



Université Sorbonne Paris Nord (Villetaneuse)

École Doctorale Érasme

UFR Lettres, Sciences de l'Homme et des Sociétés

Département de Sciences Humaines et Sociales

Discipline : Psychologie

Thèse pour obtenir le grade de docteur de l'Université Sorbonne Paris Nord

« Le travail du lien dans la clinique de l'autisme et du bébé en détresse : le rôle de la présence de l'analyste »

Maria Paz Diban Giacomani

Membres du Jury :

Derek HUMPHREYS (Directeur de thèse)

Michèle BENHAÏM (Rapporteur)

Chantal LHEUREUX-DAVIDSE (Examinatrice émérite)

Malika MANSOURI (Examinatrice)

Dominique MAZEAS (Examinatrice)

Amos SQUVERER (Examineur)

Mi-Kyung YI (Rapporteur)

Date de soutenance : 24 janvier 2025.

« Le travail du lien dans la clinique de l'autisme et du bébé en détresse : le rôle de la présence de l'analyste »

Résumé : Cette recherche clinique se concentre sur les défis soulevés par la prise en charge psychanalytique d'enfants autistes sévères et de bébés en grande souffrance, dont les difficultés de lien et de langage posent des limites aux cadres de référence traditionnels. La complexité de ces situations cliniques nécessite une transformation des pratiques et des savoirs, ce qui encourage la création de nouveaux dispositifs cliniques pour aborder une souffrance qui se révèle extrême, se situant dans un registre non représentable et hors relation, qui renvoie à la question de l'archaïque. La réflexion articule quatre axes centraux qui sont au cœur de la dimension transférentielle : le lien, le corps, le rythme et la présence de l'analyste, éléments cruciaux pour la compréhension et l'accompagnement de cette détresse qui est vécue « hors psyché ». Cette thèse propose ainsi d'élargir la technique psychanalytique en y intégrant des méthodes innovantes, telles que des techniques du corps et l'utilisation d'une caméra vidéo, tout en soulignant l'importance d'un travail collectif pour penser et aborder cette clinique archaïque. S'inspirant de l'approche de Fernand Deligny pour repérer, soutenir et élaborer les éléments à peine perceptibles dans la rencontre clinique, ce dispositif technique devient un organisateur central de la rencontre dans ces situations complexes. La recherche repose sur l'analyse approfondie d'un cas inaugural, qui révèle les pistes et les événements d'une rencontre clinique inattendue avec un enfant autiste sévère. D'autres vignettes cliniques permettront ensuite de mettre à l'épreuve les hypothèses et illustrer les concepts théoriques et techniques élaborés. L'analyse des cas s'inscrit dans un travail collectif d'élaboration, garantissant ainsi la rigueur et la validité des conclusions.

Mots-clés : autisme, bébé en détresse, psychopathologie du lien précoce l'archaïque, corps sensori-moteur, pulsion, rythme, rencontre, nouveaux dispositifs cliniques, présence de l'analyste, mouvements transféro-contre-transférentiels, travail collectif.

Abstract: This clinical research focuses on the challenges posed by the psychoanalytic treatment of severely autistic children and babies in great distress, whose difficulties with relationships and language place limits on traditional frames of reference. The complexity of these clinical situations demands a transformation of practice and knowledge, encouraging the creation of new clinical systems to deal with suffering that is extreme, unrepresentable, unrelated, and that challenges the archaic. The study focuses on four central themes at the heart of the transferential dimension: the bond, the body, the rhythm and the presence of the analyst, all of which are crucial to understanding and supporting this suffering experienced 'outside the psyche'. This research proposes to broaden the psychoanalytic technique by incorporating innovative methods such as body techniques and the use of a video camera, while emphasising the importance of working together to think about and tackle this archaic clinic. Inspired by Fernand Deligny's approach of recognising, supporting and elaborating the barely perceptible elements in the clinical encounter, this technical device becomes a central organiser of the encounter in these complex situations. The research is based on an in-depth analysis of an inaugural case, which reveals the paths and events of an unexpected clinical encounter with a severely autistic child. Other clinical vignettes are then used to test our hypotheses and to illustrate the theoretical concepts and techniques developed. The analysis of the cases is part of a collective elaboration process, which guarantees the rigour and validity of the conclusions.

Key words: autism, infant in distress, bond, register of the archaic, sensory-motor body, drive, rhythm, encounter, psychoanalytic technique extension, presence of the analyst, transference-counter-transference dimension.

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction

1.1 Avant-propos.....	10
1.2 Introduction	13
1.3 Contexte de la recherche.....	29
1.4 Contexte clinique.....	39

PARTIE I. L'archaïque et le lien dans la souffrance précoce

Chapitre 1. Présentation du cas Clinique : « Willy : <i>The Wild Child</i> ».....	46
---	----

Chapitre 2. A propos de l'autisme et du bébé en détresse

2.1 L'autisme à l'égard de la psychanalyse.....	97
2.2 A propos du bébé en détresse.....	112
<i>Eva, un corps qui se brise</i>	112
2.2.1 Perspective théorique du bébé en détresse.....	116
2.3 Pourquoi parler d'autisme et bébé en détresse.....	124

Chapitre 3. Le registre de l'archaïque dans l'autisme et le bébé en détresse

3.1 Un regard sur l'archaïque à partir de la psychanalyse.....	132
3.2 L'archaïque de l'expérience utérine.....	141
<i>Eloïse</i>	148
3.3 L'archaïque et l'infantile.....	150
3.4 L'archaïque dans l'autisme et le bébé en détresse.....	156
3.5 Les particularités du lien dans la rencontre de l'archaïque.....	157

PARTIE II. Clinique de l'archaïque : Corps et rythme dans rencontre

Chapitre 1. Les enjeux du corps dans la rencontre clinique de l'archaïque.....	162
--	-----

1 <i>Eloïse. Une prise en charge du corps sensori-moteur : s'approprier un corps, intégrer une histoire</i>	164
---	-----

1.1 Une approximation du corps à partir de la métapsychologie psychanalytique.....	173
1.2 Le corps et la pulsion.....	181
1.3 Le corps sensori-moteur.....	183
1.3.1 La sensorialité á l'égard de la psychanalyse	188
1.3.1.a La sensorialité in-utero.....	190
1.3.1.b La sensorialité dès la naissance	192
1.3.1.c Intégration sensorielle et démantèlement sensoriel.....	198

1.3.2 La motricité.....	201
1.4 La pulsion, la sensorialité et la motricité dans la relation à l'autre.....	204
1.5 Le Corps en relation	208
1.5.1 Le dialogue tonique-émotionnelle.....	209
1.5.2 Schéma corporel et image du corps	212
1.5.2.a Le Schéma corporel.....	213
1.5.2.b Les images du corps.....	214
Lucas et le rituel de la ficelle.....	220
1.6 Un corps à lire : Quand le corps fait langage.....	228
Chapitre 2. Le rythme dans la constitution du lien.....	232
Bruno, un bébé turbulent.....	234
2.1 La notion de rythme à l'aune de la psychanalyse	242
2.2 Le rythme dans la constitution psychique	243
2.3 La rythmicité de la vie fœtale.....	247
2.4 Le bébé et ses rythmes.....	250
2.5 Rythmes sensoriels et pulsionnels	254
2.5.1 La sensorialité et ses rythmes.....	254
2.5.2 Y a-t-il un rythme de La pulsion ?.....	255
2.5.3 La pulsion invocante et les premiers rythmes relationnels.....	258
2.6 Le rythme et la pulsion invocante dans la rencontre clinique avec l'archaïque.....	263
2.6.1 La pulsion invocante dans la co-construction du rythme.....	265
PARTIE III : Une technique psychanalytique pour le travail du lien dans la clinique de l'archaïque	
1. Introduction.....	273
2. Tomy : Une présence insupportable	280
Chapitre 1. Les adaptations techniques dans la prise en charge de l'archaïque	
1.1 La présence de l'analyste	302
1.2 Les fonctions de la présence de l'analyste dans le travail du lien archaïque	307
1.2.1 Medium malléable	307
1.2.2 La fonction contenant.....	310
1.2.3 La fonction de traduction.....	312
1.2.4 La fonction du lien dans la continuité de l'existence.....	314
1.3 La présence du Collectif.....	316
1.4 La dimension transféro-contre-transférentielle : un espace entre.....	319
1.4.1 Le transfert : ce qui se passe à travers.....	319
1.4.1.a Le transfert dans la clinique de l'archaïque.....	321
1.4.2 Le contretransfert : ce qui se passe en réaction.....	326
1.4.3 L'entre-nous, là : un milieu du commun.....	331
1.4.4 Une constellation transférentielle : le travail du collectif.....	335

Chapitre 2. Vers la création d'un dispositif clinique.....	338
2.1 Les techniques du corps.....	339
2.2 L'outil technique : la caméra comme dispositif clinique.....	348
2.2.1 La caméra et camérer dans la tentative de F. Deligny.....	350
2.2.2 La caméra comme outil thérapeutique dans le travail du lien.....	353
2.2.2a La présence du sujet à l'instar de la caméra.....	354
2.2.2b Camera medium malléable.....	356
2.2.2c Inscription psychique : conscience et mémoire collective.....	357
2.2.2d Les vidéos comme matériel d'élaboration et d'analyse.....	359
2.2.3 La pulsion scopique et son trajet.....	360
2.3 En synthèse.....	365
 Conclusion et perspectives.....	 367
Références bibliographiques.....	377

Remerciements

Bien que consacrée à de longues heures d'écriture solitaire, cette thèse est le fruit de rencontres fortuites et de circonstances favorables qui ont suscité une réflexion clinique collective, aboutissant à la forme actuelle de cette recherche. Je tiens alors à exprimer ma gratitude envers chaque personne qui a contribué à l'élaboration de ces lignes.

J'aimerais tout d'abord remercier mon directeur de thèse, Derek Humphreys, pour son engagement, son soutien et son accompagnement tout au long de ce travail. Ses enseignements et son expérience, tant théoriques que cliniques, ont été une source d'inspiration, non seulement pour construire cette thèse, mais aussi pour la croissance et la maturité de ma pratique clinique. Je le remercie également pour son encouragement, sa patience et surtout sa présence et sa disponibilité permanentes, grâce auxquels ce travail touche à sa fin.

Je remercie les membres du jury pour l'honneur qu'ils me font en acceptant d'examiner ce travail et d'enrichir cette recherche de leur expérience clinique.

Je tiens à remercier Chantal Lheureux-Davidse, ma superviseuse clinique, qui a été d'une aide précieuse pour la compréhension de cette clinique si difficile à décrypter. Ses supervisions m'ont permis de mieux mener ma pratique clinique et de la traduire dans la rédaction de la recherche. Je remercie également Dominique Mazéas, qui a été d'une présence fondamentale dans ce parcours et une source d'inspiration pour ma pratique clinique et l'écriture de cette thèse.

J'adresse aussi mes remerciements à mes deux collègues et copines chéries, Magdalena Manriquez et Patricia Kuncar, qui m'ont écoutée et aidée à élaborer ce travail de recherche et de réflexion. Elles m'ont soutenu tout au long de ce parcours, parfois difficile à poursuivre. Un grand merci à elles pour avoir cru à mes folies et pour avoir accompli notre grand projet clinique par la création de notre institution d'accueil de la souffrance précoce.

J'adresse un remerciement sincère à ma collègue et grande copine Lisa Viterisi, qui m'a épaulé depuis le début de mon parcours en France. Elle m'a aidée à parler et écrire la langue de ce texte et m'a accompagnée et soutenue à chaque séjour à Paris.

Je remercie l'ensemble du collectif de recherche pour le partage et les réflexions qui ont enrichi et fait évoluer cette recherche.

Je tiens à remercier tout particulièrement chacun des enfants et des bébés qui m'ont été confiés pour des soins psychiques. Ils m'ont simplement tout appris, en m'encourageant par leur présence et leur souffrance, leurs modes de vivre et de se tenir, à améliorer continuellement ma pratique clinique. Je remercie aussi chacun des parents et soignants pour leur confiance inébranlable en mon travail.

Un sincère remerciement à ma famille. À mon mari et compagnon de vie, pour son soutien inconditionnel et sa patience durant ce long processus d'écriture qu'il a soutenu sans hésiter. À mes enfants, qui m'ont donné le temps et l'espace, pour eux éternels, malgré ses besoins insatiables d'être avec moi.

À mes frères et sœurs, toujours à mes côtés... surtout mon jeune frère qui m'a forcé à mûrir avec son départ, m'a accompagné et soutenu dans le silence, sans lequel je n'aurais probablement pas pu me replier pour me consacrer à l'écriture.

Enfin, mais avant tout, j'adresse mes plus sincères remerciements à ma mère et mon père qui ont toujours cru en moi et m'ont constamment encouragé à évoluer tant sur le plan professionnel que personnel.

“Nos propusimos así entender, desde la propia noción de entendimiento... El verbo entender, en su origen etimológico, proviene de oficios antiguos ligados a actividades colectivas que remiten a acciones pertenecientes al mundo del tejido, de la costura... Entender hace referencia al hilo de la urdimbre, al telar vertical... estirar las cuerdas desde adentro para tender hacia la otra persona, trenzarse con el otro... El trenzado de entrar e intentar tender, extender, pretender. Tener, contener y mantener lo tenue o la ternura. Existe una infinidad de palabras que comparten esa misma raíz “ten” y esto nos ha hecho entender que el entendimiento no es otra cosa que vincularse... El vínculo es lo que une, el que teje las gavillas y junta los fardos y el que hace de las ramillas flexible, un cesto de mimbre, un balancín o la cuna de un bebé... Los enlaces del tejido hacen del ser, ante todo, una persona inalienable, lo costuran a la tribu humana en sus ecos, espejos y referencias de existencia”

(Carlos Laredo, 2018. Los bebés, nacen poetas?)

1.1 Avant-propos

Il y a plus de vingt ans, au Chili, je faisais du bénévolat dans une institution non gouvernementale : une pouponnière pour enfants en attente d'adoption. Le processus était alors de longue durée. Les bébés devaient attendre leur nouvelle famille pendant plus d'un an.

Dans ce foyer institutionnel vivaient entre vingt et trente bébés âgés de 0 à 2 ans. La plupart d'entre eux étaient encore dans leur berceau. Je me rendais à la pouponnière tous les dimanches après-midi, jours à effectifs réduits, afin d'apporter mon soutien aux infirmières (nous comptons deux à trois infirmières pour une vingtaine de bébés). Je donnais le biberon aux bébés, je les endormais, j'apaisais ceux qui pleuraient en chantonnant des comptines. J'aimais surtout chanter. Le chant est devenu ma principale façon de les apaiser et j'ai réalisé que c'était également un moyen intuitif de me calmer moi-même. Certains bébés demandaient peu d'attention, d'autres ouvraient à peine les yeux comme s'ils étaient plongés dans un sommeil profond ; d'autres encore pleuraient sans cesse avec colère...

Un dimanche après-midi, vers la fin du mois de mars, un des bébés fut transféré à l'hôpital, au service de soins intensifs. L'institution d'adoption me sollicita pour accompagner ce nourrisson de 23 jours, hospitalisé pour un refus alimentaire qui durait depuis plusieurs jours. Ce bébé, que j'appellerai Ana, refusait de prendre le biberon. Ana ne pleurait pas, ne demandait rien et semblait ne rien attendre d'autrui. Je l'accompagnai tout au long des mois que fut maintenu son séjour à l'hôpital et lui rendis visite presque chaque jour.

Dès son arrivée à l'hôpital, Ana fut transférée en chirurgie afin de traiter une éventuelle cause organique de ce trouble alimentaire. Les médecins suspectaient une adhérence des parois abdominales et procédèrent donc à une première intervention chirurgicale. L'hypothèse fut rejetée après l'intervention et la santé d'Ana continuait de se dégrader. Elle devenait très faible et ne bougeait quasiment plus. Ses grands yeux noirs semblaient montrer une solitude profonde qui me touchait tout particulièrement.

Suite à cette intervention chirurgicale et face à l'échec de celle-ci, une sonde de gastrostomie fut posée pour alimenter Ana, qui néanmoins rejeta le lait et montra des

symptômes évidents : ballonnements et douleurs abdominales importantes. Ana pleurait sans cesse, son corps se cambrait en arrière. Elle présentait un schéma d'extension typique de l'enfant douloureux. On ne savait pas si les symptômes étaient dus à une intolérance au lait ou à l'utilisation de la sonde, mais il me semble que la cause n'ait même pas été explorée.

Vers l'âge de 5 mois, Ana essaya d'arracher sa sonde et ses mains furent alors attachées au berceau. Plusieurs interventions chirurgicales se succédèrent, en vain. Puis, à l'âge de 6 mois, son état se dégradait et suite à une péritonite son cas devint très critique. Cette péritonite fut causée par une nouvelle perforation de la paroi abdominale après une mauvaise manipulation de la sonde gastrique : la perforation se produisit lorsque Ana arracha sa sonde et que le responsable tenta de la réinsérer dans le trou déjà percé, mais perfora l'estomac au lieu de la réinsérer correctement. Ana fut transférée pendant plusieurs semaines dans une unité de soins intensifs, car elle ne pouvait plus respirer par elle-même. Le diagnostic des médecins fut sans appel : elle ne pourrait jamais manger ou marcher seule et la microcéphalie dont elle était atteinte engendrerait d'importants troubles cognitifs. Elle était condamnée à vivre dans un état « végétatif », dans une chaise roulante.

Âgée de 7 mois, elle avait déjà subi cinq chirurgies, sans succès. Son corps paraissait alors réduit à un objet d'expérimentations médicales. Ni sa vie psychique, ni son vécu émotionnel ne semblaient être pris en compte. Il n'y avait personne à la place de cet autre maternel pour calmer l'excès d'excitation auquel elle était exposée. Aucune parole ne lui était adressée pour accompagner sa souffrance, ce qu'elle traversait face aux différentes interventions subies et aux effets insoupçonnés de cet environnement hospitalier. *Que pouvait-elle ressentir qui l'amena à ce refus radical d'être nourrie ?*

L'adoption d'Ana semblait s'éloigner un peu plus chaque jour. *Qui voudrait d'un bébé douloureux ? Qui souhaitait adopter un bébé malade, un bébé au futur incertain ?*

À sa sortie de l'hôpital, Ana avait déjà 10 mois et sa santé restait très fragile. Encore alimentée par sonde gastrique, elle souffrait toujours d'une intolérance sévère au lait, ce qui se traduisait par un gonflement de son ventre et une forte douleur se manifestant par une crispation de son corps et par une cambrure du dos. Ana finit par trouver refuge dans une

famille d'accueil où une infirmière disponible en permanence lui apportait les soins nécessaires. Un lien fort se tissait jour après jour entre le bébé et la famille d'accueil. Celle-ci demanda la garde légale d'Ana et démarra le processus d'adoption. Une fois l'adoption officialisée, Ana commença, à 18 mois, à se nourrir par elle-même, la première fois avec un petit morceau de chocolat qu'elle avait trouvé sur une table et qu'elle mit dans sa bouche «sans crier gare ».

Après avoir accompagné Ana pendant son séjour à l'hôpital, j'ai continué son suivi dans sa famille d'accueil, puis adoptive. J'ai maintenu avec elle un lien significatif pendant ses 23 ans de vie, jusqu'à aujourd'hui. Ce lien est fondé sur une relation d'amitié, car je suis devenue très proche de sa famille en participant à leur vie quotidienne.

Actuellement, Ana est une jeune fille extrêmement timide présentant des signes évidents d'autisme et d'isolement, mais elle ne souffre d'aucune pathologie neurologique ; surtout, elle mange. Elle suit des études de design en dernière année de faculté, et, malgré ses difficultés évidentes, Ana mène une vie autonome. Elle parvient à entrer en relation avec les autres, au prix d'efforts certes, mais vit une vie d'étudiante ordinaire.

Les toutes premières rencontres avec ces bébés en souffrance ont été déterminantes dès le début de mon parcours professionnel. Ces moments furent marqués par le sentiment d'impuissance face à leur souffrance : je ne pouvais qu'être là, à les accompagner de ma présence, dénuée de toute références théoriques sur lesquelles m'appuyer pour « traiter » ces expériences catastrophiques. C'est le désir de les accompagner autrement qui a guidé ma démarche professionnelle, à la recherche de savoirs et de « solutions ». Cela m'a amenée à travailler dans la clinique de l'autisme pendant plusieurs années et à me pencher ensuite sur le travail clinique avec des bébés en détresse. C'est ainsi que cette recherche est née, comme une tentative de trouver des références qui me permettraient d'acquérir un « savoir-faire » capable de transformer cette souffrance sans nom en une expérience partageable, et donc élaborable et intégrable.

1.2 Introduction

« La théorie, c'est quand on sait tout et que rien ne fonctionne. La pratique, c'est quand tout fonctionne et que personne ne sait pourquoi. »

Albert Einstein

Cette recherche est une réflexion clinique sur notre parcours psychanalytique auprès d'enfants autistes sévères et de bébés en grande souffrance, qui, en raison de difficultés à établir des liens et de l'absence de langage comme recours représentatif, poussent dans leurs limites nos pratiques cliniques et les cadres conventionnels, bousculant nos fondements professionnels. Confrontés à une clinique précoce qui dévoile une souffrance extrême et sans nom, nous nous sommes trouvés dépourvus des références théoriques, des techniques et d'un « savoir-faire » pour accueillir et accompagner une telle détresse, tant pour *l'infans* que pour nous-mêmes dans notre position de cliniciens. Cette souffrance, par son intensité, nous a menés tout d'abord à transformer de manière intuitive nos pratiques, en réponse à ces situations, puis à créer un dispositif clinique permettant d'aborder leur complexité.

Notre propos n'est pas ici d'associer la complexité des situations à une manifestation psychopathologique, mais plutôt de retracer notre expérience clinique face à l'incontournable et à la difficulté de comprendre et d'affronter cette souffrance souvent insaisissable. Cela nous a conduits à rechercher les contours d'une forme capable de repérer les instants et les gestes qui rendent possible la rencontre clinique, ainsi que de reconnaître la capacité figurative de certains moments de partage émotionnel qui émergent dans et à partir de la dimension transféro-contre-transférentielle.

Dans ce cadre, notre approche porte sur la singularité de l'expérience clinique dans des situations de souffrance extrême, expérience qui se situe surtout par rapport à la

condition humaine, marquée par ce qui se passe et ce qui arrive dans la rencontre¹. Cette approche permet de tracer ce qui fait repère et ce qui favorise l'émergence de la rencontre.

Dans cette clinique du primaire et du précaire, ces petits *sujets en devenir* nous défient chaque jour, même après presque vingt ans de pratique clinique, à chercher et à créer des moyens de comprendre leurs expériences, leurs souffrances, leurs manifestations sensori-motrices, le chaos de leurs angoisses et de leur désorganisation. Et surtout, ils nous engagent à chercher des possibilités d'entrer en relation avec eux à partir de leurs propres «codes» et de leurs propres rythmes, de leurs manières singulières d'être et de vivre.

Par ailleurs, il est important de préciser que lorsque nous parlons du sujet en devenir, nous considérons l'être humain, dès le début de sa vie, comme un sujet dans un processus constitutif, soumis à un héritage phylogénétique et ontogénétique, immergé dans la culture et le langage, qu'il soit parlant ou non. C'est-à-dire que, même face à la désorganisation des enfants que nous accueillons au sein de notre clinique et dont les manifestations chaotiques révèlent des vécus « hors psyché », nous pouvons supposer « un sujet à part entière »².

En partant des apprentissages et des pistes que nous avons trouvés au cours de notre expérience clinique sur les mécanismes en jeu dans l'autisme et chez les bébés en souffrance, nous proposons d'articuler différentes perspectives, principalement psychanalytiques mais pas exclusivement, qui ont inspiré notre parcours et notre réflexion. Ce travail d'élaboration théorico-clinique vise à rendre visibles les liens qui rassemblent les différentes notions, techniques et approches qui nous ont permis de soutenir et de penser les enjeux cliniques d'une souffrance informe, où la psychanalyse se situe davantage comme une position éthique plutôt qu'ontologique. Considérant la psychanalyse comme une technique qui se renouvelle pour comprendre et traiter les phénomènes psychiques de la souffrance contemporaine en s'adaptant aux nouvelles formes de production des sujets³, elle nous permet d'actualiser et

¹ Ledoux, M. (2023) *Ce qui se passe. Métapsychologie de la psychothérapie institutionnelle*. Paris, Editions Jérôme Million.

² Dolto, F. (1985). *La cause des enfants*. Paris, Robert Laffont.

³ Humphreys, D. (2023). *En Rue: Trajectoires psychiques et dispositifs cliniques de l'exclusion*. Paris, Ithaque.

d'adapter le savoir et la pratique aux besoins et aux manifestations de nos patients dans une relation dialectique avec ce qui émerge (ou n'émerge pas) de la rencontre clinique.

Pour envisager cette souffrance, nous allons nous pencher sur deux notions centrales qui, bien que développées en profondeur dans les premiers chapitres de cette recherche, traversent tout notre travail clinique et théorique. Il s'agit de la notion de bébé en détresse et du registre de l'archaïque, compris comme ce qui reste hors représentation, non inscrit dans le langage ni dans la relation.

Le bébé en détresse figure l'état d'impuissance d'un être humain qui ne lui permet pas de représenter ni d'intégrer une expérience douloureuse, laquelle ne parvient pas à se transformer en traces psychiques. Cette notion nous permet d'inclure l'autisme et le bébé en souffrance, car dans les deux cas, nous trouvons à l'origine un clivage dans un état de désarroi qui ne peut être ni adressé à l'autre, ni intégré dans l'expérience, ce qui empêche son inscription et son élaboration psychique. Cela renvoie à des mécanismes et à des mouvements corpro-psychiques similaires, ce qui n'implique nullement que ces bébés deviendront plus tard des enfants autistes. Pourtant, ils ont pour caractéristiques communes une utilisation excessive et désorganisée de la sensorialité et de la motricité, un ratage du circuit pulsionnel et surtout une violence qui se produit par la désintringation de l'affect, qui dérive en une décharge massive sur le corps ou, au contraire, en un repli radical sur soi. Leur dénominateur commun révèle ainsi leur grande difficulté à accéder à la relation avec l'autre primordial et à la reconnaissance de l'altérité, ce qui entrave l'émergence du sentiment d'exister.

Dans le cas de l'autisme, cette non-inscription dans le champ de l'autre et de l'Autre semble trouver sa limite du côté de l'*infans*, dans sa propre difficulté à reconnaître l'altérité, à se laisser contenir et assurer par l'autre primordial qui est bien présent et initialement disponible. Au contraire, dans le cas des bébés que nous accueillons, ceux qui ont la particularité d'être abandonnés dès la naissance, cette difficulté se trouve du côté de l'autre, face à l'absence réelle d'un autre primordial occupant la position maternelle de contenance, mais aussi de l'Autre, dans un système qui peine à les soutenir. Malgré cette grande différence

à l'origine de leur souffrance, tant dans l'autisme que pour le bébé en souffrance, nous pouvons supposer un « bébé en détresse », c'est-à-dire dans une position de « *Hilflosigkeit* »⁴ qui n'évolue pas.

Intégrer ces deux types de souffrance de manière opérationnelle résulte de notre manière de penser le sujet et d'accueillir sa souffrance, car nous considérons le symptôme et les manifestations de l'enfant dans une perspective sémiologique, c'est-à-dire comme un signe dont il faut découvrir la signification et la position du sujet sur laquelle il se fonde.

À cet égard, la clinique précoce du bébé en détresse, par ses enjeux sensoriels et pulsionnels, par le manque d'organisation corporo-psychique et par le défaut d'inscription de l'expérience et du lien à l'autre et à l'Autre, nous confronte à un temps et à un registre psychique encore non intégrés, dimension de l'insaisissable, qui laisse des traces dont on ne peut voir que les contours. Pour parvenir à penser et comprendre cet état qui semble en panne, la notion d'archaïque s'avère fondamentale, puisqu'elle rend compte de ce qui est en jeu durant les premiers temps de la vie de l'être humain, ainsi que du préalable à l'organisation psychique. Le registre de l'archaïque se situe ainsi au cœur de notre clinique et de notre recherche, ce qui articule et ce sur quoi se basent notre réflexion et notre *praxis*. L'archaïque suggère une dimension du vivant, des intensités informes caractérisées par une non-organisation et souvent un chaos de l'expérience sensorielle dans un univers pré-verbal et pré-symbolique. Elle signale un temps paradoxalement a-temporel, constituant le noyau des expériences non inscrites qui, au lieu de s'articuler à la vie psychique, restent dans une mémoire du corps qui s'actualise en permanence. L'archaïque est donc antérieur à l'organisation du corps et du psychisme, ce qui renvoie au processus primitif de « non-intégration »⁵ psychique. C'est le territoire de l'informe et de l'inconnu, où le corps semble être le principal recours pour exprimer l'expérience, à partir de ses manifestations et de ses gestes. Nous retiendrons donc cette notion pour désigner ce qui correspond à la fois à la

⁴ Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Dans *Œuvres Complètes*, XVII (J. Laplanche, Trans.). Paris, PUF, 1990.

⁵ Winnicott, D. W. (1988). *La Nature humaine*. (B. Weil, Trans.). Paris, Gallimard, 1990.

dimension de l'autisme et à celle du bébé en détresse, que nous appellerons dans son ensemble la clinique de l'archaïque.

Pour appréhender cette clinique, notre recherche souligne l'importance de quatre axes qui se sont révélés essentiels, tant pour la compréhension des « modes de vivre » des enfants que pour orienter notre travail clinique et en assurer des effets de transformation. Ces axes renvoient notamment à la question du lien, du corps, du rythme et de la présence de l'analyste, dont l'articulation favorise les possibilités de relation avec l'enfant. Car l'archaïque évoque la présence et le corps, où le rythme les relie dans les mouvements transférentiels qui permettent d'envisager le début d'un lien à l'autre ainsi qu'une reconnaissance de l'altérité.

Afin de saisir les particularités du lien dans la rencontre au sein de l'archaïque, nous approfondirons notre réflexion sur le corps, en nous intéressant à sa configuration, à sa place et à ses manifestations, dans une approche qui intègre pulsion, affect, sensorialité et motricité.

Le corps se situe alors au carrefour de la rencontre clinique, constituant le lieu où s'installe et se manifeste le traumatisme du sujet. Dans sa relation à et son rejet de l'autre, dans ses gestes et ses mouvements chaotiques, ce corps se dévoile dans la scène, un corps morcelé, démis du discours et coupé de la chaîne signifiante. C'est un corps qui s'avère parfois illisible et le plus souvent illégitime. À travers ses manifestations encore précaires et informes, le corps apparaît comme le recours privilégié pour repérer, traduire, accueillir et traiter la souffrance qui fait excès pour l'*infans*. Dès lors, le travail sur le corps permet de mettre en place un processus de contention et de pré-élaboration psychique, d'accéder à un niveau d'expérience qui n'est pas réductible en termes de contenus psychiques, mais qui facilite les premières inscriptions des traces psychiques et permet l'ouverture d'un champ dans lequel la rencontre devient possible. Un corps qui va au-delà du corps de la science et des organes, pour nous mettre à l'écoute d'un corps qui fait langage quand la parole fait défaut. Le corps devient ainsi *un corps à lire*, en prenant le relais du discours.

Pour ce qui est du corps dans la rencontre, notons que le rythme revêt une importance cruciale. Il renvoie à ce qui est vivant, à ce qui donne continuité, tonalité et singularité à chaque mouvement. Il délimite la cadence qui se tisse entre les mouvements du corps et ceux de la pensée, ainsi qu'entre les mouvements d'un corps lors d'une rencontre avec un autre corps.

Le rythme est à la fois une structure et une dynamique qui modèlent la perception du temps et de l'espace, qui articulent la répétition et l'improvisation, et permettent ainsi l'organisation de la vie, du corps, de la pensée et des relations. Dès le début de la vie et même dès la vie intra-utérine, le rythme se révèle être un organisateur de la rencontre. Cette organisation repose sur un ajustement réciproque des rythmes du bébé et de sa mère, permettant la création d'un rythme partagé et sécurisant, qui sert de support à la relation. En ce sens, nous pouvons considérer le rythme comme une articulation entre ce qui est singulier à chaque sujet et ce qui s'inscrit dans une séquence de rythmes partagés qui correspondent à la dimension de la relation à l'autre et à l'Autre. La permanence du lien s'inscrit et peut ainsi être symbolisée, posant les premières bases de la vie psychique sur un rideau de continuité dont émerge le sentiment d'exister⁶.

Or, pour l'enfant autiste et le bébé en souffrance, ce rythme sécurisant n'émerge pas et l'établissement d'un rythme commun d'ajustement réciproque échoue. De ce fait, le travail clinique à partir du rythme, en considérant un ajustement rythmique avec le petit sujet, ouvre la possibilité d'une « synchronie affective »⁷, une résonance avec l'*infans* à partir de laquelle l'expérience d'un rythme partagé devient envisageable. Cela favorise la rencontre de l'autre et la reconnaissance de l'altérité, dans un subtil mouvement d'accrochage affectif qui permet de rétablir le sentiment de continuité d'exister. En raison de l'importance cruciale que nous accordons au corps et au rythme dans la rencontre clinique, nous consacrerons la deuxième partie de cette thèse à les aborder en détail.

⁶ Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (J. Kalmannovitch, Trans.). Paris, Payot, 1989.

⁷ Stern, D. (1989). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. London, Basic Books.

Dans ce cadre, le travail du lien dans le registre de l'archaïque représente un défi clinique et théorique majeur, situé au-delà de la représentation, où le langage n'opère pas dans son articulation comme discours. Le sujet de l'inconscient ne s'organise ni ne se manifeste de manière habituelle et le travail analytique classique, suivant la doctrine de Freud et de ses successeurs, ne nous permet pas de prendre en charge la souffrance de nos patients. Cela ne concerne pas seulement le langage qui manque dans sa forme verbale et historique, mais aussi le corps qui ne semble pas être unifié, exposant ainsi sa discontinuité permanente, sa fragmentation et ses points de fuite. Il s'agit d'une clinique des grandes intensités, tant dans ses manifestations que dans ses effets, pour *l'infans* comme pour l'analyste. Cela entraîne des difficultés techniques liées au travail de représentation psychique et à la dimension transférentielle. Il en résulte la nécessité d'élaborer d'un point de vue analytique ce qui émerge sur la scène clinique mais qui se situe souvent à la limite de l'analysable. Commence ainsi un parcours clinique dans une tentative de faire face, d'esquisser et de comprendre ce que peut signifier cette organisation corporo-psychique très primitive, préalable au langage, qui soulève la nécessité d'élargir la technique de la pratique psychanalytique et nous conduit à la création d'un dispositif clinique.

C'est pourquoi nous consacrons la troisième partie de cette recherche à une exploration approfondie de la technique psychanalytique au sein de l'archaïque, en relation avec les spécificités du lien et de la rencontre dans ce registre. Nous proposons ainsi une réflexion autour de notre travail d'« élargissement de la technique de la psychanalyse »⁸ à de nouveaux modes d'écoute et de prise en charge de la détresse précoce. Cela nous amène à étendre notre position d'analyste à d'autres formes de présence et de construction d'un lien transférentiel, visant à créer un « savoir-faire » qui se construit dans le *faire ensemble* avec l'enfant et qui, tout en s'inspirant de la psychanalyse, inclut d'autres perspectives. Dans cette optique, cette recherche propose une modélisation de la pratique clinique qui répond à un double défi : accueillir et élaborer la souffrance de l'archaïque tout en restant dans une démarche analytique.

⁸ Ferenczi, S. (1928a). *Élasticité de la technique psychanalytique*. Dans *Psychanalyse IV*. (Sabourin, P. J. Dupont, et al. Trads.) Paris : Payot, 1982.

Tout d'abord, notre démarche confère une importance majeure à la présence de l'analyste. Cette présence constitue l'axe central qui facilite l'ouverture de la rencontre, laquelle requiert une grande flexibilité pour s'adapter aux rythmes et aux manifestations de l'*infans*. La figure de l'analyste est fortement sollicitée selon des modalités très archaïques, où sa présence quitte la position de neutralité pour devenir une *présence en corps*, qui se met en scène comme un support matériel mais malléable, capable d'entrer en résonance avec les affects désorganisés de l'enfant pour les accueillir et les métaboliser. La présence de l'analyste se situe ainsi dans des registres plutôt sensoriels, ce qui exige de lui une certaine capacité de créativité et de versatilité pour s'adapter aux flux rythmiques de l'enfant ainsi qu'à ses ruptures, en devenant lui-même un « médium malléable »⁹ à partir duquel une forme pourrait naître par l'action et l'interaction, pour produire des effets psychiques chez l'*infans*. Cette malléabilité est alors liée à la pluralité des modes que la présence de l'analyste acquiert dans cette clinique : présence par le rythme, présence par le corps, présence par sa voix et par son silence¹⁰. La présence devient ainsi une « présence proche »¹¹, qui permet de « sentir avec »¹² le vécu traumatique du petit sujet afin d'atteindre une possibilité de transformation. On peut définir cette forme de présence comme la capacité de l'analyste à « être-là », attentif et réceptif aux mouvements inconscients du patient, à se laisser affecter et à comprendre ses manifestations, souvent dépourvues de sens. La notion d'« être-là », inspirée par Fernand Deligny, renvoie à une manière d'être présent auprès des enfants, sans imposer un langage ou des cadres normatifs, mais plutôt en partageant leur espace et leurs formes de vivre. Cette présence se caractérise par une attention aux gestes, aux silences et à l'espace partagé, où le sens n'est pas imposé mais émerge progressivement à partir de la rencontre. Il s'agit d'une position d'accueil où prédomine une présence attentive et un respect de la singularité de l'autre, une coexistence dans le vacillement des présences, pour ne rien saisir, ne rien imposer, mais laisser venir, sans chercher à interpréter ou à intervenir

⁹ Milner, M. (1955). « Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole » Dans *Revue Française de Psychanalyse*, N°5-6. 1979.

¹⁰ Mazéas, D. (2017). « Enclaves autistiques et ajustement contre-transférentiel ». *Le Coq-héron*, 2017/2 N° 229. pp. 91-100.

¹¹ Deligny, F. (1975). *Les Cahiers de l'immuable*. Dans *Œuvres*. Paris, Éditions de l'Arachnéen, 2007.

¹² *Op. Cit.* Ferenczi, S. (1928a).

de manière intrusive¹³. Cela se révèle essentiel pour le travail clinique du lien et permet de créer des effets d'accordage et de synchronie affectifs avec les ressentis de l'enfant, en favorisant la rencontre. Il s'agit alors de créer des conditions qui facilitent le lien à l'autre, afin de cohabiter un espace commun avec le petit sujet.

Toutefois, la seule présence de l'analyste ne suffit pas. L'effacement du réel de ce type de clinique nécessite la création d'un autre temps et d'un autre lieu pour l'élaborer, et cela se fait nécessairement avec d'autres, de manière décalée¹⁴. Il faut alors un travail collectif qui permette de prendre de la distance par rapport à l'expérience « brute » qui ressort des séances, afin de pouvoir penser les effets transférentiels et de leur donner une place dans le discours. Car l'archaïque, par ses conditions, requiert un dispositif et un travail collectif, capables de soutenir et d'élaborer ce qui se passe dans la rencontre et qui touche les ombres de la vie psychique. Ce point nous semble fondamental dans cette clinique qui nous confronte souvent à une position d'impuissance difficile à soutenir, qui entraîne une impression d'abandon et d'isolement face au manque d'appui institutionnel et de références dans le langage pour penser et représenter nos expériences.

En ce qui concerne la dimension transféro-contre-transférentielle, nous nous autorisons, à partir des analyses de notre clinique, à proposer un déplacement de l'inconscient du primat du discours vers une forme de transfert qui se centre sur des éléments sensibles de la relation thérapeutique, basée sur la rencontre sensorielle, comme un préalable à la mise en scène du transfert. Le transfert et le contre-transfert vont alors se situer sur les manifestations et les effets du corps comme vecteurs de sens et d'élaboration psychique, en les considérant comme des expressions de l'inconscient qui se déploient dans et à partir de la dimension transférentielle. Par conséquent, la dimension transférentielle se déploie à partir de *ce qui se passe entre* l'enfant et l'analyste, où se tressent les fils fins qui tissent le travail du lien. C'est un *espace-entre*, espace de possibilités où des choses émergent, passent, se font et se défont, se construisent et se déconstruisent en

¹³ Deligny, F. (1979). *Les vagabonds efficaces*. Paris, Galilée.

¹⁴ *Op. Cit.* Humphreys, D. (2023).

permanence¹⁵. Cet espace fait milieu commun et vise la création d'un domaine intermédiaire, qui n'appartient ni à l'un ni à l'autre, et qui instaure quelque chose du semblable, permettant l'émergence d'une rencontre authentique.

Enfin, nous mentionnerons la mise en place de notre dispositif technique singulier, notamment en ce qui concerne les techniques du corps, principalement en référence au *holding* et au *handling* proposés par Winnicott¹⁶, mais aussi la mise en scène de la caméra vidéo et l'acte de « camérer » proposés par F. Deligny¹⁷, comme outil thérapeutique. La caméra vient à la place d'un objet intermédiaire qui permet de soutenir et de tracer ce qui se passe lors de la rencontre, tant dans les séances qu'en dehors d'elles, dans la vie quotidienne des enfants. Il s'agit d'un support matériel qui fait repère à partir d'un code en images, au lieu de la symbolisation par des mots, nous permettant de saisir ce qui s'esquisse dans la rencontre entre ce nous-là. Nous emprunterons le verbe « camérer » de Deligny pour mettre en place une autre manière de faire, où camérer est à la fois une action et une esquivé, un mode d'intervention sans confrontation¹⁸.

Or, la création et la mise en œuvre de ce dispositif technique s'inscrivent dans un processus d'élaboration collective, où l'articulation d'un ensemble de « points de voir »¹⁹ et de perspectives se matérialise par la création d'un collectif au Chili et par sa formalisation comme une institution d'accueil où se déroule la pratique clinique mentionnée tout au long de cette réflexion. Le collectif est un mode de pensée politique en raison de sa capacité à créer des liens sociaux et à structurer une société autre que l'institution fermée dans une logique de normalisation déterminée par un ensemble de normes et de règles préétablies. C'est donc à partir de cette recherche qu'est née *BeMind*²⁰, une institution non gouvernementale et à but non lucrative dont la politique d'accueil repose sur une

¹⁵ Deleuze, G. Guattari, F. (1980). *Mille Plateaux*. Paris, Ed. de Minuit.

¹⁶ Winnicott, D. W. (1960). *La théorie de la relation parent-enfant*. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 239-254). Paris, Payot, 1969.

¹⁷ Deligny, F. (1977). *Camérer*. Trafic, 53, 2005.

¹⁸ Perret, C. (2018). « À propos d'un « geste nôtre ». La caméra dans la tentative de Fernand Deligny ». Dans Blümlinger C. et Lavin M. (dir.), *Geste filmé, gestes filmiques*. Paris, Mimesis.

¹⁹ Deligny, F. (1979). *Les détours de l'agir ou le moindre geste*. Dans *Œuvres*. Paris, L'Arachnéen, 2007.

²⁰ www.bemind.cl

compréhension profonde du lien comme condition essentielle pour le devenir sujet et où le lien est à la fois le moyen et l'espace où la souffrance peut être identifiée, hébergée et transformée *dans et à partir de la relation*, pour faire traces et s'inscrire psychiquement. Le travail du lien représente alors non seulement la relation à l'autre, mais aussi un rapport fondamental à l'Autre, compris comme l'ordre symbolique dans lequel l'individu est inséré dès avant sa naissance, qui façonne l'existence et la subjectivité, ainsi que les mouvements de la pulsion et du désir. Nous mettons l'accent sur la capacité des collectifs humains à créer et recréer l'institution, en favorisant une dynamique complexe qui considère à la fois des éléments individuels et intersubjectifs, nous permettant d'envisager de nouvelles formes, plus ou moins figurables, d'organisation du lien social²¹.

C'est dans ce sens que nous employons le « nous » dans l'écriture de cette thèse, comme une manière de concevoir un travail de pensée et de pratique collective qui fait dispositif lorsque l'on se trouve confronté à la difficulté de cette démarche clinique qui ne peut être réalisée de manière solitaire. Ce « nous » comprend l'équipe interdisciplinaire de cliniciens et thérapeutes qui travaillent à l'accompagnement de l'enfant et de sa famille à *BeMind*, le collectif de recherche en France qui réfléchit à la pratique clinique et aux nouvelles formes d'écoute, et le travail de supervision qui permet l'analyse des mouvements transférentiels.

Notre intention concernant cette adaptation de la technique clinique est d'accueillir et d'accompagner ces enfants autistes sévères et ces bébés en situation traumatique, qui semblent exclus du système social et éloignés de la relation. Il en résulte une souffrance sans nom qui nous a conduits à relever le défi d'inventer de nouveaux dispositifs cliniques, afin de trouver des repères pour sortir du « dés-humain »²², c'est-à-dire de la difficulté à faire l'expérience du semblable face au chaos des expériences de l'archaïque qui caractérise la souffrance que nous rencontrons dans notre travail de cliniciens. Dans cet esprit, l'analyse vise à créer des conditions souples et singulières pour établir des liens fiables entre le petit sujet et l'analyste, par sa présence en tant qu'un autre réel et malléable, un semblable

²¹ *Op. Cit.* Humphreys, D. (2023).

²² Fedida, P. (2007). *Humain/Deshumain*. Paris, PUF.

capable d'accueillir et de reconnaître la souffrance liée au vécu traumatique, la rendant ainsi partageable, imaginable et donc représentable²³.

La problématique de cette thèse réside dans la complexité inhérente à la clinique de l'autisme et du bébé en détresse au sein du domaine de la psychanalyse. Celle-ci se caractérise par la nécessité de transcender les limites du langage et de la technique conventionnelle, ce qui pose des difficultés en termes de pratique, de compréhension des mécanismes psychiques, ainsi que dans le processus de lien, d'inscription et de représentation de la souffrance dans le registre de l'archaïque. Dès lors, cette recherche se focalise sur les défis de créer un lien significatif avec nos jeunes patients en retrait relationnel, se situant au-delà du sujet de l'inconscient et du discours. Cette thèse vise à créer d'autres manières d'entrer en relation avec ces enfants par des moyens alternatifs à la parole, où le corps est envisagé comme vecteur de sens et mode d'écoute clinique. Dans ce cadre, le rôle de la présence de l'analyste est mis en avant, ainsi que les différentes manières dont cette présence peut se manifester dans le processus analytique, afin de favoriser l'émergence d'une rencontre authentique, normalement inattendue, capable d'ouvrir des voies pour le travail du lien dans le registre de l'archaïque.

La question qui se pose alors est de savoir si la présence de l'analyste s'adaptant aux enjeux du corps du patient et à ses rythmes, peut être considérée comme un médium malléable²⁴ capable de donner une forme d'organisation corporo-psychique à l'expérience chaotique et à l'intensité de la souffrance de l'enfant.

À la base de cette problématique, nous soutenons l'hypothèse que la constitution de la vie psychique trouve ses fondements dans la relation à l'autre primordial, souvent représentée par la figure maternelle. Par ses soins, par sa capacité à contenir et à s'ajuster au rythme du bébé, celle-ci transmet les premières modes de relation à l'autre et à l'Autre, ainsi

²³ Humphreys, D., Diban, M. (2023). « La ritournelle de la rencontre : présence et fantasmatisation de l'analyste dans la clinique de l'informe ». *Enfances & Psy*, 98, 53-63.

²⁴ Milner, M. (1955). « Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole ». *Revue Française de Psychanalyse*, N°5-6, 1979.

que la reconnaissance de soi-même, éléments essentiels pour devenir sujet. Cette relation se fonde sur la position originaire de *Hilflosigkeit* de l'être humain et donc sur l'importance de l'autre primordial à la place du *Nebenmensch*²⁵, c'est-à-dire dans sa fonction de traiter et de contenir l'excès d'intensité de l'affect que le bébé ne peut pas intégrer ni élaborer par lui-même. Pour que cette fonction soit possible, nous faisons l'hypothèse qu'un ajustement rythmique entre le corps du bébé et celui de la mère s'avère indispensable, ce qui nécessite d'une synchronisation affective et une reconnaissance mutuelle, dans le cadre d'une relation suffisamment continue et sécurisée, qui permettra d'établir la continuité du sentiment d'exister.

Cependant, dans le cas de l'autisme et du bébé en souffrance, cette fonction semble défaillante, de sorte que la détresse initiale paraît se figer dans un état archaïque qui n'évolue pas vers des modes d'organisation plus complexes. Cela révèle des conséquences sur la constitution psychique, comme en témoignent l'intensité de la souffrance et la désorganisation des expériences que nous constatons dans la clinique. En conséquence, notre hypothèse se centre sur l'importance du travail du lien pour accueillir et aborder la clinique de la souffrance archaïque, afin qu'elle puisse s'adresser à un autre, se transformer en trace psychique, puis s'inscrire. À ce propos, l'aménagement du cadre et de la pratique clinique se révèle indispensable et la présence de l'analyste pourrait devenir un vecteur du lien, permettant à l'enfant non seulement de se reconnaître et d'habiter son corps, mais aussi de reconnaître l'altérité et de constituer un sentiment de continuité de son existence.

Pour entreprendre cette recherche, à partir de ces problématiques et hypothèses, quelques questions centrales guident notre travail clinique et notre réflexion :

Quel est le rôle de la présence de l'analyste dans le travail du lien ? Peut-elle devenir un médium malléable grâce à son adaptabilité aux flux rythmiques, sensoriels et pulsionnels du patient ? Comment la synchronie d'un rythme affectif partagé avec le petit patient peut-elle faciliter l'accès à la relation à l'autre ? Quelle est la place du collectif dans cette

²⁵ Freud, S. (1895). *Esquisse d'une psychologie scientifique*. Dans *La naissance de la psychanalyse* (1887-1902). (J. Laplanche, Trans.). Paris, PUF, 1956.

démarche ? Enfin, en l'absence de langage verbal : comment aborder la souffrance psychique précoce à travers le corps dans ses registres sensoriel et pulsionnel ? Comment le corps entretient-il en jeu pour éveiller le désir d'entrer en relation ? Quelles conditions ou caractéristiques doit présenter le travail clinique pour servir de moyen à la création du lien ?

Comme nous l'avons mentionné au début, notre recherche est une réflexion clinique portée à la théorie, où la rencontre clinique est notre boussole, ce qui guide et oriente nos interventions et nos constructions théoriques. Pour envisager les questions et les postulats de cette recherche, nous proposons une méthodologie qualitative qui se base sur l'analyse de cas clinique, d'où découle l'articulation théorico-clinique. Ce choix méthodologique se justifie par sa capacité à fournir une compréhension profonde et détaillée des phénomènes corporo-psychiques intra et intersubjectifs qui émergent dans le processus analytique. Cela nous permet d'explorer la singularité et la complexité des expériences de l'enfant et d'approcher les dynamiques inconscientes à la base de sa souffrance. L'un des aspects fondamentaux de cette méthodologie est qu'à travers l'analyse de cas, nous pouvons aborder les dimensions transférentielles et contre-transférentielles qui constituent le fondement de la pratique de la psychanalyse et contribuent de manière significative à la compréhension théorique et pratique de l'expérience de nos patients. L'analyse de cas clinique est en effet le point central de la construction de la métapsychologie de la psychanalyse, à partir de laquelle S. Freud a basé ses hypothèses, ses théories et sa technique psychanalytique, lui permettant ainsi de découvrir les dynamiques de l'inconscient et les structures de la vie psychique.

Bien que cette méthodologie permette une compréhension riche et détaillée des phénomènes psychiques, elle comporte toutefois certaines limites inhérentes telles que la subjectivité du chercheur, le manque de généralisation des résultats et la complexité des dilemmes éthiques et contextuels. De fait, afin d'assurer la crédibilité et la validité de cette étude, et diminuer l'impact possible de la subjectivité de l'analyste, l'analyse de cas et de vignettes cliniques comprend l'élaboration et la réflexion au sein de l'équipe interdisciplinaire qui travaille autour de l'enfant, ainsi que l'analyse des cas dans le travail collectif de recherche

et en supervision clinique. À ce propos, nous utiliserons la première personne du pluriel pour transmettre notre travail collectif d'élaboration et la première personne du singulier quand nous nous référerons à la voix de l'analyste qui raconte le cas ou une vignette clinique.

Par ailleurs, un certain nombre de mesures éthiques ont été prises pour protéger la confidentialité et le bien-être de nos patients ainsi que ceux de leurs familles et des soignants. Cela inclut le consentement des parents et/ou soignants de l'enfant ainsi que la modification de données personnelles pour garantir la confidentialité, en mettant l'accent sur le respect de leur subjectivité et leur singularité.

Bien que nous ayons travaillé avec plusieurs enfants autistes et bébés en souffrance, nous proposons, pour les finalités de cette recherche, un seul cas clinique, qui représente le cas inaugural à partir duquel se dessinent les premières grandes questions, réflexions et les ressorts initiaux du travail clinique. Parallèlement, nous présenterons quelques vignettes cliniques par rapport à d'autres prises en charge afin d'illustrer notre problématique et mettre nos hypothèses à l'épreuve. Nous analyserons la place et les fonctions du corps, de la pulsion, de la sensorialité et de ses rythmes, ainsi que l'intérêt thérapeutique de s'appuyer sur la présence de l'analyste, le travail collectif et l'acte de camérer pour favoriser la dimension transféro-contre-transférentielle et le processus de transformation psychique. Nous présenterons les différents chapitres en introduisant des vignettes cliniques illustrant les différents axes qui traversent notre approche clinique et théorique. Ces processus cliniques se sont révélés fondamentaux pour réfléchir à ce qui pourrait constituer un outil clinique cohérent pour accompagner la souffrance de l'archaïque et le travail du lien dans ce registre, ainsi que les implications et les impasses que nous avons trouvées dans le travail avec nos patients.

En ce qui concerne notre cas inaugural, nous présenterons le matériel clinique de la prise en charge d'un jeune garçon de 5 ans pour qui un diagnostic d'autisme sévère a été posé. Dès la rencontre avec ce garçon que nous appellerons Willy, notre démarche clinique a commencé à se dessiner. Nous avons été confrontés au chaos d'une souffrance innommable et d'une existence illégitime, où notre bagage clinique et théorique s'est avéré insuffisant,

nous poussant à faire appel à notre intuition pour confronter la complexité de ces expériences informelles. Cela nous a d'abord amenés à improviser et à recourir à notre créativité pour innover dans nos manières de penser et d'aborder la clinique. Puis, ce qui avait commencé par une intuition s'est transformé en un ensemble complexe de nouvelles notions et idées, principalement psychanalytiques mais non exclusivement liées à ce domaine, qui ont donné forme à notre problématique et à nos hypothèses, et dont un ensemble de techniques ont pu être formalisées comme un véritable dispositif de travail clinique.

L'originalité de cette thèse réside donc dans la recherche méthodique d'une façon d'aborder ce type de souffrance, que l'on associe à l'archaïque et qui nécessite de s'appuyer sur la présence de l'analyste, les accords rythmiques et la reconnaissance mutuelle qui s'opèrent à travers les échanges corporels. Ces formes d'accord sont abordées en détournant le regard et en contournant la souffrance par des techniques du corps, la musicalité de la voix à travers des mélodies enfantines, et par l'acte de « camérer ». Cependant, nous soutenons notre pratique clinique et notre présence par l'accès au travail collectif d'élaboration, qui permet le passage de l'intuition à sa construction formelle en tant que savoir et technique. Il constitue également un réseau et un soutien inestimable face à la menace de s'effondrer ou de se défaire devant ce type de souffrance traumatique qui nous traverse directement.

1.3 Contexte de la recherche :

Mon parcours et mon expérience clinique de près de vingt ans m'ont permis d'acquérir une compréhension approfondie des différentes manières d'aborder la souffrance précoce et dessinent une pratique singulière. J'utilise le terme « parcours » car mon expérience clinique s'est construite au fil de mes séjours dans les divers pays où j'ai vécu et travaillé, au sein de différentes institutions et structures de soins thérapeutiques axés sur l'approche psychanalytique. Ces expériences m'ont beaucoup appris et m'ont obligée à développer une grande capacité d'adaptation à diverses cultures, langues, pratiques cliniques et orientations théoriques. Cette adaptabilité est devenue ma principale ressource professionnelle. Une brève présentation de certains des points principaux de ces expériences peut servir à retracer le chemin qui m'a conduit à proposer cette thèse.

Après quelques années de travail clinique comme psychologue clinicienne dans différents établissements publics et privés de mon pays, le Chili, j'ai déménagé en France pour entrer en master recherche à l'université Paris Cité. C'est dans ce cadre que j'ai eu ma première expérience professionnelle en France, dans le CMPP « Jacques Prévert » à Stains-Paris, pour travailler auprès d'enfants autistes. Au CMPP, mon travail était supervisé par une psychanalyste colombienne, Mme Varela, qui travaillait avec des enfants autistes, principalement immigrants, au moyen d'ateliers artistiques. Bien que cette pratique ne fût pas une grande nouveauté, les réflexions et les constructions discursives autour de cette prise en charge me surprenaient par la manière de penser le sujet et d'articuler le travail clinique dans la démarche analytique. Je lui ai demandé alors des références pour suivre ma formation clinique et elle m'a conseillée de faire une expérience dans une institution située en Belgique, tout près de la frontière avec la France, Le Courtil²⁶.

