

psychismes

collection fondée par Didier Anzieu

Albert Ciccone

La psychanalyse à l'épreuve du bébé

Fondements de la position clinique

2^e édition augmentée

DUNOD

Illustration de couverture :
Madame Roulin et son bébé Marcelle
Vincent Van Gogh (1853-1890)

New York, The Metropolitan Museum of Art
©The Metropolitan Museum of Art,
Dist. RMN / image of the MMA.

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2011, 2014 pour la nouvelle édition
ISBN: 978-2-10-070805-5

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	III
--------------------	-----

INTRODUCTION	1
--------------	---

PREMIÈRE PARTIE

À PARTIR DU BÉBÉ : MODÉLISATION DU SOIN PSYCHIQUE

1. L'archaïque, le bébé et l'infantile	11
L'enfant toujours vivant en soi	11
<i>L'infantile dans la psychanalyse, 11 • L'infantile et la souffrance : détresse et omnipotence, 13</i>	
Les expériences précoces, leurs effets et leurs destins	15
<i>Le bébé dans la parentalité, 16 • Les expériences du bébé et la psychopathologie, 18</i>	
2. Connaissance du bébé et modèles du soin psychique	21
Expérience auprès des bébés et pratiques de soin psychique	21
Connaissance du bébé et théories du soin psychique	23
<i>Le modèle de la rencontre, 24 • Le modèle de l'intégration pulsionnelle, 26 • Le modèle de la réanimation psychique, 27 • Le modèle de la consolation, 28</i>	

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATION DU BÉBÉ ET MÉTHODOLOGIE DE LA PRATIQUE CLINIQUE

3. Observation du bébé dans le champ de la psychanalyse	33
La méthode d'observation attentive des bébés selon Esther Bick et Martha Harris	34
Autres contextes	38
<i>L'observation des interactions parents-bébé (comportementales, affectives, fantasmatiques), 38 • L'observation selon Emmi Pikler, 40</i>	
4. L'observation dans les pratiques	43
L'observation clinique : une méthode heuristique	43
Exigences de l'observation clinique	44
<i>Tout travail d'interprétation comme de recherche clinique doit partir de la clinique, 45 • La clinique ne doit pas être sur-interprétée, 45 • L'observation clinique ne concerne pas la réalité psychique en soi, mais ses effets, 46 • Le dispositif et ses effets doivent être pris en compte dans l'observation et le travail cliniques, 47 • On peut faire une recherche à partir d'une monographie, d'une étude de cas, 49 • L'observation clinique contient des limites, dont on doit tenir compte , 49</i>	
Observation de bébés et dispositif clinique : un exemple	51
Intérêts de l'écrit dans les méthodologies cliniques	53
Conclusion	55
5. Fondements de la position clinique	57
Évolution des modèles du soin psychanalytique	58
<i>Le travail de contenance et de transformation , 58 • L'intersubjectivité comme lieu de l'analyse, 59</i>	
Quelques principes aux fondements de la position clinique	60
<i>La position clinique subjective s'appuie avant tout sur un cadre interne et non un cadre externe, 60 • La position clinique repose sur un travail de pensée, dont la parole n'est pas le représentant exclusif, 62 • Le travail clinique repose sur l'engagement, l'implication, conditions d'une « parentalité soignante » , 63 • Le travail clinique repose sur l'élaboration du contre-transfert, 64 • Tout ce que le patient montre ou dit</i>	

<i>parle de lui, et est adressé au soignant, 66 • Les objets réels et l'espace sont des lieux de projection potentielle des objets internes et du corps , 67 • Le savoir est mis en suspens , 67 • Les théories du patient sont essentielles à prendre en compte, 68 • La position clinique est une position d'humilité et de doute, 69 • Il n'y a jamais de contre-indication de soin psychique, 69</i>	
Conclusion	70

TROISIÈME PARTIE

LE DÉVELOPPEMENT PSYCHIQUE DU BÉBÉ, SES IMPLICATIONS DANS LES MODÈLES DU SOIN

6. Perception et intersubjectivité aux sources de la pensée	75
Perception et émergence de la vie psychique	76
<i>La perception est une construction, 76 • La perception est l'un des fondements de la réalité psychique, 78 • La perception est limitée pour saisir le monde, 83 • Monde psychique et monde quantique : quelques métaphores, 83</i>	
Subjectivation et partage intersubjectif d'expériences	85
<i>L'intersubjectivité dans la psychanalyse, 86 • La fonction réflexive, une fonction active, 87 • Le bébé aussi est actif, 89 • Partage d'expériences dans les modèles cognitivistes, développementaux et interactionnistes, 90 • Quelques enjeux du partage intersubjectif d'expériences, 93</i>	
Les pensées émergentes	93
Un point de jonction entre perception et intersubjectivité : le regard mutuel	96
<i>Le regard mutuel spécifique de l'humain, 96 • Le regard entre parent et bébé : un miroir, 96 • Le regard du parent sur le bébé, 97 • Le partage de regard aux sources de l'intersubjectivité, 98 • Le regard et la réparation des discontinuités, 100</i>	
7. Aux sources du ludique	103
Jeu, pulsion et affect	104
Jeu, réalité et altérité	107
Naissance du jeu	108
<i>Les jeux primitifs, 108 • Émergence du ludique dans les interactions précoces, 110</i>	

