intégration. Je pense que ces états sont souvent, lorsqu'ils se prolongent, des échecs de la mise en place des auto-érotismes, et de la capacité d'être seul, en raison d'un accompagnement insuffisant de l'enfant vers l'autonomie. Dans ces cas, la pulsion de connaissance, naturelle dès le début de la vie, se trouve en partie défaite, faute de soutien. Quant à l'excitation, elle est parfois là depuis toujours, non transformée dès le départ, ou bien

elle est le résultat de la déliaison de la pulsion de connaissance, sous l'effet de traumatismes ultérieurs.

Pour le cas d'Armand, la situation de mise à l'école a été vécue sans plaisir par lui, et les débuts furent marqués par de douloureux chagrins de séparations avec sa mère. Impossible pour lui de trouver plaisir dans l'échange avec les autres enfants ou l'attention conjointe sur les activités proposées par les enseignants. On pourrait dire que l'attention conjointe, observée par les psychologues, (et neuro-psychologues, ce qui est heureux) fait nettement partie du bagage de la fonction alpha maternelle introjectable par l'enfant, sur lequel il peut s'appuyer dans les situations de détresse ou de frustration décrites par Freud et Bion.

Ces situations se renouvellent et se complexifient tout au long de l'enfance, et l'arrivée à l'école peut en être une. S'il n'existe pas de *marques* suffisantes d'un plaisir qui prépare la situation scolaire à être vécue comme un écho de ces moments d'attention conjointe introjectés autrefois, alors l'école devient intolérable pour l'enfant. Dans le cas d'Armand, la solution qu'il a adoptée tient dans des moments de déconnexion de la réalité et une agitation limitée, avec un agrippement à certains objets. D'autres enfants, au contraire, souvent beaucoup plus intelligents, tentent à toute force de s'apaiser par le recours à l'omnipotence, et en cherchant un lien exclusif avec l'enseignant ; dans la frustration de leurs mouvements adhésifs ou d'emprise sur l'adulte, ils en éprouvent des tensions trop douloureuses qui les conduisent vers la surenchère motrice. Cela peut s'accompagner d'une rivalité féroce, voire de sentiments de persécution dans le lien avec les autres enfants, alors vécus comme des intrus venant définitivement rompre leur recherche de relation exclusive avec

l'adulte. Progressivement, et de punitions en punitions, le milieu extérieur devient hostile et persécutant. L'enfant s'agite de manière croissante parce qu'il est sur le qui-vive complet, et doit rétorquer aux menaces qu'il subit ou s'imagine subir, de la part de son environnement.

Je finirai par deux autres petites vignettes, qui ouvrent sur la question du soin.

Kim est une petite fille qui a une longue histoire de carence affective, avec une maman exilée d'Asie, qui a eu son frère et elle de pères différents, et les élève seule. Lorsque je la vois pour un premier bilan à 6 ans, elle est dans une agitation maniaque qui l'entrave considérablement, en même temps que ses capacités infantiles encore expressives lui permettent de dramatiser sa dépression primaire de façon très corporelle et parlante, par exemple dans des mouvements de rapprochement fascinés avec le vide des escaliers. Ses résultats au test cognitif sont par ailleurs assez faibles. Revue quelques années plus tard, après une prise en charge en psychomotricité, par une clinicienne très proche de la dimension psychothérapique du travail corporel, ce n'est plus la même enfant. Elle est attentive à la relation, ses défenses maniaques sont très affaiblies, et elle tente au maximum de soutenir son attention dans les épreuves de mémorisation. Son niveau intellectuel a fortement progressé (de 10 points), même si le traitement visuospatial des informations porte encore des traces sérieuses des difficultés connues petite. Au Tea-ch, les résultats sont très nuancés. En effet, Kim a vraiment gagné en

maîtrise de son impulsivité, mais ce faisant, elle est très lente. En revanche, elle peut montrer une attention auditive de très bonne qualité, qu'elle soit soutenue ou divisée, et l'on sent le plaisir du retournement sur soi de la maîtrise, en vue du contrôle de ses mouvements internes d'attention et de retenue. Ce progrès est indissociable de la qualité de son développement émotionnel, et de la reprise de ses introjections d'un objet soutenant, rendues possibles par son lien avec sa psychomotricienne, au plus près des affects pris dans le corps et le mouvement.