²⁶ Fondé par des religieuses françaises, l'Institut Médico Pédagogique Notre Dame de la Sagesse accueille depuis 1950 des enfants et des jeunes dont les difficultés se situent au croisement du psychique et du social. En 1984, Alexandre Stevens, psychiatre et psychanalyste, fonde le Courtil au sein de l'IMP avec Bernard Seynhaeve et Véronique Mariage. Il forme au fil des années un nombre croissant d'intervenants, cliniciens diplômés particulièrement soucieux de la singularité subjective. L'ensemble de l'accompagnement est orienté par l'éthique de la psychanalyse lacanienne et transformé en une pratique originale qui implique chacun des intervenants et des enfants dans l'aventure collective et pourtant singulière à chacun.

Je suis ainsi arrivé au Courtil « par hasard », et je dis « par hasard » car ce que je cherchais à l'époque, c'était une immersion dans un hôpital de jour pour comprendre la logique de son fonctionnement. Mais, contrairement à mes attentes, je me suis retrouvée dans une institution très différente, où le travail clinique est mis en jeu dans la vie quotidienne des enfants autistes ou psychotiques qui y vivent. La première chose qui m'a frappée, c'est l'espace, au sens géographique du terme. Il s'agissait d'un lieu éloigné de la ville, en pleine campagne, où vivent des enfants et des jeunes en marge de la société, accompagnés par des professionnels appelés « intervenants ». Il n'y avait pas de distinction formelle entre eux, qu'ils fussent éducateurs, psychologues ou psychanalystes : tous appartenaient à ce groupe d'accompagnement sans hiérarchie évidente. Leur fonction visait à accompagner ces enfants évincés du système pour leur permettre de vivre en société, mais avec d'autres codes, exigences et attentes que ceux du système conventionnel. Les intervenants s'occupaient de leurs besoins, de leurs activités quotidiennes, de leurs relations avec les autres, de leur scolarité et même de leurs activités de loisirs. Certains enfants y vivaient du lundi au vendredi et rentraient chez eux le week-end, d'autres y étaient installés de façon permanente, d'autres encore, les moins nombreux, y venaient pour la journée.

Concernant les fondements du travail clinique de l'institution, il faut souligner que Le Courtil s'appuie essentiellement sur le fait que l'enfant autiste ou psychotique s'inscrit dans le langage, même si ce n'est pas comme sujet d'énonciation. Leur approche clinique psychanalytique, qu'ils nomment « pratique à plusieurs », valorise la dimension d'être un partenaire du sujet face à la toute-puissance de l'Autre. Il ne s'agit pas d'une équipe pluridisciplinaire composée de spécialistes encouragés à utiliser un savoir déjà constitué pour traiter le symptôme de l'enfant, mais plutôt de promouvoir une clinique de l'un-à-un, chacun selon sa propre singularité. Deux aspects de leur approche me semblent fondamentaux. Le

Attentifs à la souffrance psychique et à la singularité de chaque jeune accueilli, les intervenants sont animés du désir d'éclairer et d'élaborer leur pratique « au cas par cas », soutenus par l'étude des grandes références et par une formation permanente. L'accompagnement des résidents s'effectue dans la vie de tous les jours au point de rencontre des questions particulières à chacun. La famille pourra ainsi partager sa mission éducative et les partenaires sociaux trouveront un relais attentif à leur action. L'accompagnement clinique au Courtil se veut pragmatique : il met entre parenthèses les savoirs établis et le sens commun pour laisser place à la surprise et au bricolage que l'enfant invente à partir du matériel concret et langagier apportés par les intervenants. Cette "pratique à plusieurs" vise à ajuster style de vie et lien social. <https://www.courtil.be/>

premier est que chaque intervenant doit être partenaire de l'enfant à partir de sa position subjective, et que sa présence doit être au service d'un désir de rencontre. Le second aspect concerne le travail collectif lors des réunions d'équipe, qui remplissent deux fonctions principales : d'une part, elles créent un lieu où l'on parle de l'enfant pour le situer comme effet d'un discours ; d'autre part, elles permettent à chaque membre de l'équipe de se séparer du savoir qu'il pense avoir de l'enfant, afin d'éviter de le figer dans une position supposée. Toute la démarche est conçue autour de l'accompagnement du sujet pour tenter de freiner la jouissance et esquisser ainsi une forme de lien à l'Autre et à l'autre. Antonio Di Ciaccia²⁷ propose que cette clinique soit une clinique du moins, de la soustraction de l'objet, une pratique qui consiste à repérer l'excès de jouissance par un effort de nomination et une tentative d'offrir à l'enfant la possibilité d'échanger le réel par le semblant.

Après mon master recherche à Paris et mon séjour de quelques mois au Courtil, je suis retournée au Chili où j'ai commencé à organiser et partager ces expériences et apprentissages, initiant une nouvelle forme de prise en charge dans mon travail avec des enfants autistes. Au bout de quelques années dans mon pays, de nouvelles expériences de formation et de travail clinique se sont présentées au Brésil, à l'Université catholique de Rio de Janeiro, au sein de l'équipe professionnelle travaillant sur la psychanalyse de famille, où je me suis insérée pendant deux ans. Nous y travaillions avec des familles qui venaient principalement de la « Rocinha », la plus grande favela de Rio de Janeiro. Il s'agit d'une communauté assez polémique, où les difficultés socio-émotionnelles sont nombreuses, surtout en raison de la précarité socio-économique et de la violence socio-politique qui engendre le trafic de drogues et la criminalité. Le travail clinique au sein de cette structure se démarquait de ma pratique autour de l'autisme, me permettant cependant d'élargir mes connaissances aux nouvelles constructions subjectives et sociales ainsi qu'aux différentes configurations des symptômes.

Puis je suis partie du Brésil pour emménager à Londres, en Angleterre, où j'ai fait des études à l'Anna Freud Center et à l'Institut de psychanalyse « The British Institute of

²⁷ Di Ciaccia, A. (2005) « *Les stratégies de la psychanalyse dans les institutions* ». Dans *Les feuillets du Courtil* n° 23.

Psychoanalysis » ²⁸. J'ai fait partie de deux équipes de recherche qui m'ont apporté de nouveaux apprentissages sur la psychanalyse et ont enrichi mon travail clinique.

Vivant à Londres, j'ai débuté mon doctorat à Paris, à l'université Sorbonne-Paris-Nord, ce qui impliquait d'innombrables allers-retours entre ces deux pays, où je me suis retrouvée entre deux cultures psychanalytiques, en essayant d'articuler ce que chacune d'elles m'apportait. Cela a représenté un important défi pour maintenir une position face aux différentes perspectives psychanalytiques et pour intégrer l'apprentissage et l'expérience des deux, qui semblait parfois s'opposer.

Dans le cadre du doctorat, mon directeur de thèse, Derek Humphreys, m'a proposé de participer à un programme de recherche sur Fernand Deligny²⁹, à partir duquel s'est constitué le collectif de recherche auquel j'appartiens jusqu'à présent. Dans ce contexte, j'ai rencontré Chantal Lheureux-Davidse, qui est devenue ma superviseuse clinique, et Dominique Mazéas, qui m'a beaucoup apportée et soutenue tout au long de cette recherche clinique. Elles ont toutes deux été, et sont toujours, une importante source d'inspiration clinique.

Sept ans plus tard, je suis retournée « définitivement » au Chili, où ces expériences et apprentissages commencent à se matérialiser, jusqu'à prendre la forme d'un dispositif clinique et d'une institution que nous avons créée avec deux collègues qui cherchaient aussi à accueillir l'autisme et la souffrance précoce par des moyens alternatifs au traitement psychoéducatif et normalisateur propre à la prise en charge thérapeutique de notre culture chilienne. Nous avons ainsi créé en 2023 notre institution *BeMind*, sous la forme juridique

²⁸ La British Psychoanalytical Society a été fondée en 1913 par Ernest Jones. Il s'agit d'une communauté britannique et internationale de professionnels qui se consacrent à aider les personnes à améliorer leur vie par le biais de la psychanalyse. L'Institut de psychanalyse est le visage extérieur et l'organisme de formation de la Société psychanalytique britannique. Plusieurs de ses membres étaient des figures importantes de l'histoire de la psychanalyse, telles que Michael Balint, Wilfred Bion, John Bowlby, Anna Freud, Mélanie Klein, Joseph Sandler, Hannah Segal et Donald Winnicott. <https://psychoanalysis.org.uk/who-we-are>

²⁹ Programme de recherche « L'actualité de Fernand Deligny dans les pratiques cliniques contemporaines », accueilli par la Maison des Sciences de l'Homme Paris Nord et par l'université Sorbonne-Paris-Nord en 2022-2023, sous la direction de Derek Humphreys.

d'une corporation à but non lucratif dont l'objectif est l'accueil de la détresse précoce, à partir de la singularité de chaque sujet.

La notion de corporation comprend celle de « corpo » (corps) et son *in-corporation* dans les sphères sociale, institutionnelle et symbolique. Le mot « corporation » dérive du latin *corporare* qui signifie « former un corps » ou « incorporer ». L'acte de former un corps implique un processus de cohésion et d'articulation d'éléments auparavant séparés, qui, une fois réunis, forment une unité fonctionnelle et symbolique. Il s'agit d'une institution d'accueil qui reçoit des bébés vulnérables dans leurs contextes de vie et des enfants autistes sévères, qui restent normalement en marge de la société. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, ce modèle se distingue par une approche non hiérarchique, qui se construit collectivement avec chaque personne qui y participe : cliniciens, soignants, enfants, familles ou une autre institution.

Dans notre institution, la psychanalyse joue un rôle central tant comme savoir-faire que dans ses aspects éthiques. Cependant il ne s'agit pas d'une cure-type traditionnelle, mais d'une approche fondée sur l'écoute du sujet et sur la reconnaissance de son désir et sa singularité. Nous reconnaissons que les enfants en souffrance, souvent dans des situations extrêmes, sont susceptibles de se sentir aliénés et fragmentés par une société qui tend à les réduire à leurs manifestations « pathologiques » et à les traiter comme des objets à réinsérer. En réponse, notre démarche s'inspire de l'idée que la transformation de cette souffrance peut s'envisager en ouvrant des espaces où le sujet peut s'exprimer en liberté et reconnaître son désir, afin de se réinscrire dans un lien social qui l'interpelle et le reconnaît pleinement.

Nous avons formellement débuté notre corporation *BeMind* en juillet 2023. Mes deux collègues et moi-même (deux psychanalystes et une orthophoniste) y accueillons initialement quatre bébés issus d'une institution d'adoption (FADOP³⁰) et trois enfants atteints d'autisme sévère. Actuellement (en septembre 2024), notre équipe compte vingt professionnels de différentes spécialités cliniques (psychomotriciens, orthophonistes,

³⁰ Fondation d'adoption. Il s'agit d'une institution privée et non gouvernementale qui travaille en relation avec les institutions gouvernementales.

psychopédagogues, pédopsychiatres, psychanalystes et psychologues cliniciens) et six stagiaires en psychologie issus des différentes universités de notre pays. Nous accueillons à ce jour environ deux cents bébés et enfants ayant des difficultés socio-affectives, ainsi que leurs familles ou les institutions de prise en charge.

1.3.1 Contexte politique de la santé mentale au Chili :

Le travail clinique que je décris tout au long de cette recherche est réalisé au Chili, un pays qui présente des différences significatives avec la France en termes de politiques publiques de santé mentale, ainsi que dans l'organisation des institutions travaillant dans ce domaine. Il paraît donc nécessaire de situer, de manière générale, le contexte dans lequel le travail clinique est effectué.

Bien que le Chili dispose d'une politique publique concernant le bien-être des enfants en général, il n'existe pas de politique publique spécifique dédiée à la santé mentale des enfants et des adolescents. La politique publique de l'enfance est caractérisée par un accent mis sur la protection sociale des enfants vulnérables, dans un modèle qui donne la priorité à l'intervention dans les cas de risque social ou de vulnérabilité extrême, plutôt qu'à la couverture universelle. Le système est dirigé par le Service National des Mineurs (SENAME), largement critiqué pour ses conditions de prise en charge inadéquates, sa surcharge de travail et son manque de ressources. Cette absence de cadre de référence entrave le renforcement et l'amélioration de la santé mentale de cette population.

Dans ce contexte, le gouvernement chilien a progressivement mis en œuvre depuis les années 2000 des plans nationaux de santé mentale, augmentant ainsi le nombre de professionnels dans ce domaine et déployant des programmes spécifiques pour les enfants, tels que « Chile Crece Contigo³¹ ». Conformément aux recommandations de l'OMS, ces plans

³¹ « Chile Crece Contigo » est un programme de protection intégrale de l'enfance dont la mission est d'accompagner, de protéger et de fournir un soutien intégral à les enfants et à leurs familles, de la grossesse à l'âge de neuf ans, par le biais d'actions et de services universels, ainsi que d'un soutien spécial pour les plus

visent à développer un réseau de centres de santé mentale, y compris certaines actions pour les enfants et les adolescents.

Cependant, des études récentes³² indiquent que le Chili demeure l'un des pays où la prévalence des troubles mentaux chez les enfants âgés d'un à cinq ans est la plus élevée. En 2006, 25,1 % des enfants de moins de six ans présentaient un retard de développement, cette proportion étant plus élevée chez les enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés. Par ailleurs, la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et adolescents chiliens atteint 22,4 %³³.

Une autre étude³⁴, réalisée par le département de psychiatrie et de santé mentale de l'Université du Chili, a révélé que 25 % des enfants chiliens de moins de six ans souffrent de troubles externalisés, tels que le trouble de déficit de l'attention ou l'hyperactivité et que la prévalence de l'anxiété et de la dépression dans ce groupe atteint 12 % et 16 % (contre 5 % à l'échelle mondiale). L'enquête, menée dans vingt-quatre pays, a montré que les enfants chiliens de moins de six ans sont confrontés à l'une des pires situations de santé mentale dans le monde.

Par ailleurs, au Chili, 6,4 % de la population accède à des services spécialisés en santé mentale, dont seulement 1,5 % sont pris en charge par des centres privés, tandis que les 4,9 % restants reçoivent des soins dans des établissements de santé primaires (Bedregal, Torres & Carvallo, 2014). Actuellement, les ressources allouées à la santé mentale représentent environ 2 % du budget total de la santé, alors que l'OMS recommande un minimum de 5 % (Errázuriz et al., 2015)³⁵.

vulnérables. Son objectif principal est d'accompagner et de fournir un suivi personnalisé de la trajectoire de développement des enfants pris en charge par le système de santé publique, depuis le premier examen gestationnel jusqu'à leur entrée dans le système scolaire. À partir de 2016, ce programme sera progressivement étendu aux enfants âgés de huit ou neuf ans.

³² Zúñiga-Fajuri, A., & Zúñiga F., M. (2020). « Propuestas para ampliar la cobertura de salud mental infantil en Chile ». *Acta Bioethica*, 26(1), 73-80. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2020000100073>

³³ De la Barra, Vicente, Saldivia & Melipillán. (2012). In Zúñiga-Fajuri, Alejandra, & Zúñiga F., Mónica. (2020).

³⁴ Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., ... & Verhulst, F. C. (2011). "International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: Parents' reports from 24 societies". Dans *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 456-467.

³⁵ Idem.

Une nouvelle législation sur la santé mentale, la loi n° 21.331, a été promulguée le 11 mai 2021. Elle vise à reconnaître et protéger les droits des personnes en besoins de santé mentale. Cependant, elle ne couvre pas spécifiquement la population infanto-juvénile et n'aborde pas certains enjeux critiques tels que le financement, la participation communautaire ou la réorganisation des institutions psychiatriques pour les soins de longue durée³⁶.

Les centres disponibles pour traiter les problèmes de santé mentale font partie des programmes généraux de protection sociale, tels que le COSAM (service de santé mentale) qui fournit des soins de santé mentale primaires et le CESFAM (centre de santé familial). Si les COSAM jouent un rôle essentiel dans les soins de santé mentale spécialisés au Chili, ils sont confrontés dans la pratique à des difficultés en matière de couverture, de délais d'attente et de ressources limitées. La demande croissante de soins de santé mentale et le manque de spécialistes dépassent leur capacité, ce qui entraîne de longues listes d'attente (entre un et deux ans) et la saturation du système. Malgré les efforts, l'accès aux services de santé mentale pour les enfants reste donc limité. Selon les données officielles des dernières années, les COSAM ont une capacité de couverture limitée à environ 20 % des personnes qui en ont réellement besoin.

Pourtant, bien que de nouvelles lois et surtout de nouveaux discours commencent à circuler pour protéger les enfants et donner la priorité à leur développement sain, dans la pratique, la réalité chilienne montre un grand manque de recours aux soins de santé mentale. Les institutions publiques ne disposent pas de suffisamment de ressources matérielles ni de professionnels pour répondre aux besoins réels des individus. Il n'existe pas non plus de systèmes sociaux favorisant l'inclusion sociale, laissant ces enfants à l'abri d'un système qui peine à les reconnaître. D'autre part, il existe un retard dans la production et la transmission des connaissances nécessaires à la formation de professionnels compétents dans le domaine de la santé mentale précoce. Ce manque de formation et de professionnels conduit à

³⁶ Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública y Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana. (2022). *Estudio de Políticas Públicas Relacionadas con la Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes*. https://www.defensorianinez.cl/estud_y_estadi/estudio-de-politicas-publicas-relacionadas-con-la-salud-mental-de-ninos-ninas-y-adolescentes/

surcharger les systèmes encore précaires de santé et d'éducation et à contribue à l'épuisement des ressources des professionnels qui y travaillent. Des soins de santé mentale intégraux et opportuns restent encore une réalité lointaine, limitant notamment l'accès des secteurs les plus vulnérables du pays.

L'autisme et le bébé en souffrance :

Une loi spécifique concernant l'autisme, connue sous le nom de « loi TEA » ou loi n°21 545, a été promulguée le 10 mars 2023. Cette loi établit des mesures visant à promouvoir l'inclusion sociale, la protection des droits et l'égalité des opportunités pour les personnes atteintes de troubles du spectre autistique (TSA). Son objectif principal est de garantir l'accès à des soins globaux, à une éducation inclusive et de favoriser l'autonomie des personnes atteintes de TSA. Cette loi est entrée en vigueur en mars 2024 et son application concrète est attendue pour l'année 2025. Pour autant, elle n'a pas encore produit de changements significatifs et nous observons une exclusion massive des enfants rejetés en permanence du système scolaire et social.

Quant aux bébés en souffrance que nous accueillons, ce sont notamment des nourrissons abandonnés à la naissance ou en cours d'adoption et des enfants (jusqu'à deux ans) vulnérables pour raison de négligences ou de maltraitance familiales.

Au Chili, l'adoption de bébés est réglementée par la loi n° 19.620, qui fixe certaines exigences et conditions³⁷. La procédure d'adoption comprend une évaluation de « l'aptitude parentale » des adoptants, réalisée par le Service National des Mineurs (SENAME). Cette évaluation comprend des entretiens, des visites à domicile et des évaluations psychologiques, ainsi qu'un suivi de l'enfant au cours des premiers mois qui suivent l'adoption. Les parents adoptifs sont choisis par l'institution en charge de l'enfant, mais ils doivent passer par une

³⁷ Les adoptants doivent être âgés de plus de 25 ans et de moins de 60 ans. Il peut s'agir de couples ou de personnes célibataires, mais la préférence est habituellement donnée aux couples mariés.

procédure judiciaire de l'Etat, au cours de laquelle un juge de famille doit approuver leurs capacités parentales pour admettre la viabilité de l'adoption.

Pour cette procédure, les parents biologiques, au moins la mère dans les cas où le père est inconnu, doivent signer un document par lequel ils consentent à l'adoption, sauf dans les cas d'abandon ou de négligence parentale où c'est l'Etat chilien qui détermine cette condition.

Il faut souligner que plusieurs des bébés sont nés de parents immigrants en situation irrégulière, dont l'état civil n'est pas reconnu légalement. En vertu du principe du droit du sol consacré par la Constitution chilienne, un bébé qui naît en territoire chilien acquiert automatiquement la nationalité chilienne. Il sera alors reconnu et pourra accéder aux droits et protections associés. Le statut migratoire des parents n'affecte pas ce droit pour l'enfant. Cependant, à la différence de la France, la nationalité chilienne de l'enfant ne garantit pas la régularisation de la situation migratoire de ses parents, même si cela peut parfois être un facteur favorable dans les processus de régularisation. Or, lorsqu'il s'agit d'enfants vulnérables nés de parents immigrants en situation irrégulière qui ne sont pas nés au Chili, il faut des années pour qu'ils obtiennent le statut légal de citoyens.

Dans les cas de négligence parentale, de violence physique ou psychologique ou d'abandon, c'est-à-dire, lorsque la sécurité et le bien-être d'un enfant sont menacés, la loi sur la protection de l'enfance prévoit que l'Etat intervienne et assume la responsabilité totale de l'enfant. Dans ce cas, c'est le tribunal de justice qui évalue la situation et détermine s'il est nécessaire de retirer l'enfant de sa famille d'origine de façon permanente ou si des mesures peuvent être mises en œuvre pour « réhabiliter » les parents.

Dans ce contexte, l'Etat a principalement deux recours pour s'occuper des enfants et des bébés en situation de vulnérabilité. Le premier et plus fréquent est le foyer d'enfants. Il s'agit d'une institution où vivent plusieurs enfants, de différents âges, ensemble et qui peut être plus ou moins temporaire (en général, ils y restent jusqu'à leurs dix-huit ans). L'autre recours consiste à placer l'enfant dans une famille d'accueil temporaire. Cette famille prend alors la responsabilité de l'enfant et s'occupe de tous ses besoins jusqu'à ce qu'une solution

définitive soit trouvée à sa situation de vulnérabilité. Cette mesure est notamment appliquée pour les nouveau-nés, abandonnés à la naissance à l'hôpital, ou donnés en adoption. Ils sont alors pris en charge par d'autres institutions non gouvernementales sous la tutelle du SENAME (institution publique gouvernementale), qui se chargent de leur trouver des familles d'accueil. Par ailleurs, pour devenir famille d'accueil, il faut passer par un processus de sélection rigoureux comprenant des évaluations psychologiques, des visites à domicile et un suivi hebdomadaire de l'enfant dans la famille.

Cette forme de protection de l'enfance est apparue au Chili au cours des dix dernières années afin d'éviter les longs séjours des enfants dans des institutions, où il n'était pas possible de fournir des soins adéquats. En effet, dans ces foyers institutionnels, de nombreux bébés ou enfants étaient pris en charge par très peu d'adultes, dans un rapport d'environ un adulte pour vingt à trente bébés, ou d'un adulte pour près de quarante à cinquante enfants de deux à dix-huit ans. Il n'était donc possible de répondre que très partiellement à leurs besoins physiologiques et les besoins affectifs n'étaient pas pris en compte.

1.4 Contexte clinique

Dans le cadre socio-politique mentionné ci-dessous, nous avons créé une institution d'accueil, *BeMind*, visant à faciliter et à soutenir notre travail clinique auprès des enfants autistes et des bébés en détresse, avec toutes les particularités qui y sont liées, pour aborder la souffrance informelle à laquelle nous sommes fréquemment confrontés.

Notre institution se veut une réponse politique à un besoin social réel, qui reste largement ignoré ou méconnu par les institutions officielles de l'État chilien. Contrairement aux structures traditionnelles, elle repose sur une dynamique horizontale, fondée sur le respect et l'acceptation de la singularité de chaque individu. Nous privilégions ainsi une approche qui évite les rapports de pouvoir rigides et hiérarchiques. De ce fait, tous les membres qui y participent, qu'ils soient patients, soignants, cliniciens ou parents, sont considérés comme des sujets égaux, encourageant une co-présence et une co-participation active à la vie institutionnelle.

Notre politique d'accueil rejette l'idée d'un projet thérapeutique visant à «normaliser» les enfants selon des catégories psychiatriques ou pathologiques prédéfinies. Nous croyons fermement que chaque enfant doit pouvoir vivre selon ses propres modalités, sans qu'il soit nécessaire de le soumettre à une norme sociale imposée.

BeMind se veut ainsi un lieu d'écoute où les manifestations de la souffrance, des besoins et des désirs sont non seulement accueillies, mais aussi valorisées. L'institution se constitue par la co-construction d'un espace partagé — un milieu commun — où les différences et les rencontres sont articulées pour former un « corps clinique commun ». À cet égard, la transformation de la souffrance s'opère par l'expérience partagée dans ce milieu commun, où la singularité de chacun trouve une place pour se faire entendre et avoir une valeur de message qui peut être adressé à l'autre et trouver un moyen de participer à l'Autre. Notre démarche s'inscrit alors dans une pratique humanisante, visant à transformer l'institution en un espace vivant, où les soins passent par la qualité des relations humaines et la participation active de chacun de nous à la construction collective.

La rencontre clinique à *BeMind* se déroule donc dans un cadre où le lien est constamment mis à l'épreuve par la souffrance extrême que vivent ces *infans*. Cela exige d'accepter l'ambivalence conflictuelle que le sujet peut projeter et de résister à la normalisation de l'enfant selon des standards sociaux rigides, afin de devenir un lieu d'adresse et un point d'ancrage dans un monde souvent perçu comme hostile et fragmenté. Il s'agit d'être-là avec une présence fiable et continue, mais non intrusive, et d'instaurer un espace thérapeutique « de proximité suffisamment bonne »³⁸ dans lequel l'enfant peut se sentir en sécurité pour engager un processus de transformation subjectivant.

Notre engagement ne se limite pas seulement à « communiquer » avec ces enfants, mais il consiste à créer un espace de parole et d'adresse à l'Autre, où ils pourront commencer à élaborer leur propre désir de s'inscrire dans un sens du commun et de se reconnaître dans une forme d'altérité.

³⁸ Benhaïm, M. (2010). « Destins du corps et subjectivité dans une clinique sociale ». Dans *Recherches en psychanalyse*, 10, 311-320.

Sous cet angle, la psychanalyse permet de transformer un espace potentiellement mortifère en un lieu vivant et dynamique, où chaque enfant peut commencer à réincorporer sa subjectivité et retrouver une forme d'inscription dans le lien social et symbolique³⁹. Pour y parvenir, le transfert se révèle essentiel, apte à redonner à ces enfants une place subjective, leur permettant de réinvestir leur corps et leur existence à travers une relation à l'autre qui représente un lien social structurant. Par ailleurs, le travail thérapeutique de *BeMind* ne s'arrête pas aux portes de l'institution. Nous encourageons un travail en réseau qui inclut non seulement notre équipe interdisciplinaire, les enfants et leurs familles, mais aussi les éducateurs, les institutions et autres professionnels en lien avec les enfants. Ce réseau forme un maillage capable de contenir et de transformer le lien, créant ainsi une expérience de réciprocité où chaque membre du réseau contribue à la prise en charge globale de l'enfant.

Dans ce contexte, nous accueillons des enfants autistes sévères qui viennent normalement accompagnés de leurs parents ou de la personne qu'ils ont désignée pour s'occuper de leur enfant. Nous y recevons également des bébés en souffrance qui sont pris en charge par une institution non gouvernementale, la FADOP, qui travaille en relation directe avec le SENAME, qui supervise son travail et en finance une partie. La FADOP s'occupe des nourrissons abandonnés à la naissance ou en cours d'adoption. Elle prend aussi en charge des enfants vulnérables pour des raisons de négligences ou de maltraitance familiales. Pour s'en occuper, la FADOP place ces bébés et enfants dans des familles d'accueil jusqu'à ce qu'ils trouvent une famille permanente pour les adopter ou, dans certains cas, jusqu'à ce qu'ils retournent à leurs familles biologiques.

Dans ce cadre, nous réalisons les prises en charge thérapeutiques de bébés présentant des signes d'altération du développement psychomoteur, des signes de risque autistique, de dysrégulation massive, de démantèlement sensoriel, ainsi que de bébés qui pleurent sans arrêt ou qui ont des difficultés avec leurs rythmes biologiques, comme l'alimentation et le sommeil. Entre la passivité du bébé et sa décharge motrice incontrôlable,

³⁹ Idem

la FADOP nous demande d'aider à les « organiser », souvent dans l'intention de parvenir à les réguler pour pouvoir les placer en famille d'accueil ou rendre l'adoption viable.

Dans ces circonstances, les bébés que nous rencontrons sont dans un état de souffrance profonde, plusieurs fois traumatisés en raison des conditions physiques et psychologiques précaires de leur entourage périnatal ainsi que par de longues hospitalisations ou séjours en institution au cours de leurs premiers mois de vie. La plupart d'entre eux sont affectés par la violence qui caractérise leur environnement périnatal : l'abandon, les grossesses dans des milieux négligents, l'exposition aux addictions et à l'errance maternelle, la vie dans la rue, des abus multiples, la grande précarité, l'immigration irrégulière, la pauvreté, entre autres. Ces bébés sont donc porteurs d'une souffrance extrême et d'expériences traumatiques sévères, lesquelles se révèlent à travers leur corps et l'intensité de leurs manifestations affectives et pulsionnelles.

Dans le processus de prise en charge, nous travaillons avec toutes les personnes de l'environnement proche du bébé : la famille d'accueil, l'institution, l'école ou la crèche, mais surtout avec celles et ceux qui seront ses figures parentales définitives : dans certains cas, la mère biologique lorsque cette dernière souhaite « récupérer » le bébé, une personne proche de son entourage familial qui décide de l'accueillir définitivement, ou encore les parents adoptifs. Car dans cette réalité si complexe, la tension et la souffrance sont à leur comble, ce qui a de nombreuses conséquences sur la vie psychique, tant pour le bébé que pour les figures parentales. Ces situations risquent de constituer un avenir de ravage psychique pour le sujet et sur les liens qu'il va tisser⁴⁰.

⁴⁰ Mansouri, M. & Bentata, H. (2012). « Sans famille, sans papiers : des bébés et leurs mères enfermés dehors ? » Dans : C. Davoudian, *Mères et bébés sans-papiers : Une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?* (pp. 115-131). Toulouse, Érès.

1.4.1 Les entours de l'espace d'accueil :

L'atmosphère de la vie institutionnelle est un point crucial dans tout processus psychothérapique. Elle renvoie à l'ambiance⁴¹ qui se crée dans la vie quotidienne institutionnelle, laquelle fait figure de tissu social et joue un rôle important dans l'existence de chacun, favorisant (ou non) des possibilités de rencontres.

Pour cette raison, nous allons définir brièvement l'ambiance dans laquelle se déroule notre pratique clinique, ce que Jean Oury⁴² appelle « les entours ». Les entours ne se limitent pas à l'espace dans son sens physique ou géographique ; ils englobent également les aspects affectifs et symboliques qui constituent le cadre dans lequel se déploie le quotidien. Ils sont à la fois une toile de fond et un acteur invisible qui tissent le rythme de ce qui se passe- là.

L'espace où se déroule notre travail clinique est un lieu vivant et accueillant, que nous avons soigneusement choisi et préparé en pensant à tous les détails qui pourraient être importants pour répondre aux besoins des enfants que nous accueillons et de leurs familles, ainsi que pour soutenir notre travail clinique dans ses différentes dimensions. La première caractéristique notable est son architecture. Nous avons choisi de nous installer dans une maison plutôt que dans un bureau ou un bâtiment, ce qui évoque un lieu d'accueil chaleureux. Il s'agit d'une maison à deux étages, située à Santiago du Chili, qui dispose de grands espaces adaptés aux enfants. En entrant dans la maison, on y trouve une petite « salle d'attente » où les personnes qui accompagnent les enfants se rencontrent et où différentes relations et dynamiques émergent entre eux. Les autres enfants qui attendent leurs frères et sœurs jouent ensemble avec des jouets et des éléments à leur disposition ; les parents ou les accompagnants discutent et partagent une tasse de thé ou de café. La porte d'entrée de la maison est vitrée. Lorsque quelqu'un arrive, c'est la personne qui se trouve dans la salle d'attente qui ouvre la porte, accueillant ainsi les nouveaux venus. Les professionnels qui y travaillent circulent aussi en permanence dans cette salle qui constitue une sorte de rond-

⁴¹ Oury, J (2003). « Transfert, multiréférentialité et vie quotidienne dans l'approche thérapeutique de la psychose ». Dans *Cahiers de psychologie clinique*, 2003/2 n° 21. pp. 155-165.

⁴² Idem.

point de la maison. De cette manière, il y a toujours l'un d'entre nous disponible pour accueillir ceux qui viennent chez nous.

Les salles de thérapie sont spacieuses et lumineuses, équipées de matériel et d'éléments qui favorisent le travail thérapeutique. La maison dispose également d'un petit jardin, ce qui nous permet d'étendre notre travail clinique à l'extérieur, endroit généralement préféré par les enfants autistes.

La cuisine de la maison est un autre lieu de rencontre, où circulent principalement les professionnels, entre leurs séances. Cet espace permet de se détendre et de créer des liens entre les membres de l'équipe.

Les réunions cliniques interdisciplinaires ont lieu dans la grande salle de psychomotricité, où tous les professionnels s'assoient par terre pour réfléchir ensemble aux difficultés rencontrées dans leur travail clinique. Cette configuration crée une dynamique de confiance et de proximité, et surtout non hiérarchique, qui permet un authentique travail collectif à partir duquel nous pouvons élaborer des réflexions approfondies sur nos pratiques, nos difficultés et nos impressions contre-transférentielles.

Cette ambiance nous permet d'assurer un travail clinique approprié pour l'accueil et l'accompagnement de nos patients et favorise des relations de proximité et de confiance indispensables au travail du lien, tant avec nos patients qu'entre les membres de l'équipe professionnelle.

Il est important de mentionner que le travail clinique avec Willy, notre cas inaugural, s'est déroulé dans un espace physique différent, car nous n'avions pas encore créé notre institution. Les séances que nous avons analysées dans ce cas se sont tenues dans une salle de psychomotricité, au sein d'un grand immeuble de bureaux. Bien que notre espace fût ample, vivant et accueillant, conçu et préparé pour accueillir des enfants et des bébés, l'environnement général y était plutôt froid et impersonnel.

PARTIE I. L'archaïque et le lien dans la souffrance précoce

« De temps à autre, levant les bras très haut, nous les voyons frapper fort dans leurs mains, et dessiner, au-dessus de leur tête, un grand arc de cercle... À se répéter ainsi, trajets, gestes, sons, objets s'organisent en circuit. Un rythme s'esquisse. Un espace sensoriel se tisse.

La question posée par la scène est celle-ci : (...) Comment faire en sorte que le tissu sensoriel qu'il a créé fasse enveloppe psycho-motrice pour cet enfant, une enveloppe différenciant le dedans du dehors, une enveloppe dynamique lui permettant de s'inscrire dans le rythme, à défaut de comprendre ou de se sentir impliqué par le sens de la scène ?

Autrement dit : comment faire en sorte que cette installation d'indices s'inscrive et devienne un dispositif spatial commun, un milieu incarné où l'enfant et l'adulte puissent être proches sans être ensemble ? »

(C. Perret, 2018)

Chapitre 1. Présentation du cas Clinique

Willy : « *The Wild Child* »

Willy est un enfant de 5 ans, diagnostiqué autiste sévère. Il est le deuxième enfant de Myriam et Raúl. Leur premier enfant est un garçon qui se développe de manière typique et qui s'adapte bien. Ils le décrivent comme un enfant qui leur demande peu d'efforts et d'attention.

Myriam et Raúl ont tous deux un passé d'abandon et de négligence de la part de leurs figures parentales. L'histoire de Raúl est courante : enfant unique, il est abandonné par son père et élevé par sa mère, pour laquelle il éprouve une grande dévotion. L'histoire de Myriam, dernière enfant d'une femme vivant dans l'errance, est quant à elle plus traumatique. Sa mère, célibataire et mère de plusieurs enfants, tous issus de pères différents et inconnus, s'est retrouvée dans une situation de grande précarité. Incapable de s'occuper de ses enfants, ils erraient dans les rues du quartier sans moyen et sans but. Myriam, seule fille et cadette de la fratrie, passait les jours assise sur le trottoir, devant la porte d'une petite maison du quartier, incapable d'en faire plus. Face à l'abandon dans ses deux premières années de vie, Myriam semble avoir vécu une situation de bébé en détresse, ce qui l'a profondément marquée.

Elle n'a aucun souvenir de son enfance, mais sa mère « adoptive », qui était à l'époque une voisine du quartier, lui raconte comment elle l'a trouvée dans la rue, assise par terre, paralysée, sale et mal habillée. Cette femme regardait avec étourdissement cette bébé mal nourrie, qui ne parlait pas, ne jouait et ne riait pas. Elle lui raconte que sa situation était tellement précaire qu'elle était même dénutrie et ressemblait à un bébé de moins d'un an alors qu'elle avait déjà deux ans et demi. Face à cette situation, la voisine, qui pour sa part avait trois garçons, mais n'avait pas pu avoir une fille, décida de la prendre en charge et finalement de l'adopter. Elle informa alors la mère de Myriam, qui accepta de son plein gré. L'adoption légale n'ayant cependant jamais eu lieu, Myriam ne porte pas le même nom de famille que sa mère et ses frères.

Après un certain temps, la mère adoptive décide de déménager et part habiter dans le sud du pays, dans un coin très reculé. Myriam est ainsi définitivement éloignée de sa famille d'origine, avec laquelle elle perd tout contact.

Myriam dit que toute sa vie, elle a été une bonne fille, un « nourrisson savant »⁴³. Elle s'occupait des tâches ménagères après l'école : elle cuisinait, lavait, rangeait, préparait et nettoyait tout. Sa mère travaillait et elle devait avoir tout organisé à son retour. Elle exprime avoir toujours été attentive aux besoins de sa mère et de ses frères, dont elle devait s'occuper pour prouver qu'elle était digne d'être aimée. Elle ne parle pas de son père, ni du premier, ni du second. Je ne lui ai pas demandé.

Myriam et Raúl se sentent unis par leurs histoires d'abandon, l'un par son père et l'autre par sa mère. Ils se proposent alors explicitement d'être les meilleurs parents pour leurs enfants, un désir que Willy vient contester. Cela provoque une grande frustration, en particulier chez Myriam qui voulait avoir cinq enfants et qui, après les difficultés de Willy, se voit empêchée de réaliser son grand projet de vie. Le désir d'avoir un autre enfant traverse tout le discours maternel, et son affliction, ses angoisses et ses doutes s'installent face à ce désir frustré qu'elle ressent comme un grand échec. Cependant, sans renoncer pendant de nombreuses années à son désir d'une maternité parfaite, Myriam tente de multiples examens et recourt à de nombreuses technologies médicales afin de savoir si un troisième enfant souffrirait des mêmes troubles que Willy sans obtenir de réponse. Elle veut cependant essayer à tout prix, tandis que Raúl ne supporte pas l'idée d'un autre enfant comme Willy. L'existence de Willy met en péril son mariage, la conduit à un état dépressif permanent et à une puissante frustration qu'elle traduit comme la rupture de ses rêves.

Quant à Willy, il exige une attention constante de la part de sa mère, ce qui ne laisse aucune place à autre chose que s'occuper de lui. Il ne dort pas la nuit, il erre dans la maison, se frappe et s'automutile en gémissant. Il mange avec les mains, « vole » de la nourriture dans la cuisine, mange des oignons, des pommes de terre et de l'ail crus avec la peau. Une

⁴³ Ferenczi, S. (1923). « Le rêve du nourrisson savant. » Dans Harrus-revidi, G. et al., *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*. Petite Bibliothèque Payot.

barrière est installée sur la porte de la cuisine pour l'empêcher d'y entrer, afin d'éviter ses comportements qui leur semblent *inhumains*.

Une figure de l'horreur semble s'imprimer sur cet enfant, articulant l'indomptable et l'insupportable. Elle supprime toute possibilité de rêverie maternelle, où aucun désir ne semble pouvoir se placer. Rien chez Willy ne reflète quoi que ce soit d'eux-mêmes ; ou alors, il ne fait qu'invoquer le pire en chacun d'eux et la fracture de leurs histoires et de leurs traumatismes précoces. Willy, enfant sauvage, semble incarner une forte image du « dés-humain »⁴⁴, dans laquelle rien ne leur permet de percevoir une esquisse de semblable, et s'éloigne de plus en plus de tout idéal, mettant en échec les espoirs de ces parents désespérés. Cela prend la forme d'un sentiment d'inquiétante étrangeté⁴⁵ qui les envahit, où émerge une figure du « dés-humain » face à une perte du semblable⁴⁶. Cette inquiétante étrangeté renvoie peut-être la mère à l'absence d'expérience d'attachement, à l'absence de relation étroite entre sa propre mère et l'enfant qu'elle fut, en raison de son traumatisme précoce.

Les parents se posent des questions sur les possibilités de vie de Willy, ses possibilités de s'insérer dans la société et s'inquiètent surtout de ce qui pourrait lui arriver le jour où ils mourront, le laissant abandonné à son sort ; qui s'occuperait de lui à leur place ? Myriam déclare que parfois, un fort désir de mort s'empare d'elle, comme seule solution possible face à cet enfant qui la pousse aux limites de l'humain, engendrant une souffrance sans nom, qui témoigne d'agonies insupportables. Il semble que Willy actualise en permanence leurs propres souffrances précoces et l'abandon de leurs figures parentales, dans un état de souffrance archaïque, d'impuissance informe, qui les renvoie à leurs propres traumatismes dont ils ne peuvent ni se rappeler, ni signifier avec des mots. Aucune image ne semble être possible, sinon l'horreur face à cet enfant qui se présente à leurs yeux comme une pure monstruosité.

⁴⁴ Fedida, P. (2007). *Humain/Déshumain*. Paris, PUF.

⁴⁵ Freud, S. (1919). *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. (B. Féron, Trans.). Paris, Gallimard, 1985.

⁴⁶ *Op. Cit.* Fedida, P. (2007)

Ce que le silence ne peut nommer : le décès de la grand-mère paternelle

La grand-mère paternelle de Willy vit à la capitale, alors que Willy et ses parents habitent en banlieue, dans la périphérie de la ville, pour profiter d'une meilleure qualité de vie. À l'occasion d'une visite en ville, alors qu'ils doivent effectuer des démarches administratives, les parents de Willy le déposent chez sa grand-mère, la mère de Raúl, afin qu'elle s'occupe de lui le temps qu'ils règlent leurs affaires. Ils lui laissent Willy endormi en espérant qu'il ne cause pas de problème à cette femme d'un certain âge (75 ans). Cependant, les cris de Willy alertent une voisine qui se rend à la maison et trouve la grand-mère effondrée sur le sol, avec peu de signes vitaux. Une ambulance est appelée, mais la grand-mère décède dans la maison avant l'arrivée des médecins. Raúl et Myriam reviennent sur place et trouvent Willy paralysé. Il ne bouge plus et ne répond pas. Les parents supposent que l'enfant a pu se réveiller avant leur retour et qu'il a dû se sentir désorienté, causant une désorganisation chaotique que la grand-mère aura eu du mal à contenir. La voisine ainsi que d'autres personnes qui l'entourent supposent que l'enfant a « tué » sa grand-mère. Aucun témoin ne peut dire de ce qu'il s'est passé.

Depuis cet accident, la grand-mère maternelle prend de la distance avec la famille et refuse d'aider aux soins de Willy par peur de mourir elle aussi. Toutes les hypothèses s'accordent, en effet, sur la supposition que Willy aurait poussé sa grand-mère, qu'il l'aurait fait tomber, provoquant son décès. Le discours médical a diagnostiqué une crise cardiaque comme cause finale du décès. Willy n'en peut rien dire.

Cette situation vitale témoigne de la monstruosité du regard porté sur ce petit enfant, alors âgé de seulement 4 ans, dont la force et la désorganisation auraient tué la grand-mère paternelle. Il n'y a pas d'autre hypothèse possible. *Comment garantir que c'est Willy qui s'est réveillé désorganisé et qui a provoqué l'horreur chez sa grand-mère ? Peut-être que Willy s'est réveillé à cause du bruit de la chute de sa grand-mère et que ses cris étaient une forme d'appel à l'aide ?* Une crise cardiaque peut survenir sans déclencheur spécifique, à tout moment et en tout lieu. Cependant, l'entourage « humain » de Willy semble être fixé sur cette perception de sa brutalité, lui attribuant même le pouvoir de détruire la vie et donc de

contrôler la vie et la mort. Une figure qui prend la forme d'un dieu de la destruction, dont le pouvoir infini menace d'anéantir tout sur son passage.

* * *

Sur les traces de Willy

Willy semble être, au début de sa vie, un bébé normal. Ses parents ont partagé avec nous des vidéos de Willy durant ses deux premières années, dans lesquelles ses premiers pas et mouvements ne présentent pas de difficultés majeures apparentes. Il n'y a cependant jamais eu aucune tentative de babillage ou de parole. Alors que Willy était âgé de 2 ans, un couple d'amis des parents leur demanda si l'enfant avait des difficultés. Surpris et interloqués par la question, les parents en demandèrent la raison. Le couple leur fit remarquer que Willy ne parlait pas, ne semblait pas s'intéresser à ce qui se passait autour de lui, ni écouter. Face à cette appréciation, les parents de Willy prirent conscience des difficultés de leur fils et l'emmenèrent chez un médecin, qui, après des examens, diagnostiqua une légère perte auditive. Ce diagnostic expliquait son silence et son absence, ce qui soulagea les parents. Vers l'âge de trois ans, plusieurs indicateurs de retard de développement psychomoteur commencèrent à apparaître : Willy ne parlait pas, ne contrôlait pas ses sphincters, n'interagissait pas avec les autres. Il ne faisait pas attention, commençait à s'écarter de ses parents quand ils sortaient dans la rue, mangeait avec les mains, n'indiquait pas ce qu'il voulait ou ce dont il avait besoin... quelque chose n'allait pas bien. Puis les stéréotypies apparurent et, à mesure qu'il grandit, ses mouvements désorganisés, ses décharges motrices massives et ses difficultés à être avec les autres commencèrent à devenir manifestes. Les recherches médicales et les processus thérapeutiques d'orthophonie et d'ergothérapie démarrèrent, en vain. Personne ne sait ce qui ne va pas avec cet enfant et son état se détériore de plus en plus.

À l'âge de cinq ans, Willy a été diagnostiqué autiste sévère, avec d'éventuels problèmes cognitifs. Après ce diagnostic, dont l'effet est dévastateur pour le couple parental, les parents consultent la psychomotricienne de notre équipe, adressés par le psychiatre du père. Par ailleurs, à cette époque, les parents sont déjà suivis par un psychiatre qui leur prescrit à tous les deux un traitement pharmacologique à base d'antidépresseurs.

La psychomotricienne les reçoit en téléconsultation, en plein début de la pandémie de Covid-19 et voit Willy qui bouge dans la maison, à travers la caméra. Après la première séance, elle m'appelle pour m'informer de l'urgence de la situation et me demande de participer à la séance suivante en me disant : « *Il faut qu'on le voie ensemble, c'est un enfant qui a des problèmes très graves* ».

À cette époque, je résidais à Londres et eux au Chili, mais comme la pandémie avait déjà commencé, la téléconsultation devenait une pratique courante. Ma première impression a été violente et sans espoir : « *Nous (la psychomotricienne et moi) ne pouvons rien faire pour lui, cet enfant a besoin d'une institution* ». Pourtant, au Chili, on n'a pas d'institutions pour accueillir des enfants présentant de telles difficultés, si sévères. Nous avons expliqué aux parents de Willy qu'il bénéficierait davantage d'une prise en charge pluridisciplinaire et plus fréquente, idéalement tous les jours de la semaine, qu'une fois par semaine n'était pas suffisant, mais que nous ferions de notre mieux. Nous leur avons alors proposé de commencer par deux séances hebdomadaires d'une heure chacune. L'une est destinée à l'accompagnement psychique des parents avec l'analyste, tandis que l'autre est consacrée à l'enfant. Cette dernière se déroule initialement comme une prise en charge en psychomotricité, où parents et enfant participent à la séance. Je participe parfois aux séances de psychomotricité à travers la caméra, en visioconférence, pour réfléchir après coup avec ma collègue aux interventions qu'elle peut mettre en place.

En ce qui concerne le travail avec les parents, il nous semble important de les impliquer dans le processus de soins, notamment car un enfant autiste ou en grande souffrance affecte profondément le lien et l'interaction avec eux. Les parents se retrouvent pris dans des fonctionnements souvent extrêmes, qui vont de la sidération au désespoir et

au désinvestissement de la relation. L'absence de retour de leur enfant et leur propre douleur produisent une perte de leurs capacités à accueillir l'enfant, à le comprendre et à le contenir. Cela entraîne des sentiments dépressifs, de culpabilité, de honte ou d'impuissance, qui les éloignent de plus en plus. Dès lors, le soutien psychique des parents d'enfants autistes vise à restaurer chez eux un sentiment de compétence parentale et la possibilité de reconnaître leur enfant à partir de ses manières singulières d'exister. On travaille également sur la compréhension des affects parentaux afin de les élaborer et de les intégrer psychiquement, pour éviter leur projection vers l'enfant. Par ailleurs, le travail avec les parents nous permet de saisir le récit des épreuves et de la douleur qu'ils traversent, tant les parents que l'enfant, et la manière dont ils se situent par rapport à cette souffrance. Cela nous offre l'occasion d'écouter la manière dont le symptôme s'exprime et se parle à travers la langue maternelle. Il ne s'agit alors pas d'être à la place de l'analyste ou du thérapeute des parents, mais de nouer avec eux une alliance collaborative, qui suppose un travail d'accompagnement tout au long du processus thérapeutique.⁴⁷

L'accompagnement aux parents : Le traumatisme de la langue maternelle

Nous nous retrouvons avec les parents de Willy pour réfléchir ensemble sur leur fils, sur eux-mêmes et leurs vies, démarrant un processus d'accompagnement dans lequel il s'avère possible de travailler sur leurs fantasmes, leurs désirs inconscients, leurs traumatismes infantiles et la transmission qui peut s'actualiser dans leur vie et celle de leur famille. Le père, après avoir participé activement à ces réunions pendant quelques mois, commence progressivement à se retirer, arguant qu'il a son propre espace thérapeutique avec son psychiatre (analyste) et que la mère a besoin de prendre cet espace pour elle, pour travailler sur ses propres conflits avec une plus grande liberté. Toutefois, il participe à certaines séances lorsqu'il se sent concerné par les manifestations de Willy et ressent le besoin d'y réfléchir pour mieux les comprendre. Myriam, soulagée par cette suggestion,

⁴⁷ Mosca F., Garnier A. (2007). « Soignants et parents d'enfants autistes : qui aide qui ? ». Dans *Thérapie Familiale*, (Vol. 28) (4), 503-522.

transforme nos rencontres en son propre espace d'élaboration, ce qui me permet de poursuivre l'accompagnement avec la mère.

La maternité produit chez elle un fort sentiment de violence, dans une position paradoxale qu'elle ne peut ni fuir ni tolérer. Dans ses rêveries maternelles, elle souhaite être une meilleure mère que la sienne, avoir cinq beaux enfants pour s'en occuper, grâce auxquels elle se sentirait comblée en tant que personne. Probablement cherche-t-elle inconsciemment à réparer ses traumatismes précoces. Mais Willy vient détruire ses rêves, limiter ses possibilités, lui montrer le pire d'elle-même, mettant en péril son existence. Elle se sent paralysée dans cette situation qu'elle-même décrit comme impossible, ce qui m'évoque l'image d'elle-même, enfant/bébé assis par terre, incapable d'assurer sa survie. Ses angoisses catastrophiques témoignent d'une agonie primitive qui actualise le vécu du bébé en détresse dans sa position maternelle, se sentant impuissante et abandonnée face aux soins de cet enfant. Sa souffrance précoce prend la figure d'une détresse archaïque, incompréhensible et insaisissable, ce qui traduit un véritable traumatisme produit par l'abandon de l'autre primordial qui ne pouvait pas s'occuper d'elle ni la contenir.

Il m'est facile de m'identifier à elle, de comprendre sa souffrance et d'entrer en résonance avec elle, ainsi qu'avec les vicissitudes de sa vie quotidienne avec cet enfant si difficile à aimer et à soigner. Je ressens un sentiment de compassion authentique pour la souffrance de cette femme, qui semble être une petite fille à la dérive dans cette situation impossible. Cela m'amène à me situer dans une position maternelle, contenant ses angoisses et l'excès des affects qui surchargent son appareil psychique, affectant ses processus émotionnels et de pensée.

Une série de questions se posent sur sa vie, son enfance, sa relation avec son mari, Willy et son fils aîné qu'elle a l'impression d'avoir abandonné pour s'occuper de Willy : *Qu'est-ce que Willy actualise de sa propre blessure narcissique précoce, de son traumatisme d'abandon ? Voudrait-elle abandonner cet enfant monstrueux, en revisitant à chaque moment de désespoir la douleur et l'impuissance de son propre abandon précoce ? Et si elle l'abandonne, qui pourra aimer un enfant comme le sien ? Et si elle meurt ?* La mort était chez

elle un fantasme assez récurrent, quand la vie avec Willy devenait insupportable, elle lui apparaissait la seule solution définitive à sa souffrance.

Nous commençons à élaborer ses questions, ses fantômes, à partager ses sentiments violents sur sa maternité, le rejet envers son mari qui ne la soutient pas suffisamment, sa mère qui ne l'aide pas dans la prise en charge de ses enfants, et qui même s'éloigne de plus en plus d'elle. Son manque d'espoir, son état dépressif, son fort sentiment d'échec et de culpabilité et son désir de mort comme mécanisme d'évasion prennent le devant de la scène. L'espace d'accompagnement est d'abord un lieu où elle peut décharger son malaise, expulser sa souffrance, ce qui lui permet de reconnaître et de nommer sa frustration et la violence qu'elle ressent. Au bout d'un certain temps, cet espace semble se transformer en un lieu d'articulation de ses affects et de ses pensées, prenant progressivement d'autres formes que l'impuissance et l'horreur. Nous constatons chez Myriam une subtile transformation de sa position maternelle où affleure la dimension du désir pour son fils, ce qui facilite ses fonctions de contenance. Une certaine synchronie affective semble également débuter. Cela ouvre à son tour la possibilité d'une rêverie maternelle, qui permet de voir Willy sous un autre angle, moins pathologisant et surtout moins menaçant. En se différenciant de sa mère biologique qui l'a négligé pendant ses premières années de vie, elle décide de soutenir son enfant, même quand le prix semble parfois insupportable.

Cependant, son sentiment d'exister oscille de manière ambivalente, dépendant directement de l'état affectif de Willy. Lorsqu'il est plus organisé, les choses semblent s'arranger pour Myriam et une perspective plus douce et plus harmonieuse de la réalité se profile. Lorsque Willy est plongé dans le chaos de son existence, l'angoisse pénètre et envahit son propre espace physique et psychique, balayant toute possibilité d'espoir.

Vers la fin de la première année de cet accompagnement, je retourne habiter au Chili. Je commence alors à m'impliquer dans la prise en charge de Willy, d'abord en travail conjoint avec la psychomotricienne, puis de manière individuelle, sans pour autant interrompre les rencontres hebdomadaires avec sa mère. À ce stade, le cadre subit un changement. Nous

passons de deux séances par semaine à trois : une avec la mère (ou les parents), une avec Willy en psychomotricité et une avec Willy et l'analyste le même jour, juste après la séance en psychomotricité, pour leur faciliter le déplacement jusqu'à la capitale qui leur prenait environ quatre heures aller et retour, ce qui était parfois insupportable pour Willy. Au début, la psychomotricienne et moi-même sommes ensemble dans la pièce, ainsi que les parents. Ensuite, nous avons une séance chacune, la psychomotricienne commence généralement et j'arrive à la fin de sa séance pour prendre le relais.

Le cadre du processus psychothérapeutique a été modifié tout au long de la première année de thérapie, d'une part en raison de la contingence du covid, de mon séjour hors du Chili et de l'autre par des modifications apportées aux possibilités et aux besoins de Willy et de sa famille. Après cette première année d'une certaine instabilité, nous sommes parvenus à un cadre plus fixe de trois séances par semaine, qui est le cadre actuel.

Première séance en corps : une rencontre inattendue

La salle où se déroulent les séances est un lieu chaleureux et vivant, où nous disposons d'un grand espace avec des objets pour le travail corporel et ludique : une piscine à balles, une balançoire sensorielle et un grand miroir qui occupe tout un mur de la pièce. Une présence colorée, avec des couvertures et des coussins à disposition des enfants, offre un environnement propice à l'expression et à la création.

Willy était déjà en partie familiarisé avec mon image bidimensionnelle grâce à ma présence en téléconsultation. Quand ils arrivent au cabinet, j'ouvre la porte pour les accueillir. Ce sont d'abord ses parents qui rentrent dans la salle. La mère de Willy me serre dans ses bras en signe d'émotion face à ma présence, lorsqu'elle me voit pour la première fois physiquement. Je me permets de répondre à leur salut affectueux, sans trop d'alternative. Willy entre ensuite. Je pense qu'il me reconnaît, car il me sourit. Je m'appuie sur tout mon dos au mur du petit couloir afin de ne pas envahir son espace. Il s'approche de moi, me regarde de près assez vite et rentre dans la salle.

