

Bébés-ados : crises et chuchotements

ONT PARTICIPÉ À CET OUVRAGE

Annie Anzieu
Alain Braconnier
Paul Denis
Pierre Delion
Bernard Golse
Philippe Gutton
Geneviève Haag
Patrice Huerre
Philippe Jeammet
Sylvain Missonnier
Marie Rose Moro
Régine Prat
René Roussillon

Sous la direction de

Alain Braconnier

Bernard Golse

Bébés-ados :
crises et chuchotements

érès
éditions

AVERTISSEMENT

Cet ouvrage a été élaboré à la suite du colloque de *Carnet/PSY* qui s'est tenu à Paris en 2006 à la Maison de la Mutualité, organisé conjointement par le groupe WAIMH-Francophone, présidé par Bernard Golse, et par le groupe ISAPP-Francophone, présidé par Alain Braconnier.

Les lecteurs qui le souhaiteraient peuvent consulter quelques-unes des tables rondes sur le site : www.psynem.necker.fr

Conception de la couverture :

Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012

CF - ISBN PDF : 978-2-7492-3594-3

Première édition © Éditions érès 2008

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Table des matières

Introduction <i>Bernard Golse</i>	7
Corps et contre-transfert <i>Annie Anzieu</i>	13
Un contre-transfert à fleur de peau <i>Pierre Delion</i>	33
Pour introduire la question du langage du corps et de l'acte <i>René Roussillon</i>	45
Passion de la haine et adolescence <i>Patrice Huerre</i>	63
Passion de la haine et périnatalité <i>Sylvain Missonnier</i>	83
Séduction et haine en adolescence <i>Philippe Gutton</i>	101

Du bébé à l'adolescent : les chemins de la destructivité <i>Philippe Jeammet</i>	111
Conflit esthétique et esthétique de la cruauté <i>Régine Prat</i>	143
Clivages dans les premières organisations du moi : sensorialités, organisation perceptive et image du corps <i>Geneviève Haag</i>	159
Questions sur les processus de clivage à l'adolescence <i>Alain Braconnier</i>	169
Corps et langage <i>Paul Denis</i>	175
Narrativité et traumatisme <i>Marie Rose Moro</i>	187

Introduction

Bernard Golse

C'est évidemment un immense plaisir que de pouvoir offrir aux lecteurs de la collection « Carnet/PSY » des éditions érès, les actes du deuxième congrès « Bébés-ados » organisé conjointement par le groupe WAIMH-Francophone (World Association of Infant Mental Health), et par l'ISAPP (International Society of Adolescent Psychiatry and Psychology), avec le soutien efficace de la revue « Le Carnet/PSY ».

Bernard Golse, pédopsychiatre-psychanalyste, chef du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Necker-Enfants malades (Paris), professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'université René-Descartes (Paris 5), INSERM, U669, Paris, université Paris-Sud et université Paris-Descartes, UMR-S0669, Paris.

Le premier congrès de ce type s'était tenu à la maison de la Chimie en 2004, celui-ci s'est tenu en 2006 à la Maison de la Mutualité, et l'un comme l'autre ont connu un vif succès dont nous nous réjouissons bien évidemment, mais qui demande néanmoins à être interrogé.

Il apparaît tout d'abord que cette problématique du rapprochement entre le bébé et l'adolescent était en fait, depuis quelques années déjà, dans... l'air du temps !

Certes, Alice Doumic-Girard, merveilleuse clinicienne du tout-petit, avait, dès les années 1970 demandé à Pierre Male, grand clinicien de l'adolescent, de l'aider à mettre en forme une théorie de sa pratique des psychothérapies du premier âge, mais l'idée de possibles zones de rencontre entre la dynamique psychique des bébés et celle des adolescents était alors, néanmoins, restée quelque peu en jachère.

Il aura donc fallu tout l'essor plus récent de la psychiatrie du bébé et de la psychologie du développement précoce pour que cet axe de réflexion prenne, enfin, tout son sens, les acquis de ces nouvelles disciplines permettant désormais, effectivement, une relecture des processus psychiques de l'adolescence, tandis que les progrès de la psychiatrie de l'adolescence ouvraient, de leur côté, sur une analyse revisitée des conditions de l'accès des adolescents à leur parentalité future.

C'est donc seulement depuis peu que les conditions se sont trouvées véritablement réunies pour l'avènement d'une réflexion officielle sur les points de convergence possibles entre le fonctionnement des bébés et celui des adolescents, ce qui, à n'en pas douter, a trouvé, alors, un réel écho auprès de nombreuses équipes confrontées à ces deux champs de la réflexion et de la pratique.

