

Rachel HUBER

Mémoire de
Praticienne en psychothérapie

**LE PROCESSUS
DE SUBJECTIVATION
EN PSYCHOTHERAPIE**

Directeur de mémoire

Pierre SUCHET

Formations :
Praticien en Psychothérapie

Soutenance Janvier 2013

CERFPA

Centre privé d'Etude, Recherche,
Formations en Psychologie Appliquée

Bureaux Espace 3000, Av. de Lantelme
06700 Saint Laurent-du-Var – France
Tél. : 04 93 19 37 17 - Fax : 04 93 19 37 10

REMERCIEMENTS

Un merci facétieux à mon intuition qui m'a conduite au **Centre d'Études Recherche Formations en Psychologie Appliquée – CERFPA**, et plus objectivement à l'ensemble de cette formation : son organisation, la variété des approches en psychologie que j'y ai rencontrée par le biais d'enseignants, qui, chacun à leur manière, ont transformé mon regard sur la vie, et ce depuis ma rencontre en 2006, au secrétariat avec Annie, qui m'a certifié que la Sophrologie n'était pas une secte et que je pouvais m'inscrire sans crainte !

Un merci empli de bonheur à feu Gislaine Millo. Sa rencontre a été le point de départ d'une transformation de mon être ressentie dans ma chair. Par la douceur de sa force et sa qualité de présence, elle m'a offert d'éprouver, après son départ, que le deuil n'est pas qu'une perte.

Un merci empreint d'une profonde gratitude à Marilou Rettinghaus, ma thérapeute, qui m'a permis, durant toutes mes années d'études au CERFPA, de me rencontrer dans ma profondeur, malgré les craintes que la confrontation avec les parties inconnues de moi-même ont pu générer. Son accueil inconditionnel, la finesse de sa compréhension de mon être et la manière dont son approche autorise leurs reconnaissances et leur intégration m'ont fait découvrir et définir ce que représente à mes yeux l'amour « de » et « pour » l'être humain.

Un merci particulier à Pierre Suchet, mon superviseur et directeur de recherches. Ma confrontation avec son positionnement et son regard m'a renvoyée à mes zones d'ombres. Ses analyses pointues m'ont poussée à creuser toujours au-delà et à « me dégager » au maximum dans mon écoute de l'autre.

Un merci enchanté à Cathy Damiano pour la rigueur de son enseignement et les outils concrets de transformation qu'elle a mis à ma disposition, et qui ont stimulé ma créativité.

Un merci singulier à Maurice Quadras pour sa manière si inspirante, durant les supervisions de groupe et ateliers, de répondre aux questions par des questions plus porteuses encore.

Un merci chaleureux à Claude Baumel pour la rapidité avec laquelle il a, depuis le début de mon inscription au CERFPA, répondu à mes questions et encouragé, par là-même, ma direction et mon positionnement dans ce métier.

Un merci enjoué à mes intimes : Hectorine ma marraine, mes amis Eric, Virginie, Céline, Jessica, Arlette, Alexia, Audrey, pour être toujours là, malgré le peu de disponibilité que je leur ai accordé tout au long de mes années d'études vers le métier de sophrologue et praticienne en psychothérapie, et qui, par leur soutien sans faille m'ont encouragée, et permis d'accroître ma confiance dans ce projet. Certains m'ont confié un membre de leur famille, d'autre, adressé des connaissances...

Un merci respectueux à mes clients pour la confiance qu'ils m'ont témoignée.

Un immense merci à mon groupe d'étudiantes au CERFPA : Patricia, Joanna, Andrée et Morgane. Et aux autres groupes ayant partagé ma formation : une des clefs d'expérimentation pour la découverte de la subjectivité ! Merci à certaines d'entre elles d'être devenues des amies.

Un merci reconnaissant aux membres de la profession médicale et paramédicale que j'ai rencontré sur le chemin de mes formations : Cédric, Ian, Sarah, et Mona, qui n'ont pas hésité à m'adresser leur clientèle lorsqu'ils ont pensé que mon approche pouvait lui être profitable.

Un merci affectueux à ma maman, Muriel, pour son amour, son appui précieux, et sa traque minutieuse de la faute orthographique dans la relecture de mon mémoire.

Un profond merci à Marcel, qui par son amour, m'a portée jusqu'à l'aboutissement de ce projet.

C'est sur ce sentiment de gratitude que je souhaite continuer mon évolution car c'est une base solide qui me soutient actuellement dans l'aventure de la maternité.

« Vois, disait Ochwiay Biano, comme les blancs ont l'ai cruel. Leurs lèvres sont minces, leurs nez pointus, leurs visages sont sillonnés de rides et déformés, leurs yeux ont un regard fixe, ils cherchent toujours. Que cherchent-ils ? Les blancs désirent toujours quelque chose, ils sont toujours inquiets, ne connaissent point le repos. Nous ne savons pas ce qu'ils veulent. Nous ne les comprenons pas, nous croyons qu'ils sont fous ! »

Je lui demandais pourquoi donc il pensait que les blancs étaient tous fous.

Il me rétorqua : « - Ils disent qu'ils pensent avec leurs têtes.

- Mais naturellement ! Avec quoi donc penses-tu ? demandais-je, étonné.

- Nous pensons ici », dit-il, en indiquant son cœur.

Je tombai dans une profonde réflexion. »

C.G. JUNG, *Ma vie*, 1966

« Penser cognitivement et éprouver émotionnellement sont donc littéralement indissociables. »

B. GOLSE, *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, 2008

« Toute demande est demande d'amour »

J. LACAN, *Le Séminaire, Tome IV : La relation d'objet*, 1956-1957

TABLE DES MATIERES

AVANT PROPOS	7
INTRODUCTION.....	10
I. THEORIE	14
1 PSYCHOTHERAPIE ET SUBJECTIVATION.....	14
1.1 CADRE THEORIQUE ET REFERENCES	16
1.2 DEFINITIONS	16
1.3 ENJEUX CLINIQUES.....	18
2 DYNAMIQUE D'ACCES A L'INTERSUBJECTIVITE.....	20
2.1 CORPS ET STRUCTURATION PSYCHIQUE.....	21
2.1.1 FREUD SIGMUND.....	21
2.1.1.1 Le sexuel et les traces mnésiques.....	21
2.1.1.2 Prise en compte de l'objet et relation(s) d'objet	23
2.1.2 AULAGNIER PIERA : Processus originaires et pictogrammes	30
2.1.3 ROUSSILLON RENE : Fonctions contenant et symbolisations	33
2.1.3.1 WINNICOTT DONALD W.: Holding et handling	34
2.1.3.2 BION WILFRED R.: Le modèle contenant-contenu	34
2.1.3.3 Les premiers niveaux de symbolisation	35
2.1.4 La (Dé)négation.....	41
2.2 CORPS : ENVELOPPES ET IMAGES	43
2.2.1 BICK ESTHER : La fonction d'enveloppe	43
2.2.2 PANKOW GISELA : L'image du corps	46
2.2.3 DOLTO Françoise	49
2.2.3.1 L'image inconsciente du corps	49
2.2.3.2 Stade du miroir et représentations de soi	51
3 DE L'INTERSUBJECTIVITE A LA SUBJECTIVATION ...	54
3.1 L'ATTACHEMENT	55
3.1.1 Les modèles internes opérants.....	58
3.1.2 Le lien d'attachement : transmission, pérennité et subjectivation	61
3.1.3 Objet d'amour et subjectivation	66
3.2 EVOLUTION DE LA SYMBOLISATION	69
3.2.1 La fonction paternelle	70
3.2.2 Le langage	71
3.2.3 La symbolisation à l'adolescence	72
3.3 LE FANTASME.....	74
3.3.1 L'origine de la vie fantasmatique	74
3.3.2 La capacité de fantasmatisation	75

II.	METHODOLOGIE	78
1	LA SOPHROLOGIE	78
1.1	CAYCEDO ALFONSO	78
1.2	HUBERT JEAN-PIERRE	80
1.3	LA CONSCIENCE.....	81
1.3.1	<i>Les états de conscience</i>	81
1.3.2	<i>Les niveaux de conscience</i>	82
1.3.3	<i>Les formes de conscience</i>	84
1.4	LE SCHEMA CORPOREL COMME REALITE VECUE	84
2	LE CADRE DES SEANCES EN PSYCHOTHERAPIE ANALYTIQUE ET SOPHROLOGIE	86
2.1	LE CADRE DE TRAVAIL	87
2.2	LES SEANCES DE SOPHROLOGIE	88
2.3	LES SEANCES VERBALES.....	91
III.	ILLUSTRATIONS CLINIQUES	94
1	PRESENTATION DES VIGNETTES CLINIQUES	94
1.1	LAURE.....	95
1.2	LAELI	96
1.3	KARL.....	97
1.4	SERVANE.....	99
1.5	TINA.....	100
2	ANALYSE DES VIGNETTES CLINIQUES.....	102
2.1	PARENTALITE ET TRANSMISSION PSYCHIQUE	103
2.1.1	<i>Rôle des émotions maternelles et représentation de l'objet</i>	104
2.1.2	<i>Interactions fantasmatiques</i>	108
2.1.3	<i>Défaillance précoce de contenance maternelle</i>	111
2.2	TROUBLES PRECOCES ET ORGANISATION DES DEFENSES.....	115
2.2.1	<i>Angoisses primitives</i>	116
2.2.2	<i>Angoisse de séparation</i>	133
2.3	DE LA THEORIE DE L'ESPRIT A L'EMPATHIE : UN CHEMIN POUR LE PROCESSUS DE SUBJECTIVATION	136
2.4	LE CONTRE-TRANSFERT, UN OUTIL POSSIBLE POUR LE MANIEMENT DU TRANSFERT	138
3	CONCLUSION.....	143

AVANT PROPOS

Le principe sous-jacent aux pulsions de vie est un principe de liaison.
« Le but de l'Eros est d'établir de toujours plus grandes unités, donc de conserver : c'est la liaison. »

FREUD S., *Abrégé de psychanalyse*, 1938

D'aussi loin que je m'en souviennne, la notion de lien a toujours été centrale dans ma vie : nouer des amitiés, faire se rencontrer mon entourage, relier des idées... Jusqu'au jour où une souffrance singulière m'a fait prendre conscience que ce qu'il me fallait réunir, c'était les morceaux de mon histoire, afin de me relier à... moi-même.

C'est ma découverte de la sophrologie, puis de la psychothérapie analytique qui m'a permis, au fil des ans, d'*être-dans-le-monde* de façon consciente et d'y trouver ma place en tant que personne. J'ai d'abord expérimenté la possibilité de canaliser le flux foisonnant de mes pensées, qui m'agissait et m'agitait. *La conquête du corps est la conquête de l'esprit* et c'est ce principe de la sophrologie qui a fait sens pour moi : il m'a permis d'éprouver l'association des sensations perçues dans mon corps avec les émotions générées par mes pensées et de les observer, puis, de les lâcher. Ainsi, au fil de mon travail, se sont présentés à ma conscience des épisodes difficiles de mon histoire ainsi que les émotions de tristesse, de colère et de peurs qui y étaient reliés. Parallèlement, l'élargissement de mon champ de conscience, opéré par la pratique sophrologique et la thérapie verbale, dans une dynamique de découverte, de déploiement et de conquête de l'intimité de mon être, m'a conduit à accepter mon histoire, en tant qu'elle a participé à construire qui je suis, dans l'ici et maintenant. Ce processus s'actualise en moi par une place plus constante du sentiment

de joie de vivre, par un ressenti profond et sécurisant de confiance en ma vie dont découle une sérénité découverte, et à la perception chaleureuse de l'amour pour moi et pour l'être humain.

C'est ce sentiment d'ipséité, tel que je l'éprouve actuellement, qui m'a conduit à m'interroger plus spécifiquement sur les conditions de son accession.

J'ai voulu tenter d'appréhender comment le psychisme peut poursuivre le développement - voire l'initier - d'un processus aboutissant à une conscience de soi vécue, de sa propre subjectivité, par le biais d'une approche psychothérapeutique qui allie à l'analyse verbale la prise en compte du ressenti corporel : *c'est pourquoi au niveau formel, ce mémoire, qui a pour dessein l'obtention des certificats de sophrologue et de praticien en psychothérapie*, établit des liens théoriques entre ce qui pourrait se passer au niveau psychologique, grâce à la pratique de la sophrologie, et prend soin, à un niveau méthodologique, de porter un regard précis sur l'utilisation de la sophrologie française dans le cadre d'une psychothérapie analytique.

Les patients du Centre Hospitalier Princesse Grace, que j'ai eu la grande chance d'accompagner un temps de leur vie, ainsi que mes clients, qui m'honorent de leur confiance, témoignent de la variété des formes de souffrances psychiques en rapport avec la construction d'un sens de soi intégré. C'est par l'équipement perceptif dont notre corps est pourvu à la naissance que s'établissent les processus qui permettent, progressivement, de se vivre comme séparé, tout en percevant l'autre en tant que capable lui-même de se vivre comme

distinct. Le bébé a besoin de la subjectivité de sa mère¹ pour penser ses propres perceptions, un « *appareil à penser ses pensées* » dirait Bion, et c'est ce qui m'a fait m'intéresser plus précisément aux liens entre les processus concernant l'interaction interpersonnelle et la constitution d'un espace intrapsychique individuel. Les problématiques d'investissement mutuel à ce niveau de développement psychique entravent l'essor du processus de subjectivation du bébé et par là même, le déploiement de l'éprouvé subjectif de soi.

Je m'interrogeais, dans le premier temps d'élaboration de ce mémoire, sur la notion d'amour. Tout d'abord au sujet de son importance pour le développement psychoaffectif, puis, ensuite, sur son rôle dans la relation psychothérapeutique. Aujourd'hui la notion d'amour recouvre pour moi celle de subjectivation : de part sa subjectivité personnelle, faire naître la subjectivité de l'autre ; permettre à l'autre de s'éprouver lui-même dans son individualité propre.

« L'amour fait preuve d'intelligence quand il contribue à construire chez l'enfant, chez l'ami, chez la compagne ou le compagnon, une enveloppe souple et ferme qui le délimite et l'unifie... une peau vivante pour ses pensées. »²

¹ Le terme "mère" est ici employé pour définir la personne qui est principalement responsable des soins donnés à l'enfant, ou de manière extensive, l'environnement maternant. Cette forme sera utilisée tout au long ce mémoire dans le but d'alléger le texte.

² ANZIEU D., *Le Moi-peau*, Dunod, (1^{ère} édition Bordas, 1985), Paris, 1995, p.12

INTRODUCTION

Par l'écriture de ce mémoire, je propose un regard sur l'émergence de l'éprouvé subjectif de soi. Effet du processus de subjectivation, qui englobe à la fois soma et psyché, je soutiens l'intérêt, sur la base de cette relation mutuelle, d'associer à un travail de psychothérapie d'inspiration psychanalytique une technique à médiation corporelle : la sophrologie. Il s'agit de permettre, à travers les notions d'intersubjectivité et de subjectivation, de retracer, schématiquement, une représentation d'ensemble du processus de subjectivation dans le but d'accompagner le client dans l'éprouvé de son sentiment de soi, vers le déploiement de son individuation, à partir de sa problématique actuelle.

La première partie de ce mémoire est destinée, dans un premier temps, à poser le cadre de références théoriques, à définir les notions utilisées, et à préciser les enjeux cliniques spécifiques au travail psychothérapeutique réalisé à partir du point de vue de la subjectivation.

Il s'agira, dans un second temps, de présenter une dynamique de l'accès à l'intersubjectivité.

Nous y verrons d'emblée, en retraçant le parcours de la structuration psychique conduisant à la représentation de soi, le rapport entre étayage corporel et éprouvé subjectif de soi. Ce qui permettra, dès lors, d'envisager la sophrologie comme une indication susceptible de permettre une reprise de l'élaboration de la représentation corporelle et celle d'un nouvel espace psychique d'inscription et d'introjection, soit, d'appropriation d'un sens de soi.

Il me paraît ensuite intéressant d'aborder la question de l'articulation entre intersubjectivité et subjectivation, car, dès le tout début de la vie, c'est l'interrelation interpersonnelle qui organise la structuration intrapsychique, déterminante de la manière dont l'être va s'éprouver.

Nous observerons qu'à la naissance, c'est l'autre qui donne du sens aux éprouvés corporels. Le bébé développe, pour satisfaire à ses propres besoins de protection et pour s'adapter aux réponses qu'apportent ses figures d'attachement à l'expression de ces besoins, une stratégie, traduite par l'élaboration de modèles internes opérants, qui deviendront les représentants inconscients de sa réalité psychique. Mise en jeu par le client dans le cadre de la thérapie au sein de la relation transférentielle, c'est cette double construction qui est donnée à voir : à la fois s'esquisse le modèle interne opérant sous-jacent et le moyen privilégié de relation avec ses différents types d'objets. S'y déroule alors ce qui a et n'a pas eu lieu d'essentiel pour la subjectivité et la vie psychique de celui-ci. Aussi, le maniement du transfert est une partie minutieuse et délicate car ce qui s'y rejoue s'origine dans ce qui est resté refoulé ou clivé : inapproprié de l'histoire de l'individu. L'effet de la parole actualise dans le récit ces éléments en souffrance d'appropriation subjective ; c'est pourquoi nous aborderons la question de la symbolisation, car de son activité au cours de la thérapie découle un remaniement psychique dont dépend le déploiement de la représentation de soi. Ce qui permet à l'être de se situer plus clairement par rapport à autrui et à ses exigences, à reconnaître et mieux tolérer ses propres frustrations, la variété de ses affects et l'intensité de ses pulsions.

Nous verrons également que cette représentation de soi, mise en acte et en mots dans la thérapie, s'exprime aussi dans et par la vie fantasmatique. Les fantasmes, qu'ils soient conscients, comme les

rêveries diurnes, ou inconscients tels qu'ils apparaissent dans les rêves ou la psychopathologie de la vie quotidienne, nécessitent une attention particulière car ils témoignent de la réalité psychique de l'être et de la mise en place de ses processus défensifs. Particulièrement mobilisée en sophrologie, l'activité de fantasmatisation y est générée par les sensations perçues dans le corps. La mise en mots du vécu de la séance va rendre compte de la capacité d'élaboration psychique du client, et c'est de l'interaction fantasmatique, issue de la rencontre avec l'inconscient du praticien en psychothérapie, que la circulation de l'énergie psychique peut être réactivée, jusqu'à la perception de soi, représentée comme l'expérience d'une continuité de vécu corporel et psychique.

Dans la deuxième partie de ce mémoire, j'expose tout d'abord l'approche qu'est la sophrologie analytique, basée sur les concepts du Professeur Alfonso Caycedo, ainsi que l'application que j'en fais dans ma pratique. Nous y aborderons le travail sur l'état de conscience sophroliminal et l'intégration du schéma corporel, en relation avec la notion d'appropriation subjective. J'expliquerai ensuite le déroulement des séances de psychothérapie verbale et leur agencement aux séances de sophrologie.

La troisième et dernière partie de ce mémoire est dédiée à la présentation des cas cliniques et à leur analyse, dans laquelle j'essaie de mettre en exergue le chemin qu'a emprunté le processus de subjectivation dans l'histoire de chaque individu.

Enfin, il me tient sincèrement à cœur de faire ressortir la notion d'équilibre qui s'éprouve dans une psychothérapie qui intègre la pratique de la sophrologie. Elle permet de partir à la conquête d'une

harmonie entre émotions, pensées et comportements grâce à la mobilisation du corps. Se sentir acteur de sa vie, se ressentir habiter pleinement son corps, à son rythme, et pouvoir verbaliser cette appropriation dans un cadre contenant me semble être une expérience subjectivante, qui s'actualisera continuellement dans la perception du sentiment d'ipséité.

PREMIERE PARTIE

I. THEORIE

1 PSYCHOTHERAPIE ET SUBJECTIVATION

L'approche psychocorporelle que je présente ici se veut être un espace au sein duquel l'humain est considéré comme une unité somatique, psychique, et affective. Egalement spirituelle, si l'on prend en compte l'apport de la sophrologie. Un cadre, propice au développement d'un sentiment de sécurité interne, qui supporte la personne dans son individuation, et dans lequel elle expérimente le soutien nécessaire au déploiement de ses facultés et ressources propres. Un espace de liberté d'être, qui lui permette d'advenir.

Aussi, au-delà du motif de consultation formulé, de la souffrance qui en découle et du symptôme perceptible, témoin du conflit qui agite la vie psychique de l'être, je perçois la demande de prise en charge thérapeutique en tant que demande d'amour³. Dans ce contexte, l'articulation entre le besoin, la demande et le désir se rejoue au sein de la thérapie telle qu'elle a été à l'œuvre pour le bébé dans la relation à sa mère. Le besoin est responsable du cri qui en lui-même n'a aucune signification : c'est la mère qui, en entendant ce cri, lui donne la valeur d'un appel, appel qui à son tour donnera naissance à des demandes de plus en plus élaborées, et qui, dans l'écart de ce qui s'est mis en place entre le besoin et la demande, permettra au désir de s'ébaucher.

³ LACAN J., *Écrits*, Paris, Seuil, coll., Le champ freudien, 1966, p.814

Cette compréhension du besoin humain, de la demande qui en découle et du désir que leur relation suscite me fait soutenir l'hypothèse selon laquelle la logique qui sous-tend l'enchaînement et l'articulation des temps, stades ou phases de la construction de l'appareil psychique et de la subjectivité résulte autant de l'être en devenir, véritable héros de son histoire, que de l'évolution de sa rencontre avec son environnement humain. Aussi, cette demande d'amour, qui vient se dire dans l'espace thérapeutique, souvent sous la forme de souffrances, je l'entends comme l'expression du désir d'un lieu permettant la (re)appropriation d'un sens de soi.

Alors, si dans le premier temps d'une psychothérapie, le praticien se forge une conception, la plus précise et la plus claire possible, de l'organisation économique psychique du client par l'observation du Moi, dans le cadre de repères structuraux connus pour leur stabilité⁴ et rendant possible l'appréhension de la manière selon laquelle son psychisme est organisé et peut, en conséquence, se trouver à la fois compris et analysé, je souligne l'importance de l'évaluation de l'ipséité de celui-ci.

L'ipséité est ce qui constitue l'individualité d'un être, en tant qu'il est lui-même et différent des autres, et, plus particulièrement, son aptitude à se représenter lui-même avec constance, malgré tous les changements physiques et psychologiques qui peuvent advenir à sa personne au cours de son existence. Ce n'est pas un terme appartenant au corpus du vocabulaire psychanalytique, mais il me semble exprimer clairement ce que signifie l'éprouvé du sentiment de soi, perception qui peut être considérée comme effet du processus de subjectivation.

⁴ BERGERET J., *et alii*, *Psychologie pathologique, théorie et clinique*. Paris, Edition Masson, 9^{ème} édition, 2005

1.1 CADRE THEORIQUE ET REFERENCES

Le concept de subjectivation s'est imposé à de nombreux psychanalystes contemporains⁵ pour rendre compte des multiples problématiques cliniques, rencontrées dans leur pratique, et affectant le sens de soi, tel qu'il se constitue en relation aux autres. Ce nouveau point de vue est apparu au sein de leurs échanges pour tenter de mettre en relief les aspects inconscients d'un processus qui constitue un des ressorts essentiels de la vie psychique : la capacité à se reconnaître comme auteur de sa vie.

Au-delà de la diversité des courants théoriques et des anciens modèles génétiques et développementaux existants, la notion de subjectivation paraît constituer une référence commune⁶ centrée sur une approche psychodynamique qui s'intéresse en particulier à la structuration du psychisme. Il s'agit ici d'élaborer des propositions d'articulation avec la métapsychologie freudienne.

1.2 DEFINITIONS

Le terme de subjectivation se rencontre actuellement couramment dans les sciences humaines car l'ancienne conception, jusqu'alors véhiculée, d'un sujet considéré en tant que substance, c'est-à-dire comme une chose dont la caractéristique essentielle est de n'avoir besoin de rien d'autre que soi pour exister, ou bien comme un être donné d'emblée, a progressivement laissé la place à l'idée *d'un processus permanent de production de soi*⁷.

⁵ RICHARD F., WAINRIB S. ET AL., *La subjectivation*, Paris, Dunod, Coll. Inconscient et Culture, 2006

⁶ R. CAHN, CHABERT C., RICHARD F., ROUSSILLON R., WAINRIB S. ; Conférence - Journées scientifiques organisées par le Carnet Psy, *Subjectivation, un nouveau point de vue en psychanalyse ?*, Boulogne, 2 et 3 avril 2005

⁷ WAINRIB S., *La psychanalyse, une question de subjectivation?*, Le Carnet PSY, 2006/5 n°109, p.23-25

Dans le contexte de ce mémoire, il s'agit de penser le

« ... processus de subjectivation en tant qu'étape développementale permettant à l'être humain de devenir une personne, soit un sujet capable de se penser tel, et de se nommer comme tel. »⁸

Et ceci afin d'envisager un cadre et des repères méthodologiques au sein de la psychothérapie.

Pour Steven WAINRIB⁹, psychiatre, psychanalyste, membre titulaire de la Société Psychanalytique de Paris, deux usages possibles du terme *subjectivation* permettent d'en expliciter la signification dans une perspective psychanalytique qui correspond à l'approche analytique de la psychothérapie proposée ici:

- 1) La première signification est issue de l'adjectif *subjectif*: la subjectivation consiste alors à rendre subjectif quelque chose.

Ce quelque chose prendra sens en fonction du propre point de vue de la personne. Le fonctionnement psychique peut alors être considéré dans sa quête permanente d'un sens propre à donner concernant tout ce qui affecte l'être humain: tant à propos de son environnement que de son corps propre et de la relation entre les deux. La perspective analytique invite ainsi à prendre en compte l'effet des processus inconscients, la subjectivation se nourrissant de la réalité psychique, au sens freudien.

- 2) La seconde signification est issue du substantif : la subjectivation tient alors d'un devenir sujet. Ainsi, au lieu de localiser le sujet dans la conscience, comme l'a fait la phénoménologie et plus tard la sophrologie en s'inspirant de ce courant à la fois en tant que courant philosophique et démarche scientifique, ou bien d'évoquer le seul sujet de l'inconscient comme Jacques LACAN (1901-1981), il s'agit là d'une prise en compte de l'émergence du sujet à

⁸ GOLSE B., *De l'intersubjectivité à la subjectivation (co-modalité perceptive du bébé et processus de subjectivation)*, Le Carnet PSY, 2006, 5 / n° 109, p.25-29

⁹ WAINRIB S., *La psychanalyse, ..., op.cit.*, p.23-25

partir de multiples processus, dans le même temps conflictuels et associés.

*« Loin de pouvoir s'achever un jour, cette quête de soi **laisse à désirer** [c'est moi qui souligne], et confronte à l'écart entre une forme idéale pleine et le manque de complétude lié à la rencontre des différences, entre soi et les autres, entre les sexes et les générations.*

Toute la pertinence du concept de subjectivation en psychanalyse, tient dans sa capacité de pouvoir relier les deux usages évoqués ici. Rendre subjectif et devenir sujet sont les deux faces d'une co-émergence du sujet et de sa réalité psychique. »¹⁰

1.3 ENJEUX CLINIQUES

Pour ces auteurs, la notion de subjectivation pourrait *ouvrir une autre approche de la clinique en un vaste spectre s'étendant des névroses aux psychoses en passant par les diverses atteintes du corps¹¹.*

Ce qui caractérise ce travail consiste en la reconnaissance et l'appropriation d'éléments inconscients de la psyché, jusqu'alors refoulés, exclus, apparemment indifférents et/ou secondaires, mis en jeu entre le praticien en psychothérapie et le client, et revêtant, en réalité, une importance insoupçonnée de lui. Une reconnaissance et une appropriation de ce qui émerge, et aussi de ce qui n'est pas encore symbolisé, et se manifeste en tant que souffrance existentielle.

A partir de là, le travail effectué dans mes consultations peut être conçu comme un processus qui permettrait l'émergence - je me laisse aller à dire : au *cœur* de l'être - d'un « Je » perceptivement incarné.

L'utilisation de la sophrologie, par, justement, l'appropriation perceptive consciente des ressentis des sensations corporelles qu'elle

¹⁰ WAINRIB S., *La psychanalyse, ..., op.cit.*, p.23-25

¹¹ *Ibid*

met en jeu, permet, dans l'échange verbal qui suit la séance, l'intégration progressive de la subjectivité d'une expérience personnelle. Ainsi émerge une rencontre avec soi différente, car vécue sur un mode perceptif différent : celui de l'état sophroliminal ou, au moins, de l'état de relaxation.

Au-delà de la pratique Sophrologique, une rencontre avec soi différente, de toutes manières, car vécue dans le cadre de la psychothérapie. Et, du fruit de cette rencontre, c'est le sentiment, le sens, le devenir soi qui va se trouver à être appréhendé en tant que processus. La subjectivation représente alors le travail par lequel une personne se reconnaît dans sa manière de donner sens au réel et de s'approprier l'unité de son être au moyen d'une activité de symbolisation¹².

Le cheminement envisagé dans ce mémoire soutient l'hypothèse selon laquelle les relations interpersonnelles précoces génèrent à la fois l'intrasubjectivité et l'intersubjectivité, et conditionnent les conflits, les défenses, l'anxiété et les impulsions de la vie psychique. L'approche psychothérapeutique présentée ici propose une confrontation au comportement défensif et à l'affect qui émerge, de telle façon que les souvenirs réprimés et les idées qui les accompagnent puissent être pleinement vécus. Il s'agit d'aborder, de clarifier et d'interpréter ces manifestations. Cette approche s'appuie donc sur une position particulière du praticien, qui demeure attentif à sa qualité de présence, sa capacité de constance et de contenance, son authenticité et veille au respect de l'individualité de l'autre.

Envisager de travailler en psychothérapie à travers le prisme de la subjectivation demande de s'intéresser à la manière dont le

¹² Langagière, artistique...

psychisme accède d'abord à la différenciation puis à l'émergence d'une subjectivité. Aussi, les chapitres à venir proposent un regard sur le processus de subjectivation en tant que processus de développement et de croissance psychique, puis d'individuation.

2 DYNAMIQUE D'ACCES A L'INTERSUBJECTIVITE

L'ipséité n'est pas ressentie d'emblée : l'éprouvé subjectif de soi se construit. Ces notions concernent à la fois l'identité, la personnalité et l'individualité. L'identité, entendue en tant que caractère d'identification permanent et fondamental, peut être considérée comme la base sur laquelle s'édifie la personnalité. Somme totale de toutes les caractéristiques comportementales et mentales au moyen desquelles une personne se reconnaît comme être unique, la personnalité implique par là-même l'individualité, en tant qu'être séparé, distinct des autres membres de la même espèce.

Bernard GOLSE, pédopsychiatre, psychanalyste à l'Association psychanalytique de France, précise que le sentiment de soi procède d'un accès à la notion d'altérité, lui-même issu d'un

« ...mouvement de différenciation qui va permettre à l'enfant, un jour, d'éprouver, de ressentir et d'intégrer profondément que soi et l'autre, cela fait deux. Il s'agit donc du processus de différenciation extra-psychique qui permet au bébé d'émerger de son vécu d'unicité ou de fusion initiale. »¹³

De fait, avant d'expérimenter la possibilité de se situer et de fonctionner en tant que première personne dans sa vie, le psychisme de l'être humain se prête à multiples modelages :

« La matière première psychique se présente comme une matière hypercomplexe, elle est multiperceptive, multisensorielle,

¹³ GOLSE B. ET ROBEL L., *Pour une approche intégrative de l'autisme infantile*, Recherches en Psychanalyse [En ligne], 7 /2009, mis en ligne le 01 juin 2009, <http://recherchespsychanalyse.revues.org/146#tocfrom1n2>

multipulsionnelle, elle mêle le dedans et le dehors, la part du sujet et celle de l'objet qu'il rencontre, elle se forme à l'interface du sujet et de l'objet, là où ils interagissent et croisent leurs impacts respectifs... »¹⁴

2.1 CORPS ET STRUCTURATION PSYCHIQUE

C'est à partir du corps propre et de la matière première psychique, pour reprendre l'expression de ROUSSILLON, soit le psychisme du nouveau né, que va s'initier l'instauration conjointe d'une différenciation intrapsychique d'une part, et d'une différenciation extra psychique d'autre part. Dans le registre psychodynamique, la différenciation intrapsychique correspond au mouvement qui permet la spécification progressive des diverses fonctions et localisations psychiques : inconscient, préconscient et système de perception-conscience, ainsi que des diverses instances psychiques : Ça, Moi, et Surmoi. La différenciation extra psychique correspond quant à elle, au mouvement qui permet à l'être en devenir de se dégager de la symbiose originelle et d'intégrer peu à peu

«...la séparation existentielle ou, pour dire les choses plus simplement, de prendre conscience que soi et autrui ne sont pas confondus, ne l'ont pas vraiment été et ne le seront jamais plus. »¹⁵

2.1.1 FREUD SIGMUND

2.1.1.1 Le sexuel et les traces mnésiques

En 1905, dans Trois essais sur la théorie sexuelle¹⁶, Sigmund FREUD propose de considérer la libido en tant qu'énergie de la pulsion sexuelle, sur laquelle le désir sexuel s'élabore. Pour FREUD, le désir se construit psychiquement, au cours de l'histoire de chaque être, dès les premiers plaisirs corporels de l'enfance relatifs, notamment, à l'allaitement. En 1923, il pose comme postulat de base de la structuration psychique :

¹⁴ ROUSSILLON R. : *La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double »*, Revue française de psychanalyse, 68, p.421-439, 2006, p.29

¹⁵ GOLSE B., *L'intersubjectivité*, Le Carnet PSY, n° 41, p.30-31

¹⁶ FREUD S., *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, Coll. Folio Essais, 1989

« Le Moi est avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un Moi de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface [...] Le Moi est en dernier ressort dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui naissent à la surface du corps, à côté du fait qu'il représente la superficie de l'appareil mental. »¹⁷

Ses travaux soulignent l'intérêt qu'il manifeste pour les sensations corporelles et leurs relations avec les processus affectifs. Comment cela se structure-t-il à l'aube de la vie ?

Le psychisme du nouveau né relève d'une combinaison de perceptions et de sensations brutes émanant du corps et investies par les motions pulsionnelles qui vont laisser des traces, qu'il appelle traces mnésiques. Ces traces mnésiques désignent

« ...la façon dont les événements s'inscrivent dans la mémoire. Les traces mnésiques sont déposées [...] dans différents systèmes, elles subsistent de façon permanente mais ne sont réactivées qu'une fois investies. »¹⁸

FREUD précise que si nous ne nous souvenons pas des événements des premières années, c'est en raison du refoulement, qui fonde l'inconscient, au sein de la construction de sa première topique¹⁹. Dans la seconde topique²⁰, cette matière première psychique, part de soi brute à laquelle nous n'avons pas d'accès direct, parce que totalement inconsciente, est liée au Ça : il s'agit de la strate la plus profonde de la psyché. Une surface sur laquelle s'inscrit, dès le tout début de la vie, l'expérience indifférenciée, principalement sensori-perceptive, constituée de traces polysensorielles. Des expériences sans notion de temps, d'espace, ni de contradiction ou négation, et s'étayant sur le corps physique.

¹⁷ FREUD S. *Le moi et le ça*, Paris, Payot, Coll. Petite Bibliothèque Payot, (1^{ère} édition 1923), 2010, p.238

¹⁸ LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, Coll. Quadrige Dicos Poche, (1^{ère} édition 1967), 2009, p.489

¹⁹ Travaillée à partir de 1896, et formalisée dans l'interprétation des rêves en 1900.

²⁰ 1920

Dans les premiers temps de la vie extra utérine, le nouveau né se trouve en état d'immaturité proprioceptive et vit objectivement dans un état d'extrême dépendance par rapport à son environnement humain : il ne peut subvenir seul à ses besoins, ni gérer les tensions qui l'habitent. C'est ce temps de la vie qui est défini par FREUD en tant que *narcissisme primaire*, état dans lequel le bébé tend à interpréter subjectivement ce qui se passe comme si tout provenait de lui. C'est le temps de l'omnipotence.

Cette position narcissique primaire est la première position subjective du processus de subjectivation, conduisant à l'éprouvé subjectif de soi. Ce temps est important quant à la constitution de la subjectivité en ce qu'il est la base sur laquelle s'élabore la réalité psychique, l'une des réalités fondamentales de l'être humain : celle à travers laquelle il signifie le monde et la vie. Soit, ce qui, indépendamment pour chacun, prend, au sein de son psychisme, valeur de réalité.

C'est l'expression de cette réalité qui est à entendre dans l'écoute analytique, et qui va être la base de travail du praticien.

2.1.1.2 *Prise en compte de l'objet et relation(s) d'objet*

Daniel LAGACHE (1903-1972), médecin psychiatre et psychanalyste français, a souligné l'importance croissante de la notion de relation d'objet à partir des années 1930. Elle traduit, depuis FREUD, qui ne parle de l'objet libidinal que du point de vue du sujet²¹, les préoccupations des praticiens quant à leurs approches conceptuelles et méthodologiques.