Willy connaît bien le lieu, c'est la même salle où il travaille avec la psychomotricienne, qui est également présente à ce moment. Il se dirige directement vers une chaise près de la grande fenêtre de la pièce, prend la chaîne du rideau et commence à la faire tourner en forme de spirale descendante. La psychomotricienne commente que ce mouvement lui est habituel ; à chaque fois qu'il entre dans la salle, il se dirige vers le même espace physique, s'appuie sur la même chaise et fait le même mouvement. Je comprends alors que cette partie de l'espace représente un « point de repère » pour lui et j'observe attentivement les mouvements oscillatoires qu'il fait avec la chaîne. Ils me semblent être une tentative de maintenir la verticalité de son corps dans l'espace à travers le mouvement de l'objet. Il porte normalement une ficelle dans sa main avec laquelle il fait des mouvements similaires, ce que j'ai observé à plusieurs reprises à travers la caméra. Cependant, la chaîne fait partie de la salle, elle est ancrée à la partie supérieure du rideau, ce qui me fait penser que c'est peut-être une forme matérielle de s'accrocher à notre espace, en délimitant son propre territoire. Puis il se lève et se dirige vers le milieu de la salle. Il apporte avec lui sa ficelle, qu'il tient dans sa main droite, en la faisant tourner de la même manière que la chaîne du rideau, tout en maintenant cette ficelle toujours en mouvement devant son corps. En même temps, sa main gauche fait des mouvements rigides et saccadés vers l'espace de la ficelle, comme s'il essayait de toucher cet espace sans oser le traverser. Il ne la touche jamais. Cependant, les deux mouvements semblent fonctionner en parallèle et de manière désordonnée, sans une synchronisation évidente, ce qui suggère un manque d'intégration des deux moitiés du corps⁴⁸. Cette circularité semble permettre d'une part de délimiter son propre espace et, d'autre part, d'affirmer la verticalité et la tonicité de son corps ainsi que de maintenir une présence vivante à partir du mouvement de l'objet. Plus qu'une stéréotypie qui se répète sans but, ces mouvements suggèrent une tentative de produire des boucles de retour⁴⁹ à partir de l'objet, lui permettant d'avoir une image motrice capable de le soutenir là. Il a l'air content et calme. Depuis qu'il est arrivé dans la salle, il maintient un son vibratoire dans sa

⁴⁸ Haag, G. (2018). *Le Moi corporel. Autisme et développement*. Paris, PUF

⁴⁹ Haag, G. (2009). « Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile ». Dans *Enfance*, 2009/1, (1), pp. 121-132.

gorge, un ton monocorde et de registre bas, qui me paraît similaire à une lettre A, bien que sa bouche ne soit que légèrement ouverte et que la voyelle ne soit pas entièrement formée.

Parallèlement à cette scène, les adultes présents dans la salle discutent entre eux, les parents et la psychomotricienne. Le bruit qui en résulte devient envahissant. Pendant un instant, je détourne mon regard vers les adultes, en silence, prise dans un moment de déconcentration face au volume élevé de leurs voix. Soudain, Willy se désorganise et commence à crier. Il traverse alors rapidement la pièce d'un côté à l'autre, se déplaçant de manière désespérée et sans sens apparent, jusqu'à ce qu'il sorte de la salle et commence à se frapper la tête contre le mur du couloir. Le rythme de ses déplacements s'accélère sous l'effet d'une excitabilité croissante et l'environnement sensoriel devient de plus en plus chaotique. Sa désorganisation soudaine et la violence de ses mouvements, ses cris et ses coups me laissent perplexe. Ses parents essaient de le retenir physiquement pour éviter qu'il ne se frappe, sans succès. Après plusieurs minutes de chaos qui paraissent éternelles, la mère parvient à le ramener dans la salle avec beaucoup de difficulté, l'installe par terre sur un tapis en position fœtale et se place derrière lui, près de son corps, lui donnant un biberon de lait. Il commence à se calmer. Je me demande en silence ce qui a pu le faire s'effondrer à ce point : *est-ce ma présence, qui était la seule variable nouvelle ?* Je pose la question en chuchotant à la psychomotricienne qui m'assure que la même situation s'est produite lors de la séance précédente, que l'enfant s'est soudainement désorganisé et qu'un monsieur d'un autre cabinet a frappé à la porte pour proposer son aide.

Willy demeure partagé entre de forts gémissements et de courtes secondes de calme. Pour décompresser son démantèlement sensoriel, je propose d'éteindre la lumière afin de réarranger l'espace et de diminuer la stimulation externe. C'était un beau matin d'hiver, le soleil entrant par la grande fenêtre de la salle apportait une lumière naturelle suffisante. Cela semble l'aider et il commence à se calmer progressivement, tout en poursuivant ses cris de souffrance et ses mouvements désordonnés, mais sans se déplacer.

L'atmosphère de la salle semble lourde et difficile à supporter, plongée dans un silence pesant, traduisant quelque chose d'un vide irreprésentable, comme si la désorganisation de

Willy avait traversé chacun d'entre nous, comme un ouragan qui emporte tout sur son passage et laisse les débris morts de ses conséquences.

Je ressens une forte pression à intervenir, sans savoir quoi dire ou faire. J'avais déjà vécu des situations similaires dans mon travail avec des enfants autistes et psychotiques, mais toujours en institution, ce qui permettait un type de contenance et de prise en charge différent. L'institution permet de soutenir d'autres modes de présence, médiés par l'altérité que représente l'institution et le soutien d'un travail collectif interdisciplinaire. Comme je l'avais mentionné dès le début, tant aux parents qu'à la psychomotricienne, cet enfant avait besoin d'une institution, d'un réseau qui puisse mettre en œuvre une fonction de contenance et de régulation de ses manifestations chaotiques ; nous, individuellement, ne pouvions pas faire grand-chose, du moins c'est ce que je pensais à l'époque. L'option que nous avions était de rejeter le travail avec eux, ce qui était sûrement dans nos esprits, mais que nous trouvions éthiquement insoutenable et inhumain. Par conséquent, il fallait être là, même si nous étions d'une certaine manière à la dérive et sans recours suffisants.

Bien que nous soyons quatre adultes et un petit enfant de cinq ans, ce qui aurait dû être facilement gérable, la violence de cette crise nous laisse impuissants et terrifiés. Nous semblons tous paralysés et ma place, située dans l'illusion d'une position de savoir, exige une intervention, même si je ne trouve ni dans mon espace psychique ni dans ma pensée aucun référent qui me donnerait accès à un tel « savoir-faire » avec. Dans mon esprit, il n'y a qu'une seule chose : une comptine infantile très connue au Chili dans les années 80 (les adultes de la salle la reconnaîtraient sûrement), qui articule simplement les voyelles, en les chantant l'une après l'autre. Mais *comment chanter après un événement comme celui-ci ?* Une analyste est supposée faire des interventions intelligentes et efficaces... J'hésite à chanter, car cela me semble inapproprié et j'ai aussi peur de déclencher un nouvel épisode. *Que se passerait-il avec Willy ? Tolérerait-il ma présence, ma voix ?*

Sous la pression interne d'intervenir et sans rien d'autre en tête, je m'installe dos au sol, sans réfléchir, dans la même position que Willy, à environ deux mètres de lui, en silence. Willy répétait par intermittence sa vibration dans la gorge, prenant parfois une forme que je

rassemblais en une lettre A. Probablement est-ce cette similarité qui me fait penser à la comptine des voyelles, qui commence justement par cette lettre. Sa vibration informe semblait être une forme de manifestation de sa présence, lui permettant de ressentir la vibration dans son espace intérieur et de rassurer ainsi son sentiment d'exister. Mais cette vibration était considérée par les parents comme un bruit étrange et désagréable qui se répétait en permanence, vidé de toute possibilité de signification.

Très timidement et presque en chuchotant, je commence à entonner la lettre A au rythme de la comptine dans une mesure à cinq temps : trois pour monter, puis deux pour descendre. Willy arrête sa vibration d'un coup. J'attends... Willy entonne à nouveau sa voix, cette fois dans une tonalité légèrement différente, qui ressemble à un A aigu. Même si elle reste monotone, la tonalité se transforme. Lorsqu'il se tait, je prends le relais et lui renvoie mon Aaaaa dans le même rythme de cinq temps et j'arrête, tout en réduisant prudemment la distance qui nous sépare, en me glissant sur le sol vers lui. Nous continuons dans cette dynamique. Puis, j'essaie de passer à la lettre suivante de la chanson : « E », mais Willy me regarde d'un air désapprobateur. Je comprends alors que c'est l'A, notre lettre en commun, et j'y retourne, cette fois mon corps physiquement assez proche de lui. Il tourne son visage, qui était orienté vers le plafond, pour me regarder, me fait un grand sourire et appuie sa tête sur mon bras étendu. Je suis profondément émue par ce geste. Ma surprise et mon émotion sont évidentes, et je lui dis alors d'une voix très aiguë, comme si je parlais à un bébé sur un mode proche du « mamanais » : « *Salut Willy, je suis contente de te rencontrer* ». Willy réagit avec étonnement à notre rencontre, sautant sur le sol de tout son corps, souriant et entonnant sa lettre A, dans un rythme plus proche du mien.

Une émotion esthétique émerge de ce moment partagé, qui change notre manière d'habiter l'espace, pour nous rencontrer dans une reconnaissance mutuelle, dans le sens d'une ressemblance du semblable⁵⁰. Son sourire, son regard, sa mélodie et sa tête appuyée sur mon bras me touchent émotionnellement, dans un sentiment de tendresse qui me permet de voir cet enfant sous un autre angle, comme un sujet autre, différent de celui de l'enfant sauvage. Une émotion esthétique vient alors se substituer au sentiment

⁵⁰ *Op. Cit.* Fedida, P. (2007).

d'effondrement, produisant en nous ce que Deligny appelle un « geste d'espèce »⁵¹, qui témoigne du lien archaïque existant entre les corps humains vivants, parlants ou non.

Il revient ensuite dans l'espace et s'assoit les jambes grandes ouvertes, déplaçant son tronc vers l'avant et revenant au centre, dans un mouvement de balançoire. Je lui emboîte le pas en imitant ses mouvements. Je m'assois près de lui, les jambes bien ouvertes et le tronc bien droit, et je chante la lettre A avec une autre mélodie, légèrement différente, mais en gardant la même mesure. Un jeu mélodique de « Aaaaa » commence alors à se déployer comme un discours sans parole, articulant deux voix, peut-être deux sujets. Cette rencontre a un impact sur son tonus corporel, manifesté par son redressement tonique, qui lui donne le sentiment d'être bien là, dans son corps, de réhabiter son corps en même temps que l'espace, restaurant son sentiment d'existence.

Autour de nous, à une bonne distance, se trouvent les parents et la psychomotricienne, mais j'ai la sensation qu'il n'y a que lui et moi dans la pièce. J'ai complètement oublié leurs présences, et surtout ce « supposé savoir » qu'on m'avait attribué. Je suis simplement là, investie par les effets de cette rencontre inattendue, sans positions ou connaissances. Les parents assis par terre, dos au mur, n'émettent aucun son ; ils semblent perplexes. La psychomotricienne, captivée par la scène devant ses yeux, prend l'appareil vidéo, qui est toujours disponible, et commence à enregistrer le moment présent afin de l'inscrire et le garder dans la mémoire de l'appareil.

Une résonance affective s'est mise en place dans le partage de ce moment sensoriel doté d'une rythmicité conjointe, à partir de laquelle une reconnaissance mutuelle devient possible. La résonance de nos voix fait vibrer la salle, créant des effets esthétiques qui affectent également les autres adultes présents, qui observent la mise en scène de cette musicalité, comme une vraie composition artistique. Ils se laissent emporter par les effets de beauté de cette rencontre tellement inattendue.

⁵¹ Deligny, F. (1979). *Les détours de l'agir ou le moindre geste*. Dans *Œuvres*. Paris, L'Arachnéen, 2007.

Je pose délicatement un doigt sur le dos de Willy, que je glisse de haut en bas, à la recherche d'un support sensoriel pour assurer son sentiment d'unité et de continuité, un « plan arrière »⁵², à un niveau très subtil qui ne l'envahit pas. Cette sensation encore inattendue l'arrête dans son chant et l'immobilise, comme s'il attendait mes mouvements subtils sans bouger pendant quelques secondes. Je me demande s'il aime bien cette sensation sur son dos, mais comme il ne la rejette pas, je suppose que c'est quelque chose de nouveau pour lui, et qu'il se permet de le sentir. Doucement, il tourne la tête pour me regarder et laisse tomber sa lourde tête sur mon épaule pendant une fraction de seconde. Son geste m'étonne et me touche, très profondément. Il se récupère et me sourit en me regardant et je m'entends dire la même phrase qu'auparavant sans y réfléchir, avec la même surprise de la première rencontre : « *Salut Willy, je suis ravie de te rencontrer* ». Je me trouve encore surprise par la beauté des petits éclats d'émotion qui accompagnent la rencontre avec *ce gamin-là*.

Au milieu de cette crise très difficile, une rencontre commence à se tisser. La surprise et le plaisir partagés nous permettent de nous détacher des autres et du contexte, pour nous laisser porter et surprendre par cet instant de beauté. Cette rencontre, par le rythme de la voix, nous permet de tisser les premières traces d'une reconnaissance mutuelle : un premier fil du lien, fragile et authentique.

Il se sépare de moi en glissant son corps vers l'arrière et en ouvrant une distance nette entre nous, à laquelle je réponds également. Je prends une ficelle et je la fais bouger en cercle devant moi, voulant exprimer dans son registre qu'il semble avoir besoin d'espace. Il prend ma ficelle par l'autre bout, je la pose et il commence à la faire tourner en cercle.

Nous avons ainsi réussi à dépasser la douleur de cette « crise » informelle, du chaos et de l'angoisse qui nous traversait au plus profond de notre être humain, dans ce fort sentiment de détresse qu'aucun d'entre nous ne pouvait nommer, penser, représenter ni supporter. Pendant des mois, les crises en séance se sont arrêtées. Willy pince fréquemment ses doigts contre sa peau, laissant des traces qui dérangent profondément ses parents, mais il ne se tape plus la tête contre le mur ni ne se désorganise sensoriellement. Son déplaisir devient plus localisé et maîtrisable, ce qui nous permet de le contenir et de le métaboliser.

⁵² *Op. Cit.* Haag, G. (2018)

A partir de cette séance, un rythme s'esquisse, donnant lieu à un rythme commun et partagé, qui nous permet de reconnaître quelque chose de semblable en lui, et probablement aussi en nous. Willy chante comme la première fois à chaque séance, lui et moi chacun à sa manière et sur son propre ton, en modifiant et intensifiant le rythme et la mélodie en fonction de ce que nous essayons de transmettre. Un dialogue vivant, en dehors des mots, émerge, chargé d'un sens affectif, que nous pouvons ressentir dans notre expérience partagée et qui laisse des traces qui semblent s'inscrire dans l'esprit de l'enfant. Parfois, je commence la mélodie, il me regarde tranquillement, m'écoute, j'attends... il répond à son rythme et en fonction de son état émotionnel. Parfois, il crie les Aaaaa avec beaucoup de douleur ; d'autres fois, avec beaucoup d'enthousiasme il saute et bouge de tout son corps dans une sorte d'excitation mobilisée par le désir et le plaisir de la rencontre. Il me cherche, je le cherche, parfois nous nous rencontrons, parfois nous nous croisons, mais sans perturber son espace psychique. La musicalité de ma voix semble avoir un effet organisateur sur lui, qui le calme... Le bruit s'inscrit alors dans un rythme pour devenir un son, un appel, une invocation. C'est ainsi qu'un rythme s'esquisse « *À se répéter ainsi, trajets, gestes, sons, les objets s'organisent en circuit et un espace sensoriel se tisse* »⁵³.

Analyse de la séance :

Tout d'abord, il est important de mentionner que l'analyse et l'élaboration de cette séance, ainsi que de l'ensemble du cas de Willy, est le résultat d'un travail de réflexion collective, auquel différents professionnels ont participé à différentes instances. Ceci s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche mené par mon directeur de thèse (nous approfondirons ce point à la fin du cas), des réunions cliniques entre les professionnels qui travaillent avec Willy dans notre institution et de l'espace de supervision clinique avec Chantal Lheureux-Davidse.

L'analyse de cette séance comporte plusieurs aspects qui ouvrent des pistes fondamentales dans le travail clinique auprès des enfants autistes et des bébés en souffrance.

⁵³ *Op. Cit.* Deligny, F. (1979).

Nous souhaitons notamment souligner l'émotion esthétique partagée, la synchronie affective, la surprise de la rencontre, la présence de l'analyste, la place de la voix et son articulation avec le circuit de la pulsion, le travail de la sensorialité, la dimension transféro-contre-transférentielle et les effets de la rencontre sur le devenir du sujet. Nous proposons d'articuler ces différents aspects autour de la place de la voix, qui, bien qu'elle fût initialement un objet de chaos et de déplaisir, nous semble être un vecteur de sens et de rencontre, constituant un axe transversal à l'ensemble de la séance.

Or, le premier point qui apparaît dans notre réflexion après cette séance est la question des éléments possibles qui déclenchent les angoisses massives de Willy : le déchargement violent de son corps et le démantèlement sensoriel. Initialement, il paraissait calme et organisé dans ses mouvements répétitifs, trouvant un moyen de se situer dans l'espace. Cependant, soudain, ses gémissements se sont intensifiés, son corps s'est déformé, prenant la vitesse et l'intensité d'une décharge massive, comme un malaise insupportable qu'il devait évacuer, rejeter hors de lui. Ces mouvements chaotiques nous renvoient l'image d'« un corps sans organes »⁵⁴ qui ne cesse de défaire l'organisme, de faire passer et circuler des particules asignifiantes, comme des pures intensités.

Nous émettons l'hypothèse que les voix des adultes présents dans la salle deviennent lourdes et envahissantes et que leurs échanges « hors sens » à l'égard de l'enfant sont ressentis comme un bruit insupportable qui fait effraction. Willy est alors pris par l'intensité de cette voix massive et indifférenciée qui, ne pouvant ni être maîtrisée ni tolérée, tombe sur son corps et l'agite de mouvements incontrôlables. Cela suggère de considérer la violence du signifiant imposé par l'Autre en l'absence de tout message, où le débordement semble se produire, où « ça parle », en défaut d'appel et en dehors du sens⁵⁵.

Aussi soudaine que sa crise, ses gémissements et ses mouvements nous paralysent dans un silence abrupt, sa souffrance tombant dans le vide d'un non-retour. Elle revient sur lui comme un cri qui le transperce et le terrifie, un écho de sa propre douleur qui, ne pouvant être ni adressée ni comprise par l'autre, revient sur son corps sous forme de destruction.

⁵⁴ Deleuze, C., Guattari, F. (1980). *Mille Plateaux*. Éditions de Minuit.

⁵⁵ Bergès, J. (2016). « Le corps dans la neurologie et dans la psychanalyse ». Dans J. Bergès, *Le corps dans la neurologie et la psychanalyse (NE): Leçons cliniques d'un psychanalyste d'enfants*. (p. 28-103). Toulouse, Érès.

Lorsque le silence envahit l'espace, Willy ne rencontre aucune réponse, renvoyant le cri dans le registre du réel, champ de l'impossible⁵⁶.

En y réfléchissant après coup, en revenant à ce moment critique, nous réalisons que la désorganisation de Willy se produit précisément au moment où l'analyste détourne son regard de lui pour le diriger vers les adultes dans la salle. Les voix dans l'entourage semblent aussi envahissantes pour l'analyste, peut-être en résonance avec les ressentis de l'enfant. Cela évoque l'idée d'une transmission d'inconscient à inconscient⁵⁷, dans laquelle les éléments bêta du patient, c'est-à-dire ses affects bruts, peuvent être transférés à l'analyste. Le détachement du regard de l'analyste, qui cesse de soutenir la présence de l'*infans*, paraît le précipiter dans le chaos d'une stimulation auditive qui devient excessive et qui s'empare de son corps en le démantelant sensoriellement. Cela fait référence à l'importance de la présence de l'analyste et de sa capacité à être réceptif aux affects et aux expériences de l'enfant, en soutenant leurs manifestations. Cette présence implique d'« être-là » dans l'instant et d'être capable de repérer et de refléter ses vécus, afin qu'il se sente entendu et compris. De cette hypothèse, nous pouvons déduire l'importance de l'attention et de la disponibilité de l'analyste comme support du sentiment d'exister de l'enfant, le protégeant contre l'angoisse de l'effondrement. De fait, nous avons confirmé cette hypothèse lors d'une nouvelle rencontre avec Willy quelques mois plus tard, où, au milieu du dialogue musical avec l'analyste, cette dernière prend un temps plus long que d'habitude avant de lui répondre par sa voix, procurant un espace où les parents pourraient eux-mêmes répondre à l'invocation de leur enfant. Cependant, cet intervalle légèrement prolongé a conduit Willy à se désorganiser à nouveau, entrant dans l'angoisse d'une expérience insupportable, bien que significativement moins chaotique que la précédente. Cela nous permet de supposer l'importance de la présence de l'analyste qui, incarnée dans ce cas par sa voix, peut répondre à la demande de l'enfant, articulant sa voix comme un appel, le lieu d'un désir qui demande à être entendu.

⁵⁶ Idem.

⁵⁷ Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London, Heinemann.

Nous constatons ainsi que, d'une part, la voix non dirigée et dénuée de sens produit l'effraction de Willy, mettant en péril son sentiment d'exister, et que, d'autre part, la musicalité de la voix, qui entre en résonance avec ses affects, lui permet de s'organiser, transformant le cri en appel. La puissance émotionnelle de la musicalité de la voix implique une régression profonde vers des vécus non représentés, remontant aux origines affectives des temps archaïques, ce qui peut avoir des effets d'organisation et de plaisir ou, au contraire, d'angoisse et de détresse⁵⁸.

Dès lors, la voix de l'analyste, au lieu de l'autre maternelle, est devenue pour Willy un appel, une invocation, qui résonne en lui et l'invite à répondre. L'affect informe et débordant trouve ainsi un objet dans la voix de l'autre, ce qui permet son intrication avec la pulsion, qui s'organise dans un circuit d'aller-retour qui a pour effet la transformation de son cri en appel. Ce mouvement d'intrication permet d'articuler la pulsion à l'objet, établissant le troisième temps du circuit pulsionnel défaillant dans l'autisme, l'émergence du désir dans la relation à l'autre devenant possible. Dans la construction du circuit pulsionnel invocant, l'*infans* doit être appelé, mais il doit aussi pouvoir répondre en appelant, pour que le désir puisse s'installer et donner lieu à l'expérience partagée qui rend la rencontre possible. La voix de Willy et celle de l'analyste deviennent alors un objet de désir, processus fondamental dans le devenir du sujet.

Le bruit se transforme et s'inscrit ainsi dans un rythme commun pour devenir son, dans une synchronisation affective, permettant à l'enfant d'être reconnu, de se re-connaître et de reconnaître en même temps une forme possible d'altérité. Cette reconnaissance mutuelle permet de créer un espace sécurisé dans lequel l'enfant peut progressivement se détacher d'une dynamique impossible dans laquelle il doit choisir entre lui-même et la relation qui semble alors le faire disparaître.

De ce fait, un rythme commun se dessine, nous permettant un premier niveau d'organisation de l'expérience dans une forme de temporalité, qui rend possible de co-habiter dans le temps et l'espace de la relation. Ce rythme devient un véritable dialogue hors

⁵⁸ Hébert, F. (2015). « Rythme, chant, gestes : un langage pour l'autiste ». Dans F. Hébert, *Rencontrer l'autiste et le psychotique: Jeux et détours* (pp. 181-220). Paris, Dunod.

parole, permettant une certaine régularité dans le lien à l'autre et l'anticipation de ses mouvements, ce qui favorise la continuité du sentiment d'exister.

La rencontre s'avère ainsi être constituante d'un lien entre le petit patient et l'analyste où l'expérience peut s'inscrire à partir d'un affect partagé. Dès la rencontre, quelque chose se noue et c'est précisément à travers ce qui se noue que nous pouvons reconnaître un sujet⁵⁹.

Une autre remarque qui nous paraît fondamentale dans la forme que prend la scène est la place de la surprise. La surprise est l'une des caractéristiques de l'infantile, qui nous permet de découvrir et de connaître le monde, ainsi que de l'investir affectivement. La surprise qui émerge chez l'analyste le met en contact avec l'infantile en lui-même, lui permettant de sortir de sa fonction habituelle et de se laisser imprégner par l'inattendu qui survient dans la rencontre. Ces moments de surprise, dans lesquels l'analyste se retrouve dépourvu de savoir, constituent un espace propice pour répéter en réorganisant ce qui a entraîné la souffrance, ce qui ouvre la possibilité de changer de position pour se reconnaître autrement⁶⁰. Face à l'expérience inattendue de la violence pulsionnelle infantile, qui est toujours imprévisible, la surprise nous permet de resituer l'affect dans le corps et de renouer l'affect dans la reconnaissance de l'autre et de soi-même. Elle transforme ainsi les intensités informes en une première forme de figurabilité et devient alors un organisateur de la relation. Cela favorise la rencontre, laquelle fait inscription lorsqu'elle se fait en dehors des champs du connu et du représentable.

Toutefois, cette surprise ne peut se produire que dans le cadre stable et fiable de la présence de l'autre, qui garantit les conditions de continuité qui font de cette surprise une inscription et lui donnent une valeur symbolique. La surprise donne ainsi lieu à une différence là où il n'y avait que répétition⁶¹.

⁵⁹ Humphreys, D., Diban, M. (2023). « La ritournelle de la rencontre : présence et fantasmatisation de l'analyste dans la clinique de l'informe ». Dans *Enfances & Psy*, 98, 53-63.

⁶⁰ Humphreys, D. (2019). « Les modes de présence dans l'intrication pulsionnelle. » Dans *Le Coq-héron*, 236, 53-65.

⁶¹ Op. Cit. Humphreys & Diban (2023).

La dimension transféro-contre-transférentielle :

Dans cette clinique où le langage est dépourvu de toute production discursive et du sujet de l'inconscient, la dimension transféro-contre-transférentielle se joue principalement au niveau des effets de l'affect et de la pulsion sur les corps, dans un registre sensori-moteur. Confrontés à la souffrance informe et à la fragilité de l'enfant, des aspects archaïques et irreprésentables de nous-mêmes ainsi que notre propre détresse surviennent, nous bousculant alors dans notre position professionnelle, mais surtout humaine.

Sans la médiation du langage pour appréhender et penser la violence de cette désorganisation et face au manque d'un savoir-faire pour traiter la situation, un sentiment d'impuissance émerge et s'installe au cœur de la dimension transférentielle. La violence de la désorganisation de l'enfant suscite chez le thérapeute des sentiments persécuteurs et de résistance contre-transférentiels, qui prennent souvent la figure du « rejeter-hors-soi »⁶², comme un mécanisme de survie archaïque qui se traduit par un besoin impératif de fuir le chaos et d'éviter à tout prix la souffrance des angoisses qui se manifestent à travers le corps de ces enfants et qui nous impactent directement, tant sur le plan physique que psychique. Il me semble qu'en travaillant avec des enfants autistes gravement désorganisés, l'illusion d'omnipotence infantile, qui sous-tend probablement une grande partie du travail clinique, se brise en mille morceaux.

Au niveau du contre-transfert, cette scène clinique m'a plongée dans un état d'angoisse paralysante. L'intensité et la désorganisation des affects de Willy ont envahi mon espace corporel et ma pensée, mettant en péril mon espace psychique. Comme un événement sans précédent, que je ne pouvais ni codifier ni intégrer et que je pouvais à peine tolérer. Un véritable sentiment d'*Hilflosigkeit* envahit alors l'espace, traversant nos corps et nos possibilités d'action, ce qui prend la forme d'un vide d'expérience/existence, un « trou noir » que nous ne pouvons contourner qu'à partir de l'horreur et du désespoir. Cela nous amène à supposer, a posteriori, que l'intensité de l'affect de Willy atteint l'analyste dans un lieu inconscient du non-représenté et du difficilement représentable.

⁶² Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris : PUF.

Mi-Kyung Yi fait remarquer que :

« Lorsque le moi de l'analyste subit, par assaut ou par érosion, l'action transférentielle désintégrant qui attaque son activité de pensée, voire son sentiment d'identité stable, il se cherche, parfois pour se découvrir et souvent pour se construire. Dans ces temps difficiles, l'heure est au contre-transfert qui devient l'objet analytique par excellence »⁶³.

C'est à ce moment-là, lorsque je me suis trouvée paralysée et sans recours, qu'une comptine d'enfant a commencé à résonner dans mon esprit, probablement comme ma seule ressource, sans vraiment y réfléchir. Après coup, nous pouvons supposer que cette comptine était le produit d'un mouvement inconscient, qui faisait référence à une expérience archaïque liée à ma propre histoire, dans une tentative d'envelopper et de contenir l'intensité de l'affect et du chaos qui régnait dans la salle.

Après cette séance, en parlant de l'impact de cette première rencontre avec Willy dans ma propre analyse, j'arrive à associer que la musicalité de la voix a été le moyen d'organiser mes expériences affectives depuis très tôt dans mon existence, ce qui renvoie à la figure de ma mère qui me chantait des berceuses pour m'endormir. C'est cette femme qui m'a appris à chanter et qui a inscrit ma voix, comme un vecteur d'affects à partager. La musicalité de ma voix chantée porte ainsi mon histoire et mes affects, me renvoyant une image sonore de moi-même qui fait enveloppe et donne continuité à mon existence. Cela me permet de rétablir mon propre espace de contenance psychique pour faire face à cette motion informe et pour retrouver la possibilité de penser et d'être là, sans plonger dans le chaos et la confusion des angoisses primitives qui imprégnaient l'espace.

Comme mentionné dans l'avant-propos de cette thèse, lors de la rencontre avec ces bébés en grande souffrance, ma voix m'a aidée à les apaiser et à me calmer moi-même, à soutenir un lieu d'accueil et d'accompagnement, alors que je n'avais ni les connaissances ni les moyens cliniques pour soutenir ma présence. Dans cette scène clinique, je me retrouve

⁶³ Yi, Mi-Kyung (2015). « Un moi d'enfer : l'enfant impossible », Dans *L'enfant impossible*. Paris, PUF.

encore dans la même situation de détresse et d'impuissance face à la possibilité de « faire quelque chose » pour traiter l'intensité de ces expériences de souffrance extrême.

Dans ce cadre, l'articulation de nos voix, Willy et moi, nous a menés vers la possibilité d'une première rencontre au cours de laquelle nous avons réussi à nous *re-connaître*. Nous nous sommes laissé emporter et surprendre par un instant affectif qui a suscité l'émerveillement en chacun de nous. Mes sentiments et mes affects contre-transférentiels prennent alors une certaine tournure face à l'authenticité et à l'émotion profonde de cette rencontre inattendue, dans un effet de transformation qui me permet de récupérer mon espace psychique et ma pensée, et qui restitue chez Willy le sentiment de continuité de son existence, parvenant à s'organiser. Reconnaître chez Willy quelque chose du semblable, de ce que l'on peut partager dans une rencontre possible, restaure le sentiment d'unité et de continuité dans le corps, l'espace et le temps, non seulement de l'enfant mais aussi de l'analyste. De fait, le sentiment d'impuissance et de frustration face à la monstruosité de cet enfant-ouragan a laissé place à un sentiment de profonde tendresse, auquel je ne m'attendais pas. Cette transformation dans la dimension transféro-contre-transférentielle nous a permis de reconnaître l'enfant dans ses productions singulières et son émergence en tant que sujet de désir, qui mérite d'être regardé, accompagné et soutenu. La rencontre s'avère ainsi un préalable, une condition nécessaire pour établir un ancrage du transfert.

Dans ma position d'analyste, cette transformation devient possible, surtout lorsqu'un sentiment de tendresse et de compassion émerge dans la relation avec l'enfant, me permettant alors de soutenir mon travail face aux souffrances précoces. Bien que le mot compassion ait de multiples significations, dont certaines d'ailleurs très religieuses, ce sentiment évoque quelque chose de l'ordre du « sentir avec »⁶⁴. Selon sa définition, le terme compassion désigne la perception et la compréhension de la souffrance de l'autre, ainsi que le désir et l'action d'alléger, de réduire ou d'éliminer cette souffrance. En outre, la *compassion* suggère une passion avec, où la passion fait appel à l'intensité, à la force et à la vitalité du sentir, ce qui peut faire résonance avec l'intensité des affects de l'enfant.

⁶⁴ Ferenczi, S. (1934). « Réflexions sur le traumatisme ». Dans *Psychanalyse IV. Journal clinique* (1932), trad. par l'équipe du Coq-Héron, 1982. (p. 161-162). Paris : Payot.

La symphonie sensorielle et ses fonctions :

Le recours massif à la sensorialité est l'une des caractéristiques de l'autisme, où l'enfant semble s'isoler dans un monde autosensuel en recourant à sa sensorialité comme moyen de se protéger contre l'environnement.

Lors de cette première séance avec Willy, nous constatons ce recours à la sensorialité dès son entrée dans la salle. Cette séance est alors chargée d'éléments sensoriels qui, intégrés au travail thérapeutique, nous aident à accueillir l'enfant à partir de son registre sensorimoteur et à comprendre sa manière singulière d'habiter le corps, le temps et l'espace. Le partage sensoriel nous permet de trouver un lieu commun où habiter ensemble, d'inscrire ses mouvements en traces psychiques et d'ouvrir un espace où le lien à l'autre devient envisageable. Commence alors à se déployer un univers sensoriel dans lequel nous nous immergeons avec l'enfant pour entrer dans son monde et lui permettre une sortie possible de son solipsisme brutal.

La voix et le rythme constituent les référents sensoriels primordiaux dans cette scène clinique, représentant une première forme d'échange, comme lors des premiers contacts du nouveau-né avec son entourage maternel. Par les effets de mélodie de la voix, nous répondons à son cri pour le transformer en appel et nous invoquons alors sa propre voix, qui lui donne une place de sujet. En effet, le rythme de la voix se tisse comme un arrière-plan, créant un tissu de continuité où la rencontre semble ouvrir ses possibilités. Cela permet que la voix, le regard et la tonicité du corps entrent en harmonie, donnant lieu à un dialogue tonique-émotionnel⁶⁵, entre l'enfant et l'analyste qui se manifeste par la synchronie du rythme partagé et le redressement tonique du corps de Willy. Cette rythmicité organise en même temps l'affect, la pulsion et le corps, dans une fine articulation entre vocalisation, geste, tonus corporel et regard, qui permet la mise en place d'un circuit pulsionnel.

Nonobstant, la sensorialité, par défaut de convergence ou de réponse, produit aussi la souffrance de l'enfant, comme le témoigne la rupture du calme de Willy lorsque la voix des autres adultes dans la salle vient à se faire entendre avec une tonalité forte qu'il ne peut pas

⁶⁵ Ajuriaguerra, J. de. (1974). *L'évolution psychomotrice du jeune enfant*. Paris, Masson.

intégrer. Cela est suivi d'un important démantèlement sensoriel⁶⁶ et d'une crise tonique-émotionnelle⁶⁷ qui le met dans un état de détresse et d'angoisse d'effondrement.

La ritualité de la ficelle :

Un autre élément qu'il nous semble important de souligner est l'usage de la ficelle et les mouvements qu'elle entraîne. Willy porte toujours une ficelle dans sa main gauche. Nous le voyons rentrer dans la salle et se diriger vers une chaise près de la fenêtre. Il prend alors la chaîne du rideau et fait des mouvements circulaires avec. Cette trajectoire se répète au début de chaque séance et même plusieurs fois au cours de celles-ci, ce qui semble soutenir un rituel lui permettant d'assurer une certaine permanence et continuité. La chaise représente son point de repère ; il y revient pour se réorganiser. La chaîne qui tourne semble avoir une fonction similaire à la ficelle qu'il tient dans sa main, sauf qu'elle est attachée à l'espace physique de la pièce, ce qui peut être considéré comme une manière de se situer dans cet espace sans s'y perdre. Ces mouvements répétitifs peuvent être considérés comme de simples stéréotypies du mécanisme autistique, mais nous avons l'impression qu'ils constituent sa façon de marquer son espace, une sorte de barrière protectrice qui délimite son territoire face à l'absence d'enveloppe psychique⁶⁸.

Au bout de quelques minutes, Willy se déplace au centre de la salle et fait tourner sa ficelle devant son corps. Tandis que de la main gauche il fait tourner la corde, de la main droite il essaie de s'approcher de cet espace sans jamais le toucher, comme s'il tentait de confirmer l'impénétrabilité de la superficie formée par le mouvement circulaire, comme une manière de s'assurer que son propre espace corporel ne sera pas envahi. Ses mouvements désordonnés résultent d'un manque d'intégration de son corps et d'une fragmentation de sa sensorialité et de sa motricité. De surcroît, la ficelle l'aide à maintenir la verticalité de son corps et à créer un territoire où il peut habiter et nous tenir à l'écart. Les mouvements

⁶⁶ Meltzer, D. (1980). *Exploration dans le monde de l'autisme*. Paris, Payot.

⁶⁷ Wallon, H., Lurçat, L. (1962). « Espace postural et espace environnant, Le schéma corporel ». Dans *Enfance*, 15 (1), 1-33.

⁶⁸ Houzel, D. (2006). « Les enveloppes psychiques ». Dans *Enveloppes psychiques*, pp. 13-26. PUF.

circulaires de la ficelle peuvent être associés à une tentative de « self-maintenance »⁶⁹, comme une manière de métaboliser par une sensation corporelle, l'angoisse de s'effondrer. Houzel⁷⁰ souligne l'attraction des enfants autistes pour les phénomènes tourbillonnaires, expliquant qu'ils servent de repères et de limites pour assurer leur sentiment d'exister.

Le sens du toucher et l'effet qu'il produit sur Willy constituent un autre référent sensoriel important au cours de cette séance. Lorsqu'il se remet de son démantèlement sensoriel et qu'il retrouve la verticalité et la tonicité de son corps, l'analyste fait glisser ses doigts sur le dos de l'enfant de manière légère et subtile. En soutenant son dos et sa colonne vertébrale, nous marquons le soutien de sa verticalité et la limite de son dos comme « arrière-plan » pour délimiter l'enveloppe de sa peau. Avec l'idée de le contenir et en même temps de « fermer » son espace postérieur, qui, en l'absence d'une image unifiée de son corps, risque de rester exposé et ouvert à l'extérieur, sans conscience de ses limites corporelles. Ainsi, nous essayons d'investir cet espace invisible à ses yeux et de créer une enveloppe, afin de lui fournir une certaine continuité de son expérience et un soutien pour maintenir le tonus de son corps. Willy reste immobile, dans l'attente des mouvements, comme s'il se laissait emporter par cette nouvelle sensation. Dès lors, nous pouvons supposer que cette sensation du toucher lui offre une nouvelle sensation de lui-même, qui, au lieu de l'effrayer, lui permet de se soutenir dans le lien à l'autre, sans disparaître. Cela nous amène à penser à G. Pankow, qui, en parlant d'un de ses patients, propose que :

« La main qui le touche n'est pas lui, mais elle lui fait saisir qu'il existe dans un corps limité, un corps qui n'est pas la chambre qui l'entoure, mais autre chose. Très souvent, ce n'est qu'une partie du corps qu'il ressent comme existant, mais elle prend pour lui la place de la totalité de son corps »⁷¹.

⁶⁹ Winnicott, D. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. New York, International UP Inc.

⁷⁰ *Op. Cit.* Houzel, D. (2006).

⁷¹ Pankow, G. (1969) *L'homme et sa psychose*. Paris. Ed. Flammarion, 1993.pp. 24.

Après l'analyse de cette première séance, le travail sur le corps, à partir de la voix, du rythme et de la sensorimotricité, commence à occuper une place privilégiée. Il s'agit d'explorer de nouvelles possibilités pour la rencontre clinique, tout en respectant une perspective psychanalytique, où l'éthique du sujet prime sur la matérialité du corps. Cette petite séquence clinique s'appuie sur la résonance affective, dont l'effet semble être une véritable émotion esthétique partagée, qui permet l'émergence d'une rencontre entre nous. Nous nous retrouvons à entonner un rythme commun à partir de la musicalité de nos voix, un rythme qui concerne le corps vivant tout entier, où la voix n'est pas réductible au sonore, car elle engage toute son histoire. Comme le propose Meschonnic : « *Avec le rythme, on n'entend pas du son, mais du sujet* »⁷².

Janvier- Février 2022 : Un travail intensif d'été

La rencontre et le travail thérapeutique avec Willy, ses parents, la psychomotricienne et l'analyste montrent des effets favorables sur l'organisation sensori-motrice de l'enfant et de sa famille. Les crises de démantèlement sensoriel ont nettement diminué et les automutilations se limitent à de légers frottements sur la peau, sans se taper la tête ou se mordre les lèvres et les bras. Willy est définitivement plus calme, plus organisé dans ses rythmes biologiques et une atmosphère paisible règne dans ses journées. Les parents retrouvent également leurs esprits, leurs angoisses sont moins intenses et ils recommencent petit à petit à mener une vie « normale ». Leurs disputes se réduisent, ils se sentent plus unis, reprennent leur vie de couple et leur vie de famille.

Au fil de ses rendez-vous avec l'analyste, la mère exprime qu'elle se sent moins submergée par ses sentiments dépressifs et ses angoisses, et qu'elle retrouve une forme d'unité de soi. Il nous semble également qu'elle est de plus en plus capable de se re-connaître et de re-connaître son fils comme un sujet, s'éloignant de son point de vue fermé sur la pathologie de son enfant pour y trouver une expression de sa singularité, où le désir semble

⁷² Meschonnic, H. (1989). *La Rime et la vie*. Verdier.

prendre une place. Grâce à l'organisation de Willy, un sentiment d'apaisement affleure au sein de la famille, ce qui leur permet de retrouver un sentiment de continuité dans leurs propres existences, en se situant différemment par rapport à leur enfant et à leur propre vie. Ils éprouvent un sentiment de familiarité à l'égard de cet enfant qu'ils considéraient autrefois comme monstrueux, ce qui rétablit la fonction de rêverie maternelle (Bion, 1979) qui permet de projeter pour lui un avenir. Quelque chose du semblable apparaît à la place de l'inquiétante étrangeté et du dés-humain face à ce fils, ce qui lui restitue une place dans l'humain, en tant que sujet.

Nous profitons de ce moment d'ouverture pour suggérer quelques ajustements à la dynamique familiale et à l'espace autour de l'enfant à la maison. En termes d'espace, nous proposons d'offrir à Willy des éléments et des jouets avec lesquels il peut se détendre, ainsi que d'aménager le jardin pour qu'il puisse sortir tout seul à volonté. En ce qui concerne la dynamique de la relation entre eux, nous les invitons à remplacer le silence habituel par une attitude qui favorise la parole et l'écoute. À ce propos, nous encourageons les parents à lui demander ce qu'il veut et ce qu'il préfère, plutôt que de lui donner ce dont ils pensent qu'il a besoin et de lui montrer des alternatives matérielles qui accompagnent les mots, pour lui permettre d'associer avec ce qui lui est proposé. Il s'agit de favoriser un espace d'écoute, où l'on peut lire et comprendre ce que Willy manifeste à travers ses actions et ses gestes. Nous suggérons, par exemple, qu'au lieu de lui donner automatiquement à manger, on lui présente deux aliments entre lesquels il puisse choisir, afin d'investir ses propres désirs et mouvements dans des actes intentionnés : « Willy, veux-tu du yaourt ou du lait ? ». Les parents acceptent notre proposition.

Dans les jours qui suivent, nous commençons à recevoir spontanément de petites vidéos réalisées par les parents, qui, enthousiasmés par les nouveaux mouvements de Willy, nous font part de leur surprise et de leur émotion. « *Willy mange pour la première fois avec une cuillère, Willy préfère les yaourts, Willy joue avec l'eau, Willy aime sauter sur le trampoline* ». Ainsi, peu à peu, Willy est invité à s'intégrer à la dynamique familiale au lieu d'être maintenu devant la télévision pour qu'il ne fasse pas de problèmes, ne se blesse pas et ne

détruit pas tout sur son passage. Willy entame alors un chemin de subjectivation, où sa singularité semble avoir une place et où sa voix peut être entendue.

Dans cette atmosphère de bienveillance, les parents décident de planifier des vacances familiales à la plage, avec leurs deux enfants, pour que l'aîné ait la possibilité de sortir de cette dynamique et que Willy puisse avoir d'autres expériences et profiter d'autres environnements plus naturels et libres.

Nous en profitons également pour proposer une augmentation de la fréquence des séances, afin d'intensifier le travail clinique, ce que les parents acceptent volontiers. Nous convenons de nous retrouver 3 à 4 fois par semaine pendant les vacances scolaires, qui durent 6 semaines avant leur départ en vacances. Les parents décident alors de déménager à la capitale avec Willy pendant cette période et de s'installer à la maison de la grand-mère paternelle, qui est disponible, afin d'éviter les longs trajets aller-retour. Ils décident alors que cela serait l'occasion de nettoyer et vider la maison et de la vendre. Je me demande si cette démarche ne pourrait pas être considérée comme un processus de représentation psychique, dans une tentative de « nettoyer » cette histoire de la mort de la grand-mère afin d'élaborer les effets traumatiques et les implications de cette mort pour Willy.

Concernant le travail intensif de cet été, nous présentons une réflexion sur trois « événements » qui nous semblent significatifs, notamment par rapport à la position de sujet de Willy ou, plus précisément, au trajet de son devenir.

Le retour de la catastrophe : les traces d'une mort innommable

C'est la première séance de la séquence intensive d'été. Willy arrive mal à l'aise et désorganisé, pleurant et gémissant son malaise. Il entre dans la salle de consultation et se frappe la tête contre le mur à plusieurs reprises, tout en se donnant des coups sur la poitrine et en se frottant le visage au niveau de la mâchoire, laissant des traces évidentes. La mère dit qu'il a passé une mauvaise nuit, qu'il est fatigué et qu'il s'est réveillé dans cet état, ce qui a rendu très difficile le chemin jusqu'à chez nous. Je me demande si le fait de se retrouver

dans la maison de la grand-mère paternelle ne réveille pas en lui des angoisses primitives qui actualisent dans son corps le traumatisme vécu lors de la mort de celle-ci. Je ne peux évidemment rien interpréter à ce moment-là, étant donné le niveau de chaos de la situation et l'intensité de l'angoisse maternelle. Cependant, je fais une petite remarque à Willy en lui disant que c'était peut-être difficile de se réveiller dans la maison de grand-mère, que la dernière fois, c'était terrible pour lui, et qu'il doit être très difficile d'y retourner. Willy interrompt un instant ses gémissements et ses mouvements d'automutilation, me lance un regard profond et intense et reprend sa décharge motrice.

Je ressens l'urgence d'arrêter ses automutilations avant que nous ne soyons submergés par l'angoisse et que la situation ne dépasse mes propres capacités à traiter une telle intensité. Sa mère essaie de l'accompagner sans parvenir à le calmer. Elle tente de le mettre par terre sur un tapis en position fœtale et lui donne son biberon, un mouvement qui avait été efficace auparavant, mais qui ne fonctionne pas cette fois. Ses cris s'intensifient, il se mord la bouche et saigne. La mère se désespère et manifeste une forte préoccupation parce que son mari la culpabilise pour les comportements agressifs de Willy, l'accusant de négligence. Elle semble dévastée et m'assure qu'elle reste toujours très attentive aux états émotionnels de Willy et à ses mouvements, mais qu'elle est parfois occupée au travail ou qu'elle n'arrive tout simplement pas à intervenir pour arrêter la colère de son fils et ses agressions envers lui-même. Le père, pour sa part, est pratiquement toute la journée au travail. Quand il arrive, les crises sont déjà passées, mais il en reste encore les traces sur le corps de l'enfant.

Je l'écoute, en accueillant ses préoccupations, puis je dirige à nouveau mon attention vers Willy. J'éteins la lumière dans la salle en essayant de réduire la stimulation sensorielle au minimum. J'essaie de chanter doucement les rythmes qui l'apaisaient autrefois, sans succès. Les angoisses archaïques de Willy et celles de la mère semblent m'envahir. Je suis seule avec les deux, ce qui s'avère assez difficile à soutenir. D'une part, je ressens une forte résonance face à la souffrance de Willy, mais je m'identifie surtout avec le désespoir et l'impuissance de la mère, incapable de contenir et d'organiser son bébé. Myriam est

submergée par le tourment de l'angoisse que son fils a réveillé en elle. Et probablement aussi par l'actualisation inconsciente du traumatisme de la mort de la grand-mère.

Je décide alors de prendre cette fragmentation dans mon contre-transfert comme un signe d'alarme, pour mettre une limite au flux d'angoisse qui s'empare de l'atmosphère de la pièce. En prenant le risque de rester seule avec Willy dans sa désorganisation, je propose gentiment à sa mère de nous attendre dans la salle d'attente, afin de diminuer la détresse collective et de produire un changement dans la dynamique établie entre eux, et entre nous. J'offre à la mère une tasse de thé et je la rassure en lui disant que c'est normal d'avoir peur, mais qu'elle peut me faire confiance pour m'occuper de son fils et que je l'appellerai dès que nécessaire. Elle part soulagée, elle s'assied dans la salle d'attente et, malgré les gémissements bruyants de Willy, elle s'endort là.

L'angoisse flottante et envahissante m'amène à chercher une limite dans la réalité, autour de laquelle mes pensées puissent s'organiser. Je me sers de mon expérience maternelle pour réfléchir aux différents mécanismes que j'utilise couramment pour contenir et métaboliser les situations de détresse de mes enfants, quand bien même cela ne reflète absolument pas la souffrance de Willy. Cela m'amène à penser à Willy comme à un enfant de 5 ans qui a besoin du soutien d'un adulte capable de « tolérer » son désarroi. Nous nous trouvons habituellement dans l'urgence de le calmer, de l'organiser pour l'empêcher de se faire mal, de s'automutiler, pour éviter le quantum d'affect qui nous est insupportable. Je décide donc de l'accueillir dans sa douleur et de voir ce qui se passe, en me disant que rien ne peut être si difficile à calmer, c'est un enfant de 5 ans, pas un ouragan ; il n'est pas possible de ne pas pouvoir l'accompagner. Ces pensées me calment... Je m'assois derrière lui pour éviter l'angoisse que pourrait lui susciter mon regard, afin de ne pas l'envahir avec mes émotions qui sont sûrement visibles sur mon visage. Je le tiens sur le dos, fermement, car c'est un grand garçon fort. J'essaie de lui offrir un arrière-plan, une contenance corporelle, mais au lieu de cela, une violence motrice surgit en lui et il essaie de se débarrasser de moi avec beaucoup de force. Je lui parle en chuchotant, il crie.

J'ai peur de le lâcher et qu'il se blesse sous mes soins, mais il ne tolère pas ma présence. Il se mord les lèvres et saigne et je me demande si je suis vraiment capable de soutenir ce niveau d'intensité. N'ayant pas le choix, je le laisse partir en silence. À ma grande surprise, il se dirige vers sa chaise habituelle, qui représente son « point de repère » dans la salle. Il s'y assoit, se frappe la tête contre le dossier, mais un peu plus calmement. Dans un mouvement peut-être désidératif de ma part, prise par l'urgence d'apaiser les choses, je mets une musique douce d'un film pour enfants, qui produit pour moi une résonance affective, comme une tentative de l'accompagner dans sa douleur avec un rythme différent du nôtre. Il se calme un instant pour écouter, puis il crie à nouveau... Mais son angoisse ne me trouble plus. Je parviens à rester tranquille, même si c'est avec difficulté.

Finalement, je m'assois par terre face à lui, à distance et sans le regarder. Comme il est sur la chaise, nos corps sont dans une position asymétrique ; il peut alors voir ma tête, mais pas mon visage. Je pose une main légèrement sur son pied et lui dis : « Quelle grande douleur... ». Mes mains sur ses pieds, en les touchant à peine du bout des doigts, dans un contact sensoriel très doux et subtil. Peu à peu, ses mouvements se ralentissent et l'intensité de la décharge s'atténue. Je répète en chuchotant la même phrase : « Quelle grande peine... » Puis, je reprends le rythme des « aaaaa », notre rythme, dans une mélodie lente et une intonation basse, assez monotone, comme celle qu'il fait quand il est, à mon égard, « triste ». Enfin, Willy parvient à se calmer. Il arrête de se frapper la tête et commence à pleurer, les larmes coulent sur son visage pour la première fois. L'hypertonie de ses mouvements, le balancement énergique et les automutilations se transforment lentement en un corps hypotonique, qui semble se défaire sur la chaise. Je lui traduis ce nouveau sentiment qui naît en lui : « Willy, tu es triste ! ».

La violence de l'affect se déplace vers un sentiment de tristesse, ce qui révèle un processus d'intégration de l'expérience dans une forme de figuration. Il me semble que ce mouvement reflète la position dépressive dont parle M. Klein⁷³, où il devient possible de supporter en soi la coexistence des sentiments d'amour et de haine, et de se percevoir soi-

⁷³ Klein, M. (1935). *A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states*. Dans *Love, guilt and reparation and other works*. London, Hogarth Press, 1985.

même comme séparé de l'autre. Cela lui permet de tolérer son déplaisir et de l'orienter vers l'autre.

Après quelques minutes, ses larmes s'arrêtent et il se rassemble, récupérant la verticalité et la tonicité de son corps sur la chaise. Il baisse la tête pour la mettre à la même hauteur que la mienne, et s'approche tout près de moi en posant son nez sur le mien, les yeux écarquillés, en me regardant. Puis, il pose sa joue sur la mienne, comme pour *reconnaître mon corps ? Cherchant peut-être un contact avec ma peau qui lui permette de se sentir, ou peut-être de sentir mon calme ?* Il se retourne vers le dossier de la chaise, pousse son dos et me sourit. Comme lors de la crise précédente, en réponse à son sourire, ce que je comprends comme un geste de soulagement et de reconnaissance pour avoir « toléré » sa souffrance, je lui dis dans la même intonation habituelle : « *Salut Willy, je suis ravie de te rencontrer* ».

Un sentiment de tendresse authentique s'empare de moi, ce qui me soutient et me permet d'être là, de l'accompagner et de le contenir. La surprise de l'inattendu revient sur la scène, nous permettant de partager l'expérience d'une émotion esthétique. La comodalité sensorielle du mouvement corporel proprioceptif produit par mes mains sur ses pieds, ainsi que les sensations sonores de la mélodie de la voix, semblent créer une enveloppe sensorielle capable de faire face au démantèlement sensoriel et de restituer le sentiment de continuité de l'existence.

Le reste de la séance se déroule comme d'habitude. Il se met debout, prend sa ficelle et se dirige vers le milieu de la salle, où il la fait tourner devant lui. Il se regarde dans le miroir pendant qu'il fait ses mouvements et sourit. J'ajoute alors : « *Willy se sent content. Parfois, Willy peut se sentir très en colère, et parfois triste* ».

À ce moment, je me permets de faire une courte vidéo de trois minutes, dans laquelle Willy joue avec la ficelle, afin de repérer les mouvements de son corps lors de sa réorganisation et le plaisir qu'il en éprouve. J'utilise cette vidéo par la suite dans d'autres séances pour lui montrer une image unifiée de lui-même dans laquelle il peut se reconnaître. Cette image vient alors à la place d'un miroir qui lui permet de se rassembler, de «

reconnaître » ses manières d'habiter le corps et l'espace, surtout quand il revient dans des moments de détresse qui mettent en péril son sentiment d'exister.

Vers la fin de la séance, j'ouvre la porte de la salle pour m'adresser à la mère et lui raconter brièvement le déroulement de la séance. Elle se réveille, regarde son fils et, en silence, se prépare à partir.

Après avoir survécu à cette première séance, le reste de l'intensif d'été se déroule dans le calme et la tranquillité. La fréquence et la constance de nos rencontres nous permettent d'avoir une relation plus souple. Willy montre des moments de grande tristesse, avec des pleurs qu'il n'avait pas montrés auparavant, tandis que ses mouvements de décharge massive et d'automutilation diminuent considérablement. Il m'est plus facile de tolérer sa tristesse que la violence de ses angoisses primitives.

Les deux premières périodes de psychothérapie avec Willy ont commencé par une crise de désorganisation profonde, où le chaos et le démantèlement sensoriel ont pris le devant de la scène. Ces crises initiales, caractérisées par des expériences de confusion et de fragmentation sensorielle, témoignent de l'intensité des agonies archaïques de Willy, vécues hors psyché. Nous nous demandons si ces moments de désorganisation intense peuvent avoir joué un rôle en tant que message inconscient adressé à l'analyste, mettant à l'épreuve sa capacité à tolérer et à contenir ces angoisses primitives. En effet, la réponse de l'analyste, sa capacité à maintenir une présence stable et à offrir un cadre sécurisant, nous semble avoir été déterminante pour l'émergence de la rencontre et la construction d'un lien avec l'enfant. Cela marque le début d'un processus thérapeutique où les expériences de démantèlement sensoriel et la violence informe de l'excès d'intensité sont progressivement transformées en expériences de synchronie et de compréhension mutuelle, facilitant l'intégration de l'affect et son articulation à la pulsion et à la relation.

Une belle pêche blessante

Willy arrive content. Il porte un T-shirt sur lequel est écrit en grosses lettres « *The Wild Child* » (l'enfant sauvage). Je le regarde se déplacer dans la salle à la recherche de quelque chose, comme il le fait habituellement lorsqu'il a faim, cherchant d'abord son sac à dos pour y prendre quelque chose à manger. Sa mère, depuis la séance que nous avons décrite précédemment, se trouve dans la salle d'attente et c'est elle qui a le sac à dos à ce moment-là. Je lui offre une pêche que j'avais apportée pour moi. Une grosse pêche juteuse, aux couleurs vives, qu'il reçoit en souriant. Il la porte à sa bouche avec enthousiasme et, souriant et ruisselant de jus, s'assoit pour la déguster. Willy a l'air très heureux, ce qui me fait plaisir.