8. Partage affectif et implication rythmique dans le soin psychique	115
Le partage d'affect comme paradigme du soin psychique	115
Le contre-transfert au cœur du partage affectif	118
La rythmicité dans l'expérience du soin	121
L'implication rythmique de la parentalité dans le soin (selon D. Thouret)	125
Le transfert ludique (selon S. Resnik)	127

QUATRIÈME PARTIE

LA FAMILLE, LA PARENTALITÉ EXTERNES ET INTERNES

9. Enjeux de la parentalité. Le bébé dans l'économie narcissique et œdipienne	131
Missions du bébé : continuité narcissique et réparation <i>Continuité narcissique, 132 • Réparation de l'histoire parentale, 133</i>	132
La parentalité porteuse de violence <i>La déception relative aux attentes narcissiques, 135 • La rivalité narcissique, 137 • Parentalité et transgression, 138 • Exigence de travail imposée par la haine, 139</i>	134
Héritage fantasmatique	140
Fantasme de transmission <i>Parentalité et confirmation de la filiation, 143 • Parentalité et innocentation des désirs coupables, 145 • Filiation traumatique : exemple de la clinique du handicap, 146 • Définition du fantasme de transmission, 148</i>	143
La répétition de l'histoire infantile <i>Répétition et plainte, 149 • Logiques de la répétition, 152</i>	149
10. La fonction paternelle : nouvelles perspectives	155
Places du père et de la mère	156
La fonction paternelle d'appui	158
La fonction pont du père	162
Fonctions parentales et couple	165
Fonctions parentales internes et bisexualité psychique. Le tonus comme lieu d'intériorisation	166
Fonction paternelle et continuité des expériences	168

Fonction paternelle et modulation de la présence	170
Conclusion	171
11. Bisexualité, bisensualité, biparentalité et bigénérationnalité psychiques	173
La bisensualité ou bisexualité psychique primaire	175
La biparentalité psychique	179
La bigénérationnalité psychique	181
La parentalité soignante	183
<i>La préoccupation soignante primaire, 184 • La parentalité interne, 184 • Le travail de la parentalité soignante dans la position clinique, 185</i>	

CINQUIÈME PARTIE

CLINIQUE DES PARTIES BÉBÉS DU SOI

12. Lecture de scènes corporelles	189
Quelques exemples de théâtralisations corporelles et comportementales (dans les états autistiques)	192
<i>Intériorisation d'une expérience contenant et bisexuelle primaire, 192 • Articulation des opposés sensuels et émergence du langage, 194 • Défenses contre les expériences de séparation ou d'individuation, 196 • Échec d'intégration d'un objet-support, 198</i>	
Mises en scènes d'éprouvés dépressifs et création d'un parent consolateur	199
Lecture des automutilations	202
<i>Trouver une limite au sentiment d'exister, un apaisement des tensions internes, 202 • Donner une version corporelle des traumatismes psychiques, 203 • Attaquer l'objet persécuteur, 203 • Retenir l'objet, et la partie du corps qui lui est attachée, 204 • Inscrire une trace de l'objet sur le corps, 205 • Dramatiser le rapport aux objets premiers, 206 • Se venger d'un objet insatisfaisant, 206 • Fabriquer des sensations « dures », 208 • S'approprier son corps, 208</i>	

13. Le bébé dans tout patient	211
Émergence des aspects bébés	212
<i>Exemples de cliniques adultes ordinaires, 212 • Exemple : la clinique des états limites, 216 • Exemple : la clinique du traumatisme, 220</i>	
Parallèles adultes/bébés	224
<i>Des souffrances et des défenses communes, 224 • Des psychopathologies communes (exemples de l'anorexie, des organisations tyranniques), 227</i>	
Parties bébés dans le travail de rêve ou de rêverie	232
<i>Des rêves traduisant des réactions à la séparation, 232 • Des rêveries montrant que les parties bébés relient le présent et le passé, 234</i>	
La parentalité et les parties bébés	236
<i>Réveil du bébé en souffrance dans le parent, 236 • Transfert des aspects bébés sur un groupe et appel à une fonction parentale, 240 • Passage d'une parentalité dysrythmique à une parentalité intégrative, 250</i>	
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	254
<i>INDEX DES NOMS</i>	273
<i>INDEX DES NOTIONS</i>	277

INTRODUCTION

LA QUESTION CENTRALE que traite ce livre concerne les apports de la connaissance du bébé à la théorie et à la pratique psychanalytiques et au soin psychique en général, auprès de tous les patients, quels qu'ils soient (enfants, adolescents, adultes, groupes, familles). La connaissance du bébé concerne la connaissance de sa vie psychique, émotionnelle, relationnelle, ainsi que des conditions de son développement, des aspects ou des qualités de la parentalité mobilisés par ou pour son développement psychique.

