

# Que nous disent les bébés de leur souffrance psychique?<sup>1</sup>

**Didier Houzel**

Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Université Caen, France

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article were reported.

## Summary

*What do babies tell us about their mental suffering?*

The question of mental suffering in babies has often been debated, but on a theoretical rather than a clinical level. Many preconceptions formed an obstacle to recognition of this suffering, which the very young child has only limited means of expressing, chiefly through bodily expressions and developmental blocks. Taking as a basis the treatment of a very young infant at risk of autism, the author supports the hypothesis of authentic mental suffering at that age, which may be resolvable if its basis in fantasy can be decoded.

*Key words: annihilation anxiety; baby at risk of autism; psychotic depression; mother-baby dyad; therapeutic consultations; metaphorising enactment; intersubjectivity*

## Introduction

Pour tenter de répondre à la question posée par mon titre, je m'appuierai sur l'observation d'un très jeune bébé à risque autistique que j'ai pu observer en détails à l'occasion d'une assez longue série de consultations thérapeutiques qui se sont soldées par une issue heureuse. En effet, il a pu établir des échanges satisfaisants avec son entourage et reprendre alors un développement normal.

Thibaud était un petit garçon de tout juste deux mois lorsque ses parents sont venus me consulter sur le conseil de leur pédiatre qui avait constaté chez lui un évitement actif du regard. Il était né au terme d'une grossesse sans problème. La mère ne l'avait pas allaité au sein, mais il avait pris le biberon d'une manière satisfaisante.

Ce qui avait inquiété sa mère, c'étaient les symptômes suivants: elle n'avait jamais pu capter son regard; elle constatait que lorsqu'elle lui donnait le bain, il détournait son regard dans la direction opposée à celle où elle se trouvait et le dirigeait sur un coin de la pièce, toujours le même. En outre, il pleurait souvent et il était très difficile à consoler. Il n'avait encore jamais fait de sourire.

Correspondance:

Professeur Émérite Didier Houzel, MD  
Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent  
Université de Caen  
F-14000 Caen  
France  
didier.houzel[at]dbmail.com

Au cours des consultations répétées que j'aurai avec lui et ses parents, je constaterai des anomalies posturales et motrices: son tonus axial était accentué, il avait tendance à se raidir en hyperlordose, notamment lorsqu'on le mettait sur le ventre. Il se mettait alors dans la position d'un parachutiste en chute libre, hyperlordose, bras écartés et rejetés légèrement en arrière et en haut. J'avais l'impression qu'il cherchait un appui dans sa propre musculature, comme une base de stabilité. Quelques mois plus tard, alors qu'il commençait à pouvoir ramper, il avait été attiré par un jouet coloré qu'on avait mis devant lui sur le tapis de jeu, il était en décubitus ventral: je l'ai vu alors s'arc-bouter dans la position du parachutiste que je viens de décrire, avant d'entamer de prudents mouvements de rampe en direction du jouet; tout se passait comme s'il cherchait une sorte d'assise stable et sécurisante avant de s'aventurer vers l'objet de son désir.

La mère de Thibaud, lorsqu'elle le prenait, le tenait sur la pointe de ses genoux, le visage tourné vers l'extérieur, dans une attitude de vierge gothique qui présente l'Enfant Jésus au monde. Elle ne le serrait pas dans ses bras, elle ne le tournait pas vers elle. Peut-être avait-elle peur de vivre une fois de plus la situation douloureuse d'un enfant qui se refusait à la regarder.

Elle m'a longuement parlé du problème qu'elle rencontrait en tant que mère de deux jeunes enfants: Thibaud et sa sœur aînée, qui était âgée de 2 ans et demi à la naissance de son petit frère. Cette petite fille, plutôt précoce, était très exigeante et sa mère se sentait obligée de répondre à toutes ses exigences de peur qu'elle ne soit jalouse. Du coup, elle ne se sentait pas suffisamment disponible pour Thibaud. Elle reliait cela d'elle-même à sa propre jalousie vis-à-vis de son frère cadet qui avait avec elle à peu près la même différence d'âge que Thibaud avec sa sœur aînée. Elle avait toujours été persuadée que sa mère avait une préférence marquée pour son petit frère.