Cependant, en atteignant le centre du fruit et sans remarquer l'existence de sa grosse graine dure (ce que je n'avais d'ailleurs pas anticipé), il prend une bouchée dans laquelle ses dents entrent en collision avec l'amande, ce qui lui fait mal. Frappé par cette découverte, l'enfant lâche le fruit des mains, qui tombe par terre, et se met à pleurer avec désolation. Je lui traduis en une petite phrase simple la peine qu'il ressent d'avoir trouvé quelque chose de si dur/mauvais au milieu d'un fruit si délicieux. Je pense que sa tristesse est liée à la frustration de recevoir quelque chose de si bon de ma part, et que soudain, au milieu de son abandon confiant à l'objet de plaisir que je lui offrais, quelque chose de dur et de douloureux apparaisse dans sa bouche.

Je ramasse le fruit par terre, enlève le noyau et lui montre le fruit dénoyauté d'une main et le noyau dans l'autre, en lui proposant à nouveau la pêche, mais il n'en veut rien savoir. Je lui propose une ficelle en échange et il se remet très vite de son malaise. Quelque chose du principe de plaisir et de la possibilité d'un principe de réalité semblent entrer en jeu, ce qui lui permet de retarder la décharge de son malaise et de déplacer le plaisir qu'il attendait d'un objet à l'autre, en se contentant d'une satisfaction partielle. Je suis rassurée de constater que le rejet de Willy s'adresse au fruit et qu'il n'affecte pas notre relation. Cette scène revêt une valeur fondamentale qui comporte différents points.

Tout d'abord, nous constatons qu'au lieu de se désorganiser et se démanteler sensoriellement face à cette expérience de frustration inattendue, Willy manifeste une grande tristesse. Il ne s'effondre pas, il pleure et rejette directement le fruit, mais sans plonger dans le chaos. Cela nous permet de penser que son sentiment de continuité d'existence commence à se consolider, soutenant les expériences de déplaisir sans entrer dans l'angoisse d'anéantissement.

En outre, l'expérience vécue s'intègre dans un sentiment de tristesse délimité qui enveloppe l'affect, métabolisant son intensité et son impact, ce qui lui permet de l'adresser à l'autre. Si la violence de ses agonies archaïques produit normalement un éloignement de la présence de l'autre dans une dynamique de rejet mutuel qui l'isole, la tristesse, en revanche, suscite le désir de l'accompagner et la disponibilité de l'enfant à se laisser contenir. Ce sentiment de tristesse révèle en effet des esquisses d'une organisation interne qui lui confère la capacité de tolérer la perte sans que l'intensité de l'affect ne dépasse ses propres mécanismes de survie psychique.

D'autre part, la découverte du noyau de la pêche et le déplaisir qu'elle engendre semble avoir été vécue comme une perte de plaisir par rapport à l'objet externe et non comme une perte de soi-même face au déplaisir ressenti. Cela nous amène à considérer la possibilité d'une différenciation naissant d'avec l'objet et d'une certaine reconnaissance de lui-même, à envisager le début d'une différenciation entre moi et non-moi. Par ailleurs, l'inscription de cette expérience témoigne de sa capacité à tolérer l'absence de l'objet et à une première forme de représentation de celui-ci. Nous constatons ainsi qu'un processus de constitution de la vie psychique démarre, ouvrant la voie à la représentation, à la reconnaissance de soi et de l'altérité.

Arpenter le bâtiment

Pendant l'été, Willy se montre impatient de quitter la salle de thérapie. Peut-être que l'augmentation de la fréquence des séances l'amène à saturer de l'espace plus rapidement. Lors d'une séance, après un certain temps d'échanges dans la salle, Willy prend *ma main* et

me conduit vers la porte. Cette main, qui n'est ni la sienne ni la mienne, c'est la main de *l'humain*⁷⁴. Je lui commente « *Willy, tu veux sortir !* ». Il confirme ma traduction en entonnant un *aaaaa* de manière joyeuse. Son geste prend la forme d'un langage du corps, clair et précis, qui transmet son désir et le positionne comme sujet du désir.

Je demande à sa mère si je peux l'emmener faire un petit tour dans l'immeuble. En réalité, il n'y a pas grand-chose à faire, c'est un grand immeuble de bureaux, sans espaces ouverts ou propices pour un enfant. Cependant, j'ai l'intention d'y aller avec lui, d'écouter sa voix et de répondre à sa demande, de l'accompagner et de suivre ses mouvements. Nous partons ensemble, main dans la main, vers l'ascenseur de l'immeuble. Willy commence à frapper sur la porte de l'ascenseur, ce que je traduis comme une tentative de l'ouvrir. J'appuie sur le bouton de l'élévateur et Willy essaie de m'imiter, mais sa motricité, encore maladroite et peu coordonnée, ne lui permet pas d'appuyer sur le bouton. Puis il continue à frapper à la porte, qui ne s'ouvre pas tout de suite. Je lui explique qu'il faut que l'ascenseur arrive pour que la porte s'ouvre, que cela ne va pas tarder, et je le fais reculer doucement.

Dès que les portes de l'ascenseur s'ouvrent, Willy entre très enthousiaste, se penche en avant et se regarde dans le miroir qui occupe tout le mur au fond de l'ascenseur. Je lui dis : « *C'est toi, c'est Willy, regarde comme t'es content* » et il tape sur le miroir en « jouant » avec ses mains. Nous montons et descendons plusieurs fois dans l'ascenseur. Des personnes vont et viennent autour de nous, elles nous regardent d'un air étrange, observant les mouvements et les sons que fait l'enfant. Nous y restons jusqu'à ce que je décide de retourner dans la salle pour reprendre les séances comme d'habitude, soucieuse de ne pas provoquer trop de désordre dans l'immeuble et, surtout, de ne pas inquiéter la mère de Willy avec un départ trop long.

Dès lors, ce parcours se répète tous les matins. Willy arrive en séance, me prend la main et m'invite à sortir. La mère, plus habituée, n'y prête pas attention. Parfois, lorsque les

⁷⁴ Porge, E. (2010). « Fernand Deligny, un style de vie avec les autistes Y être entre les lignes ». Dans *Enfances & Psy*, 48, 130-136. <https://doi.org/10.3917/ep.048.0130>

deux parents viennent, ils en profitent pour sortir de l'immeuble et aller prendre un café ensemble.

Les itinéraires de Willy commencent à tracer des petits parcours que nous suivons chaque jour. Nous nous laissons porter par le mouvement de l'ascenseur, sans marquer d'étage particulier. C'est lui qui décide quand descendre et je le suis dans ses déplacements. Un jour, lorsque la porte s'ouvre au sous-sol, dans le parking, Willy sort de l'ascenseur et se précipite vers la poubelle, en ramassant des bouts de papier et des restes de nourriture. À mes yeux « humains », ce geste semble dégoûtant et je me sens incapable de lui permettre de porter ces débris sales dans sa bouche. J'en reprends donc la plus grande partie pour la remettre dans la poubelle, et lui laisse garder une boîte en carton qui ne me semble pas trop sale. Il porte aussitôt la boîte dans sa bouche et l'écrase ensuite avec ses mains pour la faire tourner comme il fait avec la ficelle. Face à l'absence de mouvement de l'objet, il désinvestit son action et l'objet lui-même, et le laisse tomber au sol.

En échange des objets que je lui prends des mains, je lui propose de faire le tour du parking. Bien que cela ne comble pas son besoin d'explorer les objets qu'il découvre avec sa bouche, ma proposition vise à répondre à sa motion d'explorer d'autres objets possibles, car il s'intéresse à ce qui est nouveau autour de lui. Nous faisons alors un tour par le parking où nous marchons sans but. Je commence alors à lui montrer les voitures en nommant leurs couleurs, ce qui, bien évidemment, ne retient pas son attention. Mais je cherche à trouver « quelque chose » dans cette démarche dénuée de sens. Puis, je me dépêche de retourner à l'ascenseur, car je réalise que le parking n'est en fait pas un endroit approprié pour lui. Il pourrait être dangereux si une voiture entraît et qu'il se précipitait dessus. Je lui propose alors de faire demi-tour. Il accepte.

Lors de l'un de ses trajets, nous descendons dans le hall d'entrée où se trouve un grand arbre de Noël avec des lumières colorées. Willy est surpris et amusé par les lumières, qu'il essaie de tirer et de faire tourner comme sa ficelle. Cette scène se répète à maintes reprises, au point que le gardien du bâtiment commence à s'habituer à nos présences et salue Willy de manière amicale. À un moment, Willy découvre le distributeur de bonbons et

de boissons. Il essaie de passer sa main à travers la vitrine pour en attraper quelque chose, sans succès. Néanmoins, il ne se frustre pas. Anticipant une éventuelle déception de ne pas obtenir ce qu'il veut et l'épisode qui pourrait en découler, je lui prends la main et lui dis qu'il est temps de partir.

Un autre événement de nos trajets retient notre attention. Willy nous emmène par hasard dans la cage d'escalier de l'immeuble. Au début, l'obscurité du lieu lui fait peur, mais je lui réponds rapidement en mettant la lumière. Entonnant la musicalité des « aaaaa » avec sa voix, Willy remarque l'écho qui s'empare de l'espace et l'effet de retour qu'il produit, ce qui le surprend et le laisse perplexe. Il semble d'abord effrayé et court vers la porte pour sortir, mais peu après, il commence à apprécier l'écho de sa voix, puis de la mienne, dans l'effet de retour qu'elles produisent. Je commence alors à jouer avec des tonalités et des mélodies différentes, et il me rejoint en variant ses intonations et ses mélodies, comme s'il découvrait sa voix. Nous profitons de ce petit jeu, qui lui procure un plaisir évident et qui devient quelque chose de commun.

Pendant des semaines, nous nous sommes permis de tourner autour de rien, de soutenir la présence proche et le vide de sens, d'errer dans un bâtiment sans grâce apparente, pour tracer des itinéraires sans but. Nous répétons souvent ces itinéraires en déambulant dans le bâtiment. Des gens passent, d'autres sortent. Certains suscitent l'intérêt de Willy, la plupart le regardent avec curiosité, avec parfois même de la peur et de l'étrangeté, en se mettant à distance de lui.

Ces trajets sont alors devenus une tentative qui n'a pour but que d'être en présence proche de l'enfant, pour habiter l'espace dans une organisation spécifique du territoire, en prenant comme boussole ce qui est repérable pour lui. Ainsi, nous nous sommes mis à tracer l'espace, à tracer avec nos corps une géographie du repérable, qui nous permet d'habiter ensemble un lieu du commun. Comme le soutient Deligny : « *Nous considérons leurs lignes*

d'erre dont nous gardons traces comme révélatrices de ce qui est repéré par eux, d'où s'élabore une géographie du repérable »⁷⁵.

Analyse de l'intensif d'été

Pendant cette période intensive, une certaine harmonie s'installe. Nous avons réussi à trouver du calme. Willy s'organise de manière significative dans son registre sensorimoteur, dans ses rythmes et ses manières d'être et d'habiter ce corps qui ne manifeste plus la violence d'une intensité insupportable. De ce fait, la famille parvient à s'organiser, surtout la mère, dont les angoisses et les symptômes dépressifs diminuent notablement. Elle reprend son travail, part au sud du pays pour rencontrer sa famille adoptive et retrouve l'énergie pour sortir avec des copines d'enfance qu'elle ne voyait plus depuis des années. Toutefois, ce qui nous semble fondamental par rapport à la mère, c'est la restitution de la « rêverie maternelle ». Myriam retrouve le désir de regarder son enfant, ce qui devient évident à travers les vidéos qu'elle nous envoie, et à travers les émotions qu'elle partage avec nous lors des diverses premières fois de son fils. Elle se sent pleine d'espoir, avec l'illusion que cet enfant si différent pourrait, peut-être, trouver des moyens pour avoir une vie « raisonnable ».

En ce qui concerne les nouveaux éléments qui émergent dans le travail clinique avec Willy, nous notons qu'au rythme de la voix s'ajoute le rythme du mouvement dans les parcours à travers le bâtiment. Sa marche conserve une cadence lente et pesante, qui nous évoque l'image d'un ours paresseux se déplaçant lentement en portant le lourd poids de son corps. Son corps est en fait très lourd, grand et massif, bien au-delà de ce qu'on attend normalement pour un enfant de 5 ans.

L'analyste parvient à suivre les pas de l'enfant et ses rythmes, en ajustant sa présence. Au début de ces parcours, l'analyste était hésitant, par crainte que Willy puisse s'échapper, redoutant de ne pas être capable de le contenir ni de le retenir, ce qui représentait un risque important. Au contraire, suivre son rythme fut révélateur d'une harmonie significative, au

⁷⁵Deligny, F. (1969-1979). *Cartes et lignes d'erre : Traces du réseau de Fernand Deligny*. Paris, L'Arachnéen, 2013.

sein de laquelle il n'avait plus besoin ni de fuir ni de se frapper. Il n'avait même plus besoin de sa ficelle, qu'il n'apportait pas, car son objet autistique n'était plus nécessaire pour se protéger de la présence de l'autre, de la relation.

Ces indicateurs de stabilité nous permettent de constater que la rythmicité des expériences partagées est effectivement organisatrice, là où elle crée l'illusion d'une continuité qui lui assure une base de sécurité. Cette rythmicité et la résonance qu'elle produit sont fondamentales pour les expériences intersubjectives d'accordage et d'ajustement, qui permettent une compréhension mutuelle. Le partage de l'espace et du temps soutient alors le lien et la rencontre. Dès lors, la rythmicité dans ce processus thérapeutique facilite l'alternance entre des expériences de compréhension et de séparation, où la reconnaissance de soi-même et de l'autre donnent lieu à un mouvement subjectivant. Or, la répétition de ces expériences favorise l'inscription psychique du rythme de la relation, ce que Willy arrive à internaliser comme un rythme propre et constant, avec lequel il s'organise dans les différents domaines de sa vie, même en dehors des séances. Cela nous permet de remarquer sa permanence en tant qu'objet interne.

Une autre remarque tout à fait significative concerne l'émergence d'un langage corporel. Willy commence à s'exprimer à travers son corps, révélant ainsi quelque chose de son désir et de ses besoins. Pendant les séances, nous constatons que Willy demande différents actes et objets à l'aide de ses gestes, lesquels répondent clairement à une intention particulière. L'analyste repère et traduit alors ce qu'il veut « dire » ; par exemple, lorsqu'il veut sortir, il prend la main de l'analyste et la conduit vers la porte, plaçant cette main délicatement sur la poignée pour qu'elle l'ouvre. Lors d'une séance en présence de sa mère, où Willy cherche à manger, il prend un paquet de biscuits et va vers l'analyste. Il lui montre les biscuits en entonnant la mélodie des « aaaaa » dans la mesure à cinq temps de leur rythme commun. Cette dernière répond avec la même mélodie, mais dans une intonation légèrement différente qui marque une réponse et non un écho vide de son appel. L'analyste prend alors le paquet de biscuits et lui demande s'il veut qu'elle l'ouvre pour lui, ce que l'enfant confirme en chantant. Willy se précipite pour ramasser le paquet, mais elle lui demande d'attendre et ne lui offre qu'un biscuit. Face à cette dynamique, la mère, qui se

trouve de l'autre côté de la salle, commente la situation : « *Il ne va pas accepter un seul biscuit, il va tous les prendre et les écraser dans ses mains* », comme lorsqu'elle disait que Willy « volait de la nourriture ». Mais à sa grande surprise, Willy accepte un biscuit à la fois, le mange délicatement, faisant un geste « humain » avec un mouvement subtil. L'analyste valorise son geste, surtout car il dément la conviction de la mère qui ne peut rien attendre de lui. Elle le félicite alors avec des mots et il sourit. Il apprécie les biscuits en les mangeant lentement, sans empressement. Le fait de demander, d'attendre et de s'ajuster à la proposition de l'autre semble témoigner d'une reconnaissance de l'altérité.

Ce langage du corps commence également à apparaître à la maison, comme le remarquent les parents. Quand Willy veut sortir, il se rend à la porte d'entrée et met son sac à dos, celui qu'il utilise pour aller à l'école. Le père parvient à lire ce geste et le traduit par des mots : « *Willy, tu veux sortir* ». D'autres fois, il amène sa mère dans la cuisine et la place devant le réfrigérateur : « *Willy, tu veux manger* ». Elle l'ouvre et lui montre les options disponibles. Un langage du corps et de l'affect parvient ainsi à se dessiner.

Un autre constat que nous pouvons tirer de ce travail clinique est l'ouverture de son monde affectif. Willy commence à éprouver d'autres émotions, comme la tristesse, la frustration ou la joie, ce qui témoigne de l'élargissement de son répertoire émotionnel. Il ne s'agit plus seulement d'accepter ou de rejeter un affect intense et informe. Cela ouvre la possibilité de tolérer l'absence et de négocier ses besoins avec ceux de l'autre, dans une relation de reconnaissance mutuelle. Ces mouvements nous permettent de supposer que quelque chose de sa vie psychique s'organise et que Willy parvient à une forme de figuration de ce qu'il ressent, de son corps dans l'espace, le temps et le lien à l'autre. D'ailleurs, nous pouvons même soutenir que le circuit de la pulsion parvient à s'installer, permettant un parcours aller-retour qui atteigne les trois temps du trajet, une différenciation de l'interne et de l'externe, tandis qu'un objet vers lequel diriger ses demandes et ses désirs semble envisageable.

Suivre l'enfant et lire son corps permet de répondre à sa demande et de le reconnaître comme un sujet de désir. Comme le disait Françoise Dolto, « *un sujet à part*

entière » capable de percevoir, de désirer et de transmettre ses vécus internes ainsi que de les partager avec autrui.

La place de la caméra dans ses multiples facettes : un outil technique singulier

L'intensité de la rencontre avec Willy nous amène à utiliser la caméra vidéo pour enregistrer l'émotion esthétique qui émerge de cette première rencontre inattendue. Dans un mouvement improvisé, sans réflexion ni accord préalable, la psychomotricienne prend la caméra pour capter l'instant qui nous captive.

À cette époque, nous explorons la technique de recherche en micro-analyse sur la communication face à face entre le nourrisson et sa mère, telle que proposée par Daniel Stern⁷⁶. Dans ce cadre, la caméra est un dispositif technique qui cherche à enregistrer et à examiner les événements interactifs de la dyade mère-nourrisson, afin de comprendre la sensibilité maternelle et les modèles internes du nourrisson à l'origine de l'attachement⁷⁷. Si nous étions déjà plongés dans l'idée d'utiliser une caméra vidéo pour encoder de petits gestes permettant de penser la relation de l'enfant ou du bébé avec leurs figures primordiales, nous n'avions pas encore trouvé de forme définitive.

Pourtant, l'acte de prendre la caméra au moment de la rencontre avec Willy semble avoir été un mouvement intuitif, qui n'avait alors d'autre intention que de retenir l'effet de cet instant partagé. Par la suite, nous avons compris que la caméra occupait une place d'objet intermédiaire permettant de médier la relation et de maîtriser l'impact imprévu, grâce auquel le regard se détournait du corps pour s'étendre à l'appareil technique. Ainsi, l'affect n'atteignait pas directement le corps, mais le dispositif.

⁷⁶ Stern, D. (1971). "A microanalysis of the mother-infant interaction". Dans *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10, 501–507.

⁷⁷ Ce sujet est approfondi dans le dernier chapitre de la thèse.

Après cet événement, nous avons entrepris de filmer à différentes occasions, afin de fixer le moment où émerge l'émotion qui marque la rencontre clinique. Cela nous aide également à soutenir la continuité du processus thérapeutique et nous permet de revenir sur la rencontre pour en penser les enjeux et les pistes qui l'ont rendue possible.

C'est en partageant l'analyse et la réflexion autour de certaines de ces vidéos dans un travail collectif sur Deligny que la notion de « camérer » est apparue. Une notion que nous ignorions, tout comme nous ne connaissions pas cet auteur à l'époque. Dès lors, les premières lignes de l'utilisation de la caméra comme outil clinique commencèrent à s'esquisser, différentes modalités et objectifs se dégageant, en fonction des besoins de l'enfant ou du bébé et de nos propres besoins en termes de technique clinique, d'analyse et de transmission de notre travail. Nous développerons ce thème en profondeur dans le chapitre sur le dispositif technique de cette recherche.

À cet égard, l'utilisation de la caméra et l'acte de camérer jouent un rôle central dans le travail avec Willy. D'une part, cela nous permet de repérer et de capturer les gestes et mouvements singuliers de l'enfant ainsi que les moments de rencontre qui en émergent, et de les conserver ailleurs que dans nos propres registres. Ce faisant, le registre gardé par la caméra s'avère un moyen de créer une mémoire collective et partageable, que nous pouvons ensuite revisiter et réfléchir ensemble, afin de chercher, trouver et donner un sens à ce que nous observons. Nous réalisons que face à l'absence de mots pour codifier et penser l'expérience, les images prennent le rôle du discours, comme une manière de rendre compte et de partager ce qui se manifeste sur la scène. Cela favorise la mise en circulation d'un récit sur l'enfant, où l'on peut repérer sa singularité et où il prend sa place comme sujet du discours.

D'autre part, nous l'avons employé comme un miroir pour Willy, afin de lui donner une image organisée de lui-même, à travers des vidéos réalisées lors des séances. Ces images facilitent notre travail clinique, car elles nous permettent d'utiliser un code autre que le langage, qui résonne avec ses rythmes, pour l'aider à s'organiser physiquement et psychiquement. Ainsi, lorsque Willy est submergé par l'intensité de l'affect qui commence à

dépasser ses propres limites, avant qu'il ne sombre dans le chaos de ses agonies informes, nous lui montrons la petite vidéo de 3 minutes que nous avons réalisée lors de la première séance de l'été. Dans cette vidéo, il est au milieu de la salle, son corps vertical et toniquement organisé, jouant avec une ficelle et éprouvant un plaisir évident. L'image de lui qu'il rencontre dans la caméra semble le restituer dans sa sensation d'habiter son corps et probablement aussi dans le sentiment d'exister. Nous l'accompagnons alors à la regarder, à se regarder, dans la vidéo, en lui disant des petites phrases simples, comme : « maintenant, tu es très triste/en colère, mais à d'autres moments, tu es très content ».

Cette image de lui-même, que lui offre la caméra, produit un effet apaisant et lui permet de se rassembler, et peut-être de se reconnaître dans l'unité de cette image. L'image renvoyée par le « miroir », déplacée vers l'image qui sort de la caméra, devient une sorte de miroir asynchrone qui, soutenue par le regard et la présence d'un autre significatif, favorise une expérience primaire de réunification du corps et en même temps, la consistance et la continuité de son sentiment d'exister dans le temps et l'espace, et dans la relation.

Par ailleurs, la caméra se révèle aussi importante comme outil thérapeutique dans le travail avec les parents, nous permettant de réfléchir ensemble et de trouver une valeur de message à la singularité des manifestations de leur fils. En effet, les parents entreprennent de filmer les mouvements et les gestes de Willy, tant au cours des séances que dans leur vie quotidienne, afin d'enregistrer ce qui fait point de repère pour eux. Cette initiative naît spontanément de leur part, comme une manière de capturer et de partager ces moments qui les touchent et les interpellent. Ils commencent ainsi à nous envoyer de petites vidéos de leur vie quotidienne pour nous transmettre, par les images, certains événements, gestes et mouvements de Willy qui leur paraissent significatifs et qu'ils veulent partager avec nous. Ils nous ont partagé une série de vidéos principalement pendant les vacances familiales, nous racontant les nouvelles manifestations de Willy et la joie qu'ils ressentent à le « voir » apprendre de nouvelles choses et expériences. Cet été a été consacré aux « premières fois » de Willy : « *Willy mange tout seul un yaourt avec une cuillère* », « *Willy entrant pour la première fois dans la piscine* », « *Willy jouant avec son frère dans l'eau* », « *Willy dégustant une glace* », « *Willy mettant les pieds dans la mer pour la première fois* », « *Willy remplissant*

et vidant des baquets dans le sable », « Willy prenant des petites feuilles et des bâtons des arbres pour les explorer ».

Ce qui s'avère essentiel dans cet usage de la caméra, c'est le lieu de sujet que les parents attribuent aux mouvements de leur enfant, auparavant considérés comme dénués de sens, voire pathologiques. Les parents parviennent ainsi à regarder Willy d'un autre point de vue, moins pathologisant, et même à apprécier ses nouveaux gestes. Dans leur regard, un mouvement de transformation émerge, qui leur permet de s'autoriser une rêverie maternelle à travers laquelle ils peuvent imaginer cet enfant d'abord monstrueux, comme un enfant différent, dont les caractéristiques singulières méritent d'être vues, prises en considération et même partagées. Ils éprouvent alors le désir de regarder leur enfant, de le comprendre, d'enregistrer ses mouvements, de donner un sens à ses gestes, de se laisser surprendre par ses petits instants de beauté et de les partager avec nous. Ce mouvement du regard nous semble témoigner de la mise en place d'un circuit pulsionnel scopique, qui ouvre la possibilité de regarder Willy en tant que sujet.

La caméra devient ainsi un outil clinique et un outil d'échange collectif, un milieu commun permettant l'ouverture d'un espace relationnel inédit, dans lequel un « geste d'espèce », commun aux êtres humains peut émerger. Ce geste ne vient ni de l'un ni de l'autre, mais s'écoule entre les corps, par-dessus l'abîme qui sépare l'habitus du sujet parlant de celui de l'enfant autiste⁷⁸. Ainsi, le rôle de la caméra et la manière dont ce dispositif d'enregistrement est mis en place favorisent la possibilité de la rencontre ainsi que l'émergence d'un lieu pour le semblable, où l'on reconnaît quelque chose du sujet.

⁷⁸ Perret C., (2018). « À propos d'un « geste nôtre » : La caméra dans la tentative de Fernand Deligny ». Dans Blümlinger C. et Lavin M. (dir.), *Geste filmé, gestes filmiques*, Paris, éditions Mimesis.

Du mouvement transférentiel à l'élaboration collective :

Au cours de la prise en charge de Willy, mon directeur de thèse m'a proposé de participer à un programme de recherche⁷⁹ sur Fernand Deligny. Une invitation complètement inattendue, surtout que F. Deligny était un auteur que je ne connaissais même pas de nom. Malgré ma crainte, j'acceptai. Ce programme se déroulerait à l'Imec et comportait un séjour de quatre jours dans l'Abbaye d'Ardenne à Caen, en France.

Lors de la première réunion avec ce groupe de personnes inconnues à mes yeux, je présentai le cas de Willy à partir de quelques vidéos prises en séance, montrant les images de la première séance avec l'enfant puis d'autres où l'on voyait la mélodie se dessiner entre nous, ainsi qu'une articulation théorico-clinique encore naissante. À l'occasion de cette présentation, Willy, ainsi que les formes de notre pratique clinique, assez différentes des pratiques habituelles, semblèrent attirer l'attention des collègues. Cela conduisit à un premier travail de réflexion, au cours duquel de nouvelles questions et pistes commencèrent à émerger. Lors de la réunion suivante, environ un an plus tard, nous reprîrent le travail sur Willy, non seulement entre collègues psychanalystes, mais aussi au sein d'un groupe de réflexion plus large, incluant diverses disciplines telles que l'art, les arts visuels, la philosophie, le théâtre et l'écriture. Cela élargit considérablement les possibilités de penser la situation de Willy et d'élaborer le travail analytique avec lui. Ainsi, un collectif de recherche constant s'était instauré, dans lequel différentes perspectives furent analysées et développées, enrichissant notre approche des multiples événements et impasses rencontrés dans la clinique de l'autisme et la clinique de l'extrême. Ce travail permit également de développer un corpus théorico-clinique d'un certain poids et à servir de support à notre clinique et notre recherche. Devenu un réseau précieux, il nous soutient et crée des liens qui nous enveloppent. L'idée du collectif naquit donc ainsi et de l'importance qu'il tient dans cette clinique informelle et des grandes intensités qui ne peuvent être abordées ni pensées en solitaire. Car la clinique de l'extrême et de la souffrance archaïque nous expose à un excès

⁷⁹ Programme de recherche « L'actualité de Fernand Deligny dans les pratiques cliniques contemporaines », accueilli par la Maison des Sciences de l'Homme Paris Nord et par l'université Sorbonne Paris Nord en 2022-2023, sous la direction de Derek Humphreys.

du réel qui atteint le corps et arrête parfois les processus de pensée. Le travail de l'archaïque touche l'infantile en nous-mêmes, cette pure intensité qui s'actualise dans la rencontre avec le sujet qui nous est confié pour des soins psychiques. Cela n'est pas toujours représentable par le discours et exige beaucoup de la présence de l'analyste, laquelle doit être élaborée dans un autre temps-espace, pour lequel le collectif joue un rôle primordial. Dès lors, l'actualisation de l'intensité sensorielle s'organise progressivement dans l'élaboration collective, où les motions pulsionnelles accèdent d'abord à une certaine figuration, puis à la représentation en devenant récit⁸⁰.

Il est ainsi fondamental de situer l'importance de ce travail collectif, lequel a soutenu tout au long de la thèse le travail clinique avec Willy mais aussi avec d'autres enfants autistes et bébés en souffrance avec lesquels nous travaillons. Il se révèle être un espace d'écoute et d'échange qui nous permet de penser, de contenir et de nous soutenir dans cette clinique qui se situe souvent au-delà de ce que le langage permet de représenter. Ce travail collectif nous a permis de constituer un « corps commun » à ce qui était autrefois une pratique solitaire et souvent même reléguée.

En synthèse :

La rencontre avec Willy ouvre des pistes significatives à partir desquelles se dessine une approche singulière pour la prise en charge clinique des enfants autistes, et plus largement pour celle des bébés en détresse. Dès la première rencontre, elle se transforme en un chemin d'apprentissage, de croissance et d'élargissement de notre travail clinique.

Plusieurs éléments se dégagent dès le début de ce travail clinique. Dans un premier temps, c'est la violence de ses affects, par leur intensité et leur destructivité, qui joue un rôle protagoniste dans la scène. La puissance des affects informes nous déstabilise dans notre position d'analyste, mais aussi d'être humain. Vécue comme une attaque de la pensée⁸¹, elle

⁸⁰ Humphreys, D. (2019). « Les modes de présence dans l'intrication pulsionnelle ». Dans *Le Coq-héron*, 236, 53-65.

⁸¹ Bion, W. R. (1959). « Attacks on linking ». *The Psychoanalytic Quarterly*, 82 (2), 296, 2013.

nous plonge dans une situation d'inquiétante étrangeté⁸². Cette violence, qui ne peut être ni comprise ni représentée, nous confronte à des angoisses diffuses et à un sentiment d'effondrement psychique. Cet état de détresse nous mène à l'époque à nous fier à l'intuition comme seul recours, celui-ci s'avérant de fait fondamental et fondateur.

Un rythme apparaît alors, qui nous permet de soutenir l'intensité des affects et de maintenir notre présence. À partir de ce rythme, une première organisation de l'expérience est possible, d'où naît la possibilité d'une synchronie affective, par l'ajustement entre les rythmes de l'analyste et ceux du patient. Cela permet d'entrer en résonance avec les éprouvés l'enfant et d'accueillir ses éléments non représentés, favorisant l'émergence d'une émotion partagée, qui acquiert un caractère esthétique lorsque l'étonnement et la surprise se rejoignent dans cette rencontre. Ce rythme partagé rend possible la dimension transféro-contre-transférentielle, qui s'appuie sur le corps, la sensorialité et la pulsion, comme moyen d'élaboration de ce que le langage ne peut pas exprimer. Dans ce cadre, la présence de l'analyste prend une place essentielle. Fortement sollicité à travers son corps, sa capacité à tolérer le chaos qui s'imprime dans son propre vécu interne et dans celui du petit sujet est en jeu. Cela implique un double travail de contenance et de métabolisation par l'analyste qui, en contact avec ses propres états archaïques non représentés, doit maintenir un état d'ouverture et de réceptivité face aux affects bruts de l'*infans* afin de faciliter leur processus d'accueil et de transformation. De cette manière, par sa capacité de malléabilité, d'ajustement et de résonance aux ressentis du patient, la présence de l'analyste peut offrir une forme de contenance visant à intégrer et transformer progressivement ces expériences, initialement informes et destructrices, afin qu'elles puissent s'inscrire dans le lien à l'autre.

Pour réfléchir aux nouvelles formes que prend notre pratique clinique, notamment au regard des particularités du lien dans le registre archaïque, nous sommes partis à la recherche de références pour soutenir notre présence face à l'irreprésentable. Afin de soutenir cette démarche dans le domaine de la psychanalyse, nous avons entrepris un travail de recherche approfondi, à travers une exploration théorico-clinique minutieuse, qui donne

⁸² *Op. Cit.* Freud, S. (1919).

vie et forme à cette recherche. Parallèlement, nous avons mené une réflexion et une élaboration rigoureuses autour des éléments somato-psychiques et en particulier des éléments transférentiels et contre-transférentiels, au sein de l'équipe thérapeutique, du travail collectif et de la supervision clinique. Dans ce cadre de travail, nous avons envisagé la construction d'un dispositif technique originel répondant aux besoins et particularités de notre clinique, mais encore à une nécessité politique quant à l'accueil de la souffrance précoce dans notre pays.

Nous pouvons ainsi considérer que le travail avec Willy constitue un véritable cas clinique, en tant qu'il nous a permis de soulever de nouvelles questions sur les enjeux de la vie psychique et du devenir sujet, ainsi que d'introduire de nouvelles pistes pour le travail clinique psychanalytique.

Chapitre 2 : A propos de l'autisme et du bébé en détresse

Notre réflexion sur l'autisme et le bébé en détresse se penche sur la sémiologie du symptôme, en s'éloignant de la compréhension traditionnelle qui associe les symptômes à des entités nosologiques, des maladies ou des syndromes. Ici, le symptôme n'est pas pensé comme un ensemble de manifestations homogènes permettant de diagnostiquer une pathologie, mais comme un phénomène singulier qui exprime quelque chose du sujet. Le symptôme est donc conçu comme un signifiant dont la manifestation a une valeur spécifique qu'il faut déchiffrer et traduire afin de comprendre sa valeur cruciale pour le sujet qui nous est adressé. En effet, notre manière d'accueillir et de traiter la souffrance passe par la considération de chaque enfant et bébé comme un sujet à part entière, un sujet en devenir dont la souffrance est le signe de ce dont il a besoin pour son processus de constitution psychique.

Selon cette approche, nous considérerons l'autisme et la figure du bébé en détresse comme des concepts opérationnels, qui visent à faire travailler une souffrance précoce extrême qui affleure dans leurs manifestations. Cela soulève deux principaux enjeux : un enjeu théorique, celui d'élucider les voies possibles du processus de subjectivation ; un enjeu clinique, qui cherche à définir des axes et des moyens pour la prise en charge psychanalytique des enfants dont les manifestations révèlent des expériences hors psyché. Pour ce faire, nous allons définir brièvement les notions d'autisme et de bébé en détresse, que nous articulerons ensuite l'une à l'autre.

2.1 L'autisme à l'égard de la psychanalyse :

L'autisme est un sujet complexe et controversé, qui fait l'objet de théories et de pratiques divergentes, ainsi que de multiples conflits d'intérêt et de luttes de pouvoir. La diversité des approches cliniques montre fréquemment la fragmentation des perspectives tant médicales que psychologiques et éducatives, dans lesquelles les constructions d'hypothèses et de références se disqualifient mutuellement. Le manque de connaissances cohérentes, capables d'expliquer cette organisation psychique, révèle les lacunes qui

prévalent encore quant à sa compréhension. Pourtant, l'autisme nous confronte à un conflit de discours, basé sur des hypothèses étiologiques incertaines et sur les « bonnes pratiques » à mettre en œuvre pour la prise en charge.

Face à la complexité de ce scénario, notre recherche vise à soulever certaines pistes concernant les mécanismes corporo-psychiques présents dans l'autisme, les lignes transversales qui semblent affecter la majorité des enfants et principalement leurs configurations singulières, dans le but de mieux comprendre les éléments à la base de la souffrance et des angoisses qui amènent l'enfant à s'isoler de la relation. Notre intérêt ne porte alors nullement sur la recherche d'une étiologie psychogène ou causale de l'autisme, mais sur la compréhension de ses mécanismes et de ses formes d'organisation, notamment en ce qui concerne l'utilisation massive de la sensorialité, du corps sensori-moteur et de la dimension pulsionnelle.

Dans cette optique, nous ferons une brève synthèse sur les origines de la notion d'autisme et les principales approches psychanalytiques, pour ensuite nous situer dans une version plus contemporaine et intégrative, dans une perspective qui met en valeur la place du corps.

2.1.1 Brève histoire de l'autisme :

E. Bleuler⁸³ crée le terme « autisme », dérivé du grec qui signifie « soi-même », pour désigner le repli psychotique du sujet dans son monde intérieur. L'autisme, alors défini comme l'absence de tout contact avec l'extérieur, était une façon d'expliquer les effets de la « dissociation psychique », propre à l'esprit fragmenté de la schizophrénie. Bleuler réalise sa conceptualisation de l'autisme en empruntant à Freud le terme d'« auto-érotisme », mais en y soustrayant l'Eros, pour le situer comme consécutif à la dissociation et comme une tentative d'adaptation pathologique. Or, ce qui intéresse Bleuler et qui est d'une grande importance pour notre recherche, c'est la sémiologie de l'autisme. Bleuler caractérise un symptôme et

⁸³ Bleuler, E. (1911). *La démence précoce ou le groupe des schizophrénies*. (Traduction française, 1950). Paris, PUF.

développe un travail sémiologique pour le reconnaître. Ce symptôme est présent dans de nombreuses formes de souffrance psychique, c'est pourquoi l'idée même de spectre problématise tout ce qui se passe entre la maladie et le symptôme.

Après Bleuler, les idées d'autisme proposées par Leo Kanner⁸⁴ se basent sur l'observation d'enfants souffrant de plusieurs altérations du contact socio-affectif dès les premiers stades de la vie. Kanner propose l'autisme comme « un trouble inné de la communication et du contact affectif », qui se distingue de la schizophrénie infantile et dont les manifestations concernent principalement l'altération du langage, des relations sociales et des processus cognitifs. En définissant l'autisme comme un trouble inné, l'auteur souligne la précocité de son apparition comme condition de sa différenciation.

La contribution de Kanner nous semble d'une grande pertinence en ce qui concerne la précocité de l'autisme. On sait aujourd'hui que l'approche clinique précoce permet d'intervenir avant que l'autisme ne se constitue en une organisation psychique trop rigide, ayant entraîné trop de conséquences dans les dynamiques socio-affectives et neurologiques de l'enfant.

Nous retrouvons ensuite les postulats de Bruno Bettelheim⁸⁵ qui décrit l'autisme comme une maladie de la défense, un état mental qui se développe face au sentiment de vivre dans une situation extrême et sans espoir. Cependant, Bettelheim (1991) soulève que dans l'autisme infantile, il n'y a pas une absence de relation à l'autre, mais qu'au contraire, l'enfant établit des relations multiples entre tout ce qui lui arrive et que sa souffrance dérive d'un assemblage d'associations indiscriminées, dans lequel il n'y a pas d'espace entre la vie psychique et l'environnement :

« Malgré son étrange mode de relation, dire qu'il n'y a pas de relations c'est avoir une idée bien étroite des relations humaines ou, du moins, c'est avoir une idée préfreudienne de la nature des sentiments humains... Son malheur est

⁸⁴ Kanner, L. (1943). « Autistic disturbances of affective contact ». Dans *Nervous Child*, 2, 217–250.

⁸⁵ Bettelheim, B. (1969). *La forteresse vide. L'autisme infantile et la naissance du Soi*. Paris, Gallimard.

en effet que, plus que tout autre être humain, il rapporte tout, il relie et associe tout à un seul ensemble d'expériences »⁸⁶

La proposition de Bettelheim correspond à ce que nous observons actuellement dans la désorganisation sensori-motrice de l'autisme, surtout en ce qui concerne les difficultés de filtrage et d'intégration sensoriels. Le démantèlement sensoriel témoigne de la difficulté à rassembler les différents stimuli, tant internes qu'externes, ainsi que de la difficulté à différencier les limites propres et celles des autres. Cela met en évidence le rapport indiscriminé de l'enfant à tout ce qui se passe autour de lui.

Néanmoins, la théorie de Bettelheim est assez controversée, car elle suggère que l'autisme résulte d'une dynamique familiale déficiente, et plus particulièrement des défaillances du rôle maternel. Bettelheim suppose que ces mères, incapables d'apporter une réponse émotionnelle aux besoins affectifs de leurs enfants, ont contribué à leur retrait du monde extérieur, favorisant ainsi l'apparition de comportements autistiques. Cependant, on considère que cette culpabilisation est surtout une question d'interprétation dans l'œuvre de l'auteur, car comme le dit Bettelheim⁸⁷, cette ambivalence qui résulte de la difficulté de s'occuper d'un enfant autiste peut facilement être prise pour une cause.

En nous démarquant radicalement de toute culpabilisation de la figure maternelle, il est important de souligner que l'inclusion de la mère dans la réflexion sur l'autisme est fondamentale pour concevoir la place primordiale de la relation à l'autre dans sa compréhension et son abord. L'idée de l'échec de la relation avec l'autre, spécifique à l'autisme, permet de penser que lorsque le bébé ou l'enfant présentant des signes de retrait n'est pas disponible pour la rencontre avec l'autre primordial, incarné par les figures parentales, les parents éprouvent des difficultés à interpréter les signaux de l'enfant, se sentent impuissants dans leurs fonctions et isolés du contact émotionnel et du monde de leur enfant, qui leur semble étranger. En même temps, en intégrant l'importance de la fonction maternelle, il est possible d'ouvrir de nouvelles voies de prise en charge, incluant le

⁸⁶ Bettelheim, B. (1991). *Le poids d'une vie*. (p.182). Robert Laffont. Dans León, P. & Menéndez, R. (2009). « Ce qui reste de Bruno Bettelheim ». Dans *Psychanalyse*, 15, 91-99.

⁸⁷ *Op. Cit.* Bettelheim, B. (1969).

pôle parental, afin de promouvoir la capacité des parents à mieux comprendre leur enfant et à occuper cette fonction. Ce point est crucial dans notre travail clinique et nous l'aborderons tout au long de notre recherche.

Parmi les auteurs qui ont abordé l'autisme, les contributions de Frances Tustin sont spécialement pertinentes pour appréhender la complexité de l'organisation et des mécanismes autistiques. Selon F. Tustin⁸⁸, l'autisme représente un arrêt ou un retour à une étape précoce du développement, qui s'intensifie et devient plus rigide. Il s'agit d'enfants qui sont psychologiquement prématurés, incapables d'intégrer la séparation de l'objet et par conséquent, de faire la différenciation d'avec soi-même, ce qui entraîne une incapacité à maintenir un lien affectif avec l'autre et à établir une réponse dirigée vers l'entourage. L'enfant autiste éprouve des angoisses intenses de fragmentation en raison de son incapacité à intégrer les expériences sensorielles et émotionnelles, ce qui le conduit à percevoir le monde comme chaotique et menaçant. En réponse à ces angoisses, il développe des stratégies défensives de retrait et d'évitement de la relation avec autrui et son environnement. Ceci produit un vide, défini par Tustin comme un « trou noir de la psyché », une grande blessure intérieure qui provoque de défenses massives, dans le but de refuser toute séparation et donc toute altérité. L'enfant construit ainsi une « carapace » qui lui permet de se protéger et qui l'amène à investir ses propres sensations internes. Il produit alors des « figures autistes », qui sont à leur tour la base des « objets autistiques », constitués par des parties de son corps ou par des objets inanimés perçus comme le corps propre.

Toutefois, Tustin propose une phase d'autisme « normal » dans le développement infantile, au cours de laquelle le bébé présente initialement une faible perception du monde extérieur, puis s'ouvre progressivement au contact avec la réalité grâce à sa capacité à reconnaître et comprendre l'altérité par les processus mentaux. L'autisme normal joue ainsi un rôle protecteur en agissant comme un pont entre le monde interne et externe, atténuant l'impact psychique et émotionnel du contact avec la réalité. En revanche, l'autisme pathologique est considéré comme un processus de confrontation avec la mort, qui tente

⁸⁸ Tustin, F. (1972). *Autisme et Psychose de l'enfant*. Paris : Seuil, 1977.

d'effacer les objets en utilisant la substance corporelle réduite à l'état d'objet inanimé, afin de tolérer les sentiments de séparation, qui sont vécus comme une perte insupportable. Dès lors, l'autisme normal correspondrait à une étape de pré-pensée, tandis que l'autisme pathologique implique un état d'anti-pensée.

Dans sa version pathologique, F. Tustin distingue trois types d'autisme : l'autisme primaire anormal (APA), est une prolongation anormale de l'autisme primaire due à une absence totale ou partielle de soins élémentaires ou à l'incapacité de l'enfant. L'autisme secondaire encapsulé (ASE), se développe quant à lui comme une défense contre la sensation de panique associée à une séparation physique intolérable, induisant le besoin de construire une carapace comme forme d'isolement pour se protéger du monde extérieur. Enfin, l'autisme secondaire régressif (ASR) est considéré comme un syndrome psychotique central de la schizophrénie infantile. Dans ce cas, les processus d'encapsulation impliquent une intensification des mécanismes d'identification projective (Klein, 1963) ainsi que de régression et de fragmentation.

Les différentes formes d'autisme proposées par F. Tustin nous semblent utiles pour réfléchir aux bébés et aux enfants que nous accueillons. Elles nous permettent de distinguer entre les défenses autistiques à proprement parler et les signes d'autisme que nous repérons chez les bébés pour lesquels la fonction maternelle s'avère défailante ou absente. Ces bébés ont souvent recours à des mécanismes autistiques pour tolérer la séparation ou l'absence de l'autre primordial et l'impact de la réalité, mais ils ne sont pas pour autant autistes.

Parallèlement, nous trouvons les travaux de Donald Meltzer, qui développent sa conception de l'autisme en s'inspirant des apports de Wilfred Bion, Esther Bick et Mélanie Klein. Sa compréhension de l'autisme nous semble fondamentale, surtout en ce qui concerne la dimension du registre sensoriel, laquelle prend une importance considérable dans notre recherche. D. Meltzer⁸⁹ décrit l'autisme comme un état de démantèlement sensoriel qui fragmente le soi en divers canaux sensoriels, chaque fragment étant réduit à un état primitif, essentiellement dépourvu d'activité mentale. Selon Meltzer, le retrait autistique du monde

⁸⁹Meltzer, D. (1980). *Exploration dans le monde de l'autisme*. Paris, Payot.

n'est pas dû à l'angoisse persécutrice ni à un état de désespoir, mais à la difficulté de l'enfant à intégrer l'expérience sensorielle et à dimensionner la relation à l'objet, qui est conçue comme bidimensionnelle, de surface à surface. L'objet est ainsi considéré sans intérieur défini, ce qui empêche la communication psychique nécessaire au développement de la pensée. Cela conduit à une forme d'identification adhésive, où l'enfant cherche la possession absolue et impossible d'un objet vide de substance.

Dans cette perspective, Meltzer souligne l'importance de l'impact des qualités parentales de contenance pour le développement potentiel de l'enfant, accordant une valeur structurante à la « rêverie maternelle » et aux fonctions « contenant-contenu » proposées par W. Bion⁹⁰. Selon l'auteur, dans l'autisme, les demandes de l'enfant dépassent souvent les capacités de contenance de la mère, car le caractère bidimensionnel que l'enfant attribue à l'objet et l'absence d'une identification suffisante l'empêchent de concevoir l'intériorité et les qualités de l'objet maternel.

Enfin, l'hypothèse du « conflit esthétique »⁹¹ proposée par D. Meltzer mérite d'être évoquée. Il suggère que le nourrisson, face à l'image de sa mère, est submergé par un mouvement de clivage, de fascination et d'éblouissement, comme s'il éprouvait un véritable choc esthétique, caractérisé par l'impact de la « beauté et du mystère » de la rencontre avec sa mère. Ce conflit esthétique soulève la question de la beauté intérieure de l'objet, laquelle lui confère un monde intérieur, ce qui fait défaut dans l'autisme. Ce conflit esthétique constitue un axe primordial dans notre travail clinique, car nous constatons que la rencontre avec l'enfant autiste se produit par l'émergence inattendue d'une émotion esthétique partagée, qui éveille un intérêt particulier pour l'autre et ses qualités et ouvre la voie au plaisir de la rencontre.

⁹⁰ Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann.

⁹¹ Meltzer, D. (1988). *The Apprehension of Beauty: The Role of Aesthetic Conflict in Development, Art, and Violence*. Strath Tay: Clunie Press.

2.1.2 Autisme et psychanalyse contemporaine :

En ce qui concerne la compréhension contemporaine de l'autisme, nous allons exposer les positions de l'école française et de l'école anglaise de psychanalyse, même si nous ne pourrions pas les aborder de manière exhaustive.

- L'école anglaise :

De manière très générale, l'école anglaise de psychanalyse, à travers des auteurs comme Maria Rhode, Susan Reid et Anne Alvarez⁹², considère l'autisme comme un trouble complexe du neurodéveloppement. Il se caractérise principalement par des difficultés sévères dans l'interaction sociale et la communication, des comportements rigides et inflexibles, ainsi qu'une importante difficulté dans le processus de pensée symbolique. Il apparaît généralement dans la petite enfance et sa gravité et sa présentation varient considérablement d'un enfant à l'autre. Dès lors, l'autisme est considéré comme un trouble de la relation entre soi et l'autre, où l'enfant lutte contre un sentiment écrasant de désorganisation interne et contre un conflit fondamental pour se séparer de la figure maternelle. Le retrait de l'enfant autiste représente une perturbation profonde du processus d'attachement précoce, où l'enfant, submergé par les stimuli, se retire dans un monde de similitude et de répétition. En mettant en avant les dynamiques intrapsychiques et les relations précoces, les contributions de cette école soulignent l'importance fondamentale de l'intervention précoce et du travail clinique avec les figures parentales et les familles des enfants autistes. Elles soutiennent que le diagnostic d'autisme crée un effet traumatique chez les parents et qu'un bébé présentant des signes d'autisme rend souvent les fonctions parentales très difficiles, entraînant des échecs dans la relation, face à la non-réceptivité de l'enfant et à la difficulté des parents pour le calmer et le contenir. De ce fait, le processus thérapeutique doit considérer le pôle parental comme une dimension fondamentale et le travail clinique s'appuie sur l'importance de la relation. Nous partageons cette perspective en

⁹² Alvarez, A., & Reid, S. (1999). *Autism and personality: Findings from the Tavistock Autism Workshop*. London, Routledge.

ce qui concerne l'accompagnement parental, et surtout l'importance centrale de la relation dans le travail analytique.

- Les écoles françaises de psychanalyse :

En ce qui concerne les écoles françaises de psychanalyse, il existe diverses approches théoriques et cliniques de l'autisme. Toutefois, il semble y avoir un consensus plus marqué à se différencier des considérations neurobiologiques et développementales (sans pour autant les ignorer) afin de considérer l'autisme comme une position singulière du sujet, un mode particulier de relation au langage, et non selon une nosologie psychiatrique ou un modèle médical.

Parmi les multiples différences entre les diverses écoles de psychanalyse, nous remarquons deux grandes lignes de compréhension de l'autisme. D'une part, certaines écoles, surtout d'orientation lacanienne, envisagent l'autisme en relation avec l'ordre symbolique, l'aliénation à l'Autre, le ratage de la pulsion et l'articulation, ou plutôt l'échec de l'articulation, des trois registres proposés par Lacan : Réel, Symbolique et Imaginaire (RSI). Dans cette optique, l'autisme est considéré comme absence d'aliénation à l'Autre, dont l'effet provoque une sortie, voire une non-entrée, dans la chaîne signifiante, réduisant ainsi le corps à l'expérience du réel, saturé par la jouissance.

D'autre part, certaines écoles de psychanalyse plus intégratives mettent l'accent sur la désorganisation de la sensorialité et de la dimension spatio-temporelle, sur la difficulté dans la relation à l'autre et la reconnaissance de l'altérité ainsi que sur la rupture du sentiment d'exister. Pour ces écoles, le corps apparaît comme le lieu de bataille des complexités de l'autisme, en raison de l'utilisation massive de la sensorialité, de la difficulté d'inscrire l'expérience comme trace psychique et de la complexité à établir des liens avec l'autre.

Bien que ces deux approches ne soient pas en opposition, les registres qu'elles privilégient sont différents. Nous explorerons brièvement les notions de l'autisme proposées par certains auteurs lacaniens avant de nous concentrer sur une pensée psychanalytique qui privilégie la dimension sensorielle et la relation à l'autre, perspective à laquelle nous

adhérons dans notre recherche, sans pourtant exclure les autres approches, dont nous considérons les apports fondamentaux et que nous intégrons à notre réflexion.

- L'autisme et le registre symbolique :

Parmi les écoles lacaniennes de psychanalyse, différentes perspectives envisagent l'autisme comme une structure dans laquelle opère une rupture de la relation à l'Autre qui empêche le recours au registre du symbolique via le signifiant. Cet échec entrave l'émergence du registre imaginaire, laissant le corps réduit au registre du réel et exposé à un excès de jouissance. Face à l'absence de signification et à l'impossibilité de représenter le réel, l'individu ne peut alors pas se déplacer de manière métonymique dans le discours, ce qui conduit à l'impossibilité d'établir un lien avec l'Autre et son désir.

Rosine et Robert Lefort⁹³ font partie des premiers psychanalystes à aborder le travail clinique de l'autisme. Ils considèrent l'autisme comme une structure psychique distincte de la psychose, en insistant sur le fait que dans l'autisme, il y a une forclusion de l'Autre, c'est-à-dire que l'Autre n'existe pas. Dès lors, l'Autre n'est pas barré, il ne manque de rien et aucun objet n'est séparable, sans équivalent avec le signifiant qui lui manque. Il n'y a donc pas chez l'autiste de désir qui concernerait sa place dans son rapport à l'Autre, et ce dernier n'est pas porteur d'objets cause du désir. L'enfant autiste ne peut faire de l'Autre ni le porteur ni la source de sa demande, de son désir, ou de sa pulsion, se trouvant ainsi dans une position sans issue où il ne peut que refuser la présence de l'Autre dans un « tout ou rien ». De ce fait, le signifiant n'a rien à signifier, laissant le corps dans un registre purement réel, antérieur à toute sexualité et en dehors de toute signification phallique. Il y aurait ainsi un manque de division du sujet, l'absence d'aliénation empêchant la séparation et laissant l'enfant figé dans un éternel retour au même (Bentata, 2005).

M-C Laznik (2006) soutient que l'autisme se manifeste comme un retrait relationnel qui entraîne rapidement des conséquences neurologiques. Selon l'auteure, la clinique de

⁹³ Lefort, R., Lefort, R. (2003). *La distinction de l'autisme*. Paris, Seuil.

l'autisme renvoie aux premiers obstacles rencontrés par l'appareil psychique lors d'un temps inaugural. Elle considère l'autisme comme une difficulté très précoce, pouvant même survenir dès la vie intra-utérine, et souligne l'importance de l'aborder cliniquement dès les premiers mois de vie.

Par ailleurs, Laznik établit une claire distinction entre autisme et psychose, affirmant que ce qui rate dans l'autisme, c'est le temps de l'aliénation et que ce qui rate dans la psychose, c'est la séparation, car pour se séparer, il faut déjà avoir été aliéné. Dans l'autisme, le bébé refuse de rentrer dans le jeu de l'aliénation à l'Autre, ce qui pose la question de la pulsion et de son parcours dans la configuration de l'autisme. En effet, Laznik⁹⁴ avance que dans l'autisme se produit un « ratage du circuit pulsionnel », où la pulsion ne fait pas son trajet d'aller-retour, ne se dirige pas vers l'objet, échouant dans le troisième temps de son parcours. Au lieu de se boucler, la pulsion revient sur le propre corps dans un circuit fermé. Cela implique un double mouvement de retrait. D'une part, le bébé se replie sur lui-même. Il ne se laisse pas interpeller par la présence de l'autre maternel et ne répond ni à son regard ni à sa voix. D'autre part, il ne se fait pas objet du désir de l'autre, ne s'offrant pas comme objet de la relation.

La place de la pulsion et son ratage nous semblent fondamentaux pour comprendre la dynamique de la relation à l'autre et à l'Autre. Plutôt qu'une inexistence de l'Autre ou un manque d'aliénation à son désir, le bébé ne parvient pas à se situer à la place du désir, ce qui compromet d'abord la relation à l'autre, puis la relation à l'Autre. Nous approfondirons cette question de la pulsion et de son ratage dans l'autisme dans le chapitre dédié au corps.

- L'autisme et le corps sensori-moteur :

Dans le cadre des approches psychanalytiques de l'autisme, certaines écoles, comme mentionné ci-dessus, mettent l'accent sur la dimension sensori-motrice. Les difficultés rencontrées par l'enfant pour établir une relation à l'autre et reconnaître l'altérité s'articulent

⁹⁴ Laznik, M. (2013). « Pulsion invocante avec les bébés à risque d'autisme ». Dans *Cahiers de PréAut*, 2013/1 (10), 23-78.

à ses difficultés à intégrer la sensorialité et la dimension spatio-temporelle. L'enfant se trouve alors soumis à un fort démantèlement sensoriel⁹⁵, à partir duquel l'expérience de la réalité se révèle très chaotique. Le corps ne parvient pas à s'organiser comme un espace où habiter et contenir les expériences, et il ne constitue pas une enveloppe psychique. Par conséquent, le bébé ou l'enfant se retrouve exposé à l'excès de tout ce qui l'habite, un excès d'intensité qu'il ne peut ni traiter ni adresser à l'autre, ce qui engendre sa souffrance. De ce fait, l'expérience ne s'inscrit pas psychiquement et reste clivée dans un état archaïque. La constitution du moi et le processus de différenciation et de séparation avec l'autre semblent en panne, ce qui entrave l'émergence d'un sentiment d'unité et de continuité de soi.

