

La place de la psychanalyse dans les consultations parents-bébé

Auteur(s) : Jacques Angelergues

Mots clés : bébé - empathie - infantile - maternel - métaphorisation - objet (primaire) - parents-bébé - paternel/maternel - périnatalité - traitement psychanalytique précoce

Préambule

Au Centre Alfred Binet, à Paris, depuis plus de vingt cinq ans, nous proposons une consultation spécialisée pour accueillir les parents avec leur bébé. La première équipe de la « consultation parents-bébé » était constituée de Françoise Moggio, Christine Anzieu-Premmereur et de moi-même, rapidement rejoints par Michèle Pollak-Cornillot, Bernard Touati et Marie-Christine Laznik, tous psychanalystes. Des pédopsychiatres, des psychologues, une psychomotricienne formée à l'approche sensori-motrice d'André Bullinger, ainsi qu'une orthophoniste et une assistante sociale, nous ont rejoint. L'arrivée à la tête de l'équipe de Sarah Bydlowski, spécialiste des dépressions du post-partum, des PMA et des effets du diagnostic anténatal, a développé nos liens avec les maternités et avec des consultations spécialisées en génétique, neuropédiatrie et neuropsychologie. Il nous faut suivre la complexité des problématiques - problèmes psycho-sociaux, nouvelles familles, prématurité et pathologies

périnatales - sans perdre le fil psychanalytique qui lie le travail pluridisciplinaire.

Green avait rappelé que l'objet central de la psychanalyse est le rêve et ajoute que nous ne devons pas confondre l'infantile avec l'enfant, ni glisser « du référent de la représentation au référent du comportement » : il n'en demeure pas moins que la clinique du bébé nous confronte aux limites du travail des représentations (comme le fait également celle des états-limite et des psychoses), et aux limites du travail du rêve. La rencontre avec les nourrissons est fortement imprégnée du poids de l'actuel, les agis et le sensoriel, mais aussi de celui d'une régression profonde vers le non représenté. Nous avons à nous confronter à des affects intenses et à l'actuel des éprouvés partagés. Cette rencontre est propice à des identifications mutuelles qui peuvent ouvrir à de nouvelles métaphorisations. Ces interactions favorisent des nouvelles possibilités fantasmatiques productrices de représentations et de liens (Cramer, Kreisler) ; là, naissent des effets thérapeutiques spécifiques à ce type de travail de psychanalystes engagés auprès des bébés et de leurs familles. Le fonctionnement de l'analyste privilégie l'associativité et il repose sur des effets d'après-coup. Là où dominaient des mécanismes de déni, de projection et des clivages, un travail interprétatif indirect, à travers des interventions de liaison, favorise des refoulements plus souples et plus adaptés aux besoins du bébé. La dynamique transféro-contre-transférentielle soutient de nouvelles liaisons à travers le Préconscient et autorise des modifications économiques. Le travail des consultations parents/bébé est parfois le premier temps d'une modalité d'échanges dont la famille découvre l'existence et les possibilités qui conduiront parfois, ensuite, à l'indication d'un véritable traitement psychanalytique.

Quelques particularités théorico-techniques

Tout psychanalyste est capable de déployer une attention flottante, possède une capacité de rêverie et de jeu ludique des représentations et est capable d'accueillir, contenir, sans intervenir. Ici il doit aussi aimer jouer avec les bébés. Dans ce cadre, ne pas intervenir ne signifie certes pas rester silencieux. L'écoute analytique conduit à saisir au vol une inflexion vocale, une phrase ou un mot, mais ici aussi une mimique, un geste ; cette attention oriente les premières constructions, qui peuvent rester largement silencieuses, mais aussi les interventions, constituant alors le premier niveau de l'interprétation.

Ce qui caractérise ce champ clinique du travail avec les bébés, c'est qu'aux références de la métapsychologie freudienne et des théories post-freudiennes (Klein, Bion, Winnicott, Meltzer) viennent s'adjoindre, se combiner, des points de vue issus d'autres élaborations théoriques : la théorie de l'attachement, issue des travaux de Bowlby, le point de vue de la narration, les théories trans-générationnelles, la notion d'empathie, celle de l'*enactment* qui conduit à la notion d'empathie métaphorisante, mise en évidence par Lebovici, mais aussi des emprunts aux travaux sur la naissance de l'intersubjectivité et de la subjectivation. Sans compter la dimension sensori-motrice à laquelle nous a initié André Bullinger, dans la suite des travaux d'Ajuriaguerra et Wallon sur le « dialogue tonico-émotionnel ». Nécessité de la polyvalence des références et risque bien sûr d'une simple juxtaposition, d'un patchwork, d'un éclectisme menaçant la rigueur de la méthode. « Intégration » ou « complémentarisme »

de ces diverses références ?