Au cours d'une consultation, alors que Thibaud avait environ huit mois, j'ai été particulièrement frappé par cette attitude de Vierge gothique que j'ai décrite. Intuitivement, j'ai senti qu'il était possible de proposer à la mère de renverser la situation, je veux dire qu'elle prenne Thibaud face à elle. En même temps, je sentais la nécessité de la rassurer en m'approchant d'elle et en l'encourageant. J'étais influencé

1 Ce texte s'appuie sur un texte, qui a été exposé le 9 juin 2012 à l'Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (AEPEA), Third Clinical Meeting, Delémont-Courtemelon, Suisse.

par l'enseignement de Serge Lebovici [1] qui prônait des interventions actives dans les consultations mère-enfant, fondées sur ce qu'il a appelé l'«énaction métaphorisante», en reprenant la notion d'énaction à Francisco Varela et al. [2], qui désignait par là une forme de mise en scène mentale de ce qui était éprouvé par un sujet dans une situation donnée. J'étais alors identifié à la fois à la mère dans ce que je ressentais comme un évitement et une crainte d'un face à face avec son fils, et à Thibaud dans son sentiment d'insécurité faite de ce face à face contenant.

Je me suis donc rapproché de la mère et je lui ai dit qu'il me semblait qu'il serait intéressant qu'elle tourne son bébé vers elle et que nous observions comment il réagirait. Elle a accepté et a tourné Thibaud vers elle. J'ai constaté alors qu'elle le tenait à bout de bras, sans lui offrir d'appui dorsal. Thibaud ne semblait pas à l'aise, il tournait la tête d'un côté et de l'autre comme pour regarder derrière lui. J'avais l'impression qu'il cherchait du regard sur quoi il aurait pu s'appuyer. J'ai alors suggéré à la mère de lui mettre une main dans le dos, tout en lui faisant remarquer cette recherche de Thibaud de quelque chose derrière lui où il pourrait trouver un appui. La mère a passé sa main derrière Thibaud et l'a mise en appui sur son dos. A ma surprise j'ai vu alors Thibaud regarder sa mère intensément, se dresser vers elle, réussir à lui passer une main derrière la nuque, ouvrir une grande bouche et tirer avec force la tête de sa mère en empoignant une mèche de cheveux dans son cou, jusqu'à plaquer le visage de sa mère sur sa bouche grande ouverte. Tout se passait comme s'il voulait incorporer sa mère.

Lors d'une consultation suivante, j'ai pu faire une observation symétrique qui m'a tout autant étonné. Thibaud était par terre sur le tapis de jeu. Il commençait à marcher à quatre pattes. Cette fois, sa mère a pris l'initiative de le prendre sur ses genoux, visage tourné vers elle et je l'ai vu ouvrir grand sa bouche et attirer son enfant vers elle faisant mine de le manger!

C'est à la suite de ces deux consultations que la situation a radicalement changé. Jusque là, Thibaud évitait toujours le regard de sa mère qui s'en désespérait. Mère et fils ont pu échanger spontanément de façon de plus en plus intense. Les anomalies posturales de Thibaud ont rapidement disparu et son développement a pris un cours normal.

Entre Thibaud et sa mère, le fantasme semblait être celui d'une dévoration réciproque menaçant l'intégrité de l'un comme de l'autre. Que l'amour entre une mère et son enfant ait trouvé ses racines dans l'oralité, cela est constamment confirmé. Mais cet amour oral doit être détoxiqué dans une relation réciproque et médiatisée pour être supportable. Sans doute ai-je joué le rôle d'un tiers assurant cette médiation entre Thibaud et sa mère au cours des consultations que j'ai rapportées.

### Le décodage des symptômes

L'exemple que je viens de rapporter me semble illustrer le fait qu'un bébé si petit est susceptible d'éprouver une forme de détresse qui mérite d'être qualifiée de souffrance psychique, même s'il nous est difficile de savoir précisément

quelle en est la nature. Il nous est permis, cependant, d'avancer des hypothèses sur la signification de ce qu'exprimait Thibaud à travers ses symptômes. Je pense que cette tentative est légitime pour deux raisons essentielles.

La première raison est que le bébé n'a pour exprimer ses expériences subjectives que peu de moyens. Si on essaie de faire un inventaire des moyens à sa disposition, on trouve la liste suivante:

1. La variation de ses états de vigilance, allant du sommeil calme aux pleurs avec agitation, en passant par la veille attentive, état le plus propice à la communication avec l'entourage.
2. Le regard, dont on sait qu'il évolue au cours des premiers mois du fait de la maturation de la vision focale et de l'acquisition d'une capacité d'accommodation qui n'existe pas à la naissance, ce qui doit correspondre au passage progressif de la perception d'un environnement flou au-delà de 20 à 25 cm à celle d'un paysage de plus en plus différencié. Une *Gestalt* se détache sur ce fond de fondu enchaîné, le visage humain avec ses contours complexes et sa partie supérieure incluant la base du nez et les yeux de son interlocuteur.
3. Les mimiques, en particulier le sourire qui est complet et en lien avec la présence d'un partenaire dès la fin du 1<sup>er</sup> mois.
4. Le tonus musculaire.
5. La gestuelle encore peu différenciée, à l'exception des mimiques faciales.