LAGACHE attribue l'évolution de la notion d'*objet*, située à l'origine dans le cadre strict de la théorie freudienne des pulsions, en *relation d'objet* à un

²¹ LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., *Vocabulaire ...* p.404

« ...mouvement des idées qui n'est pas propre à la psychanalyse et qui conduit à ne plus considérer l'organisme à l'état isolé, mais dans une interaction avec l'entourage. »²²

Aussi, si FREUD n'a pris en compte les relations réciproques entre mère et enfant que dans les Trois essais sur la théorie sexuelle, ses successeurs, psychiatres ou psychanalystes d'enfants²³ intéressés par les processus de développement et de maturation psychique n'ont pas pu faire l'économie de l'étude de l'impact de la relation précoce entre le bébé et son environnement. Leurs études sur la genèse de la relation d'objet s'attachent à préciser l'importance de l'objet dans sa spécificité, pour la structuration conjointe de la personnalité et du Moi du sujet par différenciation progressive d'avec un objet, primitivement confondus.

Ce courant de pensées soutient l'idée proposée dans ce mémoire : les racines de l'éprouvé subjectif de soi se nourrissent du substrat qu'est la subjectivité parentale ; comme la sève, qui en est imprégnée, circule dans toutes les parties de l'arbre, la subjectivité des parents nourrit l'être dans toute sa construction. Il en est investi dès sa constitution, alors même que la différenciation soi non-soi n'a pas encore été réalisée.

Devenir soi apparaît de plus en plus nettement être une conquête, et la psychothérapie allié à la sophrologie, qui agit sur et avec la conscience, permet, par l'attention qu'elle développe, le travail de pensée et d'intégration que cette aventure demande, depuis les tous premiers moments de la vie.

Approfondissons à ce sujet les rapports entre corps et psyché.

²² GOLSE B., *Le développement...*, op.cit., p.305

²³ SPITZ, TUSTIN, MAHLER, WINNICOTT, MELTZER, KLEIN ET BOWLBY pour ne citer qu'eux.

FREUD fait l'hypothèse d'une relation entre l'investissement libidinal de certaines zones corporelles et des conflits psychiques spécifiques. L'être, tout au long de sa vie, éviterait ou chercherait la satisfaction de désirs liés à des zones particulières du corps ou à des zones symboliquement équivalentes.

*« ...l'objet de la pulsion est ce en quoi ou par quoi la pulsion peut atteindre son but. Et sa contingence ne signifie pas que n'importe quel objet puisse satisfaire la pulsion, mais que l'objet pulsionnel, souvent très marqué de traits singuliers, est déterminé par l'histoire – principalement l'histoire infantile – de chacun. »*²⁴

La détermination de l'objet par l'histoire personnelle de chaque être humain éclaire la célèbre formulation freudienne consistant à dire que *trouver l'objet c'est, au fond, le retrouver*²⁵. Il participe du sentiment de soi car il constitue le fondement inconscient de l'être, de ses valeurs, de sa subjectivité. Peut-être même en même temps qu'il le conditionne et l'oriente. L'aliène même, si l'être y demeure subordonné car non différencié, toujours identifié, comme ce peut être le cas lorsque l'angoisse de séparation, que ce mouvement de la vie demande, est trop forte.

En effet, le mouvement de différenciation, qui se fait en rapport au monde extérieur, est un mouvement de séparation. Les défenses mises en place s'observent de la manière la plus évidente dans les pathologies autistiques et les psychoses sévères, mais se manifestent également avec plus ou moins de virulence symptomatique au cours d'une vie d'homme.

Du point de vue intrapsychique, l'objet, sous le primat du *principe de plaisir*, est partiel et relativement interchangeable. Considéré comme tel, il est caractéristique des stades prégénitaux, lors desquels sont mises en œuvre des pulsions partielles de la pulsion

²⁴ LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., *Vocabulaire ...* p.290

²⁵ FREUD S., *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, 1905

sexuelle dans son ensemble, qui fonctionnent indépendamment car elles sont encore libres : chacune pour soi cherche sa satisfaction de plaisir dans le corps propre.

Les objets partiels sont investis et symbolisés progressivement au cours du développement, chacun d'eux définissant, en l'organisant, un stade : oral, anal, phallique, de latence. Ces stades apparaissent comme une dimension supplémentaire au long de l'évolution, mais pas de manière linéaire et constante : il peut y avoir des régressions. Ils entraînent un remaniement de l'ensemble de la psyché en donnant un rôle nouveau aux pulsions partielles antécédentes.

A la naissance, le nourrisson a donc une vie mentale et somatique très proche du pulsionnel. Elle est ordonnée presque exclusivement par les besoins archaïques. Du monde qui l'entoure n'existe que ce dont il a besoin, et il est étroitement dépendant de son environnement dont il n'a pas conscience. Ceci est la base commune à partir de laquelle chaque chercheur va élaborer ses théorisations.

De là, l'appréhension de la relation d'objet dans le cadre thérapeutique constitue un point nodal conceptuel qui a agité et agite encore les débats entre psychanalystes. Comment s'entend-elle ? Que faut-il prendre en compte ? En effet, même si un discours qui vise à l'universalité ne devrait *a priori* pas avoir besoin d'une contextualisation, l'apport paradoxal de la psychanalyse tient précisément à la mise en lumière du caractère central de la subjectivité, de la singularité individuelle. Une théorie analytique est aussi une production psychique dans laquelle on peut entendre les échos fantasmatiques de son auteur, sous tendue par la logique de son inconscient.

Aussi, ce qu'il semble important de repérer, pour en constituer une base de travail solide, c'est la synthèse, ou du moins une ligne de continuité, qui pourrait se dégager aujourd'hui des résultats obtenus au cours de ces recherches sur la relation d'objet, entendu que dans ce domaine, la vérité n'est pas une.

Dans ce contexte, il semble que tout le problème du nouveau né et de ses interactions avec son entourage consiste à stabiliser progressivement ces tous premiers moments d'intersubjectivité, en leur faisant prendre le pas, de manière de plus en plus stable et continue, sur les temps d'indifférenciation primitive²⁶. Et ceci, qu'il soit relativement à l'abri des stimulations externes, protégé par un seuil élevé d'excitations²⁷, vivant dans un monde clos, sensible surtout aux perceptions intéroceptives²⁸, ou au contraire soumis à un bombardement de sensations²⁹. Dans tous les cas, c'est sa mère qui lui apporte le complément de protection nécessaire, dans sa fonction de pare-excitations³⁰ et qui satisfait ses besoins. Le fonctionnement du bébé a pour but l'apaisement des tensions, apaisement dont il ne distingue pas l'origine, d'autant plus qu'intervient le mécanisme de satisfaction hallucinatoire³¹. Dans cette période, qu'elle soit appelée pré-narcissique³² ou narcissique primaire³³, l'éprouvé du bébé pourrait être décrit au plus juste à partir du moment de la tétée, caractérisée par

²⁶ GOLSE B., Naissance de la pensée et aléas de son développement, *L'Information Psychiatrique*, Volume 82, Numéro 9, pp.713-721, Novembre 2006

²⁷ SPITZ R.A., *L'embryogénèse du Moi*, Bruxelles, Editions Complexes, 1979 ; MALHER M., PINE S., BERGMAN A., *La Naissance psychologique de l'être humain*, Paris, Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot, (1^{ère} éd. 1980), 2010

²⁸ FREUD S., *Pour introduire le narcissisme*, Paris, Payot, Coll. Petite Bibliothèque Payot, (1^{ère} édition 1914), 2012 ; SPITZ, *L'embryogénèse...*, *op.cit.*

²⁹ TUSTIN F., *Autisme et psychose de l'enfant*, (1^{ère} édition 1977), Paris, Seuil, 1982 ; MELTZER D., *Les Structures sexuelles de la vie psychique*, Paris, Payot, 1977

³⁰ WINNICOTT D. W., *De la pédiatrie à la psychanalyse* (1^{ère} édition 1969), Paris, Payot, 1989

³¹ FREUD, SPITZ, MAHLER, WINNICOTT

³² TUSTIN

³³ FREUD

un temps *d'attraction consensuelle maximum*³⁴. Le bébé aurait transitoirement le ressenti que les différentes perceptions sensorielles issues de sa mère, soit son odeur, son image visuelle, le son de sa voix, le goût de son lait, sa chaleur, sa qualité tactile, son holding, ne sont pas indépendantes les unes des autres, c'est-à-dire ne sont pas clivées ou *démantelées*³⁵ selon les différentes lignes de la sensorialité du bébé, mais, à l'inverse qu'elles sont *mantelées*, temporairement, du moins le temps de la tétée.

Ces conditions autorisent le bébé à un accès ponctuel de l'expérience d'une ébauche d'un autre à l'extérieur de lui, que je mets, avec GOLSE, en relation avec l'existence d'un temps d'intersubjectivité primaire. Après la tétée, ce vécu de sensations mantelées s'estompe à nouveau, le démantèlement redevient prédominant. Mais, de tétées en tétées, le bébé va s'approprier cette oscillation entre mantèlement et démantèlement pour, finalement, réussir à faire prévaloir le mantèlement, et, donc, la possibilité d'accès à une intersubjectivité stabilisée. Ceci est rendu possible par la répétition des expériences de maternage.

*« L'accès à l'intersubjectivité correspondrait alors à un mouvement de confluence et de convergence progressives de ces noyaux d'intersubjectivité primaire. »*³⁶

Dans cette conception d'un mouvement dynamique et progressif entre indifférenciation primitive et intersubjectivité, GOLSE souligne que cette évolution n'est rendue possible que du fait de l'existence de noyaux d'intersubjectivité primaire qui existeraient chez tous les enfants.

L'intersubjectivité, une fois acquise, n'est pas, pour autant, une donnée définitivement stable : les mécanismes de défense du Moi

³⁴ MELTZER D. et coll., *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot, 1980

³⁵ MELTZER D. et coll., *Explorations...*, *ibid.*

³⁶ GOLSE B., *Naissance de la pensée...*, *op.cit.*, p.717

archaïque, tel le clivage, que l'on retrouve dans certains états post-traumatiques de prostration, de mutisme, peut être remise en cause, plus au moins ponctuellement, transformant cette conquête en un privilège à préserver tout au long de la vie.

Il me paraît intéressant, sur ce point, de faire le lien avec l'idée que l'intersubjectivité peut être remise en jeu, dans la rencontre amoureuse, du moins dans ses premiers temps ou dans le partage d'émotions, empathiques et esthétiques. Mais aussi dans les expériences groupales, ce qui pourrait être une des raisons contribuant aux dérives sectaires ou au suivi d'idéologies extrêmes. Il s'agit alors, pour le praticien, de repérer ce qui se joue, se rejoue, lorsque la perte d'identité subjective s'avère potentiellement dangereuse pour l'intégrité de son client.

Au cours d'une psychothérapie, faire émerger la subjectivité, faire acte de subjectivation, demande de s'intéresser à la notion de relation d'objet en tant que

« ...résultat complexe et total d'une certaine organisation de la personnalité, d'une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets et de tels types privilégiés de défense. »³⁷

Dans le cadre freudien, c'est à partir de la théorie infantile de la sexualité qu'un modèle, un schéma de notre rapport subjectif interne, à nous même et à l'autre, s'est constitué, et c'est par conséquent le sexuel qui permet de cerner les bases de l'édification de l'être tel qu'il est organisé intrapsychiquement dans l'ici et maintenant au cours de la thérapie. Il me semble donc que dans le va et vient constant entre sujet et objet qui caractérise la dynamique d'accès à l'intersubjectivité, les effets de la relation d'objet se répercutent dans le fonctionnement même de l'être par son intériorisation, et donc dans la représentation

³⁷ LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., *Vocabulaire ...* p.404

de soi. La structure psychique apparaît ainsi constituée des unités essentielles que sont la représentation de soi, la représentation d'objet et l'état affectif qui les relie. Et les relations d'objets, composées d'une représentation de soi et d'une représentation de l'objet, les deux étant liées par un affect, un désir et/ou une pulsion. Une relation d'objet forme donc un assemblage complexe de perceptions, de pensées, de sensations, de fantasmes, de désirs et d'émotions qui s'activent automatiquement pour interpréter et déterminer les comportements et attitudes relationnels³⁸.

De cette approche des objets, de la relation d'objet et de la représentation de soi au tout début de la vie, il apparaît que le travail d'union des sensations et des pulsions partielles qui se réalise pendant les moments de contacts corporels amène une première conscience de la globalité grâce à la fonction d'inter-sensorialité assurée principalement par la peau du corps propre : c'est le travail psychique le plus fondamental, le plus archaïque qui permet d'accéder à la conscience de soi comme un Tout psychosomatique.

Afin de mieux cerner la manière dont les éprouvés corporels structurent le psychisme dès la naissance, considérons à présent l'apport de Piera AULAGNIER.

2.1.2 AULAGNIER PIERA : Processus originaire et pictogrammes

Piera AULAGNIER (1923-1990), psychiatre et psychanalyste d'origine italienne, s'attache, dans son œuvre, à retracer l'origine de la vie psychique. Elle fait de l'activité de représentation l'équivalent psychique du travail de métabolisation propre à l'activité organique.

³⁸ Idée que nous approfondirons dans le chapitre 3.1.1, en la confrontant aux Modèles Internes Opérants étudiés par John BOWLBY, au sein desquels les notions d'intrapsychique et d'interpersonnel se rejoignent.

Ce qu'elle entend des apports que propose FREUD quant au fonctionnement de la matière première psychique lui fait développer la notion de *pictogramme*³⁹, très proche de celle de FREUD de *représentation de chose*. Elle se sert de cette notion pour illustrer les premiers mouvements de représentation mentale chez le nouveau né, qui s'instaurent dans le manque, dans l'attente, dans le délai mis à la satisfaction pour permettre au besoin de s'élaborer en désir. En effet, de FREUD nous savons que la première représentation du nouveau né est l'hallucination : lorsqu'une mère fait patienter son bébé avant de le nourrir, ce temps d'attente va permettre à ce dernier de pallier le besoin de manger par l'hallucination du lait. Il va se représenter le lait, et cette représentation mentale va provisoirement remplacer l'objet désiré, le sein.

Sur ce modèle, AULAGNIER avance qu'à partir de sa relation originaire avec le monde qui l'entoure, l'environnement dans lequel il vit, le nouveau né va progressivement imager-symboliser ses premiers ressentis perceptifs⁴⁰ : le plaisir et le déplaisir, le vide et le plein, le besoin et la satiété, le dedans et le dehors : rudiments des notions de soi et hors soi.

Le nouveau né le fait à l'aide de ce qu'elle nomme *pictogrammes*. Chaque pictogramme correspond à un éprouvé particulier, tel un nuancier de sensations mises en icônes, en tant que premiers symboles intérieurs. Un pictogramme se construit uniquement à partir d'une information sensorielle mais ne comporte pas la spécification visuelle qu'induit ce mot. Il est le médiateur, sensitif et contenant, d'un vécu corporel. Elle en définit deux sortes, qui permettent l'inscription des traces mnésiques dans la psyché : les pictogrammes d'inclusion, là où

³⁹ AULAGNIER P., *La violence de l'interprétation : du pictogramme à l'énoncé*, (1^{ère} édition 1975), Paris, PUF; Coll. Le Fil rouge, 4^{ème} édition (1 avril 1999)

⁴⁰ Notons dès à présent le rapprochement processuel avec la Sophrologie : les ressentis perceptifs corporels sont corrélés aux visualisations dans un mouvement réflexif ; ils s'influencent mutuellement.

l'expérience s'inscrit, car elle a été suffisamment bonne, et les pictogrammes de rejet, expérience mauvaise, agonistique.

C'est sur la base des pictogrammes d'inclusion que s'édifie le corpus symbolique de l'individu, en d'autres termes, son champ représentatif, sa subjectivité en devenir. Il s'agit de la dimension archaïque de l'expérience subjective.

Sur les pictogrammes de rejet, l'être, face à l'angoisse, se retire de l'expérience : s'élaborent des représentations de disjonction entre l'objet et sa zone complémentaire, associé à un affect de déplaisir. Par exemple, l'expérience d'arrachement brusque du mamelon. Les pictogrammes de rejet forment ce que l'on pourrait comparer à une amputation psychique : un morceau de l'être n'advient pas et reste à l'état de traces. Le clivage ne peut se mettre en place pour protéger de l'angoisse et jouer son rôle structurant pour la psyché, de mécanisme de défense archaïque du Moi narcissique primaire. S'aménagent alors des îlots psychotiques. Des éléments qui cohabitent l'un à côté de l'autre, sans liaison possible. Si ces îlots, dans le temps, ne sont pas symbolisés par le recours à un environnement favorable, ils se structurent en états psychotiques, qui pourraient faire retour de différentes manières : délires, hallucinations... Ou encore psychosomatisation : le psychisme s'étayant sur le corps, le corps porte les traces de ce qui demeure non assimilé, non symbolisé par la psyché.

Par ailleurs, soulignons que nous possédons tous des parties de soi, folles, brutes, non symbolisées, qui peuvent se manifester sous forme d'angoisse. En thérapie, ce sont ces zones, zones de profond malaise, lieu de méconnaissance de soi, que le psychisme va, peut-être, pouvoir apprivoiser, nommer, symboliser : s'approprier, par

l'acte ou la parole, pour être intégrées, et donner corps, ou, possiblement, former le sentiment de soi.

2.1.3 ROUSSILLON RENE : Fonctions contenantantes et symbolisations

René ROUSSILLON (1947), professeur de psychologie⁴¹, est amené, au cours de ses recherches cliniques actuelles sur les pathologies de l'identité, à élaborer des dispositifs et des stratégies de soin. Il envisage ceux-ci en particulier du point de vue de l'échec des processus de symbolisation et de subjectivation de l'expérience vécue, ce qui le conduit à une série de travaux concernant aussi bien le processus de symbolisation que ses conditions de possibilités, qu'il conçoit, de même qu'AULAGNIER, comme liées à l'environnement humain. Mais ROUSSILLON franchit, il me semble, un pas de plus quant à la description de l'émergence de l'accès à la différenciation et à l'intersubjectivité primaire en mettant plus spécifiquement en relief, nous allons le voir, les mécanismes qui y président.

Guidant sa réflexion sur la base de l'importance de la qualité de malléabilité de l'objet maternel, ROUSSILLON introduit la notion de *medium* : la matière première psychique est énigmatique, elle n'est pas immédiatement saisissable comme telle, elle implique une médiation, et cette médiation est apportée par l'objet, dans sa fonction contenantante. Deux concepts amènent ROUSSILLON à définir les qualités de l'objet *medium malléable* qui doit être contenant. Ceux de *holding* et *handling*, de WINNICOTT et le modèle *contenant-contenu* de BION.

⁴¹ Fonctions et responsabilités : <http://recherche.univ-lyon2.fr/crppc/spip.php?article94>

2.1.3.1 WINNICOTT DONALD W.: *Holding et handling*

Le pédopsychiatre et psychanalyste britannique Donald Wood WINNICOTT (1896-1971), sur les bases de l'héritage freudien, relie la connaissance analytique aux notions biologiques et psychophysiologiques et, à partir de sa clinique, reconstruit la dynamique de la petite enfance. Plus particulièrement de la période de dépendance maternelle. De ce travail ressort le rôle capital que joue l'environnement dans l'évolution de l'enfant, en tant que cet environnement facilite les processus de maturation. Mais il peut avoir de lourdes conséquences s'il se montre défaillant ou traumatisant. En 1966, il affirme qu'

« On ne peut pas partir du principe que le psychisme du nourrisson se développera de façon satisfaisante en association avec le soma, c'est-à-dire avec le corps et la mise en œuvre de ses fonctions. L'existence psychosomatique est un accomplissement et, même si elle est fondée sur une tendance innée à grandir, elle ne peut être effective sans la présence d'un être humain qui participe activement au holding ("maintien") et au handling ("maniement") du bébé. »⁴²

L'environnement de l'enfant *a* une fonction, notamment d'assurer les soins corporels primordiaux dans la mesure où c'est par eux que s'assure l'autoconservation indispensable à la vie. Mais il *est* aussi une fonction : celle d'organisation psychique et de structuration des premières formes de la subjectivité de l'enfant.

2.1.3.2 BION WILFRED R.: *Le modèle contenant-contenu*

La notion de fonction contenante que joue l'objet a également été développée par le psychanalyste britannique Wilfred Ruprecht BION (1897–1979), qui, en 1962, construit le modèle du *contenant-contenu*⁴³ : l'expérience chaotique et confuse de l'éprouvé physique et psychique du bébé nécessite la présence d'un contenant pour recevoir et transformer l'expérience, la *détoxiquer*. Le contenu de l'expérience

⁴² WINNICOTT D. W., *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot, Coll. Petite Bibliothèque Payot, 2006, p.67

⁴³ BION W.R., *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, Coll. Bibliothèque de psychanalyse, 2003

projeté est appareillé au contenant. Le *contenant-contenu* ainsi formé est réintrojecté par le bébé et se développe jusqu'à devenir le propre appareil à penser du bébé. Bion appelle *fonction alpha* cette fonction de l'objet, accomplie par lui - soit par la mère - pour le bébé. Elle constitue le premier pas dans l'activité de pensée. Le bébé clive et projette la partie de sa personnalité en détresse dans l'objet, lequel va contenir cette expérience émotionnelle, cette partie de la personnalité expulsée du bébé. Grâce à la *capacité de rêverie*, de laquelle la *fonction alpha* est tributaire, s'initie le processus de formation du symbole et de la pensée. L'objet contenant transforme les *éléments bêta*, éléments bruts projetés, en *éléments alpha*, disponibles pour la pensée. On voit donc comment la fonction contenante est une fonction symbolisante : il ressort que ce qui contient, ce qui déttoxique l'expérience, c'est le processus de symbolisation.

2.1.3.3 Les premiers niveaux de symbolisation

ROUSSILLON émet l'hypothèse que la psyché, pour pouvoir s'auto-représenter et se représenter ses processus, doit obligatoirement avoir recours à l'utilisation d'objets transitionnels qu'il définit en tant que *médiums malléables*⁴⁴.

« Le médium malléable, objet externe [...], est l'objet transitionnel du processus de représentation. »⁴⁵

Il s'agit d'objets particulièrement aptes à faire le jeu de la *symbolisation primaire*⁴⁶, par leurs propriétés perceptivo-motrices, en tant qu'ils sont une substance intermédiaire au travers de laquelle des impressions sont transportées aux sens.

ROUSSILLON définit la symbolisation primaire en tant que processus interface entre les mémoires corporelles, que je mets en relation avec

⁴⁴ Concept datant de 1979 et issu de la pensée d'un auteur anglo-saxon, Marion MILNER (1900-1998) psychologue, psychanalyste et artiste peintre anglaise.

⁴⁵ ROUSSILLON R., *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF ; Coll. Quadriga Essais Débats, 1991, p.130-146

⁴⁶ ROUSSILLON R., *Agonie, clivage et symbolisation*, (1^{ère} édition 1999), Paris, PUF; Coll. Quadriga Essais Débats, 2008

les traces mnésiques freudiennes sensori-perceptives, et l'inconscient, au sein duquel l'évènement sensoriel, l'expérience brute, est transformée en représentation de chose. Le Moi ne travaillant jamais à partir de données premières, brutes, primaires, la matière première psychique doit être transformée en représentation pour être utilisable ; cette transformation suppose un travail de symbolisation. La symbolisation primaire s'effectue à partir de la matière première psychique, et permet le passage à l'inconscient symbolique à l'inconscient comme lieu de représentation. Donc, lorsque le psychisme du bébé est confronté aux traces mnésiques perceptives du Ça et à la pulsionalité inexplicable, parce qu'innommable encore, qui leur est associée, il s'efforce de traduire l'expérience vécue en représentations de chose, ce qui est le propre du travail de symbolisation primaire. Elle concerne le corps même ; l'expérience corporelle aboutissant à la formation de symboles.

La symbolisation primaire se situe et participe aux prémisses de la formation du Moi, celui-ci venant pallier l'échec à distinguer entre une perception et une hallucination. Si cette opération peut être réalisée, la représentation de chose informe le bébé de l'activité symbolisante en cours et organise de ce fait, explique ROUSSILLON, un premier niveau de réflexivité psychique. Alors, la pulsion, qui est à l'origine du mouvement, peut devenir saisissable par le Moi en formation du narcissisme primaire, qui en éprouve la présence à partir d'un indice particulier : l'affect. L'expérience de satisfaction, en tant qu'elle consiste en l'apaisement, chez le nourrisson, d'une tension interne créée par le besoin grâce au recours d'une intervention extérieure, le sein, l'objet, le médium malléable, soit la mère, est une illustration éclairante de *symbolisation primaire* :

« L'image de l'objet satisfaisant prend alors une valeur élective dans la constitution du désir du sujet. Elle pourra être réinvestie en l'absence de l'objet réel (satisfaction hallucinatoire du

désir). Elle ne cessera de guider la recherche ultérieure de l'objet satisfaisant. »⁴⁷

Confirmant l'idée que *trouver l'objet c'est, au fond, le retrouver*⁴⁸... Le contact avec l'objet amène ainsi la symbolisation du non élaboré interne en représentations, idée que ROUSSILLON associe à l'émergence d'une *capacité à être seul face à sa pulsion en présence de l'objet*⁴⁹. C'est cette aptitude qui constitue pour lui un moment clé de l'accession à la différenciation. Le bébé se sent alors être. Il nomme *capacité réflexive* cette disposition à se représenter la représentation.

« Tout porte donc actuellement à penser que la capacité psychique à se représenter que l'on représente et donc à différencier l'univers du symbole de l'univers de l'action ou de la perception est donc centrale dans la conscience de la saisie de soi, qu'il s'agit là d'un opérateur déterminant de la différenciation moi/non-moi, de la différenciation dedans/dehors et de la différenciation moi/autre-sujet. »⁵⁰

Une fois engrammés dans le Moi du narcissisme primaire, la pulsion et l'affect qui l'accompagne subissent une nouvelle métabolisation représentative, afin de les rendre acceptables par la censure refoulante du Surmoi. S'ils réussissent à franchir la barrière du refoulement, alors ces éléments pulsionnels et affectifs accèdent au système préconscient-conscient et jouiront, plus tard, lors de l'avènement du langage, d'une nouvelle interprétation représentative : la symbolisation secondaire, qui inaugure la formation des représentations de mot. La liaison de la représentation de chose à la représentation de mot correspondante caractérise, on sent ici la filiation freudienne de ROUSSILLON, le système préconscient-conscient. Système particulièrement mobilisé en sophrologie en tant qu'il est caractéristique de l'état sophroliminal.

⁴⁷ LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., *Vocabulaire ...* p.150

⁴⁸ FREUD S., *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, 1905

⁴⁹ ROUSSILLON R., *Agonie, clivage et...*, op.cit., p.84

⁵⁰ ROUSSILLON R., *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, Paris, Dunod, 2008, p.41

Relevons à ce propos que les techniques⁵¹ de présentation et de totalisation que propose la sophrologie mobilisent particulièrement la capacité réflexive de la psyché, et que la verbalisation à un tiers de la séance vécue, le praticien, met en jeu la fonction contenant de l'espace thérapeutique: par sa capacité de rêverie, le praticien va pouvoir détoxiquer l'expérience et rendre disponible pour la pensée le matériel livré par son client, ce qui pourrait participer à une relance du processus de symbolisation et de subjectivation vers l'instauration du sentiment d'ipséité.

Lorsque le travail de symbolisation primaire ne peut pas avoir lieu, la psyché se donne une représentation de chose de l'absence de représentation, et s'auto-informe de cette manière de l'irreprésentabilité du mouvement pulsionnel. ROUSSILLON considère que le parcours de l'appropriation subjective a alors été soumis à une réponse, considérée comme non symbolisante, de l'objet : ce dernier n'ayant pas promu l'activité de pensée du bébé. Dans ce cas l'objet contribue, à l'inverse, au déploiement d'une expérience traumatique précoce. Car, pour ROUSSILLON, équipement génétique et biologique du bébé mis à part, c'est le défaut de représentation, l'incapacité à représenter qui préside dans les *états psychotiques*, et prend place dans l'anorexie mentale, l'hypothèse actuelle autour de cette pathologie étant que l'anorexique souffre d'un défaut de représentation.

Ce que nous pouvons rapprocher des recherches de FREUD quant au terme des voies associatives, dans la description qu'il donne de la cure dans les années 1894-96 : soit la représentation inconsciente pathogène dans la psychose, en tant que

⁵¹ Voir, pour plus de détail au sujet des techniques, la partie méthodologie de ce mémoire, p.74

« ...point ultime où l'objet est indissociable de ses traces, le signifié inséparable du signifiant. »⁵²

L'observation du fonctionnement psychique à l'aide du concept de symbolisation de ROUSSILLON permet de considérer qu'une défaillance de la symbolisation primaire, à ce niveau infra verbal du développement, se caractérise par un manque de représentations au niveau du système inconscient. La psychose confronte alors l'être à une rencontre avec un objet énigmatique, parce qu'il n'a pas été symbolisé. C'est-à-dire un objet qui précisément n'est pas malléable, ne se laissant pas affecter ou toucher et n'acceptant pas l'inscription. La pratique psychothérapeutique des états psychotiques demande dans ce cas un passage par l'acte, sous forme d'une création, d'une réalisation médiatisée, qu'elle soit artistique ou non, si tant est qu'il soit possible de reprendre, pour le déployer, le développement de ces représentations.

Dans un autre temps de la structuration psychique, autorisé par la symbolisation secondaire, ROUSSILLON établit que l'admission préconsciente de la pulsion et de l'affect se double d'une autoreprésentation équivalente au sein de l'activité symbolisante propre à l'appareil de langage, et que, dès lors,

«Le sujet se sent et s'entend admettre et transformer dans l'appareil de langage et l'appareil d'action la motion pulsionnelle, il réfléchit l'effet de celle-ci sur lui et dans sa relation au monde et anticipe les transformations et les conditions/préconditions de son actualisation.»⁵³

Un défaut de symbolisation secondaire met quant à lui en évidence un manque de symbolisation au niveau du préconscient : les représentations y sont alors présentes et le travail analytique vise à les intégrer au système conscient.

⁵² LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., *Vocabulaire ...* p.415

⁵³ ROUSSILLON R., *Agonie, clivage et...*, op.cit., p.155

Ici encore l'intérêt du travail Sophrologique au niveau sophroliminal, par une modification de l'état de conscience qu'il occasionne, semble pouvoir être pris en considération dans une perspective psychodynamique : ce niveau pourrait faciliter la mobilité des représentations vers la conscience, et faciliter leur mise en mots.

Nous voyons que, pour que le destin de la matière première psychique suive son cours et qu'une appropriation des éprouvés puisse être réalisée, la malléabilité de l'objet s'avère d'importance. Le concept de médium malléable, évoqué par ROUSSILLON, rend compte de la manière dont l'être en devenir peut se dégager de l'objet en y imprimant et en y contemplant, de manière transitoire, *sa marque en négatif, véritable image spéculaire en creux*⁵⁴. La malléabilité de l'objet, par l'appropriation progressive de l'expérience qu'elle permet, paraît jouer le rôle d'atténuateur des angoisses de séparation et de différenciation dans la dynamique du processus de subjectivation, en plus des différentes défenses que le Moi instaure pour lutter contre ces mêmes angoisses.

Au cours de la dynamique d'accès à l'intersubjectivité, le déroulement harmonieux de l'ensemble des processus qui sous-tendent la structuration psychique est conditionné par la tolérance au manque et à la frustration du bébé, qui indépendamment de sa dotation génétique et biologique, sont fonction de la faculté de la mère, dans sa *préoccupation maternelle primaire*, à se prêter aux nécessités de la vie intrapsychique de son nourrisson, en étant *suffisamment bonne* dans le sens où WINNICOTT l'entend. C'est-à-dire en sachant donner des réponses adaptées aux besoins de son bébé, ni trop peu, ni trop et en transformant, dans sa qualité de médium malléable, les variations de

⁵⁴ ROUSSILLON R., *Paradoxes et situations limites...*, op.cit. p.135

quantités en qualités. Ainsi donne-t-elle à celui-ci l'impression, pour reprendre l'expression de WINNICOTT, de trouver-créer l'objet de satisfaction au moment, exactement nécessaire où il en a besoin, mais aussi permet-elle la juste frustration. Car

« C'est seulement le défaut persistant de la satisfaction attendue, la déception qui a entraîné l'abandon de cette tentative de satisfaction par le moyen de l'hallucination. A sa place, l'appareil psychique dut se résoudre à se représenter l'état réel du monde extérieur et à rechercher une modification réelle. »⁵⁵

C'est l'avènement du principe de réalité qui marque une étape dans la distinction de l'objet d'avec le monde extérieur.

2.1.4 La (D  )négation

L'élaboration des limites entre réalité psychique et réalité externe a été considérée par FREUD dans son article de 1925, *Die Verneinung*⁵⁶. Il y montre comment, en partant d'un exemple de la vie psychique adulte⁵⁷, la dénégation permet de prendre connaissance de ce qui est refoulé sur un plan intellectuel sans toutefois être accepté sur un plan affectif. FREUD remonte à partir de là, et c'est précisément ce qui nous intéresse en regard de la constitution de l'éprouvé subjectif de soi, à l'élaboration de la notion de jugement, qui permet à la psyché d'établir ses premières frontières : le *Moi-plaisir originel* co  incide avec ce qui est plaisant, le monde extérieur avec ce qui est indifférent. Cet article présente le jugement de valeur en tant que fonction du *Moi-plaisir originel*. Sous l'impulsion du *principe de plaisir*, qui a pour but d'éviter à l'organisme toute tension qui rompt son équilibre et provoquerait du déplaisir, le *Moi-plaisir originel* vise à attribuer une qualité, bonne ou mauvaise, aux objets, et ce, afin d'introjecter ce qui est vécu comme bon et expulser ce qui est

⁵⁵ FREUD S., *Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques* » in *Résultats, idées, problèmes*, Tome I, (1  re édition 1911) Paris, PUF, 6  me éd., 2001, p.135

⁵⁶ FREUD S., *Résultats, idées, problèmes*, Tome II, *La (d  )négation* - (1  re édition 1985) Paris, PUF, 5  me   d., 2002

⁵⁷ « Vous demandez qui peut être cette personne dans le rêve. Ma mère, ce n'est pas elle. »

vécu comme mauvais. La catégorisation du jugement, négatif ou positif, trouverait sa racine dans le couple pulsionnel des pulsions de vie que FREUD oppose, dans sa dernière théorie⁵⁸, aux pulsions de mort. La (dé)négation⁵⁹ serait un successeur de l'expulsion, dont la fonction est le propre de la pulsion de mort, son but étant la réduction complète de toutes les tensions.

FREUD voit là l'origine de l'élaboration des limites entre réalité psychique et réalité externe : la fonction du jugement, au-delà de la valeur, agréable ou non, qu'elle accorde à l'objet, lui attribue également un statut de réalité, généré par le *principe de réalité*, structurant la possibilité de s'extraire de l'hallucination, et d'admettre l'existence d'une réalité, insatisfaisante. Cette notion de jugement de réalité, attribuée au *Moi-réel*, a donc pour but de confirmer ou d'infirmer l'existence, au sein de la réalité externe, du correspondant d'une image mentale et permettre au psychisme d'évaluer les éventuels décalages de cette représentation par rapport à la perception initiale dont elle est issue. L'épreuve de réalité consiste donc à retrouver, dans la réalité externe, l'objet qui est à l'origine de la représentation interne. Le jugement de valeur précède pour FREUD le jugement d'existence.

L'accès à la différenciation permet l'émergence de l'éprouvé de soi, cette émergence est corrélative de la conscience d'un autre que soi, mais aussi synonyme d'une perte, d'une séparation. La fonction de contenant psychique évoquée jusqu'ici fait ressortir l'idée qu'il est une nécessité pour le psychisme d'être rassemblé, maintenu, avant de

⁵⁸ *Au-delà du principe de plaisir*, 1920.

⁵⁹ Transcription de *Verneinung* adoptée en accord avec LAPLANCHE J. et PONTALIS J-B, qui précisent, au sein du *Vocabulaire*, qu'il est impossible pour un traducteur d'opter à chaque passage de l'article pour « négation » ou « dénégarion ».

pouvoir se différencier. Pour se séparer, il faut donc avoir été bien attaché.

Ensuite, ce sont les limites entre le corps propre du bébé et celui de sa mère qui vont servir de support à l'élaboration d'un espace interne dans lequel va se loger une image stable et fiable de la fonction maternante. C'est cet espace qui, correctement structuré, semble être à la base de la confiance en la vie, confiance qui autorise la séparation d'avec la mère et la constitution de l'objet. Encore une fois les soins corporels, les manipulations autour et sur le corps et la peau qui le recouvre, apparaissent à cet endroit comme contenant premier.

2.2 CORPS : ENVELOPPES ET IMAGES

Détaillons plus avant comment le corps physique sert de base à l'élaboration du corps psychique, et comprenons pourquoi la peau, ce sac contenant, cette enveloppe, permet, parfois même juste en l'effleurant, d'atteindre l'être dans sa profondeur.