Quelles que soient les circonstances qui ont permis à ces deux congrès de voir le jour et de se tenir avec le succès que l'on sait, leur thématique commune reconnaît désormais une légitimité certaine, et nous prenons acte des nombreuses réunions qui ont eu lieu, ici ou là, sur ce thème depuis 2004, constatation qui nous incite à penser que notre initiative avait sa raison d'être, et qu'elle répondait bien aux attentes de nombre de nos collègues.

Le congrès de 2004 – « À corps et à cri » s'était principalement centré sur les mécanismes de l'ontogenèse psychique susceptibles d'éclairer la dynamique de l'adolescence, en tenant compte de leur réactivation à cette époque si particulière de la vie (l'accès à l'intersubjectivité, les destins de l'originaire...), tandis que ce congrès de 2006 – « Crise(s) et chuchotements » – aura eu plutôt pour centre de gravité la question de l'agressivité et de la destructivité à l'œuvre, on ne le sait que trop, tant chez les bébés que chez les adolescents.

Ceci ne signifie certes pas que l'agressivité est seconde, loin s'en faut !

D.W. Winnicott, comme S. Freud lui-même, nous ont bien appris, en effet, que l'agressivité est bel et bien première, mais peut-être fallait-il d'abord que la dynamique de ces premiers congrès qui, nous l'espérons, inaugureront une série de manifestations régulières une fois tous les deux ans, se voit d'abord narcissiquement établie de manière suffisamment solide, en se consacrant aux processus de liaison avant que de pouvoir se pencher sur les processus de déliaison, les déliaisons s'avérant tout de même toujours aussi dangereuses que les liaisons, au risque de contredire sur ce point, avec Raymond Cahn, le fameux Pierre Choderlos de Laclos.

Autrement dit, sans doute faut-il d'abord que les processus et les phénomènes existent suffisamment, avant qu'on puisse se pencher sur les forces internes qui les menacent.

Personnellement, je verrais volontiers, là, une autre clef pour la compréhension du succès ces deux premiers congrès, en ce sens que les choses nous touchent et nous parlent d'autant plus que les contenants et les contenus se trouvent en écho structural réciproque.

C'est ce que nous a appris Didier Anzieu dans sa réflexion sur l'auto-analyse de S. Freud en soulignant, au-delà des liens qui unissent l'œuvre de S. Freud aux différentes étapes de sa vie, le paral-

lèle qui existe, plus profondément, entre la dynamique de la découverte freudienne en tant que telle et l'objet même de son étude, à savoir l'instauration et le développement du fonctionnement de la psyché, le déploiement chronologique de la découverte reflétant quelque chose du mouvement d'instauration de la psyché, ou bien, autre exemple, le travail d'analyse du rêve valant lui-même comme figuration symbolique d'appropriation œdipienne du contenu du corps maternel.

C'est ce que nous a aussi appris Paul Ricoeur quand il montrait la nécessaire dialectique entre le « temps du récit » et le « temps de l'action », et c'est ce que l'incroyable et planétaire célébrité du Petit Prince de A. de Saint-Exupéry illustre à merveille, puisque le récit du Petit Prince demande sept jours pour raconter son voyage en sept étapes, de planète en planète...

Saisissant effet de redoublement entre contenant et contenu !

C'est donc, peut-être, cette même dialectique entre contenant et contenu qu'on retrouve aujourd'hui dans le mouvement de ces deux premiers congrès, et qu'il faudra que nous analysions davantage encore pour préparer et organiser le troisième prévue en 2008, sur le thème des dépressions.

Corps et contre-transfert

Annie Anzieu

J'ai accepté à la légère de parler de mon propre corps dans la situation de l'analyse. J'ai dû aussi reconnaître l'influence de la corporéité de mes patients sur mon attitude intérieure. Il y avait dans le rapprochement entre les deux termes de corps et de contre-transfert comme une évidence. Les mots allaient venir d'eux-mêmes confirmer un rapport si manifeste. Mais les mots ne se sont pas laissés prendre au jeu de la facilité. La distance entre corps et langage s'est de suite dégagée de ma pensée. J'ai peiné, comme si mon corps de

femme refusait de se couler dans celui de l'analyste. Ou peut-être l'inverse, car l'analyste ne devient, à y bien penser, qu'un attribut de la personne et de son corps usuel. La prison du langage n'enferme pas l'entière vie d'un corps. Le contre-transfert est un concept qui limite injustement le vécu de l'analyste. Vigoureux ou affaibli le corps reste un phénomène mystérieux, qui s'intègre dans ce qu'il est convenu de nommer contre-transfert.