Il est à noter que les modes d'expression du nourrisson correspondent à des mécanismes de régulation de ses états tensionnels. Selon André Bullinger [3], le bébé dispose de trois modes possibles de régulation de ses états de tension intérieure: faire varier ses états de vigilance – faire varier les flux sensoriels qui l'atteignent – interagir avec son entourage. Si nous élargissons au-delà du bébé lui-même cette question de la régulation pour l'étendre au champ interactif qui s'organise entre lui et ses partenaires humains, l'enjeu d'une observation attentive et d'une tentative de compréhension de ce qu'il exprime sera de lui proposer une régulation par des interactions humaines plutôt que par des variations de ses états de vigilance ou des flux sensoriels dont il est la cible.

La seconde raison pour s'autoriser à faire des hypothèses sur ce qu'exprime le bébé est que le sens de ses conduites ne peut s'expliquer qu'à l'intérieur d'une interaction avec des partenaires humains. Ce sens est une propriété émergente du champ relationnel qui se déploie entre l'enfant et son entourage. On ne peut donc se contenter d'attendre qu'un sens achevé se manifeste. Il faut aller au-devant de lui, se saisir du moindre indice que nous percevons pour le développer intuitivement. Cela correspond à ce que le psychanalyste Wilfred Bion 1962 a appelé la «capacité de rêverie maternelle» [4].

Mais, revenons à Thibaud pour tenter de décoder ses symptômes. Je les regroupe en quatre rubriques:

- Les anomalies du regard
- L'agrippement sensoriel
- Les pleurs
- Les troubles posturaux

### Les anomalies du regard

Tout ce qu'on peut en dire est que pour Thibaud le contact œil-à-œil est ressenti comme une menace. Pourquoi cette menace? Nous n'en savons rien *a priori*. Ce regard de l'autre est-il chargé d'objets dangereux, persécuteurs? Est-il un lieu vide, un trou, un précipice sans fond dans lequel l'enfant redoute d'être attiré, englouti, précipité? Dans l'après-coup, cette seconde hypothèse semble plausible: c'est lorsque sa mère, soutenue par mes encouragements, lui offre un appui dorsal en le regardant de face, qu'il peut la regarder intensément comme s'il ne craignait plus alors d'être emporté dans un abîme sans fond.

### L'agrippement sensoriel

Je veux parler ici de ce coin de plafond que Thibaud regardait fixement en lieu et place du visage de sa mère lorsqu'elle le baignait. Tout se passait comme si le flux sensoriel visuel qui atteignait Thibaud se figeait dans la contemplation de ce coin. Peut-on supposer que l'interaction visuelle ne lui apportait pas la régulation nécessaire et tout au contraire provoquait chez lui une perte de stabilité angoissante?

C'est Esther Bick 1967–68 [5] qui a décrit ce phénomène de l'agrippement sensoriel. Les travaux d'André Bullinger nous aident à comprendre par quels mécanismes l'agrippement permet au bébé de réguler ses propres états tensionnels, mais sur un mode statique qui ne permet pas un réel développement psychique.

### Les pleurs

Elles font partie de la régulation par la variation des états de vigilance. La particularité ici est que l'entourage échoue à les calmer. Une fois encore, on assiste à une concurrence entre deux modes de régulation: la régulation par l'interaction sociale et la régulation par la variation des états de vigilance.

### Les anomalies posturales

Je les ai déjà longuement commentées. J'insiste simplement encore sur l'impression qu'elles m'ont donnée: celle d'une recherche d'appui dorsal qui me semble correspondre à ce que J. Grotstein a décrit sous le nom d'«objet d'arrière-plan» [6]. Il s'agit de la représentation de l'appui physique et psychique dont l'enfant a besoin pour s'engager dans l'aventure de son développement. La consultation au cours de laquelle Thibaud cherche cet appui en regardant derrière lui et où je suggère à la mère de lui offrir concrètement cet appui est éloquent à cet égard.