Les psychanalystes s'occupant des bébés ne croient plus, comme le pensait Françoise Dolto, que les bébés comprennent les mots qui leurs sont adressés, ou qui sont échangés devant eux, dès leur plus jeune âge, voire dans le ventre de leur mère. Pourtant le psychanalyste prétend s'adresser au bébé, aux parents, et à leurs liens, aux interactions, ici et maintenant, mais aussi à leur histoire et à leur propre infantile. À l'actuel et à ce qui s'actualise, en particulier des aspects traumatiques, à ce qui se dit ou à ce qui s'éprouve, se met en acte, lors de la rencontre, avec des variations importantes, d'un traitement à l'autre ou d'un moment à l'autre dans le même traitement, des « angles » d'approche.

Que cherche le psychanalyste : la résolution rapide d'un symptôme, d'un malaise, d'une tension, comme paraissent le souhaiter ardemment les familles qui nous consultent, ou la mise en œuvre des moyens nécessaires à un travail prolongé et approfondi, comme le requièrent sans doute les cas graves ? La mobilisation des projections parentales conduit non à des dévoilements, mais à des mouvements intersubjectifs impliquant le bébé et visant à tenter de mobiliser des équilibres trop rigides organisés autour du symptôme. La qualité d'attention et les capacités associatives du psychanalyste soutiennent le narcissisme parental et leur fonctionnement mental. Exercice délicat pour soutenir et animer à la fois, mobiliser sans accroître les angoisses, sans entériner des positions figées ni sidérer les psychismes blessés par un tourbillon associatif. Ne pas éluder la souffrance, accueillir l'angoisse et tenter d'ouvrir à un regard différent.

Avant de donner quelques brefs aperçus cliniques, je voudrais

rappeler qu'on ne peut rendre justice au polymorphisme de cette clinique par une présentation réduite ici nécessairement aux seuls mots ; problème méthodologique général dans l'exposé de toute clinique, mais particulièrement réducteur en matière de pathologie précoce - en plus des contraintes habituelles de la confidentialité, bien sûr.

Anna

Voyons un premier exemple clinique : Anna, 11 mois, nous est conduite par sa mère pour une anorexie. La petite fille paraît plutôt bien se développer, malgré la grande restriction de son alimentation ; spontanément, la mère nous apprend qu'elle a été elle-même anorexique. Les consultations vont mettre en évidence des relations difficiles de la mère avec la sienne. Progressivement le père se joint à nous. Le travail de liaison, lié à l'associativité de l'analyste, stimule l'émergence de représentations, favorisée par la dimension psychodramatique de la consultation où la famille est reçue par un couple de thérapeutes.

La mère vient partager avec nous quelque chose de son lien primaire à sa propre mère et ce déplacement que nous accueillons - nos éprouvés et leurs après-coup en témoignent - en permet une élaboration et donc un certain dégagement. Au fil des rencontres, avec notre soutien, la position paternelle du père va s'affirmer et contribuer à desserrer les liens mère / fille au profit d'une meilleure circulation à trois, dont témoigne l'évolution des jeux en séance. Le poids du maternel est également très présent dans ce que le père peut nous transmettre de sa propre histoire. Au fil des consultations thérapeutiques, le comportement anorexique d'Anna s'amende notablement et la famille retrouve une meilleure

capacité à élaborer des projets de vie.