Pour Kim, comme pour le petit Armand cité avant, et pour la plupart des enfants TDAH, le défaut d'intériorisation d'un objet primaire pare-excitant, soutenant, ou pourvoyeur d'attention, était donc au cœur de bien des difficultés qu'on observe à l'école et qui prennent l'allure de ce fameux trouble : tantôt sur un versant d'agitation maniaque, tantôt de mise en alerte motrice sur un mode persécutoire, tantôt de retrait de la réalité.

Je finirai sur l'évocation d'un adolescent, que je suis depuis sa petite enfance. Son parcours a été un long trajet dans l'acquisition d'une contenance, le développement d'une parole et d'une pensée autrefois balayés par l'explosivité de son comportement, d'une violence désorganisant. Il s'est peu à peu transformé, quittant son rapport psychotique à la réalité, et développant une capacité de poursuivre des apprentissages dans une scolarité adaptée. Cependant, l'agitation et l'impulsivité sont restées assez importantes pour que le psychiatre référent prescrive de la Ritaline. Celle-ci facilite sa concentration en classe, mais le soir, il est épuisé, et l'agitation fait un peu retour, même si elle n'engage plus tout le corps, comme autrefois. J'ai remarqué que la Ritaline, pour précieuse qu'elle soit pour le travail scolaire, ne favorise pas

la rêverie ; et même elle semble appauvrir le fonctionnement associatif de Timothée. Il me semble que la sédation du mouvement entraîne aussi une sédation de son sentiment de continuité, et de mise en mémoire de son expérience, fondée avant tout sur son lien corporel au monde. Lorsqu'il a fini de parler d'un sujet et qu'il reste silencieux, il ne peut me dire ensuite quelle image ou quelle pensée il a eu ; il a « l'impression de faire le vide », et « c'est bien ça le problème », m'a t'il dit un jour. Il me reste à tenter du mieux possible, de redonner avec lui des couleurs à ce paysage interne désolé. Trouver le juste dosage entre le silence qui respecte, mais qui peut être ressenti comme un abandon, et la question qui relance, mais qui parfois oriente trop. La dépression blanche qui se déploie ici, sur fond d'une situation familiale triste et lourde d'angoisse pour lui, depuis plusieurs années, nécessite peut-être avant tout de la patience, et de mobiliser une solide capacité d'attendre. Ce que Timothée donne à voir, je l'ai vécu avec d'autres enfants entrant dans l'adolescence sous l'influence de la Ritaline. La fonction *alpha*, source des capacités de rêverie, insuffisamment développée chez eux, semble perdre l'aliment que constituait pour elle les états du corps en mouvement. Faut-il pour autant disqualifier ce traitement qui soulage très certainement des enfants, en leur permettant de participer enfin à la situation scolaire ? Ce qui doit être considéré avec attention, c'est la possibilité de réviser les indications, et d'offrir à l'enfant d'autres types de soins plus transformateurs, évaluer la dépressivité et l'anxiété qui accompagnent leur vécu et soutenir à la fois leur plaisir d'existence et de mise en jeu des mécanismes réflexifs. La psychothérapie individuelle est un élément, mais les prises en charges familiales et groupales, ainsi que corporelles, doivent être étudiées, dans une pensée qui doit se renouveler en accompagnant la croissance du jeune (Et l'on

n'exclue pas, bien sûr, les prises en charge instrumentales qui soutiennent si nécessaire le développement de la pensée et des apprentissages).