### Le bébé est-il capable de souffrir psychiquement?

La question de la souffrance psychique du bébé a longtemps été tranchée par la négative à partir d'un point de vue théorique. On postulait que l'angoisse se situait dans le Moi et que tant que l'enfant n'avait pas constitué un Moi, il n'était pas susceptible d'en éprouver. On postulait, par ailleurs, que la dépression était liée à la perte d'objet et qu'il ne pouvait y

avoir de perte tant que l'enfant n'avait pas atteint un stade libidinal qui lui permettait d'investir un partenaire comme objet d'amour, c'est-à-dire dans le langage métapsychologique comme objet total.

Il est intéressant, à cet égard, de rappeler la querelle qui s'est déroulée dans les années 1920 autour de la notion de «traumatisme de la naissance». Alors que Freud lui-même avait proposé cette idée en 1916–17 dans ses «Leçons d'introduction à la psychanalyse» [7], il se vit poussé par son entourage à rejeter violemment l'hypothèse défendue par Otto Rank (1924) dans son ouvrage «Le traumatisme de la naissance» [8]. Il fallait que l'angoisse sous toutes ses formes se rattache à la problématique œdipienne, à la question de la différence des sexes et à la thématique de la castration. Freud s'en explique laborieusement dans son livre «Inhibition, symptôme et angoisse» [9] paru en 1926, oublieux, semble-t-il, de la devise de son maître Charcot qu'il aimait citer «La théorie c'est beau, mais ça n'empêche pas d'exister!»

Il avait pourtant décrit un état primitif chez le bébé qu'il avait qualifié de «détresse» (*Hilflosigkeit*), état qu'il reliait à l'extrême dépendance du nourrisson vis-à-vis de son entourage pour la satisfaction de ses besoins. L'approfondissement de l'exploration psychanalytique des phases les plus précoces du développement, ainsi que des niveaux les plus profonds des angoisses que l'on rencontre à tout âge dans la pathologie, a conduit à enrichir le modèle freudien. Il ne s'agirait pas seulement pour le bébé de vivre un état de détresse du fait de sa dépendance pour la satisfaction de ses besoins, mais aussi du fait de son incapacité première à donner du sens à ses expériences vécues. Tout se passe comme si, dans une première étape de son développement, l'enfant ne se sentait unifié, cohérent, rassemblé que dans la mesure où il reçoit de son partenaire adulte des réponses adéquates qui lui apportent, certes la satisfaction de ses besoins, mais qui en outre donne sens et cohérence à ce qu'il éprouve.

Jacques Lacan (1949) avait eu l'intuition de ce phénomène lorsqu'il a décrit, en s'appuyant sur les découvertes d'Henri Wallon, le stade du miroir, comme un moment décisif où se réunissent en un tout cohérent, représenté par son image dans le miroir, les vécus dispersés de l'enfant auxquels il ne pouvait antérieurement donner forme et sens [10]. Je ne reviendrai pas sur les hypothèses de Lacan qui ont marqué profondément le développement de la psychanalyse en France et dans les pays francophones. J'indique simplement qu'à mon avis, s'il a mis le doigt sur un aspect essentiel du développement du psychisme, la solution qu'il propose emprunte trop à la théorie de la Forme et néglige la dimension dynamique des processus à l'œuvre et leur inscription dans une relation à l'autre privilégié qu'est la mère.

D.W. Winnicott (1967), en reprenant les descriptions de Lacan, auquel il rend hommage, développe un modèle qui inclut ces dimensions dynamique et relationnelle en parlant du «rôle de miroir de la mère», le *mirroring* [11]. Il suppose que le bébé peut être l'objet d'angoisses très précoces qu'il appelle «agonies primitives»: tomber en morceaux, ne pas cesser de tomber, ne pas habiter son propre corps, n'avoir aucune orientation. La mère ne doit pas seulement apporter au bébé la satisfaction de ses besoins, mais

aussi lui éviter ces «agonies primitives», notamment grâce à sa fonction de *holding*.

Melanie Klein (1921–45) postulait l'existence d'un Moi précoce [12]. Pour elle, dès la naissance, le bébé disposait d'un Moi capable d'investir des objets extérieurs, objet étant entendu au sens psychanalytique, c'est-à-dire comme la personne ou l'aspect de la personne investis. Elle a insisté sur le caractère extrême des émotions du bébé au début de son existence extra-utérine, liées aux relations d'amour et de haine pour l'objet (partiel) dans ce qu'elle a appelé la *position schizo-paranoïde*. Dans un second temps, les émotions deviennent plus nuancées, la haine se teinte de culpabilité, l'amour d'ambivalence, lorsque l'enfant accède à la *position dépressive*. Melanie Klein parle de *positions* et non de *stades* pour éviter de faire correspondre trop étroitement les modes de fonctionnement mental qu'elle décrits à des périodes d'âge précis. Elle donne cependant une prévalence à la *position schizo-paranoïde* pendant les 4 premiers mois de l'existence extra-utérine; la *position dépressive* commencerait à apparaître au 5<sup>ème</sup> mois. Mais il est possible de repasser par l'une ou l'autre phase à tous les âges de la vie.