Dans nos contre-transferts, le maternel est fortement sollicité, en identification à cette petite fille qu'est Anna, mais aussi à la petite fille que la mère nous montre en elle, comme dans nos identifications à la mère de l'une et de l'autre. Grâce à un dispositif souple - que le père accepte - Mme peut utiliser les rencontres où elle est seule avec nous pour exprimer de façon directe des pensées qui l'angoissent. Le maternel auquel nous avons affaire, n'est pas seulement celui de la protection et du *pare-angoisse*. Il apparaît dans toutes ses faiblesses et tous ses excès : grâce aux liens qui se construisent autour du partage des angoisses et de certains éprouvés, le maternel peut être mis en travail. Nous avoir fait partager tour à tour son sentiment dramatique d'impuissance devant sa fille et sa crainte de la blesser en la confrontant au déchaînement de ses conduites boulimiques, a contribué à figurer ces angoisses, à en contenir l'intensité et à les réaménager. Racamier rappelle que l'amour maternel est fondamentalement ambivalent et qu'il se constitue sur un « courant agressif naturel » qui fait de l'enfant un intrus sur lequel la mère a un pouvoir de mort. Pour la mère d'Anna, la menace ne vient pas seulement du monde extérieur, ni même de son mari, mais d'abord d'elle-même. La « culpabilité primaire », mise en évidence par Jacques Press, est aussi un repère important dans cette clinique précoce.

Lisa

Lisa, 7 mois, dort mal, elle est difficile à endormir, elle se réveille la nuit, pleure ou crie...

C'est une petite fille avenante, vite en interaction avec moi par le regard, ses mimiques, sa gestuelle et des vocalisations. Les parents expriment d'emblée leur satisfaction devant le développement de leur petite fille dont ils disent qu'à « 7 mois, à peine, elle marche et elle parle ». Je suis frappé par l'évocation rapide d'éléments dramatiques et par la mauvaise entente entre les parents. Lisa dort mal, alors que « les choses iraient mieux » : d'une part, ça irait mieux entre le père et la mère parce que les choses n'allaient pas du tout, et ça irait mieux parce que Mme est maintenant en bonne santé. Elle raconte une chirurgie qui a commencé par une intervention pour une torsion de trompe pendant la grossesse. Le diagnostic avait été difficile, dit la mère, et elle a craint pour la suite de la grossesse.

Mme a une histoire personnelle chargée, puisqu'elle a été abandonnée quasiment à la naissance par sa mère, confiée alors à la grand-mère paternelle jusqu'à la mort de cette grand-mère, quand elle était adolescente et est revenue vivre chez son père.

Lisa est souvent gardée par M., qui n'a pas de travail, et qui la confie volontiers à sa propre mère. Mme ne s'entend pas bien avec sa belle-mère, mais elle lui fait confiance. Mme fait spontanément un rapprochement entre la situation actuelle et son enfance, quand elle avait été confiée à sa grand-mère. Mme a eu peur pour sa santé car elle a été réopérée à deux reprises. En conflit important avec son mari, elle a craint qu'à l'occasion de ses hospitalisations, M. emmène pour de bon Lisa dans sa famille. Elle en serait morte...

Assez intéressée par mes jouets, Lisa présente un développement général harmonieux, plutôt en avance. Les parents, très admiratifs, détaillent les performances de Lisa qui tiendrait déjà

« debout » et qui dirait « Papapapa » « Maman » « Babi ». Lisa semble en effet utiliser des « tours de paroles » avec ses interlocuteurs, on devine quelques ébauches de mot et fait des efforts de dénomination en montrant du doigt - le « pointing » - qui donne à penser qu'on est en présence d'une petite fille très active, probablement trop stimulée, ce qui tempère une appréciation trop positive. Je propose une nouvelle rencontre.

Lisa a presque 9 mois et son développement se poursuit. Elle va nous montrer dans la consultation ses capacités à se mouvoir : elle se déplace très bien, en conservant l'appui, ce qui n'est pas plus mal. Elle est habile et s'intéresse aux jouets, elle commente ses actes pour nous avec une ébauche de langage qui a un peu progressé. En notre présence il y a peu d'interactions verbales avec ses parents, Mme est trop occupée à nous parler pour qu'on puisse se faire une idée plus précise de sa relation avec sa fille. Mr est affectueux avec sa fille et joue de façon assez élaborée avec elle, mais ne lui parle pas ; en tout cas, pas en notre présence.

L'attitude de M. est plus positive à l'égard de Mme, pourtant les propos de Mme restent accusateurs à son égard et elle insiste sur le fait que leurs relations sont mauvaises. Elle se plaint que monsieur ne l'aide pas, de toute façon, elle préfère le voir sortir. Je pense que M. risque de ne pas supporter longtemps de se voir mettre ainsi en accusation devant nous, et que ça pourrait remettre en cause sa présence aux consultations.