2.2.1 BICK ESTHER : *La fonction d'enveloppe*

C'est précisément grâce à sa peau que, déjà, le fœtus ressent la paroi utérine par ses modifications de pression et met ainsi en place un vécu préliminaire d'enveloppe physique, corporelle. C'est aussi toutes les pensées de la mère et du père, concernant le bébé qu'ils vont accueillir qui offrent les germes d'une enveloppe psychique qui se précisera ensuite davantage, après la naissance. De ces premiers liens dépend la qualité des enveloppes qui se mettront en place, car ils forment un *berceau psychique*⁶⁰ pour le bébé, sa naissance prenant sens dans la subjectivité de l'histoire de chacun de ses deux parents, mais aussi dans celle du couple et dans une conjoncture familiale particulière, variant d'un enfant à l'autre au sein d'une même famille.

⁶⁰ ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT, A. et Coll., *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*, Paris, Masson, Coll. Psychologie, 2007, p.47

Mais qu'entend-on sous le terme d'enveloppe ? Une enveloppe est une paroi, qui délimite un espace, et dont la fonction est double : d'une part celle de contenir au dedans tout ce qui s'y trouve, et, d'autre part, d'assurer une frontière, une limite nette, entre le dedans et le dehors. Le tact, par l'entremise de la peau, première sensorialité à s'instaurer, est le seul sens à nouer d'emblée la position active et la position passive, puisque l'on est obligatoirement touché - passivité - par ce que l'on touche - activité. Cette particularité de la peau, appelée réflexivité, s'étend ensuite aux autres sensorialités, puis un jour à la pensée elle-même : lorsque le bébé devient capable de se penser en train de penser.

Ces réflexions sur le contenant doivent beaucoup aux travaux⁶¹ d'Esther BICK (1901-1983), psychanalyste d'origine polonaise, qui a montré en 1967 comment les enveloppes psychiques, qui permettent de se sentir bien dans sa peau, dérivent d'une mise en place harmonieuse et réussie des enveloppes cutanées, relatives au corps propre. Elle dit :

«Le besoin d'un objet contenant apparaît, dans l'état infantile non intégré, comme la recherche effrénée d'un objet, une lumière, une voix, une odeur ou un autre objet sensuel – qui peut tenir l'attention, et, de ce fait, être expérimenté, momentanément tout au moins, comme tenant ensemble les parties de la personnalité. L'objet optimal est le mamelon dans la bouche, accompagné du portage, des paroles et de l'odeur familière de la mère. »⁶²

Ce qui rend compréhensible le fait que le nourrissage représente l'expérience prototypique du rassemblement à l'intérieur d'une peau⁶³. BICK appréhende le corps propre sur un mode double : en tant que chose physique, matière d'une part, et d'autre part, comme ce qui est ressenti en lui et sur lui, et qui s'origine dans le toucher, par la localisation des sensations. Pour elle, le toucher est l'organe

⁶¹ BICK E., *L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces*. In MELTZER D. (1975). *Exploration dans le monde de l'autisme*. Paris, Payot, 1980

⁶² BICK E., *L'expérience de la peau ...*, *ibid.*

⁶³ Expérience décrite dans le chapitre 2.1.1.2, les relations d'objets.

constituant du corps propre. Ce qui revient à dire que, parallèlement à toutes les fonctions physiologiques qu'elle assure, la peau doit aussi, progressivement, être vécue par le bébé comme suffisamment contenante, et suffisamment limitante. Autrement dit encore, nous l'avons vu dans le cadre de la relation d'objet, le bébé doit, peu à peu, acquérir le ressenti, émotionnel surtout, que tout ce qui se trouve à l'intérieur de son sac cutané est bel et bien contenu, et que sa peau lui offre une ligne de démarcation efficace entre ce qui est à lui, au-dedans, et ce qui n'est pas à lui, au dehors.

BICK a pu montrer que la peau du bébé ne sera éprouvée par lui de cette manière que si la mère accorde à sa peau une attention suffisante au travers des deux fonctions essentielles du *holding* et du *handling*, qui ne peuvent être bons que si la peau du bébé est correctement investie par l'adulte, c'est-à-dire si celui-ci trouve du plaisir à s'occuper du bébé et à le toucher, sans l'exciter ni bien sûr sans lui faire mal. Ce qui suppose que lui-même vit sa propre peau comme un espace de sécurité, et un espace bien délimité. Si ces conditions sont remplies, alors le bébé pourra construire ses enveloppes corporelles et psychiques sur ce même modèle, et finalement se sentir bien dans sa peau tant physiquement que psychiquement, avec le sentiment que tout ce qui est au dedans de lui est bien à lui, et qu'il existe une différence claire entre soi et non soi : entre ses sensations, ses émotions, ses pensées, ses fantasmes et ceux des autres. Entre sa subjectivité et celle de l'autre.

La peau psychique est donc constituée par l'introjection de la fonction contenante de l'objet externe.

Ces concepts d'enveloppes, interfaces entre corps propre et psychisme, représentent la base de toutes les techniques opérationnelles de la sophrologie en tant que cette méthode propose

une reprise et une élaboration consciente par le psychisme des sensations corporelles et de leur différence de perception.

En thérapie, le travail s'opère alors en un double mouvement en résonnance avec la structuration des enveloppes : à la fois conscient, caractérisé par les protocoles réalisés par l'action volontaire, et inconscient, en ce qu'il modifie les structures inconscientes de l'image du corps.

2.2.2 PANKOW GISELA : *L'image du corps*

C'est le psychiatre et psychanalyste autrichien Paul SCHILDER (1886-1940) qui propose en 1935 le concept d'*image du corps*, dans le but d'articuler la réalité biologique du corps propre avec sa réalité érogène et fantasmatique, et ainsi, l'asseoir sur des fondements psychanalytiques. C'est une notion héritée du schéma corporel⁶⁴. Il en donne cette définition :

*« L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes. »*⁶⁵

Gisela PANKOW (1914-1998) psychanalyste d'origine allemande, propose une définition de l'image du corps inspirée de sa pratique clinique avec des patients de structure psychotique. Elle déduit de ses recherches initiées en 1956, que l'image du corps et son mode de structuration représente ce qui marque la séparation entre deux grandes lignées structurelles de la personnalité :

« La différence entre la névrose et la psychose consiste en ce que des structures fondamentales de l'ordre symbolique qui apparaissent au sein du langage et qui contiennent l'expérience

⁶⁴ Concept que nous détaillerons au chapitre 1.4 de la partie Méthodologie, comme étant l'un des concepts centraux de la sophrologie.

⁶⁵ SCHILDER P., *L'image du corps. Étude des forces constructives de la psyché*, (1^{ère} édition 1968), Paris, Gallimard, Coll. Tel, 1980, p.35

*première du corps, sont détruites dans la psychose et déformées dans la névrose.»*⁶⁶

La défaillance de ces structures fondamentales de l'ordre symbolique contenant l'expérience première du corps pourrait s'originer dans une intégration sommaire ou une non intégration des enveloppes précisées par BICK dans leur rôle d'objet contenant. Aussi, partant du principe que, dans la psychose, il s'agit essentiellement de la destruction des processus de symbolisation, PANKOW propose de définir l'image du corps par deux fonctions symbolisantes. La première fonction de l'image du corps concerne uniquement

*«... sa structure spatiale en tant que forme ou Gestalt, c'est-à-dire en tant que cette structure exprime un lien dynamique entre les parties et la totalité.»*⁶⁷

La seconde fonction de l'image du corps *ne concerne plus la structure comme forme, mais comme contenu et sens*⁶⁸. Elle soutient donc que les altérations de ces deux fonctions dynamiques et structurantes de l'image du corps provoquent des troubles pouvant aller jusqu'à la psychose. La schizophrénie par exemple, se caractérise par une dissociation qui altère l'image du corps. PANKOW dit que par ce terme de dissociation, il faut entendre la destruction de l'image du corps telle que ses parties perdent leur lien avec le tout, pour réapparaître dans le monde extérieur, et que c'est précisément cette absence de lien entre le dedans et le dehors qui caractérise la schizophrénie. Non seulement la partie n'est plus en liaison avec le tout, mais elle n'est même plus reconnue comme partie. C'est dire que l'accès à la spatialité passe, chez le sujet, par la structuration correcte de son image du corps.

⁶⁶ PANKOW G., *Image du corps et objet transitionnel : données principales de l'image du corps. Revue Française de Psychanalyse*, N°2/1976, p.287

⁶⁷ PANKOW G., *Image du corps ...*, op.cit., p.288

⁶⁸ *Ibid*

Il m'apparaît que ce sont notamment ces deux fonctions symbolisantes qui entrent en jeu sur le plan inconscient dans la pratique de la sophrologie. L'image du corps éprouvée et visualisée s'entend comme le référent spatialisé d'une structure symbolique dont le dynamisme pourrait être relancé, dans cette approche, par le biais du travail psychique réalisé durant les protocoles et les visualisations, guidés ou libres. C'est ce travail d'appropriation psychique de l'image du corps et de ses contenus qui revêt dans ce cas une fonction symbolisante. Le travail sophrologique, que nous détaillerons dans la deuxième partie de ce mémoire, est tout à fait transposable à la méthodologie envisagée par PANKOW en tant qu'elle est en adéquation avec une dialectique et une dynamique relationnelle. Donc aussi toujours dans le dynamisme du transfert.

Par ailleurs, il est à relever ici que les vécus sophroniques relatifs aux visualisations peuvent être source de profondes angoisses de morcellement chez certains sujets psychotiques, en raison justement de la défaillance de ces fonctions symbolisantes. Il s'agit alors de travailler à générer des sensations de contenance et de maintenance pour redonner corps à l'éprouvé de soi, et permettre à l'être de se densifier⁶⁹.

Une autre étude concernant la genèse de l'image du corps peut, à ce propos, nous aider à approfondir notre compréhension des mécanismes qui concourent à la structuration du psychisme et ainsi, à lier le corps propre en tant que structure spatiale au corps psychique de contenu et de sens.

⁶⁹ Par l'utilisation de protocoles plus directement corporels : SCHULTZ, JACOBSON, relaxations dynamiques CAYCEDO.

2.2.3 DOLTO Françoise

2.2.3.1 L'image inconsciente du corps

En 1984, Françoise DOLTO (1908-1988) élabore, au cours de son activité de pédiatre et psychanalyste, un développement de la notion d'image du corps, en conceptualisant la théorie de l'*image inconsciente du corps* à partir de sa clinique, et plus spécifiquement, à partir du travail qu'elle effectue avec des enfants aveugles.

Elle remarque, en les questionnant, que pour eux, voir, se voir, veut dire *je perçois*, et elle en déduit que voir, c'est percevoir par tous les moyens qui font une vision symbolique de soi, de l'autre soi. Elle distingue trois modalités d'une même image du corps :

« ...image de base, image fonctionnelle et image érogène, lesquelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution. »⁷⁰

Alors que l'image de base est l'image du ressenti d'un corps bien dense et paisible, l'image fonctionnelle est, à l'inverse, l'image du ressenti d'un corps intérieurement fourmillant, avide de satisfaire ses besoins et ses désirs. Un corps à l'affût d'objets concrets pour assouvir ses besoins, tel le lait, et à la recherche d'objets imaginaires et symboliques pour satisfaire ses désirs, comme l'odeur de la mère ; DOLTO distinguant d'une part les objets concrets et substantiels, comme la nourriture et les excréments qui interviennent dans le contact corps-à-corps entre l'enfant et la mère, et, d'autre part, les objets subtils, perceptibles à distance, comme un regard, le timbre d'une voix ou l'odeur de la peau. L'image érogène, quant à elle, est l'image d'un corps ressenti comme un orifice se contractant et se dilatant de plaisir. Au moment de téter, l'enfant ressent tout son corps comme une bouche, et au moment d'évacuer, comme un anus.

⁷⁰ DOLTO F., *L'image inconsciente du corps*, (1^{ère} édition 1984), Paris, Seuil, Coll. Points Essais, 1992, p.49

Cette image du corps, DOLTO la repère dans les dessins et modelages d'enfants, dès lors qu'ils sont à même de ces productions.

Pour comprendre la structuration de l'image du corps et ses racines subjectives, nous retenons de la pensée doltoïenne que plusieurs miroirs jalonnent la vie d'un être : au moins trois.

- Un miroir qui n'est pas extérieur, un miroir qui est en nous : l'image de l'autre internalisé en nous, et avec laquelle l'être est constamment en train de se confronter.

- Le miroir constitué par les images que les autres nous renvoient : surtout l'image que la mère renvoie à son enfant. Elle souligne, reprenant WINNICOTT, que la première image que le bébé perçoit de lui, c'est dans les yeux et sur le visage de sa mère qui le regarde immédiatement après la naissance.

- Le miroir en tant que surface réfléchissant l'image spéculaire.

De sa clinique, DOLTO déduit que l'image inconsciente du corps est formée de plusieurs images inconscientes partielles. Elle observe, par exemple, que le nourrisson se sent entier quand sa mère est présente, entier et mu par la faim, le désir de vivre ; par la volonté de combler son manque en la tétant parce qu'il sent son odeur. Si l'odeur de la mère n'est pas là, l'image de lui, de son corps complet avec les possibilités de téter n'est pas là, la possibilité du vivre n'est pas là. Il faut qu'il ait l'odeur de la mère pour pouvoir se savoir être vivant complètement, et à compléter.

Le miroir, au-delà du visuel, c'est donc aussi pour DOLTO le miroir olfactif, et, par extension, tactile, auditif, gustatif : c'est tout ce qui nous renvoie perceptivement à nous, et permet de constituer l'image inconsciente que nous avons de nous-mêmes.

Soulignons avec elle que tous ces éléments sont basés sur nos sens, nos cinq sens. Nos perceptions. Perceptions, rappelons-le ici, qui sont les outils de base de la pratique sophrologique, ce qui en fait, me semble-t-il, une voie d'accès privilégiée au travail visant à la mise en place d'une perception autre de l'éprouvé subjectif de soi.

2.2.3.2 *Stade du miroir et représentations de soi*

En considérant la constitution de l'image inconsciente du corps comme le fait DOLTO, nous comprenons que le choc qui viendra un jour pour l'enfant, c'est de voir son visage dans un miroir plan. Visage que les autres ont vu, mais qu'il ne connaît pas, car nous ne connaissons notre visage que dans le visage de la mère et dans l'image de cet autre internalisé en nous. Ce moment de confrontation avec l'image spéculaire, DOLTO le nomme *l'individuation du sujet enfant dans le miroir*⁷¹. Il s'agit de la convergence de l'image inconsciente du corps, qui est interne et constituée à partir de l'ensemble perceptif, avec la forme de l'être humain : son schéma corporel. Ainsi, vers trois ans, d'après DOLTO, l'enfant aurait accès à l'intégration de l'image spéculaire. Il réalise à ce moment-là que l'image qu'il donne à voir aux autres est son image du miroir, et que cette image n'est pas lui ; que les autres n'accèdent à lui que par ce qu'il donne à voir. Du coup, il privilégie les apparences et néglige les sensations internes. Désormais, l'image du corps vu prendra le dessus sur le corps vécu, c'est-à-dire sur le corps ressenti de l'intérieur. A partir de là et durant toute l'existence, l'image du corps vu s'impose sans cesse dans la conscience tandis que les images du corps vécu dominant dans l'inconscient. A ce point de développement - la découverte de l'aspect extérieur - DOLTO insiste pour ne pas créer de confusion à propos de

⁷¹ DOLTO F., *L'image inconsciente ...*, op.cit., p.149

cette rencontre, considérée, dans un premier temps, par le bébé, comme une rencontre avec un autre que lui. Car

« L'image scopique ne prend sens d'expérience vivante que par la présence, aux côtés de l'enfant, d'une personne avec laquelle son image du corps et son schéma corporel se reconnaissent, en même temps qu'il reconnaît cette personne dans la surface plane de l'image scopique comme sienne, puisqu'elle lui donne à voir, côte à côte à la sienne, celle de l'autre. »⁷²

Donc il s'agit de ne pas dire à l'enfant : « ça c'est toi » mais « ce que tu vois, c'est l'image de toi dans le miroir, comme tu vois, à côté, l'image de moi, ta maman ». La personne qui accompagne l'enfant dans cette expérience du miroir devient pour DOLTO la représentante du symbolique par la parole, à condition qu'il y ait un lien transférentiel d'amour. Il me semble s'agir là d'un acte de subjectivation.

DOLTO ajoute que l'écart entre l'image inconsciente du corps, tel qu'il est vécu, et l'image spéculaire du schéma corporel, tel qu'il est vu, provoque une blessure, un *trou symbolique*⁷³. A partir de là, l'être apprend à s'habituer à cette blessure, et apprend à jouer du mensonge. C'est à partir de la découverte dans le miroir de son visage, que l'enfant apprend que des grimaces font croire qu'il rit ou qu'il pleure, alors que justement l'aveugle est toujours vrai dans ses mimiques car il n'a pas appris à mentir grâce à l'apparence que nous pouvons donner. Tout ce jeu de grimaces devant le miroir est le côté mensonger de l'apparence, c'est la découverte du langage de la mimique pour les autres qui creuse l'écart entre l'éprouvé subjectif de soi et l'image de soi.

La sophrologie, par l'attention portée aux ressentis corporels et émotionnels, à leur conscientisation et leur verbalisation, pourrait

⁷² *Ibid.*, p.151

⁷³ DOLTO F., *L'image inconsciente ...*, *op.cit.*, p.151

tendre à réduire cet écart entre corps perçu et corps visible, et par là même, pourrait participer à relancer une dynamique d'accès à sa propre subjectivité, et ainsi conduire à réduire l'écart instauré entre l'être et le paraître.

L'image spéculaire n'est donc pas l'image inconsciente du corps, mais elle participe de sa constitution qui ne peut se faire sans la parole du représentant symbolique. Le stade du miroir vient représenter pour DOLTO l'intégration de la séparation entre l'image spéculaire et l'image inconsciente du corps : c'est une castration.

« A partir de l'expérience du miroir, ce ne sera plus jamais comme avant. L'enfant sait qu'il ne peut plus se confondre avec une image fantasmatique de lui-même, qu'il ne peut plus jouer à être l'autre qui manque à son désir. »⁷⁴

Une castration symboligène, car après l'épreuve, un travail se fait qui rend de manière symbolique la richesse qu'il y avait avant cette épreuve : dans le cadre du miroir, si cette étape est bien vécue, l'enfant acquiert le savoir que pour les autres il donne une image, et que cela fait partie de son être au monde de donner une image correspondante à qui il est. C'est une expérience qui va se rejouer

« Au cours de l'Œdipe, et encore pendant toute la vie, nous nous plaisons à conquérir des identifications successives et à en poursuivre l'exaltation. Ces identifications viennent tout simplement du déplacement de la valeur attribuée au phallus ; mais aucune de ces identifications ne peut répondre de notre identité désirante inconnue qui est, elle, depuis la castration primaire, sans image inconsciente du corps ! Cette identité inconnue de chacun de nous, garçon comme fille, est sans doute arrimée à la liminaire et lumineuse perception du premier visage penché sur le nôtre. »⁷⁵

Cette remarque sur le premier miroir, qui est donc le premier visage qui se penche sur l'enfant, peut être intéressante à rapprocher du concept d'empreinte, élaboré en 1910 dans le domaine de l'éthologie par le biologiste allemand Oskar HEINROTH (1871-

⁷⁴ DOLTO F., *L'image inconsciente ...*, op.cit., p.154

⁷⁵ *Ibid*

1945). Ce phénomène, par lequel un oisillon nidifuge prend, dans les heures suivant l'éclosion, l'empreinte des caractéristiques de sa mère en la suivant dans ses déplacements, en même temps que celle de son espèce, est étudié et approfondi par le biologiste et zoologiste autrichien Konrad LORENZ (1903-1989). Il travaille sur les mécanismes mis en œuvre dans l'empreinte, montre que ce phénomène existe chez d'autres espèces, notamment les mammifères, et établit que la réaction consistant à suivre la mère, nommée réaction de poursuite, serait un comportement instinctif et inné. Qu'en est-il chez l'homme ?

La dynamique d'accès à l'intersubjectivité sépare, crée l'écart et permet la rencontre avec l'altérité. Même si la rencontre avec l'autre, vers laquelle cette dynamique fait tendre, est source de souffrance en tant que démenti à l'expérience et aux convictions narcissiques. L'enfant passe ainsi du ventre de la mère à ses bras et commence alors un long processus d'émergence psychique.

De cette deuxième partie, nous retiendrons que naître physiquement est une toute autre chose que naître psychiquement.

3 DE L'INTERSUBJECTIVITE A LA SUBJECTIVATION

Aussi à présent, nous pouvons nous interroger plus avant sur l'influence de la relation intersubjective quant à l'instauration de la subjectivité et de la création d'un sens de soi, tel qu'il se constitue en relation aux autres. L'intersubjectivité est le lieu d'émergence de la subjectivité d'une personne. Elle

« ...est à la fois le lieu des transmissions/transactions inter- ou transpsychiques, et le lieu d'émergence des processus de pensée. »⁷⁶

⁷⁶ ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT, A. et Coll., *Manuel de...*, op.cit. p.91

Aussi, lorsque le bébé, en regardant le visage de sa mère, s'y mire également, il est probable, comme le souligne le psychanalyste et professeur de psychopathologie Albert CICCONE⁷⁷, que tout ce que fait la mère soit traité par le bébé comme un reflet de lui-même. Non seulement son visage donc, mais aussi tout son corps et son comportement pourrait fonctionner comme un miroir pour le bébé, et, par extension et à plus ou moins large mesure, sa famille, son milieu et sa culture...

3.1 L'ATTACHEMENT

Psychiatre et psychanalyste britannique, John BOWLBY (1907-1990) est amené à effectuer une supervision avec Melanie KLEIN entre 1937 et 1938. A partir de là, il s'éloignera d'elle et de la pensée psychanalytique freudienne, son intérêt clinique le portant plus du côté de la mère réelle que vers celui de l'objet fantasmatique que cette dernière représente, spécifiquement pour KLEIN.

BOWLBY développe la théorie de l'attachement (1969-1988) en s'imprégnant des données issues des sciences cognitives et des avancées dans le domaine de l'éthologie, effectuées notamment par LORENZ. À partir de ses travaux reposant sur la théorie du comportement instinctif, dans laquelle ce dernier n'est pas un héritage - ce qui y est hérité étant le potentiel qui permet de le développer - il propose l'hypothèse suivante :

*« Le lien de l'enfant à sa mère est le produit de l'activité d'un certain nombre de systèmes comportementaux qui ont pour résultat prévisible la proximité de l'enfant par rapport à sa mère. »*⁷⁸

⁷⁷ Fonctions et responsabilités : <http://recherche.univ-lyon2.fr/crppc/spip.php?article95>

⁷⁸ BOWLBY J.: *Attachement et perte : Vol I. L'attachement*, trad. fr. KALMANOVITCH J., Paris, PUF, 1978, p.247

Le système d'attachement apparaît donc comme un système comportemental et motivationnel visant à la survie : le but de l'attachement est que l'enfant se sente en sécurité, protégé et confiant. Durant ses premières semaines de vie, le bébé est, pour BOWLBY, dépendant des soins maternels, mais pas encore attaché à elle. La dépendance a une référence fonctionnelle, alors que l'attachement est une forme de comportement qui marque l'accès à l'intersubjectivité et qui s'établit dans les trois premières années de la vie.

BOWLBY tire également de la cybernétique l'idée centrale d'homéostasie, que l'on trouve, par ailleurs, aussi chez FREUD :

« A la place des notions d'énergie psychique et de sa décharge, les concepts au centre du modèle sont ceux des systèmes de comportement et de leur régulation (control), de l'information, de rétroaction (feedback) négative et d'homéostasie à forme comportementale. »⁷⁹

L'être humain maintient son équilibre par autorégulation en fonction de son environnement. La théorie des systèmes cybernétiques de régulation montre comment un schéma simple peut être de plus en plus élaboré, pour aboutir à un système complexe et adapté aux nécessités. Ainsi, les espèces les plus évoluées, dans la phylogenèse, sont celles pour lesquelles le champ des modifications possibles des programmes comportementaux est le plus grand. Il me semble que c'est aussi le travail de la psyché, tout au long de sa structuration et notamment dans l'instauration de sa capacité réflexive.

BOWLBY intègre sa théorie de l'attachement au sein d'un cadre se situant en dehors de la métapsychologie freudienne, dans laquelle les seuls besoins primaires sont ceux du corps, l'attachement de l'enfant n'étant qu'une pulsion secondaire qui s'étaye sur le besoin primaire de nourriture. Pour BOWLBY, le bébé naît social et possède

⁷⁹ BOWLBY J.: *Attachement ...op.cit.*, p.62

des comportements qui vont favoriser la proximité nécessaire à l'attachement : pleurs, contacts visuels, sourires... Ces comportements stimulent les interactions entre la figure d'attachement et l'enfant, ce qui lui permet de se structurer par le biais des relations avec les personnes significatives qui l'entourent, dans un processus réciproque. La qualité de l'attachement dépend de la rapidité et de la manière dont la figure maternante va répondre aux signaux de l'enfant, et son sentiment de sécurité est fonction de la façon dont elle répond à ses besoins. L'attachement va influencer la manière dont l'enfant va ensuite établir ses relations sociales pour le reste de sa vie.

Effectivement : le bébé possède la capacité de former des liens d'attachement avec plusieurs personnes, mais il va davantage s'attacher à une personne en particulier, qui, le plus souvent, est la mère.

L'approche qu'est la psychologie expérimentale n'apprécie guère les paradoxes dont la psychanalyse abonde. Rares sont les psychanalystes qui pourraient convenir que les conditions contrôlées de l'expérimentation autorisent l'humain à révéler les multiples aspects de sa nature, alors que la clinique les expose. Pourtant, les recherches sur l'attachement tirent leurs origines du travail clinique d'un homme qui a marqué l'histoire des relations entre ces deux disciplines de son ambivalence. BOWLBY, tout en demeurant membre de la British Psychoanalytical Society jusqu'à sa mort en 1990, a récusé nombre de concepts psychanalytiques.

Comme souvent dans ce genre de discussion, une troisième voie existe, que je voudrais plus dialectique. Dans l'orientation que j'ai choisi de suivre, les différents facteurs qui concourent au développement de la subjectivité sont médiatisés par la place et le sens qu'ils prennent au sein de la relation intersubjective de base, sur

laquelle elle s'étaye. Aussi, si le processus de subjectivation possède une causalité multifactorielle qui dépend de l'interrelation de facteurs internes, donc propres à l'enfant, et de facteurs externes, soit en rapport avec son environnement, la prise en compte de l'intériorisation, par l'enfant, de la relation avec sa figure parentale privilégiée peut également être analysée en tant que relation d'objet internalisée. Et ce, en intégrant sans forcément l'y amalgamer, le système des représentations psychiques.

3.1.1 *Les modèles internes opérants*

Dès leurs premiers mois de vie, les bébés intériorisent des modèles de relations organisés de leurs expériences avec leur entourage familial. Les comportements qu'ils manifestent et que l'on peut observer de façon expérimentale lors de la *Situation étrange*⁸⁰⁻⁸¹ coïncident avec les attentes de ce qu'ils ont pu intégrer de la réponse de leur figure d'attachement dans des situations comparables à leur demande de réconfort, de disponibilité, de soutien face à leur besoin d'ouverture vers l'extérieur... Le bébé s'appuie sur ces modèles qu'il fera sien pour comprendre et interpréter le comportement de ses proches.

Afin de rendre compte des modèles d'interactions intériorisés, BOWLBY propose le concept d'*Internal Working Model* ou *Modèles Internes Opérants* - MIO. Il décrit qu'après un laps de temps d'ajustement du modèle aux interactions vécues, les expériences nouvelles, même si la correspondance est imparfaite, sont assimilées

⁸⁰ AINSWORTH M. D., BLEHAR M. C., WATERS E. *et al.*: *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1978

⁸¹ *The strange situation*, élaborée par la psychologue clinicienne d'origine canadienne Mary Salter AINSWORTH (1913 - 1999) sur la base de sa sensibilité à se représenter la façon qu'a l'enfant d'utiliser son parent comme source de sécurité, pour lui permettre d'explorer, dans le but de déterminer les modalités d'attachement de l'enfant. La Situation étrange consiste à étudier, dans le cadre d'un protocole de recherche, des enfants âgés de 12 à 18 mois en interaction avec une figure parentale.

au modèle existant. Ce qui a pour conséquence, lorsque le modèle est installé, de teinter d'expériences antérieures le décodage des nouveaux événements de la vie⁸² : la personne a alors tendance à percevoir les événements à travers le filtre de ce qu'elle connaît déjà. Il existe donc, selon BOWLBY, une certaine reconstruction des événements qui ont eu lieu, et même s'il admet la possibilité d'un changement, il entrevoit, dans ce processus, un mécanisme permettant la stabilité des expériences relationnelles.

Par ailleurs, si les MIO concernent les relations avec les proches, ils sont aussi corrélés à l'éprouvé de soi. D'après Inge BRETHERTON, chercheuse en psychologie développementale à l'université du Wisconsin, dont les récents travaux⁸³ étudient les processus de formation des MIO, si l'enfant a fait l'expérience d'une ou plusieurs figure(s) d'attachement froide(s) et distante(s) pour diverses raisons, il peut s'être construit un modèle de l'autre de type rejetant, doublé d'un modèle de soi déprécié, formant alors le modèle d'une personne peu digne d'être aimée. A l'inverse, s'il a fait l'expérience d'une ou plusieurs figure(s) d'attachement sources de réconfort et de soutien, son modèle de l'autre aimant se doublera d'un modèle de soi valorisé : le modèle d'une personne méritant d'être soutenue et aimée. Ainsi, les modèles internes se composent de deux modèles complémentaires, l'un de la figure d'attachement et l'autre, de soi dans la relation avec cette figure. Ces travaux affirment aussi que le développement de la fonction symbolique dépend de l'harmonie de l'interaction mère-nourrisson.

⁸² MILJKOVITCH R., *Les modèles internes opérants : revue de la question*, dans BRACONNIER A., SIPOS J. (sous la direction de) : *Le bébé et les interactions précoces*, Monographies de psychopathologie, Paris, PUF, 1998

⁸³ BRETHERTON I., MUNHOLLAND K. A., *Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory*. In CASSIDY J.; SHAVER P., *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical application*, New York, Guilford, 2008

Dès lors, les Modèles Internes Opérants, principe d'un système de représentations sous-tendant l'attachement, permettent une compréhension plus sophistiquée des différences individuelles : ce sont des représentations mentales conscientes et inconscientes, propres à chacun, du monde extérieur et de soi à l'intérieur de ce monde, à partir desquelles les événements sont perçus, le futur est entrevu et des plans de vie construits.

Aussi, dans ce cadre, nous pouvons également comprendre les relations d'objet en tant que structures inconscientes intrapsychiques qui organisent et motivent les comportements relationnels interpersonnels. La notion d'inconscient y est alors entendue à deux niveaux successifs.

D'abord ces structures sont régies par quelque chose qui n'est pas accessible à la conscience au moment où il s'active, mais que rien n'empêche de devenir conscient lorsqu'une attention particulière y est portée. Nous pouvons classer ici les processus engrammés par répétition et apprentissage, soit les conditionnements issus du niveau cognitif.

Ensuite, il s'agit aussi d'entendre dans le qualificatif inconscient le fait qu'une force - le refoulement - s'oppose à l'accession à la conscience de certaines représentations de relations d'objet par l'action des mécanismes de défense. Dans ce contexte, les pulsions libidinales et agressives sont entendues comme des dynamismes primaires et non uniquement en tant que réactions à l'environnement relationnel direct. Ce qu'il faut entendre, c'est qu'elles ont des rapports dynamiques les unes avec les autres essentiellement à des fins défensives : l'élaboration de stratégies protectrices peut se transformer en processus pathologique si l'enfant se retrouve trop précocement dans le désarroi. En fait, très souvent, on observe une superposition de relations d'objet. La plus accessible à la conscience étant une défense

contre la mise au jour d'une autre, plus profonde et plus conflictuelle. Ainsi, au cours d'une thérapie, il apparaît qu'une relation d'objet activée au sein de la relation thérapeutique puisse en recouvrir une autre.

Par ailleurs, le point de vue proposé ici implique les concepts de fixation et de régression propres à la psychodynamique, ce qui nous interroge quant à la dimension prédictive qu'implique la théorie de l'attachement. La question du devenir des modèles internes opérants chez l'adolescent et l'adulte se révèle complexe, et l'idée que les différents MIO de l'enfant se généralisent en un seul schème de fonctionnement paraît réductrice. Pourtant...

3.1.2 Le lien d'attachement : transmission, pérennité et subjectivation

Mary MAIN (1943), professeur de psychologie à Berkeley, en Californie, s'est justement intéressée au devenir des liens d'attachement dans la relation adulte. Sur la base des travaux de la Situation Etrange d'AINSWORTH, elle lance une étude⁸⁴ (1986-1990) concernant quarante familles de niveau social moyen, dont les enfants ont été suivis de la naissance jusqu'à l'âge de six ans. Les enfants subissent le *Separation Anxiety Test* tandis que des entretiens ont lieu avec les parents. On remarque des correspondances entre la classification de la sécurité de l'enfant, d'après la Situation Etrange et le récit des parents. Ainsi MAIN et ses collaborateurs vont élaborer en 1985 un outil d'évaluation des représentations d'attachement chez l'adulte : *l'Adult Attachment Interview* (AAI). Cet entretien semi-structuré porte sur l'état d'esprit actuel vis-à-vis de l'attachement de la

⁸⁴ MAIN M., KAPLAN N., CASSIDY J., Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. In: BRETHERTON I., WATERS E., Eds Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, **50** (1-2 serial N° 209), 1985, pp.66-104

personne interrogée. Il présente la caractéristique essentielle d'aller rapidement et de façon insistante aux points sensibles de l'enfance, surprenant l'inconscient, pour reprendre la formulation de MAIN. L'analyse repose davantage sur la structure que sur le contenu du discours. Ce système permet ainsi d'organiser les représentations d'attachement en quatre catégories⁸⁵ :

- 1) L'état d'esprit *sécore* ou *autonome*: décrit des personnes qui ont un accès facile à leurs souvenirs et émotions d'enfance. Le récit des expériences passées est cohérent, que leur histoire ait été favorable ou non ; les relations affectives sont valorisées, sans dépendance excessive. Ces personnes se présentent comme ayant confiance en elles-mêmes ainsi que dans les autres.
- 2) L'état d'esprit *détaché*: décrit des personnes désengagées émotionnellement à l'égard des expériences relationnelles. Elles semblent n'avoir qu'un accès limité aux souvenirs, tout en offrant un portrait normalisé, voire idéalisé, de leurs parents. Il existe une incohérence entre une description idéalisée des parents et une impossibilité d'illustrer par des souvenirs précis. On reconnaît à l'œuvre les processus d'exclusion défensive des affects et de confiance en soi compulsive.
- 3) L'état d'esprit *préoccupé*: décrit des personnes plutôt confuses, restituant une image incohérente de leur passé du point de vue des expériences relationnelles. Leur récit est très fourni mais digressif. Une colère encore vive envers les parents peut être perceptible. Ces personnes se présentent comme manquant de confiance en elles.
- 4) L'état d'esprit *non résolu-désorganisé* : le discours se désorganise dans sa forme ou son contenu quand sont évoquées des expériences traumatiques (perte, séparation, abus). Ces personnes ne sont pas

⁸⁵ MAIN M., De l'attachement à la psychopathologie, *Enfance*, 3, 1998, pp.13-27

parvenues à une élaboration mentale permettant de prendre une certaine distance émotionnelle à l'égard de ces événements.

Il apparaît, ce qui retient notre attention, que ces quatre catégories sont fortement corrélées aux quatre types d'attachement décrits pour la situation étrange d'AINSWORTH, soit respectivement : sécure, anxieux-évitant, anxieux-résistant/ambivalent, et désorganisé/désorienté, et leur distribution dans la population générale est quasi identique. En revanche, à la différence de la Situation Etrange, la cotation n'aboutit pas à catégoriser une relation mais l'état d'esprit d'une personne à l'égard des relations d'attachement.

Ce qui rejoint notre questionnement sur la subjectivation, puisque l'état d'esprit d'une personne dépend de sa subjectivité. Nous pourrions alors nous demander si ces quatre catégories correspondraient à des degrés divers d'intégration sur le parcours du processus de subjectivation.

Cette question de la stabilité et de la pluralité des MIO renvoie à la pratique psychothérapeutique : elle revient à se demander si tout au long de sa vie, l'être reproduit les mêmes schèmes interactifs et, s'il peut établir de nouveaux modes de relation, comment.

BRETHERTON soutient à ce propos qu'un individu structure autant de *soi sociaux*⁸⁶ que de relations. Mais en avançant cela, elle soulève la question de savoir comment, en de telles circonstances, le sentiment de soi peut émerger. La conceptualisation, en psychologie développementale, de Patricia MCKINSEY CRITTENDEN⁸⁷ (1990) propose un méta-modèle qui intègre à la fois un modèle généralisé et des sous-modèles spécifiques d'une relation donnée. Ce qui semble

⁸⁶ BRETHERTON I., *Internal working models and communication in attachment relationships : a commentary on the review by MILJKOVITCH R.*, In BRACONNIER A., SIPOS J.; *Le bébé et les interactions précoces*, Monographies de Psychopathologie, Paris, PUF, 1998, pp.79-90

⁸⁷ CRITTENDEN PM., *Internal representational models of attachment relationships in Infant Mental Health Journal*, 11, 1990, pp.259-277

apporter un élément de réponse : grâce à une telle structure, l'individu peut à la fois se constituer une identité propre et réagir en relation à autrui en ayant recours à sa subjectivité.