Pour finir cet exposé, je donne la parole à Ajuriaguerra, un maître à penser lorsqu'il s'agit de conjuguer la pensée du corps et celle de la relation ; Ajuriaguerra, fondateur de la neuro-psychologie moderne et psychanalyste, et dont j'espère, l'esprit habite encore Sainte Anne. Dès 1970, il s'était préoccupé de faire des recherches sur les enfants qu'en France on disait instables psychomoteurs tandis qu'aux Etats Unis, une catégorie unique rassemblait sans distinction les enfants hyperkinétiques, sous l'hypothèse d'un dysfonctionnement cérébral minime. Or Ajuriaguerra distinguait tout un ensemble de nuances, sur un continuum allant d'une polarité plus organique, à une polarité franchement affective, selon les enfants, et en répétant sans cesse qu'on ne pouvait disjoindre les aspects cérébraux des aspects relationnels, tonico-émotionnels, de la personnalité. Je le cite :

« Les désordres psychomoteurs, dans leur ensemble, oscillent entre le neurologique et le psychiatrique, entre le vécu plus ou moins voulu et le vécu plus ou moins subi, entre la personnalité totale plus ou moins présente et la vie plus ou moins jouée ; nous croyons toujours que la double polarité que nous avons décrite dans l'instabilité psychomotrice reste encore valable d'un point de vue heuristique et qu'elle est valable dans le cas des syndromes hyperkinétiques. » fin de citation

J'ai l'impression qu'on peut souscrire encore complètement à cette affirmation.

L'enfant et l'analyste à distance

Auteur(s) : Sylvie Reignier

Mots clés : cadre - corps (maternel) - intrusion - investissement/désinvestissement objectal - L-H-K - processus - séduction - surmoi

Ce contenu est réservé aux membres de la SPP et aux AEF. Vous devez vous identifier pour voir ce contenu.

Le travail de contre-transfert, persona non grata

du débat sur l'empathie

Auteur(s) : Sylvie Reignier

Mots clés : empathie - sexuel infantile (dans la cure) - tache aveugle - travail de contre-transfert

Singulier débat que celui du 21 juin*, où les thèses qui s'exposaient m'ont paru si éloignées qu'une rencontre sur certaines des questions posées m'a parue bien difficile.

Stefano Bolognini semblait vouloir présenter l'empathie comme un "en plus" du régime psychanalytique ordinaire, quelque chose de moments d'exception dont il s'est essayé à prouver la valeur rare, loin de « l'empathisme » délibéré ou de l'empathie ordinaire. Laurence Khan s'est insurgée plus largement contre l'usage fait par son interlocuteur des concepts explicatifs du phénomène, ainsi que les jugements de valeur qui courent en filigrane de sa réflexion, qu'elle a analysés et critiqués avec rigueur. Cependant, elle nous a peu éclairés sur sa propre conception de cette dernière et la place que celle-ci tient dans le travail du « psychanalyste apathique », alors même qu'elle nous annonçait dans son introduction l'importance que Freud y accordait.

Pour autant, ce débat a offert une occasion de réfléchir à une question qui bien souvent occupe notre clinique. La nature plus ou moins empathique du dialogue avec le patient se pose souvent comme un problème technique et parfois éthique. Ferenczi a ouvert de nombreuses voies de réflexion sur ce sujet. Son *Journal clinique* témoigne notamment de ses recherches pour tenter de comprendre les mouvements de contre-transfert négatifs qui selon

lui empêchaient la prise en compte correcte de la souffrance psychique de ses patients. L'analyse mutuelle était certes une démarche risquée pour essayer de résoudre cette question... Mais selon le souhait de Ferenczi, le risque est aujourd'hui mieux contenu, en raison de l'allongement de l'analyse personnelle des praticiens, ou de la succession des « tranches », et bien sûr de l'expérience théorico-clinique de la discipline. En outre, Ferenczi montrait un souci constant de permettre aux patients d'accéder aux expressions pulsionnelles les plus violentes, et de les projeter sur lui, et tout à la fois de tenir compte de leur souffrance psychique.