On peut dégager trois enjeux à ce travail. Le premier consiste à mettre en évidence la portée formative de l'expérience acquise auprès des bébés et de leurs parents, pour la pratique clinique et pour la théorisation de la pratique. Le second enjeu consiste à définir, circonscrire les contours des aspects bébés en toute personnalité, et à souligner la manière dont la souffrance humaine la plus profonde concerne essentiellement ces aspects bébés, le soin psychique consistant pour une part essentielle en leur prise en compte. Un troisième enjeu, enfin, concerne la précision des conditions de développement du bébé, de la nature des expériences intersubjectives impliquées, des caractéristiques des fonctions parentales psychiques mobilisées, afin de rendre compte de ce qui est essentiel pour toute croissance psychique, et notamment dans les contextes de soin psychanalytique.

À partir du bébé, ce sont ainsi les fondements de la pratique clinique et de la position clinique qui sont interrogés, éclairés, spécifiés.

Une première thèse développée dans cet ouvrage consiste donc à dire que la connaissance du bébé et l'expérience auprès des bébés sont un apport considérable à la théorie et à la pratique de la psychanalyse. L'approche du bébé et de la petite enfance est formatrice pour tout psychanalyste et tout praticien du soin psychique. L'observation et la

connaissance des conditions de développement du bébé permettent de construire des modèles pertinents du soin psychique, de ce qui soigne dans le soin.

La psychanalyse est ainsi mise à l'épreuve des connaissances sur le bébé. Il s'agit en quelque sorte de transporter le divan chez le bébé, objet de savoirs dans des champs largement autres que celui de la psychanalyse, et d'apprécier les mutations que ces savoirs tout comme l'approche réelle des bébés ont imposé ou permis quant aux pratiques psychanalytiques et à leurs théorisations.

Les mutations dans les théories du soin psychique et du soin psychanalytique proviennent en effet tout particulièrement de l'expérience clinique auprès des enfants, des jeunes enfants, et des bébés. Certains aspects essentiels de la souffrance humaine, comme du fonctionnement de la personnalité de tout sujet, tels les aspects primitifs, archaïques, sont davantage pris en compte et compris par les soignants, les psychothérapeutes, les psychanalystes qui ont l'expérience de l'approche des bébés.

L'observation des bébés, avec les méthodologies particulières qui l'organisent, se propose également comme un des paradigmes de la méthode clinique psychanalytique. L'observation est un temps essentiel de la psychanalyse et de la pratique clinique, nous le verrons.

L'expérience auprès des bébés concerne donc, mobilise, assure les fondements de la position clinique, et est utile à tout praticien, quel que soit l'objet de sa pratique, à partir de l'idée que le soin consiste toujours à entrer en contact avec les aspects les plus infantiles et les plus archaïques de la souffrance psychique.

Cela introduit le deuxième enjeu de cet ouvrage. Il consiste à souligner et illustrer la manière dont la souffrance psychique la plus intolérable, la plus violente, la plus désorganisatrice concerne évidemment les aspects infantiles du sujet, mais concerne plus fondamentalement les aspects bébés. Il s'agira donc de définir ce que recouvrent ces aspects bébés, de rendre compte de la manière dont on peut les observer, les entendre, les « soigner ». L'essentiel du soin psychique, s'il s'adresse aux aspects infantiles, s'adresse tout particulièrement aux aspects bébés. Le psychanalyste, le soignant, devra prendre contact avec le bébé à l'intérieur du patient, pour tenter de transformer la douleur.

Freud avait bien sûr insisté sur la place de l'infantile dans la psychanalyse.

« Rigoureusement parlant [...] ne mérite d'être reconnu psychanalytique que l'effort analytique qui a réussi à lever l'amnésie qui dissimule à

l'adulte la connaissance des débuts de sa vie infantile (c'est-à-dire la période qui va de la seconde à la sixième année). On ne le dira jamais assez fort et on ne le répétera jamais assez souvent parmi les psychanalystes. [...]. En mettant l'accent sur l'importance des premières expériences vécues on ne sous-estime pas pour autant l'influence des expériences plus tardives ; mais les impressions de la vie qui viennent après parlent assez fort dans l'analyse par la bouche du [patient], alors que c'est au [psychanalyste] d'élever la voix en faveur du droit de l'enfance » (Freud, 1919a, p. 223).

Ce rappel de Freud insiste sur la nécessité d'analyser les expériences infantiles, en remontant jusqu'à la deuxième année de la vie... Mélanie Klein était allée beaucoup plus loin.

« L'expérience m'a montré, écrivait-elle, que la complexité d'une personnalité parvenue à maturité ne peut être saisie que si l'on arrive à comprendre le psychisme du nouveau-né [qu'a été le sujet] et à suivre son développement tout au long de la vie » (1957, p. 14).