Il ne s'agit alors pas ici d'une absence totale de l'autre, ni de l'Autre, ni d'un refus d'entrer en relation, mais plutôt d'une désorganisation corporo-psychique massive, entraînant des difficultés profondes qui limitent les capacités de l'*infans* à représenter l'expérience, accéder au langage et établir des liens avec l'autre ainsi qu'à reconnaître l'altérité.

Dans cette optique, les postulats de Geneviève Haag⁹⁶ (1988-2018) prennent une importance cruciale. Elle considère l'autisme comme un trouble sévère du développement précoce, caractérisé par un retrait significatif de la communication, des troubles spécifiques du langage et une quête constante d'immuabilité (Kanner, 1946). L'enfant autiste reste dans un retrait quasi-permanent dans ses stéréotypies d'autostimulation sensorielle (Tustin, 1972) et présente une grande dysharmonie du développement intellectuel ainsi qu'une pauvreté marquée des processus symboliques. Les expressions émotionnelles dans les relations interpersonnelles sont assez limitées, de même que la perception des états émotionnels des autres personnes. Selon G. Haag⁹⁷, la complexité de l'autisme réside dans le corps, particulièrement dans sa dimension sensorielle. Le recours massif à la sensation se traduit par des manifestations corporelles spécifiques. Ces manifestations comprennent les

⁹⁵ *Op. Cit.* Meltzer, D. (1975)

⁹⁶ Haag, G. (1988). « Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie ». Dans *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, (1), 36.

⁹⁷ Haag, G. (2009). « Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile ». Dans *Enfance*, 2009/1, (1), pp. 121-132.

agrippements sensoriels, l'identification adhésive, l'autostimulation sensorielle, ainsi que le clivage et le démantèlement sensoriel, lesquels perturbent les processus psychiques primaires et, par conséquent, le développement affectif et cognitif. L'enfant se trouve ainsi dans un stade psychique fragile, dominé par des sensations qu'il ne parvient pas à intégrer ni à synthétiser. Cela conduit à des altérations de la perception de l'image du corps, du temps et de l'espace, lesquelles se manifestent par des états de tonicité excessifs ou insuffisants, traduisant des expériences corporelles de chute et de liquéfaction.

Par ailleurs, le corps n'acquiert pas de caractère érogène et le plaisir se réduit à des mouvements d'autostimulation sensorielle. Le regard est souvent absent, évitant ou périphérique (regard dévié) et le langage est souvent inexistant ou sans capacité symbolique. L'exploration de l'espace et des objets, ainsi que la perception temporelle, montrent une uni ou bidimensionnalité, conduisant à un « retour du même »⁹⁸.

Un autre auteur qui nous paraît pertinent en ce qui concerne la dimension corporelle et relationnelle de l'autisme est Didier Houzel⁹⁹, qui conçoit l'autisme comme une perturbation précoce du développement affectif et relationnel, empêchant l'accordage initial entre le bébé et ses figures primordiales. Ces défaillances dans les premières relations d'accordage affectent le sentiment de continuité d'exister et la formation d'une enveloppe psychique contenant, une structure interne essentielle pour intégrer les affects et les expériences. D. Houzel explique que face à ces carences, l'enfant autiste développe des mécanismes de défense spécifiques pour se protéger de l'imprévisibilité et de l'angoisse des interactions avec les autres, en déplaçant ses investissements sur des objets inanimés ou en recherchant une adhésivité corporelle avec autrui. L'enfant fait alors appel à des sensations primaires pour se protéger du chaos interne et des menaces primitives, visant à instaurer une continuité illusoire comme alternative au sentiment fragmenté d'exister.

Concernant le processus de subjectivité, Bernard Golse¹⁰⁰ propose que l'autisme puisse être défini comme le plus grave échec des processus d'accès à l'intersubjectivité, c'est-

⁹⁸ *Op. Cit.* Haag, G. (1988).

⁹⁹ Houzel, D. (2004). *L'autisme infantile: une approche psychoanalytique*. Paris, Dunod.

¹⁰⁰ Golse, B (2013). *Mon combat pour les enfants autistes*. Paris, Ed. Odile Jacob

à-dire, à la différenciation qui permet à l'enfant de reconnaître son existence et l'existence de l'autre. Selon l'auteur, l'une des hypothèses centrales de l'autisme est la difficulté de l'enfant à établir une poly-sensorialité synchrone pour articuler les différents flux sensoriels provenant de l'objet et les ressentir comme extérieurs à lui-même. Cela obstrue le processus de subjectivité et l'accès à l'intersubjectivité, provoquant une confusion de l'intérieur et de l'extérieur ainsi qu'une non-différenciation de l'autre, que l'enfant risque de subir en se retirant de la relation pour s'en protéger.

Enfin, nous mentionnerons les contributions de Chantal Lheureux-Davidse, qui revêtent une grande importance pour notre recherche, car elle a soutenu et guidé notre travail clinique avec des enfants sévèrement autistes et des bébés en détresse. Selon Lheureux-Davidse¹⁰¹ l'autisme est une pathologie du lien, où l'enfant échoue à établir une relation suffisamment sécurisante avec ses figures significatives. Il présente également une difficulté majeure à se différencier de l'autre, ce qui suscite des réactions défensives visant à se protéger contre l'angoisse de séparation et de désintégration qui en découle. L'enfant se replie alors dans un monde interne où les objets inanimés prennent une importance démesurée, servant de points d'ancrage dans un environnement perçu comme chaotique et imprévisible.

Lheureux-Davidse¹⁰² souligne que les enfants autistes éprouvent souvent des sensations corporelles intenses et discontinues, ce qui contribue à leur difficulté à maintenir un sentiment cohérent et continu de soi. La sensorialité opère de manière fragmentée et les informations sensorielles ne s'intègrent pas de manière coordonnée, créant des difficultés de compréhension et de gestion des relations avec les autres et l'entourage. Par conséquent, l'enfant manifeste des réactions extrêmes aux stimuli sensoriels, sous forme d'hyperréactivité et/ou d'hyporéactivité. L'hyperréactivité transforme l'environnement en un lieu menaçant, submergé par un excès de stimuli sensoriels que les enfants autistes ne peuvent ni intégrer ni gérer. L'hyporéactivité, quant à elle, pousse l'enfant à chercher des stimuli plus intenses

¹⁰¹ Lheureux-Davidse, C. (2003). *L'autisme infantile ou le bruit de la rencontre. Contribution à une clinique des processus thérapeutiques*. Paris, Harmattan.

¹⁰² Lheureux-Davidse, C. (2014). « Sensorialité et conquête du moi corporel chez de jeunes autistes ». Dans *Adolescence*, 2014/4 T. 32 n°4. pp. 821-833.

pour percevoir les sensations. Or, dans les deux cas, l'enfant recourt à des mouvements stéréotypés, rigides et chaotiques comme stratégies d'autorégulation sensorielle qui visent à rétablir la structure et la continuité de leurs expériences par une certaine prévisibilité que la rencontre avec l'autre ne peut offrir. Ces difficultés sensori-motrices affectent leur manière d'habiter leur corps, de se situer dans une dimension temporo-spatiale et surtout d'entrer en relation.

En synthèse :

Sur la base des postulats discutés ci-avant, nous pouvons envisager l'autisme comme une position singulière dès l'origine de la vie, caractérisée par une grande difficulté à établir des relations avec autrui et l'environnement. Cette difficulté se fonde et se manifeste par une sensorialité désorganisée, une perception chaotique et envahissante du monde extérieur et de soi-même, qui conduit à l'incapacité de créer un lien sécurisant avec l'autre primordial.

Ces difficultés entravent l'organisation psychique, la vie pulsionnelle et sensorielle, ainsi que l'établissement d'un rythme stable et continu, indispensable à la perception de soi et de l'autre. L'absence comme la présence de l'autre semblent être insupportables, conduisant à un fort isolement pour se protéger de la rencontre. Face à cette désorganisation, la voix et le regard deviennent envahissants et parfois même intolérables, ce qui a des implications majeures sur l'organisation du circuit pulsionnel et la constitution de la vie psychique, qui semble figée dans un état archaïque. Cela entraîne également des difficultés pour les parents, notamment dans leurs fonctions contenantes. Lorsque le bébé ne s'intéresse pas à la voix et au regard de ses figures primaires, les parents, face à la non-réponse de leur enfant, éprouvent un sentiment d'impuissance et de détresse, ce qui nuit à la relation. Le lien commence alors à décliner vers des formes plus pragmatiques d'interaction, centrées sur les besoins plutôt que sur le registre de la demande et du désir. La clinique de l'autisme nécessite alors d'effectuer un travail essentiel d'accueil et d'accompagnement de la souffrance, tant de l'enfant que de ses figures primordiales, afin d'entamer un processus de rétablissement du lien.

2.2 Le bébé en détresse :

Eva, un corps qui se brise.

Eva semble être un bébé en détresse dès le début de sa vie. Sa mère biologique l'abandonne, la laissant à l'hôpital après l'accouchement. On n'entend plus jamais parler d'elle. Eva est alors placée en famille d'accueil, âgée de 18 jours.

Gina, la mère de cette famille d'accueil, la prend en charge comme elle l'a fait avec plus de cent autres bébés. Mais Eva est un bébé différent. Après plusieurs jours de pleurs inconsolables, Gina l'emmène à l'hôpital en quête d'aide pour apaiser son malaise, dont elle ignore la cause. Les médecins l'examinent et découvrent que Eva a vingt os fracturés. Une intense douleur est donc à l'origine de ses pleurs incontrôlables. La première action médicale vise à écarter l'hypothèse de la violence ou de la maltraitance. Celle-ci est rapidement rejetée lorsqu'il apparaît que la cause de ses fractures osseuses résulte d'une condition génétique : Eva a un corps « de cristal ».

Elle ne produit pas de calcium dans son organisme, si bien que ses os n'ont pas la consistance nécessaire pour soutenir son corps. Eva se casse « d'un simple regard » dit Gina, sans coups ni chutes. Je me demande si ces os ne se sont pas fracturés lors de l'accouchement, sous l'effet des mouvements et de la pression qui ont dû être dans son cas extrêmement difficiles à supporter. Elle vécut probablement un véritable traumatisme de la naissance. Les premières années de Eva sont marquées par un long parcours médical, avec de nombreuses interventions, chirurgies et hospitalisations. La douleur semble insupportable et les larmes de Eva ne cessent de couler sur ses joues, accompagnées de cris de douleur qui la mettent dans un état de tension permanente, ce qui rend très difficile de la calmer et de la contenir. On lui découvre par la suite un syndrome de nanisme, résultant de la même carence osseuse et cause d'un arrêt rapide de sa croissance.

Gina et son mari décident alors d'adopter ce bébé en si grande souffrance, dans l'intention de lui éviter une fin tragique dans une institution gouvernementale où personne ne se serait

vraiment occupé d'elle et où elle aurait été abandonnée à son sort, et probablement à sa mort.

Lorsque je rencontre Eva, elle a 14 ans. Le jour de sa première séance, elle arrive une heure en avance. Je regarde par la fenêtre de ma salle qui donne sur la rue et je la vois assise sur le trottoir du parking de la clinique. Je suis surprise de la voir là, assise par terre, son fauteuil roulant d'un côté et sa mère de l'autre. Elle semble très à l'aise. Je sors sur le parking pour les saluer et les inviter à attendre à l'intérieur. Je lui propose mon bras pour l'aider à se lever, ce qu'elle accepte avec plaisir. Elle prend mon bras, se met debout et nous marchons ensemble, très lentement, jusqu'à l'entrée de la maison. Quand Eva se lève, l'image de son corps me frappe violemment ; au courant pour ses os de cristal, je ne savais rien de son nanisme. Je leur offre un café et leur demande de m'attendre un moment.

Quand son tour arrive, je vais la chercher dans la salle d'attente et l'invite gentiment à m'accompagner dans mon bureau, qui se trouve au deuxième étage. Elle accepte en souriant. En considérant ses difficultés motrices, je lui propose une salle alternative pour qu'elle n'ait pas à monter les escaliers, mais elle préfère monter, m'assurant qu'elle peut. Je lui laisse de la place pour passer, tout en restant très proche derrière son corps au cas où elle aurait besoin d'aide. À ma grande surprise, Eva monte les escaliers à quatre pattes, les mains et les jambes. La scène me paraît brutale. Comme le suggère Amos Squverer¹⁰³, le corps handicapé constitue une effraction de la nature qui révèle la fragilité de la culture et produit l'angoisse de l'autre. Une fois arrivée au deuxième étage, elle s'appuie contre le mur pour retrouver la verticalité de son corps et se remettre de l'effort qu'elle a fait pour monter. Nous entrons ensuite dans la salle et je l'aide à s'asseoir sur un pouf au sol, endroit qu'elle a choisi. Eva pleure sa solitude pendant toute la séance. L'abandon lui fait plus mal que son corps, bien que ce dernier la frustre profondément. Dès la première séance, Eva ne cesse de pleurer. Elle ne peut ni parler de sa douleur, ni de son corps, ni nommer sa souffrance. Par contre, elle la pleure, avec des larmes qui coulent à l'infini sur ses joues. Incapable d'énoncer ou même de trouver des mots pour représenter son vécu, elle ne peut simplement pas s'arrêter de pleurer,

¹⁰³ Squverer, A. (2015). « Corps handicapé, culture et norme. Penser le handicap en dehors du modèle exclusion/intégration ». Dans *Cliniques méditerranéennes*, 92, 261-276.

ce qui me fait penser qu'elle est encore un bébé en détresse. Je l'écoute pleurer attentivement avec tout mon corps, qui est près du sien, essayant d'accueillir et de soutenir sa souffrance par ma présence matérielle, face à l'impossibilité de le faire par la parole.

Au cours des premières séances, je nomme quelques mots et les articule en phrases simples et très courtes, en essayant de lui prêter des signifiants pour nommer ce que je ne peux même pas imaginer de sa douleur et de son corps atrophié, pour qu'elle puisse penser sa souffrance et se l'approprier, se figurer son amputation initiale. Je m'entends souvent mentionner des mots comme horreur, insupportable, angoisse, violence, brutalité. Eva parvient à dire, entre ses larmes, que jamais personne ne lui a parlé de son corps, ni de ce que cela signifie pour elle, ni de son abandon, ni de son adoption. Ce sont des sujets tabous dans la famille. Elle souffre en silence à travers ses larmes incessantes, lesquelles suscitent d'ailleurs un fort rejet de la part de ses figures parentales : « *Jusqu'à quand vas-tu pleurer ? Quand arrêteras-tu de pleurer ? Essuie tes larmes et avance dans ta vie !* » sont les paroles que l'on entend dans le discours de sa mère. L'histoire de son corps oscille ainsi entre le rejet, l'exclusion et une sorte de normalisation, voire une négation, qui cherche à effacer sa différence¹⁰⁴.

Je comprends cette absence de reconnaissance et d'énonciation comme une impossibilité de penser le traumatisme, mais aussi l'impuissance maternelle face à la souffrance de sa fille et à sa propre détresse, elle-même douleur intolérable. Cette situation semble dépasser les capacités humaines et toute possibilité de représentation.

Pourtant, j'ai l'impression que son corps parle par lui-même ; un corps atrophié et douloureux, qui semble être le corollaire d'une histoire d'agonies sans nom. Son corps parle non seulement à travers ses os qui se brisent, mais aussi par les symptômes qui se manifestent à chaque rencontre avec autrui et face à chaque expérience de difficulté ou de rejet. Lorsqu'elle doit rencontrer d'autres personnes, surtout des camarades d'école, ses mains transpirent, elle a des vertiges et se sent confuse ; la tonicité de son corps ne lui permet pas de maintenir sa verticalité, elle se sent molle et fragile, et doit alors s'accrocher à un objet

¹⁰⁴ Idem.

matériel ou s'asseoir pour ne pas s'effondrer. Elle semble aussi perdre les notions de temps et d'espace dans son ressenti de confusion. Or, lorsque Eva est confrontée à des difficultés affectives, elle s'évanouit, perd le contrôle et la conscience de son corps. Lors de deux événements ponctuels de stress émotionnel intense, dont l'un fut la mort subite d'un des bébés dont sa mère s'occupait, le côté droit de son visage se paralysa, restant immobile et inexpressif pendant plusieurs jours. L'horreur de l'expérience vécue et l'impossibilité de la représenter se logeait dans son corps au lieu de s'inscrire psychiquement.

À l'école, Eva se sent souvent rejetée par ses camarades, qui, selon elle, la discriminent en raison de sa situation d'enfant abandonné et de son état physique. Cela l'amène à éviter tout contact et toute relation pour se protéger d'une nouvelle déception : qui voudrait être ami avec quelqu'un comme elle ? Eva décide alors de se cacher. Elle quitte l'école et passe ses journées enfermée dans sa chambre, isolée du monde, en pleurs. On reconnaît chez Eva une position masochiste qui semble traduire une tentative de donner sens à son expérience d'enfant abandonné, où « être rejeté » fait support à son sentiment de continuité d'exister, en cohérence avec la position de sujet donnée par ses parents biologiques. Elle ne peut alors trouver sa place nulle part sinon dans la position d'être déplacé¹⁰⁵.

Le cas de Eva nous confronte à une double expérience de désaide : celle du bébé abandonné et celle de sa limitation physique, qui la laisse dans une position de sujet « *suspendu à l'intervention de l'Autre, devant l'abîme de l'impossibilité* »¹⁰⁶ renforçant à la fois sa dépendance et l'absence de l'Autre. Cette situation de désaide provoque le rejet et l'angoisse que suscite son corps handicapé et permet de comprendre l'inquiétante étrangeté qu'il représente pour l'autre et la culture¹⁰⁷.

¹⁰⁵ Yi, M. (2014). « Où est le jeu ? » Espace potentiel » revisité. » Dans *Revue française de psychanalyse*, 78, 1150-1161.

¹⁰⁶ *Op. Cit.* Squerer, A. (2015).

¹⁰⁷ Idem

2.2.1 Perspective théorique du bébé en détresse :

Dès la naissance, l'être humain se trouve dans une position de dépendance absolue, incapable de gérer le moindre mécanisme de survie, tant physique que psychique. S. Freud¹⁰⁸ appelle « *Hilflosigkeit* » cet état de dépendance du nourrisson qui, incapable d'accomplir les actions nécessaires pour satisfaire ses besoins et pour réduire la tension interne, requiert l'intervention spécifique d'une personne capable de s'en occuper. Cette impuissance initiale, qui résulte de la prématurité générale de l'être humain à la naissance, se manifeste selon S. Freud en deux formes : un état d'impuissance motrice (*motorische Hilflosigkeit*), qui désigne l'incapacité prolongée du nourrisson à réaliser des actions coordonnées et efficaces, et un état de détresse psychique (*psychische Hilflosigkeit*), qui fait référence, d'un point de vue économique, à son incapacité à gérer l'augmentation de la tension provoquée par ses besoins, ainsi que par d'autres sources d'excitation plus indéfinies. Cet état d'impuissance originaire est au fondement du besoin d'être aimé et de l'importance centrale de la relation à l'autre : « *Ce facteur biologique instaure donc les premières situations de danger et crée le besoin d'être aimé, qui ne quittera plus l'être humain* »¹⁰⁹.

Dans cette perspective, la relation à l'autre, sa présence et ses actions se révèlent cruciales. L'expérience de la détresse est ainsi corrélée à celle d'entrer en relation et de créer un lien capable de traiter et contenir l'excès du vivant, des affects et la surcharge d'excitation physique, permettant ainsi de passer du déplaisir au plaisir. Cela renvoie à la notion de « *Nebenmensch* »¹¹⁰, c'est-à-dire, « *l'être humain proche* », qui désigne la présence et la fonction de cet autre qui s'occupe de l'être humain dès le début de la vie, afin de traiter les excès de l'intensité qu'il ne peut aborder par lui-même. Un autre secourable, qui, selon Sylvain Missonnier¹¹¹, devient le premier organisateur de la psyché du bébé, initialement plongé dans une position de désarroi.

¹⁰⁸ Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Dans *Œuvres complètes, XVII*. (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 1990.

¹⁰⁹ Idem.

¹¹⁰ Freud, S. (1895). *Esquisse d'une psychologie scientifique*. Dans *La naissance de la psychanalyse (1887-1902)*. (J. Laplanche, Trans.). Paris, PUF, 1956.

¹¹¹ Missonnier, S. (2016). « Métamorphoses périnatales. Transparence de vie et de mort de la partition prénatale ». Dans R. Scelles (Dir), *Naître, grandir, vieillir avec un handicap*, (pp 77-96). Toulouse, Érès.

L'une des premières fonctions du *Nebenmensch* est d'ordre économique : il fait barrière de pare-excitation face à la quantité d'intensités ressenties par le nourrisson lors de stimuli internes et externes : « *Lorsque l'aidant [hilfreiche] a accompli l'action spécifique nécessaire à l'être impuissant [hilflos], ce dernier est alors en mesure, grâce à ses réflexes, d'accomplir immédiatement, dans son corps, ce qui est requis pour la suppression du stimulus endogène* »¹¹².

Une deuxième fonction tient à la reconnaissance des besoins psychiques du bébé et donc à leur satisfaction, indispensable à l'organisation de la vie psychique. En effet, à partir de la relation corporelle entre le bébé et sa mère, se produit la rencontre avec la psyché de cette dernière. Celle-ci a pour fonction de métaboliser et de contenir les expériences du bébé, afin de l'aider à les intégrer et, plus tard, à les représenter. L'autre maternel prête au nourrisson son propre appareil psychique pour traiter ses expériences, ce qui amène le nourrisson à reconnaître plus tard l'importance de la relation à l'autre et à intérioriser cette fonction d'élaboration dans son propre appareil de pensée. À ce sujet, Wilfred Bion¹¹³ approfondit la fonction maternelle en lui attribuant un rôle prépondérant, particulièrement en ce qui concerne la fonction de contenance, qu'il nomme « fonction alpha ». C'est grâce à cette fonction que la mère peut aider son bébé à métaboliser les premières expériences sensorielles, permettant ainsi la transformation des données brutes, ou « éléments bêta », en représentations psychiques intégrées dans le psychisme du bébé. Bion établit une distinction claire entre la contenance et le contenu : la contenance des éléments bêta facilite leur transformation en contenu psychique via l'élaboration des expériences vécues par le bébé par la psyché de la mère. Bion suggère que l'absence de cette capacité de contenance peut avoir des conséquences pathologiques pour l'enfant.

À cet égard, François Richard¹¹⁴ souligne l'importance de considérer que l'être proche doit se tenir auprès du bébé pour le secourir, mais qu'il n'est ni l'objet ni le semblable, sinon

¹¹² Freud, S. (1895) Cite dans Anzieu-Premmereur, C. (2011). « Fondements maternels de la vie psychique ». Dans *Revue française de psychanalyse*, 75, 1449-1488.

¹¹³ Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London, Heinemann.

¹¹⁴ Richard, F. (2011). « Le paradigme du *Nebenmensch* et la fonction maternelle ». Dans *Revue française de psychanalyse*, 75, 1539-1544.

celui qui reconnaît l'appel du bébé. Le bébé cherche à « se faire comprendre » autant que la mère cherche à comprendre les messages véhiculés par les cris du bébé, en leur attribuant un sens qu'elle construit par sa sensibilité et sa capacité à entrer en résonance avec lui. De ce fait, la notion de l'être humain proche inclut l'hypothèse d'une tiercéité émergente à la base de la relation entre la mère et l'*infans*, qui permet de donner sens aux expériences du bébé, dans une dynamique de reconnaissance mutuelle, qui permettra ensuite au bébé de se reconnaître. Comme le notait déjà S. Freud en 1985 : « *C'est au contact de l'être humain proche que l'être humain apprend à se reconnaître* »¹¹⁵.

Dans le même esprit que S. Freud, Donald Winnicott¹¹⁶ propose de penser le début de la vie humaine comme un état de dépendance absolue, où le nourrisson se trouve initialement dans un état d'impuissance, qu'il appelle « *helplessness* », dont la traduction littérale signifie exactement *Hilflosigkeit*. Winnicott¹¹⁷ affirme qu'un bébé n'existe pas seul et souligne la vulnérabilité du nourrisson du fait de sa dépendance à l'égard des soins et des interactions précoces, donnant ainsi une place prépondérante au rôle de l'environnement. Cependant, Winnicott se démarque de Freud en affirmant que si le nourrisson est dépendant des soins physiques de la figure maternelle, il est à la fois dépendant et indépendant en termes psychologiques. L'indépendance tient compte de tous les facteurs génétiques/hérités, y compris les processus de maturation, lesquels ont pour l'auteur, une réalité propre, tandis que la dépendance est due aux processus de maturation qui requièrent la participation de l'environnement pour leur évolution. C'est ainsi que la notion « d'environnement facilitateur », incarné principalement par la figure maternelle, fait surface, celui-ci permettant aux processus de maturation de progresser régulièrement, de sorte que l'enfant développe son potentiel. Le terme « processus de maturation »¹¹⁸ fait référence à l'évolution du moi, ce qui englobe son histoire, ses instincts et ses défenses. Pour que l'environnement puisse remplir sa fonction de facilitateur, Winnicott met en avant une

¹¹⁵ Freud, S. (1950c [1895]). *Projet d'une psychologie*. Dans *Lettres à Wilhelm Fliess : 1887-1904* (J. Laplanche, Trans.). Paris, PUF, 2006.

¹¹⁶ Winnicott, D. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. New York, International UP Inc.

¹¹⁷ Idem.

¹¹⁸ Idem

autre notion fondamentale : « la mère suffisamment bonne », chez qui la « préoccupation maternelle primaire » et la « dévotion maternelle » permettent d'avoir la sensibilité nécessaire pour s'occuper des soins de son bébé et répondre tant à ses besoins qu'à ses demandes. En s'identifiant à lui, elle est en capacité de comprendre ce que le bébé exprime à travers ses mouvements et ses appels. Toutefois, Winnicott accorde de l'importance au rôle du père, qui soutient la mère dans sa fonction maternelle primaire, laquelle exige un degré élevé d'adaptation.

Cette dynamique de soins et de contenance amène Winnicott à développer ses concepts de « *holding* » et de « *handling* »¹¹⁹, en tant que mouvements corporels et psychiques indispensables au traitement et à l'intégration des expériences du bébé. Le concept de « *handling* » fait référence aux soins physiques, principalement en ce qui concerne la façon dont le corps du nourrisson est traité par l'autre primordial. Il sous-tend les modes de relation affective et culturelle de la mère, et représente la base de la satisfaction instinctive et de la relation d'objet. Le « *holding* » désigne le corrélat psychique du support physique, c'est-à-dire la capacité maternelle à comprendre l'appel du bébé et à contenir ses affects. Il s'agit d'une relation tridimensionnelle ou spatiale, préalable à la possibilité de « vivre avec », qui implique une relation d'objet, à laquelle s'ajoute progressivement la temporalité. Il comprend la gestion des expériences inhérentes à l'existence, qu'il s'agisse de processus physiologiques ou psychologiques, qui, dans les deux cas, se réfèrent aux expériences émotionnelles du bébé dans son processus de maturation affective. C'est au cours de cette phase de *holding* que se développent les processus d'identification primaire, l'autoérotisme et le narcissisme primaire, dont l'importance centrale concerne le fait que le moi passe progressivement d'un état de non-intégration à une intégration structurée. Cette intégration dépend de la continuité des soins maternels, qui permet à l'*infans* de ressentir une continuité d'existence (*continuity of being*), laquelle aboutit à l'acquisition de ce que Winnicott appelle le « statut d'unité », grâce auquel l'individu devient une personne à part entière.

¹¹⁹ Idem

Dans une perspective similaire, Piera Aulagnier¹²⁰ considère la notion de « prématurité » de l'être humain au début de la vie. Elle argumente que le soma naît prématurément, mais que la psyché n'en est pas consciente et présente des besoins qui sont satisfaits par la représentation dans des formes originales ou primaires. Dès ces formes de représentation originaire, les événements psycho-corporels s'organisent en deux figures de pictogrammes : « prendre-en-soi » face au plaisir de l'expérience ou « rejeter-hors-soi » lorsque la tension est insupportable (ce point sera repris dans le chapitre sur l'archaïque). Par conséquent, l'enfant a besoin d'une fonction de « prothèse psychique » que la mère lui offre pour le développement de son psychisme. La mère devient alors le « porte-parole » de l'enfant, anticipant et accompagnant son angoisse originelle par la signification de ses expériences corporo-psychiques. Le moi se constitue ainsi par le discours maternel et s'actualise à travers ses paroles et ses modulations qui font le lien entre les manifestations de l'enfant et le monde, ce qui permet à l'enfant de se situer comme sujet avec et à partir de l'Autre maternel.

En nous basant sur ces propositions, il est possible de comprendre que la détresse initiale de l'être humain et son articulation avec la fonction de l'autre primordial sont indispensables dans le processus de devenir sujet. Cela établit la base de la relation à l'autre, de la reconnaissance de soi et de l'altérité, ainsi que l'organisation de la vie pulsionnelle et l'inscription des expériences en tant que traces psychiques, fondant ainsi la base de la vie psychique.

Or, cette situation initiale de détresse constitue un processus organisateur et constitutif de la vie psychique, à condition que, comme le disait Winnicott¹²¹ « *tout se passe bien* ». Pour que ce processus se mette en place, il faut d'une part la présence et la capacité d'opérer du *Nebenmensch*, et d'autre part la capacité du bébé à trouver un moyen de s'arrimer à cet autre proche et à se laisser interpellé par lui, pour que sa fonction puisse organiser et contenir le vivant qui fait excès. Dans les cas de bébés en souffrance et d'enfants autistes que nous recevons dans notre clinique, l'articulation de ce processus ne se fait pas

¹²⁰ Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris : PUF.

¹²¹ *Op. Cit.* Winnicott, D. W. (1965).

ou fait défaut, la détresse devenant traumatique. Ce défaut se produit, comme nous l'analyserons ensuite, par l'absence réelle de l'autre primordial dans le cas des bébés abandonnés ou par l'incapacité propre du bébé à se laisser contenir par cet autre, comme c'est généralement le cas pour les bébés qui deviennent plus tard autistes. Selon M. Yi¹²², les premières expériences de séparation qui privent l'enfant de la présence ou de la fonction de l'autre primordial, le confrontent non seulement à sa propre impuissance, mais aussi à un excès d'intensité qui déborde de son intérieur, car la détresse biologique se double d'une passivité psychique dans un vide d'inscription face à l'excès des intensités que l'enfant ne peut ni traiter ni intégrer par lui-même. Ces expériences d'altérité tronquées empêchent la constitution des liens primaires, provoquant un sentiment d'abandon dont émergent une grande partie des angoisses infantiles.

Nous retiendrons donc la notion de bébé en détresse, pour la différencier de l'impuissance originaire, en nous référant à sa condition destructrice, lorsque la place du maternelle et ses fonctions se révèlent défailtantes. Car c'est précisément sur les effets de cette destructivité que se penche la clinique de l'archaïque.

Dans ce contexte, François Ansermet¹²³ propose que la figure du bébé en détresse désigne un état de souffrance qui survient lorsque l'enfant est submergé par un excès d'excitations, provenant de son corps et/ou de son environnement. Incapable de s'approprier ou d'intégrer ses expériences, sa perception de la réalité ne s'organise pas. L'expérience de la vitalité qui ne s'est pas élaborée psychiquement persiste alors au cœur de l'être, l'exposant de façon répétée à des excès d'excitation, défaut initial qui conduit à des effondrements ultérieurs.

Denis Mellier¹²⁴ conçoit le bébé en détresse comme un état de souffrance primitive profonde, qui surgit là où l'émotion ne peut se partager entre le bébé et l'autre. Il s'agit d'une souffrance « hors psyché », où le sujet doit s'absenter de lui-même, ce qui se traduit par un

¹²² *Op. Cit.* Yi, M. (2014).

¹²³ Ansermet, F. (2008) « Dépression ou détresse du nourrisson ». Dans *Le Carnet Psy*, 129.
<https://carnetpsy.fr/depression-ou-detresse-du-nourrisson/>

¹²⁴ Mellier, D. (2006). « Bébés en détresse, sujets en détresse : Comment prendre en charge des souffrances très primitives ? ». Dans *Le Journal des psychologues*, 237, 62-66.

manque d'appel. Il n'y a alors plus de demande d'aide ni de parole adressée, comme nous pouvons le constater dans l'histoire d'Ana et dans la vignette de Eva.

Pour penser la figure du bébé en détresse, nous proposons de considérer l'excès d'intensité dans son rapport à l'affect et à la pulsion, ainsi que la manière dont il atteint le corps. Car c'est précisément cet excès d'intensité qui ne peut être traité ni par le corps ni par le langage et qui ne peut s'adresser à l'autre, qui pose la problématique de l'affect, de la pulsion et de son ratage dans le registre de l'archaïque.

En ce qui concerne l'affect, André Green¹²⁵ le considère comme un mouvement qui attend une forme, laquelle émerge en s'associant à un objet pour s'intégrer à la vie psychique. Dès lors, nous proposons que cette forme qui organise l'affect résulte d'un mouvement d'intrication pulsionnel, qui permet de se frayer un chemin et d'investir un objet, dont la représentation est plus ou moins précise. Or, quand l'intensité et le quantum d'affect ne peuvent être intégrés, l'association à la représentation échoue et l'affect revient sur le corps sous forme de destruction, comme seul moyen de calmer l'excès¹²⁶.

Par conséquent, la privation précoce de la présence de l'autre ou l'impossibilité de le reconnaître empêche l'accès à la relation et l'aliénation au désir de l'Autre, ce qui conduit à un ratage du circuit pulsionnel. La pulsion est alors désarticulée de sa trajectoire, de sorte que son intrication fait défaut, entraînant un excès de jouissance qui devient catastrophique. Cela se manifeste par des mouvements corporels de décharge massive, prenant la forme d'une destructivité qui affecte l'enfant et son environnement. De ce fait, les manifestations sensori-motrices de cette souffrance pourraient être considérées comme une déviation de l'excitation de l'affect qui, lorsqu'elle est dirigée vers le corps, produit sa désarticulation et conduit au démantèlement sensoriel que nous observons fréquemment chez les enfants autistes et les bébés en détresse. Il en résulte une désorganisation de l'expérience et un débordement de l'intensité de l'affect qui se révèle traumatique.

¹²⁵ Green A. (1970). « L'affect ». Dans *Revue française de Psychanalyse*, XXXIV, 5-6, p. 885-1169.

¹²⁶ Humphreys, D., Pommier, F. (2016). « El cuerpo en la cura. Movimientos transferenciales e intricación pulsional » Dans *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 19(4), 630-646. São Paulo.

Par traumatisme, nous comprenons, suivant les postulats de S. Freud dans « *Au-delà du principe de plaisir* »¹²⁷, une excitation et une demande d'élaboration de l'appareil psychique qui, quelle que soit son origine interne ou externe, dépasse sa capacité d'élaboration. Selon S. Freud, l'expérience traumatique serait l'expression de la pulsion de mort, qui vise à rétablir une constance primordiale, un éternel retour au même, ce que nous appréhendons dans l'autisme en raison du fort besoin de ce que Kanner appelle « *sameness* »¹²⁸.

Selon Sándor Ferenczi¹²⁹, le traumatisme est une réaction à un stimulus externe ou interne insupportable qui provoque une modification du moi à partir de fragments qui produisent sa désintégration. La profondeur de cette modification est fonction de l'intensité de ce stimulus intolérable, et conduit de la douleur à l'agonie psychique. Cette situation donne lieu à des défenses primaires, allant du clivage à la fragmentation de la personnalité, qui laisse une partie de celle-ci inaccessible (Dupont, 1985). Ferenczi¹³⁰ souligne l'importance du traumatisme précoce en situant sa complexité dans la vulnérabilité infantile, la prématuration de l'être humain, accentuant les effets du traumatisme. Il parle même d'un traumatisme originel dans la relation avec la mère, cause d'une « cicatrice traumatique maternelle-infantile » qui s'avère « archi-originelle » (*Urertraumatisch*), et entraîne la formation d'un clivage rendant possible la constitution de nouvelles formations psychiques. Il existe alors au moins deux types de traumatismes : un qui est constitutif du psychisme humain, l'autre qui s'avère être son revers, c'est-à-dire qui le détruit ou empêche sa constitution. Ferenczi explique que les événements traumatiques qui entraînent une désorganisation de l'économie psychique font l'objet d'une actualisation permanente, se manifestant, à l'âge adulte, sous la forme de symptômes, de comportements ou d'affects intenses qui semblent exacerbés, mais qui résultent de la reviviscence d'expériences

¹²⁷ Freud, S. (1920). *Au-delà du Principe de Plaisir*. Dans *Essais de psychanalyse*. (J. Laplanche et J.B. PONTALIS. Trans.). Paris, Payot, 1981.

¹²⁸ *Op. cit.* Kanner, 1943

¹²⁹ Ferenczi, S. (1934). *Réflexions sur le traumatisme*. Dans *Psychanalyse IV*. (Sabourin, P., J. Dupont, et al. Trads.) Paris, Payot, 1982.

¹³⁰ Idem.

traumatiques infantiles non transformées en traces psychiques. Il insiste également sur la persistance de ses effets au niveau corporel, même lorsque les souvenirs ont été refoulés.

Dans une perspective plus contemporaine, Derek Humphreys¹³¹, propose de considérer le traumatisme comme la conséquence d'une expérience qui ne peut s'inscrire psychiquement en raison d'une intensité sensorielle et affective excessive, ce qui produit une absence de représentation ou de figuration. Aucune forme d'anticipation ou de transformation n'est possible, de sorte que l'expérience traumatique s'actualise sans cesse avec la même intensité. Ses effets dévastateurs forment un trou psychique où l'expérience est vécue « hors psyché », ce qui se manifeste comme une pure décharge corporelle, provoquant une rupture dans le sentiment de continuité d'existence.

2.3 Pourquoi parle-t-on d'autisme et de bébé en détresse ?

Nous nous sommes posé cette question à maintes reprises, car ces deux situations cliniques nous ont interpellés tout au long de notre parcours clinique.

La relation entre autisme et bébé en détresse rappelle Frances Tustin¹³², qui évoque des « enclaves autistiques » chez des personnes non autistes qui renvoient à des parties de leur psyché qui se retirent dans un état primitif de fermeture et d'isolement. Ces enclaves sont des fragments de soi qui, face à un sentiment d'anéantissement ou à une angoisse impensable s'éloignent de la relation avec le monde extérieur pour se protéger. Il s'agit de mécanismes de défense archaïques où le sujet évite la souffrance en créant un espace psychique hors du temps et hors de la relation avec autrui. Tustin décrit la présence de « barrières autistiques » comme des frontières psychiques rigides qui sont érigées pour protéger le moi contre des sensations ou des affects trop intenses et déstabilisantes. Ces barrières ont donc pour fonction de maintenir une forme de stabilité interne, mais au prix d'une réduction de la croissance psychique.

¹³¹ Humphreys, D. (2023). *En rue: Trajectoires psychiques et dispositifs cliniques de l'exclusion*. Paris, Ithaque.

¹³² Tustin (1986). *Le trou noir de la psyché. Barrières autistiques chez les névrosés*. Paris, Seuil, 1989.

Selon Tustin¹³³ ce phénomène survient lorsque l'enfant devient trop précocement conscient de la séparation d'avec la mère. Cette séparation prématurée devient alors catastrophique, car elle interrompt le sentiment de continuité de l'expérience du nourrisson, qui constitue le noyau de son « *self* » naissant. Le bébé vit alors des angoisses d'anéantissement, de vidage ou de chute, auxquelles il tente de faire face, ou même de nier, par des défenses autistiques, afin de se protéger du « non-moi », c'est-à-dire du monde extérieur.

Dominique Mazéas¹³⁴ explique que cette conscience précoce de la séparation serait liée à la difficulté du bébé à atteindre une synchronie polysensorielle dans ses interactions. Cette difficulté, qu'elle soit d'origine constitutionnelle, liée à des perturbations précoces ou à une combinaison des facteurs, affecte la capacité à établir des relations avec l'autre, les processus de symbolisation et la constitution psychique. Mazéas indique que, dans les cas d'autisme, les mécanismes défensifs envahissent tout le fonctionnement psychique. En revanche, chez les bébés qui utilisent ces défenses pour se protéger d'une séparation traumatique, on peut observer parallèlement un développement plus ou moins harmonieux, révélant des traces de vécus dépressifs et d'isolement précoces¹³⁵. Ces bébés portent les traces d'un effondrement psychique survenu avant la formation d'une capacité de représentation. Cet effondrement est lié à la perte d'un environnement sensoriel ou d'une présence corporelle. Il est observé chez les bébés de moins de six mois durant les processus d'intersubjectivité primaire, où l'objet est perçu sensoriellement sans être psychiquement représenté. Les effets sont surtout corporels, et les défenses utilisées contre ces sensations mènent à des clivages qui séparent les différentes sensations du sujet. Cette dispersion protège du risque d'effondrement, mais affecte la perception de l'espace, du temps, du corps, et de l'autre¹³⁶. L'auteure souligne que lorsque ces expériences ne sont pas symbolisées, elles continuent d'influencer le psychisme. Des aménagements autistiques

¹³³ Idem.

¹³⁴ Mazéas, D. (2017). « Enclaves autistiques et ajustement contre-transférentiel ». *Le Coq-héron*, 2017/2 N° 229. pp. 91-100.

¹³⁵ Idem.

¹³⁶ Mazéas, D, Rajak, J, Haag, M, & Haag, G (2022). « Naître aux autres, accueillir la chute ». Dans *Cliniques méditerranéennes*, 2022/1 n° 105. pp. 19-32.

peuvent alors réapparaître, provoquant un retour à un fonctionnement plus archaïque, parfois associé à une rupture du clivage protecteur¹³⁷.

Ainsi, le fait d'aborder conjointement l'autisme et la détresse du bébé repose sur notre manière d'accueillir la souffrance psychique. Nous considérons les manifestations de ces enfants dans une perspective sémiologique, en tant que signes à déchiffrer, révélateurs de leur position subjective. Ces manifestations, souvent hors langage, soulèvent la question essentielle de la manière d'accompagner une souffrance d'une intensité traumatique. Cette approche nous amène à les penser ensemble dans le transfert, comme un espace entre l'enfant et l'analyste, où le transfert relie ce qui se manifeste comme un pur réel. Puisque le transfert fait exister l'Autre¹³⁸, permet de nous soutenir et de soutenir à son tour l'enfant qui nous a été confié.

L'autisme et la détresse précoce nous confrontent à une position contre-transférentielle d'impuissance, en résonance avec notre propre détresse archaïque. Face à ces situations, nous cherchons à rétablir l'harmonie en nous-mêmes, en redonnant cohérence et unité à nos pensées, à notre corps et à nos actes. Nous examinerons en profondeur les enjeux de la dimension transférentielle au sein de cette clinique dans le dernier chapitre de cette thèse.

D'autre part, en ce qui concerne les vécus et les expressions de l'enfant, il y a plusieurs éléments et manifestations communs dans les deux situations cliniques. Tant dans l'autisme que pour le bébé, l'*infans* se trouve dans une situation de dépendance vis-à-vis d'une interprétation de l'autre secourable pour décrypter ses besoins et ses demandes¹³⁹. Pour que cela soit possible, l'*infans* doit convoquer l'Autre et se faire comprendre, compétence qui échoue pour l'enfant autiste et aussi pour le bébé en souffrance. Dans les deux cas, nous trouvons à l'origine un clivage dans la position d'*Hilflosigkeit*, un état de désarroi qui ne peut

¹³⁷ *Op. Cit.* Mazéas, D. (2017).

¹³⁸ Benhaïm, M. (2010). « Destins du corps et subjectivité dans une clinique sociale ». Dans *Recherches en psychanalyse*, 10, 311-320.

¹³⁹ Squerer, A. (2015). « Corps handicapé, culture et norme : Penser le handicap en dehors du modèle exclusion/intégration ». Dans *Cliniques méditerranéennes*, 92, 261-276.

être surmonté, ni intégré, et qui ne permet pas l'inscription psychique. Cet état constitue un traumatisme qui entrave l'émergence d'une vie psychique organisée.

D'ailleurs, il nous semble qu'il existe un fort dénominateur commun en ce qui concerne leur organisation corporo-psychique précaire (ou désorganisation) qui prend la figure d'un bébé en détresse. De fait, nous observons chez ces bébés des mécanismes et des mouvements corporo-psychiques similaires à ceux de l'enfant autiste, ce qui n'implique nullement qu'ils deviendront plus tard des enfants autistes. Leurs caractéristiques communes renvoient à une utilisation excessive et désorganisée de la sensorialité, à l'agrippement et au démantèlement sensoriel, à la violence de la désorganisation motrice ou, au contraire, à l'inhibition massive du mouvement. Il s'agit principalement d'un débordement de l'intensité de l'affect qui, ne pouvant pas être adressé à l'autre, retombe de façon destructrice sur le corps. Ces caractéristiques revêtent une importance cruciale, étant donné leurs effets sur la constitution psychique, sur les processus d'intégration du moi et sur la possibilité de reconnaître l'altérité et donc d'accéder à l'intersubjectivité. Ces processus se trouvent atrophiés face à l'incapacité d'entrer en relation et d'établir des liens significatifs, ce qui met en péril le sentiment de continuité d'exister.

Cependant, bien que leur disposition corporo-psychique nous semble similaire quant à la forme que prend la détresse, l'origine de leur souffrance est radicalement différente et faire cette distinction est fondamental.

Dans le cadre de notre travail clinique auprès d'enfants abandonnés à la naissance ou en situation de vulnérabilité extrême, nous rencontrons des bébés qui sont à distance de leur propre vécu et expériences, dans un état de tension permanent résultant d'une excitation non contenue. Ces bébés sont soumis à des ruptures constantes dans leur parcours de vie ainsi qu'à des changements fréquents d'adultes qui s'en occupent, ce qui entraîne un clivage dans un état de « non-intégration » qui n'évolue pas, empêchant l'accès au sentiment d'exister en continuité¹⁴⁰. Cela crée une situation de « traumatisme par absence

¹⁴⁰ *Op. Cit.* Winnicott, 1965.

d'événement »¹⁴¹, par manque de réponse, en particulier lors de la première rencontre subjective qui permet l'émergence du sujet. Ces bébés se trouvent dans un état de déprivation au sens winnicottien, qui les maintient ancrés dans le trauma, leur vie psychique étant réduite à une carence d'objet réel qui fait de ce trauma le noyau de l'existence. Cela renvoie à une sorte de « repli autistique » dans lequel le sujet reste figé, privé de demande et de désir, dans un processus d'exclusion de lui-même. Lorsque le silence perdure, il enferme le petit sujet en deçà du symbolique, confronté à une jouissance qui fait retour dans le corps et où il devient l'objet de consolation de sa propre perte, face à un impossible qui revient toujours à la même place.¹⁴²

Mi-Kyung Yi¹⁴³ soutient que les carences environnementales auxquelles les bébés abandonnés sont exposés atteignent une intensité envahissante, voire passionnelle, à laquelle ils répondent par un retrait du lien, provisoirement ou non, pour que la question de la séparation ne les touche plus. La vie psychique s'organise alors sur un versant déficitaire ou confusionnel, dont les manifestations semblent similaires à celles de l'autisme.

En revanche, dans le cas des enfants autistes que nous recevons, le traumatisme ne se produit pas par absence de l'autre primordial, mais par l'incapacité propre du bébé à le reconnaître et à s'y laisser contenir. Confrontés à leurs propres difficultés à entrer en relation avec l'autre maternel/parental, ainsi qu'à leurs difficultés d'accès au langage, ces enfants témoignent d'une souffrance précoce profonde, qui ne parvient pas à s'inscrire dans des formes psychiques. Les excès d'excitation, l'incapacité à intégrer sensoriellement la réalité, l'absence de fonction de pare-excitation, les laissent dans un état psychique primitif, aux défenses archaïques, où l'intensité de l'expérience de la réalité devient traumatique.

En raison des similitudes observées dans les manifestations des souffrances chez ces *infans*, cette thèse aborde à la fois l'autisme et les bébés en souffrance, afin de comprendre leurs mécanismes et d'accueillir leur détresse. Ainsi, la clinique de l'autisme, notamment ses

¹⁴¹ *Op. Cit.* Ansermet, 2008.

¹⁴² Michèle Benhaïm, « Déliaisons sociales et désubjectivation », Dans *Cliniques méditerranéennes* 2005/2 (no 72).

¹⁴³ *Op. Cit.* Yi, M. (2014).

mécanismes corporo-psychiques, nous a inspirés dans la compréhension et l'accompagnement des bébés en souffrance et nous a incités à développer une approche clinique commune aux deux. Cela nous a conduits à élargir notre pratique clinique psychanalytique, dans l'optique de favoriser une ouverture du lien avec ces jeunes sujets en devenir.

L'archaïque revêt donc une place centrale dans cette recherche, puisque c'est à partir de ce registre que l'autisme et le bébé en détresse se rejoignent, et que le rapport au traumatisme et à la reviviscence émerge comme une défense face à un environnement hostile ou difficile à assimiler. Le corps tient ici un rôle prépondérant, étant à la fois l'expression tangible de la souffrance et l'outil privilégié pour l'aborder et l'élaborer. Nous proposons alors d'explorer la dimension de l'archaïque dans le prochain chapitre, pour ensuite nous pencher sur les formes que prend le travail clinique du lien dans ce registre psychique.

Chapitre 3 : Le registre de l'archaïque dans la clinique de la souffrance précoce

« L'archaïque n'est ni le refoulé, ni le clivé, ni le primitif. Il fascine parce qu'il signale l'origine sans en révéler le secret [...] il parle de l'origine parce que l'origine est muette [...] il fait métaphore de quelque chose qui n'existe pas [...] il vit de l'absence de son objet [...] de l'impossibilité de le dire en personne » (Assoun, 1982).

« L'archaïque n'arrive jamais, Il perçoit sous la maturité, et c'est encore par cette approche indirecte que nous en prenons la mesure »

(Green, 1990).

Après notre rencontre avec Willy et les pistes qui s'y sont ouvertes à partir du travail clinique, nous nous sommes retrouvés à la recherche de signifiants, c'est-à-dire de théories et de notions nous permettant de penser la rencontre dans cette clinique si différente de l'habituelle. Il nous fallait également d'autres outils techniques pour approcher cette clinique et pour établir certaines formes de relations transféro-contre-transférentielles, dans des registres largement différents de ceux convenus par la psychanalyse. Puis, en travaillant avec des bébés en souffrance, nous avons réalisé que la notion d'archaïque nous permettait de comprendre aussi bien l'autisme que les bébés en détresse, dont les caractéristiques similaires renvoient à une dimension corporo-psychique désorganisée qui fait écho à ce registre de l'expérience. C'est ainsi que la notion d'archaïque a commencé à prendre de l'importance, nous aidant à appréhender la souffrance de ces *infans* qui se manifeste à travers le corps dans un registre de l'irreprésentable. Il s'agit d'une clinique du primaire, de l'extrême et de l'informe qui trouve une possibilité d'organisation discursive à travers la notion de l'archaïque.

En raison de la prématurité des fonctions physiologiques et psychiques, les enfants autistes et les bébés nous confrontent au registre de l'archaïque, caractérisé par une absence de représentation et une organisation très primitive, préalable au langage et au psychisme structuré. L'archaïque suggère un ensemble spécifique de mouvements, marqués par une non-organisation et souvent par le chaos de l'expérience sensorielle dans un univers pré-verbal, antérieur à l'organisation de la vie psychique (Marinov, 2008). Il désigne un temps originaire et informe, qui est paradoxalement a-temporel, en ce qu'il s'actualise en permanence. Il constitue le noyau des expériences non inscrites qui, au lieu de s'articuler à la vie psychique, restent dans une mémoire du corps, dans un registre sensoriel. En effet, nous nous situons dans un champ d'expérience « brute » où le réel du corps occupe une grande partie de la scène et où les premières expériences de la pulsion et de l'affect commencent à se manifester au travers de ces petits corps en souffrance.

En conséquence, la notion d'archaïque désigne le bouclage des premières expériences de l'être humain dans sa condition de *Hilflosigkeit*, où l'esprit, le corps, la psyché et l'organisme sont encore en processus de construction, indissociablement liés entre eux et influencés par la culture et l'histoire de chaque individu. Or, il nous semble important de préciser que lorsque nous parlons d'archaïque, nous le distinguons de l'infantile, car même si ce dernier implique et englobe l'archaïque, il le dépasse, atteignant une structure tant psychique que corporelle, plus organisée et intégrée, avant même que le langage ne permette l'accès à la symbolisation et qu'une position d'énonciation ne soit possible.

Lorsque l'archaïque ne parvient pas à se transformer en modes plus complexes d'organisation corporo-psychique, il se fige dans l'expérience de chaos, où l'intensité des affects et des informations sensorielles ne peut être ni articulée, ni dirigée vers l'autre. Cela entraîne des difficultés sévères dans l'émergence et l'organisation de l'appareil psychique et empêche surtout l'accès à la relation à l'autre et à l'environnement, qui se révèle angoissant et même destructeur. Ce sont donc le corps et la relation à l'autre qui en subissent les conséquences, et tous les processus de constitution du sujet se trouvent affectés.

Dans ce cadre, la notion de l'archaïque est considérée comme une notion opératoire, qui nous permet de réfléchir à ces expériences primitives et informes, pour tenter de comprendre et d'approcher à la fois le lien et la rencontre avec l'autre dans ce registre, et pour trouver une manière de soutenir notre pratique clinique dans une dynamique transféro-contre-transférentielle.

3.1 Un regard sur l'archaïque à partir de la psychanalyse :

En psychanalyse, la notion d'archaïque se révèle assez paradoxale. Alors même qu'elle est de plus en plus invoquée, elle reste hypothétique car elle désigne ce domaine de l'informe, avant que le langage puisse faire son introduction. Notre connaissance par le biais du discours ne peut qu'être réduite, dans l'après-coup, à ce à quoi nous pouvons accéder par l'expérience et nommer par le langage, mais que nous ne pouvons pas nous représenter avec précision. Néanmoins, pour S. Freud, la métaphore archéologique semble indispensable pour comprendre les débuts de la vie psychique et l'émergence du sujet, où la notion d'*archè* peut prendre tout son sens.

Dans la métapsychologie freudienne, il n'existe pas de définition claire ni homogène de l'archaïque à proprement parler. Cependant, dès le début de l'élaboration de sa théorie, Freud se réfère à deux concepts, l'archaïque et l'originale, pour tenter de rendre compte de la préhistoire de l'individu (ontogenèse) et de l'espèce humaine (phylogenèse). Dès lors, le mot *Archaisch*, moins fréquemment utilisé que celui d'originel, évoque le primitif, le primaire et le préhistorique et désigne l'héritage phylogénétique et ontogénétique de l'individu. Pour Freud, l'archaïque n'est ni une catégorie première, ni un temps mythique antérieur à l'histoire, mais une tentative de construction logique susceptible de rendre compte des fondements originels des phénomènes d'espèce, de la culture et de la formation psychique, sous forme de traces mnésiques inconscientes, sans intention d'unification ou de localisation.

L'archaïque correspond alors non seulement à une « phase primitive » signifiante de l'origine, mais surtout à l'ambition structurale d'un originel qui éclaire le présent parce qu'il contient virtuellement le savoir du devenir¹⁴⁴.

Paul-Laurent Assoun¹⁴⁵ propose que, bien qu'il n'y ait pas de notion d'archaïque dans l'économie conceptuelle de la psychanalyse freudienne, cette notion puisse être pensée comme « *l'ensemble des effets de sens discursifs qui prennent en compte, dans le discours freudien, un rapport à l'avant dans les processus psycho-sexuels, qui constituent le matériel de l'expérience analytique* »¹⁴⁶.

Dans les écrits de Freud, le préfixe *Ur*, qui signifie « proto », « premier », « originel », renvoie à ce que nous appelons aujourd'hui l'archaïque. Plusieurs concepts clés découlent de ce préfixe *Ur* : L'*Ur-szene* (la « scène de l'avant »), l'*Urzeit* (le « temps le plus avant »), les *Urphantasien* (les « fantasmes originaires »), l'*Ur-verdrängung* (le « refoulement originaire »), l'*Ur-vater* (le « père originaire »), l'*Ur-zeitliche mutter* (la « mère de la préhistoire »), l'*Ur-Sucht* (le « besoin originel »). La notion d'originel apparaît ainsi à de nombreuses reprises en référence à une phase primitive et initiale, à la base du devenir.

Nous proposons de nous arrêter sur deux de ces concepts qui nous semblent importants dans notre réflexion sur l'archaïque, l'*Urszene* et l'*Ur-Verdrängung*.

Freud propose la notion d'*Urszene* dans plusieurs de ses écrits, que nous pouvons saisir sous au moins deux acceptions différentes. Dans « *Totem et Tabou* »¹⁴⁷, l'*Urszene* renvoie au mythe de l'origine, dans lequel il fait référence au commencement de la psyché, enraciné dans les profondeurs de l'inconscient collectif. Cela correspondrait à l'archaïque dans son sens phylogénétique. Puis, dans d'autres textes, comme « *Le petit Hans* »¹⁴⁸ et « *Un*

¹⁴⁴ Missonnier, S., Bouhsira, J. (2017). Introduction. Dans *L'originale et l'archaïque* (pp. 1-9). Paris, PUF.

¹⁴⁵ Assoun, P.-L. (1982). « L'archaïque chez Freud : entre Logos et Anankè ». Dans *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 26, Gallimard.