Dans le cadre d'une demande de transformation, de changement, posée en psychothérapie et en regard des études évoquées, il apparaît qu'une fois un modèle interne opérant mis en place, il reste inscrit définitivement dans la mémoire de l'individu. Mais l'intégration de nouvelles informations module, comme le soutient BRETHERTON⁸⁸, la tendance de ce modèle à opérer. Je dirais, en adoptant le point de vue de la subjectivation, que la symbolisation des expériences de vie modulerait la tendance du modèle à opérer. Alors,

« ...si l'individu ne peut changer l'histoire, dans la mesure où ce qui s'est passé n'est pas modifiable, il peut modifier la façon dont cette histoire est agissante en lui. C'est dans ce travail que le sujet peut advenir. »⁸⁹

Cependant, si de nouveaux MIO peuvent s'élaborer, assurant ainsi à l'individu un fonctionnement mieux adapté à la situation présente, les anciens modèles internes continuent d'exister et sont susceptibles d'être réactivés dès lors qu'une expérience vient les réactualiser, confirmant une fois de plus leur pertinence, et établissant un pont avec la conception psychodynamique de la structuration psychique.

Il ressort effectivement de ces études que ce qui motive l'état d'esprit est en relation avec le type d'attachement. Si l'on reprend le point de vue métapsychologique de la croissance psychique, le lien entre la mère et l'enfant doit être mutuellement investi pour autoriser le développement psychique, et l'enfant va devoir en même temps accepter et représenter la différenciation d'avec sa mère. Cette

⁸⁸ BRETHERTON I., *Internal working models ...op.cit.*, pp.79-90

⁸⁹ DE GAULEJAC V., *Qui est "je" ?*, Paris, Seuil, 2009, p.197

conquête représente l'enjeu du *narcissisme secondaire*, que FREUD décrit en tant que retournement de la libido sur le Moi, qui découle de la relation qui succède à la découverte de la réalité extérieure. Le narcissisme secondaire

« ...est aussi une structure permanente du sujet : a) sur le plan économique, les investissements d'objet ne suppriment pas les investissements du Moi mais il existe une véritable balance énergétique entre ces deux sortes d'investissement ; b) Sur le plan topique, l'Idéal du Moi représente une formation narcissique qui n'est jamais abandonnée⁹⁰. »

Il m'apparaît que le lien avec les MIO et l'AAI s'établit dans le rapport de ce qui se joue au niveau intersubjectif au moment de la structuration intrapsychique concomitante de l'Idéal du Moi et du Surmoi dans le cadre de leur fonction⁹¹ et qui est, pour FREUD, à l'origine de la différence entre sentiment de culpabilité et sentiment d'infériorité. L'Idéal du Moi étant l'instance de la personnalité résultant de la convergence du narcissisme et des identifications aux parents, à leurs substituts et aux idéaux collectifs, les sentiments qui se donnent à entendre des MIO dans les représentations d'attachement de l'AAI peuvent être éclairant quant à place et au rôle qu'occupe cette instance au sein de la personnalité, et la distance entre l'éprouvé subjectif de soi et le modèle auquel le sujet cherche à se conformer.

Dans le temps de la psychothérapie, la position que prend le praticien rend possible la confrontation avec un modèle interne opérant, dans l'expérience transformante du transfert. Une difficulté qui pourrait surgir est la possible *réaction thérapeutique négative*⁹², décrite par FREUD, car c'est le conflit infantile qui se rejoue dans le MIO, et par là même, au sein du transfert. Ce qui est subjectivant,

⁹⁰ LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., *Vocabulaire ...*, op.cit., p.264

⁹¹ LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., *Vocabulaire ...*, op.cit., p.264 : « Le surmoi apparaît comme une structure englobante qui comporte trois fonctions : "autoconservation, conscience morale et fonction d'idéal ».

⁹² FREUD S., *Le moi et le ça*, Paris, Payot, Coll. Petite Bibliothèque Payot, (1^{ère} édition 1923), 2010

c'est que le praticien puisse saisir l'opportunité, dans la parole de son client - soit dans ce qu'il entend des représentations d'attachement de ce dernier⁹³ - de permettre la rencontre et la reconnaissance de ce qui se rejoue à ce moment là. Ceci afin de susciter les élaborations autorisant un remaniement psychique qui pourrait résoudre et dépasser certaines positions affectives de l'enfance, par la transformation des affects et relations objectales. C'est la rencontre des inconscients et de la subjectivité du client et du praticien en psychothérapie qui est, dans ce contexte, subjectivante.

Nous voyons que les conceptions métapsychologiques et attachementistes évoquées se sont succédées dans le temps, et bien qu'initialement opposées, il me semble avec le recul qu'elles sont en fait complémentaires et permettent une élaboration théorique cohérente et unitaire de l'évolution du processus de subjectivation chez l'être humain.

3.1.3 Objet d'amour et subjectivation

Après avoir évoqué les premières formes de subjectivité en jeu dans la partie concernant la dynamique d'accès à l'intersubjectivité, nous retenons que la sortie hors du narcissisme primaire ouvre sur l'altérité et l'accessibilité à la position dépressive, en tant que pôle organisateur de la structuration psychique. La pulsion, à partir de là, connaît une organisation anale et une réorganisation phallique. Chacune apporte successivement son lot d'impressions subjectives, établit les particularités subjectives des relations d'objets et structure le processus représentatif de la personne, qui se donne à voir notamment à travers les MIO. L'évolution possible d'objet partiel à objet total, objet unifié d'amour, conduit donc,

⁹³ La grille de lecture de qu'offre l'*Adult Attachment Interview* peut servir de repère dans l'écoute.

« ...dans une perspective génétique du développement psychosexuel, [à] l'idée que le sujet passerait de l'un à l'autre par une intégration progressive de ses pulsions partielles au sein de l'organisation génitale, celle-ci étant corrélative d'une prise en considération accrue de l'objet dans la diversité et la richesse de ses qualités, dans son indépendance. »⁹⁴

Au cours du stade génital, les pulsions sexuelles se structurent dans un groupe de représentations cohérentes, qui se sont organisées tout au long des précédents stades de développement en un Moi différencié et unifié : individualisé. L'objet est alors envisagé comme objet d'amour. Il est lui aussi total car ambivalent, et peut revêtir simultanément des caractéristiques différentes, voire opposées : l'objet d'amour peut se transformer en objet de haine et n'est alors plus interchangeable. Il possède certains traits présents chez tout substitut éventuel, en échos aux identifications et aux fondements de la réalité psychique.

En tant qu'autre grand pôle organisateur du psychisme, la métaphore du complexe d'Œdipe structure la notion du groupe familial et de la société humaine toute entière, par la prohibition de l'inceste qu'elle instaure au sein de la psyché. L'intériorisation de cet interdit autorise l'établissement du Surmoi et de l'Idéal du Moi dans leur organisation aboutie, et la marque des objets parentaux se reconnaît dans la transmission de leur subjectivité personnelle également au niveau de ces instances : l'entrée dans la sphère de la culture façonne l'être par la subjectivité de son milieu. L'Œdipe est le point nodal autour duquel s'organise ce qu'il en est des structures psychiques, il autorise l'avènement d'un objet sexuellement identifié et le constat de la différence des générations et des sexes, ce qui permet à l'enfant de réaliser qu'il ne peut être tout :

⁹⁴ LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., *Vocabulaire ...* p.290

« C'est-à-dire que la différence des sexes vient "castrer" le projet phallique d'un objet représentant le "tout", de la possible réalisation de l'idéal du "tout". C'est pourquoi elle mobilise une angoisse particulière, l'angoisse de castration, qui concerne l'angoisse de ne pouvoir réaliser l'idéal du tout, qui signale à l'enfant de renoncer à l'idéal phallique. »⁹⁵

C'est un moment fondateur de la vie psychique car il assure le primat de la zone génitale, le dépassement de l'auto-érotisme primitif et l'orientation vers les objets extérieurs. Il permet aussi la triangulation : c'est-à-dire la possibilité de se situer par rapport à deux objets extérieurs, obligeant ainsi le psychisme de l'enfant à s'extraire de la relation fusionnelle puis duelle dans laquelle il est engagé.

Du point de vu intersubjectif, on peut dire que c'est l'encadrement familial qui va tenter de maintenir, à un degré qu'il peut contenir et gérer en fonction de ses aptitudes, l'intensité des excitations pulsionnelles auxquelles l'enfant est confronté au moment de l'Œdipe. Cet encadrement a une fonction pare-excitante, et l'intériorisation de cette fonction, ainsi que de la relation dans laquelle elle s'est exercée, correspond intrapsychiquement à la fonction autorégulatrice interne du Surmoi, qui va participer

« ... à réfréner la tendance de la psyché à se décharger par l'acte, suivant l'identité de perception, et ainsi de se mettre en impasse, pour lui permettre de se contenter de l'identité de pensée, qui représente la meilleure issue. Le surmoi est chargé de promouvoir la symbolisation, l'issue trouvée par et dans la représentation, mais en l'opposant alors à l'acte de "décharge" [...] Acte-décharge et acte de parole, ou acte de pensée, sont différenciés et placés en alternative. »⁹⁶

Nous comprenons ici comment le domaine de l'agi et celui de la représentation sont placés par le psychisme en opposition par l'entremise de l'activité de représentation et son rôle capital pour la symbolisation.

⁹⁵ ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT, A. et Coll., *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*, Paris, Masson, Coll. Psychologie, 2007, p.155

⁹⁶ ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT, A. et Coll., *Manuel ...op.cit.*, p.197

Durant la période qui suit l'Œdipe, l'enfant va donc symboliser ce qu'il ne peut accomplir de sa vie pulsionnelle, ce qu'il ne peut réaliser de ses potentialités, et mettre cela en latence jusqu'à l'adolescence, temps au cours duquel la poussée hormonale lui fera vivre un pic, en terme d'intensité, de ce processus habituellement éprouvé sur un rythme lent et progressif.

3.2 EVOLUTION DE LA SYMBOLISATION

Nous voyons que la symbolisation est un processus, une évolution vers la capacité de penser, de se penser, de penser les autres et de penser ses expériences, qui débute dès les tous débuts de la vie⁹⁷.

Pour FREUD, l'expérience de la frustration, en tant que manque, que perte, fonde, nous l'avons vu, la possibilité d'accomplissement hallucinatoire du désir. Ce qui nous intéresse de considérer à présent dans cette hypothèse, c'est plus particulièrement l'émergence de la fonction symbolique à travers le jeu du *Fort-Da*⁹⁸, le jeu de la bobine, qu'il décrit chez son petit-fils de dix-huit mois, et qui permet au bébé de pallier, de maîtriser l'absence de la mère. Car effectivement ce faisant, il transforme la situation dans laquelle il subit l'absence de sa mère en un jeu où il reproduit activement quelque chose qui évoque la séparation, mais en s'en rendant maître. Tout au long du développement de la sexualité infantile, cette activité de symbolisation, dont le *Fort-Da* est le prototype, structure et

⁹⁷ Ce que nous avons détaillé dans le chapitre 2.1.3.

⁹⁸ Dans la langue allemande, *for/da* signifie "Là-bas/là", ce qui rend l'idée du couple d'opposition : "loin/près", ou bien "pas là/là".

organise la psyché dans l'écart qui se creuse entre sujet et objet, et ce par le truchement de la fonction paternelle.

3.2.1 La fonction paternelle

Si les travaux sur la cognition révèlent que le bébé reconnaît la voix paternelle dès quinze jours de vie, qu'il a un accès direct, d'emblée, au triangle interactionnel - les interactions triadiques sont décrites en détail dès deux mois de vie⁹⁹ - et qu'il a une compréhension rudimentaire mais précoce de ce qui se passe entre lui et deux autres sujets¹⁰⁰,

« ...rien, dans l'observation des comportements, des interactions, ne permet d'affirmer que, subjectivement, l'autre, ou le deuxième autre, est un autre pour le bébé¹⁰¹. »

Ce que nous relevons ici, c'est l'importance des conditions de passage de la *triadification* à la *triangulation*¹⁰². Par exemple, dès la deuxième année, le développement du langage intègre les différences de comportement que vit le bébé avec la mère et avec le père : s'opère là un écart, un espace entre les partenaires d'interaction. C'est l'un des exemples qui nous amènent à penser, au-delà du père réel, à la fonction paternelle. Car si le bébé perçoit cette différence, il la perçoit surtout à côté des variations de son rapport aux objets et aux situations,

« Dans la relation de la mère au père [qui] introduit une différence dans la "qualité" du plaisir, dans la qualité des excitations, dans leur nature, et cette différence-là n'est pas de même nature que celle dont il apprécie habituellement la surprise. »¹⁰³

Aussi, la fonction paternelle, dès le début de la vie, sépare, castre, pousse à créer l'écart, puis interdit, plus tard, dans le cadre de

⁹⁹ LEBOVICI S., WEILL-HALPERN F., *Psychopathologie du bébé*, Paris, PUF, 1989, pp.157-164

¹⁰⁰ MAURY M., LAMOUR M., *Alliances autour du bébé*, Paris, PUF, Coll. Monographies Ps, 2000, pp.63-74

¹⁰¹ ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT, A. et Coll., *Manuel ...op.cit.*, p.101

¹⁰² ZAOUCHE-GAUDRON C., *La problématique paternelle*, Paris, Erès, 2001, pp.201-204

¹⁰³ ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT, A. et Coll., *Manuel ...op.cit.*, p.90

l'Œdipe, l'accès au corps de la mère. Mais elle permet aussi à l'enfant de gérer et de supporter que la distance s'instaure, en ce qu'elle sert d'appui et de support à la fonction maternelle. Ainsi que de confirmation narcissique de la mère réelle, favorisant, en retour, le fait que cette dernière réinvestisse le père réel, lui permettant de désinvestir, en contre partie, progressivement son bébé.

C'est des effets de la fonction paternelle que se met en place tout le travail de symbolisation, qui permet, pour pallier les manques, d'élaborer des représentations.

3.2.2 *Le langage*

Pour comprendre comment cela se joue au sein de la psyché, considérons que le langage, ce système de signes identifiés et identifiables permettant la communication, se transforme tout au long de son développement. Pour les psychanalystes Nicolas ABRAHAM (1919-1975) et Maria TOROK (1925-1998),

*«Le passage de la bouche pleine de sein à la bouche pleine de mots s'effectue au travers d'expériences de bouche vide. Apprendre à remplir de mots le vide de la bouche, voilà un premier paradigme de l'introjection. On comprend qu'elle ne peut s'opérer qu'avec l'assistance constante d'une mère, possédant elle-même le langage. Sa constance [...] est le garant nécessaire de la signification des mots. Lorsque cette garantie est acquise, mais alors seulement, les mots peuvent remplacer la présence maternelle et donner lieu à de nouvelles introjections.»*¹⁰⁴

J'ajoute que c'est aussi la constance de la fonction maternelle qui, par cette introjection paradigmatique, est la garante de l'activité de symbolisation, avant que les mots ne remplacent la présence de la mère réelle. Car *le mot engendre le meurtre de la chose*¹⁰⁵ : la représentation signifiant l'objet lorsque l'objet n'est pas là, la représentation tue cet objet réel. Il ressort ici la notion de perte, la

¹⁰⁴ ABRAHAM N., TOROK M., *L'écorce et le noyau*, (1^{ère} édition 1968), Paris, Flammarion, Coll. Champs Essais, 2009, p.261

¹⁰⁵ LEMAIRE A., *Jacques Lacan*, (1^{ère} édition 1978), Wavre, Mardaga, Coll. Psycho Sc Humaines, 1997, p.113, en référence aux propos de Lacan dans le discours de Rome.

dimension de séparation, de renonciation qui s'attache à la symbolisation, en raison de l'écart plus ou moins large mais inévitable entre signifiant et signifié, qui met en exergue la nécessité de l'introjection.

L'essentiel de la structure symbolique est de permettre l'écart qui fait sortir l'enfant de sa relation fusionnelle, puis duelle, à la mère.

3.2.3 *La symbolisation à l'adolescence*

Puis, après l'Œdipe et la latence, la révélation de l'énigme que représente la sexualité adulte, opérée dans le temps de l'adolescence, modifie le rapport à soi et au monde, et interroge à nouveau l'éprouvé subjectif de soi : sous la poussée pulsionnelle, le registre de l'*identité de pensée*¹⁰⁶ est menacé, et la tentation du retour à l'utilisation de l'*identité de perception*¹⁰⁷ des temps antérieurs se fait jour. De plus, le langage ne parvient pas à symboliser toute l'expérience du vivant. Et c'est cet écart qui vient se creuser un peu plus à l'adolescence : la symbolisation au temps de l'adolescent pose alors cette question : *la chose, le symbole est-il semblable à lui-même, à ce qu'il se donne pour être ?*¹⁰⁸ Et pour éprouver, mettre à l'épreuve cet écart, ROUSSILLON explique que l'adolescent va devoir symboliser ce qu'il peut à présent accomplir pour ne pas être contraint de l'accomplir, sous la poussée pulsionnelle, dans l'agir.

La symbolisation subit un retournement de ce qu'elle était dans des temps antérieurs à l'adolescence.

*« La symbolisation, à l'adolescence passe par la mise en acte, suppose un passage "par" l'acte, qui ne soit pas un passage "à" l'acte. Elle est acte interne d'accomplissement pulsionnel, au-delà de l'opposition pensée/acte »*¹⁰⁹.

¹⁰⁶ FREUD S., *Esquisse pour une psychologie scientifique*, 1895

¹⁰⁷ *Idem*

¹⁰⁸ ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT, A. et Coll., *Manuel ...op.cit.*, p.205

¹⁰⁹ *Ibid.*, p.207

Acte interne, dit ROUSSILLON, car la poussée sexuelle confronte l'adolescent à une introjection de la pulsion, afin qu'elle puisse être déchargée au sein de la psyché dans le Moi, et ainsi subjectivement liée et appropriée. Dans ce contexte, l'adolescence est une crise de la symbolisation, qui en sortira fondamentalement transformée dans sa dynamique vers l'organisation adulte: *l'introjection pulsionnelle dans le Moi confère à la symbolisation la valeur d'un "acte de symbolisation."*¹¹⁰

On voit donc que, dans une perspective psychanalytique, le symbole vient toujours en lieu et place d'un objet manquant et qu'il ne peut véritablement jouer son rôle compensateur, c'est-à-dire le jouer au mieux, qu'avec l'avènement de l'aptitude psychique d'une personne à surmonter la perte, le deuil par extension.

Dans le cadre de la psychothérapie, l'activité de symbolisation se présente souvent détériorée ou endormie chez de nombreux patients. Il s'agit alors de relancer l'activité de penser, de favoriser le pôle réflexif de cette activité, c'est en cela que la subjectivité personnelle émerge, et qu'à mesure, elle se sépare de celle des autres. Et nous avons compris avec FREUD que l'activité de penser est une activité de représentation qui résulte de notre expérience corporelle, sexuelle, affective et cognitive, tout autant actuelle que de nos souvenirs d'expériences passées, partagées ou intimes. Il s'agit donc de relancer les capacités de représentation et d'élaboration : capacités qui permettent de relier les informations des sens avec celles de l'esprit et du cœur, qui permettent de symboliser, vers un accès à une conscience de soi plus accrue, et au sentiment d'ipséité.

En cela, la psychothérapie est acte de subjectivation.

¹¹⁰ *Ibid.*, p.208

3.3 LE FANTASME

A ce propos, lorsqu'une personne entreprend une psychothérapie, ce qu'elle donne à entendre, à voir et qui découle de son activité de penser, c'est sa représentation de soi, mise en mots, en acte, car l'activité de représentation procède de l'expérience psychosomatique, affective et cognitive vécue dans le présent ainsi que des réminiscences d'expériences passées. En cela, une écoute et une observation qui se veulent psychothérapeutiques doivent être attentives à percevoir, cerner ce qu'il peut en être de la réalité psychique d'une personne, et le fantasme se présente, à cet endroit, précisément comme la métaphorisation de cette réalité, en tant que *scénario imaginaire où le sujet est présent et qui figure, de façon plus ou moins déformée par les processus défensifs, l'accomplissement d'un désir et, en dernier ressort, d'un désir inconscient*¹¹¹. Il se présente sous des modalités diverses : rêves diurnes, fantasmes conscients et *inconscients tels que l'analyse les découvre comme structures sous-jacentes au contenu manifeste*¹¹² des propos tenus.

3.3.1 L'origine de la vie fantasmatique

Dans la construction psychique, le rôle du fantasme se repère dès la mise en place du principe de réalité. Ce dernier, moteur de l'évolution du psychisme, ne progresse pas sans rencontrer de résistance. Pourquoi ? Parce que, écrit FREUD, il existe chez tout être humain une tendance à se *cramponner avec ténacité*¹¹³ aux sources de plaisir qu'il a déjà expérimenté. Du fait de cette résistance majeure au changement manifestée par le psychisme, une partie de la pensée va échapper au principe de réalité. Elle va rester livrée au principe de plaisir et demeurer régie par celui-ci. C'est cette partie de la pensée

¹¹¹ LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., *Vocabulaire ...*, op.cit., p.152

¹¹² *Idem*

¹¹³ FREUD S., *Formulations sur les deux principes...*, op.cit., p.135

qui sera à la source de la création des fantasmes et pensées qui concernent non pas la réalité telle qu'elle est, mais une réalité imaginée, que chaque personne peut construire au gré de ses désirs, pour qu'elle lui apporte, en imagination, la satisfaction. Devenu capable de penser la réalité externe, le psychisme va donc se révéler également apte à imaginer une autre réalité, à la fantasmer.

3.3.2 *La capacité de fantasmatisation*

Cette création de fantasmes commence pour les enfants, précise FREUD, avec le jeu, dont le prototype est le *Fort-Da* et est lié à l'activité de symbolisation. Elle implique, à cette étape, le recours à des objets réels : les jouets, qui permettent d'inventer des mondes, de rêver. Plus tard, elle se déploie en rêveries diurnes qui ne nécessitent plus le support d'aucun objet. La complexité de ce lien entre le fantasme et la réalité pourrait être illustrée à travers l'intrication des souvenirs d'enfance, dans l'exemple que FREUD donne des souvenirs-écrans :

«Nos souvenirs d'enfance nous montrent les premières années de notre vie, non comme elles étaient, mais comme elles sont apparues à des époques ultérieures d'évocation; les souvenirs d'enfance n'ont pas émergé, comme on a coutume de le dire, à ces époques d'évocation, mais c'est alors qu'ils ont été formés et toute une série de motifs, dont la vérité historique est le dernier des soucis, ont influencé cette formation aussi bien que le choix de souvenirs.»¹¹⁴

Ainsi, selon FREUD, il n'y a pas de réalité que nous pourrions qualifier de brute, mais une élaboration de celle-ci. Pour Michèle PERRON-BORELLI, psychanalyste, membre de la Société psychanalytique de Paris, la vie fantasmatique, consciente et inconsciente, est au *cœur du travail psychique d'élaboration des conflits concernant l'objet*¹¹⁵. Les fantasmes expriment très

¹¹⁴ FREUD S., *Névrose, psychose et perversion*, (1^{ère} édition 1973), Paris, PUF, Coll. Bibliothèque de psychanalyse, 2010, p.113

¹¹⁵ PERRON-BORELLI M., *Fonction du fantasme : élaboration des liens à l'objet*, *Revue française de psychanalyse*, 2 /N. 58, 1994, pp.533-548

directement, par ce qu'ils représentent, les enjeux d'une conflictualité sans cesse réactivée par les exigences des désirs, des projets de vie. Elle ajoute que la production de fantasmes met en œuvre, dans ces représentations mêmes, une fonction défensive : les fantasmes, lorsqu'ils sont inconscients ne peuvent accéder à la conscience et au discours qu'avec toutes les transformations que leur impose le travail d'élaboration défensive du préconscient. PERRON-BORELLI propose de considérer le fantasme comme un médiateur privilégié des processus de liaison intrapsychiques qui sont à la base de toute organisation psychique, et de toute relation d'objet. Leur absence, dans le dire, peut faire alors penser au mode de pensée opératoire des personnes sujettes aux affections psychosomatiques, leur parole n'impliquant, dans ce cas, aucune élaboration ni association : le processus secondaire semble ne pas opérer.

Si l'on s'accorde avec FREUD à reconnaître que le fantasme rend *compte de la stabilité, de l'efficacité, du caractère relativement organisé de la vie fantasmatique*¹¹⁶, il demeure un élément central de l'écoute psychothérapeutique, en tant qu'il permet d'esquisser une ébauche de la représentation de la réalité psychique d'une personne.

Les différentes techniques de relaxation, qui composent la pratique de la sophrologie, ont pour intérêt majeur d'ouvrir l'accès à l'espace imaginaire. La succession d'images qui se présentent généralement dans l'état sophroliminal est traitée en tant que surgissement de la vie fantasmatique. Ce qui est figurable s'y représente au sein de la psyché par l'image, associée à l'émergence des perceptions du corps. Ce qui ne l'est pas, peut parfois n'être éprouvé que dans le corps. C'est là que tous les efforts du praticien en

¹¹⁶ LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., *Vocabulaire ...*, op.cit., p.153

psychothérapie s'organisent pour favoriser l'élaboration secondaire, à partir de laquelle, et au sein de laquelle la symbolisation devient possible. Ainsi, l'analyse de ce qui est vécu en séance de sophrologie s'opère sur le même mode que le rêve et les rêveries diurnes, et peut être considéré en connexion directe avec le fantasme inconscient sous-jacent, qui constitue ce que FREUD appelle le *noyau du rêve*¹¹⁷. Le matériel ainsi obtenu est, dans ce contexte, traité en accord avec la problématique freudienne du fantasme : c'est-à-dire en ne considérant pas qu'il y ait *une distinction de nature entre fantasme inconscient et fantasme conscient, mais en visant à marquer les analogies, les relations étroites, les passages entre eux*¹¹⁸. Et ceci toujours dans le but de percevoir au sein d'une certaine continuité d'éléments, la trame du fonctionnement psychique, de manière à permettre à l'être de se désenclaver des schèmes qui régissent son psychisme et le contraignent.

Je vous propose à présent une méthodologie et une présentation de l'organisation de mes consultations. Ce sera le propos de la seconde partie de ce mémoire, basée sur le partage des apports qui m'ont paru essentiels dans la sophrologie, élaborée par Alfonso CAYCEDO, ainsi que l'ouverture d'orientation psychanalytique proposée par Jean-Pierre HUBERT.

¹¹⁷ FREUD S., *Sur le rêve*, 1901

¹¹⁸ LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., *Vocabulaire ...*, op.cit., p.155

DEUXIEME PARTIE

II. METHODOLOGIE

Le travail psychocorporel proposé ici se base sur la sophrologie, élaborée par Alfonso CAYCEDO, ainsi que sur les ouvertures développées par Jean-Pierre HUBERT. Cette conception m'a été enseignée par feu madame Gislaine MILLO¹¹⁹ et tient compte du développement personnel qui découle de ma formation.

Il ne s'agit pas d'expliquer les techniques utilisées, mais de mettre en relief les processus mobilisés jouant un rôle dans le déploiement du processus de subjectivation, vers l'éprouvé du sentiment d'ipséité. Il s'agit d'une méthode... parmi d'autres.

1 LA SOPHROLOGIE

Si la psychanalyse a permis la découverte de l'inconscient, la sophrologie, dont le nom s'origine dans les racines grecques des mots *SOS* harmonie, paix ; *PHREN* esprit, conscience ; et *LOGOS*, dans le sens de science, approfondie l'étude des mécanismes de la conscience.

«La sophrologie est le terme créé par le Dr Alfonso Caycedo pour désigner une Ecole scientifique conçue pour l'étude de la conscience et des valeurs de l'existence par des procédés qui lui sont propres et originaux.»¹²⁰

1.1 CAYCEDO ALFONSO

Alfonso CAYCEDO (1932), neuropsychiatre colombien d'origine basque espagnole, développe la sophrologie à partir de 1960 à Madrid. Il la surnomme la *filles de la médecine*, et son but est de se

¹¹⁹ Sophrologue enseignante au CERFPA.

¹²⁰ CHENE P-A., *Sophrologie : Fondements et Méthodologie*, Tome 1, Paris, Edition Ellebore, Paris, 4^{ème} édition, 2001, p.89

dégager de l'hypnose qu'il pratiquait, pour étudier et affiner la compréhension du fonctionnement de la conscience humaine, ainsi que les moyens d'en faire varier les états et niveaux. Il propose la sophrologie en tant que science rigoureuse, bien que non exacte, visant la conquête ou le renfort de l'équilibre entre émotions, pensées et comportements. CAYCEDO positionne la sophrologie au croisement de la relaxation occidentale et de la méditation orientale. Plus précisément, la sophrologie s'inspire d'exercices de méditation et de respiration énergétique enseignés dans les ashrams hindous qu'il ramène d'un voyage en Inde et au Tibet, et qu'il adapte à l'esprit occidental pour créer les *sophronisations*¹²¹ et les *relaxations dynamiques*. Ses méthodes protocolées et reproductibles ont des effets statistiquement évaluables. La sophrologie propose de développer la conscience en sélectionnant le vécu positif et se base sur trois notions principales : corporalité, temporalité, phénoménologie.

La corporalité représente

« ... le corps qui se présente à la Conscience et qui rencontre l'esprit. C'est en quelque sorte la création au sein de la Conscience d'un nouvel espace de rencontre, la détermination d'une nouvelle région [...] région d'une Conscience profonde¹²². »

Et ce, dans l'*ici et maintenant*¹²³, ce qui met l'accent sur la notion temporelle : l'être vit cette conscience dans l'instant, comme *être-présent dans lui même et dans le monde*¹²⁴, ce qui autorise une perception phénoménologique des sensations : sans a priori, comme si c'était la première fois, et sans jugement.

Ces trois notions rendent compte de la dimension toute subjective de la sophrologie.

¹²¹ Technique fondamentale de la sophrologie permettant une rencontre avec soi même, à un moment de l'existence "ici et maintenant", dans l'état sophroliminal : comme au bord du sommeil.

¹²² CHENE P-A., *Sophrologie, Fondements ... op.cit.*, p.158

¹²³ *Idem*

¹²⁴ *Idem*

1.2 HUBERT JEAN-PIERRE

Depuis sa création, la sophrologie et ses applications se développent largement et en 1985, des différences de point de vue se révèlent en Europe. Ces divergences conduisent à un réaménagement : le médecin psychanalyste et bio-énergéticien Jean-Pierre HUBERT institue la *sophrologie analytique*.

CAYCEDO, convaincu d'une extension socio planétaire de la sophrologie telle qu'il l'a conçue, poursuit de son côté le développement de plusieurs nouveaux degrés des relaxations dynamiques et se désolidarise de la sophrologie européenne en se protégeant par un système breveté. Il rejette ainsi tous les sophrologues qui ne sont pas CAYCEDIENS : ces derniers se doivent de le rejoindre en Andorre, où il s'est retiré, pour faire régulièrement revaloriser leurs diplômes.

En Europe, le courant de la sophrologie analytique se développe en prenant en considération l'héritage des recherches psychanalytiques de FREUD, LACAN et JUNG sur le fonctionnement de l'inconscient. La sophrologie devient *découvrante*, c'est-à-dire qu'elle comprend les principes de la psychanalyse au sujet du transfert et vise à la résolution, après leur analyse, des résistances. De plus, elle prend pour principe et objectif d'utiliser l'expression corporelle et de laisser venir l'émotion pour trouver la voie de la conscience la plus ouverte, en vivant et en évacuant le vécu existentiel négatif, douloureux. Le mérite de cet élargissement est de permettre de se servir de l'inconscient dans la thérapie, de manière à favoriser l'émergence des valeurs fondamentales de l'être, afin qu'il trouve un véritable sens à sa vie. J'ajouterai, qu'au-delà de la notion de sens, il me semble important de permettre une prise de conscience de la responsabilité individuelle de, et dans sa propre vie.

Dans le cadre de la psychothérapie et dans le but d'utiliser les productions de l'inconscient, HUBERT propose d'appréhender la détente du corps en tant que moyen visant à favoriser la survenue de sensations, d'émotions et d'images en rapport avec la problématique inconsciente du consultant.

En plus de permettre l'élaboration verbale autour de celles-ci et l'appropriation d'une compréhension subjective qui peut en résulter, pour Bernard AURIOL (1977), médecin psychiatre et psychanalyste,

« *L'appel au monde des images a des conséquences extrêmement intéressantes: métamorphoses qui "surprennent" le sujet, rencontre d'images très parlantes, [...], facilité à évoquer les contenus ou attitudes "archaïques", disparition de la rationalisation et du verbiage, etc.* »¹²⁵

1.3 LA CONSCIENCE

"*Ut consciencia noscatur*" - pour que la conscience soit connue - est la devise de la sophrologie. CAYCEDO fonde à partir de là son hypothèse de travail et de recherche sur la conception d'une structuration de la conscience humaine en états, niveaux et formes.

Dans le cadre de ce mémoire, gardons à l'esprit que la conscience est l'organe de perception de ce qui se produit en nous, non pas à partir des choses elles-mêmes, mais des représentations que la psyché construit de celles-ci.

1.3.1 Les états de conscience

Les états de conscience représentent la faculté qu'ont les êtres de ressentir et de vivre leur réalité quotidienne : *leurs possibilités existentielles d'être*.

CAYCEDO définit trois états qualitatifs de conscience. La *possibilité existentielle pathologique* représente la *vivance*¹²⁶ de l'être dont la

¹²⁵ AURIOL B., *Yoga et R.E.D.D.*, in *Cahiers de l'institut du Rêve Eveillé Dirigé*, n° 2, déc. 1977, p.47

¹²⁶ Néologisme de l'espagnol *vivancia*, que CAYCEDO préfère ne pas traduire par "vécu", ce terme étant trop passif pour exprimer le "vécu intégré" de la vivance, et qui peut se traduire par un "impact émotionnel" au-delà de toute rationalité.

conscience est altérée par la maladie psychique. La *conscience individuelle ordinaire* est la conscience de l'être vivant en permanence dans des schémas préétablis, sans questionnement, sans nouveau regard sur les choses. Enfin, la *possibilité existentielle sophronique* est la vivance d'une personne ayant acquis une conscience phénoménologique et existentielle, opposée à la maladie et équivalant à une intégration existentielle positive de l'être, qui correspond à certains moments que je décrirais comme des moments de *lumière* : comme lorsque que l'on a l'impression de découvrir quelque chose, de créer, d'être en communion artistique ou esthétique, touché par une œuvre qui donne un sentiment d'élévation, dans la tendresse ou l'amour partagé. Tout ce qui magnifie l'être humain. La recherche de la conscience sophronique est le but, la finalité et l'intentionnalité de la sophrologie : il s'agit d'augmenter le potentiel que chacun possède à séjourner dans cet état supérieur de conscience, d'améliorer progressivement la qualité de conscience, la qualité de présence à soi, à l'autre, au monde.

1.3.2 *Les niveaux de conscience*

Les niveaux de conscience sont indépendants, dans leurs variations, des états de conscience. Ils représentent les variations quantitatives de la vigilance, et se distinguent en trois niveaux : la veille, le sommeil et le coma. En état de veille, la vigilance diminue depuis l'hyper vigilance vers la vigilance des actes de la vie quotidienne, vers le niveau sophroliminal, qui se situe entre la veille et le sommeil, jusqu'au sommeil.

Le niveau sophroliminal représente le niveau de conscience privilégié du travail en sophrologie. Ce niveau de conscience n'a rien à voir avec le sommeil proprement dit et rien à voir avec l'état hypnotique.

« Il constitue une zone floue séparant sommeil et niveaux vigils, mais se trouve dans le niveau de vigilance ; il n'y a pas de

*rupture de communication, les sujets entraînés peuvent même parler dans ce niveau.»*¹²⁷

Une mesure des ondes cérébrales montre que le niveau sophroliminal correspond au rythme alpha, qui désigne une oscillation électro-encéphalographique résultant de l'activité électrique du cerveau, dont la fréquence est comprise entre huit et douze Hertz et qui se manifeste lorsque la personne enregistrée éveillée ferme les yeux et se détend.