Ma conception du contre-transfert est proche de ce qu'en a écrit Hanna Segal, c'est-à-dire la réponse émotionnelle globale de l'analyste ; la disponibilité à laisser affleurer à la conscience et à utiliser des affects suscités par le patient. Notre approche de celui-ci nous entraînant à éprouver des mouvements affectifs beaucoup plus sensibles que ce que nous nous permettons dans les rapports sociaux ordinaires. Si je tente d'éclaircir mon rapport d'analyste à la personne de mes patients et à mon corps propre je dois reconnaître que quelque chose de moi va m'échapper sous forme d'inconscient.

Il est donc important de reconnaître que ce mouvement intérieur engage la personne totale de l'analyste, corps et âme en quelque sorte. Il est important aussi de se souvenir de la règle de l'abstinence, qui maintient l'analyste dans sa position de neutralité, quelles que soient ses réactions envers le patient. Dès que l'analyste est face à son patient cette règle devient une composante

de tous les mouvements intérieurs de l'analyste. Cette réserve fonctionne comme une sorte de contenant qui permet à l'analyste de prendre conscience de son propre contenu affectif en rapport à ce que le patient provoque en lui. Elle oblige à cliver des réactions émotionnelles et à en tirer des réflexions qui peuvent profiter au processus du transfert. On peut concevoir ce mécanisme suivant l'analyse processuelle des identifications et des projections multiples qui parviennent à la conscience de l'analyste.

Nous sommes face au ressenti qui nous vient du patient et à l'utilisation qu'il fait de son propre corps dans les séances. Nous ne pouvons pas ignorer notre propre ressenti corporel, qu'il soit vécu comme impassible, ou qu'il mette en question des éprouvés de la part du patient. Quelle place alors accorder à notre corps dans un processus qui semble n'engager que notre personne psychique d'analyste ? La très « surmoïque » règle d'abstinence ne permet guère de nous laisser prendre à l'observation de notre vécu corporel, de bien-être ou de souffrance, de calme ou d'excitation. Notre mode de théorisation dérive donc en grande partie de nos capacités d'élaboration de notre contre-transfert. Et il apparaît parfois que l'analyse se conçoit plus dans l'élaboration de la relation transfert-contre-transfert que dans les constructions de théories destinées à nous défendre de la conscience de notre incapacité.

Avec son bon sens réaliste, Freud a d'abord reconnu la matérialité de chair et de sang de la personne humaine. Et aussi que son destin est lié à son anatomie. C'est donc sur cette base et en prenant en compte ma condition féminine que je peux réfléchir à ce qui est impliqué de mon moi corporel dans mes activités contre-transférentielles. Je parlerai donc à la première personne, quitte à envisager le partage de certaines idées.

La tentation peut être grande, à partir de cette première proposition, de réduire le contre-transfert à des réactions personnelles de l'ordre de l'identification projective. Sans négliger cet aspect des mouvements contre-transférentiels, il me paraît nécessaire de prendre conscience des quelques questions qu'ils posent. Puis-je oser dire que l'analyste a besoin d'être bien dans sa peau pour y accueillir les souffrances de ses patients ? Sa technique paraît avant tout l'usage qu'il peut faire de lui-même. C'est là ce que Freud a découvert. On sait comment Bion et Winnicott, entre autres, ont développé cette idée. Je me suis souvent demandé ce que Freud, malade, pouvait faire de sa souffrance pendant les séances avec ses patients. La durée de sa longue maladie (de 1923 à 1939) fut sans doute un dur calvaire. Il ne supportait de soins que de la part de sa fille Anna, et dut interrompre plusieurs fois ses activités.

En 1913, dans un article intitulé « Les débuts du traitement », Freud expose les raisons pour

lesquelles il a fait allonger ses patients. C'est essentiellement parce qu'il ne supporte pas d'être dévisagé pendant une journée entière, et aussi parce qu'il craint que son visage n'exprime certaines réactions que le patient pourrait percevoir et interpréter. Nous avons là le principe du vécu contre-transférentiel. En 1922, il écrit *Le moi et le ça* ; en 1923, se déclare la maladie dont il souffrira jusqu'à sa mort. Je ne puis m'empêcher d'imaginer des signaux sensoriels inconscients qui auraient émergé dans ce texte qui s'achève sur la pensée de la « domination des muettes mais puissantes pulsions de mort » et qui semblent affaiblir le rôle d'Éros.

Sa grande pudeur ne lui a pas permis de confier ce qu'il ressentait envers ses patients dans ces moments douloureux. Mais si l'on prend en considération les arguments qu'il a donnés auparavant pour allonger ses patients, je peux penser qu'il était irrité à l'idée d'être épié par certains. Nous savons, à partir de nombre de ses rêves, combien il était sensible au regard et à ses aspects persécutifs. Il est remarquable que notre conception de la cure analytique ait d'emblée adopté cette technique parce que plus facile à pratiquer que le face à face. Cette dernière situation est désormais rangée, par la plupart des praticiens, dans les techniques plus thérapeutiques qu'analytiques. Quelle influence peut-on donc attribuer à la présence corporelle de l'un à l'autre des deux acteurs pendant la séance ?