Le sommeil de Lisa, qui s'était spectaculairement amélioré après la première consultation, s'est à nouveau dégradé et les troubles du sommeil aggravent les relations entre M. et Mme. Mme prend sa fille dans son lit, M. n'est pas d'accord, mais il n'est pas là le

soir et il se met un film quand il rentre. Il n'empêche donc pas Lisa de dormir dans le lit de sa mère, même s'il est contre cela. Mme s'occupe de sa fille en « laissant dormir M. » pour le lui reprocher ensuite, le lendemain matin.

Mme a repris son travail et en est assez contente, même si au début « ça a été difficile de me séparer de ma fille » ; le contexte conflictuel ne permet pas d'aborder les difficultés de cette séparation redoutée. En fin de consultation, Mme demande à nous payer (le centre est gratuit), ce qui est peut-être une façon de solder ses comptes avec nous ; elle ne souhaite pas qu'on lui propose un nouveau rendez-vous tout de suite.

La première consultation a contribué à installer une meilleure régulation des échanges parents/bébé et favorisé une évolution plus harmonieuse de Lisa (sommeil et développement plus tranquille), mais le dispositif de la consultation crée les conditions d'affrontements peu canalisables et peu symbolisables entre les parents. Les parents de Lisa reconnaissent certains effets positifs de nos rencontres, mais ce qui a été cristallisé ici par la naissance de la petite fille dépasse les ressources du cadre d'une consultation parents/bébé, telle que nous la proposons.

Pour conclure ?

La psychanalyse freudienne s'est construite sur la prééminence du paternel, en lien avec la victoire de la pensée sur le sensoriel. La clinique a néanmoins conduit les psychanalystes à prendre la mesure de l'importance de l'objet primaire, cette « matrice psychique », selon l'expression de Green, de la dimension du maternel et du rôle de l'objet externe. Ce sont les défaillances de

cette première structuration qui ont conduit ces analystes à se préoccuper de la pathologie précoce qui implique à la fois le maternel et le paternel « indissociables, tous deux aussi facilement violents et destructeurs que structurants et sources d'énergie créatrice ». « Des moments actuels, petits et grands, se produisent sans doute très souvent et font en sorte que l'on ne saurait être en analyse toute la séance durant. Comment se font alors la reprise et la perlaboration ? » écrit Dominique Scarfone, qui évoque alors Freud et Winnicott. Il ne s'agit pas de sollicitude maternelle, ni d'un simple partage d'affect : l'analyste doit être capable de supporter la régression, le défaut de représentation, la violence, sans se précipiter sur une interprétation ou une intervention « réparatrice ». Il doit être « transformable » pour que des représentations naissent à partir du contre-transfert, dans un travail de métaphorisation. J'insisterai sur la valeur dynamique toute particulière de la bisexualité de l'analyste dans ce travail de consultations avec les parents et les bébés. Les entreprises thérapeutiques menées par des psychanalystes dans le champ de la pathologie précoce ne sont à l'évidence pas un traitement comportemental, pas plus qu'un simple partage empathique.

Conférence de Sainte Anne, 23 mai 2016

La psychothérapie

psychanalytique corporelle (PPC) (issue de la relaxation Ajuriaguerra)

Auteur(s) : Marie-Lise Roux - Monique Dechaud-Ferbus

Mots clés : acting corporel - AEPPC (Association pour l'Enseignement de la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle) - Ajuriaguerra (Julian de -) - APEPR (l'Association Pour l'Enseignement de la Psychothérapie de Relaxation) - contre-transfert corporel - corps - dialogue tonico-émotionnel - états-limite - graphothérapie - médiation corporelle - métaphorisation - narcissiques (pathologies) - pare-excitations - perception - PPC (Psychothérapie Psychanalytique Corporelle) - psychosomatique - psychothérapie psychanalytique corporelle - relaxation - sensori-motricité

Origine de la méthode

C'est au premier congrès de psychosomatique de Vittel en 1960 que Julian de Ajuriaguerra fait se rencontrer le dialogue tonico-émotionnel et la psychanalyse. Il crée alors ce qu'il appelle la relaxation, bien différente des autres relaxations en ce qu'elle n'utilise ni induction, ni consigne, ni suggestion.