Cette variable, de reconnaissance des affects dans le double registre de la tendresse et de la passion, pèse à la fois de façon préconsciente-consciente dans le choix de nos interventions, ou au contraire de nos silences. Elle est manifeste quand se profile un possible hiatus entre notre position naturelle d'objet d'étayage, sur lequel s'appuie le transfert de base, et notre position d'objet de transfert, propre à recevoir les réactualisations de la névrose infantile ou du moins les projections imagoïques et les mouvements pulsionnels inconscients issus de l'infantile de l'analysant. Mais bien sûr, elle source de bien plus loin, et influence parfois à notre insu le cours de l'échange analytique.

La clinique singulière présentée avec beaucoup de sincérité par notre collègue italien informe bien de la complexité du sujet traité et de ses implications. Le plus simple est de repartir de cette clinique pour essayer de réfléchir à ces dernières.

Dans une première approche, descriptive, on a l'impression qu'au moins le second et le troisième des échanges cliniques cités rapportent le « moment » empathique comme un remaniement

brutal des affects contre-transférentiels de l'analyste : ce dernier bascule, de l'affrontement ou de l'incompréhension irritée puis sarcastique, vers une saisie en révélation de la souffrance du patient. Cette bascule émotionnelle s'accompagne d'une modification de l'activité de pensée dans laquelle l'analyste se représente de manière très figurative la douleur de l'analysant.

D'un point de vue descriptif toujours, cette dernière serait apparue, dans les exemples cités, comme liée à une forme de clivage du moi où certains aspects essentiels du moi du patient se trouveraient comme emprisonnés et interdits d'expression - des aspects du moi auxquels l'environnement n'aurait pas reconnu droit d'existence : dans le premier cas cité, capacité de haïr ou de dire « non » ; dans le second, besoin de dépendance et d'étayage ; et dans le dernier, besoin d'accéder à un contact émotionnel avec l'autre.

En arrière-plan de cette description de l'empathie psychanalytique comme un mouvement de reconnaissance subite et simultanée de la souffrance par l'analyste *et* le patient, on trouve une autre conception de S. Bolognini : « Une autre théorie sous-jacente à mon travail est que l'influence conflictuelle du surmoi est actuellement moindre qu'elle ne l'était il y a un siècle et que la résistance la plus grande est aujourd'hui liée à la perception de la souffrance psychique » écrit-il, dans *Notes des profondeurs*.

Aussi évocatrice que soit cette formule, dans un premier abord, on voit mal cependant pourquoi la difficulté de percevoir la souffrance psychique pourrait ne pas être liée aux effets conflictuels du surmoi, dès lors que l'on reconnaît être en face de problématiques plus narcissiques que véritablement névrotiques ; mais pour cela il faudrait conserver une réflexion de nature

diagnostique précise tenant compte des registres de défense, de conflit et de souffrance en jeu. De ce point de vue, rappelons que nous disposons de corpus réflexifs sur cette acceptation de la souffrance psychique, qu'il s'agisse de la théorie kleinienne et post kleinienne, ou en France de la théorie psychosomatique et en particulier les élaborations de Michel Fain.

C'est pourquoi, à écouter les moments cliniques proposés lors du débat, on hésite entre différents types de réactions :

La première serait de demander : la résolution de la crise en un mouvement où résonne la langue de la tendresse est-elle un si grand mal ? N'y a-t-il pas quelque soulagement à desserrer la violence pulsionnelle des mouvements transférentiels et contre-transférentiels, quand la figure de l'analyste risque de se charger d'un poids surmoïque tel que le commerce avec lui risque d'entraîner soumission, révolte ou inhibition, à un point tel que le processus s'en trouve bloqué ?

Cependant, aussitôt, on s'interroge : mais que va-t-il advenir du transfert, d'une part, et de l'utilisation par le patient du contre-transfert de son analyste, d'autre part ?