Je soutiendrai ici, comme de nombreux autres psychanalystes, l'utilité et la nécessité de prendre en compte, de comprendre, d'essayer de se représenter les expériences précoces, infantiles et archaïques, celles de la petite enfance, celles du bébé resté vivant à l'intérieur de chacun. C'est à ces aspects que s'adresse prioritairement le soin psychique, car ce sont les souffrances dans ces zones de la subjectivité qui, lorsqu'elles font retour ou lorsqu'elles se manifestent, sont les plus douloureuses et harcelantes. René Roussillon (2007b), par exemple, a aussi souligné la nécessité d'ajouter, dans la psychanalyse, à la référence classique à l'infantile œdipien, la référence aux expériences primitives. Ce livre participe de cette entreprise et de cette exigence.

Il convient cependant de rappeler que de nombreux psychanalystes et depuis plusieurs générations travaillent déjà de cette manière. Il en est ainsi en particulier des psychanalystes de filiation ou de culture kleinienne ou postkleinienne, qui ont l'habitude d'éclairer les zones et les processus psychiques les plus archaïques, les communications les plus primitives (cf. Ciccone et Lhopital, 2001), cela depuis les études originelles de Mélanie Klein sur les périodes précoces du développement psychique, les qualités émotionnelles de l'état primaire de la psyché humaine, ainsi que leurs effets et manifestations dans le fonctionnement psychique et la psychopathologie (cf. Klein, 1932, 1950, 1955-1963 ; Klein *et al.*, 1937, 1952).

Mélanie Klein, rappelons-le, a travaillé avec de très jeunes enfants (1926, 1932), a observé des bébés et a commenté des observations de bébés (1952ab), et les analystes qui sont sensibles aux aspects bébés chez

leurs patients ont évidemment pour la plupart d'entre eux l'expérience du bébé réel¹. On peut citer quelques-uns de ces psychanalystes, parmi les figures les plus illustres. On sait comment Winnicott (1958, 1965, 1971, 1989), par exemple, prenait en compte et cherchait le contact avec les aspects infantiles précoces, les souffrances de nourrisson, promouvait la régression et était sensible pour tout patient aux processus caractérisant le développement précoce, tels la transitionnalité, l'émergence du self, vrai ou faux. Bion (1962*b*, 1965, 1967, 1974-1977), autre exemple, a toujours pris en compte les processus archaïques, les aspects bébés ; il s'intéressait aux processus de croissance psychique, de transformation dans la situation analytique à partir des caractéristiques propres à la relation du bébé au sein « pensant » ; il considérait l'analyse comme un véritable nourrissage psychique. Herbert Rosenfeld (1965, 1987), en particulier dans son travail avec la psychose, a toujours montré et souvent énoncé la nécessaire empathie avec les aspects bébés, et illustré la nécessaire régression aux positions psychiques précoces. Donald Meltzer (1967, 1972, 1986, 1992 ; Meltzer et Harris Williams, 1988) a toujours éclairé le monde émotionnel du bébé en chacun, reconstruit les expériences ou histoires de bébés des patients, considéré l'activité des fantasmes de bébés au regard du corps de la mère, des objets internes primaires, décrit la manière dont certaines expériences de bébés (comme l'« impact esthétique » du monde) se retrouvent tout au long de la vie et dans toute analyse. Le travail de Salomon Resnik (1973, 1984, 1986, 1999*ab*) a toujours particulièrement pris en compte les communications primitives, préverbales, les processus primitifs dans la psychose. Hanna Segal (1981) aussi éclairait les processus primitifs dans la psychose comme dans la création. Frances Tustin (1981, 1986, 1990) a mis en évidence les aspects primitifs autistiques dans toute personnalité, même dans la névrose, ces aspects étant liés à des traumatismes précoces. Margaret Little (1986) montrait de manière remarquable sa capacité à entrer en contact avec les aspects bébés, archaïques, symbiotiques des patients, correspondant à ce qu'elle appelait l'« unité de base ». David Rosenfeld (1992, 2006), pour donner encore un exemple, d'un psychanalyste contemporain, met au cœur de son travail l'éclairage des relations d'objet archaïques, des fantasmes de bébés, des éprouvés de bébés, des défenses et noyaux autistiques dans les états psychotiques,

1. La connaissance des bébés et l'expérience réelle auprès d'eux étaient telles chez Mélanie Klein qu'elle a même précisé il y a bien longtemps, en détail et de façon toujours pertinente et totalement avant-gardiste pour son époque, la manière dont les adultes en général et les parents en particulier doivent considérer les bébés, dont ils doivent s'en occuper, les élever (*cf.* Klein, 1936).

comme dans la toxicomanie, les troubles psychosomatiques, etc. On pourrait donner encore une multitude d'autres exemples.

Il s'agira donc de considérer la place et les effets des aspects bébés, de définir et circonscrire les zones de la subjectivité concernées par le bébé dans le sujet – bébé toujours vivant, toujours actuel. Les aspects bébés sont contenus dans l'infantile, sont un cas particulier de l'infantile, et ils recouvrent et débordent l'archaïque, l'originale, le primaire.