L'accès et le contrôle de ce niveau se font par la sophronisation, qui constitue donc une modification quantitative de la vigilance. Le niveau sophroliminal permet l'application des techniques d'activation intrasophroniques constituant le propre du travail en sophrologie adapté à chaque application. C'est la région de travail de la conscience sur laquelle s'élaborent les techniques sophroniques de structuration, permettant l'amélioration qualitative de la conscience, conduisant à la conscience sophronique. L'intérêt de ce niveau est de permettre l'exploitation de nombreuses potentialités sous exploitées dans les niveaux de vigilance habituelle. Ces potentialités concernent l'apparition de *phénomènes sophromnésiques*, qui témoignent de l'augmentation de la capacité de la mémoire, occasionnant une meilleure prise de conscience de l'historicité de l'être, et lui permettant de mieux se situer dans son histoire de vie, sa famille, ses valeurs... La *plasticité imaginative* y est stimulée, par un travail sur l'imaginaire grâce au déplacement de situations dans le temps, à la base de nombreuses techniques. La *sophro-labilité senso-perceptive* est la capacité de sentir et percevoir : l'état sophroliminal facilite le déploiement des perceptions des mondes intérieurs et extérieurs, qui progressivement se voit amélioré. Le *renforcement du processus phénoménologique* est rendu possible du fait que la sophronisation permet de revenir à la chose même, par la suspension du jugement.

¹²⁷ CHENE P-A., *Sophrologie, Fondements ... op.cit.*, p.97

Toutefois, l'apport de l'appréhension du processus de subjectivation nous permet sur ce point d'ajouter que le renforcement du processus phénoménologique permet surtout la découverte de la réalité psychique, en tant que la chose même est inaccessible directement mais est fruit d'une représentation. Enfin, *le dévoilement des possibilités existentielles de l'être* est rendu possible par la perception, aux niveaux les plus profonds de la conscience, des capacités et des valeurs personnelles.

1.3.3 Les formes de conscience

Pour les sophrologues, en plus de la forme de conscience éveillée et de conscience endormie, le niveau sophroliminal constitue également une forme de conscience à part entière, située entre les deux formes précédentes.

Cette troisième forme de conscience est propre à la vivance sophronique.

1.4 LE SCHEMA CORPOREL COMME RÉALITÉ VÉCUE

"La conquête du corps est la conquête de l'esprit" est un autre grand principe de la sophrologie. Aussi, l'intégration du schéma corporel au sein de la conscience revêt une importance de premier ordre.

Le schéma corporel est la représentation permanente que chacun se fait de son corps, de sa structure, de sa position dans l'espace. Il se situe dans la relation entre perceptions et sensations : c'est un automatisme physique qui permet d'agir au quotidien, un schéma anatomique et fonctionnel du corps. Anatomique, en ce qu'il reflète la perception qu'a un individu des rapports des différentes parties de son corps entre elles et avec son environnement. Fonctionnel, en ce qu'il exprime la perception qu'a ce même individu de la mécanique de ce

corps biologique. C'est un ensemble de processus perceptifs et organiques qui permettent de saisir l'unité du corps biologique. C'est, par exemple, ce qui permet de pouvoir localiser à une partie très précise de notre corps quelque chose qui lui arrive : que ce soit une excitation de type plaisir ou de type douleur.

En sophrologie, le principe d'intégration du schéma corporel en tant que réalité vécue signifie l'intégration de la corporalité, dans les couches les plus profondes de la conscience.

Cette intégration se fait par la relaxation, en état sophroliminal, à partir de laquelle le déplacement du négatif, engrangé parfois depuis l'enfance et matérialisé au niveau du corps par des tensions, est tout autant un déplacement des tensions psychiques corporalisées. Autrement dit, les facteurs psycho-émotionnels et affectifs, par l'intermédiaire du système nerveux central, ont un rôle sur lui : tout ce qui est de l'ordre de l'influence ou de la suggestion en relaxation, induisant un climat émotionnel apaisant, influence par là même l'activité tonique dans le même sens. Et la réciproque est vraie : l'état tonique influence l'activité émotionnelle d'une personne. Ainsi, en abaissant le tonus par les exercices gestuels et respiratoires, il devient possible d'abaisser les tensions psychiques.

Il s'agit de l'héritage dont bénéficie la sophrologie des relaxations thérapeutiques : le relâchement des freins musculaires autorise la libération des freins émotionnels, des résistances, et permet de traiter l'expérience traumatique. Le client est soutenu dans une élaboration d'un langage signifiant des zones du corps, des sensations et des symptômes, soit de tous les lieux de projection interne, pour le conduire vers la conscience sophronique qui a le pouvoir de nettoyer et réparer. Dans chaque partie explorée, il reconnecte ainsi avec la sensibilité du lieu du corps et avec sa charge émotionnelle. Le client peut alors se réapproprier les territoires libérés de leurs charges, et les

intégrer dans son monde intérieur, enrichi de sa capacité de se comprendre et de mieux cerner le monde environnant. Ce travail permet de se délimiter et conditionne le sentiment d'ipséité.

Le praticien en psychothérapie qui utilise la sophrologie aide donc son client à découvrir et sentir les limites de son corps, distinguer les espaces internes et externes, et à se vivre comme séparé de tout ce qui n'est pas lui vers l'intégration de son schéma corporel. Sa réalité vécue est le sentiment de se sentir unifié dans son corps et percevoir la différence entre soi et non soi, l'une des bases fondamentales pour l'activité de penser. C'est le point de départ indispensable pour établir un pont vers l'extérieur, vers l'autre. En fait, dans cette pratique thérapeutique, nous expérimentons constamment ce paradoxe : aider nos clients à entrer en contact avec leurs sensations, à se relier à eux-mêmes dans leur corps pour pouvoir s'ouvrir à la relation, échanger avec le monde extérieur et le laisser entrer sans craintes à l'intérieur.

2 LE CADRE DES SEANCES EN PSYCHOTHERAPIE ANALYTIQUE ET SOPHROLOGIE

Le lendemain revint le petit prince.
*« Il eût mieux valu revenir à la même heure, dit le renard. Si tu viens, par exemple, à quatre heures de l'après midi, dès trois heures je commencerai d'être heureux. Plus l'heure avancera, plus je me sentirai heureux. A quatre heures, déjà, je m'agiterai et m'inquièterai ; je découvrirai le prix du bonheur. Mais si tu viens n'importe quand, je ne saurai jamais à quelle heure m'habiller le cœur... Il faut des rites...
 -Qu'est-ce qu'un rite ? Dit le petit prince.
 -C'est aussi quelque chose de trop oublié, dit le renard. C'est ce qui fait qu'un jour est différent des autres jours, une heure des autres heures. »*

Antoine de Saint-Exupéry, *Le Petit Prince*, 1945

Il s'agit d'exposer dans ce chapitre le cadre de travail proposé aux clients dans le contexte d'une psychothérapie analytique incluant la pratique de la sophrologie. Le cadre est associé à des rythmes qui ressemblent à des rythmes de besoin, c'est en cela qu'il est si particulier. Cette pensée est en relation avec ce qui se passe au sein de la construction psychique, détaillée au chapitre 2.1.1.2 : *Prise en compte de l'objet et relation(s) d'objet*.

2.1 LE CADRE DE TRAVAIL

La première séance est une prise de contact mutuel que je ne fais pas payer. Elle me permet de me forger une conception, la plus précise et la plus claire possible, de l'organisation économique psychique du client, d'évaluer la possibilité de travailler avec cette personne, et de lui faire préciser clairement sa demande et son objectif. Après avoir éventuellement décidé de l'indication d'une psychothérapie analytique sophronique, nous passons une alliance thérapeutique qui souligne son engagement volontaire et actif dans la thérapie. C'est à ce propos que je nomme le thérapeute un *client*. Cette alliance diffère de l'*alliance sophronique* utilisée en sophrologie non analytique car le transfert y est utilisé.

Je pose ensuite le cadre que j'ai élaboré :

- il s'agit d'une séance hebdomadaire, préférablement toujours le même jour et à la même heure. Les séances de sophrologie d'une heure trente alternent avec les séances verbales d'une heure. Il se peut que le client souhaite une séance verbale ou une séance de sophrologie à la place de l'alternance proposée : son besoin est pris en compte en tant que signification et sera analysé ;
- les effets des sophronisations sont étalés dans le temps, et je demande de porter une attention particulière à leurs

manifestations psychiques et somatiques entre les séances : je propose de prendre des notes, de manière à favoriser l'appropriation de ces vécus. C'est ce qui motive l'espacement d'une semaine ;

- un entraînement à la relaxation et à la perception du niveau sophroliminal est demandé entre les séances, je propose un support enregistré ;
- l'expression agie de violence ou de séduction n'est pas admise : les passages à l'acte de cet ordre ne sont pas autorisés. Mais la mise en mots est encouragée et soutenue, tout comme les multiples formes d'expression émotionnelle ;
- enfin, je précise que toute séance non décommandée à l'avance est due : il s'agit de mettre en exergue le désir de travailler avec un autre et de souligner le fait que cet espace leur est personnellement dédié.

2.2 LES SEANCES DE SOPHROLOGIE

Les protocoles utilisés au cours des séances de sophrologie ont été créés par CAYCEDO ; certains relèvent du courant analytique et d'autres ont été adaptés par moi-même, à l'occasion de problématiques particulières de mes clients.

La séance débute en face à face par l'expression, sur une durée d'approximativement une demi-heure, de ce qui est là pour lui. Cette verbalisation me permet d'appréhender l'énergie dans laquelle il arrive, de rassembler des informations sur son état général, de percevoir l'émergence d'un besoin dont je soutiens l'élaboration lorsqu'elle semble difficile, et d'établir ce qui est à travailler au sein du protocole, ce qui en facilite le choix.

Avant la toute première séance de *sophronisation de base* - relaxation qui induit le niveau sophroliminal - j'évalue le degré de conscience

qu'il possède de ses tensions musculaires en lui faisant pratiquer les premiers exercices de la relaxation progressive de JACOBSON : il est saisissant de constater le nombre de personnes qui ne ressentent pas de différence entre la tension et le repos musculaire. Il s'agit de faire porter une attention soutenue, une conscience nouvelle sur ce point, de sorte à faire évaluer les différences de perception à venir.

Puis, je propose au client qui expérimente la relaxation de prendre place sur le transat, que j'ai choisi de forme morphologique pour accentuer la détente et très large et bas pour favoriser un sentiment de sécurité nécessaire au lâcher prise dans les premiers temps. Par la suite et avec de l'entraînement, la relaxation peut s'effectuer en position assise, voire debout. Je demande de bien sentir les appuis du corps, et de trouver une position tout à fait confortable. Je lui signale également qu'il dispose de tout son temps pour ce faire, et qu'à tout moment, il peut rectifier cette position, et prendre la parole s'il le juge nécessaire. Enfin, je lui propose de prendre conscience de sa respiration.

Vient ensuite la sophronisation de base plus ou moins rapide selon le niveau d'entraînement du client, le protocole en lui-même et la désophronisation, qui constitue le retour au niveau vigile.

J'expose ici le principe motivant les cinq techniques desquelles sont issus les protocoles dont il sera question au cours de l'analyse des vignettes cliniques : cette présentation est nécessaire au lecteur qui ne serait pas familier avec la sophrologie, en ce qu'elles en représentent les fondements :

- *Les techniques de présentations* mettent en relation corps et psyché dans l'ici et maintenant, et spécifiquement *le Sophro-Déplacement du Négatif* : élaboré par CAYCEDO, il s'agit de substituer au vécu négatif ou neutre, un vécu positif par déplacement

vers l'extérieur de toutes les sensations, sentiments négatifs, à partir des tensions générées au niveau corporel. Ce phénomène d'évacuation de la douleur, qui dans une conception unitaire de l'être est un mélange de physique et de psychique, se répercute au sein de toutes les structures de la conscience, en vertu de l'interrelation psychosomatique. Le but visé est l'atténuation de la douleur, non pas en s'attachant à la cause, mais en regard de la manière dont le client vit le phénomène.

- *Les techniques de futurisation caycediennes* permettent l'expérience de l'extériorité, de la projection sur l'advenir du projet existentiel, dans son rapport au monde. Elles mobilisent l'espoir et l'intentionnalité par la perception de la puissance de l'esprit : si le corps est limité, l'esprit est illimité dans sa capacité créatrice et imaginative. Il peut faire vivre ici et maintenant des situations lointaines dans une unité structurante, source de confiance.

- *Les techniques de prétérisation caycediennes* permettent d'accéder au passé positif de l'être présent pour lui donner accès à une élaboration de ses bases. La mémoire s'active dans le niveau sophroliminal - *phénomènes sophro mnésiques* - et permet la recherche d'informations antérieures. La conscience réflexive est sollicitée : il s'agit d'une pensée sur des pensées.

Dans la perspective analytique, les élaborations sont entendues à travers le prisme du fantasme. Ces techniques servent surtout à redonner confiance au client qui s'aperçoit qu'il n'y a pas que du négatif dans sa vie.

- *Les relaxations dynamiques caycedienne des trois premiers degrés*, avec gestes et respirations synchronisés, visent d'abord une décharge énergétique, puis un accès à une intégration de l'énergie restante plus harmonieuse dans l'être.

- *Les techniques non caycediennes découvrautes*, dont certaines élaborées par Gislaine MILLO et moi-même permettent l'induction du processus facilitant le travail d'analyse, pour une prise de conscience de soi plus vaste, de son individualité ainsi qu'une mise en évidence de ressources parfois inconnues de la personne elle-même, et toujours dans l'optique de l'autonomie. Ces techniques favorisent les conditions d'adaptation aux autres et à soi, à l'environnement et aux provocations stressantes, en fonction de la structure de l'individu lui-même et de son entourage socioculturel, par une meilleure connaissance de son rythme personnel, parfois, il s'agit même de sa découverte...

2.3 LES SEANCES VERBALES

Le cadre des séances verbales est moins protocolé en regard des séances de sophrologie. En face à face, il s'agit de permettre aux clients de parler, de dire ce qui les meut à ce moment dans le travail qu'ils ont engagé, ce qui a circulé en eux depuis la séance précédente, partager les rêves qu'ils ont pu faire, travailler à mettre en mots ce qu'ils ne savent pas qu'il est possible de mettre en mots, et qui est joué, parfois dans leur corps, en symptômes, en douleurs, au lieu d'être joué par la parole. Et surtout favoriser l'éclosion du transfert, de manière à ce qu'ils se sentent suffisamment à l'aise de dire un autre discours, plus intime, d'élaborer une autre souffrance, celle, plus invisible, plus inconnue d'eux, celle qui les agit : leur souffrance inconsciente.

Comme le souligne le psychiatre et psychanalyste d'origine argentine Jean-Daniel NASIO¹²⁸ (1942), la nature de ce lien est un lien d'amour,

¹²⁸ Emissions de radio *Les chemins de la connaissance*, disponible sur le site Internet de l'INA : www.ina.fr ; Série de cinq émissions radiodiffusées sur la psychanalyse, diffusées les 14, 15, 16, 17 et 18 septembre 1987, sur France Culture, avec les invités DOLTO Françoise et NASIO Juan David. Réalisateur: FONTANAROSA, D. ; Producteur: DUPONT, C.

de passion, de haine, d'illusion, de projections. Et un lien de pulsions inconscientes qui se manifeste de manière psychosomatique, dans les actes, et les symptômes qui sont apportés en thérapie au sein du transfert. C'est ce lien de pulsion qui sert dans la partie analytique, c'est le moteur de la psychothérapie.

La parole engage à nouveau le processus de subjectivation : dans la relation, je m'efforce, tout en continuant de porter attention à qui je suis et à mon contre-transfert, d'être un caméléon qui représente les diverses personnes avec lesquelles mes clients ont eu des relations structurantes plus ou moins bien terminées, et qui, à cause de cela, sont restées dans le silence parce qu'elles n'ont pas porté leurs fruits réellement, comme le disait DOLTO¹²⁹. Ces relations n'ont pas été subjectivantes.

Dans ce qui est réveillé de leur passé, et transféré sur ce que je représente pour mes clients, j'essaie de repérer vis-à-vis de qui ils ont eu des sentiments de cet ordre, afin de tenter de comprendre les ressorts de ce transfert. Analyser ces sentiments qui n'ont pas porté leurs fruits dans une symbolisation de cette relation passée, dans le but, grâce à la relation présente, de subjectiver ce qui ne l'a pas été, lorsque cela peut l'être...

Ainsi, au fil des mots, ils évoquent différentes périodes de leur vie et par cette évocation, revivent aussi des situations qui leur avaient été difficiles, douloureuses, traumatisantes.

D'autres aussi : porteuses et positives, qui sont réutilisées dans les séances de sophrologie en tant que valeurs et bases solidifiantes de l'être, dans une visée intégrative à travers les sensations corporelles propres à cette technique.

¹²⁹ Emissions de radio *Les chemins de la connaissance*, *op.cit.*

Mais celles qui sont les plus constructives dans le travail analytique, ce sont celles qui ont laissé des traces vulnérantes dans l'ensemble psychosomatique de l'être. Sur ce point, il m'arrive aussi dans les séances verbales de revenir au corps, en demandant, au moment où surgit l'émotion, ou, au contraire, lorsque le discours me semble trop construit et mentalisé, de localiser corporellement ce qui se passe en eux. De prendre le temps nécessaire de bien sentir comment leurs propres paroles raisonnent en eux, parfois juste en répétant leur phrases telles quelles, ou en reformulant à peine, en une sorte d'écho, pour leur offrir un espace psychique d'accueil, similaire à la *capacité de rêverie de la mère* de BION¹³⁰. En reprenant, j'essaie de les faire réfléchir à la signification que prend pour eux ce mot là, arrivé dans l'association libre. En synthétisant je restitue ces vécus partagés. Le contenant psychique de mes clients se trouve ainsi, au fil des séances, renforcé, et ils peuvent, dans ce cadre de sécurité, transformer eux-mêmes leurs *éléments bêtas* en *éléments alpha*. Lorsqu'il arrive qu'au cours d'une séance ils soient submergés par leurs émotions, grâce au cadre établi, ils savent que cela est autorisé, et temporaire, qu'ils ont une structure au sein de laquelle ils peuvent se lâcher, en demeurant contenus.

¹³⁰ Cf. : chapitre 2.1.3.2

TROISIEME PARTIE

III. ILLUSTRATIONS CLINIQUES

Au sein de cette troisième partie, il s'agit de présenter dans un premier temps les personnes reçues, au total de cinq, et leur(s) problématique(s), puis de proposer une analyse de laquelle émergeront les différents thèmes élaborés en séances.

1 PRESENTATION DES VIGNETTES CLINIQUES

Les personnes constituant l'objet de ce travail sont des patients rencontrés durant mon stage de fin d'études au Centre Hospitalier Princesse Grace – CHPG, effectué auprès de Madame Sarah Ichaï, psychologue clinicienne, ma responsable de stage, et de Madame le Docteur Mona Stoian, pédopsychiatre. L'une d'entre elle a souhaité continuer son travail au sein du cabinet dans lequel je reçois. Leur démarche s'inscrit dans un temps allant entre trois mois, pour la plus courte d'entre elle, à deux ans.

Pour les raisons de confidentialité propres au code de déontologie des psychothérapeutes¹³¹ auquel je me réfère, le prénom de chaque personne a été changé, et l'ensemble des détails relevant de leur vie privée auquel l'analyse rapportée ici n'a pas directement recours n'a volontairement pas été mentionné, dans un souci de concision. C'est avec leur accord, ou celui de leurs parents, que j'expose dans ce mémoire le matériel recueilli au cours de leurs séances.

¹³¹ Référence documentaire : http://www.ff2p.fr/fichiers_site/textes/textes.html

1.1 LAURE

Madame Ichai décide de m'adresser Laure suite à une consultation thérapeutique anténatale. Elle me rapporte que cette future maman de 38 ans, enceinte de sept mois, dont la grossesse ne présente aucun aspect pathologique organique, et pour laquelle le terme est prévu dans deux mois par voie basse, est venue la consulter pour des angoisses nocturnes.

Je la reçois au rythme d'une fois par semaine du 31 janvier au 15 mars dans le cabinet qui m'est attribué au CHPG. Ce trouble anxieux se manifeste chez Laure par une sensation de suffocation qui survient la nuit et la réveille. Son anamnèse révèle qu'il s'agit d'une première grossesse désirée mais inattendue, compte tenu de son âge et du nombre d'années passées avec son compagnon sans que le couple n'ait recours à aucune contraception. Laure et ce dernier, quadragénaire, sont tous deux pompiers et très sportifs. Ils ne sont pas de la région. Leurs familles sont éloignées. Laure évoque également un premier rapport sexuel difficile, qui a conditionné une sexualité qui n'est toujours pas épanouissante actuellement.

L'affect d'angoisse est réactivé chez Laure par son état de grossesse, qui occasionne une entrave dans la tenue des mécanismes de défense mis en place. Les axes de travail concernent ici la perception du corps de Laure, par la mise en acte de protocoles spécifiques en sophrologie prénatale ainsi que la mise en mots de la représentation qu'elle se fait de ce corps dans sa forme nouvelle.

Au fil des séances, le Moi de Laure recouvre la capacité de maîtriser cette angoisse, reliée pour elle à l'attente inconsciente d'un danger. Danger probablement lié à ses fantasmes autour de son

accouchement futur. Ainsi, la possibilité de reconquérir une maîtrise corporelle via les exercices de sophrologie lui permet progressivement de retrouver sa fluidité psychique.

1.2 LAELI

Laeli est une petite fille âgée de trois ans et six mois lorsque je la rencontre pour la première fois au sein du service Maternité du Centre Hospitalier Princesse Grace avec ses deux parents, un couple marié de trentenaires. Elle est adressée à Mme Ichaï, la psychologue du service, pour bégaiement par son pédiatre habituel, Monsieur le Docteur Jean-Claude Picaud, chef du Service de Pédiatrie-Néonatalogie. Le bilan médical de Laeli ne présentant pas de troubles de type neurophysiologiques, et en l'absence de facteur d'hérédité¹, le Dr Picaud suggère aux parents d'investiguer le versant psychologique. Le motif de consultation concerne un trouble du débit élocutoire, plus précisément le bégaiement, ou

*« trouble de la réalisation du langage qui se caractérise par des répétitions ou des blocages entraînant une rupture du rythme et de la mélodie du discours »*¹³²,

que ses parents ont remarqué comme étant survenu deux semaines auparavant, et qu'ils décrivent se manifester « *comme un blocage de communication* ». Ils rapportent, ce que j'observe également, que Laeli débute toutes ses phrases par « *Non mais...* » lorsqu'elle se trouve en situation de communication. Après l'avoir questionnée, ses parents expliquent que ce problème serait apparu après que Lucas, un des élèves de la classe de dernière année de maternelle et ami de Laeli, l'ait tapée, griffée et mordue.

¹³² AJURIAGUERRA J. de, *Le bégaiement*, in *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Masson, Paris, 1980, p. 365

Etant donné que Laeli tente consciemment de parler, elle doit avoir une raison inconsciente de ne pas le vouloir. Ceci étant le résultat d'une signification quelconque inconsciente de la parole... Et pour Laeli, en deçà du contenu verbal, cette signification semble porter sur le sens général de la fonction "parler".

En regard de l'histoire parentale et en rapport avec la maturation psychique de Laeli, cette dernière pourrait symptomatiser une angoisse non encore intégrée, notamment par sa mère. Le travail porte sur l'élaboration, pour la mère, autour de l'angoisse générée par un deuil non réalisé, ce qui a des répercussions positives sur la perception de la réalité de Laeli, et lui permet d'actualiser les représentations qu'elle en a, et de mieux gérer ses affects.

1.3 KARL

Karl est né le 15 mars 2006, il est âgé de 5 ans lorsque je fais sa connaissance en janvier pour troubles du comportement. C'est le dernier né d'une fratrie de trois enfants, composée d'Annabel, âgée de 8 ans et atteinte d'une maladie dégénérative qui compromet son développement psychomoteur et son pronostic vital, et de Constant 6 ans et demi. Leur mère, Annabelle, âgée de 45 ans, exerce la profession de sapeur pompier. Elle aurait souhaité faire des études, mais n'a pas pu accéder à cette aspiration et porte en elle une faille narcissique très forte. Suivie en psychiatrie au CHPG pour troubles maniacodépressifs et déficit de la mémoire à court, moyen et long terme, elle est bisexuelle, et mariée à Gaspard, 67 ans, mais n'a pas de rapport sexuel avec lui. Les trois enfants d'Annabelle ont été conçus avec Pierre-Jean, qui est le voisin de palier du couple. La situation a été, dans un premier temps, verbalisée au sein du couple, puis dans un

second temps, pour Constant et Karl. Annabelle a eu recours à un dessin pour expliquer la situation à ses enfants.

En juin de l'année précédente, en fin d'année scolaire, la maîtresse de Karl rend l'appréciation suivante :

« Karl risque de gâcher ses aptitudes s'il continue d'utiliser sa vivacité d'esprit et son intelligence pour perturber la classe. Tout est possible chez les moyens ! Bonne route... »

En décembre, sa nouvelle maîtresse rend une appréciation du même type :

« Karl est un élève toujours curieux, mais ses problèmes de comportement freinent son développement et son intégration au sein de la classe – courage et efforts sont souhaitables pour la suite. »

Ces remarques, particulièrement au sujet du développement de Karl, inquiètent sa mère, qui, de par son histoire personnelle, investit négativement l'école mais, par ailleurs, investit énormément les apprentissages et la scolarité de ses enfants. Il s'agit pour Annabelle de savoir si son fils est hyperactif, auquel cas, dit-elle, elle ne le punira pas de la même manière que s'il ne l'est pas, car l'hyperactivité ne serait « *pas de sa faute* », contrairement à une « *attitude dissipée* ».

La dynamique psychique interne actuelle de Karl, à savoir le passage d'une période de relation duelle à celle de triangulation œdipienne semble rencontrer, en raison d'une probable transmission psychique, le flou maternel au sujet non seulement des identifications, mais également de la structure familiale. Ses problèmes de comportement viennent au premier plan comme mode d'expression dans la relation et manifestent une tentative de s'affirmer, socialement inadéquate, et témoignant d'une souffrance non symbolisée qui ne peut se nommer, et donc, dans le cas de Karl, se penser.

Les séances, au rythme d'une heure par quinzaine, sur une période de six mois, permettent à la souffrance psychique de Karl et

aux émotions associées de se manifester sous des formes plus socialisées. Les axes de travail concernent la famille et la place que Karl occupe au sein de celle-ci. Ces axes, qui s'organisent à travers les dessins, le jeu et la sophrologie ont créé un espace pour l'évocation des conflits familiaux, ce qui a permis l'instauration d'un sentiment de sécurité, propice à relier estime de soi chez Karl et estime de l'autre.

1.4 SERVANE

Servane est née le 20 mars 1995. Elle a 15 ans lorsqu'elle est amenée par ses parents, début novembre, et hospitalisée pour état dépressif aggravé. Issue d'une famille recomposée, Servane a de nombreux demi-frères et demi-sœurs par ses deux parents.

Elle souffre d'insomnies, a des idées suicidaires, cauchemarde lorsqu'elle dort, n'a pas d'appétit, ne sort plus de sa chambre lorsqu'elle est chez elle, est extrêmement triste et pleure souvent, sans pouvoir en préciser le motif. Elle ne s'est pas représentée en cours, où elle est, par ailleurs, une excellente élève. Seule en entretien avec le Docteur Stoian, il est rapporté que son faciès est peu mobile, qu'elle répond aux questions par "Oui", "Non", "Je ne sais pas". Elle précise qu'elle est mal depuis le mois d'août, mois au cours duquel sa meilleure amie a fait une tentative de suicide. La mère a des antécédents de dépression, et a été de nombreuses fois internée en psychiatrie au CHPG, notamment après la naissance de Servane. Elle a du mal à accepter l'état de sa fille et culpabilise.

La prise en charge sera multidisciplinaire, avec mise en place d'un traitement antidépresseur au Zoloft, des consultations psychiatriques les mardis avec la pédopsychiatre du service¹³³, la

¹³³ Je suis présente en observation participante.

passation d'épreuves projectives avec la psychologue du service¹³⁴ et une heure de psychothérapie de soutien avec moi. Le traitement est accepté, mais Servane ne participe pas activement. Très rapidement, j'interviens seule auprès de Servane - il semble que ce soit avec moi que l'alliance thérapeutique se soit mise place - au rythme d'une fois par semaine. Après son hospitalisation et à la fin de mon stage, elle souhaitera continuer son travail au sein de mon cabinet qui se poursuivra, plus ou moins épisodiquement, sur plus d'un an.

Le bilan des tests projectifs ne permet pas une mise en évidence nette d'une structure de la psyché de Servane. La direction de la thérapie, que je tente d'articuler autour des anxiétés primitives et de l'angoisse de séparation est constamment mise à mal par la mère. L'éprouvé d'un sentiment de continuité ne paraît pas se mettre en place au sein de la psyché de Servane. Seule la continuité de sa présence, même si elle n'a pas été toujours régulière, demeure.

Il semble que l'éloignement ponctuel, occasionné par les courts séjours d'internement au CHPG et à l'hôpital Lenval, mon attention, dans le cadre des séances, ainsi que le rythme de celles-ci, soient en eux-mêmes le contenant nécessaire à la reprise d'une croissance psychique qui permette à Servane, au fil des mois, d'aménager différemment, pour les atténuer, les expériences de séparation psychique qui accompagnent l'intégration de la réalité et de l'altérité.

1.5 TINA

Tina, née le 6 décembre 1995, est hospitalisée au CHPG au sein du service de pédiatrie pour troubles du comportement alimentaire en novembre. Elle aura donc 15 ans, dix-neuf jours plus tard. Il s'agit

¹³⁴ Je suis présente en observation participante.

d'une anorexie mentale de type restrictif. Les critères de gravité sont énoncés et expliqués à Tina et sa mère lors de son hospitalisation.

L'environnement familial se présente comme suit : Tina habite dans un village de l'arrière pays avec sa mère et son frère jumeau. Son père est décédé en février de l'année précédente d'un cancer digestif. Sa mère est secrétaire dans une maison de retraite de la région, dans la ville dans laquelle habitent les grands-parents maternels, unis et très présents. Tina est au lycée, en classe de seconde. C'est une excellente élève. La rentrée scolaire occasionne la séparation d'avec son frère jumeau, qui choisi de poursuivre ses études dans un lycée technique, en restauration.

Au niveau de ses antécédents médicaux, Tina est née avec une fente labiopalatine^{II}, comme sa mère. Elle a été nourrie par sonde après sa naissance, et a été opérée à ce sujet plusieurs fois, à l'hôpital Lenval, à Nice. Un bégaiement plus ou moins émotionnel survient occasionnellement. Tina voit encore de la graisse sur son corps, alors que son Indice de Masse Corporelle - IMC^{III}, de valeur 14.7 (38 kg pour 161 cm), indique un état de « maigreur extrême, dénutrition grave ». Elle trie excessivement ses aliments.

Après réunion et discussion du cas avec l'équipe de soins à laquelle j'appartiens en tant que stagiaire à ce moment là, il est précisé à Tina et sa mère qu'il s'agit d'une prise en charge au sein d'un cadre thérapeutique multidisciplinaire et de longue durée. Cette décision est acceptée aussi bien par la mère que par la fille.

Le traitement antidépresseur sera le Zoloft, les consultations psychiatriques auront lieu les lundis et mercredis avec la

pédopsychiatre du service¹³⁵, des consultations psychologiques les mardis et vendredis matin avec la psychologue du service¹³⁶, qui propose également à Tina des séances d'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* - EMDR^{IV}. J'interviens auprès de Tina dans ce cadre en tant que sophrologue : les séances de sophrologie et un travail sur l'image et l'apparence auront lieu les après-midi, trois fois par semaine, de 14 heures à 15h heures, dans sa chambre.

En regard de l'histoire de Tina, et en considérant la structuration et l'organisation de son espace représentatif par des processus de défense archaïques, j'ai élaboré un programme en sophrologie qui vise à instaurer une relaxation propice à établir une régression. Cet état régressif permet de toucher à de nombreux pans ayant une répercussion sur l'intégration du schéma corporel vers une appropriation de son image du corps.

L'ensemble de ce travail semble avoir permis d'éviter que le clivage entre l'appareil psychique et le corps ne se creuse plus encore et ne perdure, et que le fonctionnement psychique ne s'appauvrisse au bénéfice des seules sensations corporelles.

Un lien nouveau entre Tina et son corps est à ce jour créé, par le biais d'une représentation qui lentement s'est mise en mots, à travers une appropriation des éléments non symbolisés de son histoire.

2 ANALYSE DES VIGNETTES CLINIQUES

Cette dernière partie s'attache à mettre en relief, à travers le travail effectué avec les personnes rencontrées, les étapes du processus

¹³⁵ Je suis présente en observation participante.

¹³⁶ Idem

de subjectivation au cours de la construction psychique de l'être, et en écho, au sein du cadre psychothérapeutique.

2.1 PARENTALITE ET TRANSMISSION PSYCHIQUE

Dans la préhistoire du sentiment d'ipséité, à l'aube de la subjectivation, il y a la subjectivité parentale. Nous allons l'observer à travers les vignettes présentées à la fois dans un regard porté au niveau intrapsychique sur l'organisation maternelle, qu'intersubjectif, au niveau de la relation et de ce qui est transmis à l'enfant.

Pour Sylvain MISSONNIER, psychanalyste¹³⁷ spécialiste des questions concernant la périnatalité, la parentalité correspond, d'un point de vue psychanalytique, au franchissement d'étapes intergénérationnelles, dont le déroulement conscient est infiltré de traits inconscients qui vont faire retour dans cet *étranger familier* qu'est l'enfant, et qui se cristallise pendant la période périnatale. Période durant laquelle le psychisme de la femme se trouve être dans un

« ...état particulier [...], état de transparence où des fragments du préconscient et de l'inconscient viennent facilement à la conscience. »¹³⁸

Il se caractérise par une grande perméabilité aux représentations inconscientes, et une certaine levée du refoulement habituel. Les souvenirs enfouis affluent alors avec une censure psychique moindre. La névrose infantile fait retour avec des reviviscences plus anciennes encore : des angoisses archaïques, précœdipiennes, affleurent à la conscience.

« Globalement, la période prénatale s'affirme comme une mise à l'épreuve des fondations identificatoires [...] et, à ce titre, c'est un lieu privilégié de résurgences des traumatismes passés. La maturité

¹³⁷ Et professeur de psychopathologie clinique de la périnatalité et de la première enfance à l'Université Paris Descartes.

¹³⁸ BYDLOWSKI M., Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne, In : *Devenir*, n° 2, 2001, p.41

cicatricielle de ces éventuelles blessures sera reflétée par le degré de tolérance de la mère aux mutations somato-psychiques inhérentes à la maternité, aux images échographiques, aux interactions réelles et fantasmatiques fœto-maternelles et par ses réactions face aux éventuelles complications dans des registres très divers. »¹³⁹

Tout ceci étant source de revécu d'affects intenses, qui peuvent bouleverser le système émotionnel liant affect, émotion et représentation, ce que nous allons mettre en évidence à différents niveaux dans les histoires de Laure, Laeli, Karl, Servane et Tina.

2.1.1 Rôle des émotions maternelles et représentation de l'objet

Or les émotions, qui concernent les aspects comportementaux - gestes, mimiques, cris, larmes... - sont les éléments de base sur lesquels le nouveau-né va prendre appui pour se représenter l'objet et l'investir. Dans la période néonatale, nous avons vu que c'est l'attention minutieuse portée aux besoins du nourrisson ainsi que le besoin pour le bébé de se différencier de sa mère qui vont lui permettre d'accéder à une représentation intériorisée de l'image maternelle, contenant, en qui il a confiance, afin de pouvoir se séparer, et explorer le monde avec assurance et curiosité.

Dans le cas de Laure, qui, avant sa grossesse, n'a jamais été sujette aux troubles anxieux, l'état de transparence psychique se manifeste par des angoisses nocturnes. Ces angoisses se traduisent par une sensation de suffocation survenant la nuit et qui la réveille. Qu'en aurait-il été si Laure avait encore à lutter avec ses propres angoisses, lorsqu'Ambre, son bébé à naître, aurait eu besoin d'elle? Qu'aurait-il été transmis de cette partie du psychisme maternel non encore symbolisée, ni subjectivée ?

¹³⁹ MISSONNIER S., Anticipation et périnatalité : prolégomènes théoriques, in *Pratiques psychologiques*, n° 1, pp.17-30, 2001

« Afin de travailler sur cette angoisse, je propose à Laure d'expérimenter une sophrologie de base¹⁴⁰. Elle décrit son vécu de la séance comme une rencontre agréable et rapporte une prise de conscience différente de son corps : « comme en apesanteur ». Laure a eu l'impression de revivre réellement les sensations d'une plongée sous-marine qu'elle avait effectuée quelques années auparavant avec son compagnon, lorsqu'elle travaillait avec lui au musée océanographique dans lequel ils se sont rencontrés.

Je lui propose d'ancrer physiquement ces sensations agréables et de s'entraîner, en pratiquant la sophro de base, à les ressentir à nouveau dans le but de les faire émerger si elle avait à revivre un réveil nocturne accompagné des symptômes désagréables décrits.