Ces questions rencontrent peut-être ce que Laurence Kahn a développé en d'autres termes, en discutant au plus près de la question de savoir de quel sujet (soi, self,...) on parle lorsqu'on parle de l'analysant qui travaille en analyse. En réduisant beaucoup la complexité de son argumentation, il semble qu'elle défendait la nécessité d'offrir au sujet *de la pulsion* le cadre où celle-ci pourra se déployer en sécurité et en dépit de tous les travestissements et contre-investissements proposés par le Moi du patient, partagé entre ses deux maîtres.

De fait, à écouter chacune des vignettes, l'empathie semble s'accompagner d'une mise hors-jeu de l'écoute du sexuel infantile, pourtant présent dans le discours des patients. La critique émise par L. Kahn semble ici s'illustrer.

Pourtant, ne peut-on examiner la question sous un autre point de vue, à partir duquel ce qui apparaît comme un accident serait en fait une nécessité ? Florence Guignard, notamment, a étudié les moments où le fonctionnement du couple analytique exige que l'analyste traverse des états d'aveuglement dans lesquels son infantile se trouve pris au piège des projections du patient et entre à son insu en résonance avec eux, suscitant initialement un « manque à représenter », lequel « concerne l'état de la relation inconsciente entre une partie de la personnalité de l'analysant avec ses objets internes projetés dans l'analyste, et une partie de la personnalité de l'analyste avec ses objets internes, également projetés dans l'analysant »... Jusqu'au moment où la tache aveugle dans laquelle l'analyste s'est trouvé lui apparaisse et suscite une réaction de dégagement, accompagnée d'une élaboration de ce qui s'était noué. Thomas Ogden exprime des vues similaires lorsqu'il travaille la question de l'identification projective et du tiers aliénant. Louise de Urtubey s'approchait aussi de cette notion : « Chez l'analyste, la communication intérieure avec les objets internes traumatisants incorporés doit - devrait - être possible. Aussi bien avec les siens propres qu'avec ceux acquis du patient à l'aide des diverses formes d'identification mentionnées. Le contre-transfert, dans ses niveaux les plus profonds, inconscients, contient donc aussi tous ces éléments, en particulier ceux concernant les secrets sur la libido et, selon mon hypothèse personnelle, sur la destructivité. »

Nous aurions envie de commenter en ce sens ce qui s'était passé dans les différentes vignettes. La question de la tache aveugle, ou du tiers aliénant, permet de travailler autrement que comme une contingence malheureuse le mode d'écoute de l'analyste. Prenons par exemple la situation de Monsieur Piero, qui frappe par la singularité de l'échange entre les deux partenaires du couple analytique.

Avec Piero, on imagine un patient venu à l'analyse en raison d'une froideur et d'une pauvreté des affects du versant libidinal, tandis que l'agressivité et les défenses de caractère auraient été au premier plan.

On imagine les progrès probablement accomplis par ce patient durant son travail analytique, vers un assouplissement de sa carapace caractérielle. Un lien bien particulier s'est tissé au fil des années entre patient et analyste, pour organiser ainsi des échanges où l'attention aux affects doit probablement occuper une grande importance, au point que l'analysant déclare savoir que son analyste a ri silencieusement. Cependant, on s'étonne de voir cet homme envisager la fin de l'analyse, et son analyste l'accepter, alors que se déploie tout un processus sensitif à la perspective de la séparation, traduite par la méfiance et la rage dans les rapports professionnels, puis l'irritation du patient dans la scène du restaurant, à la vue d'une femme qui semble jouer avec ses orteils dénudés. On se dit que l'analyse n'a pas fini de réconcilier ce patient avec ses auto-érotismes, aussi bien qu'avec sa curiosité sexuelle.

L'analyste rit sous cape à entendre son patient, attitude de dénigrement peu propice à la prise en compte du drame envieux vécu dans sa solitude par le patient. Ici, les rôles sont quasi

inversés, et l'analyste donne l'impression d'un enfant ou d'un ado qui ricane en aparté devant les manies surmoïques de son parent – dans la jouissance illusoire d'un renversement des générations qui sert le déni de la sexualité parentale.