¹⁴⁶ Idem, pp. 13

¹⁴⁷ Freud, S. (1912-1914). *Totem et Tabou. Quelques concordances dans la vie d'âme des sauvages et des névrosés*. Dans *Œuvres Complètes, XI* (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 1998.

¹⁴⁸ Freud, S. (1909). *Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle*. Dans *Cinq psychanalyses* (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 1954.

enfant est battu»¹⁴⁹, Freud examine comment la scène primitive d'événements observés ou fantasmés, ou encore des scènes précoces de violence ou d'humiliation, influencent le psychisme et peuvent être à l'origine de symptômes psychiques. Cela renvoie alors à l'archaïque dans son sens ontogénétique. L'*Urszene* désigne alors cet état initial de la psyché, originellement inconsciente, et ses effets constitutifs.

L'autre notion qui nous semble importante est celle de l'*Ur-Verdrängung*, qui désigne le refoulement originel ou primaire. Dans « *Métapsychologie* »¹⁵⁰, Freud introduit le refoulement originaire comme un mécanisme primaire qui consiste à écarter de la conscience les représentations pulsionnelles. Il précise que ce mécanisme est nécessaire à la formation de l'inconscient et qu'il constitue une condition préalable au refoulement ultérieur.

Selon Robert Lévy¹⁵¹, le processus de l'*Ur-Verdrängung* s'inscrit et se transmet à l'enfant en lien avec la structuration maternelle, car c'est la mère qui code les appels de l'enfant. Celui-ci devient l'objet des messages de sa mère et établit son avenir sur la base de cette aliénation initiale, constituant le point de départ de l'inconscient.

Nous pouvons supposer, à partir de S. Freud, que l'archaïque laisse des traces ontologiques et phylogénétiques qui se transmettent par la culture lors de la rencontre avec l'autre, à partir des expériences vécues depuis un temps ancestral, et qui ne finissent pas de s'actualiser car elles portent les vestiges de leurs propres dimensions de l'archaïque. Cette transmission collective et individuelle se traduit dans les manières de situer le corps et de le manipuler, d'entrer en relation avec l'autre, parental ou social, et s'effectue également à partir du discours au sein duquel naît et s'insère le nouvel individu.

Suite aux idées de Freud, nous pouvons également considérer les contributions de Sándor Ferenczi¹⁵² concernant le registre de l'archaïque en se référant à l'« *Ur-Ur* », c'est-à-dire à une expérience ou à un état originaire encore plus fondamental que ceux décrits par

¹⁴⁹ Freud, S. (1919). *Un enfant est battu. Contribution à la connaissance de la genèse des perversions sexuelles*. Dans *Névrose, Psychose et Perversion* (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 1973.

¹⁵⁰ Freud, S. (1915-1917). *Métapsychologie*. (J. Laplanche, Trans.). Paris : Gallimard, 1968.

¹⁵¹ Lévy, R. (2017). « La constitution du refoulement et ses avatars ». Dans *Analyse Freudienne*.

¹⁵² Ferenczi, S. (1924). *Thalassa : Psychanalyse des origines de la vie sexuelle*. Dans *Psychanalyse III*. (Dupont, J. et Viliker, M. trads.). Paris : Payot, 1974.

Freud. Dans son *Journal clinique*¹⁵³, Ferenczi soutient que les expériences les plus archaïques, qu'il appelle *Ur-Ur*, révèlent des traumatismes primordiaux que la conscience ne peut facilement appréhender. Il s'agit d'une couche profonde de l'inconscient qui contient des expériences et des états émotionnels archi-originaux, constituant les racines de la sexualité et de la vie psychique. Comme mentionné dans le chapitre précédent sur les traumatismes précoces, Ferenczi¹⁵⁴ postule l'existence d'un trauma originaire dans la relation originaire à la mère, *l'Urertraumatisch*, résultant des premières déceptions amoureuses. L'échec de la relation avec l'objet primaire induirait un effet traumatique, soit par défaut de sa fonction de pare-excitation, soit par excès de séduction précoce.

Partant de ces postulats, nous allons principalement considérer, pour notre recherche, ce qui concerne le traumatisme originaire de Ferenczi et l'inconscient originel chez Freud, en relation avec les expériences primitives et avec ce qui est transmis par l'autre maternel. Ces deux aspects sont en effet à la base de ce qui constitue, selon nous, la matière primordiale de l'archaïque chez les enfants et les bébés que nous accueillons.

Dans cette perspective, nous adhérons à la définition de l'archaïque proposée par Paul-Laurent Assoun, qui le considère comme une fonction :

« L'archaïque ne se présente pas comme un adjectif, ni comme un nom, ni comme un verbe, il n'est ni une prédication, ni une substance propre, ni une action, mais seulement un indice, qui, par un simple trait d'union, désigne la fonction de l'origine »¹⁵⁵.

Cette conception de l'archaïque nous permet de comprendre comment opère ce registre dans la clinique de la souffrance précoce et d'ajuster notre pratique en résonance avec cette fonction. L'archaïque serait ainsi le plus proche des inscriptions qui constituent le noyau originel de la vie psychique, même quand nous éprouvons une grande difficulté à l'appréhender.

¹⁵³ Ferenczi, S. (1932). *Journal clinique*. (L'équipe Coq Heron, Trans.). Paris, Payot, 1985.

¹⁵⁴ Idem.

¹⁵⁵ *Op. Cit.* Assoun, P.-L. (1982). pp.13.

Dans ce contexte, pour mieux situer cette notion complexe de l'archaïque dans notre recherche, il nous semble important d'examiner les théories post-freudiennes et contemporaines qui ont développé et éclairé cette notion ainsi que ses implications, tant dans le devenir du sujet que dans la pratique clinique. Nous cherchons à comprendre comment l'archaïque se situe dans l'expérience précoce, comme des traces ou des esquisses d'une archéologie de cette expérience initiale. Selon notre hypothèse, cette approche ne se limite pas seulement au temps pré-sexuel ou pré-spéculaire de l'infantile, mais inclut les premières expériences sensorielles et rythmiques qui débutent avec la constitution du fœtus.

Pour approfondir ces postulats théoriques, nous examinerons à la fois la notion d'archaïque et celle d'originaire. Bien que distinctes, ces deux notions renvoient aux contours d'une vie psychique primitive, à ses mécanismes et à ses modes d'organisation ou de survie précoces, correspondant à ce que nous entendons par archaïque. À cet égard, nous présenterons les contributions de Joyce McDougall et de Piera Aulagnier, qui ont développé ces concepts et apporté des pistes relevant de la clinique de l'archaïque.

Joyce McDougall¹⁵⁶ est l'une des premières psychanalystes à aborder l'archaïque, à partir des limites qu'elle a rencontrées dans l'analyse et l'interprétation de plusieurs de ses patients souffrant de troubles psychosomatiques. Selon McDougall, l'archaïque n'est pas un concept en soi, mais un terme pour qualifier et situer un registre psychique difficile à penser, en le définissant comme : « *tout ce qui semblait échapper au processus analytique, tout ce qui, à la place d'une élaboration mentale, a pour fonction de décharger la tension, en dehors de l'analyse, dans l'action* »¹⁵⁷.

Sa notion d'archaïque fait référence à un registre psychosomatique, qui correspond au « *pas encore organisé* » qu'elle décrit comme des « *sujets non encore complètement développés* » mais qui possèdent déjà une potentialité psychosomatique. L'archaïque s'articule comme une tentative d'autoguérison face à une souffrance qui excède les capacités du sujet à la traiter. Il réagit alors à la détresse proto-psychique par une fissure entre psyché

¹⁵⁶ McDougall, J. (1989). *Théâtres du corps : le psychosoma en psychanalyse*. Paris, Gallimard.

¹⁵⁷ Idem, pp. 118.

et soma. Selon l'auteure, le registre de l'archaïque se joue initialement dans le lien précoce mère-bébé et s'enracine dans une période préverbale, au sein d'une relation fusionnelle avec la mère. *L'infans* n'a pas encore suivi le processus de constitution de l'autonomie somatique et psychique, fondamental pour qu'il puisse intégrer son corps, ses pensées et ses affects comme propres et reconnaître encore l'altérité. En effet, McDougall évoque le fantasme d'un corps pour deux qui, s'il n'évolue pas progressivement vers un état de différenciation, menace l'intégrité du sujet.

Dans ce cadre, elle avance l'hypothèse d'une hystérie archaïque en considérant une approche plus dynamique qu'économique. Cette hypothèse renvoie à des sujets souffrant d'une carence affective précoce dont le cri d'angoisse chercherait davantage à attirer l'attention sur le danger d'une mort psychique que sur celui d'une castration œdipienne et phallique.

Piera Aulagnier¹⁵⁸ postule quant à elle que l'originare revêt l'idée d'une vie psychique émergente durant laquelle s'établissent les premières inscriptions pré-langagières qu'elle appelle « pictogrammes ». Ce terme renvoie aux premières représentations somatopsychiques construites à partir de la relation entre le bébé et sa mère. Dans cette première relation, l'activité sensorimotrice du nourrisson, la réponse de l'objet et l'affect de plaisir ou de déplaisir qu'elle suscite sont alors indissociables de l'affect de la représentation. Dans ce cadre, Aulagnier considère *l'Urzeit*, le temps le plus avant, en termes d'activité psychique originare, pour se référer à un état antérieur à toute forme de représentation symbolique, impensable par le discours. Un avant le désir, avant la différenciation plaisir/déplaisir, avant la possibilité de représentation, qui serait selon l'auteure synonyme d'un avant « avoir à exister ». L'originare envisage une forme d'activité et un mode de production présents dans la phase inaugurale de la vie, qui donnent forme aux premières expériences sensorielles. Ce processus peut être pensé dans un continuum, qui court depuis le plus primitif et le plus irreprésentable jusqu'aux premières représentations pictographiques inscrites primitivement dans la vie psychique du bébé. Dès lors, l'un des

¹⁵⁸ Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris, PUF.

premiers modes de fonctionnement de l'originaire est lié aux mécanismes du « prendre-en-soi » et du « rejeter-hors-soi », lesquels se rendent visibles dans la clinique de la souffrance précoce. Le « prendre-en-soi » fait référence à la capacité du nourrisson à incorporer les éléments ou événements qui lui procurent du plaisir, qui s'inscrivent comme matériau psychique des relations entre le corps de la mère et celui de l'enfant. Par contre, le mécanisme de « rejeter-hors-soi » correspond à l'expulsion massive de tout ce qui procure du déplaisir dont le psychisme de l'enfant rejette l'expérience et s'automutile en représentant la zone-objet (pictogramme du rejet), comme on peut l'observer chez les enfants autistes et les nourrissons en souffrance.

D'après les postulats précédents, nous pouvons considérer que l'originaire renvoie à cet état pré-psychique, où se dessinent les premières transformations de l'expérience en traces et contenus psychiques, indispensables à leur inscription, puis à leur élaboration en représentation symbolique. Au contraire, l'archaïque semble renvoyer à une forme de non-transformation et de non-inscription psychique de l'expérience, qui reste alors limitée à ses manifestations psychosomatiques, inaccessibles à un travail d'élaboration en représentation.

Par rapport à cette différence, Pierre Delion¹⁵⁹ propose que l'originaire renvoie plutôt au développement de l'enfant, tandis que l'archaïque vient souligner l'apparition d'avatars qui laissent le sujet dans une difficulté fondamentale à évoluer. Cette absence d'évolution entraîne une angoisse archaïque/primitive qui déborde ses possibilités de la traiter et de s'en défendre, faisant ainsi signe d'une souffrance psychopathologique.

Parmi les psychanalystes contemporains, André Green¹⁶⁰ soutient que l'archaïque illustre l'état de confusion qui règne entre la pulsion, l'objet et le moi. Il s'agit d'un chaos initial qui, sans être totalement informe, est difficilement accessible. Dans sa conception de l'archaïque, l'inconscient est marqué par l'inscription des mécanismes psychiques les plus primitifs, qui appartiennent aux débuts de la vie psychique et sont toujours intemporels. Green suggère que les objets archaïques se caractérisent par un manque de distinction entre

¹⁵⁹ Delion, P. (2017). « Accueillir l'originaire, l'archaïque en psychothérapie institutionnelle de l'enfant ». Dans *L'originaire et l'archaïque* (pp. 135-148). Paris, PUF.

¹⁶⁰ Green, A. (2017). « Après-coup, l'archaïque ». Dans *L'originaire et l'archaïque*. Paris, PUF pp. 229-256.

les pulsions érotiques et agressives ainsi qu'entre les pulsions dont la satisfaction est autoérotique et celles qui nécessitent l'intervention de l'objet. Selon l'auteur, les structures psychiques seraient une défense contre l'archaïque plutôt que fondées sur lui, dans une tentative de modifier son fonctionnement par l'accès à la représentation.

Dans cette perspective, il nous paraît cohérent d'évoquer l'idée de l'archaïque proposée par Sophie De Mijolla-Mellor¹⁶¹ qui le considère comme l'incarnation d'expériences répétitives d'un chaos initial et comme une construction défensive contre un temps initial de l'informe. L'informe, à son tour, est conçu comme un mouvement et une exigence de mouvement. Il se caractérise par l'instabilité d'une multiplicité de formes qui empêche tout retour à l'identique.

Pour Albert Ciccone¹⁶², la notion d'archaïque fait référence aux débuts, au commencement, à l'origine et au primordial. Selon lui, les expériences archaïques laissent une empreinte qui se manifeste plus tard dans l'angoisse et dans les mécanismes de défense, et influent ainsi sur les modes de relation à l'autre, à l'Autre et à l'environnement. Ces traces se modifient en permanence, dans un processus ouvert au changement et à la transformation.

Enfin, les propositions de Vladimir Marinov correspondent plus précisément à ce que nous entendons par archaïque au sein de notre recherche et de notre pratique clinique.

V. Marinov¹⁶³ propose le terme d'archaïque pour nommer le retour d'un passé ancien, des traces d'avant la constitution d'un inconscient vers un présent agissant ou ressenti. L'archaïque englobe les traces sensorielles et motrices résultant de l'effraction précoce des pare-excitations, avant la constitution de l'enveloppe sonore des mots. Il relève du clivé et de l'intraduisible. Cette position s'appuie sur la doctrine de Freud, qui considère que ce qui correspond aux figures de l'*Ur* nécessite le recours à la vue, à l'ouïe et au toucher, comme premières tentatives de liaison de l'archaïque, ce qui semble se situer en deçà du

¹⁶¹ De Mijolla-Mellor, S. (2005). « De l'informe à l'archaïque ». *Recherches en psychanalyse*, (3), 7-19.

¹⁶² Ciccone, A. (2008). « L'archaïque et l'infantile ». *Spirale*, 45, 133-147.

¹⁶³ Marinov, V. (2008). *L'archaïque*. Sèvres, Éditions EDK.

niveau des processus primaires. De ce point de vue, l'archaïque se caractérise par une dimension corporelle et affective, proche de l'action et de la sensorialité. Ces modalités sont propres à l'*infans* pour traiter l'expérience de la réalité et constituent des « signifiants corporels ».

Nous considérons donc la notion d'archaïque comme un temps ancré dans les origines et comme une dimension atemporelle qui se réactive sans cesse. Notre perspective insiste sur son caractère fondamental dans la constitution de la vie psychique, même lorsqu'il apparaît sous des formes chaotiques et désorganisées. Nous portons notre attention sur les premières empreintes, inaccessibles à la conscience, marquées par des expériences affectives et sensorielles non représentables. Bien que diffuses, ces expériences sont progressivement intégrées dans la psyché à partir de la relation à l'autre primordial et se transforment sous des formes plus élaborées grâce aux capacités de symbolisation et de représentation. Notre approche met en avant la place de la relation à l'autre, que nous pensons comme condition essentielle de la transformation de l'archaïque vers des formes plus organisées de vie psychique. Nonobstant, il est possible de concevoir qu'une part de ces expériences persiste à l'état brut, irreprésentables, sous forme de traces mnésiques corporelles, et qu'elles exercent une influence continue mais imperceptible tout au long de la vie. Cela évoque l'inconscient non refoulé (*Ur-verdrängung*), qui reste au centre de l'organisation psychique et en constitue l'essence la plus singulière.

Pour entreprendre ce trajet autour de l'archaïque, nous proposons une réflexion qui commence par les premières traces sensorielles de la vie intra-utérine, pour penser ensuite sa transformation (lorsqu'elle a lieu) dans l'infantile, afin de comprendre ses manifestations et ses effets dans le contexte clinique.

3.2 L'archaïque de l'expérience utérine:

« La vie intra-utérine et la première enfance sont bien plus en continuité que ce que nous le laisse croire la césure frappante de l'acte de la naissance »
(Freud, 1926, *Inhibition, symptôme, angoisse*)

Les études en périnatalogie montrent que les bébés naissent avec un ensemble d'expériences prénatales in utero, grâce à la maturation progressive des organes sensoriels ainsi qu'à leur interaction avec l'entourage maternel. Ces expériences sensorielles, issues d'une trame complexe de facteurs tant internes qu'externes, constituent une matrice sensorielle, un socle de continuité qui s'actualise lors de la naissance. Le bébé naît ainsi avec une mémoire implicite de ces expériences sensorielles, qui lui permet de reconnaître le monde qui l'entoure à travers ses sensations.

Dans cet environnement utérin, la place du maternel dessine les premiers contours de sa singularité à partir de ses propres expériences, ses rythmes, sa rêverie maternelle, sa capacité d'investir et d'entrer en relation avec le fœtus dans son ventre. Des empreintes sensorielles, tactiles et kinesthésiques fœtales émergent à partir de l'interaction et de l'investissement parental pendant la période de grossesse, créant les premières traces mnésiques qui constituent les chaînons initiaux des traces archaïques. Dès la naissance, le bébé est déjà doté d'un premier registre sensible, d'une préhistoire des expériences intra-utérines, qui sont les précurseurs de la vie postnatale.

En effet, Freud¹⁶⁴ sous-entend dans certains de ses écrits cette origine fœtale de la vie psychique en soulignant que la vie intra-utérine et la première enfance présentent une continuité. Nous pouvons considérer que l'approche freudienne de ce que nous appelons l'archaïque possède avant tout un caractère phylogénétique, au sens où la culture et la transmission parentale (*Ur-Vater* et *Urzeitliche mütter*) précèdent l'organisation psychique individuelle. Toutefois, l'archaïque a également un caractère ontogénétique, qui se tisse dans

¹⁶⁴ *Op. Cit.* Freud, S. (1926).

l'organisation biologique de l'individu en interaction avec le milieu parental. Selon Freud¹⁶⁵, la découverte de l'objet est en réalité une redécouverte. Il propose que le sein maternel puisse être considéré comme un substitut de l'utérus et du cordon ombilical. Si nous réfléchissons à l'importance accordée au sein maternel dans la formation de la vie psychique tout au long de la métapsychologie psychanalytique, tant par Freud que par ses successeurs, postuler une continuité entre le cordon ombilical et le sein maternel souligne l'importance de cette relation et laisse entrevoir les nombreuses implications qui commencent dès la vie prénatale.

En 1933, Freud précise que : « *La naissance n'est pas perçue subjectivement comme une séparation d'avec la mère parce que celle-ci, en tant qu'objet, ne se distingue pas du fœtus entièrement narcissique* ». ¹⁶⁶

Pour lui, il existe donc une dimension de l'originaire dès la vie fœtale, où l'archaïque semble inséparable de la mère, et de la transmission culturelle, dans une indissociation sujet-objet et psyché-soma. Cet originaire, matière mnésique archaïque, fonde les bases de l'appareil psychique et de l'inconscient.

D'autres auteurs, après S. Freud, ont abordé l'importance de la vie fœtale dans la genèse de la vie psychique. Wilfred Bion¹⁶⁷ propose que dès la vie intra-utérine se développe une sensibilité primitive qui se transmet du fœtus à terme à la psyché telle que nous la connaissons. Il s'interroge sur l'impact de ces expériences et suggère que certains symptômes qui émergent dans le discours pourraient trouver leurs origines dans ce temps prénatal. À cet égard, l'auteur propose la notion de « traces protomentales » dans lesquelles le physique et le psychique sont intimement liés et indiscernables. Pour lui, cette activité protomentale a un caractère relationnel. Il explique qu'elle ne peut être comprise comme la production d'un individu isolé, mais plutôt dans le cadre de la dynamique des événements au sein d'un groupe. Dès lors, Bion accorde une grande importance à sa notion de fonction contenant,

¹⁶⁵ Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. (M. Bonaparte, Trans.). Paris, Payot, 2014.

¹⁶⁶ Freud, S. (1933). *Angoisse et vie pulsionnelle*. Dans *Nouvelle Suite des leçons d'introduction à la psychanalyse, Œuvres Complètes XIX* (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 1995.p. 176.

¹⁶⁷ *Op. Cit.* Bion, W. R. (1962).

considérant que le fœtus passe de la contenance physiologique de l'utérus à la contenance psychophysique fournie par les soins maternels, dont le nouveau-né dépend.

Donald Meltzer¹⁶⁸ décrit également un ensemble d'expériences protomentales du fœtus qui se forment à partir des derniers mois de gestation, reliant des formes dérivées de la sensorialité qu'il appelle proto-émotions. Lorsqu'elles atteignent un degré de complexité suffisant, ces proto-émotions permettent l'émergence d'un symbolisme primitif, posant les bases de l'expérience du monde extérieur.

Par ailleurs, Joyce McDougall¹⁶⁹ avance l'idée d'un fantasme de « corps-unique », primordial chez tout être humain, qui émerge du prototype biologique de la vie intra-utérine, où le corps de la mère satisfait les besoins vitaux de deux êtres. La prolongation de cette illusion joue un rôle central dans la vie psychique du bébé et dans son fonctionnement somatopsychique. Toute menace de destruction pousse le nourrisson à rechercher désespérément cette illusion d'indistinction intra-utérine. C'est alors à la mère de répondre intuitivement pour aider l'enfant à gérer sa frustration et sa détresse, en recréant cette illusion. Celle-ci lui permet d'intégrer la continuité de la relation dans une image intérieure et de développer une différenciation progressive dans la structuration de sa vie psychique.

Dans la psychanalyse contemporaine, et en particulier au sein de l'école française de psychanalyse, plusieurs auteurs soulignent l'importance du monde périnatal pour le développement du fœtus et ses répercussions sur la vie postnatale.

Sylvain Missonnier¹⁷⁰, psychanalyste travaillant en maternité et en néonatalogie, explore les dimensions de la vie intra-utérine, la constitution progressive du fœtus et la place prépondérante du partenaire parental dans ce devenir fœtal. Dans ce contexte, Missonnier¹⁷¹ étudie la relation parents-fœtus au regard de la théorie de la relation d'objet, qui comprend l'objet du fœtus et le fœtus en tant qu'objet, dans une relation que l'auteur appelle « relation

¹⁶⁸ Meltzer, D., Sabatini Scolmati, A. (1985). « La maladie psychotique dans la petite enfance ». Dans *Lieux de l'enfance*, 3, 93-110.

¹⁶⁹ McDougall, J. (1989). *Théâtres du corps: le psychosoma en psychanalyse*. Paris, Gallimard.

¹⁷⁰ Missonnier, S. (2009). *Devenir parent, naître humain*. PUF. <https://doi.org/10.3917/puf.davi.2009.01>

¹⁷¹ Missonnier, S. (2007). « Une relation d'objet virtuelle ? ». Dans *Le Carnet PSY*, 2007/7 n° 120. pp. 43-47.

virtuelle ». Les caractéristiques spécifiques de cette relation d'objet virtuelle sont la réciprocité fœtus-environnement, à partir de laquelle se déploie une trajectoire de transformation « intra- et inter(proto)-subjective », où la nature virtuelle de l'objet et les relations qu'elle implique font partie des expériences orales, anales et génitales du sujet, dès l'utérus. Le terme « virtuel » renvoie ainsi à la capacité à traduire le dynamisme évolutif du processus.

S. Missonnier¹⁷² affirme que le fœtus devient humain au cours de la grossesse, considérant l'espace utérin comme une interface entre le fœtus et l'environnement, où émergent les premières traces sensorielles qu'elle nomme « proto-représentationnelles ». Ces premières traces, bien qu'elles ne soient pas directement symbolisables, accompagnent l'être humain tout au long de sa vie, tant dans une possible homéostasie psychosomatique que dans les nombreux conflits affectifs, intrapsychiques et interpersonnels. En effet, la relation d'objet virtuelle constitue un lien « biopsychique » réciproque entre le fœtus et ses figures parentales, correspondant à un processus dynamique et adaptatif d'humanisation progressive du fœtus. Par ailleurs, Missonnier considère que cette relation d'objet virtuelle correspond à la version prénatale de la « fonction contenant » proposée par Bion.

Dans la même lignée, Suzanne Maeillo¹⁷³ fait l'hypothèse que le bébé naît avec une mémoire de son histoire intra-utérine, laquelle constituerait sa principale source d'anticipation, d'orientation et d'intentionnalité postnatale. Il existerait ainsi une phase primitive de vie fœtale « pré-mentale », dotée d'inscriptions sensorielles, dans laquelle le fœtus réagit aux stimuli, agit et explore activement son habitat, en utilisant principalement le toucher et le mouvement. Maeillo suggère que le corps et la psyché sont situés dans un continuum où l'un n'existe pas sans l'autre.

Les apports de Serge Tisseron¹⁷⁴ enrichissent cette réflexion. Celui-ci propose l'idée de « schémas de base du fonctionnement psychique » se mettant en place dès la vie intra-utérine

¹⁷² *Op. Cit.* Missonnier, S. (2009).

¹⁷³ Maeillo, S. (2018). « Le corps, ses sens et la précocité de l'émergence du sens ». Dans *Cliniques méditerranéennes*, 97, 7-22.

¹⁷⁴ Tisseron, S. (1994). « Schèmes d'enveloppes et schèmes de transformation à l'œuvre dans l'image ». Dans Anzieu et al., *Emergences et troubles de la pensée*. (pp. 41-67). Paris, Dunod.

à travers le dialogue sensori-moteur entre le fœtus et l'environnement maternel. Ce dialogue précède le dialogue tonique (Wallon, 1931) après la naissance (nous y reviendrons dans le chapitre sur les corps). Ces échanges avec l'environnement se font par la pression, le mouvement et le toucher, et forment des modèles dynamiques qui s'actualisent lors de la naissance, constituant une première forme d'identité du moi. S. Tisseron¹⁷⁵ distingue deux schémas principaux qui émergent des multiples interactions entre le fœtus et l'environnement maternel pendant la vie prénatale : les « schémas de transformation », liés aux expériences mentales de continuité et de discontinuité, et les « schémas d'enveloppement », liés à la sensation de contenance, dont la continuité entretient les enveloppes corporelles postnatales. Tisseron souligne l'importance de ces schémas en postulant que les schémas de transformation de l'expérience sensorielle sont à la base de la différenciation vis-à-vis de l'autre, du développement symbolique et de la notion d'altérité dans la vie postnatale. En revanche, les schémas d'enveloppement étayeraient le sentiment de contenance et de sécurité, grâce au contour de la paroi utérine et à la rythmicité des mouvements intra-utérins.

À partir de ces différentes approches, nous pouvons constater que la vie prénatale constitue un vaste champ d'élaboration des premières traces mnésiques, rendues possibles par le développement de la sensorialité et de la motricité. Ces traces sont fortement impliquées dans la relation et les échanges entre le fœtus et son environnement maternel, à la fois intra et extra-utérin. Ces premières traces peuvent être considérées comme les contours initiaux d'une vie pré-psychique, formant le fondement de l'archaïque et la base de l'émergence de la vie psychique postnatale.

De ces différentes notions découle l'idée d'une construction proto- ou pré-mentale, issue des premières inscriptions sensorielles et rythmiques, qui délimitent la singularité de chaque individu et établissent les bases du devenir. Ces premières traces demeurent en constante transformation et ne cessent de s'élaborer dans des registres de plus en plus complexes, permettant ainsi la transformation de l'organisme en corps et de l'être humain en sujet.

¹⁷⁵ Idem.

Enfin, nous voulons souligner l'importance d'une perspective relationnelle dans notre réflexion sur l'archaïque. Comme le soutiennent les différents auteurs cités ci-dessous, ces premières sensations et mouvements de la vie humaine intra-utérine se produisent en relation avec l'environnement maternel.

Pour Catherine Dolto¹⁷⁶, le fœtus est capable de décoder les moindres modifications de tonus dans l'utérus car il est sensible à la qualité de la présence maternelle. Ses premiers ressentis sensoriels sont alors associés à la qualité du contact avec sa mère et sa motricité change quand il se sent accueilli, en participant activement aux échanges avec ses parents¹⁷⁷. Ces échanges, qui se co-construisent avec l'autre parental par des perceptions, des sensations et des réactions, constituent l'univers affectif du fœtus. Ils lui offrent ses premières expériences, qui fondent la base de sa future personnalité.

Dans ce contexte, les mots de Chantal Lheureux-Davidse font écho à notre réflexion, en se référant aux échanges actifs entre le fœtus et la mère :

« Dès le début du 4ème mois de grossesse, le fœtus dialogue in utero avec sa mère en alternant ses mouvements. En effet, lorsque la mère gigote, le fœtus s'arrête de bouger jusqu'à ce que la mère s'installe et le temps que son rythme cardiaque s'ajuste pour retrouver son temps. Il répond alors par un mouvement à la mesure des mouvements proposés par la mère précédemment. Ce sont de véritables dialogues dans l'alternance des mouvements »¹⁷⁸.

Nous nous permettons donc de soutenir que l'archaïque englobe en premier lieu les mouvements sensoriels et rythmiques d'un corps partagé à deux. Dans son caractère prénatal, l'archaïque peut être considéré comme une « forme/substance » relationnelle, dans la mesure où l'organisme/corps du fœtus est absolument inséparable de celui de la mère,

¹⁷⁶ Dolto, C. (2014) Dans : Beaulieu, A. (2021). *Prévenir l'autisme des bébés à risque: Une approche corporelle et relationnelle*. Paris, Érès.

¹⁷⁷ Idem.

¹⁷⁸ Lheureux-Davidse, C. (2007). « Jouer avec les mouvements, les vibrations et les rythmes dans l'émergence de la voix ». Dans *Champ psychosomatique*, 48, 185-203.

tant pour sa survie physiologique que pour son expérience sensible. Ces mouvements sensoriels et rythmiques seront, après la naissance, au cœur de la pulsion, de ses objets et de ses parcours, donnant une forme singulière à l'organisation psychique et au corps, ainsi qu'aux enjeux des relations avec l'autre et l'Autre. Par conséquent, le caractère relationnel de la constitution corpero-psychique est un axe central de notre recherche, transversal à tous nos postulats.

Nous nous interrogeons dans ce sens sur la vie prénatale des bébés en souffrance et des enfants autistes que nous accueillons, afin de mieux comprendre leur organisation corpero-psychique et ses manifestations.

Concernant l'autisme, certaines études confirment des divergences dans le processus de formation du fœtus, tant au niveau neurologique que dynamique, marquant une organisation particulière de leur organisme, qui se manifeste à son tour par la manière dont le fœtus s'approprie l'espace intra-utérin et entre en relation avec cet environnement maternel. Les travaux d'Annik Beaulieu¹⁷⁹ suggèrent que la vie utérine des bébés ensuite diagnostiqués autistes est caractérisée par une diminution des mouvements généraux du fœtus à partir du 5^e mois de gestation, prédisposant à des complications périnatales. La diminution de ces mouvements ainsi que la persistance de réflexes archaïques peuvent désorganiser le développement corporel du fœtus et de l'enfant après la naissance, empêchant la fluidité de ses mouvements et sa disposition à la relation à l'autre maternel.

Or, dans le cas des bébés abandonnés à la naissance, la situation est tout à fait différente. La vie prénatale se révèle souvent très pauvre, voire traumatique, comme le montre le cas d'Eloïse dont nous allons raconter le contexte périnatal. Nous approfondirons ensuite notre réflexion sur ce cas clinique dans le chapitre consacré au corps en relation avec le travail clinique du registre sensori-moteur.

¹⁷⁹ *Op. Cit.* Beaulieu, A. (2021).

Eloïse :

Eloïse est née au Chili à la fin du mois de décembre 2021, par accouchement normal dans la rue. Elle présentait un manque d'oxygène dû à l'humidité de ses poumons, ce qui la mit en danger durant ses premiers jours de vie. Sa mère, une femme caribéenne de 34 ans, vivait dans la rue en situation d'irrégularité civile et d'exclusion sociale au Chili. Elle fut admise à l'hôpital avec des troubles de la conscience dont la cause ne fut pas précisée. Elle fut testée positive à la cocaïne-THC. Eloïse est née de père inconnu. Ses résultats aux tests médicaux infectieux furent alarmants : Eloïse présentait des taux très élevés de cocaïne dans le sang.

L'examen neurologique révéla une hémiplégie cérébrale à haut risque¹⁸⁰, un syndrome d'hypotonie centrale¹⁸¹ et plagiocéphalie posturale. Un retard global du développement psychomoteur fut noté, ainsi qu'un reflux gastrique.

Les niveaux élevés de substances toxiques dans son sang et ses difficultés neurologiques suggèrent un impact traumatique sur son développement fœtal. Puis, à sa naissance, lors de l'accouchement dans des conditions précaires, dans la rue sans aucun soutien, Eloïse ne pouvait pas respirer, probablement à cause de l'état de dysrégulation de son organisme. Nous nous demandons si elle voulait même respirer... Nous pouvons supposer que sa relation à l'environnement maternel a dû être menaçante dès le début, vécu prolongé après la naissance par l'absence d'un autre primordial pendant son hospitalisation de presque deux mois. Nourrisson sans papier et sans parents, Eloïse semblait réduite à l'urgence qui s'adressait à son corps, considérée comme une somme de problèmes à résoudre pour répondre à ses besoins vitaux et où le sujet est réduit à sa logique biologique¹⁸².

¹⁸⁰ L'hémiplégie désigne la paralysie d'une moitié du corps, souvent causée par des lésions cérébrales. Elle résulte généralement d'une interruption de l'approvisionnement sanguin ou de dommages directs aux neurones moteurs du cerveau. Elle peut affecter la mobilité, la force et la coordination du côté touché du corps.

¹⁸¹ Le syndrome d'hypotonie centrale chez les bébés se caractérise par une diminution du tonus musculaire due à un problème au niveau du cerveau ou du système nerveux central. Ils peuvent présenter une faiblesse musculaire généralisée, des difficultés à contrôler leurs mouvements et des retards dans le développement moteur.

¹⁸² Benhaïm, M. (2010). « Destins du corps et subjectivité dans une clinique sociale ». Dans *Recherches en psychanalyse*, 10, 311-320.

Le corps d'Eloïse portait les traces d'une vie prénatale complexe, passée dans le ventre d'une femme toxicomane vivant dans une grande précarité. Ce bébé vint au monde dans le ventre d'une mère exclue du lien social, marquée par l'errance et l'effacement d'une différence subjective. Avant même sa naissance, Eloïse fit l'expérience d'un corps « nu », dépourvu de toute identification légitime. Pourtant, bien qu'elle soit la fille d'une migrante en « situation irrégulière », Eloïse a droit à une identité qui l'intègre dans le système social chilien. Inscrite dans les registres de naissance, elle existe socialement, se distinguant du corps « illégitime » qui l'a portée. Sa naissance revêt ainsi un caractère singulier, dont l'affiliation et la nomination impliquent une différence fondamentale avec sa mère et interrogent l'essence de son existence en tant que sujet¹⁸³.

Son corps nous parle dès la première consultation : un corps rigide avec une hypertonicité musculaire évidente (ce qui contraste d'ailleurs avec son syndrome d'hypotonie initiale), une expression figée sur le visage, un regard qui bouge d'un côté et de l'autre sans pouvoir fixer quoi que ce soit... Elle semble incapable d'investir l'espace ni la relation à l'autre, comme si elle était paralysée dans ce corps qui semble être une armure contre l'angoisse de l'effondrement. Confrontée à une histoire déshumanisante qui condense sa souffrance individuelle et l'exclusion sociale transgénérationnelle, Eloïse semble figée dans un sentiment d'anéantissement, dans l'impossibilité de se repérer et de repérer autrui¹⁸⁴.

Dans des situations extrêmes comme celle d'Eloïse, la plupart de ces bébés sont conçus et naissent dans des conditions très précaires. Il s'agit souvent de grossesses imprévues dans des contextes négligés, et parfois même déshumanisés, dont l'impact se matérialise par les multiples difficultés que présentent ces bébés à la naissance et qui affectent ensuite leur développement ainsi que leur constitution psychique. Ils présentent généralement un important retard psychomoteur dans les premiers mois de vie, un manque de réponse à la

¹⁸³ Mansouri, M. & Bentata, H. (2012). « Sans famille, sans papiers : des bébés et leurs mères enfermés dehors? ». Dans : , C. Davoudian, *Mères et bébés sans-papiers: Une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?* (pp. 115-131). Toulouse, Érès.

¹⁸⁴ Benhaïm, M (2001). « La langue de l'exilé ». Dans *Cliniques méditerranéennes*, 2001/2 no 64. pp. 97-106.

présence des autres, une rigidité importante dans leurs mouvements et une forte difficulté d'intégration sensorielle qui produit un démantèlement des sens.

3.3 L'archaïque et l'infantile:

« Le mouvement de constitution n'est jamais achevé une fois pour toutes pour l'être humain. L'infantile est un nom pour ce qui ne peut être entièrement découvert, et qui est recouvert chez l'enfant dans l'enfance, et chez l'adulte. Ce n'est pas un objet, c'est l'acte même de constitution de l'enfant et de l'adulte, l'événement d'un écart à des représentations ».

(Max Kohn, 2000)

Il nous semble important de distinguer, dans le domaine des expériences précoces, la frontière subtile entre ce qui appartient au registre de l'archaïque et ce qui constitue le registre de l'infantile. Cette division peut paraître arbitraire car l'infantile porte en lui, dès son origine, l'expérience de l'archaïque, qui s'actualise en permanence. La notion d'infantile englobe et dépasse celle de l'archaïque, de sorte que, dans le cadre de notre recherche, nous l'envisagerons principalement dans sa dimension archaïque, sans pouvoir aborder toute l'étendue de ce qu'elle représente.

S. Freud ¹⁸⁵ donne à la notion d'infantile un rôle central dans la psychanalyse. Sa première mention se réfère à la sexualité, cherchant à rendre compte de la nature des théories sexuelles et de l'investissement affectif de la pulsion. Peu après, S. Freud explique que : « *L'inconscient est une partie de notre personnalité qui, dans l'enfance, s'en détache, n'en suit*

¹⁸⁵ Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. (M. Bonaparte, Trans.). Paris, Payot, 2014.

pas l'évolution ultérieure et qui est, pour cette raison, refoulée : l'inconscient, c'est l'infantile en nous »¹⁸⁶.

L'infantile, en tant que fondement de l'inconscient, joue un rôle essentiel dans la constitution de la vie psychique, qui se manifeste tout au long de l'existence humaine.

La dimension archaïque de l'infantile implique celle de l'expérience du vivant, dans laquelle sont mises en scène les premières traces psychiques, produits d'expériences sensorielles, pulsionnelles et affectives, modulées et transformées par la relation à l'autre, à l'Autre et à l'environnement. En ce sens, l'infantile n'est pas l'empreinte d'un événement historicisable, mais la trace d'une inscription dans le vivant, qui s'installe comme le résidu de l'inscription la plus archaïque dans le champ de l'Autre, fondement du narcissisme primaire (Rivière, 2003). En effet, l'archaïque renvoie à une proto-histoire, une trame fondamentale et éphémère qui constitue l'arrière-plan de la vie psychique (Gantheret, 2008).

D'après S. Freud ¹⁸⁷, comme nous l'avons évoqué ci-dessous, il existe un continuum qui oscille entre la vie intra-utérine et la petite enfance. Nous pouvons penser que même avant la naissance, le petit humain entame ce chemin qui va de l'archaïque à l'infantile dans la constitution de sa vie psychique. Dans un premier temps, si ce processus suit une évolution psychique, l'archaïque pourra s'inscrire, même partiellement, à partir des premières formes de figuration pré ou proto-symboliques des expériences, se transformant en traces mnésiques perceptives et en premières matières psychiques¹⁸⁸. Ensuite, ces premières inscriptions commencent à s'ouvrir à un travail plus complexe de symbolisation et de représentation, dans lequel se développent des processus primaires et secondaires de subjectivité et d'intersubjectivité. Pourtant, l'archaïque reste au centre de la pulsion et de la sensorialité, marquant une histoire singulière, base du devenir du sujet. L'archaïque serait ainsi implicite dans la forme singulière que prend l'infantile, affecté par ses conditions vitales,

¹⁸⁶ Freud, S. (1909). *Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle*. Dans *Cinq psychanalyses* (J. Laplanche, Trans.). Paris, PUF, 1954. pp. 214

¹⁸⁷Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Dans *Œuvres Complètes, XVII* (J. Laplanche, Trans.). Paris, PUF, 1990.

¹⁸⁸Freud, S. (1895). *Esquisse d'une psychologie scientifique*. Dans *La naissance de la psychanalyse* (1887-1902). (J. Laplanche, Trans.). Paris, PUF, 1956.

son organisme, son corps, son interaction avec son environnement, ses possibilités de lien à l'autre et sa façon particulière de son rapport à l'Autre.

L'infantile fonde le noyau central de tout processus de cure analytique et nous pouvons constater son importance particulière dans la clinique de la petite enfance qui débute avec les écoles anglo-saxonnes de psychanalyse, d'abord avec Mélanie Klein et Anna Freud, puis avec D. W. Winnicott. Bien que les mots « archaïque » et « originaire » ne soient pas mentionnés comme tels, ces psychanalystes se réfèrent fréquemment au plus précoce de l'infantile par les notions de « *Früh/early stages* » (M. Klein, A. Freud) et « *primitif* » (Winnicott), qui peuvent être rapprochées de ce que nous tenons pour la dimension archaïque de l'infantile.

Dans ce contexte, les contributions de Mélanie Klein sont pionnières dans le domaine de la petite enfance, puisqu'elle propose de considérer la vie psychique dès les premiers moments de la vie du nourrisson, en introduisant des états psychiques antérieurs au complexe d'Œdipe et à la sexualité infantile. M. Klein¹⁸⁹ ouvre ainsi un champ important dans la théorie et la pratique psychanalytiques en y introduisant l'infantile prégénital et en soulignant l'importance radicale de la relation à l'autre dans l'émergence et l'organisation de la vie psychique, qu'elle appelle la relation d'objet. Par ailleurs, elle avance l'idée d'une pré-forme psychique qui accompagne l'activité biologique, à partir de laquelle les fantasmes inconscients sont en gestation, laissant sa marque sur la vie émotionnelle et mentale de l'individu dès sa naissance¹⁹⁰.

Pour décrire ces états primitifs de la psyché infantile, Klein convoque les notions de « *früh* » et de « *early stages* », que nous pouvons traduire en français par « stades précoces ». Elle élabore¹⁹¹ ces stades précoces, prégénitaux, en termes de positions schizo-paranoïdes et dépressives, lesquelles se développent pendant la première année de vie. La position

¹⁸⁹ Klein, M. (1929). *Personification in the Play of Children*. Dans *Love, guilt and reparation and other works*. London, Hogarth Press, 1985.

¹⁹⁰ Klein, M. (1936). Dans Ithier, B. (2015). « Vous avez dit archaïque? ». *Revue française de psychanalyse*, 2015/5, 79, 1649-1655.

¹⁹¹ Klein, M. (1935). *A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states*. Dans *Love, guilt and reparation and other works*. London, Hogarth Press, 1985.

schizo-paranoïde fait référence à la première phase précoce du développement, au cours de laquelle l'*ego* du nourrisson est principalement caractérisé par des angoisses et des défenses paranoïaques. Durant cette phase, le nourrisson éprouve des sentiments intenses de persécution à l'égard d'objets internes et externes. Cette position est le précurseur de la position dépressive, à partir de laquelle le bébé commence à intégrer les bonnes et mauvaises perceptions des objets et à intérioriser leurs aspects dans un processus d'identification primaire qui conduit à l'articulation d'un monde interne plus complexe. La position dépressive permettrait la transition d'une perception primitive et partielle des objets à une compréhension plus intégrée de soi et des autres.

Dans ce registre précoce de l'infantile, les contributions de Donald Winnicott se révèlent fondamentales. Winnicott¹⁹² propose un développement très précoce de la vie psychique et de la constitution de ce qu'il appelle le « *self* ». Dans le développement de sa théorie sur la nature humaine¹⁹³, il suggère un état pré-primitif du développement émotionnel dans lequel il y aurait un état de non-intégration initial, état qu'il différencie du mécanisme de défense psychotique de désintégration, et qui évolue vers l'intégration et la personnalisation. Winnicott affirme que la nature humaine se joue dans sa mise en lien à l'autre, au point d'affirmer qu'« *un bébé n'existe pas* »¹⁹⁴. Cette formule implique, selon lui, que le bébé n'existe pas en soi, car il doit être pensé en relation avec autre chose : l'environnement, la mère. Ainsi, lorsqu'il évoque l'infantile, Winnicott se réfère principalement à l'importance de la relation avec la mère en tant que fonction, qui doit être disponible pour contenir et soutenir affectivement ce nouvel individu immature, qu'il qualifie de « *helpless* ». C'est à partir de la relation du bébé, en position initiale d'impuissance (*helplessness*) avec son environnement maternel, que la possibilité d'intégration et le sentiment de continuité d'exister peuvent se développer.

Bien que Winnicott ne situe pas ce développement primitif de la vie intra-utérine, l'auteur insiste sur l'importance des derniers mois de gestation par rapport à l'état psychique

¹⁹²Winnicott, D. W. (1945). « Primitive emotional development ». *International Journal of Psychoanalysis*, 26(3-4), 137-143.

¹⁹³ Winnicott, D. W. (1988). *La Nature humaine*. (B. Weil, Trans.). Paris, Gallimard, 1990.

¹⁹⁴Winnicott D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (J. Kalmannovitch, Trans.). Paris, Payot, 1989.

maternel et leur impact sur le développement psychique du bébé. Cela conduit à l'importance d'un état de préoccupation et de dévotion maternelle, propice à la construction d'un monde imaginaire et fantasmatique autour du bébé à naître qui sous-tend la fonction de rêverie maternelle proposée par Bion¹⁹⁵. Dans cet état psychique maternel, le père tient aussi une fonction primordiale : être le soutien de la mère pour qu'elle puisse consacrer ses pensées et son attention au bébé. Dès lors, le développement émotionnel primitif commence dès la naissance à partir de la relation à l'autre, se composant de trois processus qui fondent la vie psychique et de la constitution du *self*, à savoir : l'intégration, la personnalisation et la réalisation.

Françoise Dolto est une figure fondamentale de l'infantile. Dans son combat pour l'enfance, F. Dolto¹⁹⁶ prend une position radicale pour l'époque, en affirmant que l'enfant doit être considéré, dès sa naissance et même dès sa conception, comme « un sujet à part entière ». Elle soutient que dès la conception, le fœtus puis l'enfant est immergé dans le langage et comprend ce qui se passe autour de lui. Sa vision préconise d'écouter et de considérer les paroles et les actes des enfants comme des manifestations authentiques de leur psyché naissante, qui prennent la valeur d'un message symbolique avant même l'articulation du langage. Selon cette perspective, l'être humain est considéré dès le départ comme un sujet de désir ; désir d'un sujet naissant, qui doit s'inscrire dans la rencontre avec l'autre parental.

Sur la base de ces postulats essentiels à la compréhension de l'archaïque dans l'infantile, nous proposons d'aborder des auteurs plus contemporains, parmi lesquels nous nous concentrerons principalement sur l'école française de psychanalyse, qui nous a ouvert des pistes importantes dans notre travail clinique et qui prennent du sens pour notre recherche.

René Roussillon¹⁹⁷ propose de différencier, au sein de la catégorie générale de l'infantile, les expériences subjectives inscrites dans le psychisme au sein de l'appareil du langage verbal (expériences secondaires) de celles qui précèdent cette inscription et qui appartiennent à la

¹⁹⁵ Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London, Heinemann.

¹⁹⁶ Dolto, F. (1985). *La cause des enfants*. Paris, Robert Laffont.

¹⁹⁷ Roussillon, R. (2017). « L'incontournable dimension archaïque de la vie psychique dans l'écoute psychanalytique ». Dans *L'originnaire et l'archaïque* (pp. 97-113). Paris, PUF.

dimension archaïque du psychisme. Cette absence d'inscription des expériences primitives se traduit également par une absence d'inscription dans une temporalité organisée de la psyché, qui n'est alors pas susceptible de devenir consciente ou d'adopter une autre forme que la sensori-motricité. L'archaïque serait alors constitué par les expériences précoces antérieures à l'accès au langage comme énonciation, qui, même quand elles ne peuvent s'inscrire dans l'appareil psychique en tant que traits symbolisables, demeurent présentes comme traces de l'expérience et modèlent la forme prise par les processus secondaires de l'infantile.

Bernard Golse¹⁹⁸ considère que l'infantile implique un ensemble de processus originaux, qui seraient à la base du développement de la vie de l'individu. Ces processus sont à l'origine des caractéristiques corporelles et des premières expériences sensorielles, d'abord fragmentées, qui nécessitent par la suite un travail de mentalisation et de psychisation, à travers la relation à l'autre, principalement l'environnement maternel.

Enfin, Albert Ciccone¹⁹⁹ conçoit l'infantile comme une expérience subjective qui, en même temps qu'elle déborde l'archaïque, est soutenue et exprimée à travers elle. C'est une expérience actuelle et vivante, mobilisée dans le monde des fantasmes, avant sa transformation par les processus de développement, d'adaptation et d'intégration de la réalité.

Au regard des prémisses précédentes, nous envisageons l'archaïque comme la première dimension de l'infantile. Elle est historiquement antérieure au langage dans son sens discursif et antérieure à la capacité de représenter l'expérience. Pour cette raison, le corps apparaît comme le référent principal de l'archaïque, lieu de ses manifestations et de ses affects, notamment dans ses registres sensoriels, moteurs et pulsionnels. C'est en effet à partir du registre corporel que nous pouvons approcher la dimension archaïque, son langage, ses codes et formes proto-mentales²⁰⁰.

¹⁹⁸ Golse, B. (1999). « Les premières représentations mentales : L'émergence de la pensée ». Dans *Au début de la vie psychique : Le développement du petit enfant*. (pp.127-154). Paris, Odile Jacob.

¹⁹⁹ Ciccone, A. (2008). « L'archaïque et l'infantile ». Dans *Spirale*, 45, 133-147.

²⁰⁰ *Op. Cit.* Bion, W. (1962).

3.4 L'archaïque dans l'autisme et le bébé en détresse :

Dans l'autisme et chez le bébé en souffrance, c'est avant tout une sorte de vide de représentation qui prédomine. Ce vide se traduit par un échec plus ou moins important de la figurabilité et de la vie psychique fantasmatique. Ce phénomène est notamment repérable au niveau de la corporéité, de la parole et de la relation à l'autre. Le fonctionnement de ces enfants relève d'un déni ou d'un arrêt de l'activité psychique primitive de représentation répondant à l'accomplissement hallucinatoire du désir (Allouch, 2008). De ce fait, l'*infans* semble dénué de toute production fantasmatique, ce qui se manifeste comme un rebroussement autosensuel des pulsions à l'état brut, dans une prégnance de l'agir auto/hétéro-mutilateur²⁰¹ comme une expulsion massive de l'expérience et de la relation à l'autre, basée sur une hallucination négative. Il en résulte une expérience de chaos, qui précipite le sujet autiste et souvent son environnement, dans un vide de représentation qui empêche la relation. Ce vide est décrit comme un « trou noir » (Tustin, 1972) qui s'avère être la source de l'horreur d'agonies primitives qui n'atteignent aucune forme d'inscription psychique.

À partir de notre pratique clinique auprès de ces enfants, nous constatons un clivage dans le registre archaïque de non-organisation de l'expérience, qui rend difficile, parfois même impossible, le vécu d'une corporéité unifiée et d'une certaine harmonie entre les processus de la sensorialité, de la perception et de la motricité, et dont la dimension pulsionnelle ne s'organise ni ne s'intrique. Dans la clinique de l'autisme et du bébé en détresse, il ne s'agit pas seulement d'une fixation antérieure à l'Œdipe, où le moi serait clivé, ni d'une forclusion de l'Autre, comme c'est le cas lors des pathologies liées à une désintégration de l'appareil psychique. Il s'agit plutôt d'un état de non-intégration primaire, qui n'évolue pas vers des formes plus complexes d'organisation, révélant une psyché en panne dans sa constitution. Cela témoigne d'un manque d'organisation de la pulsion et de la sensorialité, qui affectent le rapport de l'*infans* à lui-même, sa relation à l'autre et l'Autre, et mettent en péril toute la dimension de la constitution du sujet.

²⁰¹ *Op. Cit.* Aulagnier, 1975.

En effet, nous sommes fréquemment confrontés à des états de souffrance qui reflètent une organisation très précaire où l'intensité de l'affect, désintriquée de la pulsion et de la relation à l'autre, impacte l'émergence de la vie psychique et l'organisation du corps. Le chaos et le traumatisme se manifestent par la violence de ce qui n'est que pure intensité, prenant la matérialité du corps, aussi bien celui de *l'infans* que celui de l'analyste, pour s'étaler. Cette intensité informe, vécue hors psychisme, n'a ni temps ni espace et ne peut qu'être expulsée par la décharge corporelle, qui semble être le seul moyen de survie. De ce fait, la clinique de l'archaïque se rapproche de celle de l'extrême, où tant le clinicien que le petit patient se trouvent exposés au risque de la pulsion de mort et à la vulnérabilité de ses effets.

Cette souffrance non représentée et non adressée à l'autre renvoie à l'expérience des agonies primitives, effet de la surcharge d'excitation qui nécessite d'être évacuée par le corps, comme seul moyen de calmer l'excès d'intensité ressenti. Ces agonies prennent la forme d'angoisses d'effondrement, de morcellement, de vidage et de liquéfaction, dans lesquelles l'expérience de l'unité du corps dans ses fonctions d'enveloppe et d'identification fait défaillance. Elles semblent être ressenties comme une chute sans fond, dont l'effet atteint la rupture du sentiment de continuité de l'existence ou entrave la possibilité de le construire, ce qui s'avère être un véritable traumatisme. En conséquence, les stratégies sensorielles de l'enfant autiste et du bébé en détresse consistent précisément à se protéger de la surcharge de l'affect qui devient envahissant et impossible à traiter, et révèle d'une souffrance hors psyché. De la sorte, le silence, les stéréotypies, les mouvements répétitifs, les débordements moteurs et sensoriels, voire les gémissements, les automutilations et le repli sur soi, sont un moyen de rejeter hors de soi (Aulagnier, 1975) cette souffrance.

3.5 Les particularités du lien dans la rencontre clinique de l'archaïque :

Notre travail clinique auprès de l'archaïque se concentre sur la première phase de la vie de l'être humain, caractérisée par un développement somatique et psychique encore embryonnaire, dépourvu de toute différenciation ou articulation claire. Notre approche ne consiste donc pas à explorer un passé refoulé à travers le discours de l'inconscient ou les

symptômes du patient, car nous sommes en présence des premiers esquisses de la formation de la vie psychique. Cela nous place dans une clinique de l'actuel, où nous considérons les manifestations corporelles des enfants comme l'expression d'une vie psychique primitive en devenir, pas encore structurée ni organisée par le langage et souvent très chaotique.

André Green²⁰² affirme qu'il n'y aurait pas d'accès direct à l'archaïque même quand la clinique psychanalytique travaille avec des modes de fonctionnement primitifs et désorganisés. Même si nous convenons qu'un accès total à l'archaïque n'est évidemment pas possible car il reste toujours insaisissable, nous nous considérons toutefois privilégiés d'avoir un certain accès aux vestiges de l'archaïque dans un temps présent, puisque les processus de constitution psychique de nos petits patients sont encore à leurs débuts. La vie psychique n'est pas encore organisée dans ses aspects topiques ou dynamiques, et la sensorialité, l'affect et la pulsion sont soumis à une expérience de chaos que nous cherchons à organiser à partir de la rencontre clinique.

Tout au long de ces lignes, nous avons évoqué la notion de « rencontre », dont il convient de préciser ce que nous entendons par ce terme. La rencontre dépasse la simple interaction entre individus, car elle implique une série de confrontations cruciales touchant aux fondements mêmes du sujet. Ce n'est pas une relation réciproque ou symétrique, mais une relation qui inaugure une nouvelle dimension²⁰³.

Le mot « rencontre » inclut l'idée de « contre », évocatrice de l'impact qu'elle produit et le préfixe « re » qui marque un retour en arrière, une répétition²⁰⁴, qui permet d'articuler l'imprévisible et ce qui est déjà connu. En effet, la rencontre suppose la notion de hasard ; elle survient face à l'inattendu et à la surprise de ce qui est imprévu. Selon Jacques Lacan²⁰⁵,

²⁰² Green, A. (2017). « Après-coup, l'archaïque ». Dans *L'originnaire et l'archaïque*. Paris, PUF. pp. 229-256.

²⁰³ Encaoua, E. (2002). « La dimension de la rencontre dans la cure psychanalytique ». Dans *Le Coq-héron*, 171, 47-56.

²⁰⁴ Ledoux, M. (2023) *Ce qui se passe. Métapsychologie de la psychothérapie institutionnelle*. Paris, Editions Jérôme Million.

²⁰⁵ Lacan, J. (1964). *Le séminaire, Livre XI : Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris, Seuil, 1973.

ce hasard renvoie au surgissement du réel, qui est toujours marqué par la contingence, c'est-à-dire par un caractère imprévisible et non maîtrisable, qui résiste à l'ordre symbolique.