En 1972, Marianne Strauss et Marie-Lise Roux avec François Sacco et l'équipe de Sainte-Anne créent l'Association Pour l'Enseignement de la Psychothérapie de Relaxation (APEPR). La relaxation devient la psychothérapie de Relaxation, une psychothérapie d'inspiration psychanalytique. Dans la suite des

travaux des psychanalystes autour de la psychose, des états-limites et de la psychosomatique, la psychothérapie de relaxation s'inscrit alors dans le champ des extensions de la psychanalyse défini par la Société Psychanalytique de Paris (SPP) d'où ses membres fondateurs émanent. Ils poursuivent leurs recherches sur la théorie de la pratique, et en 2008, Monique Dechaud-Ferbus avec Marie-Lise Roux et leur équipe créent l'AEPPC, Association pour l'Enseignement de la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, qui se caractérise comme pratique psychanalytique utilisant plus particulièrement la perception et la sensori-motricité dans la médiation corporelle, le patient étant allongé sur le divan et l'analyste situé dans le champ de son regard. Ce travail psychanalytique spécifique des organisations non-névrotiques prend en compte les défaillances des relations archaïques et s'avère être un apport pour toute organisation psychique.

Approche théorique et technique de la méthode

Largement inspirée par les travaux psychanalytiques à partir de Freud, la recherche en Psychothérapie Psychanalytique Corporelle s'appuie essentiellement sur les travaux de psychanalystes qui se préoccupent de psychosomatique, des psychoses et des états-limites. A partir de la pratique psychanalytique, nous avons rencontré des patients dont la problématique principale n'était pas centrée sur l'Œdipe. Plus qu'avec les refoulements, nous avons appris à travailler avec des répressions, des régressions, des dénis et des clivages, des déformations du moi, des défauts de son organisation qui précèdent et s'associent à l'organisation de la psyché.

La **Psychothérapie Psychanalytique Corporelle (PPC)** est un aménagement du dispositif psychanalytique classique qui utilise la médiation corporelle pour reprendre les insuffisances et les distorsions des relations primaires. Sa spécificité est de privilégier dans la relation transféro-contre-transférentielle, les états du corps. Cela confronte le thérapeute à la vie émotionnelle dans ce qu'elle a de plus cru, et à tout ce qui n'a pu s'élaborer psychiquement. C'est pourquoi les membres de l'AEPPC ont une formation psychanalytique et ses membres formateurs sont membres de l'Association Psychanalytique Internationale (API).

La Psychothérapie Psychanalytique Corporelle (PPC) a été conçue il y a quarante ans dans le service où travaillait le Professeur Julian de Ajuriaguerra à l'hôpital Sainte-Anne à Paris, avant qu'il ne parte à Genève où il a étendu le développement de la méthode de relaxation en Suisse et en Italie. En France, les recherches théorico-cliniques des psychanalystes de la Société Psychanalytique de Paris (SPP) ont soutenu son développement dans le cadre de l'APEPR, et ces recherches se poursuivent aujourd'hui dans le nouveau cadre de l'Association pour l'Enseignement de la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, l'AEPPC. Selon Julian de Ajuriaguerra, « dans les expériences primaires il n'existe aucune dichotomie entre le corps et le psychisme ... Dans l'habitable qui est son corps et qui lui est donné, l'enfant est habité. En lui ses besoins s'expriment, ses pulsions se manifestent, c'est lui qui subit les émotions ... Pendant une longue phase, le corps est récepteur et réceptacle, spectateur et acteur, il est lui même et l'autre par un transitivity qui suit les lois des mécanismes de projection et d'introjection. L'enfant vit un dialogue protopathique au cours duquel la communication affective se fait sous la forme d'un corps donnant et refusant ».

C'est dire l'importance que l'Association pour l'Enseignement de la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, l'AEPPC, accorde au « dialogue tonico-émotionnel » dans la relation thérapeutique.