L'écoute et l'observation psychanalytiques devront trouver un point d'équilibre entre l'écoute et l'observation des aspects infantiles, des aspects bébés, et des aspects adultes ou adolescents. Il est essentiel de toujours se demander qui parle quand un patient s'exprime, en particulier quand il formule l'éprouvé d'une douleur, d'une souffrance, ou quand il témoigne de sa façon de s'en défendre : est-ce l'enfant, le bébé, l'adolescent, l'adulte qui parle ? Un même point d'équilibre concerne l'écoute des conflits narcissiques et œdipiens, toujours entremêlés. L'attention privilégiée portée à un aspect ne dispense évidemment pas de prendre en compte les autres. L'écoute privilégiée du bébé à l'intérieur du patient ne signifie pas qu'il faille ignorer les autres aspects ou les autres références. Mais on peut penser qu'une analyse n'est jamais satisfaisante, qu'une compréhension n'est jamais suffisante, qu'un apaisement n'est jamais durable, tant qu'on n'a pas entendu, pris en compte, exploré les aspects bébés toujours vivants en chaque patient. Cela suppose évidemment que le soignant, l'analyste ait pu suffisamment explorer lui-même ces aspects en lui-même, et qu'il puisse prendre contact avec le bébé en lui pour pouvoir entendre et comprendre le bébé qui se manifeste chez ses patients.

Rappelons – et j'y reviendrai – que toute modélisation comme toute interprétation est toujours une construction, et consiste toujours par ailleurs à métaphoriser les éléments observés (Ciccone, 1998a). Il en est de même pour le repérage des aspects bébés. Le patient qui « raconte » des expériences de bébé le fait parce que quelqu'un « écoute » ce qu'il dit ou montre comme parlant d'expériences subjectives, émotionnelles de bébé. La construction est même une co-construction.

Il s'agira donc, dans le travail clinique, d'observer et d'entendre les niveaux les plus archaïques, les plus primitifs des communications, des expressions, et de formuler leur contenu potentiel (pour soi-même ou pour les restituer à l'autre le cas échéant) d'une manière métaphorique, ou d'une manière qui indique la valeur métaphorique du message tel qu'il est exprimé, adressé, message qui est infiltré d'expériences primitives ou qui parle métaphoriquement d'expériences ou d'éprouvés bébés. Nous verrons de nombreuses illustrations d'un tel travail d'observation et de

métaphorisation, notamment dans les deux derniers chapitres, consacrés entièrement à la clinique des aspects bébés.

Un troisième enjeu de cet ouvrage consiste à préciser certaines conditions du développement psychique du bébé, avec l'idée que ces précisions éclairent tout processus de croissance psychique, et notamment ceux générés par le soin psychanalytique.

Cet éclairage porte en particulier sur les aspects intersubjectifs de la naissance et du développement de la vie psychique, et sur les caractéristiques fondamentales des positions ou fonctions psychiques parentales. Le développement du bébé et la croissance de la parentalité vont de pair. Elles se réalisent dans les zones intersubjectives de la rencontre, du lien, de l'expérience. L'attention aux conditions de développement du bébé révèle ainsi et permet de décrire les caractéristiques capitales des fonctions parentales, externes et internes, du parent comme du soignant. On peut dire que l'attention au bébé tout comme la pratique de soin psychique engagent toujours la parentalité interne.

Certains aspects environnementaux, intersubjectifs et intrasubjectifs, relatifs au développement du bébé et au fonctionnement psychique de tout un chacun seront ainsi précisés. Je ferai notamment des propositions concernant la fonction paternelle, dont la représentation me semble devoir être renouvelée, car elle souffre d'une conception étriquée, réductrice dans la théorie psychanalytique courante. Je proposerai les notions de « bisensualité psychique », pour décrire la bisexualité dans ses formes primaires, et de « biparentalité psychique ». La biparentalité interne émerge de l'articulation de la bisensualité puis de la bisexualité psychiques. Bisensualité, bisexualité et biparentalité se combinent par ailleurs à ce que je nommerai la « bigénérationnalité psychique », pour décrire la distinction et l'articulation des aspects et prérogatives adultes du soi et des parties infantiles et bébés. On peut dire qu'une parentalité créatrice suppose l'intégration des éléments de la bisexualité, de la biparentalité et de la bigénérationnalité psychiques.

La parentalité intégrée, en chacun des parents, et impliquée dans le rythme de l'enfant assurera les conditions d'un développement sécurisé, harmonieux du monde interne de l'enfant et de sa propre parentalité. Une telle parentalité au service du développement concerne tout autant les parents que les soignants, les familles, les groupes, les institutions.

Le soin psychique consiste ainsi dans son essence à déployer une parentalité structurante qui prenne soin des aspects infantiles et bébés des patients.

La remarque récente d'une patiente illustre très bien et résume l'ensemble de ces points.