Les idées de Michèle Benhaïm²⁰⁶ concernant la rencontre dans des milieux extrêmes, comme la rue et le travail avec des sujets en situation d'errance, nous semblent tout à fait pertinentes pour notre clinique. Elle propose que « l'événement-rencontre » fracture les certitudes et questionne le sujet sur l'énigme de sa situation dans une reprise du sentiment d'exister. La rencontre au sein de l'archaïque s'avère être furtive et fragile, puisqu'elle se produit, comme dans l'extrême, là où le lien social semble plutôt conduire à des processus de désarrimage et de destitution subjective. Lorsque la dimension du lien social n'assure plus sa fonction d'encadrement de la jouissance, l'enfant mais aussi ses parents se retrouvent dans un état de dénuement profond face à l'excès d'effractions du réel. La rencontre cherche alors à ouvrir l'espace du lien et de l'adresse à l'Autre, pour offrir au sujet la possibilité d'élaborer des éléments de son propre désir. Elle doit alors permettre de réinvestir le lien afin que le sujet se réapproprie son histoire, son corps et le monde, dans une quête d'inscription dans la relation à l'autre. Chaque rencontre est porteuse d'une potentialité de découverte et de transformation mais elle peut parfois se révéler traumatique en ce qu'elle oblige le sujet à faire face à ce qui lui échappe²⁰⁷.

Toutefois, la rencontre avec l'*infans* dans l'archaïque demande une attention particulière aux signes corporels qui émergent dans la scène clinique, et qui requièrent que le clinicien soit capable de reconnaître cette intensité informelle qui se manifeste à travers le corps et de l'accueillir par sa présence. Le travail du lien se déploie à travers la rencontre entre les corps de l'enfant et de l'analyste, où les expressions corporelles peuvent être repérées, contenues et comprises.

La clinique de l'archaïque signale alors un mouvement de déplacement du discours vers le corps comme vecteur de sens, qui favorise l'inscription de l'expérience et de la souffrance, permettant l'émergence et la structuration progressive de la vie psychique de l'enfant. De ce

²⁰⁶ Benhaïm, M. (2010). « Destins du corps et subjectivité dans une clinique sociale ». Dans *Recherches en psychanalyse*, 10, 311-320.

²⁰⁷ Ídem.

fait, nous nous intéressons au corps du petit sujet en devenir, en soutenant avec Françoise Dolto²⁰⁸ que l'enfant se structure à travers les échanges sensoriels et langagiers avec l'autre, et que le corps est le garant de l'expression d'un sujet. Ainsi prend forme une clinique qui s'appuie sur le registre du corps, dans laquelle les dimensions sensori-motrices et pulsionnelles occupent une place privilégiée.

²⁰⁸ Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, Le Seuil.

PARTIE II. Clinique de l'archaïque : Corps et rythme dans rencontre

Chapitre 1. Les enjeux du corps dans la rencontre clinique de l'archaïque :

« Tout ce que l'existence éprouve et ressent, tout ce qu'elle s'efforce de manifester d'elle-même fait du corps le lieu privilégié du vivre humain... Simple portion d'espace et pourtant lieu privilégié parce que lieu du retentissement de tout ce qui advient à l'existence dans son rapport à la vie et dans son rapport au monde où elle a à vivre »

(Chirpaz, 2002)

Le corps est une notion difficile à définir de manière univoque ou exclusive. Tout au long de l'histoire de l'humanité, il a pris des formes et des connotations diverses, plus ou moins prégnantes selon les époques et les cultures. Cependant, il existe des conceptions du corps qui sont transversales dans le temps et, pour certains cas, dans la culture. Ainsi, le corps se présente comme refuge de l'âme pour les religions, refuge de l'esprit pour la philosophie. C'est pour la médecine le corps des organes, le refuge et la surface de la psyché pour la psychanalyse. Dans la clinique de l'archaïque, lorsque nous voyons le corps de l'enfant autiste ou du bébé en détresse, nous ne percevons aucun de ces corps, mais plutôt un corps surface du chaos et de désorganisation, un corps privé de sa capacité de contenance et de différenciation, qui abrite une souffrance souvent indescriptible. C'est ce corps dont il va maintenant être question.

Comme nous l'avons déjà évoqué dans le chapitre sur l'archaïque, le corps est la matérialité où se déploie et se manifeste la souffrance primitive, produite par la désorganisation corpero-psychique, l'excès d'intensité de l'affect et la désarticulation de la pulsion. Cela nous confronte à des constructions précaires du corps où prévaut un blocage des processus de maturation et d'évolution de la vie psychique, dans un état de non-intégration. L'expérience de fortes angoisses archaïques prend pour matérialité le corps comme lieu de décharge et d'expression ; un corps-organisme informe, où la sensorialité ne

parvient pas à s'intégrer et la motricité semble ne pas avoir d'intention ni de direction, se réduisant à la décharge d'un déplaisir puissant et à la nécessité de se débarrasser des excès d'intensités qui ne peuvent être modulées. Le schéma corporel ne s'organise pas dans le temps et l'espace et l'image du corps ne semble pas procurer de sentiment d'unité. De ce fait, les mouvements chaotiques de ces corps, les gémissements, l'inhibition massive, les stéréotypies et les automutilations révèlent une expérience de la réalité qui apparaît comme insupportable.

Ce corps prend alors le devant de la scène clinique, un corps que nous devons lire et traduire pour parvenir à une compréhension préalable de ses manifestations et de sa souffrance, afin de l'aborder cliniquement dans une dimension transféro-contre-transférentielle. En effet, nous accordons au corps une valeur de langage qui s'exprime à travers ses gestes et ses mouvements, d'où un discours de l'acte et un langage de l'affect émergent, nous permettant d'approcher les formes les plus primitives de l'expérience humaine. La dimension corporelle est donc la condition de la présence et le milieu où se déroule la rencontre entre *l'infans* et l'analyste, dans la relation transférentielle.

Dans ce chapitre, nous examinerons la notion de corps dans plusieurs de ses acceptions à partir de ce qui émerge du travail clinique pour l'articuler d'un point de vue psychanalytique, afin de comprendre son importance dans les processus de devenir sujet et sa pertinence dans le travail du lien dans le registre de l'archaïque. Pour ce faire, nous avancerons d'abord le concept de corps pulsionnel, puis celui de corps sensori-moteur, lesquels seront ensuite mis en relation. Nous présenterons également une réflexion autour des notions de dialogue tonique, de schéma corporel et d'image du corps, qui sont fortement affectées dans l'organisation de l'autisme et pour les bébés en souffrance. Enfin, nous nous pencherons sur le corps en relation et le langage de l'affect, deux éléments essentiels à notre travail clinique. Pour commencer et illustrer notre approche du corps, et afin de circonscrire le parcours théorico-clinique de ces notions, nous proposons une vignette clinique sur le travail réalisé avec Eloïse, dont la situation fut présentée dans le précédent chapitre.

Eloïse. Une prise en charge du corps sensori-moteur : s'approprier un corps, intégrer une histoire.

Eloïse²⁰⁹ nous a été adressée par une institution d'adoption, le FADOP. Nous accueillons Eloïse dans notre clinique pour un suivi hebdomadaire en psychomotricité et une prise en charge thérapeutique avec l'analyste. Les deux thérapeutes travaillent ensemble dans le même espace/temps des séances. Notre travail clinique s'élabore en permanence en supervision et avec notre équipe de réflexion collective, où nous analysons les mouvements et les gestes d'Eloïse, ainsi que les éléments transférentiels, afin de comprendre ce que son corps nous transmet.

Eloïse arrive accompagnée de Mme C., la femme qui s'occupe d'elle. Cette femme d'une soixantaine d'années s'occupe des bébés du FADOP en tant que famille d'accueil depuis trente ans. Elle élève également ses trois enfants biologiques. Mme C. raconte que c'est sa mère qui a commencé à s'occuper des bébés institutionnalisés et qu'elle a ensuite marché dans ses pas, poursuivant l'héritage maternel. Elle précise qu'elle a même accueilli des bébés pendant la naissance de ses propres enfants et qu'elle les a allaités en même temps que les siens, donnant le sein aux deux ou trois bébés qu'elle avait en charge. Elle affirme que, qu'ils soient les siens ou non, elle aime tous ces bébés de la même manière. Eloïse est le cent quatrième bébé de Mme C.

Eloïse est un joli bébé aux cheveux noirs bouclés et aux traits caribéens très marqués. Elle a 7 mois lorsque nous commençons la prise en charge. Ses yeux grands ouverts vont d'un côté à l'autre de la salle de thérapie dans un mouvement permanent, sans arrêt pour regarder ceux qui l'entourent. Elle porte une casquette orthopédique très dure et lourde depuis ses premiers mois de vie pour atténuer ses problèmes de plagiocéphalie²¹⁰. Ce

²⁰⁹ Le contexte d'Eloïse est mentionné dans le chapitre sur le bébé en détresse, voire page 148.

²¹⁰ La plagiocéphalie est une déformation asymétrique du crâne caractérisée par un aplatissement de l'arrière de la tête, généralement causée par la pression prolongée sur une seule zone du crâne. Dans la majorité des cas, elle se résorbe progressivement grâce à des changements de position et à des exercices, mais dans certains cas plus graves, un casque orthopédique peut s'avérer nécessaire pour corriger la forme du crâne.

traitement a été déterminé par l'institution de physiothérapie Teletón²¹¹, qu'elle fréquente trois fois par semaine. Elle arrive avec la tête mouillée de sueur, à cause de la casquette qui reste sur sa tête toute la journée et même la nuit. Elle n'a pas le droit de l'enlever, mais Mme C. fait une exception quand elle lui donne le bain, deux fois par jour.

Eloïse sourit tout au long de la séance, mais bien que nous puissions voir un bébé souriant, son sourire ne répond à aucune rencontre ; elle ne parvient pas à fixer son regard, ne réagit pas aux objets que nous lui présentons et rien ne semble vraiment l'intéresser. Cependant, elle ne se plaint pas de notre présence ou de nos tentatives de l'approcher. Mme C. ajoute qu'elle est très habituée aux interventions médicales et qu'elle « se laisse faire » avec gentillesse. Elle ne pleure jamais, ni en thérapie ni à la maison. Mme C. exprime sa gratitude pour la bienveillance d'Eloïse, en précisant qu'il lui serait très difficile de tolérer un bébé exigeant en ce moment car elle se sent débordée et déprimée. Eloïse semble être un « nourrisson savant »²¹², silencieux et souriant, bien que son sourire ne traduise aucune émotion, mais indique plutôt un signe de ce qu'elle éprouve, paralysée par l'effet de ses agonies primitives. Cela rappelle Ferenczi²¹³ qui considère que lors d'un choc traumatique, lorsque l'individu renonce à toute attente d'aide extérieure, une partie anesthésiée et insensible de son psychisme se détache et observe la partie souffrante et détruite comme de l'extérieur. La vie affective disparaît dans une inconscience corporelle afin de se protéger contre la répétition de l'angoisse liée au traumatisme (De Parseval, 2007).

En effet, Eloïse paraît être dehors d'elle-même. Dès son arrivée, son corps parle : ses difficultés motrices et son retard de développement sensorimoteur sont évidents. Nous constatons rapidement un tonus musculaire exacerbé, un schéma d'extension très soutenu et ses membres en hyperextension permanente. Ses mouvements sont réduits et saccadés, sans fluidité ni précision. Son hypertonie l'empêche d'être portée doucement. Elle reste

²¹¹ La Teletón est une institution à but non lucratif et non gouvernementale fondée au Chili en 1978, qui propose des services de physiothérapie et de rééducation physique pour les enfants en situation de handicap physique.

²¹² Ferenczi, S. (1923). *Le rêve du nourrisson savant*. Dans *Psychanalyse III*. (Dupont, J. et Viliker, M. Trads.). Paris, Payot, 1974.

²¹³ Ferenczi, S. (1934). « Réflexions sur le traumatisme ». Dans *Psychanalyse IV. Journal clinique* (1932), trad. par l'équipe du Coq-Héron, 1982. Paris, Payot.

très droite dans les bras de Mme C., sans se permettre de reposer sa tête sur la poitrine ou l'épaule de cette femme qui la porte. L'hypertension de son tonus musculaire semble être une manière de tolérer, dans et avec son corps, les angoisses catastrophiques de ses premières expériences de vie face à l'impossibilité de traiter l'excès de tension. Un corps abandonné dans une rigidité musculaire qui la protège de tout investissement affectif pour échapper à la douleur. Cela nous renvoie au concept de « moi musculaire » proposé par Joyce McDougall²¹⁴ comme une défense primitive, dévoilant l'expression psychosomatique de conflits internes, dont la tension musculaire agit comme un moyen de contrôler l'affect et son excès d'intensité. Cet excès atteint le corps, réceptacle d'une intensité vécue hors psyché mais surtout hors de toute relation. Son corps se fige alors pour ne pas s'effondrer.

Eloïse semble très attentive aux mouvements de son entourage, comme dans un état d'hypervigilance, sans pourtant y réagir. Elle ne bouge pas, ne se tourne pas d'un côté ou de l'autre. Sa latéralité et sa spatialité sont encore peu développées. Même quand elle a la possibilité physique d'utiliser les deux côtés de son corps, elle n'en utilise qu'un en alternance et paraît se sentir plus à l'aise avec son côté droit. La vision périphérique est peu développée, probablement en raison de la rigidité de la casquette. Elle a des difficultés à suivre les images qui lui sont présentées par la psychomotricienne, son regard ne se déplaçant dans aucune direction.

Nous constatons également une grande difficulté à s'approprier son corps. Eloïse ne parvient pas à se rassembler, comme si son corps lui était étranger. Malgré sa rigidité, on voit de la vitalité dans son tonus corporel, peut-être défensif, mais vivant. Elle semble avoir quelque chose à protéger, à cacher, à garder pour elle. Elle est activement évasive, mais elle n'est pas ailleurs : elle est là, parmi nous.

Nous invitons Mme C. à retirer la casquette de Eloïse, afin de lui permettre une certaine liberté de mouvement et d'expression corporelle. Cependant, elle hésite devant l'indication claire des services médicaux. Nous prenons le temps de lui expliquer notre approche thérapeutique, ce qui est d'ailleurs très inhabituel dans notre pays et

²¹⁴ McDougall, J. (1982). *Théâtres du Je*. Paris, Gallimard.

définitivement différent du travail de physiothérapie auquel elle est habituée. Nous la rassurons en lui expliquant que, sans négliger ni oublier les difficultés qui l'ont amenée chez nous, nous comptons mettre en place une prise en charge qui vise à aider Eloïse à intégrer les mouvements et les expressions de son corps, ainsi que ses affects et ses émotions. Nous ajoutons que, tout en étant très attentifs et en favorisant les étapes du développement, nous considérerons le corps d'Eloïse à l'aune de son histoire, un corps douloureux et peut-être même traumatisé par la violence de sa naissance, par l'excès de drogues dans son sang et par ses premiers mois de vie à l'hôpital.

Dès lors, en remarquant la rigidité d'Eloïse et l'importance que nous donnons à ce qu'elle s'approprie ce corps, nous lui proposons de l'accompagner doucement, de suivre son rythme, dans le but de l'aider à assouplir et intégrer sa motricité pour l'heure rigide et appauvrie. Pour ce faire, nous arguons l'importance d'une relation de confiance avec nous, dans laquelle elle puisse se sentir en sécurité et accueillie. Notre proposition a éveillé l'intérêt de Madame C. qui s'est installée à nos côtés et reste à notre disposition pour contribuer au processus thérapeutique d'Eloïse. Démarre alors un travail clinique de prise en charge du corps sensori-moteur, qui commence par la sensorialité, visant à réveiller en elle de nouvelles sensations de plaisir sur son corps, dans un espace sécurisant.

Dès son arrivée en séance, nous saluons Eloïse gentiment et nous l'invitons, en lui parlant doucement, à se faire porter dans les bras de l'une des thérapeutes. Nous attendons sa réponse. Quand elle accepte, nous faisons avec elle le tour de la salle, en lui montrant les couleurs vives qui scintillent sur les grands coussins et le matériel de psychomotricité. Je la porte d'ordinaire dans mes bras en chantant de petites mélodies enfantines, pour tenter d'introduire un rythme qui l'interpelle. Ensuite, nous l'installons par terre dans une position confortable, nous plaçant à côté d'elle et nous alternons nos interventions entre différentes techniques corporelles visant à ranimer ses sens. Nous commençons par le toucher, par des mouvements légers et délicats sur ses pieds et ses mains, n'exerçant presque aucune pression, pour qu'elle puisse sentir la surface de sa peau. Quand son corps est touché par l'une d'entre nous, je lui parle en chuchotant, traduisant avec des mots très simples ce qu'elle peut ressentir. Elle m'entend dire des phrases comme : « quels pieds délicieux », « regardez

ces jolies images», « ce sont les mains d'Éloïse ». Je lui parle d'une voix douce, dont la musicalité vise à porter les échanges entre elle et nous dans une enveloppe sonore, où s'inscrit un rythme qui commence à devenir progressivement un rythme partagé. En effet, le rythme des échanges, organisé autour de cette musicalité, s'avère fondamental dans la synchronisation de l'affect, ce qui permet l'établissement de la relation primordiale du sujet avec l'Autre (Catao, 2011). Elle répond par un sourire dirigé vers l'une d'entre nous, légèrement différent de son sourire rigide habituel, ce qui nous laisse voir les effets d'accordage affectif qui s'inscrivent dans la rencontre.

Nous commençons ensuite à lui présenter quelques objets simples et peu stimulants qui pourront l'intéresser, en lui suggérant de les regarder, puis de les toucher et de les prendre avec ses mains ou ses pieds. Elle commence à utiliser ses propres mains, l'une ou l'autre, pour atteindre certains des objets que nous lui proposons. Cela favorise l'intégration des deux moitiés de son corps et leur articulation dans des mouvements un peu plus fluides et coordonnés. À d'autres moments, nous faisons circuler des images au plafond de la pièce, certaines en couleur, d'autres simplement en noir et blanc, et nous essayons d'éveiller son regard pour qu'elle puisse le poser sur un objet qui ne représente pas une menace pour elle.

Après un certain temps de séances hebdomadaires, Éloïse semble plus détendue. Elle ne sourit plus en permanence, mais plutôt en réponse à de petits mouvements qui paraissent la réjouir. Son corps, encore rigide, semble intégrer progressivement certains aspects sensoriels de l'expérience et s'ouvrir peu à peu à la rencontre.

Lors d'une séance, alors qu'Éloïse a environ onze mois, je l'invite à faire le tour de la pièce dans mes bras, comme nous avons l'habitude de le faire, et nous nous retrouvons devant le grand miroir au mur. Sans réfléchir davantage, je lui montre son image en lui disant : « Regarde comme elle est belle, c'est toi Éloïse ! ». Elle tend les bras vers l'image du miroir, comme si elle voulait l'atteindre. Je l'approche du miroir et elle touche son image, tandis que je tiens son dos avec le torse de mon corps pour faire fonction d'« arrière-plan »²¹⁵. Elle sourit et reste plusieurs minutes à jouer avec cette image où elle paraît reconnaître quelque chose

²¹⁵ Haag, G. (2018). *Le Moi corporel. Autisme et développement*. Paris, PUF.

de semblable, qui lui donne peut-être une certaine forme d'unification de son corps. Je profite de l'effet de cette rencontre fortuite et la répète intentionnellement dans les séances suivantes. Après environ trois ou quatre semaines, on observe qu'Eloïse se détache de mon corps et se tient toute seule, les deux mains sur le miroir, le tronc parfaitement vertical et les jambes bien fermes. Elle approche sa bouche du miroir pour explorer et reconnaître ainsi cette image, avec un plaisir évident, qui s'exprime par de petits mouvements de tout son corps.

Eloïse se tenant pour la première fois sur ses jambes, nous pouvons déduire que la verticalité s'inscrit alors dans son image du corps et que nous pouvons envisager le travail moteur. La motricité était encore faible, ce que nous n'avons pas oublié, mais nous n'avions amorcé dessus qu'un léger travail afin de ne pas augmenter les niveaux de tension de son tonus musculaire et la rigidité de ses mouvements.

Nous commençons par travailler sur l'action de ramper, qui contribue de manière significative à l'intégration des compétences sensori-motrices convergentes et coordonnées. La marche à quatre pattes renforce les muscles des bras, des jambes, du cou et du dos, ainsi que la coordination œil-main et celle entre les membres supérieurs et inférieurs, ce qui est essentiel pour l'articulation de la mobilité et de l'équilibre. Il s'agit de mouvements alternant l'utilisation des bras et des jambes, qui favorisent la coordination bilatérale et la perception spatiale. La marche à quatre pattes aide également à comprendre l'espace et à développer son orientation dans le milieu environnant. De cette manière, l'enfant peut explorer son entourage par lui-même, ce qui contribue à développer son sens de l'indépendance et de l'autonomie.

Pour ce faire, nous utilisons une balançoire sensorielle qui soutient Eloïse par son ventre et lui offre une sorte d'enveloppe et de contention. Ce support physique souple lui permet de soutenir son corps et facilite la position à genoux et ses mouvements, sans sensation de chute. Cependant, elle se sent mal à l'aise et effrayée. Eloïse pleure pour la première fois, se plaignant du mouvement qu'on lui demande de faire. Je la prends dans mes bras pour la calmer en lui disant que c'est bien d'avoir peur et qu'elle a bien fait de pleurer

pour nous informer de ce qu'elle ressent. Elle pose sa tête sur mon épaule et s'endort. Ce moment nous semble crucial dans le processus thérapeutique. Il traduit sa capacité à soutenir seule son corps, la rencontre avec son image, la possibilité de manifester son mécontentement et d'exiger que nous changions notre proposition, et surtout son ouverture à la rencontre avec l'autre. En se laissant contenir et envelopper dans les bras de l'analyste, elle repose sa tête, confiante et sécurisée, et s'endort paisiblement, ce qui témoigne du lien qui s'est construit et des effets psychiques de ce lien.

Après cette séance, on constate qu'Eloïse se rassemble et s'organise dans son corps sensori-moteur. Sa motricité et sa latéralité ainsi que les mouvements des deux moitiés de son corps s'intègrent. Son casque est retiré et Eloïse semble commencer à s'approprier son corps et à l'habiter en harmonie.

Aborder le corps sensori-moteur comme une manifestation d'une souffrance non représentée qui peut s'inscrire dans la relation à l'autre permet de débloquer la sensorialité et la motricité du bébé, ce qui favorise la possibilité d'habiter son corps et de se l'approprier. Ce travail clinique facilite l'émergence d'un lien sécurisant et continu, qui ouvre la voie vers un processus de subjectivation.

Une rencontre avec les origines :

À ce moment de la prise en charge, le processus d'adoption d'Eloïse touche à sa fin. Eloïse est adoptée par une cousine éloignée de la mère biologique, originaire du même pays que sa mère et résidant au Chili. La prise en charge psychothérapeutique se poursuit, intégrant désormais ces nouvelles figures primaires : la mère adoptive, sa fille de quatre ans et la grand-mère maternelle qui fait le voyage depuis son pays d'origine pour participer à la garde d'Eloïse et soutenir sa fille dans cette nouvelle expérience.

Les séances prennent alors un tournant étonnant, où la culture maternelle s'installe à partir des récits de la grand-mère qui amène habituellement Eloïse chez nous. Elle raconte souvent comment vivent les enfants chez elles, ce qu'ils font, ce qu'ils mangent, comment ils

jouent... en soulignant constamment les différences entre le Chili et son pays d'origine. Elle se plaint du climat chilien, de l'absence de vie dans les rues du quartier, de sa fatigue face à cette culture étrangère qu'elle ne connaît pas encore. Elle apporte même des repas à manger en séance, qu'elle prépare pour nourrir Eloïse afin qu'elle puisse grandir et devenir forte et saine. Ces repas sont ceux que « mangent tous les enfants chez elle ». Nous nous intéressons particulièrement à ce qu'elle apporte, à ses histoires, aux nouveaux éléments culturels qu'elle partage et dont auxquels elle initie Eloïse. Cette grand-mère fait un vrai travail de transmission, incluant rapidement Eloïse dans une histoire familiale. Elle nous raconte d'ailleurs très fièrement qu'elle a enlevé les couches d'Eloïse, ce qui nous surprend étant donné l'âge du bébé (onze mois). Au Chili, on n'enlève les couches qu'à partir de deux ans. Elle nous raconte ensuite comment elle s'y est prise et comment Eloïse répond à ses propositions culturelles. Eloïse semble s'être très bien intégrée à cette nouvelle famille. On la voit tranquille, évoluant avec souplesse, se laissant porter et accueillir par ces nouvelles figures primordiales.

Le fait d'être adoptée par la culture maternelle semble être un événement fondamental dans le processus d'affiliation d'Eloïse. Il lui permet de reconstruire un lien extraordinaire avec ses origines et de s'inclure dans une histoire subjective qui l'interpelle et la représente. Elle retrouve ainsi un sentiment d'existence en continuité et en cohérence avec son héritage maternel, auparavant brisé.

Un travail psychique d'inscription dans une filiation, lié initialement à l'abandon, à l'absence de filiation originaire et aux ruptures ayant marqué le début de la vie d'Eloïse, se met en place. L'absence de filiation originaire, qui renvoie à l'impossibilité de se rattacher à une lignée stable, est une source de désarroi et de grande souffrance. Chez Eloïse, cette absence est exacerbée par des événements traumatiques précoces : l'abandon et la précarité, l'hospitalisation prolongée, marqués par des ruptures affectives qui ont perturbé son organisation psychique et ses premiers liens. Ces fissures précoces obligent le sujet à élaborer des stratégies de défense et à instaurer des mécanismes de compensation psychique afin d'assurer une forme de survie face à un réel qui s'impose et l'envahit. Ce travail s'effectue *dans sa langue maternelle*, ce qui nous permet d'élaborer quelques

éléments d'une transmission culturelle qui la détache de sa position de fille de migrante en situation irrégulière et crée surtout une distance par rapport à son abandon initial et au traumatisme qui en découle. Une construction subjective, faite entre deux origines et deux langues, ouvre un premier re-tissage du lien qui lui permet de s'incorporer dans une tradition d'alliances familiales ²¹⁶.

En effet, la continuité de la prise en charge thérapeutique tout au long de la procédure d'adoption permet de relier l'histoire fragmentée d'Eloïse face aux changements de figures primaires et d'environnements, en assurant une continuité de l'expérience qui soutient son sentiment d'exister. Ce travail clinique permet alors de soutenir « *un mode d'appropriation des éléments de l'origine et des éléments de l'actuel, éléments qui convergent vers une identité possible pour le sujet dans son rapport au monde* »²¹⁷.

²¹⁶ Humphreys, D. & Benhaïm, M (2017). « Adolescence, exil et individuation : périples des enfants du héros ». Dans *Cliniques méditerranéennes*, 2017/1 n° 95.

²¹⁷ Benhaïm, M (2001). « La langue de l'exilé ». Dans *Cliniques méditerranéennes*, 2001/2 n° 64.

1.1 Le corps à partir de la métapsychologie psychanalytique

« Le corps propre est dans le monde comme le cœur dans l'organisme : il maintient continuellement en vie le spectacle visible, il l'anime et le nourrit intérieurement, il forme avec lui un système »

(Merleau-Ponty, 1945)

Le mot « corps » est un signifiant pluriel : il ne revêt pas une forme ou une signification universelle. Parler du corps en Occident ne signifie ni ne représente la même chose qu'au Japon ou en Inde. En tant que signifiant, le corps acquiert diverses représentations et appropriations qui reflètent une manière d'être, de faire, de sentir et de penser le corps en relation avec les autres, l'environnement et la culture. Support matériel de notre image dans le monde, le corps représente un mode d'énonciation singulier qui traduit une expérience de soi et de la relation à l'autre et à L'Autre²¹⁸.

Amos Squerver²¹⁹ explique que dans la culture contemporaine, en raison du décentrement du symbolique, une place centrale est accordée au corps comme lieu de production du sujet. Cette configuration conduit à placer le corps et la jouissance comme opérateurs principaux qui organisent le lien social et transforment le corps en médium de communication et de socialisation. Le sujet existe en tant que corps qui lui donne une consistance à partir de laquelle il se fait représenter. Il s'agit d'une modalité commune de traitement de la jouissance qui instaure un nouvel opérateur du lien social. Dès lors, le sujet utilise son corps comme le support d'une nomination silencieuse, qui devient une surface communicante, le lieu d'où le sujet émet son message. Cela se révèle davantage dans les

²¹⁸ Bernard, M. (2002). « De la corporité fictionnaire ». Dans *Revue internationale de philosophie*, 222, 523-534.

²¹⁹ Squerver, A. (2014). « Du malaise dans la culture à une culture en corps : Stylistiques de l'existence dans la culture hellénistique et dans la clinique contemporaine ». Dans *Recherches en psychanalyse*, 17, 17-26.

enjeux de la clinique, où le corps s'avère être la surface qui véhicule le malaise et incarne le symptôme.

Selon Michel Bernard²²⁰, la notion de corps renvoie à une fiction du langage dont l'appropriation se fonde sur l'illusion d'une unité. Il remet en question cette notion en déconstruisant le concept de corps au profit de celui de « corporéité », définie comme « *un spectre sensoriel et énergétique d'intensités hétérogènes et aléatoires* ». Ce registre sensoriel hétérogène au cœur de la corporéité soulève l'importance de la dimension sensorielle et du mouvement qu'elle implique, dont nous proposons de réfléchir aux conséquences sur la constitution de la vie psychique. En effet, confrontés au corps chaotique des *infans* que nous recevons, nous sommes témoins de ce spectre sensoriel et énergétique d'intensités hétérogènes et aléatoires qui se manifeste à travers leurs corps. Ces observations nous amènent à considérer la sensorialité comme un axe pivot de notre travail clinique.

Dans une perspective psychanalytique, la notion de corps recouvre différentes dimensions, lesquelles semblent accorder de l'importance à la sexualité et au corps érogène. Il est question d'un corps habité par des affects articulés à la vie pulsionnelle, permettant la transformation de l'organisme en un corps singulier dont émerge un sujet. Par sa présence matérielle et son appropriation subjective, le corps permet le sentiment d'exister et rend possible sa représentation et l'identification du sujet (Brohm, 2017).

Dans la métapsychologie de S. Freud, nous constatons que, dès le début de la psychanalyse, le corps revêt une importance cruciale. Il dévoile la vie psychique et surtout les effets de l'inconscient sur les manifestations somatiques, comme en témoigne le corps de l'hystérie. Les productions somatiques de l'hystérie défient les connaissances scientifiques, en mal d'explications sur les phénomènes massifs et sur la souffrance qui affectent le corps du patient. Ce corps énigmatique apparaît alors comme un langage à déchiffrer, un corps mystérieux qui demande à être interprété au-delà de ses bases anatomiques et de ses fonctions biologiques. S. Freud articule la distinction corps-psyché en les reliant à travers son concept de pulsion, concept limite entre le somatique et le

²²⁰ Idem.

psychique. De ce fait, les symptômes qui affectent le corps peuvent être considérés comme la métaphore d'un conflit pulsionnel qui cherche une satisfaction libidinale ou d'un conflit inconscient refoulé qui, ne trouvant pas son inscription psychique, se loge dans le corps.

Le corps organique ouvre ainsi la voie à un autre corps, le corps érogène, qui correspond au lieu des pulsions sexuelles cherchant le plaisir à travers des zones érogènes, lesquelles ne se réduisent pas aux zones génitales. C'est ce corps-là que la psychanalyse interpelle.

Dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*, S. Freud propose de considérer le corps comme une organisation de zones érogènes, où c'est « *le mode de l'excitation, bien plus que la qualité de la région du corps excitée, qui importe à la sensation de plaisir* »²²¹. Les zones érogènes sont à la fois la source et la fin du mouvement pulsionnel, et le retour du plaisir dérive de l'investissement pulsionnel. Freud introduit alors l'idée du principe de plaisir, qui est obtenu, même partiellement, par l'intrication pulsionnelle, c'est-à-dire lorsque la pulsion réalise la décharge de l'excitation par l'étayage d'un objet capable de vectoriser la surcharge de l'affect. Dès lors, la fonction érogène produit la substitution de la réponse à un besoin biologique (satisfaction) par un plaisir dans lequel il n'y a jamais de satisfaction. C'est ce qu'on appelle le sexuel ou l'érotique. Du corps érogène découlent alors les concepts d'autosensualité, d'autoérotisme et de narcissisme, fondamentaux dans la théorie et la clinique psychanalytiques. Nous reviendrons plus en détail sur les enjeux de la pulsion dans la section suivante.

Dans « *Le Moi et le Ça* »²²², S. Freud proposera la notion de « moi corporel », soulignant que le moi est avant tout corporel, surface du corps et projection de cette surface :

« *Le moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement celles qui ont leur source à la surface du corps. Il peut donc être*

²²¹ Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. (M. Bonaparte, Trans.). Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2014.

²²² Freud, S. (1923). *Le moi et le ça*. Dans *Essais de psychanalyse* (S. Jankélévitch, Trans.). Paris, Payot, 1968.

considéré comme une projection mentale de la surface du corps, et de plus, comme nous l'avons vu plus haut, il représente la surface de l'appareil mental »²²³.

Cette conception confère au corps une place fondamentale dans la vie psychique. En effet, en considérant le moi comme une dérivation des « *sensations corporelles [...] qui ont leur source à la surface du corps* », la dimension sensorielle apparaît comme un point de départ incontournable pour la construction du moi. La sensorialité, qui constitue le premier registre avec lequel nous travaillons dans la clinique de l'archaïque, semble ainsi reposer sur une base psychanalytique solide. Elle permet de penser les premiers temps de la vie psychique à travers l'inscription des sensations corporelles, des expériences de plaisir et de déplaisir, qui structurent progressivement l'appareil psychique. En ce sens, le corps n'est pas simplement un réceptacle des affects, mais une matrice d'où émergent les premières formes de symbolisation, une voie privilégiée pour aborder la vie psychique dans ses fondements les plus archaïques. Toutefois, la dimension de la sensorialité ne revêt pas une importance majeure dans les écrits de Freud ni dans la théorie et la pratique psychanalytiques ultérieures. Ce n'est que depuis ces dernières années que cette dimension a acquis un caractère prépondérant pour les psychanalystes travaillant dans la clinique du précaire et du précoce, gagnant ainsi sa place dans le discours psychanalytique contemporain. Nous aborderons la question de la sensorialité dans notre recherche afin de comprendre son importance dans le travail clinique, notamment dans la transformation de l'organisme en corps, la mise en place du circuit pulsionnel et surtout comme moyen d'accès à la rencontre avec nos petits patients dans une dimension transférentielle.

Les travaux de Sándor Ferenczi mettent en avant le rôle fondamental du corps, ce qui constitue d'ailleurs l'une des principales divergences par rapport à S. Freud. Ferenczi insiste sur le fait que ses manifestations et ses faiblesses peuvent fournir des ressources considérables au travail analytique. Il soutient que les origines de la vie psychique et sexuelle

²²³ Freud, S. (1923). Cité par Dejours, C. (2009). « Corps et psychanalyse ». Dans *L'information psychiatrique*, 85, 227-234.

sont intimement liées aux expériences corporelles précoces²²⁴. Ferenczi développe le concept de « reviviscence » qui fait référence à la réactivation d'expériences corporelles et émotionnelles primitives dans la vie psychique. Pour lui, les souvenirs des premières expériences corporelles, souvent inconscientes, continuent d'influencer la psyché tout au long de la vie. Il considère que ces mémoires corporelles jouent un rôle crucial dans la formation des symptômes psychosomatiques. Selon Ferenczi²²⁵, la reviviscence est particulièrement pertinente dans le contexte des traumatismes précoces qui, inscrits dans le corps, peuvent être réactivés par des situations ultérieures, entraînant des réponses démesurées ou inappropriées. Cette réactivation est souvent accompagnée de symptômes physiques et émotionnels intenses, reproduisant les réactions initiales lorsque la psyché se retrouve débordée. Cette hypothèse l'amène à explorer des techniques thérapeutiques visant à accéder à ces mémoires corporelles, afin d'aider les patients à se reconnecter avec leurs sensations corporelles. Ferenczi souligne que les blessures psychiques et corporelles sont étroitement intriquées et que le processus de la cure passe par une réintégration des expériences corporelles dans la psyché consciente. Ce point est crucial dans l'élargissement de la technique psychanalytique de Ferenczi²²⁶ et il est tout aussi fondamental dans notre proposition clinique, raison pour laquelle nous reprendrons ces idées dans le chapitre sur le dispositif technique.

Sous un autre angle, on trouve les postulats de Jacques Lacan, qui se révèlent également importants. Sa notion du corps s'étend sur un spectre large et hétérogène, connaissant des modifications significatives tout au long de ses enseignements. Dans la perspective lacanienne, le corps serait, au début de la vie, l'organisme vivant du petit de l'homme, un corps biologique et morcelé, marqué par l'empreinte de la néoténie, état dans lequel l'être humain naît. Cet organisme d'abord fragmenté prend ensuite une image qui lui donne l'illusion de l'unité ; c'est-à-dire que l'unification du corps fragmenté ne se fait que par

²²⁴ Ferenczi, S. (1934). *Réflexions sur le traumatisme*. Dans *Psychanalyse IV*. (Sabourin, P., J. Dupont, et al. Trads.) Paris, Payot, 1982.

²²⁵ Ferenczi, S. (1933). *Confusion de Langues entre les Adultes et l'Enfant*. Dans *Psychanalyse IV*. (Sabourin, P., J. Dupont, et al. Trads.) Paris, Payot, 1982.

²²⁶ Ferenczi, S. (1928a). *Elasticité de la technique psychanalytique*. Dans *Psychanalyse IV*. (Sabourin, P. J. Dupont, et al. Trads.) Paris, Payot, 1982.

l'assomption de l'image spéculaire de l'autre que l'enfant est pour lui-même²²⁷. Cette image du miroir est alors médiatisée ou traversée par l'existence de l'Autre, incarné par l'autre, qui nomme le corps de *l'infans* et lui attribue l'image du miroir qu'il assume comme sienne. Le corps acquiert ainsi simultanément une valeur imaginaire et symbolique, s'articulant au registre du réel du corps.

Dès lors, le corps réel correspond au corps vivant, celui de la chair et de la jouissance. Le corps symbolique représente l'opération du signifiant et limite la jouissance, qui va se loger sur les bords en constituant les zones érogènes. Le corps imaginaire donne forme et consistance au corps vivant, en le rassemblant par l'assomption de l'image (Castanet, 2004). Ainsi, le corps serait considéré avant tout comme un corps symbolique, qui s'organise en rapport à l'Autre, traversé par le manque et articulé par les registres symbolique, réel et imaginaire. Sans l'articulation de ces trois registres, le corps serait réduit à rester dans le registre du réel, organisme pur, sans inscription signifiante.

L'idée d'un corps morcelé comme expérience chaotique et fragmentée du corps qui n'a pas atteint l'unification par l'assomption de l'image ni l'insertion dans le langage par l'appropriation du sens, nous semble essentielle dans la clinique de l'archaïque. Car la corporéité des enfants autistes et des bébés en souffrance nous renvoie à cette image morcelée et désarticulée du corps par rapport au symbolique et à l'imaginaire, se manifestant dans le chaos d'un corps vécu en dehors d'une organisation signifiante.

Cependant, nous considérons ce corps comme étant au-delà de l'organisme pur, ce qui nous amène à nous pencher sur la suite des enseignements de J. Lacan, notamment sur son séminaire « *Encore* »²²⁸, dans lequel il affirme que « *le réel, c'est le mystère du corps parlant, c'est le mystère de l'inconscient* », d'où émerge un nouage essentiel entre le corps et l'inconscient.

²²⁷ Lacan, J. (1949). « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous est révélée, dans l'expérience psychanalytique ». Dans *Revue Française de Psychanalyse* 1949, volume 13, n° 4, pp 449-455.

²²⁸ Lacan, J. (1972-1973). *Le Séminaire, Livre XX : Encore*. Paris, Seuil, 1975.

Cette dernière considération sur le réel entraîne la notion de parlêtre, qui transforme la notion de corps du signifiant en un corps libidinal, produit de l'intersection entre le langage et la chair, et ne se réduit pas au sujet du signifiant. Ce corps, qui met en scène la satisfaction libidinale, appartient à un registre antérieur à la constitution du sujet du langage. Soumis à la jouissance, il acquiert un caractère traumatique, ce qui constitue selon Lacan²²⁹ un «troumatisme » qui va de « lalangue » au corps. À cet égard, E. Laurent (2016) le définit comme un « corps-trou », dans lequel la jouissance s'inscrit sur une surface, sans corrélat subjectif (Coll, 2023).

En effet, cette conception du corps comme un trou soumis à la jouissance nous semble pertinente pour penser le corps de l'archaïque comme un corps marqué par le traumatisme d'une expérience vécue hors sens, où le langage produit des effets de jouissance plutôt que de sens. Ce « corps-substance jouissante »²³⁰ n'est pas simplement une entité biologique, mais une substance affectée par « lalangue »²³¹, laissant des traces de jouissance qui débordent le corps. De là, le corps occupe une place considérable dans la théorie lacanienne, puisqu'il est la condition même de l'inconscient. C'est ce qui ressort de ses propres mots : « *Le sujet de l'inconscient ne touche l'âme qu'à travers le corps* »²³².

Quant aux apports théoriques d'autres auteurs post-freudiens, nous proposons de parcourir quelques postulats qui nous permettent de penser le corps dans notre recherche.

Sami-Ali²³³ considère le corps comme un espace d'expérience subjective dans lequel chaque sujet éprouve son corps d'une manière singulière, influencée par son histoire personnelle, ses émotions et ses interactions avec l'environnement. Le corps est avant tout un lieu de projection sensorielle et fantasmatique où s'articulent le réel et l'imaginaire. Le corps imaginaire se base sur le corps réel et les fonctions psychiques se fondent sur les fonctions physiologiques constituées. L'auteur propose ainsi une relation intime entre le

²²⁹ Lacan, J. (1973-1974). *Le Séminaire, Livre XXI : « Les non-dupes errent »*. Leçon du 19 février 1974, inédit.

²³⁰ *Op.cit.* Lacan, J. (1972-1973).

²³¹ *Op.cit.* Lacan, J. (1972-1973).

²³² Lacan, J. (1974). *Télévision*. Paris, Le Seuil.

²³³ Sami-Ali, M. (1974). *La notion de corps*. Paris, Seuil.

corps et la psyché, dans laquelle les deux sont inextricablement liés. Les manifestations corporelles sont alors l'expression de processus et de conflits psychiques inconscients. Sami-Ali souligne également que les expériences précoces, en particulier les traumatismes de l'enfance, peuvent laisser des empreintes durables sur le corps et se manifester plus tard sous la forme de douleurs corporelles ou de troubles psychosomatiques. De cette perspective, le corps constitue un schéma de représentation qui structure l'expérience du monde ; sa fonction de synthèse permet l'intégration des expériences de la réalité.

Les contributions de Fabien Joly s'avèrent particulièrement significatives pour penser les enjeux de corps dans notre clinique. L'auteur propose de considérer le corps, et plus précisément les liens entre le corps et la psyché, comme un lieu d'expression, voire de décharge, de la souffrance psychique, source de tout développement ultérieur de l'individu dans ses aspects neurocognitifs, socio-émotionnels et psychiques. Nous reprenons ses mots pour décrire le corps comme : « *Le corps charnel, le corps "en-relation" (Ajuriaguerra, 1962), le corps vécu, éprouvé, le corps émotionnel et moteur tout à la fois, lieu d'habitation et d'investissement de la relation à l'autre* ». ²³⁴

En nous basant sur les postulats évoqués, nous envisageons le corps dans son articulation indissociable entre l'organisme et l'expérience d'exister, un corps doté de sensations et de perceptions dès la vie intra-utérine, qui évoluent vers des modes d'organisation plus complexes en intégrant la sensorialité et la motricité, jusqu'à atteindre un caractère symbolique et imaginaire. Cela s'avère possible dans la relation à l'autre, à partir des expériences précoces de satisfaction et de plaisir. Par ailleurs, nous soutenons que ce n'est qu'en présence d'un autre primordial suffisamment disponible pour traiter, contenir et signifier le corps qu'il devient un lieu d'inscription psychique. Ce processus permet d'orienter la pulsion et d'organiser l'expérience dans une illusion d'unification que soutient le sentiment d'exister.

Dans notre clinique, en l'absence d'une articulation du corps dans les registres symbolique, réel et imaginaire, et face à l'impossibilité pour la fonction de l'autre primordial

²³⁴ Joly, F. (2008). « Les signes psychomoteurs précoces de l'autisme ». Dans *Contraste*, vol 28-29, p. 179-198.

d'intégrer et de représenter l'expérience, le corps apparaît sur la scène comme morcelé, parfois illisible et souvent illégitime. Ce corps est chargé et parfois surchargé d'affects, où les pulsions échouent à s'organiser dans un circuit pulsionnel d'aller-retour, n'atteignant pas l'intrication à l'objet. Ce ratage pulsionnel empêche la constitution des principes fondamentaux d'un corps érogène et d'un corps comme lieu de désir. Il ne s'agit pas de réduire le corps à un simple organisme ou à un résidu du réel, mais plutôt de le concevoir comme un corps porteur de souffrance. Dès lors, nous nous tournons vers le corps comme lieu privilégié pour appréhender la souffrance dans l'autisme et chez le nourrisson, dont la dimension corporelle se révèle être le moyen qui nous permet de la comprendre et de l'aborder. Un corps en relation (même face au rejet de celle-ci), qui s'exprime à travers ses gestes et ses mouvements chaotiques, qui devient ainsi un message à déchiffrer.

Pour explorer ce sujet, nous envisagerons la notion de corps selon différentes perspectives, pour tenter de donner forme à ce corps démantelé et nous mettre à l'écoute d'un corps qui fait langage quand la parole fait défaut. Nous commencerons cet examen par les aspects pulsionnels et sensori-moteurs qui sont au cœur du registre de l'archaïque.

1.2 Le corps et la pulsion

Le corps est le support matériel et la condition de notre existence. C'est un lieu habité par des pulsions, des impulsions et des sensations, un lieu de production et de transformation des émotions et des affects, marqué par l'ordre symbolique du langage et l'unification de l'imaginaire, il est à la fois projection et réceptacle de la vie psychique. *Comment la pulsion et son trajet se situent-ils dans le corps ?*

La pulsion est définie dans les premiers écrits de Freud²³⁵ comme des mouvements somatiques et psychiques, sous forme d'énergie libre. Puis en 1905, Freud élargit cette

²³⁵ Freud, S. (1895). *Esquisse d'une psychologie scientifique*. Dans *La naissance de la psychanalyse* (1887-1902). (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 1956.

notion pour la décrire comme : « *l'agence représentative psychique d'une source intrasomatique de stimuli à flux continu [...] un des concepts de la démarcation de l'animique et du corporel* » ²³⁶.

À cette époque, Freud introduit le terme de « *Trieb* » et en distingue la source, l'objet et la finalité, situant le concept de pulsion dans le registre de la sexualité humaine. Cela donne au corps son caractère érogène en établissant la primauté de la sexualité infantile. Cependant, Freud n'attribue pas au caractère sexuel de la pulsion une finalité et un objet spécifiques liés à l'appareil génital, mais plutôt aux différentes zones érogènes qui peuvent entretenir l'intrication de la pulsion et la réalisation du plaisir qui en découle, acquérant ainsi un caractère partiel. Cette conception propose un début polymorphe de la pulsion sexuelle dont la fonction est d'éliminer ou de diminuer la tension produite au niveau corporel. Elle cherche des représentants et des ligatures qui spécifient l'objet et le mode de satisfaction, c'est-à-dire qu'elle cherche sa destination de manière singulière²³⁷.

De ce fait, deux formes fondamentales de la pulsion apparaissent : les pulsions sexuelles et les pulsions du moi ou pulsions d'auto-conservation. Cette distinction permet de différencier deux destins distincts, tant dans leurs objets que dans leurs fonctions. Les pulsions du moi visent la préservation de la vie et correspondent à la satisfaction des besoins (Laplanche et Pontalis, 1956). Les pulsions sexuelles, quant à elles, se détachent des fonctions d'autoconservation, s'émancipant de la recherche de satisfaction des besoins au profit de la recherche du plaisir érogène ou auto-érotique. La sexualisation de la pulsion par son intrication avec le destin/objet permet la représentation psychique et s'avère être la base de toute relation d'objet, de relation à l'autre et à l'Autre.

²³⁶ *Op. Cit.* Freud, S. (1905). p.108.

²³⁷ Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse*. 7e édition. Paris, PUF.

Dans « *Pulsions et destins de la pulsion* »²³⁸, Freud introduit le dernier élément de la pulsion, la poussée (*das Drang*), conçue comme un facteur économique quantitatif qui constitue la force d'une « *demande de travail imposée à l'appareil psychique* ».

À cet égard, Derek Humphreys²³⁹ propose de considérer la pulsion comme un quantum d'affect qui, en rencontrant un objet, s'associe à une représentation psychique. Ce quantum d'affect prend progressivement forme dans son rapport à une représentation, soulignant ainsi la singularité du lien « humain » à son environnement. Dès lors, une première inscription psychique se produit par l'investissement d'un objet, ce qui libère le déplaisir de l'intensité portée par l'affect.

Or, dans le ratage pulsionnel que nous observons dans l'autisme, la poussée de la pulsion ne semble pas avoir de but ni d'objet, et aucune association ni inscription psychique ne paraît possible. Elle est l'enjeu d'un mouvement répétitif perpétuel où la décharge ne se fait pas par l'intrication à l'objet mais revient sur le corps comme pure intensité destructrice. Cela nous amène à réfléchir à la pulsion de mort face à la souffrance que nous observons chez nos patients.

Dans « *Au-delà du principe de plaisir* »²⁴⁰, Freud introduit les concepts de pulsions de mort et de pulsions de vie, lesquelles semblent essentiellement antagonistes. Les premières visent à détruire les unités vitales et à ramener les tensions à un état de repos. Les secondes tendent à préserver la vie dans une recherche d'expansion. En effet, Freud (1938) propose que le principe sous-jacent aux pulsions de vie soit un principe de liaison, tandis que la finalité de la pulsion de mort est la destruction. Si le retour à un état antérieur est fondamental pour toute pulsion, permettant la décharge de l'excitation et l'atteinte du plaisir, dans le cas de la pulsion de mort, cette tendance régressive est un éternel retour vers le même, annulant

²³⁸Freud, S. (1915). *Pulsions et destins de pulsions*. Dans *Métopsychoanalyse*. (J. Laplanche, Trans.). Paris, Gallimard, 1968.

²³⁹ Humphreys, D., Diban, M. (2023). « La ritournelle de la rencontre : présence et fantasmatisation de l'analyste dans la clinique de l'informe ». Dans *Enfances & Psy*, 98, 53-63.

²⁴⁰Freud, S. (1920). *Au-delà du Principe de Plaisir*. Dans *Essais de psychanalyse*. (J. Laplanche et J.B. Pontalis. Trans.). Paris : Payot, 1981.

toute ouverture affective et libidinale²⁴¹. Cela rappelle les manifestations chaotiques du corps dans l'autisme, ainsi que l'éternel retour au même. Le principe de liaison fait défaut et le circuit de la pulsion qui permet de recourir à un objet pour sa satisfaction et de s'inscrire dans la psyché ne se fait pas.

F. Joly²⁴² souligne l'importance du trajet de la pulsion, dans lequel un circuit s'établit d'un corps à l'autre puis revient à la psyché du sujet pour sa représentation. Selon Joly, le corps n'existe jamais seul. Il est au contraire en tension constante avec l'autre, créant une relation dialectique de dissymétrie. Le circuit pulsionnel ne peut pas être pensé à partir de la conjugaison d'une source somatique et de l'inconscient.

M. C. Laznik suggère que le circuit de la pulsion doit suivre un trajet aller-retour en trois temps, où la pulsion opère en boucle vers son point de départ pour assurer sa satisfaction :

« Le premier temps est actif, le nourrisson va vers un objet externe – le sein, ou le biberon...Le second temps est réflexif, prenant comme objet une partie du corps propre – la sucette ou le doigt...Le troisième temps de la pulsion, c'est quand le nourrisson se fait, lui, l'objet d'un autre, la mère, par exemple. Il va chercher à «se faire» regarder et à se faire entendre. En effet, ce troisième temps du circuit pulsionnel, ce moment où il va se faire l'objet du désir de l'autre »²⁴³.

Ce processus est essentiel pour la construction du lien à l'autre. C'est ce que G. Crespin²⁴⁴ appelle la « boucle longue » de la pulsion, mouvement dialectique de la pulsion qui va de l'un à l'autre et fait retour, permettant au lien de s'établir.

Dans le cas de l'autisme, mais aussi chez les bébés en souffrance, nous constatons souvent une interruption voire un ratage du circuit pulsionnel, notamment lors du troisième

²⁴¹ Op. Cit. Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1981).

²⁴² Joly, F. (2012). « Le corps et l'inconscient chez l'enfant : Prolégomènes à une métapsychologie du lien corps/psyché ». Dans *Journal de la psychanalyse de l'enfant*. 2012/1, 2, 285-321.

²⁴³ Laznik, M. (2013). « Pulsion invocante avec les bébés à risque d'autisme ». Dans *Cahiers de PréAut*. pp. 43-44.

²⁴⁴ Crespin, G. (2009). « Les états de sidération ». Dans *Cahiers de PréAut*, 6, 65-76.

temps, lorsque le sujet devient l'objet du désir de l'autre. Ce circuit ne se boucle pas dans la relation à l'objet ; il se referme en une « boucle courte »²⁴⁵, qui ne va pas d'un sujet à l'autre mais reste plutôt fermée sur elle-même, évitant toute ouverture à la relation et à l'environnement. Dès lors, une fonction désobjectalisante par déliaison se met en place, ce qui empêche la pulsion d'avoir une finalité liée au plaisir par l'intrication de l'objet ou de la relation. Par ailleurs, quand l'objet n'est pas disponible (quelle qu'en soit la cause), il ne peut être ni créé ni trouvé, et le quantum d'affect revient sur le corps propre comme s'il faisait partie de l'environnement, de manière destructrice²⁴⁶. Ce processus se manifeste par le chaos de la désorganisation motrice et du démantèlement sensoriel qui prennent la forme de stéréotypies, de repli sur soi, de violence envers l'environnement et/ou d'automutilation.

Dans ce contexte, nous évoquerons le corps sensori-moteur comme une dimension privilégiée où se jouent le ratage de la pulsion et de la relation à l'autre. C'est précisément cette dimension que nous mettons en avant dans notre travail clinique.

²⁴⁵ Idem.

²⁴⁶ *Op. Cit.* Humphreys, D., Diban, M. (2023).

1.3 Le corps sensori-moteur :

« Le passage de l'organisme en tant qu'ensemble de fonctions biologiques au corps comme moyen d'interaction avec le milieu nécessite la constitution de représentations... Les variations toniques associées aux signaux sensorimoteurs permettent que s'élaborent des représentations portant d'abord sur l'interaction, puis sur le geste et finalement sur l'effet du geste. C'est à ce dernier niveau que se constituent des représentations de l'organisme, des objets et de l'espace. Des conduites spatialement orientées peuvent alors se dérouler et le corps devient outil d'interaction dans son milieu ».

(Bullinger, 2000)

Le terme sensorimoteur a été créé par Piaget²⁴⁷ (1936) pour décrire la période du développement située entre la naissance et les dix-huit à vingt-quatre mois, durant laquelle les principaux éléments de l'expérience sont de nature sensorielle et motrice. Or, selon Bullinger²⁴⁸, les aspects sensorimoteurs sont toujours présents dans le processus humain et leur prépondérance varie en fonction du stade de développement et des fonctions qui doivent être investies et élaborées. Cette capacité évolue avec le progrès de la pensée et de l'intelligence, de sorte que les éléments sensori-moteurs passent du statut d'objet de connaissance à celui d'outil de connaissance.

En termes psychanalytiques, la notion de corps sensori-moteur désigne le corps dans ses premières formes d'expérience, régies par la vie sensorielle et pulsionnelle ainsi que par la motricité, avant que le langage ne soit capable de représenter l'expérience.

²⁴⁷ Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*. Toulouse, Érès.

²⁴⁸ Idem.

M.C. Laznik²⁴⁹ aborde le corps sensorimoteur comme le corps qui correspond à un moment antérieur au stade du miroir décrit par Lacan, unifiant le corps par l'articulation du regard et de la voix. Laznik propose l'existence d'un « en-deçà du corps morcelé du bébé » dans lequel les premières inscriptions des traces mnésiques constituent le corps d'avant les mots et forment des proto-représentations qui instaurent les premiers signifiants inaccessibles à la conscience. Il s'agit donc d'un corps en relation constante avec l'Autre à travers ses afférences sensorielles et pulsionnelles, mais qui ne prend pas encore une forme unifiée ni définitive.

F. Joly²⁵⁰ considère le corps comme un organisme habité par des expériences sensori-motrices qui arbitrent l'expérience de l'être et de l'être en lui. Le corps est ainsi envisagé en relation avec ses mouvements, ses vécus et ses expériences sensori-motrices, bien plus que par son équipement et sa structure biophysique sous-jacente.

Toutefois, contrairement à une objectivation de l'appareil psychique comprise comme une succession d'étapes observables, nous concevons la dimension sensorimotrice comme un ensemble de mouvements, d'intensités et d'affects qui s'expriment à travers le corps. Il s'agit d'un corps marqué par des expériences primitives, pas encore organisées ni définies, et dépourvu de la possibilité de se représenter l'expérience.