Ainsi que nous l'avons dit, la psychothérapie psychanalytique corporelle, la PPC, qui s'inscrit dans le champ des extensions de la pratique psychanalytique, propose un aménagement de la cure psychanalytique dite classique par l'introduction de la médiation "perceptivo-corporelle" entre le patient et le thérapeute ; celle-ci tient compte des défaillances psychiques du patient qui se manifestent par une insuffisance de la fonction médiatrice du langage verbal. Le travail de l'analyste s'oriente non seulement sur les rêves, les fantasmes et les associations du patient (qui sont souvent absents ou réduits dans les structures concernées), mais surtout sur les états du corps. Le corps du sujet prend alors son statut intermédiaire d'être à la fois objet de l'objet - c'est à dire de l'analyste - et objet du sujet. En ce sens il acquiert une fonction transitionnelle.

Les états du corps et leur expression verbalisée sont choisis préalablement par l'analyste comme matériaux de son travail thérapeutique. Le corps du sujet devient son corps propre à travers la conjugaison du regard de l'analyste et du sujet sur les manifestations sensori-motrices de ce dernier. Par conséquent, ce travail psychanalytique donne une grande importance à l'auto-observation et à l'expression verbale du vécu corporel dans une relation dite « de non dialogue » (F. Pasche). Dans cette relation de non-dialogue, rien n'est ajouté au matériel apporté par le patient. L'analyste s'appuie sur l'expression verbale du vécu corporel du patient pour renforcer son pare-excitations. Le pare-excitations désigne un ensemble de mécanismes psychiques qui

opposent un rempart aux puissantes excitations venues du monde extérieur ainsi qu'aux excitations internes, pulsionnelles, qui assaillent le sujet.

Le travail au cours du processus de la cure se déroule donc selon un trajet qui va du quantitatif au qualitatif, il évolue vers une métaphorisation progressive. La traduction des états du corps liée aux interventions de l'analyste dans la relation transféro-contre-transférentielle trouve à se figurer et, grâce à la mise en mots, se dirige vers la représentation.

Ce processus nécessite de l'analyste un travail sur son contre-transfert corporel qui est le signe de la relation.

Le dispositif proposé dans lequel le patient est allongé sous le regard de l'analyste et peut le voir sans difficulté, assure la dissymétrie fondamentale pour l'installation du transfert qui est, ainsi que le dit Freud, le levier de la cure. Mais ce faisant, il reconstitue les caractéristiques essentielles de l'environnement primaire dans lequel le patient s'est développé. La reconstitution des caractéristiques de ce milieu primordial a pour fonction de proposer un contenant et un soutien pour faciliter le renforcement des défenses du moi et l'approfondissement de l'insight. Le divan métaphorise le giron maternel et les genoux paternels (F. Pasche), et son utilisation vectorise la bisexualité psychique constitutionnelle selon Freud.

Ainsi, la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, PPC, sollicite à la fois le transfert maternel et paternel dans la recherche d'un transfert de base pour la dynamique du processus. On comprend alors que la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, PPC, est particulièrement indiquée pour les patients psychotiques non-

dissociés, pour les psychoses froides et ceux qui souffrent de pathologies du narcissisme comme les états limites qui ont tendance aux actings concernant leur corps (tentatives de suicide, auto-mutilation, prises de toxiques, divers recours à la violence, etc.). Elle constitue aussi une réponse thérapeutique efficace aux névroses de comportement, aux névroses actuelles, aux affections psychosomatiques et aux problématiques de deuil. Toutefois plus que la symptomatologie, c'est la référence au fonctionnement somato-psychique du patient et à ses failles qui oriente le praticien vers l'indication d'une psychothérapie psychanalytique corporelle, PPC.

En effet, chez ces sujets, les bases primaires de l'intégration sensori-motrice sont infiltrées de dysfonctionnements relationnels précoces qui empêchent les processus de symbolisation.

Le divan, un opérateur, mais un autre divan

Alors que dans la cure psychanalytique habituelle le divan est dans le dispositif une position de repos qui permet au patient comme dans le rêve de quitter la perception pour une introspection de son fonctionnement, dans la psychanalyse corporelle (PPC), le patient utilise le divan pour se ressentir dans la relation à l'analyste qu'il a dans le champ de son regard. La mandorle ainsi créée permet au patient de faire l'expérience des limites par la résistance du divan d'une part et la résistance de l'objet d'autre part, dont le regard et le corps en personne posent une autre limite.