La séance suivante, Laure évoque sa capacité de relâchement avec contentement. Ses réveils nocturnes et la sensation de suffocation s'espacent. Elle se sent toujours très seule, et sa famille lui manque. Elle évoque les préparatifs effectués pour l'accueil d'Ambre, son futur bébé, avec joie mais elle s'ennuie. Après une sophro de base, je lui enseigne la technique de Sophro-Déplacement du Négatif¹⁴¹, puis lui propose une visualisation axée sur l'intégration du schéma corporel. Après son partage, lors duquel elle du mal à verbaliser ses phénodescriptions, je la questionne plus précisément sur son ressenti au sujet de la transformation de son corps durant sa grossesse. Ce qui débouche sur l'évocation de la conscience de son corps nouveau et des différences qu'elle en perçoit par son ressenti et par sa vue dans le miroir. C'est alors qu'elle fait référence au sport, qu'elle a dû arrêter depuis le début de sa grossesse pour préserver son bébé. »

¹⁴⁰ Cf. II chap. 2.2, *Les séances de sophrologie*, p.84

¹⁴¹ Cf. II chap. 2.2, *Les séances de sophrologie*, p.85

En effet, l'état de grossesse de Laure l'empêche de pratiquer ses activités sportives intensives dont elle est coutumière, et les crises d'angoisse naissent à ce moment précis : les mouvements défensifs de cette future maman, opérants jusqu'alors, ne peuvent plus être mis en place et la grossesse occasionne, par ce biais, une entrave dans la tenue de ses mécanismes de défense. L'on se trouve ici à cheval sur le versant somatique et le versant psychique de l'angoisse. Par ailleurs, ses angoisses nocturnes ne font pas l'objet d'une verbalisation descriptive de leur contenu : il pourrait s'agir d'une angoisse primaire, que l'on peut rapprocher de l'acte de la naissance, si l'on considère les apports d'Otto RANK¹⁴². Angoisse venant du latin *angustia*, et signifiant « étroitement », « resserrement », elle pourrait être associés, au sujet de la sensation de suffocation qui ne se manifeste que la nuit, dans le noir et en position allongée, à un revécu corporel anxiogène de la propre naissance de Laure.

Par ailleurs, en regard de l'espacement des symptômes de Laure, l'application des procédés qu'offre la sophrologie via les exercices mettant en acte de manière différente la maîtrise corporelle a permis à son Moi de recouvrer la capacité de dominer cette angoisse, qui semblait pour elle reliée à l'attente inconsciente d'un danger, probablement en rapport avec son futur accouchement. Parallèlement, les séances de visualisation ont réactivé chez Laure sa capacité de fantasmatisation, qui paraissait jusqu'alors entravée, car somatisée.

«Laure me dit s'être remise à écouter des chants Celtes qu'elle affectionne particulièrement, à chanter et à jouer du piano, ce qui lui procure une émotion de joie et sentiment d'apaisement. Elle pratique la respiration totale, et a l'impression de pouvoir concilier sa force

¹⁴² RANK. O, *Le traumatisme de la naissance*, Petite Bibliothèque Payot, Paris, 2002

physique avec une partie plus douce d'elle-même qu'elle n'avait pas perçue jusqu'alors. Partie qu'elle qualifie de « chichiteuse » et que, lorsqu'elle la constatait chez les autres auparavant, lui renvoyait une image de faiblesse. Je lui demande de réfléchir, d'ici la séance prochaine aux liens qu'elle pourrait faire entre sa force, sa douceur, et sa créativité lorsqu'elle se met en action dans l'univers musical.

Il semble que ce travail a permis à Laure de se rencontrer différemment dans sa profondeur, et a été opérant au niveau d'une harmonisation des différentes parties de sa personnalité, qu'elle exprime comme la découverte d'une partie douce d'elle-même, partie qu'elle allie à sa force physique. Des émotions plus douces ont refait surface à la place de l'angoisse, telle la joie et la sensation d'apaisement.

« A la quatrième séance de sophrologie Laure dit ne plus avoir de problème avec ses angoisses. Elle a subi quelques réveils nocturnes qu'elle associe à un problème de cavité nasale, et qu'elle parvient à gérer en pratiquant les exercices de respiration totale et de relaxation. »

Dans ce contexte, le travail s'est fait en amont : l'appropriation de l'angoisse que Laure éprouve permet de dégager l'énergie pulsionnelle utilisée jusqu'alors pour lutter contre, afin de se rendre disponible émotionnellement pour son bébé à naître.

Néanmoins, il me semble qu'un approfondissement du travail psychothérapeutique analytique aurait pu, si Laure en avait formulé la demande, être effectué en dehors de la période périnatale. Un travail d'élaboration autour du rapport sexuel traumatique semble toujours nécessaire : il apparaît que ce rapport sexuel ait fait effraction dans le corps de Laure, tout comme ce bébé qui, en se développant, y prend

de plus en plus de place. Il semble que durant cette période, au cours de la nuit, la modification des états et niveaux de conscience autour du sommeil génère une réminiscence de ce rapport sexuel traumatique qui a présidé à une sexualité qui aujourd'hui encore, car elle n'est pas épanouissante, en porte les traces. Ceci demeure non symbolisé : l'appropriation de cette partie de son histoire aurait pu en rendre possible la subjectivation.

2.1.2 Interactions fantasmatiques

Dans le cadre du processus de parentalité, la problématique de la séparation s'observe sous l'angle des transmissions psychiques inter et transgénérationnelle. Au-delà de la question de la séparation des corps entre la mère et l'enfant qu'elle porte, de la séparation entre la psyché parentale et celle du bébé, se trouve conjointement réactivés tous les conflits de séparation non résolu au cours du développement psychologique parental.

Pour Laeli, trois ans et demi, il apparaît qu'un trouble du débit élocutoire se soit matérialisé en lieu et place de l'angoisse maternelle reliée à l'acte de parler et non encore subjectivée ni appropriée par sa maman.

« Laeli, elle s'est mise à bégayer suite à une altercation avec un des élèves et ami de sa classe de dernière année de maternelle, Lucas, qui l'a griffée, tapée et mordue.

Les consultations révèlent une maman de plus en plus angoissée quant au trouble de sa fille. En effet, Laeli a déclaré «Je ne veux plus aller à l'école. », et cette affirmation est en rapport avec Lucas, qu'elle craint véritablement, bien que ne voulant pas s'en éloigner : à l'école, Laeli fait la sieste à côté de Lucas. L'institutrice, au courant de la situation,

a voulu les séparer, mais Laeli s'y est fermement opposée. Ses parents rapportent également que lorsqu'ils vont la chercher à la sortie de l'école, ils observent que Laeli dit au revoir à Lucas avec beaucoup d'insistance, et qu'il faut qu'il la regarde et lui réponde. Ils parlent aussi du comportement constant d'hyper vigilance que Laeli adopte dans de très nombreuses situations, et insistent sur le fait qu'elle possède « instinctivement » une notion accrue du danger, ce qui me semble témoigner d'une grande insécurité face au monde extérieur. A titre d'exemple, ils décrivent son attitude lorsqu'elle se rend à la piscine : si le bassin est très fréquenté, Laeli va observer tous les faits et gestes des baigneurs, et attendre que l'agitation ambiante se calme et que le bassin se vide de la foule pour aller dans l'eau. Et ce, même si la chaleur est accablante.

Cette séance révèle également que la grand-mère de Laeli a assisté au suicide de sa propre mère lorsqu'elle était jeune : ce que Laeli ne sait pas. Cet évènement est rapporté avec une lourde charge émotionnelle par la mère de Laeli, qui se manifeste par des pleurs et des sursauts de suffocations. »

Il apparaît ainsi que le choix du symptôme de Laeli soit induit par l'angoisse maternelle : étant donné qu'elle tente consciemment de parler, elle doit avoir une raison inconsciente de ne pas le vouloir. Quelle est la signification inconsciente de la parole dans cette famille ? Pour Laeli, en deçà du contenu verbal, elle semble porter sur le sens général de la fonction du "parler". En effet, le suicide de son arrière grand-mère maternelle, sous les yeux de sa fille a été tu. Du fait de ce drame, la grand-mère de Laeli a élevé sa fille dans un climat anxiogène, générant un trouble anxieux encore perceptible à ce jour chez la maman de Laeli.

Ainsi, la transmission psychique transgénérationnelle paraît ici véhiculer une angoisse de séparation majeure du côté des femmes de cette famille. Cet évènement demeure un non-dit qui s'actualise dans leur présent, et le débordement émotionnel lors de l'évocation de ce drame souligne qu'il n'a pas été travaillé afin d'être élaboré, symbolisé et dépassé : il est encore opérant sous la forme de la transmission d'une tension psychique autour de la parole. En plus de la prise en charge de Laeli, un travail avec sa maman, qui n'a pas pu se mettre en place, aurait aidé à cette intégration. Rendre subjectif le regard de sa mère sur l'acte de la grand-mère aurait dégagé Laeli de cette transmission d'angoisse qu'elle somatise.

Dans le cas de Karl, cinq ans, l'angoisse maternelle – qui s'est organisée chez Annabelle par des troubles maniacodépressifs associés à un déficit de la mémoire à court, moyen et long terme – se manifeste par une agitation constante.

« Les problèmes de comportement de Karl viennent au premier plan comme mode d'expression dans la relation et expriment chez lui une tentative de s'affirmer, socialement inadéquate. Ce que je rapproche du flou identitaire maternel : bisexuelle, Annabelle 45 ans, maintient des relations sexuelles avec des conquêtes féminines ainsi qu'avec Pierre-Jean, le père biologique de ses enfants, voisin de palier du couple marié qu'elle forme avec Gaspard le «papa de cœur», avec lequel elle n'a pas de vie sexuelle. Ce dernier est investi en tant que père par les enfants, bien qu'ils entretiennent également des rapports quotidiens avec Pierre-Jean, le «papa géniteur». En effet, Pierre-Jean intervient dans l'éducation des enfants et se rend quotidiennement au domicile conjugal afin de leur donner le bain. Les limites quant au rôle et statut de chacun ne sont pas nettes. A

l'évocation du prénom de son père lors d'une séance, Karl se bouche les oreilles et crie : " -Non... c'est compliqué le nom de mon papa." »

Etablie dans le temps depuis plus de huit ans et verbalisée auprès des enfants, cette construction familiale atypique semble cependant avoir pour répercussion le comportement inadapté de Karl. Symptomatiserait-il l'agitation psychique maternelle, qui ne lui offre pas une contenance suffisante ? Quel rôle le devenir mère a-t-il joué dans le psychisme d'Annabelle, au regard de ses angoisses et de sa bipolarité ? Que symbolisent ce désir et sa mise en acte, qui se déroule en dehors du couple, mais toujours avec le même autre homme que son époux ? Et par là même, que projette-t-elle sur ses enfants, dont la première née Annabel, porte, à deux lettres en moins près, le même prénom qu'elle ? Et plus particulièrement que projette-t-elle sur Karl, qui pourrait symboliser pour lui une pression inconsciente ? Pression à laquelle il tenterait d'échapper par cette "hyperactivité" ? Autant de questions qui seraient à approfondir dans une thérapie conjointe avec Karl, de manière à mettre en relation les MIO que ce dernier a enregistré avec l'histoire des origines de la pathologie maternelle.

2.1.3 Défaillance précoce de contenance maternelle

Chez Servane et Tina, les séquelles du manque de disponibilité psychique et de contenance maternelle nécessaires dans les tous débuts de la vie apparaissent plus tard, à l'adolescence, suite à un choc émotionnel. La tentative de suicide de sa meilleure amie pour Servane, le décès de son papa pour Tina.

Nous avons vu¹⁴³ que lorsque le bébé regarde sa mère, et que celle-ci le regarde à son tour, c'est lui-même qu'il perçoit dans le regard de sa maman. La mère renvoie en le regardant ses propres émotions, dans un échange de mimiques et de vocalisations. Si le regard de la mère renvoie de la tristesse, de l'absence et du vide, le bébé se retrouve dans une véritable situation de détresse.

Que se passe-t-il quand le narcissisme de la mère est trop fragile pour pouvoir créer une enveloppe protectrice, un contenant, un sentiment de sécurité pour son bébé ? La symptomatologie de Servane en donne un exemple d'expression.

« A la naissance de Servane, sa mère, qui avait déjà eu des antécédents de dépression, subit une sévère dépression du post-partum et est transférée en psychiatrie, où elle reste de nombreuses semaines. Servane rentre à la maison avec son père.

Sa symptomatologie actuelle¹⁴⁴ ainsi que le peu d'élaboration qu'elle fournit au sujet de son mal être laissent envisager l'idée que Servane n'a visiblement pas pu bénéficier, auprès de ce dernier - très affecté par l'état de sa femme et toujours en deuil d'une première née, Mélodie, issue d'une précédente union, et décédée de la mort subite du nourrisson - de l'état d'identification profond et nécessaire pour les premiers temps de la vie de l'enfant. Cet état demande une énergie trop grande, trop intense, qui appauvrit l'énergie qu'ici, ni lui ni sa mère n'ont pu investir en Servane. Le maternage a alors probablement dû être réalisé de manière automatique, sans plaisir. C'est probablement pourquoi Servane semble vide, à l'intérieur.»

¹⁴³ Cf. chap. I 2.2.3.1, *L'image inconsciente du corps*, p.45

¹⁴⁴ Cf. chap. III 1.4, *Servane*, p.95

Les mamans très déprimées que j'ai rencontrées en maternité disent souvent rêver d'un bébé qui ne bouge pas, d'un bébé qui passe ses journées à dormir et se manifeste le moins possible. Chaque demande est source d'angoisse pour ces mamans là. Ces *mères dormeuses*¹⁴⁵, comme les appelle la psychanalyste Claude BOUKOBZA¹⁴⁶ (1948-2012), n'ont pas été assez narcissisées par leur propre mère lorsqu'elles étaient petites filles, pas assez investies. Cette notion de narcissisme est l'une des conditions pour la mère pour être dans de bonnes dispositions lors de l'accueil de son bébé. Or, ce sont sur ses bases narcissiques que la mère doit pouvoir s'appuyer pour offrir à son tour un contexte de sécurité psychique à son enfant. Les soins continus et quotidiens qu'elle dispense permettent à l'enfant de se construire, lui conférant un sentiment de continuité d'être, de cohésion et de sécurité - soit les bases du sentiment d'ipséité - que Servane ne possède pas lorsqu'elle entre au CHPG.

La symptomatologie de Tina, sous une forme différente, met également l'accent sur les retentissements de cette faille narcissique maternelle.

« J'ai noté, au cours de son anamnèse, que Tina est née avec une fente labiopalatine, comme sa mère, et que, dès sa naissance, elle a été nourrie par sonde.

Ainsi, Tina semble avoir été confrontée, à cause de ses problèmes organiques, à la violence d'être "mal" accueillie lors de sa venue au monde : la zone buccale de Tina ayant été opérée dès ses premiers jours de vie, et plusieurs fois par la suite, sa bouche a très tôt été le siège de sensations ambivalentes : lieu qui accueille le plaisir de

¹⁴⁵ BOUKOBZA C., Les mères dormeuses, In : *Devenir*, vol. 7, n° 2, Eshel, Paris, 1995, pp. 31-44

¹⁴⁶ Anciennement chargée de cours à Paris 7, co-fondatrice et consultante à l'unité d'accueil mères-enfants de Saint Denis.

l'ingestion de nourriture et également lieu de souffrances postopératoires répétitives.

Son frère jumeau n'a pas présenté de fente labiopalatine. Aurait-il pu bénéficier de ces précieux instants de contact peau à peau avec sa mère, dès sa naissance, qui auraient instauré entre eux un lien privilégié ?

Lorsque je repense au concept de mère suffisamment bonne, Winnicott insiste sur la nécessité pour la mère de percevoir tout ce qui concerne le nourrisson et qui est conditionné par l'empathie qu'elle ressent pour son enfant : aussi, dans de telles conditions, la mère aurait-elle inconsciemment développé une empathie plus étroite avec le jumeau de Tina ? Fièvre, peut-être, d'un reflet narcissique ne lui renvoyant pas l'image de ses propres souffrances passées - ou toujours présentes - inscrites sur son visage et, en miroir, sur celui de sa fille ? Ce qui aurait pu tenir un rôle néfaste sur la qualité des relations précoces des premiers moments de vie de Tina : les nourritures affectives étant données au jumeau, ne lui laissant que les soins effectués de manière plus automatique, n'inscrivant ni traces mnésiques, ni traces perceptives de plaisir en elle ?

«Ce que figure le symptôme anorexique à son principal destinataire, la mère, est moins son inassimilation de nourritures inconsistantes de n'être pas affective que son avidité pour l'obscur objet du désir maternel. Or ce que l'anorexique offre à sa mère est un corps squelettique, pré cadavérique qui oblige celle-ci à une attention soutenue et à exprimer un désir de vie pour son enfant.»¹⁴⁷

Cette attitude hypothétique de la mère de Tina, que nous venons de décrire, pourrait faire penser à une dimension psychique mélancoliforme, que Tina aurait perçu et figurerait physiquement. »

¹⁴⁷ CARCOS M., DUPONT M-E., *Approche psychanalytique de l'anorexie mentale*, in Nutrition clinique et métabolisme 21 (2007) pp. 190-200, © 2007 Elsevier Masson SAS.

Nous pouvons constater à travers ces vignettes, que l'état de transparence psychique de la période périnatale vécu par Laure, Annabelle, et la maman de Laeli, Servane et Tina permet aux fragments du préconscient et de l'inconscient d'affleurer la conscience, chargé du flot de représentations qu'ils véhiculent, et dont certaines ne sont pas symbolisées et chargées d'angoisse.

Dans les premiers moments de vie, l'immaturité du moi du nourrisson est compensée de façon naturelle par le support du moi offert par la mère¹⁴⁸, et nous venons de voir que si celle-ci est en proie avec sa propre détresse psychologique, elle ne peut que difficilement incarner ce support, et la construction de l'autonomie psychique de l'enfant est remise en question.

Le travail de subjectivation, d'appropriation et d'intégration de sa propre angoisse par la mère est un facteur d'accès à la mise en place du processus de différenciation interne du bébé, fondamentalement lié à la construction du vécu de continuité psychique et au sentiment d'ipséité.

Les chapitres suivants montrent, en fonction de ce facteur et des capacités et ressources de l'être, le rapport entre organisation et évolution des mécanismes de défense et la possibilité de colmatage des discontinuités du lien à la réalité externe par la mise en place progressive d'une continuité interne, lorsque cela est possible.

2.2 TROUBLES PRECOCES ET ORGANISATION DES DEFENSES

Il faut rappeler ici qu'il est nécessaire de différencier une séparation mère / nouveau né qui se pose avant l'intégration du vécu d'intersubjectivité de celle qui intervient après cette intégration, intégration venant de pair avec le sentiment continu d'exister.

¹⁴⁸ BION W.R. a été le premier à s'engager dans cette voie, à la suite de ses expériences de traitement psychanalytique d'adultes psychotiques ou borderlines. (*Aux sources de l'expérience*. 1962)

Observons à nouveau Servane et Tina. Toutes deux, dès la naissance, ont, pour des raisons différentes, été séparées de leur mère. Le psychanalyste Jean-Michel QUINODOZ¹⁴⁹ distingue angoisses de différenciation et angoisses de séparation, selon qu'il s'agit d'angoisses se rapportant au processus de différenciation intersubjectif ou d'angoisses apparaissant après la mise en place de l'intersubjectivité primaire.

2.2.1 *Angoisses primitives*

Les angoisses primitives désignent une crainte d'effondrement, telle que définie par WINNICOTT, des angoisses de chute sans fin, de ne plus être tenu, soutenu, des peurs de liquéfaction, des terreurs sans nom... Autant d'anxiétés que le bébé ne peut ressentir sans l'impression d'encourir un risque vital, mais qui font partie de son évolution psychique.

Pour BICK¹⁵⁰, ces angoisses s'observent par les tensions visibles sur le corps du bébé, des crispations anxieuses. Ces tensions et crispations peuvent s'inscrire en traces profondes et perdurer dans le corps de l'adulte lorsqu'elles ne rencontrent pas, en face, une *fonction alpha* capable de les métaboliser. Elles sont nettement perceptibles en sophrologie, car matérialisées par des zones qui ne cèdent pas à la relaxation par relâchement volontaire. On retrouve chez Laure et Tina certains lieux de leurs corps résistant ainsi à toute détente. La région dorsale pour Laure, et la mâchoire chez Tina.

Afin de lutter contre ces anxiétés primitives, globalement résumées par la crainte de ne plus être contenu, BICK a mis en relief l'importance des identifications adhésives : il s'agit de coller à l'objet

¹⁴⁹ QUINODOZ J-M., *La solitude apprivoisée*, Paris, PUF, Coll. Quadrige Essais Débats, 2010. (1^{ère} édition 1991)

¹⁵⁰ DELION P., *L'observation du bébé selon Esther Bick. Son intérêt dans la pédopsychiatrie aujourd'hui*, Toulouse, ERES « 1001 bébés », 2006

pour ne pas souffrir la séparation radicale, et rester en deçà du seuil d'intersubjectivité. Ces premiers mécanismes de défense se mettent en place pour la nier, pour se défendre de cette perception effroyable de l'existence. Ce qui a pour résultat des états psychiques au sein desquels le bébé dénie énergiquement toute émotion, s'absente de lui-même et de tout ressenti. Tout bébé est sujet à de telles anxiétés primitives jusqu'à ce qu'il intériorise une figure d'attachement suffisamment stable et intègre les expériences qui lui procurent le sentiment d'une continuité d'être par introjection des fonctions contenantes de sa mère.

Sans être devenus radicaux, n'ayant pas fait sombrer Servane dans une pathologie de type autistique, ces éléments donnent une lecture de l'état de son organisation, et du devenir des parties non intégrées de son enfance ressurgissant dans le temps adolescent. Servane ne lie pas les événements qui auraient pu la plonger dans cet état. Elle semble juste le subir. Aucune élaboration de sa part ne vient cadrer sa souffrance. Les éléments de son histoire de vie sont récoltés auprès de ses parents. Chez Servane, rien ne paraît être subjectivé. Si nous avons pointé comment la symbolisation naît de l'absence et son remaniement à l'adolescence¹⁵¹, le rôle de l'objet dans sa présence demeure fondamental pour que s'engage le processus de symbolisation. Chez Servane, l'objet externe, intersubjectif, a été défaillant, ce qui a pour conséquence un monde intérieur vide d'objet. La pulsion de mort, dans tout son travail de déliaison, se donne à voir par l'intermédiaire d'un manque de subjectivation chez Servane.

« *Servane reste cloîtrée dans sa chambre* » en attendant que le temps passe ». *La séance est difficile aujourd'hui. Elle est fermée, la*

¹⁵¹ Cf. chap. I 2.1.3 ROUSSILLON RENE : Fonctions contenantes et symbolisations, p.29 et I 3.2 EVOLUTION DE LA SYMBOLISATION, p.65

fuite du regard redevient présente et dure tout au long de sa séance. Elle verbalise juste qu'elle ne souhaite pas être transférée à Lenval. Les déplacements l'angoissent, ainsi que le fait de croiser d'autres personnes qui pourraient la juger car : « tout le monde juge ». Elle répond à mes questions par « Je ne sais pas ». Servane est moins bien que la semaine précédente, et ne fait pas du tout alliance ».

Comme le souligne le psychanalyste Albert CICCONE¹⁵², « *le préalable à la symbolisation de l'absence, c'est la symbolisation de la présence.* »¹⁵³ Il apparaît que, pour que Servane arrive à intégrer l'état décrit par WINNICOTT en tant que *capacité d'être seul en présence de l'objet*, qui équivaut à pouvoir oublier l'objet en sa présence, il aurait fallu que celui-ci eu été suffisamment présent de manière fiable. Ce qui n'a pas été le cas de sa mère, physiquement absente, et probablement pas non plus de son père, présent quant à lui physiquement, mais absent de la relation à Servane, car pris dans la souffrance du deuil non résolu de sa première née, et ne lui offrant ainsi pas une relation au sein de laquelle l'objet externe, le premier Autre dans le cas de Servane, ait joué le rôle contenant de réceptacle d'éléments de son psychisme qui auraient du être évacués et projetés en lui, par le mécanisme que KLEIN avait décrit sous le nom d'identification projective.

Le fonctionnement de Servane apparaît dans ce mécanisme en deçà des mots : elle expulse vers l'extérieur les mauvaises images de soi qu'elle ne peut intérioriser. Il y a confusion entre ce qui est interne et ce qui est externe : elle, les autres, la frontière n'est pas nette. Les limites entre les valeurs qui lui sont propres et celles des autres

¹⁵² Egalement professeur de psychopathologie et psychologie clinique à l'université Lyon 2

¹⁵³ CICCONE A., **Naissance à la pensée et partage d'affects**, conférence au Colloque Vinculos tempranos, clinica y desarrollo infantil, Montevideo, 31 août 2007

n'existent pas. Or la continuité psychique, ce sentiment d'ipséité, passe nécessairement par la permanence de l'objet internalisé : ce qui n'est visiblement pas le cas chez Servane.

On retrouve ici un paradoxe structurant élaboré par WINNICOTT : afin de s'assurer de manière interne de la permanence, il faut traverser le temps d'absence. Le cadre thérapeutique symbolise cela parfaitement, en métaphorisant une continuité du travail qui peut parer aux discontinuités du vécu psychique de Servane.

La base de la capacité d'être seul en présence de quelqu'un dépend essentiellement, selon la pensée de WINNICOTT¹⁵⁴, de la capacité de la mère d'être, elle aussi, seule en présence de son enfant, sans rien exiger de lui. C'est dans ces conditions seulement que le bébé pourra symboliser son absence ; sinon, la perte ressentie lors de la séparation produira non pas la symbolisation, mais seulement la détresse.

« Je pense la relation qui s'est instaurée. Poser des questions parfois, mettre des mots, toujours, sur ce que je ressens comme des moments de blanc, de vide dans le vécu de Servane, et observer ce que cela produit. Elle ne peut, à ce moment là, rester dans mon silence, elle s'y perd, s'y noie : ses yeux traversent mon visage comme si je n'étais plus là, elle n'est alors plus là non plus. »

Détresse qui se retrouve dans l'histoire de Servane, et qui se rejoue à l'âge adolescent qu'a atteint cette dernière. Pourtant Servane dit « je », « *je sais pas* », mais ce « je » paraît désincarné.

WINNICOTT décrit trois stades du développement émotionnel¹⁵⁵ débutant par « je », passant par « je suis », pour arriver à « je suis seul », donc à un degré de conscience de l'intersubjectivité.

¹⁵⁴ WINNICOTT D. W., *De la pédiatrie...*, op.cit., pp. 325-333

¹⁵⁵ WINNICOTT D. W., *De la pédiatrie...*, op.cit., pp. 325-333

L'accès au « je » annoncerait une intégration première, la possibilité de reconnaître le monde interne et le monde externe comme séparés. Quand, de manière hypothétique, le bébé peut "dire" : « Je suis », cela signifie qu'il se perçoit vivant mais vulnérable, avec un besoin intense de protection de la part de son environnement. Au stade du « je suis seul », le bébé reconnaît la continuité de l'existence de sa mère, si toutefois elle se montre fiable. Cette condition peut surgir durant le deuxième semestre de vie du bébé, mais WINNICOTT précise que la mère doit continuer à être fiable pour consolider cette capacité. Ainsi, la capacité d'être seul dépend de la manière dont l'enfant a été contenu¹⁵⁶ pendant les deux premières années de vie, temps nécessaire pour qu'il puisse internaliser véritablement cette fonction maternelle.

Chez Servane, son père ayant tant bien que mal exercé cette fonction maternelle, sa structuration psychique n'est pas parvenue à intégrer un bon objet. Continuellement en colère contre sa mère, elle ne peut se détacher d'elle. A la sortie d'hospitalisation de Servane, sa mère l'accompagne à chaque séance, essaye de monopoliser le temps de parole, reste au plus près dans la salle d'attente et maintient ainsi bloquée toute tentative d'individualisation de sa fille.

« Servane se présente à ses rendez-vous, semaines après semaines, sans manifester d'opposition, mais elle se demande pour quelle raison il est important qu'elle y vienne si elle n'a rien à dire. Après plusieurs mois d'heures de travail axées sur la tentative de mettre en place un lieu dans lequel elle puisse naturellement venir sans crainte ni appréhension et simplement être - vu que mettre en mots ses ressentis n'est pas possible pour Servane - un cadre suffisamment contenant me semble finalement avoir été instauré pour lui proposer de vivre une séance de sophrologie. Je la propose dans le

¹⁵⁶ Fonction du *holding*.

but que Servane expérimente une autre forme de perception d'elle-même.

Habituellement crispée - Servane dit se « sentir tendue partout dans son corps » et pinçant constamment le dos de sa main et se plantant les ongles quasi jusqu'au sang sur celle-ci dans les moments de silence, nombreux - elle se laisse aller pour la première fois à un relâchement.

Durant les vingt minutes que dure la sophro de base, les traits de son visage se détendent.

Mais, lorsque vient le temps de la reprise, à l'ouverture de ses yeux, le vide de son regard me saisit. Servane se met à pleurer, de plus en plus fort. Je lui demande de quoi elle a besoin, sachant par ailleurs qu'elle ne pourra pas formuler de réponse. Elle ne bouge pas, semble absente. Je projette un besoin de contenance plus étroit que le cadre de la relation thérapeutique, et lui demande si je peux m'approcher plus près, et la prendre dans mes bras. Servane se relève et m'étreint fortement, durant de longues minutes. Son corps, tout d'abord tendu par les sanglots, se relâche. Je prends sa tête dans une main, et frotte son dos de l'autre. Ses pleurs s'apaisent. Mon contact corporel soutenant semble avoir contenu son émotion. Je pense à la pulsion d'agrippement, au flou autour de la définition de sa structure.

Servane réussit à dire que durant sa relaxation, elle s'est sentie terriblement mal, seule, et qu'elle a eu peur. »

Cette séquence met en exergue la peur ressentie par Servane lorsqu'elle est mise en situation de se rencontrer. Avec la précieuse acuité de l'après-coup, je me rends compte que j'ai proposé cette séance de sophrologie trop tôt. Servane est coupée de ses sensations et à du mal à s'intérioriser, élaborer et exprimer. Dans la perspective théorique de mon travail, je me retrouve confrontée aux mêmes

problèmes que la mère d'un bébé qui traverserait une phase de régression autistique. Comment amener Servane à sortir de sa carapace, cloisonnée qu'elle est dans ses sensations internes de mal être, et l'amener à s'intéresser à la relation ?

Le choc de la tentative de suicide de sa meilleure amie fait écho à l'arrachement à sa mère qu'elle a subie lors de sa naissance. Aussi, sa souffrance est profonde et intense, et pour s'en protéger, elle effectue un retour à des étapes primitives de son développement, avec des mécanismes schizo-paranoïdes et autistiques. Sa capacité de penser semble également altérée : excellente élève d'ordinaire, depuis son entrée au CHPG elle paraît ne plus pouvoir raisonner : elle a voulu être déscolarisée.

« Dans une perspective de travail sophrologique, je me demande comment restaurer et fortifier sa capacité de penser, en donnant du sens à ses sens pour créer de la conscience. Je me demande si je peux avoir confiance en sa conscience dans l'objectif de pouvoir subjectiver peu à peu la mémoire de ses souffrances primitives destructrices dont son Moi a dû se protéger...

Puisque l'étreinte résultant de la première séance quelque peu prématurée de sophrologie semble avoir contenu une partie de son angoisse, je me dis qu'il est important, à ce moment là, d'utiliser le corps comme point de départ d'un chemin qui, tout en respectant les limites de Servane cette fois, puisse contourner ses défenses et la guider pour entrer en contact avec les contenus émotionnels inconscients effrayants et insupportables, à l'origine de ses projections - « tout le monde juge » - mais sans qu'elle ne se sente menacée par le lâché prise de la détente.

Repensant à cette première séance de sophrologie, je considère avec attention l'effet de contenance de l'étreinte. J'élabore une

sophro de base à laquelle j'inclus un toucher, qui va correspondre aux parties du corps énumérées, dans la mesure du respect des parties intimes de Servane¹⁵⁷. Durant sa relaxation, Servane se laisse glisser dans la détente dès que je prends contact avec son crâne. Je masse délicatement toutes les parties de son visage et avec une fermeté attentive celles de son corps au fur et à mesure que je lui demande de les relaxer. Pour la première fois, j'observe un sourire sur ses lèvres. L'expression du vécu de sa séance se résume à « C'était bien ». »

Le cadre et la mise en place d'un protocole adjoignant un toucher contenant à la sophrologie de base opèrent à bas bruits.

« Servane décide de poursuivre sa thérapie, après mon départ du CHPG et de venir seule au cabinet. La forme des séances ne change guère. Je reviens sur son évolution depuis les tous débuts de sa thérapie : elle perçoit un changement, mais il est toujours laborieux pour elle de mettre des mots. Ils sont tout de même significatifs dans son attitude posturale, et vestimentaire : Servane prend à nouveau soin d'elle. Elle s'est inscrite au Cned¹⁵⁸. Elle y obtient à nouveau d'excellents résultats, et me fait part de ses lectures. Je l'encourage à me donner son avis et à verbaliser en quoi elle se sent proche ou étrangère aux vues de l'auteur. Un début d'instauration de subjectivité s'esquisse... »

Dans l'histoire de Tina c'est son corps qui s'épuise à dire l'inexprimable de ses souffrances précoces et qui semble répéter dans ses symptômes physiques un lointain écho du dysfonctionnement des relations interpersonnelles des origines. Son corps en souffrance

¹⁵⁷ Pour ce faire, je prends appui sur les cours de Toucher psychothérapeutique enseignés dans la formation de praticienne en psychothérapie que j'ai reçue au CERFPA.

¹⁵⁸ Le Cned "assure, pour le compte de l'Etat, le service public de l'enseignement à distance." Extrait du décret 2009-238 du 27 février 2009.

duplique les défaillances du lien primaire non inscrites psychiquement.

Son comportement anorexique s'oppose à la pensée, à la mentalisation, qui concerne la quantité et la qualité des représentations psychiques : Tina a une faible mentalisation, sa pensée est de type opératoire.

« 7 décembre, sixième séance de sophrologie. L'échange verbal s'articule autour de ce qui a été soulevé en consultation psychologique le matin, c'est-à-dire le décès de son père.

Je propose, en concordance, le protocole : « Travail sur le deuil ». Ce que Tina accepte. Elle se laisse à présent facilement glisser dans le niveau sophroliminal, et s'y maintient sans tomber dans le sommeil. Le vécu de la séance est décrit de manière totalement détachée. Aucun affect ne m'est perceptible, ni dans sa voix, ni dans ses expressions. Elle énumère de manière factuelle les actions menées au cours du protocole. »

Tina a ce type de pensée dégagée d'affect, de type opératoire, qui conduit à la somatisation.

Ce type de pensée découle d'une insuffisance des représentations, qui trouve son origine au départ même du développement de l'être,

«...soit du fait d'une insuffisance congénitale ou accidentelle des fonctions sensori-motrices qui constituent les bases perceptives des représentations, soit du fait d'excès, d'une carence ou d'une dysharmonie des accompagnements affectifs de la mère vis-à-vis de l'enfant (mère dépressive ou indifférente ou violente ou mère de famille nombreuse) ... »¹⁵⁹

La notion de dysharmonie des accompagnements affectifs de la mère est à considérer en regard de l'histoire de Tina. D'une part quant à la fente labiopalatine avec laquelle elle est née, tout comme sa mère, et

¹⁵⁹ CLEMENT J-P., DARTHOUT N., NUBUKPO P., *Guide pratique de psychogériatrie*, Masson, 2006, p. 164

qui renvoie probablement, comme évoqué, à une faille narcissique, et, d'autre part, du fait qu'elle a un frère jumeau : sans pour autant être une famille nombreuse, la simultanéité des tâches relatives aux soins des bébés, notamment pour une primipare, est une charge considérable.

Ici encore se remarquent les racines archaïques de la mise en place du fonctionnement psychique et le rôle de la fonction maternelle quant à la contention des angoisses primitives.

Au sujet des perceptions que Tina a de son corps se trouvent des zones, notamment reliées à la sphère orale, que Tina ne perçoit pas. Le psychanalyste André GREEN (1927-2012) a développé le concept clinique d'hallucination négative, qui

« ... est la non perception d'un objet ou d'un phénomène psychique perceptible. »¹⁶⁰

La fente labiopalatine et sa conséquence, le nourrissage par sonde à la naissance de Tina, ainsi que les opérations à répétition semblent avoir été les facteurs de la mise en place d'une telle possibilité d'hallucination négative chez elle, concernant une partie de son corps, sa mâchoire.

« Je constate, au bout d'un quart d'heure, quelques signes cliniques de détente : diminution du rythme respiratoire, relâchement de la tension musculaire avec soubresaut du bras droit, et émission de sons péristaltiques^V. Mais au moment de la pause phronique d'intégration^{VI}, instant durant lequel je cesse de parler, Tina reprend brusquement pleine conscience : « C'est fini là ? Qu'est-ce que je dois faire ? ». Les vingt minutes suivantes sont consacrées à l'expression, la mise en mots du vécu de cette séance. « C'est bizarre. Je me suis

¹⁶⁰ ASKENAZY F., *Prise en charge de l'anorexie mentale de l'adolescent quand le pronostic vital est engagé*, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 55 (2007) 144-148, © 2007 Elsevier Masson SAS, p.145.

vue en train de me détendre. J'ai essayé de lisser mon front. Quand on est arrivé au niveau du dos, j'ai lutté pour ne pas m'endormir. En fait j'ai rien senti au niveau de la mâchoire, c'était agréable au niveau des épaules et du dos. C'était pas facile au début, puis ça s'est fait tout seul.» *J'ai à nouveau énuméré les différentes parties du corps en lui demandant s'il y a quelque chose de particulier à préciser au niveau de l'une d'entre elles. Tina me dit ne pas avoir entendu toute la partie qui suit :*

« Votre mâchoire est peut-être crispée... laissez-la aller, détendez-là, la détente de la mâchoire conditionne la détente du reste de votre corps... celui-ci ne peut se détendre si la mâchoire ne l'est pas... »¹⁶¹

Je la quitte en lui proposant d'essayer de reproduire cette sophronisation globale au moment du coucher.