Or M. Piero se montre démuni dans sa capacité à être seul, incapable de jouer avec le spectacle que lui offre cette femme dans son double mouvement « d'en bas », de dénudement, masturbatoire ou préliminaire, tandis que « d'en haut », elle s'offre le luxe d'une scène primitive orale. *In fine*, c'est la sexualité de l'analyste qui est insupportable au patient, mais aussi l'agressivité qui en est conséquence. Il existe probablement des raisons, propres à l'histoire de cette cure, pour que cette problématique universelle, tapie au fond de l'Infantile de chacun, ait permis, à la faveur de la projection identificatoire du patient, de piéger l'analyste dans une tache aveugle, faisant de lui un enfant dénigrant son vieux patient.

C'est la « frappe » du patient, avec la révélation de la castration traumatique, elle-même symbolique de la castration du patient (dans son discours manifeste), qui suscite la « honte » de l'analyste ; on serait tenté de poursuivre en mettant encore une fois cette honte en rapport avec la reconnaissance soudaine de l'infantile, et de son écart avec les capacités adultes. Finalement, le patient conclue avec des accents un peu pontifiants, et on aurait presque l'impression qu'il fait la leçon à son analyste.

Comment fera M. Piero lorsque le partenaire de ce jeu ne sera plus là et qu'il lui faudra composer tout à la fois avec la rigidité de son surmoi et les assauts de son ça ? Toute la situation résume, comme l'analyste l'avait senti dans le premier temps de la séance, l'angoisse que ressent le patient à la perspective de l'arrêt de son

analyse. En filigrane de celle-ci, le fantasme de meurtre d'un père pour accéder à l'émancipation de *l'adulescens* semble avoir résonné dans les deux psychés, opérant aussi violemment qu'inconsciemment.

L'empathie vécue et partagée entre l'analyste et son patient autour d'une représentation « traumatophile » de sa castration n'est qu'un niveau d'empathie ; cette dernière aurait pu se situer ailleurs, du moins dans les pensées de l'analyste : autour de la douleur du patient dans la perception de son immaturité infantile et de son agressivité face à l'analyste ; au lieu de quoi, l'équilibre semble se rétablir dans une situation où l'asymétrie a basculé en faveur du patient...

Si la capacité de l'analyste à ressentir la douleur de son patient permet, peut-être, de le réinstaller dans une position paternelle tendre qui relancera chez le patient un processus identificatoire dans ce registre, on ne sait si ce dernier accèdera à une quelconque prise de conscience de sa participation fantasmatique agressive (destructrice et castratrice, et donc source de douleur psychique) à la scène sexuelle parentale.

Le contre-transfert est « incontournable », pour paraphraser Paul Denis, qui recentre aussi la réflexion sur l'investissement libidinal du patient par l'analyste. Il existera tant que les analystes auront un inconscient, surface d'inscription des émergences de leur infantile et des projections identificatoires de leurs patients. Le mérite de S. Bolognini est de nous rappeler avec force cette évidence ; l'empathie en est une des manifestations et la rejeter ou la combattre relèverait du déni.

Cependant, telle qu'elle a été présentée, l'empathie

psychanalytique semble mériter un travail d'élaboration du contre-transfert particulier, attentif, dans la dynamique de bascule des affects, à une configuration particulière de la détresse infantile liée au conflit entre l'amour et la haine. Thomas Ogden parle d'une « lecture empathique et précise du transfert/contre-transfert », condition de la « libération féconde des individus qui participent du tiers aliénant » (ibid.). Peut-être les moments d'empathie devraient-ils alors résonner comme un signal d'alarme et demander à l'analyste de tourner avec une vigilance accrue ses capacités empathiques vers l'écoute de ses propres mouvements et contre-investissements inconscients...