Au cours de ma réflexion, j'ai bien sûr évoqué Searles et son livre sur le contre-transfert paru en français en 1981. Il relate quinze ans d'expérience. Searles a travaillé surtout avec des autistes et des schizophrènes, ce qui l'a sans doute obligé à une indispensable clairvoyance sur lui-même. Ces catégories de patients suscitent chez l'analyste des réactions assez vives pour qu'elles l'entraînent à aborder les fondements de sa propre vie psychique. Il envisage même, dans une perspective thérapeutique, une phase de symbiose qui soigne aussi l'analyste. Les représentations fantasmatiques du corps y prennent une place importante par la dominance du regard. Ce que j'évoquais au sujet des rêves de Freud me semble pouvoir se relier à l'angoisse de l'étranger, ressentie chez le bébé vers le huitième mois. Le visage est, comme l'écrit Winnicott, « ce qui est là pour être vu ». L'enfant ne reconnaît pas la forme, la composition de la face d'une personne nouvelle. J'ai moi-même éprouvé un sentiment d'exclusion lorsque des enfants psychotiques ou autistes ne se reconnaissent pas dans le miroir, qu'ils se cachent ou se rejettent brutalement, ou encore qu'ils réagissent par une étrangeté qui les fait hurler. Mon propre mouvement intérieur est alors plutôt le désarroi, une sorte de fuite de moi-même, dans la panique de ne plus pouvoir me reconnaître comme ce petit à qui je m'étais quelque peu identifiée jusque-là. Je retrouve vraisemblablement la détresse originaire que Rank a

jugée traumatique. Ce trou noir de l'inconnu de soi-même qu'a reconnu F. Tustin. Les formes verbales que j'essaie de donner à mon angoisse ne sont que l'utilisation que je suis apte à faire pour me défendre de cette plongée dans le désert intérieur. Je suis dans l'incommunicable et pourtant j'ai la capacité de partager cette horreur. Je suppose que la racine de mon incapacité à communiquer à ce moment s'inscrit dans la profondeur inconsciente où je refoule mes angoisses primaires. Ce que je ressens vivement à réfléchir sur ces processus, c'est l'obstination de ma curiosité envers ce je ne sais quoi qui lie mon corps à ma pensée et que je vois se construire chez mes patients.

Lorsqu'une sorte de communication directe peut parfois se manifester, il se produit une possibilité plus immédiate de la compréhension des inconscients. Ainsi, une patiente dont l'analyse se déroulait avec beaucoup d'empathie de ma part, émettait souvent des bruits intestinaux incoercibles contre lesquels elle protestait. Je ne cherchais pas vraiment à en comprendre le sens, tout intéressée que j'étais par ce qu'elle me disait de sa mère, pour qui elle éprouvait beaucoup d'amour et d'admiration, et aussi du plaisir qu'elle avait à son contact physique. C'est alors qu'au cours d'une séance je me mis aussi à émettre des bruits en écho à ma patiente. Celle-ci se mit à rire. Je ressentais une sorte de pouvoir qu'elle aurait exercé sur moi et dont je ne comprenais pas le mécanisme. Je pris

cependant assez vite conscience de l'irritation que je ressentais envers l'image de mère idéale que m'imposait ma patiente. Celle-ci ne semblait pas se satisfaire des sensations qu'elle trouvait dans le cadre des séances. Je sentais une dévalorisation évidente de mon contenant maternel et une rivalité féminine d'ordre homosexuel très manifeste. À un niveau plus profond, j'étais identifiée au soi infantile de ma patiente. J'avais introjecté l'image maternelle directrice. Je pus peu à peu faire part de ces relations à ma patiente en transposant en mots nos ressentis corporels communs. Mais, à y réfléchir, cette transmission directe de corps à corps, d'inconscient à inconscient, suppose l'élimination d'un pare-excitation protecteur et quasiment la transgression de la règle de neutralité. J'ai pourtant, de mon corps propre pendant les séances, une apparente certitude de sa stabilité, de ma domination des remous que le patient peut y provoquer.

L'évocation de mes réactions m'a conduit au souvenir de situations remarquables pour moi dans ce registre. Après des vacances hivernales, je reprends mes activités appuyée sur deux béquilles. Lorsque je fais entrer ma première patiente, elle me jette un furtif coup d'œil et, en s'allongeant, elle remarque : « Vous avez le même pull-over que ma mère. » Je manque éclater de rire, tellement la négation de mon état, de l'atteinte de mon corps, était évidente. De ma situation réelle, pas un mot.