Pour Melanie Klein les angoisses les plus archaïques sont des angoisses de persécution, ce sont celles auxquelles l'enfant se trouve confronté pendant la phase schizo-paranoïde de son développement. Viennent ensuite des angoisses dépressives dans lesquelles l'enfant craint d'avoir endommagé, voire détruit son objet d'amour.

Les post-kleinien ont renoncé au modèle du Moi précoce au profit d'un modèle dans lequel les fonctions du Moi sont, dans un premier temps, dévolues à un objet externe. W.R. Bion (1962) a été le premier à s'engager dans cette voie [4]. Il a décrit une relation dans laquelle l'objet externe joue le rôle de réceptacle d'éléments du psychisme du bébé qui sont évacués et projetés en lui par le mécanisme que Melanie Klein avait décrit sous le nom d'«identification projective». L'objet externe doit non seulement recevoir ce qui est projeté par l'enfant, mais encore le transformer en éléments pensables, c'est-à-dire en quelque chose qui prend forme et sens et que le nourrisson pourra conserver en lui et combiner avec d'autres expériences pour développer sa pensée toujours davantage. Ce type de relation a été nommé «relation contenant/contenu», le contenant étant l'objet externe, le contenu les projections qui l'atteignent.

Dans le modèle de Bion, les angoisses les plus archaïques seraient des angoisses d'anéantissement, tout se passant comme si l'enfant, dans l'état de détresse qui le caractérise, se sentait menacé de destruction psychique si les projections évacuées de ses proto-angoisses ne rencontraient pas l'objet contenant adéquat. Une situation pire encore que la non-rencontre est celle de la rencontre avec un objet incapable de transformer l'angoisse primitive évacuée en lui, angoisse qui fait alors retour sous la forme de ce que Bion a appelé une «terreur sans nom», qui préfigure les angoisses psychotiques rencontrées en clinique psychiatrique.

Esther Bick (1968) a insisté sur ce qu'elle a appelé «l'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces» [5]. Sa thèse est que, dans un stade primitif du développement, l'enfant est incapable de rassembler ses expériences vécues en un tout cohérent et d'en faire la synthèse. Tout se passe comme si les parties de la personnalité du tout petit ten-

daient spontanément à se disperser. Il faut que l'enfant ait une expérience intime et répétée avec un partenaire privilégié qui lui permette de ressentir toutes ses expériences comme rassemblées en un tout cohérent. Cette relation intime, c'est cela qu'Esther Bick appelle «l'expérience de la peau»: l'enfant a besoin de se sentir physiquement et émotionnellement proche de sa mère, dans une relation peau-à-peau qui rassemble les parties de sa personnalité. Cette expérience laisse sa trace sous la forme de la représentation d'une frontière qui délimite le monde intrapsychique et le monde extérieur.

Le changement de paradigme qui est introduit par les psychanalystes post-kleinien n'est pas le fruit de pures spéculations. Il est dicté par l'observation minutieuse du développement psychique du bébé et l'approfondissement de l'exploration psychanalytique de pathologies archaïques et massives, comme l'autisme et les psychoses de l'enfant. Cette exploration a mis en évidence la violence des angoisses qui se trouvent au cœur de ces états pathologiques.

Frances Tustin (1972) [13] a décrit l'angoisse centrale de la pathologie autistique. Elle a repris, pour ce faire, l'expression de Winnicott (1953) de «dépression psychotique» [14]. Ce qui caractérise cette angoisse est que l'enfant, confronté à la prise de conscience de la séparation entre lui et son objet, ressent cet écart non seulement comme une perte de l'objet, mais aussi comme une perte d'une partie de sa propre substance corporelle: par exemple, pour le bébé, la perte du sein est ressentie comme une perte d'une partie de sa bouche laissant ce qu'un petit patient de Tustin avait appelé «un trou noir avec un méchant piquant». Pour éviter le retour de cette expérience catastrophique, l'autiste tend à nier toute altérité, tout écart entre lui et le monde qui l'environne et à s'enfermer dans un monde de sensations proximales qu'il se procure avec ses stéréotypies motrices, ses propres excréments ou des objets concrets qu'il manipule uniquement pour la sensation qu'il en retire.