LA PATIENTE s'installe sur le divan et dit être très fatiguée, comme si elle portait quelque chose de lourd. Elle a envie de pleurer, dit ne pas avoir d'« appui », se trouver dans une grande solitude. Puis elle pleure. Je dis quelques mots empathiques sur la lourdeur de ce qu'elle porte et dépose ici. Après un moment de silence, la patiente énonce : « Vous voulez que je vous dise l'ambiance que je ressens ?... C'est l'ambiance d'une pièce avec un bébé. Une pièce avec beaucoup de chaleur... Une horloge qui bat le rythme... C'était l'ambiance chez ma tante quand j'étais enfant... Et probablement aussi quand j'étais bébé. »

Il est inutile de préciser que la température de mon bureau était ce jour-là identique à celle de tous les jours, et qu'il n'y a aucun tic-tac d'aucune horloge.

Cette brève séquence introduit ce qui sera le cœur du développement de ce livre. Elle illustre la souffrance du bébé. L'écoute, l'attention est adressée au bébé, donne l'« appui » qui fait défaut au bébé pour qu'il puisse s'éprouver, éprouver ses émotions, déposer sa douleur. Le retour de l'infantile concerne le retour d'éprouvés infantiles de détresse, mais aussi le retour de l'« ambiance », de l'atmosphère d'une vie familiale, d'une attention parentale à un bébé, enveloppant chaudement le bébé pour lui assurer une sécurité et un sentiment d'existence. L'attention, l'ambiance est rythmée par une temporalité structurante, apaisante. On pourrait dire qu'il y a là un modèle d'un « moment de soin », tout comme Stern parle des « moments de rencontre » ou des « moments présents » (1997, 2003). Je reviendrai sur tous ces points qui concernent la modélisation du travail clinique, du soin psychique, psychanalytique, à partir de l'expérience du bébé.

La première partie de ce livre explore la place de l'infantile, des expériences précoces, définit ce que recouvrent les aspects bébés, précise l'utilité de l'expérience auprès des bébés, notamment pour comprendre la souffrance dans ses aspects les plus profonds, et donne quelques exemples de modélisations possibles du soin psychique à partir de l'observation des bébés et de leurs parents.

La seconde partie met en évidence la valeur heuristique de l'observation clinique, dont l'observation de bébés, avec les méthodologies qui l'organisent, peut être un modèle. Elle précise les exigences de l'observation clinique, les logiques de sa méthode. Elle dégage quelques principes aux fondements de la position clinique et du travail clinique en général, dont l'expérience auprès des enfants et des bébés a influencé certaines mutations, et que la pratique auprès des bébés met particulièrement au travail.

La troisième partie revient sur le développement psychique, la naissance de la pensée, en insistant sur la place de l'intersubjectivité, du jeu, de la rythmicité, pour proposer un modèle paradigmatique et transversal du soin psychique reposant sur le partage d'affect, l'implication rythmique de l'analyste ou du soignant au plus près des besoins du patient.

La quatrième partie est consacrée à la parentalité, aux enjeux de son développement, à ce que mobilise un bébé chez ses parents, à l'héritage que ceux-ci lui imposent, aux effets de répétition que la parentalité produit. La fonction paternelle, notamment, est envisagée d'une manière nouvelle. La parentalité, par ailleurs, est appréhendée en tant qu'état ou qualité interne. Les fonctions maternelle et paternelle sont explorées dans leurs dimensions de fonctions psychiques étayées sur l'articulation des pôles de la bisexualité psychique et, plus principalement, de la bisensualité psychique. Cette notion de bisensualité est dégagée et mise en perspective avec celles de biparentalité et de bigénérationnalité psychiques. La parentalité soignante est précisée.

La dernière partie, enfin, traite exclusivement des cliniques des aspects bébés du soi. Elle illustre et met en évidence la manière dont se font entendre ces aspects bébés, dont on peut les décoder, les métaphoriser. Les signes non verbaux, corporels sont l'objet d'une attention particulière et privilégiée dans un tel travail. De nombreux contextes cliniques différents sont ainsi mis à l'épreuve d'une écoute et d'une prise en compte des aspects bébés, en quête d'une parentalité intégrative, structurante, au service de leur développement.

PARTIE 1

À PARTIR DU BÉBÉ : MODÉLISATION DU SOIN PSYCHIQUE

Chapitre 1

L'ARCHAÏQUE, LE BÉBÉ ET L'INFANTILE

L'ENFANT TOUJOURS VIVANT EN SOI

Il est classique de penser et de dire que les expériences précoces, infantiles, archaïques laissent des traces dans la subjectivité, voire continuent de se déployer et motivent nombre de traits de caractère, de symptômes, de psychopathologies.

L'infantile dans la psychanalyse

L'importance et l'influence de l'infantile ne sont pas à démontrer. L'infantile est présent et occupe une place fondamentale dans toute la psychanalyse, dès les travaux de Freud, en particulier ses théorisations des effets des traumatismes, de la nature de la sexualité, de la construction du psychisme, ses investigations du complexe œdipien. Freud faisait même de l'infantile chez l'adulte l'équivalent de son inconscient : « L'inconscient, c'est l'infantile en nous », écrivait-il (1909b, p. 214).