- Séance de sophrologie et de photos. La séance débute par un quart d'heure d'échange verbal sur son vécu depuis notre rencontre matinale de la veille. [...] Je propose la séance, toujours en position allongée. [...] La réponse somatique de relaxation est présente en début de séance, puis, après la pause d'intégration phronique, au moment de laisser apparaître la scène paisible, et de s'y installer confortablement, j'observe une reprise d'attention : accélération de la respiration, ouverture des yeux pour chercher mon regard. Au niveau de l'expression du vécu de la séance, Tina précise : « Je n'ai pas du tout senti ma mâchoire. Mais je me suis sentie apaisée. A la fin, je n'ai pas voulu me lâcher car j'étais curieuse d'écouter la suite. Je me suis aussi dit que ce n'était pas l'heure de dormir. C'était agréable au niveau des épaules, du dos et des pieds. J'ai essayé d'ouvrir la bouche au moment de la mâchoire, mais non, je n'ai rien ressenti. Je ne la sens pas. L'image de paix, c'était agréable, un défilé d'images : d'abord mon père, puis les copines et la famille, un peu tout en même temps. »

¹⁶¹ CERFPA – Cours de Sophrologie, 1ère année, MILLO G., Extrait d'un texte de sophronisation de base.

Je la quitte en lui proposant d'essayer de ressentir chaque partie de son corps, notamment sa mâchoire, d'ici la prochaine séance.

Dans ce contexte, les séances de sophrologie visent surtout à servir l'étayage de son psychisme sur son corps. Le travail mis en place a obtenu son alliance, et vise la structuration de son schéma corporel, et l'intégration de celui-ci en tant que réalité vécue, ce qui fait largement défaut à Tina.

Dans une perspective analytique, l'organisation de l'espace représentatif de Tina, aussi bien que les désorganisations de cet espace, se structurent

« ...par des processus de défense archaïques, préalables au refoulement. Un double retournement pulsionnel (contre soi et en son contraire) aboutit à la différence primaire entre l'enfant et sa mère. Ce concept est fondamental dans la théorie analytique actuelle, il a ouvert la voie aux soins des pathologies narcissiques. »¹⁶²

Pathologies auxquelles l'anorexie appartient. Son origine s'élabore donc en deçà de l'intersubjectivité. L'anorexie témoigne également d'une incidence élevée de l'attachement insécure, selon la grande majorité des travaux récents¹⁶³ sur le sujet. L'insécurité de l'attachement peut être rapprochée, en termes psychodynamiques, d'une fragilité narcissique que l'on retrouve chez la mère de Tina, et chez Tina elle-même dans la piètre image qu'elle possède d'elle-même.

Ainsi, la direction du travail psychothérapeutique utilisant la sophrologie est pensée pour Tina dans le double objectif d'un renfort des structures positives existantes¹⁶⁴ d'une part, et d'autre part, dans le but « *de retisser une surface de "pré représentation" sur laquelle le*

¹⁶² Recherches documentaires internet : http://fr.wikipedia.org/wiki/Andr%C3%A9_Green

¹⁶³ ATGER F., CORCOS M., Attachement et conduites addictives, *Annales de médecine interne*, **152**, 3, suppl., 2001, pp. 1967-1972

¹⁶⁴ Cf. chap. II. 2.2 Utilisation des protocoles de techniques de présentation, p. 84

psychisme [de Tina] pourra à nouveau prendre appui pour essayer de survivre »¹⁶⁵. Et ce, afin de tenter de remplacer le dégoût de son corps et la faim, ces sensations qui font pour elle « office d'objet externe, suppléant les autoérotismes, mais projetés hors psyché et sur lesquels [elle] peut exercer une illusion de maîtrise »¹⁶⁶.

« Les séances permettent à Tina une élaboration psychique de ce qui vient de se vivre à l'intérieur d'elle, dans une relation d'elle à elle, qui se développe à la fois au niveau mental : ce qu'elle y a pensé, imaginé, et corporel, par la conscience de son ressenti, de ses sensations, car elle a pour consigne de l'énoncer, de le partager avec moi. Il me semble important à ce moment de ses séances, que Tina arrive à mettre en mots, dans son discours manifeste, les émotions qu'il m'était jusqu'alors difficile de repérer à cet endroit.

Que ce soit lorsqu'elle évoque le décès de son père, l'éloignement de sa famille ou particulièrement sa relation avec son frère. Le protocole même de travail de deuil montre que l'idée obsédante de la mort et du deuil de son père demeure encore coupée de son psychisme. Elle y est remplacée par l'obsession de faire du sport.

Ceci demeure également nettement visible au cours des séances d'EMDR mises en place par la psychologue du service : durant le protocole, Tina n'arrive pas à élaborer, et le ressenti au niveau du corps est bloqué, excepté la perception d'une boule, que Tina décrit comme une « boule d'angoisse » au niveau de son ventre et qui reste présente.

En relisant mes notes mises bout à bout au sujet de l'expression du vécu des séances, il ressort qu'au fur et à mesure que Tina accède au relâchement corporel, l'émotion se fraie un chemin du corps vers la psyché, et l'irreprésentable, soit l'élément déclencheur de la

¹⁶⁵ ASKENAZY F., *Prise en charge de l'anorexie mentale...*, op.cit.

¹⁶⁶ CARCOS M., DUPONT M-E., *Approche psychanalytique de l'anorexie mentale*, in *Nutrition clinique et métabolisme*, Elsevier Masson SAS, **21**, 2007, pp. 190-200

pathologie, qui se trouve être la mort de son père, l'année précédente, des suites d'un cancer digestif, peut advenir à la représentation : d'où sa fameuse phrase lors de sa première séance : « *Si je me relâche je vais pleurer....* » La localisation du cancer ayant emporté son père faisant également écho au domaine des pathologies liées à l'alimentaire... Ayant en tête l'idée que « *l'on épouse sa pathologie* »¹⁶⁷, qu'est-ce qui, dans cette famille, ne peut être ni ingéré, ni digéré ? Dans ce contexte, je me dis qu'une analyse systémique semblerait bienvenue.

Dans l'histoire de Tina, l'angoisse primitive mal contenue, qui a occasionné des entraves au déroulement des processus originaires et des symbolisations primaires, vient rencontrer une angoisse de séparation, qui se répand sur cette base structurale. En effet, au cours de ce moment délicat qu'est l'adolescence, où la réalisation possible des désirs sexuels arrive avec la puberté, et que la résolution temporaire du complexe d'Œdipe est naturellement mise à l'épreuve, Tina est confrontée à la déchirure de la perte de son père. Père qui avait, jusque là, contribué à sa construction identitaire.

Pour devenir adulte, l'adolescent doit aussi vivre une seconde fois le processus de séparation-individuation qu'il a déjà normalement connu entre zéro et trois ans, et ressentir encore l'angoisse de séparation, s'il l'a atteinte, qui l'accompagne. Or, ce n'est pas le cas pour Tina. Ses fixations ayant eu lieu en deçà de ce stade. Et Tina perd à ce moment, dans la réalité, avec le décès de son père, une partie de ses identifications psychiques. Ceci en écho à la problématique de dépendance/autonomie qu'est l'adolescence et dans laquelle se déroule la mise en place des remaniements de sa personnalité.

¹⁶⁷ ICHAÏ S., Psychologue du service de Pédiatrie Néonatalogie du CHPG.

Comment, dans ce cadre donné, Tina va-t-elle pouvoir traverser à la fois cette

« ...crise psychique déclenchée par l'apparition du pouvoir sexuel chez l'enfant et cherchant une issue hors du cadre familial ¹⁶⁸ »,

et franchir les étapes du deuil de son père ? Car ce que vit Tina à ce moment de son évolution est un pic d'un phénomène habituellement vécu sur un rythme lent et progressif. Une situation qui demande du temps pour en franchir les étapes, et une communication sincère et empathique pour supporter et intégrer ces dernières...

De plus, le conflit dépendance/autonomie, ainsi que la vulnérabilité narcissique fondamentale est, avec la problématique de l'identité, au cœur des troubles des conduites alimentaires.

« L'anorexie intervient donc à un moment où se pose le problème de la liquidation des relations de dépendance mettant en lumière un conflit pour l'anorexique, entre sa volonté d'indépendance et son besoin profond de dépendance qu'elle ne veut pas voir. » ¹⁶⁹

Cette conduite agie qu'est l'anorexie s'appréhende comme une conduite active consciente et volontaire de restriction alimentaire et de lutte contre la faim, en accord avec un fantasme boulimique qui la sous-tend. D'ailleurs,

« Tina précise qu'à la mort de son père, elle a traversé une période durant laquelle elle ne faisait que manger, au point que sa mère a dû le lui faire remarquer. Mais, dit-elle, ce qui la décide à arrêter de se nourrir trop et à faire un régime est un rapport à son corps, dans l'éprouvé du constat qu'elle ne rentrait plus dans ses jeans. »

¹⁶⁸ DELAROCHE P., *L'adolescence-Enjeux cliniques et thérapeutiques*, Paris, Armand Colin, Coll. 128, 2007, p. 9

¹⁶⁹ CERFPA – Cours de psychosomatique, 3^{ème} année, RETTINGHAUS M.

Un autre regard sur ce que nous dit Tina pourrait amener à penser que, par cette remarque, sa mère l'a enfin vue... Ce qui aurait permis à Tina, de saisir le contrepied de sa démarche première de manger trop, pour ainsi

« ...renaître dans les yeux de ceux soupçonnés d'indifférence à son égard. Ainsi le but passif exhibitionniste : être regardée en état de maigreur, se transforme en un but actif : soumettre le regard de l'autre au spectacle de ce corps décharné, car ce corps tend à transformer le regard opaque, indifférent et noir de l'autre en un œil attentif, inquiet et nourricier. »¹⁷⁰

L'histoire de Tina met ainsi en relief que l'anorexie,

« ... révèle puis stigmatise un dysfonctionnement dans les processus de séparation-individuation et d'identification à l'adolescence, qui sont la continuité des processus qui se sont joués lors des deux premières années de la vie. Elle pointe une défaillance structurale liée aux difficultés des intériorisations précoces source d'individuation. L'enfant, puis l'adolescent n'a pu se nourrir, (digérer et assimiler) et s'épaissir de sa propre histoire familiale (c'est-à-dire, en définitive, s'identifier). La dimension de carence se dégage de ce profil, avec pour conséquence majeure, une aliénation à l'objet. L'adolescent a manqué et manque d'espace (psychique) ce qui altère la construction et la reconstruction de son moi corporel et psychique. »¹⁷¹

« Ce conflit entre elle et son objet significatif, sa mère, Tina l'exprime avec son corps, qui, dans une large mesure, est encore indifférencié d'avec celui de sa mère - elles se ressemblent d'ailleurs étonnamment - et subit passivement les modifications pubertaires qui réactivent cette problématique de séparation individuation et d'autonomisation. »

La sexualisation du corps et de l'espace relationnel qui s'établit à l'adolescence réactive les fantasmes de réceptivité passive, d'autant plus fort, peut-être, que Tina a du être nourrie par sonde à sa naissance, ainsi que les défenses mises en place. Fantasmes probablement réactivés avec la menace d'être à nouveau nourrie par

¹⁷⁰ MARINOV V., *L'anorexie, une étrange violence*, PUF, 2008, pp. 280-281

¹⁷¹ CARCOS M., DUPONT M-E., *Approche psychanalytique...*, op. cit.

sonde de gavage si elle refusait de s'alimenter à l'hôpital... Aussi, ce fantasme de «même corps», «corps pour deux», Tina doit l'appivoiser pour pouvoir se réapproprier subjectivement son corps, l'habiter et affirmer sa féminité.

Le dispositif de soins hospitalier, favorisant un contexte de régression dans son cadre contenant, potentialisé par la pratique de la sophrologie analytique ainsi que par les séances de photos et de maquillage ont permis à Tina d'expérimenter un retour à des étapes dépassées de son développement.

Cette régression semble avoir conduit Tina à vivre une image de son corps enfouie dans des strates archaïques de sa psyché, dans le cadre suffisamment contenant de la structure hospitalière et avec la précaution de protocoles choisis pour ne pas l'exposer à une trop grande angoisse de morcellement susceptible de la contraindre à avoir recours, afin de se protéger, à une perte de contact avec la réalité. Cette expérience de soins semble lui avoir permis d'expérimenter la possibilité d'une constitution par le mécanisme d'étayage du psychisme sur le corps, et l'introjection de cette fonction contenante du cadre et des thérapeutes, une enveloppe, une peau psychique, telle que décrite par BICK.

« Dernière séance de sophrologie. Tina s'est relativement apaisée. La réponse somatique de relaxation semble lui être devenue coutumière. Elle lâche prise plus rapidement, et se laisse complètement aller, elle se détend. En fin de séance, elle me demande si elle peut décrire son vécu sophronique en position allongée. Elle parle de la prise de conscience de son dos : « Je l'ai vraiment senti s'étaler sur le matelas », et de ses vertèbres, mot qu'elle « n'avait jamais entendu avant ». Au niveau de la mise en mots du vécu sophronique, Tina me dit avoir toujours du mal à relâcher la

mâchoire, « Je ne peux pas la relâcher car je ne la sens pas bien, par contre, je peux sentir tout mon corps et j'ai pu en faire tout le tracé en contour ! Ça me fait plaisir». La séance de maquillage aura aussi été porteuse, il en ressort qu'elle arrive à se trouver des qualités esthétiques avant la séance, et d'autres encore par la suite, lorsqu'elle remarque ce qui a été souligné et mis en valeur par l'apport des couleurs et de l'accentuation des particularités qui lui plaisent dans son visage. »

2.2.2 Angoisse de séparation

L'angoisse de séparation s'organise plus tard dans le développement psychologique. Elle désigne les réactions d'angoisse déclenchées lors de la séparation d'avec des personnes familières et que l'enfant aime, à partir du moment où la notion intersubjectivité est acquise. Les comportements perceptibles de recherche de la proximité, de pleurs, de protestation, d'agrippement à la personne qui s'éloigne et de peur de la personne inconnue, confirment ainsi déjà de l'existence, pour l'enfant, d'une figure d'attachement qu'il commence à intérioriser. C'est à partir de là que les MIO sont repérables.

Chez Laeli, cette angoisse de séparation se manifeste au niveau langage.

« Durant cette première séance, j'apprends que Laeli, enfant désirée, [...], s'exprime de manière audible depuis l'âge de deux ans. Ses parents confient également vouloir un autre enfant. Ils parlent donc actuellement d'agrandir la famille qu'ils forment tous les trois. Par ailleurs, l'oncle paternel de Laeli, que la famille fréquente très régulièrement, s'est récemment mis en couple avec une femme ayant une petite fille, issue d'une union précédente, de l'âge de Laeli, et se prénommant Lélie. Durant toute la consultation, Laeli reste très collée

à sa mère. Lorsqu'elle doit lui parler, elle plonge contre cette dernière, et, chuchotant à son oreille, elle ne bégaie pas. »

Laeli fait montre d'un fort besoin de réassurance, que sa conduite collée souligne, tout autant que le plaisir qu'elle éprouve à se laisser aller à une attitude régressive dès qu'elle le peut. Dans ce sens, certains travaux, qui se sont centrés sur l'interaction mère-enfant, rapportent que :

«... le bégaiement peut se comprendre comme l'incapacité d'introduire une distance dans la communication entre deux individus (c'est justement le rôle de la communication par le langage).»¹⁷²

Proposition que l'on pourrait rapprocher des chuchotements que Laeli affectionne et au cours desquels elle ne bégaie pas.

Or, si l'on considère le langage sous l'angle de la castration, telle que DOLTO la définit, on observe qu'à chaque stade d'évolution de la libido, il y a un deuil à accomplir : la perte d'un objet qui nous satisfaisait jusque-là sous une forme particulière. Ainsi, chaque étape du développement libidinal de l'enfant sera marquée par une castration qui produira des effets, symboligènes ou non, dont le but est d'éloigner « *progressivement le sujet du recours au plaisir du corps à corps* »¹⁷³ qui empêche la relation d'être individué à être individué, qui elle, se fonde sur la communication langagière¹⁷⁴. Aussi, c'est par la découverte de nouveaux moyens de communication hors du corps à corps, avec des objets dont l'incorporation n'est pas ou plus possible, que Laeli va rencontrer les plaisirs nouveaux liés aux premiers renoncements. Et de fait pour Laeli, le symptôme cède en présence des parents, qu'elle devra bientôt... possiblement partager.

¹⁷² CERFPA – *Cours de psychopathologie de l'enfant*, 4^{ème} année, DAMIANO C.

¹⁷³ DOLTO F., *L'image inconsciente ...*, op.cit., p.82

¹⁷⁴ Cf. chap. I 3.2.2, *Le langage*, p.62

« En effet, ses parents parlent d'agrandir la famille par la conception d'un autre bébé, et une nouvelle petite fille du même âge et au prénom étonnamment similaire au sien, Lélie, vient s'ajouter à son univers... »

Avec la question de la place de Laeli au sein de sa famille, place qui semble lui avoir été donnée, Laeli étant une enfant désirée, se joue aussi actuellement pour elle la problématique de la conserver. L'angoisse de séparation prenant ici toute son ampleur. Il pourrait également donc s'agir de conflits autour de la castration en tant que perte de la position toute puissante de phallus. Laeli n'occupe plus tout l'espace psychique parental, un autre bébé fantasmatique y étant en devenir. Cette angoisse s'est fixée sur Lucas et l'école. Laeli *« ne veux plus aller à l'école »*. Une forme de phobie scolaire qui lui permettrait donc de rester avec ses parents, de sorte à ce qu'on ne lui "fasse pas un bébé dans le dos ?" *« Non mais... Non mais... »* pas question !

Dans l'histoire de Karl, cette angoisse de séparation se manifeste bruyamment au niveau de son comportement.

« Je remarque que le comportement de Karl s'est modifié en même temps qu'est survenu le désinvestissement scolaire de son frère, Constant. De la psychothérapie de Constant, il ressort que leur mère avait une attitude agressive et abandonnique vis-à-vis d'Annabel, ce que ressentait Constant et qui a été à l'origine de ses troubles. Outre la problématique maternelle autour de la sexualisation et de la sexualité qui en découle, et ce, à plusieurs niveaux chez cette maman, s'adjoint la menace d'abandon ressentie par les deux frères lors de l'internement de leur grande sœur au sein de l'Institut Médico-

Educatif Fondation Bariquand-Alphand¹⁷⁵, et qui semble avoir cristallisé en eux cette angoisse. Pour Karl, son agitation pourrait donc également traduire l'inquiétude qu'il a vécu quant à l'éventuelle possibilité d'endurer, lui aussi, l'éloignement du berceau familial qu'à subi sa grande sœur. En présence de sa mère, Karl ne peut qu'être agité ou collé. Deux mouvements qui semblent lui permettre de maintenir cette dernière à ses côtés et qui est en réponse à ses angoisses d'être abandonné. De plus son agitation s'attise lorsque l'on tente d'évoquer le nom du père. »

2.3 DE LA THEORIE DE L'ESPRIT A L'EMPATHIE : UN CHEMIN POUR LE PROCESSUS DE SUBJECTIVATION

L'ensemble des vignettes étudiées souligne le fonctionnement de mécanismes archaïques qui se mettent en place en deçà du langage. La répercussion de leur bon ou mauvais déroulement, flagrante dans l'observation des bébés et des enfants, comme ici chez Laeli et Karl, est également perceptible de manière plus fine dans les organisations tant adultes, dans l'histoire de Laure et Annabelle, qu'adolescentes avec leur répercussion pour Servane et Tina. Ce qui conditionne leur structure psychique sous-jacente.

Si le sentiment d'ipséité ne peut se ressentir pleinement qu'une fois le processus de subjectivation engagé, la capacité à « *accéder aux états mentaux d'autrui, puis à adopter le "point de vue de l'autre", à se mettre à la place de l'autre* »¹⁷⁶, est une réalité des sciences cognitives

¹⁷⁵ L'IMED fondation Bariquand-Alphand accueille les enfants âgés de 7 à 20 ans en internat ou semi-internat. Il est situé 41, Boulevard de Garavan, 06505 Menton Cedex, et sa direction est assurée par M. Stéphane Urbanczyk.

¹⁷⁶ ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT, A. et Coll., *Manuel...op.cit.*, p.525

que la grande majorité des enfants expérimentent dès l'âge de trois, quatre ans¹⁷⁷.

Petit à petit, le développement psychologique de l'enfant lui permet de prendre conscience que les personnes qui l'entourent ont des pensées, des croyances et des désirs différents de siens. Ce qui est à la base du processus de subjectivation, et cautionne la notion de subjectivité. L'enfant intègre que leur esprit est différent du sien. Il échafaude une « théorie de l'esprit »¹⁷⁸. La construction de cette capacité lui permet l'accès à la socialisation : l'enfant peut alors se faire des amis car il est en mesure de prévoir leurs comportements, leurs attentes, leurs désirs.

Il apparaît que cette capacité soit atteinte chez Laure et Tina. A la fin de leur période de thérapie, elle s'est vue développée par une perception accrue de leur subjectivité personnelle, ce qui s'est entendu dans leurs dires et perçu dans l'atténuation de leurs symptômes.

Le fonctionnement psychique de Laure a pu acquérir la notion de distanciation et une certaine autonomie quant à l'appréhension de son angoisse.

L'acquisition de l'identification est également notable en fin de traitement pour Tina.

Chez Servane, cette capacité à attribuer des états mentaux aux autres et à soi-même est perceptible à un degré moindre et pourrait, à ce jour, être développée. Toutefois, la reconnaissance, l'utilisation et la mobilisation de ses capacités personnelles, ainsi que la qualité de ses relations interpersonnelles, notamment familiales, ont favorablement évolué, comme en témoigne la possibilité et la nature de ses investissements : Servane se projette dans le futur. Lors de notre

¹⁷⁷ HUGHES C., University of Cambridge, and LEEKAM S., University of Durham, *What are the Links Between Theory of Mind and Social Relations?; Review, Reflections and New Directions for Studies of Typical and Atypical Development*; Recherche documentaire Internet.

¹⁷⁸ BARON-COHEN S., LESLIE A.M, FRITH U., Does the autistic child have a "theory of mind"?, *Cognition*, vol. **21**, N° **1**, octobre 1985, pp. 37-46

dernière rencontre, elle évoque l'éventualité d'un projet professionnel dans la comptabilité.

L'âge de Laeli marque son entrée dans le processus, et aux vues de son contexte de vie, le pronostic est largement favorable.

Quant à Karl, l'ambivalence de son comportement ainsi que la grande labilité de ses humeurs, ajoutés au contexte familial, me fait émettre plus de réserves.

La prise en compte de la théorie de l'esprit dans le cadre de ce travail me conduit à considérer que les interactions quotidiennes sont régulées de manière continue

« ...non seulement par les réponses, les comportements et émotions que nous percevons chez notre interlocuteur, mais aussi par les émotions, intentions et croyances (les états mentaux) que nous prêtons à cet interlocuteur, en les anticipant. »¹⁷⁹

Ce qui m'amène à la notion d'empathie, qui repose, selon les recherches en neurosciences¹⁸⁰, sur un partage de représentations motrices, induites par la vue de l'expression de l'émotion sur le visage de l'autre, et qui autorisent la tendance à ressentir l'état affectif correspondant par le recours, entre autre, aux neurones miroirs. Comme le souligne Nicolas GEORGIEFF¹⁸¹, psychiatre,

« On peut se laisser séduire par la relecture de la psychopathologie guidée par l'hypothèse du trouble de fonctions qui, associées, assurent le processus d'empathie articulant identification avec autrui et distinction soi/autrui. »¹⁸²

2.4 LE CONTRE-TRANSFERT, UN OUTIL POSSIBLE POUR LE MANIEMENT DU TRANSFERT

¹⁷⁹ ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT, A. et Coll., *Manuel...op.cit.*, p.535

¹⁸⁰ RAMACHANDRAN Vilayanur, *Center for Brain and Cognition*, Université de Californie, 1995

¹⁸¹ Et professeur de psychiatrie à l'université Lyon 1, chef de service au Centre hospitalier du Vinatier

¹⁸² ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT, A. et Coll., *Manuel...op.cit.*, p.534

Les considérations sur la théorie de l'esprit et l'empathie articulent ma réflexion sur le contre-transfert, forcément vécu au cours du travail psychothérapeutique, qu'il soit utilisé ou non en tant qu'outil selon les écoles.

Dans le cadre de ma recherche, les éléments théoriques collectés me paraissent en faire un outil particulièrement intéressant pour le travail analytique effectué au sein d'une psychothérapie incluant la pratique de la relaxation par le biais de la sophrologie. Et ce, notamment avec les enfants pour lesquels l'empathie est un instrument nécessaire à leur construction, tout comme pour les problématiques adultes découlant de la mise en place de mécanismes de défenses archaïques.

Si l'on reprend l'hypothèse de ce mémoire, selon laquelle la logique qui sous-tend l'articulation des temps, stades ou phases de la construction de l'appareil psychique et de la subjectivité résulte autant de l'être en devenir que de la réponse de sa rencontre avec son environnement, un travail sur ce processus inconscient qu'est le contre-transfert semble alors pertinent. Il met en relief la nécessité absolue pour le thérapeute de pouvoir être au clair avec sa propre théorie de l'esprit, soit d'avoir le souci permanent de discerner ce qui vient de lui du transfert projeté par son client. Et, à partir de là, juger s'il est opportun de travailler pour son client, avec ce qui est réactivé en lui par ce transfert, ou justement, de travailler pour lui ce point demeurant peut-être toujours sensible.

Ce qui souligne la condition *sine qua non* d'un travail personnel : FREUD définissant le contre-transfert comme étant l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de l'analyste, il est évident que la familiarisation avec la manière dont ces sentiments inconscients travaillent en nous nécessite une formation.

A ce sujet, mon contact avec les personnes qui m'ont formée à ce métier, dans ma psychothérapie personnelle, durant mon stage ou mes supervisions, a su éveiller en moi cette attention de tous les instants, en développant ma subjectivité par une capacité de remise en question et une plus grande présence à moi-même. Présence qui témoigne pour moi de l'évolution de mon chemin.

Ainsi, au sein de l'espace psychothérapeutique instauré par le cadre des séances, l'inconscient de Laure, Laeli, Karl, Servane et Tina a rencontré le mien, et les transferts établis au sein de chaque relation m'ont, de fait, mise dans une position parentale. Leurs sentiments inconscients envers moi ont été les manifestations d'une relation refoulée à leurs imagos parentales, que je compare aux MIO¹⁸³ décrits plus avant, et qui se sont rejoués dans chaque thérapie. Il s'est donc agi de transfert d'affects d'amour, de désir ou de haine.

A propos de la haine dans le transfert, si un transfert négatif reste généralement source d'échec de l'entreprise thérapeutique, elle peut être un levier, lorsque l'agressivité latente trouve une voie, voire, une voix, pour être exprimée.

Dans la thérapie de Laeli, la douceur qui se dégage de son être est le pendant d'une agressivité et d'une impulsivité refoulée chez elle. Elle ne peut pas l'exprimer directement au sein du transfert. Aurait-elle peur de sa propre agressivité dont le bégaiement prendrait la forme d'un retournement contre elle-même? Le nombre de séances, trop court, n'a pas permis d'élaboration ou d'expression symbolisée de cette agressivité, qui est donc pour Laeli restée somatisée par le bégaiement. Mon contre-transfert est en rapport avec la question de l'expression qui est fortement inscrite dans mon histoire, au travers,

¹⁸³ Cf. chap. I 3.1.1, *Les modèles internes opérants*, p.54

notamment, de l'échec de communication avec mon père, ou bien encore de l'émigration de la famille italienne de ma mère vers un pays, la France, dont ils ne parlaient, originellement, pas la langue. Il ressort, après introspection, que le bégaiement me renvoie également à une appréhension personnelle, transparaissant dans mon expression favorite : «C'est clair». Ma crainte s'étaye sur une volonté d'exprimer les nombreuses idées et composantes de mon monde intérieur dans un minimum de temps, bien souvent corrélée à une recherche des mots les plus appropriés, que je ne trouve pas toujours aussi vite que je le voudrais...

Dans le suivi psychothérapeutique de Karl, sa dynamique psychique interne, à savoir le passage d'une période de relation duelle à une période de relation triangulaire semble rencontrer, peut-être en raison d'une probable transmission psychique, le flou maternel au sujet non seulement des identifications, mais également de la structure familiale et de la question du Nom-du-Père. Karl a tout de même pu expérimenter, sur le temps d'une demi-année, une relation différente de celle qui sert de modèle à ses introjects habituels, et son agitation et son attitude transgressive, entretenue par les projections négatives maternelles à mon encontre, ont exercé ma capacité à contenir ses identifications projectives.

En ce qui concerne Laure, qui est la première des femmes enceinte que j'ai accompagnée de manière autonome à l'hôpital, le désir d'enfant, qui se manifestait en moi très fortement depuis deux ans à cette période a joué un rôle particulier dans ma manière de travailler. En effet, au cours des autres accompagnements que j'avais effectués par le passé, aux protocoles traditionnels de la préparation à l'accouchement, j'adjoignais volontiers un approfondissement de la

partie analytique durant le temps de la séance. Je me suis aperçue, plus tard, que je m'en étais tenue à une pratique Caycedienne que je qualifierais de presque stricte, mettant de côté l'analyse psychothérapeutique du vécu de la séance, et modifiant ainsi le type d'intervention de ma part qu'occasionne cette analyse. Je me questionne donc sur une crainte, inconsciente à ce moment-là de mon contre-transfert, de m'impliquer en tant que personne privée.

Au sujet de Tina, l'utilisation de la sophrologie m'a permis d'entrer en contact avec son monde interne par un mode relationnel qui l'a amenée à un certain état psychique, un état modifié de conscience. J'étais pour elle le bon sein, source d'identification, qui apportait l'apaisement. Dans le cadre de l'ensemble du dispositif de soins, cela semble avoir pu apporter le dégagement de la relation symbiotique d'avec sa propre mère qui lui a permis l'introjection d'un surmoi suffisamment contenant pour créer des conditions de sécurité narcissique à un niveau intrapsychique. Le contenu de ses pensées, transmis dans les relations analytiques thérapeutiques, devenant un contenant.

Toujours en raison de mon désir de maternité, j'ai été particulièrement attentive à mon contre-transfert, de manière à laisser un espace suffisant dans la relation, pour entendre ce que Tina « avait du mal à dire ».

Quant à Servane, l'empathie a été l'une des seules portes d'accès à son psychisme. Au risque de me perdre dans mes projections, la pauvreté de son discours m'a conduit à me faire confiance dans l'utilisation de mon intuition au sujet de ses ressentis dans le temps des séances. Il semble que ce travail ait été porteur, la relation thérapeutique qui s'est instaurée a duré près de deux ans. Les

principales caractéristiques de fonctionnement de ce travail thérapeutique sont basées, par l'intermédiaire du transfert de Servane - soit une mère contenant - sur un mode de fonctionnement archaïque, infantile. Il me paraît avoir été pour Servane tour à tour un Moi auxiliaire, un surmoi et parfois, un idéal du Moi, lorsqu'elle a envisagé de devenir psychologue. Toutefois, dans mon contre-transfert, j'ai l'impression, contrairement à ce qu'a suscité Tina chez moi, d'avoir eu un besoin de protection envers elle nettement moins fort, ce qui a facilité l'équilibre de ma présence. L'évolution de la relation sur le long terme a permis à Servane d'assouplir les fonctions psychiques de défenses dévolues à son Moi en construction afin que celui-ci s'imprègne de la relation, dans une évolution nettement perceptible en comparaison à son état lors de son entrée au CHPG.

3 CONCLUSION

Bien que partielle et très schématique, l'étude théorique présentée ici a tenté d'exposer une représentation du processus de subjectivation, en prenant appui sur les principaux concepts métapsychologiques et d'intersubjectivité qui y entrent en jeu.

Il ressort de cette approche que l'émergence de l'éprouvé subjectif de soi est une problématique complexe entre corps et psyché, et que le sentiment d'ipséité recouvre la question de soi-même, du temps et de ses rythmes, et la notion de l'altérité, sur laquelle l'identité se construit : il y a un soi-même parce qu'il y a des autres. Cette conscience de la constance de soi dans le temps n'est pas donnée d'emblée, mais elle se développe : le sentiment et la perception d'une continuité d'être s'organise autour de l'expérience de la discontinuité, vécue aux origines de la vie, dans le lien avec la figure maternante : le

premier objet. L'expérience d'être est inséparable de celle du non-être. Cette affirmation fait écho à toute la dynamique psychique qui s'organise grâce à la rythmicité des soins précoces, au cours desquels la question de la séparation est centrale.

Comme nous l'avons relevé, la séparation ne peut être gérée, intégrée, rendue possible que si elle s'appuie sur une expérience de continuité suffisante : *sur l'espoir d'un retour qui permet de traverser la désorganisation de l'être*¹⁸⁴.

Dans l'espace thérapeutique, au-delà du problème des organisations structurales, que les états psychosomatiques ou borderline soient considérés et reconnus ou non, la clinique permet d'observer que la problématique de l'ipséité, sous tendue par le rapport entre la continuité et de la discontinuité d'être, demeure relativement semblable : ce sont les aléas du processus de subjectivation et les solutions défensives engagées par l'être qui diffèrent de l'une à l'autre.

Dans les formes de souffrance des structures psychotiques, la question de l'altérité est traitée de manière radicale par le déni et l'instauration de clivages profonds qui n'autorisent pas la mise en place d'une dynamique d'accès à l'intersubjectivité.

Lorsque la souffrance psychique recouvre une forme d'organisation névrotique, *c'est précisément la dialectique entre l'étrangeté et la familiarité de soi à soi qui est en constant déséquilibre*¹⁸⁵.

C'est ici que la notion de subjectivation devient importante pour la psychothérapie : si l'être humain s'humanise au sein du rapport, du lien qu'il entretient avec un autre être humain, le remaniement

¹⁸⁴ ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT, A. et Coll., *Manuel ...op.cit.*, p.469

¹⁸⁵ *Idem*

psychique s'opère en thérapie dans une subjectivité mise en partage au sein du transfert, qui en est le vecteur.

La sophrologie, par son recours direct aux perceptions corporelles, a sûrement permis au praticien débutant que je suis de mieux repérer que l'énergie spécifique utilisée dans le transfert prend sa source dans le sexuel infantile. C'est pour cela qu'elle demeure mon outil de prédilection, en tant qu'elle semble fluidifier cette circulation énergétique, peut-être parce qu'elle travaille de manière privilégiée au sein du préconscient, facilite la capacité de fantasmatisation, et, par l'élaboration autour de vécu, la symbolisation.

Quoi qu'il en soit sur ce point, le travail du processus de subjectivation vise à l'individuation : permettre à l'être de développer ses capacités à vivre l'écart lié à l'absence de l'autre, dans une continuité du lien à l'objet suffisamment intégrée¹⁸⁶, afin qu'il puisse demeurer en lien avec autrui au sein de sa vie psychique.

Le processus de subjectivation s'initie dès les tous débuts de la vie, mais la subjectivation est le travail d'une vie. La sophrologie, par son action sur la conscience, est, en elle-même, subjectivante : elle favorise le développement de la subjectivité et l'appropriation d'un sens de soi.

Le travail initié avec Servane, à travers les particularités de la construction de son être, me fait prendre conscience que le processus de subjectivation est doté d'une grande variété de nuances à partir de l'accès à l'intersubjectivité, elle-même loin de se réaliser de manière binaire. Cela me conduit à m'interroger sur la question de l'autisme infantile : si certains enfants se situent véritablement en-deçà de

¹⁸⁶ KLEIN M., Cf. introjection du bon objet.

l'accès à l'intersubjectivité, et n'ont pas de conscience possible de l'existence d'autrui (KANNER), d'autres enfants donnent à voir qu'ils ont intégré la présence de l'autre en tant qu'individu distinct d'eux-mêmes, mais leur organisation psychique ne leur permet pas de négocier avec la réalité de cet écart intersubjectif et leur fait éprouver la plus grande solitude. Dans le cas de Servane, il apparaît que la subjectivation grammaticale (Servane dit « Je ») et la subjectivation phénoménologique n'ont pas connu les mêmes destins et évolutions. Un travail intéressant consisterait, à côté de la thérapie analytique, à élaborer un ensemble de protocoles sophrologiques contenant visant à réduire l'écart entre ces deux formes de subjectivation et en approfondir les enjeux auprès de personnes autistes...