Frances Tustin a également décrit chez les enfants autistes des angoisses de chute sans fin dans un espace sans limite, ce que l'on peut mettre en lien avec un défaut de la fonction contenant dans le modèle de W.R. Bion.

Geneviève Haag (1985) [15], dans le prolongement des travaux d'Esther Bick [5, 27] et de Frances Tustin [13] s'est particulièrement intéressée aux perturbations de l'image du corps chez ces enfants et aux angoisses qui s'y trouvaient associées. C'est ainsi qu'elle a décrit des fantasmes d'être cassé en deux moitiés selon une ligne sagittale, chacune des moitiés du corps de l'enfant représentant une partie maman et une partie bébé de la dyade mère/bébé qui, en l'occurrence, se trouvent mal liées et prêtes à se défaire. Elle a encore décrit des défauts de présence d'arrière-plan en reprenant un concept dû à James Grotstein (1981) [6] qui décrit l'objet d'arrière-plan comme assurant une présence stable et fiable sur laquelle le sujet peut s'appuyer en confiance. Elle a insisté enfin sur l'importance des troubles du regard dans la pathologie autistique en montrant les angoisses de l'enfant de tomber dans la pupille de son interlocuteur faute de sentir un point de rebond qui assurerait que l'échange des regards n'entraîne pas une chute sans fin mais constitue tout au contraire une communication privilégiée avec un partenaire capable de recevoir avec



empathie une telle communication et de renvoyer à l'enfant un regard bienveillant et vivant.

Didier Houzel (2002) a décrit sous le nom d'«angoisses de précipitation» l'effet sur le nourrisson de sa propre violence pulsionnelle et de l'attractivité de son objet [16]. Lorsqu'il introduisit en 1920 le concept d'instinct de mort, Freud ne voulait pas opposer un désir de vivre à un désir de mourir ou de tuer, mais il soulignait que le destin d'une pulsion laissée à elle-même était de tout emporter sur son passage du fait même de sa violence et de son côté inassouissable [7]. Sans communication humanisante, les pulsions infantiles sont de véritables tsunamis qui détruisent tout ce qui se présente sur leur trajectoire. L'objet, dans un tel contexte, est alors ressenti comme un précipice attirant et destructeur. C'est, je pense, une des composantes des angoisses autistiques qui freine considérablement toute possibilité de relation. Tout se passe comme si l'autiste éprouvait un vertige dans la relation humaine. L'autre est pour lui un précipice attirant et aspirant qui le menace d'une totale destruction.

On le voit, dans tous les modèles, le rôle de l'objet externe et de la relation avec cet objet est essentiel. Lia Pistiner de Cortiñas (2001) [17], psychanalyste argentine spécialiste de Bion, le décrit ainsi: «... le jeune enfant dépend de la rêverie, cette capacité «naturelle» du psychisme maternel à accepter, héberger et transformer une forme primitive de communication préverbale, l'identification projective... Recevoir sans éprouver de panique ce que le bébé transmet dans une atmosphère d'urgence et de catastrophe agit comme un modulateur de souffrance et constitue une condition pour que cette communication soit transformée en «rêve» ou en «pensée du rêve». De cette manière le bébé peut ré-introjecter une partie de sa personnalité enveloppée dans une émotion tolérable, semblable à une atmosphère protectrice qui favorise la découverte» [17, p. 137].

L'introduction de l'autre et de son fonctionnement psychique dans le processus même de régulation des états internes du bébé me paraît le point central du problème. Que l'affect soit, comme le dit Damasio (1999) [18], la perception des états internes du corps, n'interdit pas d'ajouter que ces états internes ont besoin, pour être régulés et pour trouver un équilibre harmonieux, de la fonction de transformation d'un objet externe doué de la capacité de rêverie définie par Bion.

Les psychanalystes ne sont pas les seuls à s'être intéressés à cette dimension relationnelle et dynamique du développement psychique. Les spécialistes de l'étude du développement précoce les ont rejoints sur ce terrain. Ils ont montré que le bébé est équipé constitutionnellement pour communiquer par voie émotionnelle avec un objet externe susceptible de contenir les états internes ainsi projetés, c'est-à-dire de les recevoir et de les transformer pour les rendre représentables et pensables. On peut citer à ce sujet les notions d'intersubjectivité primaire (C. Trevarthen, 1963 [19]) et d'intersubjectivité secondaire (Trevarthen C. et Hubble P, 1978 [20]), d'*accordage affectif* (D. Stern, 1985 [21]). Daniel Stern a magnifiquement synthétisé la plupart de ces apports en décrivant une «matrice intersubjective» au sein de laquelle l'enfant organise sa vie psychique: «... notre vie mentale est co-créée», écrit-il. «Ce dialogue continu de

co-création avec d'autres esprits est ce que j'appelle la matrice intersubjective» [22].