Mélanie Klein a particulièrement pénétré en profondeur le psychisme infantile et saisi ses rapports avec le fonctionnement psychique de

l'adulte. Elle a souligné la manière dont les expériences infantiles persistent chez l'adulte, et dont le monde adulte plonge ses racines dans l'enfance. Un article intitulé justement « Les racines infantiles du monde adulte » (Klein, 1959) résume ses considérations sur cette question. Les identifications d'origine infantile deviennent une part importante de la personnalité d'un sujet, qu'elles soient « favorables », soutenant la croissance et nourrissant les liens, ou « défavorables », si l'envie et l'avidité sont excessives, poursuivant leurs effets nocifs et destructeurs, ou si l'environnement du sujet a été particulièrement inadéquat. Les positions psychiques primitives, avec leurs lots de fantasmes, d'angoisses, de processus psychiques spécifiques, se retrouvent chez l'adulte comme chez l'enfant. L'infantile est le lieu des points de régression, de fixation, d'activation de positions défensives, en cas de souffrances, de troubles, de traumatismes répétés.

On peut rappeler aussi la manière dont Ferenczi (1931), par exemple, considérait l'infantile chez les patients adultes. Rejoignant les conceptions des quelques psychanalystes d'enfants de son époque, il transformait parfois l'analyse en jeu d'enfant, s'adressant directement à l'enfant dans l'adulte.

L'infantile agit donc tout au long de la vie et marque de façon déterminante la personnalité. C'est notre infantile qui « donne le ton » à notre personnalité de sujet dans notre fonctionnement psychique adulte habituel, comme le rappelle Florence Guignard (1996, p. 17 ; 2008, p. 149). L'infantile désigne donc l'enfant toujours vivant en soi et qui continue de percevoir le monde, d'éprouver et d'interpréter les données du monde externe et du monde interne en fonction de ses caractéristiques subjectives propres.

L'infantile est toujours d'actualité, toujours vivant, plus ou moins discret ou plus ou moins à l'avant de la scène subjective selon les contextes et les expériences. Il coexiste avec des zones de la personnalité plus matures, qui ont été davantage transformées par les processus de développement, d'adaptation et d'intégration de la réalité. L'infantile est mobilisé ou se déploie parallèlement aux parties plus matures ou plus adultes. Il sera davantage mobilisé dans le monde des fantasmes, dans lequel le sujet vit parallèlement à la vie dans le monde concret. Dans les périodes de sommeil, ce monde fantasmatique parallèle est celui du rêve. Comme le dit Meltzer (1984a), il y a une continuité narrative entre le rêve nocturne et le fantasme de la vie diurne.

L'infantile et la souffrance : détresse et omnipotence

L'infantile, par ailleurs, fait référence à deux ordres d'expériences (et cela est accentué pour les aspects bébés) : d'une part des expériences de dépendance, de détresse, de vulnérabilité, de souffrances dues à l'impuissance ; d'autre part des expériences défensives à l'origine des attitudes et des illusions d'omnipotence. Ce second type d'expériences vise à chasser les premières. La toute-puissance infantile est l'effet d'un gonflement narcissique qui cherche toujours à faire taire la douleur d'une détresse infantile.

Cette partie narcissique peut être particulièrement destructrice, sadique ou tyrannique à l'égard du soi infantile dépendant. Herbert Rosenfeld (1971, 1987), par exemple, a remarquablement illustré cette relation interne tyrannique, montrant comment l'état narcissique omnipotent peut se maintenir au pouvoir en détruisant le soi infantile faible et dépendant, en le laissant dans une condition d'agonie. Certains rêves rapportés par des patients narcissiques, pris dans des mouvements envieux, sont typiques de cette conjoncture.

PAR EXEMPLE, UN PATIENT résistant à l'aide que je pouvais lui apporter, et toujours pressé de montrer que sa compréhension de ce qu'il vivait était supérieure à la mienne, apporta le rêve suivant : il était au bord d'un océan agité, un enfant se débattait dans l'eau et était en train de se noyer, des sauveteurs tentaient de l'aider mais les vagues les repoussaient ; lui observait la scène sans bouger et en critiquant l'incompétence des sauveteurs.

Ce rêve est assez clair, il met en évidence la partie narcissique gonflée, omnipotente, qui doit faire taire la détresse du bébé dépendant en le maintenant à l'agonie, et qui doit assurer sa supériorité en empêchant la relation d'aide, laquelle confronte à la dépendance, menaçante pour le sujet.

La souffrance psychique la plus intolérable est toujours celle éprouvée par la partie infantile du soi, l'enfant en soi, voire le bébé en soi. La souffrance de l'adulte, ou des aspects adultes du soi, n'est jamais la plus désorganisatrice, même si elle est violente, douloureuse, elle touche des parties matures qui peuvent utiliser des ressources adaptatives. Quand la souffrance déborde, quand elle est innommable, terrible, traumatique, désorganisatrice, c'est qu'elle touche des aspects infantiles, elle est éprouvée par les aspects les plus infantiles, voire les plus bébés du soi, aspects qui sont toujours vivants, toujours actuels. C'est la souffrance

infantile qui est la plus scandaleuse, la plus désorganisatrice, la plus insupportable.