On peut dire que le divan a une fonction et est un opérateur de la

cure. Dans la cure de PPC, le psychanalyste utilise un clivage fonctionnel (G.Bayle) de façon à tenir ensemble une écoute des états du corps dans le transfert et une écoute de ses propres états du corps. Il est donc confronté à la vie émotionnelle dans ce qu'elle a de plus primaire et à tout ce qui n'a pas pu s'élaborer psychiquement. C'est pourquoi, il est sollicité contre-transférentiellement, aux niveaux les plus inconscients et les plus corporels.

De cela, découle l'importance accordée au dispositif dans lequel le processus d'élaboration va s'inscrire, et rend impératif l'expérience personnelle de la cure de PPC, en plus d'une psychanalyse personnelle classique pour tout analyste qui souhaite pratiquer la PPC. Ce cadre vise à favoriser un étayage comprenant la fonction de pare-excitations et de contenant, pour qu'un processus d'élaboration puisse se dessiner. « Avoir un mode de pensée psychanalytique par rapport au corps », comme le soulignait J. de Ajuriaguerra. Dans ce travail psychanalytique à médiation corporelle et à partir de la métapsychologie freudienne, nous nous situons dans une autre écoute du fonctionnement psychique où le langage du corps avec ses sensations, les perceptions et la relation tonico-émotionnelle, permet de reprendre les défaillances d'origine primaire de différents dysfonctionnements.

Indications

Dans le champ d'extensions de la psychanalyse, la PPC s'adresse au patient par la médiation de son corps comme objet limite entre le « dedans » et le « dehors », comme corps psychique lié au tissu somatique. Elle permet de proposer un travail psychanalytique,

grâce à l'introduction de la médiation corporelle dans la relation transfert/contre-transfert, à certains patients.

Ceux qui souffrent de pathologies dans lesquelles la confusion des espaces psychiques est souvent importantes, de confusion liée à des failles dans les relations les plus précoces et que nous nommons primaires peuvent bénéficier de ce travail. Ces failles se présentent aussi chez des enfants et des adolescents dont les troubles relèvent d'entraves à la symbolisation, comme les désordres comportementaux, une hyperactivité, une inhibition des processus de pensée, une difficulté à se concentrer et à se repérer dans l'espace et le temps, un défaut de mentalisation qui fait le lit des décompensations somatiques, des réactions dites caractérielles, etc.

Ces troubles peuvent être isolés ou combinés et on observe fréquemment leur association à des difficultés dans le registre de l'écriture. Or, de nos jours, la « mauvaise écriture » est généralement négligée par l'entourage ou bien elle donne lieu à la prescription d'une rééducation qui reste bien souvent sans effet faute de prendre en compte l'existence d'un défaut fondamental chez ces sujets. Ces enfants et adultes présentent une défaillance du processus de symbolisation primaire qui engage le corps. C'est ici que la graphothérapie comme adaptation particulière de la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, prend tout son intérêt.

La graphothérapie a été inaugurée dans les années 1960 par Julian de Ajuriaguerra et René Diatkine avec Marianne Strauss, elle est enseignée par Marie-Alice Du Pasquier à l'hôpital Ste-Anne à Paris, dans le service de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent où se poursuit son élaboration. Entrant dans le

cadre plus général de la PPC, la graphothérapie donne la possibilité au moi de vivre une expérience et de se développer en direction d'une autonomisation.

Ainsi la PPC, permet, dans certains cas, d'accéder à une cure psychanalytique dite classique et, dans d'autres cas, la reprise d'un travail psychique qui avait été bloqué dans une cure psychanalytique classique. En résumé, la PPC, dite encore parfois de relaxation, est indiquée préférentiellement dans des états non-névrotiques, dans des états psychotiques non dissociés, des états limites et troubles narcissiques, voire narcissiques identitaires, des désordres du caractère et du comportement, c'est-à-dire dans des pathologies de l'excitation, mais aussi dans des affections psychosomatiques.

Mais bien sûr, elle peut profiter à quiconque souhaite engager un travail sur soi à partir du corps pour retrouver les traces mnémoniques non encore traduites qu'il est difficile de mobiliser en dehors des mouvements de régression corporo-psychique que ce dispositif permet et encadre.

C'est « un autre divan » qui offre un travail psychanalytique aux organisations psychiques qui semblaient en être exclues.