Enfin, j'aimerais, pour clore mon travail, rapporter ici la définition de la santé mentale que donne l'Organisation Mondiale de la Santé, et qui compte pour moi, car elle comprend des notions importantes à mes yeux, celles de bien-être et de partage :

« La santé mentale ne consiste pas seulement en une absence de troubles mentaux. Il s'agit d'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. »¹⁸⁷

¹⁸⁷ Recherche documentaire Internet : site de l'Organisation Mondiale de la Santé, Aide-mémoire N°220, Septembre 2010 : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

En 2006, Gislaine MILLO, professeur de sophrologie au CERFPA, m'encourageait en me remettant cette appréciation annotée sur une feuille de devoir sur table :

Bravo, rien à dire !!!
 J'espère que tu iras au bout de la formation
 et que ce métier-te permettra d'être en
 phase avec toi-même



Je lui avais répondu, touchée, que je ferai de mon mieux.
 Si aujourd'hui elle n'est plus des nôtres, sa présence m'a accompagnée tout au long de cette formation et c'est son enseignement que je souhaite aujourd'hui continuer à transmettre.

Merci Gis.

GLOSSAIRE

^I **Bégaïement** : *Recherches documentaires Internet* :

<http://www.begaïement.org/ams01.htm> : « Les chercheurs eux-mêmes ayant des avis partagés quant aux origines de ce trouble, nous retiendrons uniquement que ces causes existent et qu'elles sont différentes pour chacun. [...] Il semble exister un schéma de transmission héréditaire du bégaïement reposant à la fois sur une combinaison de facteurs génétiques et non génétiques, qui posent évidemment des questions étiologiques actuellement non résolues. Par ailleurs, d'autres facteurs comme le rang dans la fratrie ou l'intervalle entre les naissances ne semblent pas être déterminants dans l'apparition du bégaïement. »

^{II} **Fentes labiopalatines** : *Recherche documentaire Internet* : <http://www.fente-palatine.com/>.

Les fentes labiopalatines sont des malformations congénitales, elles concernent 1 enfant sur 700 en France. Le diagnostic est parfois fait avant la naissance lors de l'échographie de la 22^{ème} semaine de grossesse. Une prise en charge est souhaitable dès la naissance, une chirurgie réparatrice est possible dans les premiers mois de la vie. Au carrefour de la bouche et du nez, ces malformations nécessitent une chirurgie fonctionnelle et esthétique : effectuée précocement elle permet de retrouver rapidement un équilibre musculaire normal.

^{III} **L'Indice de Masse Corporelle (IMC)**, en anglais **Body Mass Index (IMC)** est une grandeur qui permet d'estimer la corpulence d'une personne.

Cet indice se calcule en fonction de la taille et de la masse. Bien qu'il fût conçu au départ pour les adultes de 18 à 65 ans, de nouveaux diagrammes de croissance ont vu le jour au cours des dernières décennies pour les enfants de 0 à 18 ans. Inventé par Adolphe QUETELET (1796-1874), scientifique belge, astronome, mathématicien et l'un des fondateurs de la statistique moderne, cet indice est aussi appelé indice de Quetelet.

Calcul de l'IMC : Poids en Kg / Taille au carré

Normalement, l'IMC est compris entre 18 et 25.

- Obésité si IMC > 30
- Surpoids si IMC entre 25 et 30
- Maigreur si IMC < 18

La dénutrition est importante en cas d'IMC < 14 : il existe alors un risque vital.

L'hospitalisation est fréquente pour IMC de 13 à 14.

Risque de décès non négligeable si IMC < 11 (30 % des patientes).

^{IV} **L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR-**, (*Mouvement des yeux, désensibilisation et retraitement de l'information*), est une thérapie d'intégration neuro-émotionnelle par des stimulations bilatérales alternées (mouvements oculaires ou autres, comme la stimulation alternative des genoux).

Elle a été découverte en 1987 par une psychologue américaine Francine Shapiro, membre du Mental Research Institute de Palo Alto.

L'EMDR permet la remise en route d'un traitement adaptatif naturel d'informations douloureuses bloquées, par exemple à la suite d'un choc traumatique, la mobilisation de ressources psychiques et la restauration d'une estime de soi déficiente.

Le traitement de l'information est un phénomène naturel de « digestion » des événements de vie ou de souffrances existentielles parce qu'il articule :

- une baisse et donc une remise à niveau des émotions,
- une résolution des déséquilibres psychocorporels,
- une intégration de « souvenirs » pathogènes dans la mémoire, qui cessent ainsi d'être douloureux. L'EMDR ne peut ni effacer, ni changer le passé, mais permet qu'il ne fasse plus mal.
- une restauration de l'estime de soi.

^V **BOYESEN G.**, *Entre Psyché et soma*, Introduction à la psychologie biodynamique, Payot, Coll.: Bibliothèque scientifique, Paris, 2010.

Dans ce livre, Gerda Boyesen note que l'on peut toucher de la voix ou de la main, le massage n'étant jamais qu'un message.

^{VI} **Pause phronique d'intégration** : Pause qui permet d'intégrer dans la conscience ce qui vient de se vivre, les expériences et les phénomènes qui se sont manifestés.

BIBLIOGRAPHIE

- ✧ ABRAHAM N., TOROK M., *L'écorce et le noyau*, (1^{ère} édition 1968), Paris, Flammarion, Coll. Champs Essais, 2009
- ✧ ABREZOL R., *Vaincre par la sophrologie : Exploiter son potentiel physique et psychologique*, Paris, Fernand Lanore, Coll. Santé pratique, 2007
- ✧ AINSWORTH M. D., BLEHAR M. C., WATERS E. et al., *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1978
- ✧ ANZIEU D., *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, (1^{ère} édition Bordas, 1985), 1995.
- ✧ ANZIEU D., *Les Enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, (1^{ère} édition 1987), 2003
- ✧ AULAGNIER P., *La violence de l'interprétation : du pictogramme à l'énoncé*, (1^{ère} édition 1975), Paris, PUF; Coll. Le Fil rouge, 4^{ème} édition, 1999
- ✧ BAIR D., *Jung. Une biographie*, Paris, Flammarion, coll. Grandes Biographies, 2007
- ✧ BENSID C., LELOUP J-Y., *Qui aime quand je t'aime ? : De l'amour qui souffre à l'amour qui s'offre*, Paris, Albin Michel, Coll. Essais Doc., 2005
- ✧ BERGERET J., ET AL, *Psychologie pathologique, théorie et clinique*. Paris, Edition Masson, 9^{ème} édition, 2005
- ✧ BERGES-BOUNES M., BONNET C., GINOUX G., PECARELO A-M, SIRONNEAU-BERNARDEAU C., *La relaxation thérapeutique chez l'enfant: Corps, langage, sujet ;* Paris, Masson, Coll. Psychologie, 2008
- ✧ BICK E., *L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces*. In Meltzer D. (1975). *Exploration dans le monde de l'autisme*. Paris, Payot, 1980
- ✧ BION W.R., *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, Coll. Bibliothèque de psychanalyse, 2003
- ✧ BOWLBY J.: *Attachement et perte : Vol I. L'attachement*, trad. fr. KALMANOVITCH J., Paris, PUF, 1978
- ✧ BOYESEN G., *Entre Psyché et soma. Introduction à la psychologie biodynamique*, Paris, Payot, Collection Bibliothèque scientifique, 2010.
- ✧ BRACONNIER A., SIPOS J.; *Le bébé et les interactions précoces*, Monographies de Psychopathologie, Paris, PUF, 1998
- ✧ BRETHERTON I., MUNHOLLAND K. A., *Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory*. In CASSIDY J.; SHAVER P., *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical application*, New York, Guilford, 2008
- ✧ BUSSET B., *Psychanalyse du lien*, Paris, PUF, Coll. Le fil rouge, (1^{ère} édition 1965), 2007
- ✧ BYDLOWSKI M., *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF, Le fil rouge, 1997
- ✧ CAYCEDO A., *L'aventure de la sophrologie racontée par son fondateur*, Paris, Retz, 1979
- ✧ CHENE P-A., *Sophrologie : Champs d'application*, Tome 2, Paris, Ed. Ellebore, 1999
- ✧ CHENE P-A., *Sophrologie préparation à l'accouchement*, Paris, Ellebore, Coll. Praxis Jaune, 1999
- ✧ CHENE P-A., *Sophrologie : Fondements et Méthodologie*, Tome 1, Paris, Edition Ellebore, Paris, 4^{ème} édition, 2001
- ✧ CHEVALIER J., GHEEBRANT A., *Dictionnaire des symboles*, Laffont, Coll. Bouquins, (1^{ère} édition 1969), Paris, 1982

- ✧ CLEMENT J-P., DARTHOUT N., NUBUKPO P., *Guide pratique de psychogériatrie*, Masson, 2006
- ✧ COSNIER J., *Psychologie des émotions et des sentiments*, Paris, Retz, (1^{ère} édition 1994), 2006
- ✧ CRAMER B., PALACIO-ESPASA F., *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, Paris, PUF, Coll. Le fil rouge, 1993
- ✧ CYRULNIK B., *Sous le signe du lien*, Paris, Hachette Littératures, 1989
- ✧ DARMON M., *Devenir anorexique. Une approche sociologique.*, Paris, La Découverte, Coll. « Textes à l'appui », 2003
- ✧ DAVIS M.; WALLBRIDGE D., *Winnicott. Introduction à son œuvre*, Paris, PUF, Coll. Quadrige, 2009
- ✧ DE GAULEJAC V., *Qui est 'je' ?*, Paris, Seuil, 2009
- ✧ DECLERCK M., DONNARS A., *L'amour au temps des thérapies. Le sophrologue face aux nouvelles exigences amoureuses*, Paris, Editions L'Harmattan, 2003
- ✧ DECLERCK M., *Le schéma corporel en Sophrologie et ses applications thérapeutiques*, Paris, L'Harmattan, 2010
- ✧ DELION P., *L'observation du bébé selon Esther Bick. Son intérêt dans la pédopsychiatrie aujourd'hui*, Toulouse, ERES « 1001 bébés », 2006
- ✧ DOLTO F., *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil, Coll. Points Essais, 1992
- ✧ FONAGY P., *Théorie de l'attachement et psychanalyse*, Toulouse, Erès, 2004
- ✧ FREUD A., *Le Moi et les mécanismes de défense*, Paris, Ed. P.U.F., (1^{ère} édition 1936), 2001
- ✧ FREUD S., *Abrégé de psychanalyse*, (1^{ère} édition 1940), Paris, PUF; 14^{ème} éd., 2001
- ✧ FREUD S., *Au-delà du principe de plaisir* (1^{ère} édition 1920), Paris, Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot, 2010
- ✧ FREUD S., *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, Coll. Bibliothèque de psychanalyse, dirigée par LAPLANCHE J., (1^{ère} édition 1954), 23^{ème} édition, 4^{ème} tirage, 2006
- ✧ FREUD S., *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot, 1981
- ✧ FREUD S., *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, Coll. Quadrige, (1^{ère} édition 1993), 2009
- ✧ FREUD S., *La Naissance de la psychanalyse*, (1^{ère} édition 1956), Paris, PUF, 2009
- ✧ FREUD S., *Le moi et le ça*, Paris, Payot, Coll. Petite Bibliothèque Payot, (1^{ère} édition 1923), 2010.
- ✧ FREUD S., *Névrose, psychose et perversion*, (1^{ère} édition 1973), Paris, PUF, Coll. Bibliothèque de psychanalyse, 2010
- ✧ FREUD S., *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, 3^{ème} conférences, Gallimard, Paris, 1936, édition électronique, <http://classiques.uqac>
- ✧ FREUD S., *Observations sur l'amour de transfert*, Paris, P.U.F., Coll. La technique psychanalytique, 1967
- ✧ FREUD S., *Pour introduire le narcissisme*, Paris, Payot, Coll. Petite Bibliothèque Payot, (1^{ère} édition 1914), 2012
- ✧ FREUD S., *Pulsions et destin des pulsions*, in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, Coll. Folio Essais, (1^{ère} édition 1986), 2009
- ✧ FREUD S., *Résultats, idées, problèmes*, Tome I, (1^{ère} édition 1911) Paris, PUF, 6^{ème} éd., 2001
- ✧ FREUD S., *Résultats, idées, problèmes*, Tome II, (1^{ère} édition 1911) Paris, PUF, 5^{ème} éd., 2002

- ✧ FREUD S., *Sur le rêve*, Paris, Gallimard, Coll. Folio Essais, 1990
- ✧ FREUD S., *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, Coll. Folio Essais, 1989
- ✧ GOLSE B., *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant - Compléments sur l'émergence du langage*, (1^{ère} édition 1985), Paris, Masson, Coll : Médecine et psychothérapie, 4^e édition, 2008
- ✧ GROSSKURTH P., *Mélanie Klein : Son monde et son œuvre*, Paris, PUF, Coll. Quadrige, 2001
- ✧ GUEDENEY A., *Biologie et éthologie dans la théorie de l'attachement*, dans GUEDENEY N., GUEDENEY A., *L'attachement. Concepts et applications*, Coll.les âges de la vie. Paris, Masson, 2002, p 103-108.
- ✧ HALMOS C., *Pourquoi l'amour ne suffit pas : Aider l'enfant à se construire*, Paris, Pocket, 2008
- ✧ HUBERT J-P, *La sophrologie analytique : La sophranalyse*, Paris, L'Harmattan, 2010
- ✧ HUBERT J-P, *La Sophrologie*, Paris, Bernet-Danilo, 1994
- ✧ IMBERT C., *La Nouvelle sophrologie. Guide pratique pour tous*, Paris, Ed. Visualisation Holistique, 2002
- ✧ JANOV A., *La biologie de l'amour - Comment l'amour parental façonne Notre bien-être*, Paris, Marabout, Coll. Poche Psychologie, 2008
- ✧ JONES E., *La Vie et l'œuvre de Sigmund Freud : Les années de maturité 1901-1919*, T. II, Paris, PUF, coll. « Quadrige Grands textes », (1^{ère} édition 1961), 2006
- ✧ JONES E., *La Vie et l'œuvre de Sigmund Freud*, PUF; Paris, PUF, Coll. Bibliothèque de psychanalyse, 5^{ème} éd./vol. 1 ; 4^{ème} éd./vol. 2 ; 3^{ème} éd./vol. 3, 2000
- ✧ JUNG C.G., *Dialectique du Moi et de l'inconscient*, Gallimard, Coll. Idée, 1986
- ✧ JUNG C.G., *Ma vie, Souvenirs, rêves et pensées*, (1^{ère} édition 1991), Paris, Gallimard, 2005,
- ✧ KLEIN M. et RIVIERE J., *L'Amour et la haine: Le besoin de réparation*, (1^{ère} édition 1937) Paris, Payot, Coll. Petite Bibliothèque Payot, , 2001
- ✧ KLEIN M., *Envie et gratitude et autres essais*, (1^{ère} édition 1968) Paris, Gallimard, Coll. Tel, 1978
- ✧ KLEIN M., *Le transfert et autres écrits*, Paris, PUF, 1995
- ✧ KOHUT H., *Analyse et guérison*, Paris, PUF, Coll. « Le fil rouge », 1991
- ✧ L'ECUYER R., *Le concept de soi*. Paris, PUF, 1978
- ✧ LACAN J., *Écrits*, Paris, Seuil, coll., Le champ freudien, 1966
- ✧ LACAN J., *Séminaire, tome 4 : la Relation d'objet*, Seuil, Coll. Le séminaire de Jacques Lacan, 1998
- ✧ LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, Coll. Quadrige Dicos Poche, (1^{ère} édition 1967), 2009
- ✧ LEOVICI S., WEILL-HALPERN F., *Psychopathologie du bébé*, Paris, PUF, 1989
- ✧ LECOMTE, C. et RICHARD, A., *Pour une psychothérapie pleinement relationnelle*. In: S. Ginger, E. Marc et A. Tarpinian, Ed. *Être psychothérapeute: questions, pratiques, enjeux*. Paris: Dunod, 2006
- ✧ LEMAIRE A., *Jacques Lacan*, (1^{ère} édition 1978), Wavre, Mardaga, Coll. Psycho Sc Humaines, 1997
- ✧ LOISEAU-JOUSSOT P., GRESSON L., *Textes de relaxation et de visualisation, pour une vie sans stress*, Seuil, 2006
- ✧ LUQUET, G-H., *Le dessin enfantin*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1991

- ✧ MALHER M., PINE S., BERGMAN A., *La Naissance psychologique de l'être humain*, Paris, Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot, (1ère éd. 1980) 2010
- ✧ MARINOV V., *L'anorexie, une étrange violence*, PUF, 2008
- ✧ MARTY P., DE M'UZAN M., DAVID C., *L'Investigation psychosomatique*, Paris, PUF, Coll. Quadrige, 2003
- ✧ MAURY M., LAMOUR M., *Alliances autour du bébé*, Paris, PUF, Coll. Monographies Ps, 2000
- ✧ MCDOUGALL J., *Théâtres du Je*, Paris, Gallimard, Coll. Folio Essais, (1ère édition 1982), 2004
- ✧ MELTZER D., *Les Structures sexuelles de la vie psychique*, Paris, Payot, 1977
- ✧ MILJKOVITCH R., *L'attachement au cours de la vie*, Paris, PUF, 2001
- ✧ MILJKOVITCH R., *Les modèles internes opérants : revue de la question*, dans BRACONNIER A., SIPOS J. (sous la direction de) : *Le bébé et les interactions précoces*, Monographies de psychopathologie, Paris, PUF, 1998
- ✧ MILLER A., *Le drame de l'enfant doué*, Paris, PUF, 2008
- ✧ MISSONNIER S., *La consultation thérapeutique périnatale - Un psychologue à la maternité*, Erès, Coll. : La vie de l'enfant, 2009 (1ère éd. 2003)
- ✧ MONTAGNER H. : *L'attachement. Les débuts de la tendresse*, Paris, Odile Jacob poches, 2006
- ✧ NASIO J-D., *Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse*, Paris, Edition Payot & Rivages, Coll. Petite bibliothèque Payot, 2001
- ✧ ORANGE D.M., ATWOOD G.E., et STOLOROW R.D., *Working Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalytic Practice*, Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1997
- ✧ PECOLLO J-Y., *La Sophrologie, chemin vers la conscience*, Monaco, Editions du Rocher, Coll. Equilibre, 2000
- ✧ PERRON R., *La pratique de la psychologie clinique*, Paris, Dunod, 1997
- ✧ PHILIPPE C., PHILIPPE M., BIOY A., POIVRE D'ARVOR P., *Souvenirs d'anorexie - Dialogue entre une mère et sa fille*, Ed. K&B, Coll. Témoignages, Paris, 2006.
- ✧ PIERREHUMBERT B., *L'attachement, de la théorie à la clinique*, Erès, Coll. Le Carnet psy, 2005
- ✧ PIERREHUMBERT B., *Le premier lien. Théorie de l'attachement*, Paris, Odile Jacob, Coll. Psychologie, 2003
- ✧ QUINODOZ D., *Des mots qui touchent*, Paris, PUF, Coll. Le fait psychanalytique, 2002.
- ✧ QUINODOZ J-M., *La solitude apprivoisée*, Paris, PUF, Coll. Quadrige Essais Débats, 2010. (1ère édition 1991)
- ✧ RACKER H., *Etudes, technique psychanalytique. Transfert et contre-transfert*, Meyzieu, Césura Lyon Edition, 2000
- ✧ RAGER G.R., *Hypnose, sophrologie et médecine*, Paris, Fayard, 1973
- ✧ RANK. O., *Le traumatisme de la naissance*, Petite Bibliothèque Payot, Paris, 2002
- ✧ RICHARD F., WAINRIB S. ET AL., *La subjectivation*, Paris, Dunod, Coll. Inconscient et Culture, 2006
- ✧ ROUSSILLON R., *Agonie, clivage et symbolisation*, (1ère édition 1999), Paris, PUF; Coll. Quadrige Essais Débats, 2008
- ✧ ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT, A. et Coll., *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*, Paris, Masson, Coll. Psychologie, 2007
- ✧ ROUSSILLON R., *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF; Coll. Quadrige Essais Débats, 1991

- ✧ ROUSSILLON René, *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, Paris, Dunod, 2008
- ✧ ROYER J., *Que nous disent les dessins d'enfants ?*, Marseille, Ed. Hommes et Perspectives, 1995
- ✧ SANTERRE B., *Mais... qu'est-ce que la sophrologie?*, Rennes, Éditions ISR, 2002
- ✧ SCHILDER P., *L'image du corps. Étude des forces constructives de la psyché*, Paris, Gallimard, Coll. Tel, 1980
- ✧ SCHILDER P., *L'image du corps. Étude des forces constructives de la psyché*, (1^{ère} édition 1968), Gallimard, Collection Tel, 1980
- ✧ SCHULTZ J. H., *Le Training autogène*, Paris, PUF, 1987
- ✧ SCHULTZ J. H., *Manuel pratique de training autogène*, Paris, PUF, 1991
- ✧ SEARLES H., *Le contre-transfert*, Paris, Gallimard, Coll. Folio Essais, 2005
- ✧ SPITZ R.A., *De la naissance à la parole : La Première année de la vie de l'enfant*, (1^{ère} édition 1968), Paris, PUF, 10^{ème} éd., 2002
- ✧ SPITZ R.A., *L'embryogénèse du Moi*, Bruxelles, Editions Complexes, 1979
- ✧ SPITZ R.A., *Le Non et le Oui*, (1^{ère} édition 1962), Paris, PUF, 4^{ème} éd., 1994
- ✧ STERN D., *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF, 1989
- ✧ TUSTIN F., *Autisme et psychose de l'enfant*, (1^{ère} édition 1977), Paris, Seuil, 1982
- ✧ WIDLÖCHER D. ; *Amour primaire et sexualité infantile : un débat de toujours*, dans WIDLÖCHER D., LAPLANCHE J., FONAGY P. et al.: *Sexualité infantile et attachement*, Paris, PUF, Coll. Petite bibliothèque de psychanalyse, 2000
- ✧ WIDLÖCHER, D., *L'interprétation des dessins d'enfants*, Bruxelles, Dessart, 1965.
- ✧ WINNICOTT D. W., *De la pédiatrie à la psychanalyse* (1^{ère} édition 1969), Paris, Payot, 1989
- ✧ WINNICOTT D. W., *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, (1^{ère} édition, 1971) Paris, Gallimard, 1975, Folio, 2004
- ✧ WINNICOTT D. W., *La consultation thérapeutique et l'enfant*, Paris, Gallimard-poche, Coll. Tel, 1979
- ✧ WINNICOTT D. W., *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot, Coll. Petite Bibliothèque Payot, 2006
- ✧ WINNICOTT D. W., *Processus de maturation chez l'enfant* (1^{ère} édition 1965), Paris, Payot, 1988
- ✧ ZAUCHE-GAUDRON C., *La problématique paternelle*, Paris, Erès, 2001
- ✧ ZAZZO R., *L'attachement*, Paris, Delachaux et Niestlé, 1979

REVUES SPECIALISEES :

- ✧ AMADO X.F., STRAUSS D.H., YALE S.A., FLAUM M.M., ENDICOTT J., GORMAN J.M.; Assessment of Insight in Psychosis, *The American Journal of Psychiatry* ; **150** pp. 873-879, 1993
- ✧ ASKENAZY F., Prise en charge de l'anorexie mentale de l'adolescent quand le pronostic vital est engagé, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, **55**, pp. 144-148, Elsevier Masson SAS, 2007.
- ✧ ATGER F., CORCOS M., Attachement et conduites addictives, *Annales de médecine interne*, **152**, **3**, suppl., 2001
- ✧ ATGER F., Les concepts de base de la théorie de l'attachement, *Perspectives Psy*, 2/Vol. **42**, pp 93-101, 2003
- ✧ AURIOL B., Yoga et R.E.D.D, in *Cahiers de l'institut du Rêve Eveillé Dirigé*, N°2, déc. pp. 47-49, 1977

- ✧ BARON-COHEN S., LESLIE A.M, FRITH U., Does the autistic child have a "theory of mind"?, *Cognition*, vol. **21**, N° **1**, octobre 1985, pp. 37-46
- ✧ BERNATEAU I., La séparation, un concept pour penser les relations précoces et leur réaménagement à l'adolescence, *La psychiatrie de l'enfant*, 2008/2 Vol. **51**, pp. 425-455
- ✧ BERTRAND M., Qu'est-ce que la subjectivation ?, *Le Carnet PSY*, 2005/1 n° **96**, pp. 24-27
- ✧ BIENVENU J-P, La relation d'objet et la rencontre analytique, *Revue TRANS - Société psychanalytique de Montréal*, N° **6**, pp.91-104, Été 1995
- ✧ BONNET C., Processus intégratifs dans la perception et dans l'action, *In Structures et activités*, Paris, Dunod, tome **5**, pp.166-235,1995
- ✧ BOUKOBZA C., Les mères dormeuses, In : *Devenir*, vol. **7**, n° **2**, Eshel, Paris, 1995, pp. 31-44
- ✧ BOWLBY J., Maternal care and mental health, in *Bulletin of the World Health Organisation*, **3**, pp. 355-534, 1951.
- ✧ BRETHERTON I., Attachment theory: Retrospect and prospect, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, (1-2)/**50**, pp. 3-35, 1985
- ✧ BYDLOWSKI M., Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne, In : *Devenir*, n° **2**, 2001, p.41
- ✧ CAHN R., La subjectivation et ses vicissitudes, *Le Carnet PSY*, 2006/5 n° **109**, pp. 21-23
- ✧ CAHN R., Subjectalité et subjectivation, *Adolescence*, 2004/4 n° **50**, pp. 755-766
- ✧ CARCOS M., DUPONT M-E., Approche psychanalytique de l'anorexie mentale, in *Nutrition clinique et métabolisme*, Elsevier Masson SAS, **21** pp. 190-200, 2007
- ✧ CICCONE A., Enveloppe psychique et fonction contenant : modèles et pratiques, *Cahiers de psychologie clinique*, 2001/2 n°**17**, pp. 81-102
- ✧ CRITTENDEN PM.; Internal representational models of attachment relationships.
- ✧ DUPRE LATOUR M., Le lien : repères théoriques, *Dialogue*, 2002/1N° **155**, pp.27-40
- ✧ FROTE P., BOUCHARD M-A., Le vase brisé : réflexions sur la réponse contre-transférentielle, *Revue TRANS Société psychanalytique de Montréal*, N° **4**, pp. 109-138, Printemps 1994
- ✧ GOLSE B., Attachement et psychanalyse : ce que Serge Lebovici nous a transmis à propos de la transmission, *Spirale*, 1 /N°**17**, pp. 83-86, 2001
- ✧ GOLSE B., De la différenciation à la séparation : It's a long way to go !, *Revue française de psychanalyse*, 2 /Vol. **65**, pp. 369-380, 2001
- ✧ GOLSE B., De l'intersubjectivité à la subjectivation (co-modalité perceptive du bébé et processus de subjectivation, *Le Carnet PSY*, **5** / n° **109**, pp. 25-29, 2006
- ✧ GOLSE B., La pulsion d'attachement, *La psychiatrie de l'enfant*, 1 /Vol. **47**, pp. 5-25, 2004
- ✧ GOLSE B., L'intersubjectivité, *Le Carnet PSY*, n° **41**, pp.30-31,1998
- ✧ GOLSE B., Naissance de la pensée et aléas de son développement, *L'Information Psychiatrique*, Volume **82**, Numéro **9**, pp.713-721, Novembre 2006
- ✧ GOSSELIN C., Fonction des Comportements Parentaux: Révision de la notion de Sensibilité Maternelle, *Psicologia : Teoria e Pesquisa*, Vol. **16** n° **2**, pp. 103-111, Maio-Ago 2000
- ✧ HARTMANN H., KRIS E, LÆWENSTEIN R., Rapport sur la psychologie psychanalytique, *Revue française de psychanalyse*, **30**, 5-6 pp. 775-795, 1966
- ✧ HOPKINS J., L'enfant observé de la théorie de l'attachement, *Psychiatrie de l'enfant*, **XXXIX**, **1**, pp. 41-62, 1996

- ✧ IMPERIALI F., La biologie à la conquête de l'amour, *CNRS le journal* - N° **169** - Amour et sciences, février, 2004
- ✧ *Infant Mental Health Journal*, **11**, pp. 259-277, 1990
- ✧ JAÏTIN R., La thérapie familiale psychanalytique - Les recherches de l'école argentine : Enrique Pichon Rivière, *Dialogue*, 2 /N° **172**, pp. 73-87, 2006
- ✧ LEOVICI S. ET AL., Les interactions fantasmatiques, in *L'arbre de vie, A l'Aube de la vie*, Erès, 2009 pp. 73-86
- ✧ LEOVICI S., Le rôle de la relation objectale chez l'enfant, in *Psychiatrie de l'enfant*, 1961
- ✧ MAIN M., De l'attachement à la psychopathologie, *Enfance*, **3**, pp. 13-27, 1998
- ✧ MAIN M., KAPLAN N., CASSIDY J., Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. In: BRETHERTON I., WATERS E., Eds Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, **50** (1-2 serial N° **209**), pp. 66-104, 1985
- ✧ MELTZER D. et coll., *Explorations dans le monde de l'autisme*, Payot, Paris, 1980
- ✧ MILJKOVITCH R. et al., Les représentations d'attachement du jeune enfant. Développement d'un système de codage pour les histoires à compléter, *Devenir*, 2/Vol. **15**, pp. 143-177, 2003
- ✧ MISSONNIER S., Anticipation et périnatalité : prolégomènes théoriques, in *Pratiques psychologiques*, n° **1**, pp.17-30, 2001
- ✧ PANKOW G., Image du corps et objet transitionnel : données principales de l'image du corps, *Revue Française de Psychanalyse*, 1976 /N°**2**, pp. 285-302
- ✧ PERRON-BORELLI M., Fonction du fantasme : élaboration des liens à l'objet, *Revue française de psychanalyse*, 2 /N. **58**, pp. 533-548, 1994
- ✧ PIERREHUMBERT B., À propos de la relation père-enfant, deux questions, *Enfance*, 2/ Vol. **56**, pp. 227-227, 2004
- ✧ PIERREHUMBERT B., Amour et attachement, *Spirale*, 4/N°**28**, pp. 31-48, 2003
- ✧ PIERREHUMBERT B., Attachement et psychopathologie, *Enfance*, 1/Vol. **55**, pp. 74-80, 2003
- ✧ PIERREHUMBERT B., L'amour maternel... un amour impératif, *Spirale*, 2/N°**18**, pp. 83-112, 2001
- ✧ PIERREHUMBERT B., Maternage insolite attachement insolite, *Le Carnet PSY*, 5 N° **65**, pp. 18-21, 2001
- ✧ QUINODOZ J-M, Figurabilité, fantasme inconscient et formes de symbolisation dans les rêves, *Revue française de psychanalyse*, 2001/**4** Vol. **65**, pp. 1373-1378
- ✧ RACAMIER, P.C., SENS, C., CARRETIER, L., La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Evolution Psychiatrique*, **4**, pp. 525-570, 1961
- ✧ REITH B., Psychanalyse, psychothérapie et psychothérapie psychanalytique: plaidoyer pour un esprit d'investigation, *Psychothérapies*, 2002/**1** Vol. **22**, pp. 29-39
- ✧ ROUSSILLON R., La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double », *Revue française de psychanalyse*, **68**, pp. 421-439, 2006
- ✧ SECHAUD É., La pensée de Didier Anzieu, *Le Carnet PSY*, 2007/**4** n°**117**, pp. 18-23
- ✧ SORTANT-DELANOË A-C., L'analyste suspendu, *Mensuel* **13**, *Les Forums et l'Ecole de Psychanalyse des Forums du Champ Lacanien*, pp.11-21, Février 2006

- ✧ SPERANZA M. et OUSS-RYNGAERT L., La psychologie du développement et les théories psychanalytiques du développement : le problème de l'inférence et de la cohérence épistémologique, *La psychiatrie de l'enfant*, 1 /Vol. **53**, pp. 5-29, 2010
- ✧ VALABREGA J-P., Les notions de Pictogramme et de Potentialité psychotique dans l'œuvre de Piera Aulagnier, *Topique*, 2001/1 n° **74**, pp. 119-122
- ✧ VAN IJZENDOORN M.H., KROONENBERG P.M., Cross-cultural patterns of attachment: a meta-analysis of the strange situation, *Child Development*, **59**, pp. 147-156, 1988
- ✧ WAINRIB S., La psychanalyse, une question de subjectivation ?, *Le Carnet PSY*, 2006/5 n° **109**, pp. 23-25
- ✧ WALLON H., Kinesthésie et image visuelle du corps propre chez l'enfant, in *Bulletin psychologique*, VII, **5**/1954, pp.239-246

THESES ET MEMOIRES :

- ✧ FLEMAL S., *D'une étude métapsychologique de la fonction délirante dans les processus psychiques de la schizophrénie*, Thèse de doctorat en Psychologie, Mention psychopathologie et psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2, 279 p., 2011
- ✧ MARTINEZ S., *L'enfermement des adolescents auteurs d'actes transgressifs : de la contention à la contenance*, Thèse de doctorat en Psychologie, Mention psychopathologie et psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2, 351 p., 2011
- ✧ RAUMU, C., *Le style d'attachement et l'estime de soi sociale chez les jeunes adultes*, Mémoire de Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Psychologie Clinique, Université de Genève, 79 p., 2004
- ✧ RETTINGHAUS M., *La (re)-construction du Moi par le canal du corps en psychothérapie*, Mémoire de Praticien en psychothérapie, CERFPA, 138 p., 2006

CONFERENCES :

- ✧ CAHN R., CHABERT C., RICHARD F., ROUSSILLON R., WAINRIB S., Conférence - Journées scientifiques organisées par le Carnet Psy, **Subjectivation, un nouveau point de vue en psychanalyse ?**, Boulogne, 2 et 3 avril 2005
- ✧ CICCONE A., **Naissance à la pensée et partage d'affects**, conférence au Colloque Vinculos tempranos, clinica y desarrollo infantil, Montevideo, 31 août 2007
- ✧ JEAMMET P., Conférence - **Vivre ou détruire, une plaie de la psychopathologie de l'adolescent**, CHU Lenval, Nice, 5 mai 2011

EMISSIONS DE RADIO :

- ✧ *Les chemins de la connaissance*, série de cinq émissions radiodiffusées sur la psychanalyse, diffusées les 14, 15, 16, 17 et 18 septembre 1987, sur **France Culture**, avec les invités DOLTO Françoise et NASIO Juan David.
Réalisateur: FONTANAROSA, D., Producteur: DUPONT, C.
Disponibles sur le site Internet de l'INA : www.ina.fr.

RECHERCHES DOCUMENTAIRES INTERNET :

- ✧ BRUSSET B., *Les psychothérapies psychanalytiques et le face à face*, article issu du site Web de la Société Psychanalytique de Paris :
http://www.spp.asso.fr/main/extensions/items/01_psychotherapies.htm
- ✧ EIGUER A., *La théorie du lien en psychanalyse et en thérapie familiale, Hommage à Enrique Pichon-Rivière*, Revue Le divan familial, article issu du site Web de l'association Franco-Argentine de psychiatrie et de santé mentale, 2002 :
<http://psy.francoarg.asso.free.fr/Conferences/Pichon/eiguer.htm>
- ✧ FREUD S. - JUNG C.G., *Correspondance T.I, 1906-1909*, Paris, Gallimard, 1975, lettre du 14-21 avril 1907, p.87
http://fr.wikipedia.org/wiki/Objet_primaire
- ✧ GOLSE B. ET ROBEL L., *Pour une approche intégrative de l'autisme infantile*, Recherches en Psychanalyse [En ligne], 7 /2009, mis en ligne le 01 juin 2009
<http://recherchespsychanalyse.revues.org/146#tocfrom1n2>
- ✧ HALFON D., *La présentation de malade aujourd'hui*, Institut du Champ Freudien, Section Clinique d'Aix-Marseille, Antenne clinique de Gap, Conversation du vendredi 10 avril 2009 : <http://section-clinique.org/>
- ✧ HUGHES C., University of Cambridge, and LEEKAM S., University of Durham, *What are the Links Between Theory of Mind and Social Relations? Review, Reflections and New Directions for Studies of Typical and Atypical Development*.
<http://jpkc.ecnu.edu.cn/fzxlx/kewai/What%20are%20the%20Links%20between%20Theory%20of%20Mind%20and%20Social%20Relations.pdf>
- ✧ LEFEBVRE Y., SNPPsy, *Psychothérapie et psychothérapies*, article issu du site Web du Syndicat National des praticiens en psychothérapie :
<http://www.snppsy.org/Psychotherapie-et-psychotherapies>
- ✧ ROUSSILLON R., *Trois repères pour la psychothérapie psychanalytique en face à face - Psychothérapie psychodynamique : quelques principes et analyseurs* ; retranscription d'une conférence du 14 juin 2001, issue du site Web de la Société Psychanalytique de Paris :
<http://www.spp.asso.fr/main/conferencesenligne/Items/11.htm>