On peut même dire de la psychopathologie en général que si elle trouve ses sources dans l'histoire infantile (du bébé jusqu'à l'adolescent) voire dans la préhistoire du sujet, elle correspond quasiment toujours au retour ou à l'expression d'une expérience, d'un éprouvé ou d'un conflit infantiles. La souffrance, la détresse qui fait souffrir est celle de l'enfant, de l'enfant-dans-l'adulte, du bébé-dans-l'enfant et du bébé-dans-l'adulte. C'est de cette souffrance infantile dont se protège tout sujet.

L'un des paradigmes de cette souffrance infantile est représenté par l'expérience de la séparation et ses différentes formes : perte, solitude, discontinuité... On peut dire que le développement, la croissance consiste pour une grande part à aménager, atténuer les expériences de séparation, non pas de séparation physique mais de séparation psychique, expériences qui accompagnent l'intégration de la réalité, de l'altérité. Et la psychopathologie est l'effet des modes de traitement de la séparation psychique, et des échecs quant à son traitement (Ciccone, 2007b).

Considérer que les expériences précoces sont au cœur de la souffrance humaine, et de toutes ses formes de détresse, suppose de bien penser l'infantile comme toujours actuel, et non pas comme seulement convoqué par des effets d'après-coup, ou comme une seule relique du passé. Cela est important dans la pratique du soin psychique. L'infantile a des effets qui ne relèvent pas du seul point de vue historique. Il appartient non pas à l'histoire passée mais au présent du sujet. Il se laisse saisir et entendre non seulement dans le retour d'expériences passées, mais dans le présent d'expériences actuelles. Autrement dit, l'infantile ne renvoie pas seulement à une dimension temporelle et à une époque ancienne, mais correspond à la manière dont l'enfant toujours vivant à l'intérieur de chacun voit le monde, interprète les expériences, et à la manière dont il souffre et se protège de la souffrance.

Cette précision est importante quant à la théorie des pratiques psychothérapiques et psychanalytiques, par exemple quant à la considération du transfert. Les interprétations ou les communications qui renvoient l'infantile au passé peuvent être abandonnantes, faire vivre un rejet, un abandon, car elles éloignent de l'expérience présente. Les théories des pratiques psychanalytiques, et des pratiques de soin psychique en général, contiennent souvent l'idée que tout ce qui est apporté par un patient concerne son histoire, doit être référé à son passé. Je rappellerai la définition que donne Meltzer du transfert : les phénomènes de transfert ne concernent pas des reliques du passé mais consistent en des « extériorisations du *présent immédiat* de la situation interne »

(1984a, p. 47). Ces objets du présent immédiat du monde interne peuvent, bien sûr, revêtir des qualités infantiles qui connoteront l'aspect « passé » de ces éprouvés immédiats. Cette précision est importante car nombre de patients borderline et psychotiques – et même autres – vivent les interprétations de transfert comme une défense de l'analyste qui, à trop vouloir écouter le passé et resituer le matériel dans le passé, n'entend pas ce qui lui est adressé dans le présent.

L'histoire du patient n'a pas besoin d'un historien, mais d'un interprète, comme le rappelle José-Luis Goyena (2002), par exemple. Le travail de soin psychique n'est pas un travail archéologique ; l'attention doit être portée sur l'ici-et-maintenant, lieu où se crée l'intimité, lieu où le sujet acquiert la responsabilité de sa vie psychique. C'est le point de rencontre qui est le lieu de l'analyse, comme le dit par exemple Salomon Resnik (1999a) à la suite de Bion (1975) – nous y reviendrons plus loin (chapitre 5). Et c'est dans cette rencontre actuelle que seront mobilisés les aspects infantiles.

LES EXPÉRIENCES PRÉCOCES, LEURS EFFETS ET LEURS DESTINS

Il faut différencier, parmi les expériences précoces, celles qui relèvent de l'archaïque et celles qui constituent l'infantile. On peut dire que les aspects bébés sont les effets d'expériences qui englobent les premières et qui sont contenues dans les secondes¹.

L'archaïque concerne le commencement, le début, l'origine, le primaire. On peut penser que les expériences archaïques laissent des traces, sous formes d'angoisses, de modes de défense, de types de relation au monde, même si le développement, dans les situations ordinaires, modifie sans doute et recouvre, efface, transforme considérablement ces éprouvés premiers qui s'en trouvent perdus.

L'infantile représente quant à lui une expérience subjective, ou une zone de la subjectivité, qui déborde l'archaïque. Il s'agit de l'enfant toujours vivant en chacun.

Les aspects bébés recouvrent évidemment les traces des expériences archaïques, et concernent l'infantile jusqu'aux zones marquées par les débuts du langage et la constitution d'un sentiment d'individuation. René Roussillon (2007b, 2008) distingue, par exemple, un infantile précoce,

1. Ce sous-chapitre reprend et prolonge une partie d'un article de 2008 (Ciccone, 2008b).