Sans doute, y a-t-il lieu de distinguer entre des proto-émotions, observables dès la naissance dans les mimiques du bébé, et des émotions élaborées qui sont le fruit de la rencontre avec l'objet externe contenant. De la même façon, il me semble justifier de distinguer entre des proto-affects, perceptions archaïques des états du corps, et des affects élaborés, fruits d'une transformation par la fonction contenantée intériorisée et équivalent de ce que le langage courant désigne en français par le mot *sentiment*.

Je crois rejoindre ici ce qui a été décrit par K.J. Aitken et C. Trevarthen [23] sous le nom de *formation intrinsèque de motivations* (*Intrinsic Motive Formation [IMF]*). Je les cite:

«... à partir des recherches sur l'embryologie du cerveau humain, de la neurobiologie de la motivation, et de la nombreuse littérature sur la communication mère/enfant et ses psychopathologies, nous avons récemment passé en revue les éléments étayant l'hypothèse qu'il existe un mécanisme cohérent de motivation, une formation intrinsèque de motivation (...) prête dès la naissance à s'engager, avec les émotions exprimées par les compagnons adultes, dans une guidance mutuelle du développement cérébral et des apprentissages socioculturels du bébé (...) L'IMF de l'individu, que nous considérons comme le fondement biologique de ses comportements sociaux produit ce que Bråten, dans son modèle formel du système intersubjectif, a appelé un «autre virtuel» ou un besoin organique de partenaire (...). Ce besoin se manifeste dans un ensemble d'attentes à l'égard des actes des autres, et en particulier certaines caractéristiques de leur comportement expressif et émotionnel» [24].

## Conclusion

Pour conclure, je souhaite préciser ce qu'est pour moi un traitement psychodynamique. Il s'agit de modifier le champ dynamique dans lequel l'enfant est plongé de façon à le rendre «contenant», c'est-à-dire doué d'une forme de stabilité, que l'on appelle «stabilité structurelle», qui est une stabilité de forme et non de position. L'enfant autiste veut que tout reste en l'état, que rien ne bouge, que chaque chose, voire chaque personne reste à sa place, figée comme dans le conte de la Belle au Bois Dormant. Il est régi par la stabilité simple qui veut qu'un objet reste là où il a été posé. Nous sommes régis par une autre forme de stabilité, celle qui nous permet de rassembler et de rendre cohérent nos vécus subjectifs, de les inclure dans une personnalité et dans une histoire, qui vont évoluer certes tout au long de l'existence, mais en conservant des invariants tels que nous nous trouvons toujours identiques à nous-mêmes, nous conservons la même identité sauf catastrophe mentale ou neurologique, nous avons ce que Winnicott (1965) a appelé un «sentiment continu d'exister» [25].

C'est pour acquérir ce type de stabilité, qui est une stabilité de forme et non plus de position, que l'enfant a besoin de ses partenaires adultes qui l'aident à transformer ce qui jusque là était en lui plus ou moins instable, turbulent, voire chaotique, en des formes psychiques, représentations, pensées, concepts, doués de cette forme de stabilité.

Un traitement psychodynamique n'est rien d'autre que la mise en place d'un nouveau champ dynamique qui favorise l'accès à cette stabilité structurelle là où elle n'existait pas et où régnait ce que Freud (1920) [26] avait appelé la «compulsion de répétition» qui renvoie plus à la notion de stabilité simple qu'à celle de stabilité structurelle. C'est ce que cherche à faire, modestement, le thérapeute en mettant en place un cadre adéquat et en explorant *hic et nunc* la dynamique psychique qui s'instaure entre lui et ses interlocuteurs, enfant et parents.

On le voit, il ne s'agit en aucun cas de spécifier une étiologie et d'appliquer un soi-disant «traitement étiologique», mais de proposer, sur la base d'une alliance thérapeutique avec les parents, la mise en place de ce nouveau champ relationnel parents/enfant/thérapeute(s) doué de stabilité structurelle.

#### Références

- 1 Lebovici S. Empathie et 'énactement' dans le travail du contre-transfert. *Rev. Fr. de Psychanalyse*. 1994; N° spécial congrès, 1551–61.
- 2 Varela F, Thompson E, Rosch E. L'inscription corporelle de l'esprit, sciences cognitive et expérience humaine. Paris: Seuil; 1993.
- 3 Bullinger A. Le dialogue sensorimoteur avec l'enfant: les particularités du bébé à risque autistique. In: *Les bébés à risque autistique sous la direction de P. Delion*. 2<sup>ème</sup> éd. Ramonville Saint-Agne: Erès; 2008. p. 65–77.
- 4 Bion W. Aux sources de l'expérience. Trad. fr. Robert F. Paris: PUF; 1979.
- 5 Bick E. L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. In: *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. Trad. fr. J. Pourrinet J, Pourrinet J. Larmor Plage: Editions du Hublot; 1998.
- 6 Grotstein JS. *Splitting and Projective Identification*. New York: Jason Aronson; 1981.
- 7 Freud S. Leçons d'introduction à la psychanalyse. In: *Œuvres complètes*, vol. XIV. 1<sup>er</sup> éd. Trad. fr. Bourguignon A, Delarbre JG, Hartmann D, Robert F. Paris: PUF; 2000.
- 8 Rank O. Le traumatisme de la naissance, influence de la vie prénatale sur l'évolution de la vie psychique individuelle et collective. *Etudes psychanalytiques*. Trad. fr. Jankélévitch S. Paris: Payot; 1968 (nouvelle édition).
- 9 Freud S. Inhibition, symptôme et angoisse. In: *Œuvres complètes*, vol. XVII. 1<sup>er</sup> éd. Trad. fr. Doron J, Doron R. Paris: PUF; 1992. p. 203–86.
- 10 Lacan J. Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. In: *Écrits*. Paris: Seuil; 1966. p. 93–100.
- 11 Winnicott DW. *Mirror-role of mother and family in child development*. In: Lomas P (ed.). *The Predicament of the family: A Psychoanalytical Symposium*. London: Hogarth Press; 1967.
- 12 Klein M. *Essais de psychanalyse*. Trad. fr. Derrida M. Paris: Payot; 1967.
- 13 Tustin F. *Autism and Childhood Psychosis*. London: The Hogarth Press; 1972.
- 14 Winnicott DW. Transitional objects and transitional phenomena – a study of the first not-me possession. *Int J Psycho Anal*. 1953;34:89–97.
- 15 Haag G. La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuro-psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 1985;33(2–3):107–114.
- 16 Houzel D. Les angoisses de précipitation. In: *L'aube de la vie psychique*. Paris: ESF; 2002. p. 236–47.
- 17 Pistnier de Cortiñas L. La naissance psychique de l'expérience émotionnelle. De l'équipement psychique permettant le contact avec la réalité psychique et sa compréhension. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, Vol. 29. Paris: Puf; 2001. p. 131–77.
- 18 Damasio AR. Le sentiment même de soi. Corps, émotion, conscience. Trad. fr. Larssonneur C, Tiercelin C. Paris: Odile Jacob; 1999.
- 19 Trevarthen C. Communication and cooperation in early infancy: a description of a primary intersubjectivity. In: Bullowa MM (ed.). *Before Speech: The Beginning of International Communication*. New York: Cambridge University Press; 1979.
- 20 Trevarthen C, Hubley P. Secondary intersubjectivity: confidence, confidiers and acts of meaning in the first year. In: Lock A (ed.). *Action, Gesture and Symbol*. New York: Academic Press; 1978.
- 21 Stern DN. *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Trad. fr. Lazartigues A. Paris: PUF; 1989.
- 22 Stern D. Le moment présent en psychothérapie. Un monde dans un grain de sable. Trad. fr. Garène M. Paris: Odile Jacob; 2004. p. 100.
- 23 Aitken KJ, Trevarthen C. L'organisation soi/autrui dans le développement psychologique humain. *Psy de l'Enfant*. 2003;66(2):471–520.
- 24 Aitken KJ, Trevarthen C. L'organisation soi/autrui dans le développement psychologique humain. *Psy de l'Enfant*. 2003;66(2):477–78.
- 25 Winnicott DW. *The Maturation Processes and the Facilitating environment*. London: Hogarth & Inst. Psycho-Anal; 1965.
- 26 Freud S. Au-delà du principe de plaisir. In: *Œuvres complètes*, vol. XV. Trad. fr. Altounian J, Bourguignon A, Cotet P, Rauzy A. Paris: PUF; 1996. p. 273–338.
- 27 Bick E. (1964). Notes sur l'observation de bébé dans la formation psychanalytique. In: *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. Trad. fr. J. Pourrinet J, Pourrinet J. Larmor Plage: Editions du Hublot; 1998. p. 279–94.