Dans ce cadre, nous examinerons le corps sensori-moteur dès le début de la vie humaine, avant même la naissance, qui donne une forme singulière à la manière dont chaque être humain habite son corps et le situe dans l'espace, dans le temps et dans la relation à l'autre. Pour mieux comprendre ce registre du corps et ses implications dans l'organisation de la vie psychique, nous allons, pour commencer, l'aborder par rapport à la sensorialité, puis par rapport à la motricité, sachant que c'est l'articulation de ces deux aspects qui permet de tracer les premières esquisses de la vie psychique.

²⁴⁹ Bentata, H., Ferron, C. & Laznik, M. (2022). *Le corps sensori-moteur du bébé à risque: Avancées théoriques et pratiques*. Paris, Érès.

²⁵⁰ *Op. Cit.* Joly, F. (2012).

1.3.1 La sensorialité à l'égard de la psychanalyse :

“Le corps ne peut être que subjectif et sentir est un acte, déjà une façon de s'inscrire dans le monde” (Henry, 1963).

La rencontre avec le monde se fait d'abord par le biais de la sensorialité. Sentir est l'action fondamentale de la condition d'existence. Avant le langage, l'être humain ne peut constater son existence qu'à travers son ressenti : se sentir vivant, sentir son corps, les stimuli extérieurs, la présence de l'autre. La sensorialité constitue ainsi le mode d'accès privilégié au monde sensible, à la reconnaissance de soi, de l'environnement et de la relation à l'autre. Elle s'avère être également un intermédiaire entre l'organisme qui sent et l'autre qui est senti, dans un échange permanent où les deux s'affectent mutuellement. Toute expérience du vivant naît de la sensorialité, qui évolue ensuite vers des formes de figuration puis de représentation. Elle est le pilier de la constitution du corps, la base du sens et le support de la vie psychique. Il y a donc tout un cheminement qui mène du corps à la pensée, à la représentation et à la symbolisation (Durmanova, 2010).

Dans une perspective phénoménologique, Merleau-Ponty²⁵¹ conçoit un lien original entre le sentir et le ressenti, en tant qu'imbrication des diverses modalités sensorielles de chaque individu (actives et passives) et de leurs relations avec autrui. Cette imbrication est ensuite articulée avec le langage et la parole. Il soutient que la catégorie du corps recouvre le fonctionnement singulier d'un « tissu » de multiples sensations distinctes, dans un jeu de correspondances qui constituent ce qu'il appelle « la chair ». C'est dans l'imbrication de la chair que va se définir un « prototype de l'être » dans le corps, qui deviendra ensuite « notre corps ».

De son côté, M. Bernard²⁵² pense la sensorialité comme un processus complexe, fondamentalement dynamique, impliquant l'expérience temporelle du passage d'une

²⁵¹ Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible*. Paris, Gallimard.

²⁵² Bernard, M. (2002). « De la corporéité fictionnaire ». Dans *Revue internationale de philosophie*, 222, 523-534.

intensité à une autre. Il défend l'idée de la sensorialité comme un spectre hétérogène et aléatoire, source d'un imaginaire et d'un devenir incessant qui a une valeur fonctionnelle, car elle régit l'ensemble du système sensoriel. Elle dévoile une dimension particulière du processus du sentir et de la nature de la corporéité, par l'articulation de quatre registres que l'auteur nomme « chiasmas ». Ces quatre chiasmas s'articulent entre eux pour faciliter l'intégration de la sensorialité, ce qui s'avère crucial pour l'expérience de la réalité.

Nous définirons brièvement ces quatre points étayant l'organisation de la sensorialité, dans la mesure où ils nous semblent centraux pour comprendre ce qui se passe avec le démantèlement sensoriel dans l'autisme et le bébé en souffrance. Le premier est la dimension « intra-sensorielle », inhérente au mécanisme de la sensation. Celle-ci désigne la bipolarité réversible entre les modes actif et passif de chaque sens, une bivalence qualitative qui inscrit dans le corps un mouvement à la fois statique et dynamique. Puis vient « l'inter-sensoriel », qui désigne la correspondance croisée de tous les sens. Par la suite entre en jeu l'articulation du « para-sensoriel », c'est-à-dire l'identité structurelle et fonctionnelle entre l'acte de perception et l'acte d'énonciation. L'acte d'énonciation est possible grâce à un processus qui consiste à émettre et à ordonner des unités linguistiques et phonétiques dans lesquelles s'articulent les actions, l'environnement matériel et la relation avec autrui, ce qui organise en même temps la perception de l'espace et du temps. Enfin, la dernière dimension est celle de « l'intercorporéité ». Celle-ci renvoie à l'intersection des virtualités projetées par la diversité des corporéités, tissu fictif, dynamique et singulier de l'imaginaire immanent à la sensorialité. L'articulation de ces quatre chiasmas donne lieu à une dimension de second degré qui permet l'intégration de ces expériences dans la production de sens.

Cette approche de la sensorialité rend compte de la complexité du processus du sentir et permet de penser sa relation avec l'émergence de la vie psychique par l'intégration des sens entre eux, avec l'environnement, avec l'autre et avec l'altérité. Dans l'autisme, le démantèlement sensoriel résulte de la défaillance des deux premiers chiasmes, ce qui entrave l'ensemble du processus de convergence sensorielle.

Concernant la psychanalyse, certains auteurs, notamment contemporains, accordent à la sensorialité un rôle crucial dans la constitution de la vie psychique et lui confèrent une place privilégiée dans le travail clinique pour certaines organisations psychiques, telles que l'autisme et la clinique du bébé. Nous évoquerons de manière non exhaustive certaines auteures qui ont éclairé notre travail clinique et de recherche sur la sensorialité, en partant de l'organisation de celle-ci dès la vie fœtale.

1.3.1.a La sensorialité in-utero :

Dès la vie intra-utérine, en raison de sa maturation biologique, le fœtus est capable de sentir et de répondre à une série d'expériences sensorielles, qui varient en fonction de ses capacités neurologiques et de la richesse des stimuli sensoriels de son environnement et de l'entourage maternel. Les premières sensations, organisées de manière intermodale, articulent les différents sens au fur et à mesure de leur formation au cours du développement fœtal. Dans un premier temps, le toucher et l'ouïe jouent un rôle prépondérant, rejoints progressivement par le goût et l'odorat. La vision est le dernier sens à se développer et n'arrive à maturité qu'après la naissance. Nous nous référerons ici au développement de l'organisme par les sens, qui se forment l'un après l'autre, dans un ordre similaire d'un être humain à l'autre, et qui correspondent au parcours élémentaire de l'espèce. Les sens, encore précaires, permettent au fœtus d'explorer le milieu utérin : le cordon, le liquide amniotique, la paroi de l'utérus qui l'enveloppe et le soutient. Par le biais d'associations sensorielles, le fœtus commence à imprimer dans son organisme les premières traces de ses expériences sensorielles, à partir d'échanges sonores, tactiles et rythmiques, lesquelles s'enregistrent dans la mémoire de son corps et agissent sur le cours de son développement, affectant le processus de devenir humain.

S. Maiello²⁵³ soutient que la sensorialité trouve son origine dans la vie prénatale et qu'elle est inhérente au fonctionnement de tout corps vivant. Chaque sens, dont la fonction

²⁵³ Maiello, S. (2018). « Le corps, ses sens et la précocité de l'émergence du sens ». Dans *Cliniques méditerranéennes*, 97, 7-22.

est spécifique, permet au fœtus puis au bébé de s'ouvrir au monde de l'autre à partir de l'environnement maternel. Dès la vie prénatale, les connexions intermodales et la production de transpositions transmodales de la sensorialité montrent la présence précoce d'une fonction proto-mentale capable de créer des liens entre les différents sens, avec l'entourage et avec l'autre. Le fœtus réagit aux stimuli et explore son environnement à travers le toucher et le mouvement ; il est ainsi capable de former les premiers esquisses d'un soi corporel prénatal par la transposition transmodale de l'expérience sensorielle et de la relation à l'autre parental :

*« Le corps serait non seulement doté, dès le départ, de sens qui se forment les uns après les autres au cours de la vie prénatale, mais il développerait une sorte de précurseur de ce que nous appelons le sens de l'identité... La découverte de connexions intermodales dès la vie prénatale et la production de transpositions transmodales au niveau de la sensorialité témoignent de la présence précoce d'une fonction proto-modale capable de créer des liens ».*²⁵⁴

Selon Chantal Lheureux-Davidse²⁵⁵, le fœtus présente une sensibilité remarquable aux moindres variations de l'environnement maternel, allant de la souplesse ou de la rigidité de la paroi utérine à l'odeur du liquide amniotique, en passant par les hormones de stress transmises, les variations des rythmes cardiaques et respiratoires maternels, ainsi que les périodes d'activité et de repos de la mère. L'auteure avance que le fœtus réagit même au contact physique direct de la main maternelle caressant l'utérus, établissant un lien qui reflète les sensations et les émotions de la mère à l'égard du fœtus. Il fait également preuve d'une sensibilité aiguë aux différents stimuli sonores de l'environnement, qu'ils soient rythmiques comme les battements du cœur et la respiration, continus et aléatoires comme les sons de la digestion, ou discontinus et imprévisibles comme la voix de la mère et les événements environnants.

²⁵⁴ Idem, p. 7.

²⁵⁵ Farges F., Farges, N., Lheureux-Davidse, C., Missonnier, S. (2023). *Aux origines de la vie psychique : psychanalyse et vie fœtale*. Paris, Ithaque.

Nous pouvons donc affirmer que la sensorialité commence à se développer très tôt chez le fœtus, sens par sens, et que chacun d'entre eux s'intègre dans un réseau de connexions qui s'influencent mutuellement, dans une relation dynamique entre les sens et l'environnement utérin. Le développement de la sensorialité est alors influencé à la fois par l'utérus en tant que premier espace contenant et par tout ce qui se passe dans l'entourage maternel. Au fur et à mesure que la maturité biologique progresse, le fœtus commence à ressentir les mouvements des rythmes internes de la mère, leur fonctionnement, leurs alternances, et en même temps les petits mouvements du fœtus affectent les sens et les affects de la mère, dans une relation d'implication mutuelle qui montre la vitalité du fœtus et les débuts de la relation à l'autre.

1.3.1b La sensorialité dès la naissance :

Après la naissance, la sensorialité encore inachevée continue de mûrir et de se développer ; elle s'élargit et devient plus complexe. Elle articule des processus sensoriels inter- et transmodaux qui à leur tour sont organisés en relation avec les expériences du soi, de l'entourage et des interactions avec l'autre. Ce processus complexe ouvre la voie aux premières inscriptions psychiques de l'expérience et permet ensuite leur transformation en représentation et contenu psychique.

W. Bion²⁵⁶ avance qu'au début de la vie, le bébé est habité par des sensations corporelles qu'il ne peut traiter ni intégrer par lui-même. Ces expériences « brutes » (éléments beta) nécessitent la fonction contenant et métabolisante de l'autre primordial pour permettre leur intégration. Une fois transformées par la fonction alpha de l'autre maternel, ces expériences constituent les premiers contenus proto-mentaux de l'appareil psychique à la base de la pensée. Grâce à cette fonction maternelle, dans laquelle la mère prête son propre appareil à « penser les pensées » au bébé, l'expérience sensorielle peut être intégrée dans le fonctionnement mental de ce dernier.

²⁵⁶ Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann.

Selon Piera Aulagnier²⁵⁷, la réalité est auto-engendrée par l'activité sensorielle. Dans sa conception de l'originaire, la sensorialité constitue la source somatique de la représentation psychique du monde, à partir de laquelle la psyché peut générer ses propres expériences et ses propres mouvements d'investissement ou de désinvestissement de l'activité des zones sensorielles. L'action corporelle et sensorielle ainsi que la vie psychique naissante sont à l'origine des représentations pictographiques, qui constituent les premières formes de représentation²⁵⁸. Les prémices de cette activité représentative originaire unifient la réalité et l'activité sensorielle, où le corps n'est pas considéré comme une simple extériorité ou comme une projection de la psyché, mais plutôt comme une articulation psycho-somatique.

Par ailleurs, la proposition du concept de Moi-Peau par Didier Anzieu²⁵⁹ met l'accent sur le rôle crucial de la sensorialité dans la construction psychique et la formation du Moi. Selon Anzieu, « *il n'y a rien dans l'esprit qui n'ait d'abord été dans les sens* ». Il soutient que le moi s'organise d'abord comme un moi-peau, qui passe ensuite à d'autres systèmes sensoriels facilitant une correspondance intersensorielle. La sensorialité, par le biais du toucher, est ici essentielle en raison de l'interaction réciproque qu'il produit, dans laquelle, en touchant, on est touché. Cela requiert une synchronie entre une position active (toucher) et une position passive (être touché), qui s'étend ensuite à d'autres modalités sensorielles. Dès lors, la peau représente une enveloppe protectrice qui contient et délimite le psychisme, permettant à l'individu non seulement de sentir son corps comme une unité cohérente mais aussi de se protéger contre les excitations extérieures excessives. Elle établit également, une première expérience de séparation et de continuité entre le monde interne et externe, une frontière entre le dedans et le dehors, entre soi et l'autre. En effet, les premières interactions sensorielles et affectives entre le nourrisson et sa mère (ou son père) s'inscrivent dans le psychisme de l'enfant sous forme de traces mnésiques, contribuant à la formation de son

²⁵⁷ Aulagnier, P. (1986). « Naissance d'un corps, origine d'une histoire ». Dans *Corps et histoire* (pp. 99-141). Paris, Les Belles Lettres.

²⁵⁸ Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris, PUF.

²⁵⁹ Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris, Dunod.

moi. Les soins et les manipulations corporelles qu'ils lui procurent constituent alors les bases du développement du lien à l'autre et du sentiment d'exister.

Dans cette perspective, les notions de moi-peau et de moi-corps renvoient à une étape sensorielle où émerge une association entre des images mentales et des mouvements pulsionnels, constituant la première forme de symbolisation de l'appareil psychique. Toutefois, l'expérience tactile requiert un processus de renoncement progressif aux plaisirs du toucher pour ouvrir la voie à d'autres formes sensorielles qui, dans leur articulation, favorisent les premières représentations et la réflexivité de la pensée, conduisant au passage « du moi peau au moi-pensant »²⁶⁰. Ce processus de constitution psychique permet le glissement du domaine du sensoriel à celui de la pensée, où se structure un moi psychique différencié du moi corporel mais qui l'inclut et l'implique (Chabert, 2008). La sensorialité acquiert ainsi une dimension symbolique, où les expériences sensorielles sont intégrées dans le psychisme et participent à la formation de représentations mentales, ce qui s'avère fondamental dans la constitution de l'identité et de la subjectivité.

À cet égard, S. Le Poulichet²⁶¹ soutient que la relation du corps à tout ce qui intervient par les voies sensorielles n'est pas un élément marginal dans l'expérience psychanalytique. La capacité de l'appareil sensoriel à recevoir, traiter et transformer les inputs sensoriels en messages est modelée par les conflits intrapsychiques. Cette hypothèse implique que ce qui se passe dans la petite enfance à travers les voies sensorielles interpelle l'activité fantasmatique et les formations symptomatiques de l'inconscient. Selon cette auteure, le terme enveloppe ne peut être décrit uniquement comme psychique, de même qu'il ne peut être réduit à une enveloppe corporelle, car la création des enveloppes sensorielles est d'emblée corporelle et psychique.

Dans une perspective similaire, Alberto Konicheckis²⁶² propose la sensorialité comme élément fondamental dans les premières interactions d'un bébé avec son environnement, à

²⁶⁰ Anzieu, D. (1994). *Le Penser : Du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris, Dunod.

²⁶¹ *Op. Cit.* Anzieu, D. (1985).

²⁶² Konicheckis, A. (2009). « Filiations sensorielles et processus de subjectivation ». Dans *Le Divan familial*, 22, 33-45.

partir de laquelle se développe la vie psychique. Les expériences sensorielles précoces laissent des empreintes profondes dans la psyché, contribuant ainsi à la formation des premiers objets internes, à la construction des premières représentations mentales et à l'établissement des premiers liens affectifs avec les figures parentales. Or, pour que l'expérience sensorielle puisse s'inscrire au niveau psychique, elle doit être partagée avec l'objet externe, d'abord l'objet parental, pour permettre au bébé de se former des objets internes et d'assumer une position subjective. Selon l'auteur, ces premières empreintes sensorielles entrent en jeu dans ce qu'il appelle « les filiations sensorielles », ce qui l'amène à proposer son concept « d'embryons de sens ». Ces embryons des sens sont des noyaux sensoriels qui constituent des éléments primordiaux dans le développement de la vie psychique de l'*infans* car ils contribuent à la formation des premières représentations mentales et des liens de filiation. Ils sont considérés comme des traces qui composent une matrice sensorielle à partir des premières expériences, permettant l'organisation de la vie psychique. Néanmoins, si cette matrice sensorielle se ferme sur elle-même, elle risque de favoriser l'émergence de troubles pathologiques.

Bernard Chervet²⁶³ soutient quant à lui que la vie psychique crée le corps et s'exprime à travers lui. Il explique que la sensualité et la sensorialité entretiennent des liens étroits au sein de toute sensation et souligne l'importance de les différencier. La sensorialité est liée aux stimuli externes et somatiques, tandis que la sensualité englobe les expériences émotionnelles, subjectives et surtout érogènes, qui sont ressenties à travers le corps. Cette distinction est essentielle pour comprendre les interactions complexes entre les processus psychiques et les expériences sensorielles dans la construction du corps érogène. L'auteur avance que l'émergence de la sensualité nécessite une transposition des sensations issues des opérations et des processus psychiques sur la sensorialité.

²⁶³ Chervet, B. (2010). « Source pulsionnelle et corps érogène, des inscriptions de l'après-coup ». Dans *Revue française de psychanalyse*, 74, 1487-1494.

Or, dans le cas de la détresse précoce, ce processus de transposition de la sensorialité vers la sensualité, puis vers le corps érogène, fait défaillance, plongeant l'enfant dans un mouvement autosensuel comme on le constate dans l'autisme et chez le bébé en souffrance.

Selon René Roussillon²⁶⁴ les expériences subjectives primitives sont étroitement liées aux états corporels et aux sensations. La sensorialité, en tant que transition entre la vie pulsionnelle et la vie affective, repose sur la capacité à convertir les sensations en messages symboliques. Elle nécessite un autre sujet capable de reconnaître ce qui est ressenti. Les sensations corporelles sont, quant à elles, intrinsèquement liées aux mouvements moteurs et forment ainsi les processus sensorimoteurs. Ces expériences sensorimotrices constituent des traces de communication et d'expériences primitives qui se manifestent dans un langage non verbal à travers le corps, où la motricité et l'action deviennent des modes d'expressivité pour communiquer et reconnaître les états ressentis. Elles ont un caractère a-temporel, maintenant un état toujours actuel. Leur antériorité par rapport à l'apparition du langage verbal les empêche d'être convoquées par la mémoire, de sorte qu'elles se présentent sous la forme de « réminiscences » d'expériences subjectives. Cela implique que, quand bien même elles ne peuvent être convoquées comme des souvenirs, elles peuvent toutefois contribuer à la création de schémas de mémoire que Roussillon qualifie de « procédurale »²⁶⁵, qui fournissent des lignes directrices pour traiter, organiser et façonner les expériences ultérieures.

Une dernière contribution qui nous semble importante à mentionner est celle de Didier Houzel²⁶⁶ qui, à la suite d'André Bullinger (2004), envisage la sensorialité en termes de flux sensoriels, comme une source qui émet de manière continue et orientée un agent susceptible de stimuler une surface. Ces flux, lesquels sont principalement gravitationnels, tactiles, olfactifs, auditifs et visuels, produisent des réactions toniques de vigilance et d'orientation par rapport aux informations reçues par les sens. L'auteur souligne l'existence

²⁶⁴ Roussillon, R. (2008). « Corps et actes messagers ». Dans *Corps, acte et symbolisation. Psychanalyse aux frontières*. De Boeck Supérieur, pp. 23-37.

²⁶⁵ Idem.

²⁶⁶ Houzel, D. (2011). « Flux sensoriels et flux relationnels chez l'enfant autiste ». Dans *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2011/2, 1, 141-155.

de deux systèmes qui organisent les flux sensoriels : le système archaïque, au sens phylogénétique du terme, et le système récent. Le système archaïque est fonctionnel dès la fin de la vie intra-utérine et permet une sensibilité aux aspects qualitatifs des flux sensoriels, qui se répartissent uniquement en plaisir ou déplaisir. Le système récent se rapporte aux aspects quantitatifs des flux, à partir desquels il produit des réactions orientées dans l'espace et dans le temps, ainsi que des mouvements intentionnels. Les flux sensoriels convergents se coordonnent alors, ce qui affecte la tonicité du corps, dans un effet de régulation réciproque des sens. De cette organisation sensori-tonique, se constitue la base d'une enveloppe corporelle, qui donne de la cohérence à la perception du corps propre et à sa relation avec l'environnement dans une dimension spatio-temporelle.

L'un des points centraux soulevés par D. Houzel concerne la régulation de ces flux sensoriels et de la tonicité, du fait de l'interaction avec l'environnement humain, qu'il appelle « flux relationnels ». Ces flux relationnels sont étayés par l'interaction entre le bébé et son environnement. Ils requièrent d'une part, la capacité de l'enfant à susciter et à recevoir des signaux, et d'autre part, la capacité de l'environnement à recevoir et à produire des signes, dans un dialogue réciproque. À partir de ce dialogue avec l'environnement, les flux sensoriels permettent la création d'images sensorimotrices circulaires, constituant des boucles de retour (Haag, 2006) qui génèrent de la spatialité et de la continuité. Ces images sont ensuite intégrées dans la vie psychique et dans la pensée.

Ces différentes approches de la sensorialité nous permettent d'en déduire son caractère crucial dans le développement humain, tant pour l'organisation du corps que pour celle de la vie psychique, laquelle acquiert un caractère plus organisé et complexe dans la mesure où elle s'inscrit dans la relation à autrui. Une dynamique relationnelle réciproque entre le bébé et l'autre maternel s'avère donc essentielle. Elle permet la métabolisation de l'expérience sensorielle, la création de traces et leur inscription dans la vie psychique, la rendant disponible pour être utilisée comme registre d'expérience, pour la formation de la pensée et la constitution du moi.

1.3.1c Intégration sensorielle /démantèlement sensoriel :

L'intégration de la sensorialité requiert un traitement neuronal complexe de la part du système nerveux central, qui fait converger les sens afin d'organiser et traiter de manière cohérente les informations reçues des différents stimuli internes et externes. Ensuite, l'articulation intra et intersensorielle conduit à des mécanismes sensoriels plus complexes, qui situent l'expérience du corps dans l'espace et le temps, et dans la relation à l'autre. Cela permet la mise en place de la proprioception, c'est-à-dire la conscience de la position, de la tonicité et du mouvement du corps, ainsi que du système vestibulaire qui sous-tend l'ajustement de la posture, de l'équilibre et la localisation spatio-temporelle du corps. Ce processus de convergence des sens est appelé « sensory integration »²⁶⁷ (intégration sensorielle). Il rend possible la structuration de la perception de la réalité et facilite l'expérience organisatrice du corps et de l'environnement dans leur articulation. Il s'agit d'un processus autonome qui opère naturellement dès la naissance. Cependant, nous constatons que ces mécanismes de convergence sensorielle ne se développent pas toujours de manière si automatique. Les diagnostics de troubles de l'intégration sensorielle chez l'enfant ont considérablement augmenté ces dernières années et nous pouvons les observer, à un degré plus ou moins important, chez pratiquement tous les enfants autistes et les bébés en détresse que nous recevons.

Lorsque la convergence et la coordination sensorielles ne sont pas possibles, les sens se fragmentent, soit en annulant l'information sensorielle, soit en la segmentant. Par conséquent, un seul canal peut être perçu en l'emportant sur les autres, ou alors un seul sens est exacerbé dans la réception de l'information. Cette expérience de chaos sensoriel entraîne une difficulté à codifier l'information, tant interne qu'externe, et à traiter l'expérience d'être dans le corps et surtout, dans la relation à l'autre. Un clivage de l'expérience se produit, une perte des dimensions temporo-spatiales et de la proprioception, conduisant à une intensité sensorielle désorganisatrice qui produit de la souffrance. Ces informations chaotiques peuvent être perçues par l'enfant comme une invasion de son propre corps, qui le pousse à

²⁶⁷ Ayres, A. J. (1965). "Patterns of Perceptual-Motor Dysfunction in Children: A Factor Analytic Study". Dans *Perceptual and Motor Skills*, 20(2), 335-368.

se couper de cette expérience de la réalité. Donald Meltzer²⁶⁸ appelle ce phénomène « démantèlement sensoriel », tandis que A. Bullinger²⁶⁹ parle d'« absence de coordination sensorielle ».

Le démantèlement sensoriel a un impact direct sur la tonicité et la motricité du corps, qui se désorganise et présente des mouvements désordonnés pour tenter d'expulser l'intensité sensorielle. Ces mouvements chaotiques, souvent observés dans le contexte clinique, se manifestent par des mouvements rigides et brusques, saccadés, des refus, des cris et des coups, voire de l'automutilation. Ils peuvent également conduire à une inhibition massive des mouvements, dans un repli sur soi comme moyen de protection.

Chantal Lheureux-Davidse²⁷⁰ suggère que lorsqu'un enfant autiste se sent submergé par un excès de sensations ou d'émotions qu'il ne peut pas traiter ni intégrer, il s'isole de ses sensations corporelles pour tenter de se calmer, ce qui l'amène à abandonner temporairement le lien entre psyché et soma. La sensorialité de l'enfant se fragmente et chaque sens devient indépendant des autres, ne trouvant plus de lien entre eux. Ce démantèlement sensoriel provoque des états de saturation qui empêchent toute rencontre avec autrui. Il affecte la possibilité de construire un moi corporel et le sentiment de continuité de l'existence, lesquels semblent échouer à se constituer.

Leur perception d'eux-mêmes et de leur environnement est vécue par ces enfants comme une menace, provoquant des niveaux très élevés d'excitation sensorielle, de fortes angoisses d'effondrement et, par conséquent, les mécanismes défensifs que nous observons dans la clinique de l'autisme. En effet, une sensation sans représentation psychique tombe dans le chaos d'une énergie intense qui n'a d'autre possibilité que la décharge motrice, tentative d'expulsion de la violence interne dans l'environnement ou renvoyée sur le corps lui-même, en tant que partie de l'environnement.

²⁶⁸ Meltzer, D. (1980). *Exploration dans le monde de l'autisme*. Paris, Payot.

²⁶⁹ *Op. Cit.* Bullinger, A. (2007)

²⁷⁰ Lheureux-Davidse, C (2007). « Jouer avec les mouvements, les vibrations et les rythmes dans l'émergence de la voix ». Dans *Champ psychosomatique*, 2007/4 n° 48. pp. 185-203.

Nous voyons par exemple très souvent que, lorsque l'enfant autiste est débordé par sa désorganisation sensorielle, il bat sans cesse des bras et des jambes, frappe tout ce qu'il trouve sur son chemin, même son corps, pour se défaire de la surcharge qui l'atteint. Il gémit et pleure, se mord ou mord l'autre qui tente de le contenir, comme une tentative d'ancrage, de s'accrocher à ce qui est disponible, afin de calmer sa souffrance. De même que l'alpiniste qui s'accroche à la montagne avec ses doigts et ses ongles pour éviter de tomber dans le vide, l'enfant autiste s'accroche avec ses dents ou ses mains à toute matérialité disponible pour survivre à l'angoisse de chute qui émerge du chaos d'un corps qui ne s'inscrit ni ne se représente. Nous observons des mécanismes défensifs similaires chez les bébés en souffrance que nous accueillons, mais l'intensité de leur vécu semble moins élevée et leur capacité à se rassembler par la présence de l'autre paraît plus forte.

Dans ce cadre, la prise en charge psychanalytique des enfants autistes et des bébés en fort souffrance privilégie le travail sur la sensorialité, principalement dans sa dimension relationnelle, en soulignant l'importance des échanges intersubjectifs pour son organisation et son intégration. En ce sens, notre travail clinique vise à transformer la sensorialité chaotique du petit sujet en une forme de sensorialité partagée, à partir de laquelle la sensorialité pourra s'adresser à l'autre et s'inscrire, permettant ainsi l'ouverture à un investissement psychique, intra et inter subjectif de l'expérience sensorielle pour son articulation à la vie pulsionnelle.

1.3.2 La motricité

"C'est dans l'action que naît la pensée".

(Wallon, 1942)

La sensorialité ne peut être pensée indépendamment de la motricité, car elle constitue son action dirigée et permet l'expression ainsi que le traitement des différentes afférences sensorielles.

L'acte et le mouvement, en tant qu'éléments observables, permettent de qualifier un corps de vivant, de la naissance à la mort. Cependant, ils ne peuvent être considérés sur un même plan. Le mouvement est défini comme le déplacement d'un corps dans l'espace, alors que l'acte acquiert la valeur d'un message. Le mouvement et l'acte sont la ressource par excellence du sentir et du sens dans l'enfance, avant que le langage ne fournisse une capacité discursive pour représenter les expériences corporelles et psychiques.

Henri Wallon²⁷¹ définit l'acte moteur comme une réponse globale de l'organisme à une situation donnée, impliquant à la fois des aspects moteurs, émotionnels et cognitifs. L'acte est considéré comme le point de départ du développement psychologique et de la pensée, dans une relation dialectique et d'interaction constante entre l'acte et la pensée. L'auteur explique que les actions motrices de l'enfant sont à la fois des manifestations de sa pensée et des moyens de développer cette pensée. Cette dualité permet la transition des actions motrices vers la pensée symbolique dans l'évolution des formes plus complexes de réflexion. Dans ce processus de formation et de transformation du mouvement, de l'action et de la pensée, Wallon²⁷² accorde une place prépondérante à l'émotion, considérée comme le moteur de l'action. L'émotion est conçue comme une force dynamique qui organise l'action, la pensée et la socialisation dès les premiers moments de la vie et influence la manière dont l'enfant perçoit son entourage et interagit avec celui-ci. Elle modélise

²⁷¹ Wallon, H. (1942). *De l'acte à la pensée*. Paris, Flammarion.

²⁷² Wallon, H. (1949). *Psychologie et éducation de l'enfance*. Paris, PUF.

l'intention et la direction de la motricité, ainsi que la façon dont elle s'articule avec l'intelligence. Le passage de l'action motrice à la pensée s'appuie sur l'exploration active par le bébé de son environnement, sur ses préférences et sur la réponse donnée à ses actions par son milieu affectif. Ce passage du mouvement à l'action puis à la pensée implique ainsi la disponibilité du bébé, son intentionnalité et le retour de l'autre par l'attribution de sens.

Dès lors, l'émotion est comprise comme un pré-langage dont la signification a une valeur inter-affective et sociale, et dont le vécu et l'expression sont affectés par la culture, principalement par le milieu et la culture maternelle. Les pratiques culturelles et les interactions avec les proches façonnent la manière dont les émotions sont vécues et exprimées, ainsi que la manière dont la motricité se met en place.

La motricité se révèle également importante dans la réflexion sur le corps dans la métapsychologie psychanalytique. Dans ses écrits, et particulièrement dans *L'Esquisse*²⁷³, S. Freud explore les liens complexes entre les sensations, les images motrices et diverses fonctions psychiques telles que le jugement, l'investissement somatique et l'appréciation de la réalité. Freud propose que les sensations perçues par les récepteurs sensoriels soient intégrées et transformées en images motrices, à leur tour utilisées par le psychisme pour orienter l'action. De ce fait, la motricité et l'épreuve des sens sont fondamentales car elles aident à établir la frontière entre le monde interne et le monde externe et à différencier ce qui appartient au corps propre de ce qui est extérieur à lui. Elles constituent alors la base nécessaire pour l'émergence d'un sujet différencié. De plus, S. Freud avance l'idée que la motricité permet de manipuler et d'explorer les objets, contribuant ainsi à la formation de l'objet qui devient une réalité tangible du fait de l'interaction motrice.

Par ailleurs, S. Freud²⁷⁴ précise que la motricité, par la décharge qu'elle permet, vise à libérer l'appareil psychique d'une accumulation excessive d'excitations. Cela fait référence

²⁷³ Freud, S. (1895). *Esquisse d'une psychologie scientifique*. Dans *La naissance de la psychanalyse* (1887-1902). (J. Laplanche, Trans.). Paris, PUF, 1956.

²⁷⁴ Freud, S. (1911b). *Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques*. Dans *Œuvres complètes XI*. (J. Laplanche, Trans.). Paris, PUF, 1998.

à l'un de ses postulats antérieurs, où Freud²⁷⁵ explique que la structure de l'être vivant, dont les défenses primaires visent à protéger l'appareil psychique contre la douleur ou le déplaisir, tend à rechercher l'homéostasie. Cependant, lorsque l'excès d'excitation ne peut être filtré par les structures protégeant les systèmes qu'il appelle « phi, psi et oméga », l'excès d'excitation tend à se transformer en douleur. Or, selon Freud²⁷⁶, ce filtre semble impossible lorsque l'excès d'excitation provient de l'intérieur de l'organisme et génère à son tour des mouvements qui accroissent la douleur. Ce point nous semble fondamental dans le cas de l'autisme et des bébés en détresse, pour qui l'intensité excessive de la stimulation semble provenir en grande partie de l'intérieur du corps en raison de leur difficulté à traiter les informations, tant internes qu'externes, difficilement contenues par les figures primordiales dans le cas de l'autisme et par leur absence dans le cas des bébés abandonnés à la naissance. Nous constatons dans les deux cas un recours massif à la décharge corporelle, avec cette souffrance considérable que nous observons dans la clinique de l'archaïque.

Sur ce dernier point, Laznik²⁷⁷ indique qu'il est possible que l'un des facteurs innés de l'autisme soit lié à ce défaut de filtrage, ce qui ne justifierait pas pourtant les multiples difficultés qui lui sont associées. Laznik soutient que si ce filtre est défaillant et que les quantités d'excitation sont trop importantes pour être traitées par l'organisme, il est possible de penser que le système sensoriel et moteur se fragmente afin d'éviter les excès de stimuli.

Concernant cette problématique, F. Joly²⁷⁸ soulève une question essentielle pour le travail clinique de l'archaïque. Selon lui, cette décharge motrice, qui cherche à se défaire du trop d'excitations paralysant le psychisme, est considérée par la psychanalyse comme un acte de non-pensée. Néanmoins, il souligne que c'est précisément de cette décharge que peut émerger une « représentation de l'action », par sa réappropriation comme matériau de pensée. Cela constitue un aspect majeur de notre travail clinique, où nous cherchons à accueillir cette motricité chaotique pour son élaboration, dans un processus capable de la

²⁷⁵ *Op. Cit.* Freud, S. (1895)

²⁷⁶ *Idem.*

²⁷⁷ *Op. Cit.* Laznik, M-C. (2022)

²⁷⁸ *Op. Cit.* Joly, F. (2012)

relier à des aspects pré-symboliques et pulsionnels, afin qu'elle puisse alors s'inscrire dans la relation à l'autre et trouver des formes de symbolisation primaire.

1.4 La pulsion, la sensorialité et la motricité dans la relation à l'autre :

Finalement, nous souhaitons mettre en avant la relation étroite qui existe entre le mouvement pulsionnel, la sensorialité et la motricité dans la constitution de la vie psychique et de la relation à l'autre au sein du registre de l'archaïque. Nous faisons l'hypothèse que c'est précisément dans la défaillance de cette articulation que se jouent les mécanismes de l'autisme et sa souffrance. En fait, c'est à partir de l'articulation de ces trois registres que nous pouvons penser la mise en place du lien dans le travail clinique, afin de favoriser la relation avec le petit sujet en devenir dans une dimension transféro-contre-transférentielle.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la sensorialité désigne la manière d'entrer en contact avec le sentir, où l'organisation de l'ensemble sensoriel est liée à l'expérience de plaisir ou déplaisir. La motricité, quant à elle, permet l'action dirigée et l'intention dans la recherche de plaisir et l'évitement du déplaisir. Cela mène à l'interaction et à l'échange entre l'individu et son entourage, ou au rejet de celui-ci. De la sensorialité et de l'action motrice découlent l'établissement du circuit pulsionnel et la possibilité pour la pulsion de s'intriquer à un objet et d'atteindre son but.

À ce sujet, D. Anzieu²⁷⁹ suggère que la source somatique de la pulsion est liée aux expériences sensorielles, puis sensori-motrices précoces, avant de devenir une source corporelle imaginaire. L'appareil psychique se représente donc ses pulsions par des figurations corporelles qui traduisent l'expérience de l'excitation pulsionnelle. Selon Anzieu, celle-ci est entretenue par le moi-peau, qui contient et définit la dimension pulsionnelle par sa position de médiateur entre les expériences corporelles et la structuration psychique. Ce

²⁷⁹ Anzieu, D. (1985). « Le corps de la pulsion ». Dans *Le travail de l'Inconscient*. Paris, Dunod.

processus s'organise à partir des premières expériences de satisfaction, dont la pulsion commence à déterminer ses formes et ses objets.

Dans ce contexte, la rencontre du bébé avec l'autre primordial devient essentielle dans l'organisation de l'expérience. Car c'est par la capacité de l'autre secourable à lire et à répondre aux besoins du nouveau-né que les premières expériences de satisfaction, d'abord sur le pôle hallucinatoire de satisfaction, sont possibles et permettent l'articulation de la pulsion, de la sensorialité et de la motricité.

Certains psychanalystes, principalement français, ont en effet développé l'idée de l'ancrage de la pulsion à des voies sensorielles privilégiées, révélant des préférences singulières de chaque sujet dans le choix d'une voie sensorielle par rapport à d'autres. Laznik²⁸⁰, à la suite de Freud et de Lacan, propose que la pulsion scopique et la pulsion invocante se situent au premier stade de développement de la vie psychique, là où le regard et la voix occupent le devant de la scène. Cependant, d'autres registres sensoriels ont été élaborés et définis, désignant d'autres préférences possibles de la pulsion, comme le toucher, le portage et la motricité. La pulsion s'articule alors dans le registre de la sensorialité, prenant une forme, une zone et un objet singuliers, ce qui marque la préférence sensorielle singulière d'accès à l'objet pour son intrication. La pulsion peut donc être conçue comme mouvement liée à l'émergence d'un moi corporel, ancré dans le corps sensori-moteur et dans la relation avec autrui.

Dans la clinique de l'archaïque, nous constatons qu'en général la sensorialité fait défaut, en tant qu'elle ne parvient pas à s'intégrer et que les sens ne convergent pas. Chaque sens fonctionne indépendamment, ce qui correspond au démantèlement sensoriel décrit par Meltzer (1975). Cette sensorialité ainsi fragmentée ne permet pas une expérience unifiée, ni de la réalité, ni de soi-même. Le clivage sensoriel dans une seule source de sensation ou l'annulation des informations reçues par les sens conduit d'ailleurs à l'expérience du chaos qui caractérise le corps sensori-moteur dans l'autisme et le bébé en détresse. De ce fait, la motricité ne peut pas s'organiser et rend impossible la réalisation d'actions dirigées et

²⁸⁰ *Op. Cit.* Laznik, M.C. (2013).

intentionnelles, ce qui se manifeste par une décharge d'intensité excessive. Cette impossibilité entraîne une désorganisation des mouvements du corps dans l'espace et le temps, et ne permet pas un circuit d'aller-retour vers l'objet pour l'investir, laissant ainsi l'affect dans un vide. Laznik affirme que ces difficultés motrices « *peuvent entraver la constitution de la première organisation signifiante qui, chez ces bébés en danger, empêche le corps de devenir un corps* »²⁸¹.

Dès lors, la sensorialité envahit le quotidien de l'enfant et de sa famille, prenant la forme de manifestations corporelles qui ne peuvent être adressées à l'autre ni traduites par ce dernier et qui sont alors considérées comme pathologiques. Celles-ci se traduisent principalement par un hyperfonctionnement dérégulé ou, au contraire, par une inhibition massive du sentir et de l'agir, comme tentative d'élimination de l'expérience du chaos. En d'autres termes, les bébés en souffrance et les enfants autistes présentent une hypersensibilité aux stimuli internes et externes, ou une hyposensibilité qui se manifeste par une déconnexion de l'environnement. Dans les deux cas, cette sensibilité affecte leurs processus de développement physique et psychique ainsi que leurs états internes de disponibilité à la rencontre avec l'autre.

Chantal Lheureux-Davidse²⁸² affirme que lorsque ces difficultés sensorielles se prolongent dans le temps, et principalement en ce qui concerne le clivage qui résulte du démantèlement, elles privent l'enfant du lien avec ses propres sensations corporelles et son sens d'existence. Le moi corporel semble disparaître, la communication spontanée avec les autres devient difficile et la reconnaissance de l'altérité fait défaut. Des expériences d'anéantissement peuvent également survenir, comme si le corps n'existait plus.

Par ailleurs, F. Joly²⁸³ avance que la sémiologie corporelle, notamment sensorielle, est omniprésente et précoce dans la clinique des troubles autistiques. Les spécificités sensorielles autistiques sont le résultat d'une dysrégulation sensorielle dans laquelle

²⁸¹ *Op. Cit.* Laznik, M.C. (2022), pp. 19.

²⁸² *Op. Cit.* Lheureux-Davidse, C. (2007)

²⁸³ Joly, F. (2019). « La subversion sensorielle ou la sensorialité autistique : entre fonctions et fonctionnements ». Dans *4ème Congrès International « Autisme et Psychanalyse »*, Paris.

l'intensité des sens ne peut être ni organisée ni intégrée, ce qui affecte le processus de constitution psychique. Cette dysrégulation est difficilement comprise et traitée par les autres, ce qui accroît les conséquences de l'autisme. Le démantèlement sensoriel et le chaos moteur qui en résultent empêchent les sensations de plaisir, provoquant une désarticulation de la pulsion qui entrave l'investissement de l'objet. Dans ce cadre, le ratage du circuit pulsionnel semble se produire lors du troisième temps de la pulsion, c'est-à-dire au moment où le bébé devient l'objet du désir de l'autre²⁸⁴. Face à l'absence d'investissement pulsionnel, le corps ne se transforme pas en corps érogène. La fonction du désir qui, comme le soutient Lacan (1985), est la fonction centrale de toute expérience humaine, ne s'établit donc pas. Cela nuit au passage du registre du besoin à celui de la demande, dont la relation avec l'autre et avec l'altérité ne parvient pas à se transformer en relation pulsionnelle. Il en résulte une interaction fonctionnelle et opératoire, basée sur la communication des besoins et non sur la demande d'une rencontre avec l'autre. Ainsi, la pulsion se referme sur elle-même dans un circuit court et l'affect qu'elle entraîne reste sous forme d'énergie libre et retombe sur le corps de manière destructrice, augmentant même les niveaux d'excitation et la souffrance qui en découle.

En ce sens, nous pouvons penser, à l'instar de Piera Aulagnier, que lorsque le moi ne trouve pas d'objet qui lui permette de lier l'excès d'affect et de préserver ainsi l'intrication pulsionnelle, le corps risque de devenir pour lui-même un ennemi à détruire et un persécuteur pour le moi :

« Le conflit qui oppose Eros et Thanatos éclatera sans masque et sans médiateur avec le risque mortifère de faire du corps propre l'ennemi à abattre. Risque mortifère puisque s'il n'est pas au pouvoir du Je de refuser la mort, il est en son pouvoir de refuser au corps de vivre »²⁸⁵.

Dans cette perspective, nous constatons l'importance de l'articulation entre la sensorialité, l'action motrice et la pulsion, et ses conséquences catastrophiques en l'absence

²⁸⁴ *Op. Cit.* Laznik, M.C. (2013)

²⁸⁵ Aulagnier, P. (1986). « La filiation persécutive ». Dans *Un interprète en quête de sens*. Paris, Ramsay

d'organisation. Même si elles relèvent de registres différents de l'expérience humaine, leur synchronie, dans une dynamique d'implication mutuelle, permet d'organiser l'expérience de la réalité et d'orienter cette expérience vers l'autre. Cela donne lieu à la possibilité d'être, d'avoir et d'habiter le corps, dans la relation à l'autre et à l'Autre, dans une dimension temporo-spatiale, favorisant le sentiment de continuité de l'existence. Nous soutenons que les dimensions sensorielle, pulsionnelle et motrice s'intègrent dans les fondements de la vie psychique, à partir desquels s'esquissent les premières traces mnésiques lors de la mise en place du corps dans la relation avec l'autre primordial. Par conséquent, nous considérons le corps essentiellement comme un *corps-en-relation*.

1.5 Le corps en relation :

Comme nous l'avons évoqué tout au long de ces lignes, l'organisme devient corps dans la rencontre avec l'autre et l'Autre. C'est à partir de cette rencontre que l'investissement libidinal de la pulsion, l'organisation de la sensorialité et l'orientation de la motricité deviennent possibles. La relation permet alors la transformation du corps en représentation psychique, avec ses valeurs symboliques et imaginaires. Ainsi, chaque expression corporelle devient un message, constituant la singularité de chaque sujet. Julian de Ajuriaguerra affirme que le corps n'est rien sans le corps de l'autre, c'est-à-dire que le corps est avant tout un « *corps-en-relation* »²⁸⁶.

Cette notion de « corps en relation » souligne l'importance des relations précoces dans le développement et le fonctionnement du corps, ainsi que dans l'émergence de la conscience corporelle. Ajuriaguerra postule que le développement moteur de l'enfant est intimement lié à son environnement affectif et social, dans lequel le corps se développe à travers les interactions avec les autres, influençant la manière dont l'enfant utilise et perçoit

²⁸⁶ Ajuriaguerra J. de, (1962). « Le corps comme relation ». Dans *Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, 21, 137-157.

son corps. De ce fait, le contact physique, les gestes et les expressions du corps de l'autre jouent un rôle essentiel dans la construction de la relation à soi et à l'altérité. À cet égard, les postures, les gestes et les mouvements sont des expressions de l'état interne du corps, un corps qui exprime et communique des sentiments et des états psychiques, souvent de manière inconsciente.

Afin de développer cette réflexion, nous proposons d'aborder quelques notions qui nous semblent fondamentales pour concevoir le corps en relation et les différents axes qui articulent l'expérience du corps intégré à la vie psychique. Nous évoquerons notamment le dialogue tonique, le schéma corporel et l'image du corps.

1.5.1 Le dialogue tonique-émotionnel :

Le corps se situe dans l'espace en fonction de la tonicité de sa musculature qui lui permet de soutenir la structure osseuse et d'assurer la verticalité. La forme et la tension du tonus musculaire dans ses positions, ses gestes et ses actions traduisent l'intensité de l'affect et des émotions, comme une manifestation matérielle des vécus internes.

Dans ses analyses sur l'origine et la nature des émotions, Wallon²⁸⁷ remarque un lien étroit entre le tonus du corps et l'émotion, évoquant une « fusion affective primitive » qui se manifeste dans l'interaction du corps du bébé et celui de sa mère. L'auteur soutient que les réactions émotionnelles sont soutenues par le tonus du corps et interagissent avec le tonus du corps de l'autre, établissant les bases de la confiance, du lien à l'autre et de la compréhension sociale, ce qui donne lieu à sa notion de « dialogue tonique ». Le dialogue tonique est défini par Wallon comme étant l'ensemble des échanges médiés par la manière dont le bébé est tenu par la figure primordiale et par la manière dont cette dernière répond aux échanges (ce qui semble équivalent au *holding* et *handling* de Winnicott), produisant une interaction entre les postures et le tonus musculaire des deux. À partir des sensations de plaisir et de déplaisir apparaissent chez le bébé, et en général chez l'être humain tout au long

²⁸⁷ *Op. cit.* Wallon, H. (1949)

de sa vie, des réponses musculaires qui rendent compte de ses manifestations émotionnelles. Ce tonus musculaire oscille entre deux pôles : l'hypertonie, qui nécessite un degré élevé de contraction musculaire et qui caractérise généralement la sensation de déplaisir, et l'hypotonie, qui implique au contraire la distension de la musculature par un état de plaisir et de satisfaction des besoins. L'hypertonie renvoie à une surcharge de tension tonique émotionnelle face à une demande insatisfaite. L'hypotonie, pour sa part, fait référence à un état de relaxation suite à la décharge de la demande ou du besoin, mais elle peut également être le signe d'une absence d'intérêt pour le contact, l'interaction et l'environnement, comme nous pouvons l'observer dans certaines manifestations cliniques. Ce dialogue non-verbal prépare ensuite le terrain pour l'acquisition du langage verbal car les échanges toniques et émotionnels aident l'enfant à comprendre la communication humaine, les intentions et les sentiments de l'autre, qui seront affinés plus tard par l'accès à la parole.

Le concept de dialogue tonique est ensuite approfondi par J. de Ajuriaguerra²⁸⁸ (1974), qui, à la suite de Wallon, affirme que tout échange entre individus comporte une composante non verbale reflétant l'état émotionnel et affectif de chaque interlocuteur. Le tonus des corps dans l'interaction constitue la base du dialogue corporel, formant un code dont la valeur de message traduit l'émotion implicite dans la relation. J. de Ajuriaguerra introduit la notion de « dialogue tonique-émotionnel » pour désigner les interactions subtiles et souvent inconscientes entre le nourrisson et son environnement, interactions qui jouent un rôle fondamental dans le développement affectif et psychomoteur de l'enfant ainsi que dans la construction de son image du corps. L'auteur suggère que les réponses appropriées des soignants aux signaux tonique-émotionnels de l'enfant renforcent le sentiment de sécurité et contribuent à la création d'un lien affectif solide entre l'enfant et l'adulte.

Lapierre et Aucouturier (1984) développent également le concept de relation tonique, définie comme échange dialectique entre les corps permettant une compréhension et une communication profondes. Ce qui est intéressant dans la proposition d'Aucouturier, c'est que cette communication n'est pas traduisible dans le langage parlé, tout en restant

²⁸⁸ Ajuriaguerra, J. de. (1974). *L'évolution psychomotrice du jeune enfant*. Paris, Masson.

dans un registre moins élaboré. Elle n'est pas liée à la motricité volontaire mais aux modulations toniques qui donnent aux gestes un contenu affectif et émotionnel non conscients. Cette notion renvoie aux traces mnésiques des expériences archaïques, à leur caractère inconscient, inaccessible à la mémoire et à la représentation, et pourtant fondamentales pour la relation à autrui et à la constitution psychique.

En reprenant les idées de H. Wallon et de Julian de Ajuriaguerra, A. Bullinger²⁸⁹ propose la notion de « régulation tonique », qui repose sur quatre facteurs principaux : d'abord, un niveau de vigilance où chaque état de vigilance est associé à un état tonique ; ensuite, les flux sensoriels, qui nécessitent la modification de la tonicité afin de s'adapter à la variabilité de ces flux. Le troisième facteur, qui constitue l'axe central de notre travail clinique, est l'impact de l'environnement humain comme régulateur de la tonicité. Le dernier point porte sur les représentations sensorimotrices, qui sont à la base de l'image du corps. En combinant ces facteurs, le corps s'organise dans la dimension spatio-temporelle en établissant une relation plus ou moins cohérente avec lui-même et son entourage.

Dans une perspective similaire, mais à un niveau plus psychique, D. Houzel²⁹⁰ suggère que la construction d'un monde de représentation passe d'abord par la création d'une enveloppe corporelle et psychique capable de donner consistance à la perception du corps propre. Cette enveloppe est directement liée à la régulation tonique et à la coordination sensorielle, au sens proposé par Bullinger. La régulation tonique constitue la partie interne de l'enveloppe corporelle, tandis que la coordination sensorielle correspond à la partie externe de cette enveloppe. Leur articulation est indispensable à la sensation d'unification et de cohérence du corps, dont l'absence peut entraîner un dédoublement du moi.

Pour Benoît Lesage²⁹¹, le tonus du corps renvoie à une notion de tension, d'intensité et à une manière de se soutenir, qui contribue à situer et à maintenir le corps dans l'espace et le temps tout en acquérant une série de nuances à partir des interactions relationnelles

²⁸⁹ *Op. Cit.* Bullinger, A. (2007)

²⁹⁰ *Op. Cit.* Houzel, D. (2011).

²⁹¹ Lesage, B. (2021). « Tonicité : modulation, accordage, expressivité et rencontre ». Dans : B. Lesage, *Un corps à construire : Tonus, posture, spatialité, temporalité* (pp. 119-174). Toulouse, Érès.

et émotionnelles. À partir de la tonicité, le corps acquiert une certaine posture qui modèle la forme qu'il prend pour entrer en dialogue avec l'entourage et les autres. Ainsi, la tonicité, par la forme posturale qu'elle adopte, exprime la qualité de présence qui est à la base de l'image du corps et de la mise en scène de cette image dans l'environnement. Citons ici Lesage pour rendre compte de l'importance qu'il accorde à la tonicité et à sa relation avec la vie psychique, qui s'avère tout à fait essentiel dans notre travail clinique :

« La tonicité est le jeu adaptatif qui sous-tend notre façon d'être là, d'entrer en matière selon un nuancier subtil, qui actualise, communique et nous donne à percevoir nos états psychiques ainsi que ceux d'autrui. Par la tonicité, nous donnons à sentir, nous sentons ce que nous donnons, et nous entrons en résonance, en empathie, ou au contraire nous nous coupons de la relation, selon que nous nous accordons ou désaccordons »²⁹²

Nous mettons alors en avant le rôle prépondérant du dialogue tonique-émotionnel et de l'action motrice dans le processus de devenir sujet, dans les manières d'habiter le corps et la relation, qui forment une position singulière. Du dialogue tonique-émotionnel naît le schéma corporel à partir duquel il est ensuite possible de soutenir l'image du corps, grâce à son intégration dans le registre de la vie psychique. Ces deux concepts constituent des éléments-clés dans l'élaboration du corps, dans sa représentation et son appropriation subjective.

1.5.2 Le schéma corporel et l'image du corps :

Le schéma corporel et l'image du corps sont deux aspects essentiels de la transformation de l'organisme en corps, dont le corrélat psychique permet la structuration du moi. Le premier renvoie principalement au corps dans l'espace et dans le temps, au dialogue tonique mis au service de la relation à l'autre et à l'environnement, tandis que

²⁹² Idem. P. 119.

l'image du corps se révèle être le représentant psychique du corps, qui permet son appropriation et son identification.

1.5.2a Le schéma corporel

Le schéma corporel est un concept introduit vers 1893 par Pierre Bonnier, qui le décrit comme un modèle perceptif permettant à l'individu de repérer, d'une part, les stimuli, les limites et les réponses de son propre corps et, d'autre part, de situer ce corps dans l'espace. Cela implique à la fois la reconnaissance des sensations internes du corps mais aussi celle de la manière dont le sujet a accès à lui-même et au monde qui l'entoure.

Henry Head²⁹³ propose le terme de « schéma postural » pour désigner un modèle à partir duquel les changements de posture sont mesurés avant d'être introduits dans la conscience. Head affirme que chaque nouvelle posture ou mouvement entre dans la conscience sous l'influence d'expériences antérieures qui construisent un schéma propre, une représentation et permettent une figuration spatiale du corps. Ce schéma est flexible, ouvert au changement et se transforme en permanence (Buffone, 2019).

H. Wallon²⁹⁴ décrit le schéma corporel comme l'unité psychobiologique de l'individu, dans laquelle les aspects biologiques et psychologiques fonctionnent de manière dynamique et synchrone. L'évolution de ce schéma est déterminée par le développement psychomoteur, influencé par l'émotion. Wallon distingue trois registres fondamentaux qui, par leur interaction, organisent le schéma du corps : l'intéroceptif, lié aux fonctions viscérales, le proprioceptif, lié à l'équilibre, au mouvement et à la posture et qui constitue l'axe principal de la perception du temps et de l'espace, et l'extéroceptif, qui rend compte des stimuli d'origine externe.

²⁹³ Head, H. (1893). "On Disturbances of Sensation with special reference to the pain of visceral disease". Dans *Brain*, 19, (1-2), 1-133.

²⁹⁴ *Op. Cit.* Wallon, H. (1949).

Une autre perspective importante est celle de J. de Ajuriaguerra²⁹⁵, qui décrit le schéma corporel comme la présence du corps dans l'espace à travers la perception, donnant du sens à l'expérience de la motricité et de la sensorialité. Selon l'auteur, le schéma corporel réalise une construction dynamique qui s'actualise constamment en intégrant les données actuelles et passées pour fournir une signification aux actes et aux perceptions, dans un cadre spatial de référence.

Enfin, les postulats de Paul Schilder²⁹⁶ nous semblent importants en raison de leur relation avec l'image du corps. Schilder définit la notion de schéma corporel comme représentation tridimensionnelle que chaque individu a de son propre corps. Il s'agit d'une structure interne qui intègre les différentes sensations provenant du corps mais qui n'est pas uniquement une perception en tant qu'elle contient des images et des représentations mentales. Schilder soutient que le schéma corporel comporte un aspect libidinal, qui permet de tendre vers la structuration de l'image du corps.

1.5.2b Les images du corps

Paul Schilder²⁹⁷ propose l'image du corps comme la forme que prend le corps dans l'esprit de l'individu, liée à la perception et à l'imagination. Elle englobe à la fois les sensations physiques et les représentations mentales du corps. En ce sens, l'image du corps indique que, bien que passant par les sens, ce n'est pas une pure représentation. C'est-à-dire que si l'image du corps a une base physiologique, sa structure est libidinale et c'est précisément la libido qui façonne la sensorialité (Gantheret, 1968).

Pour approfondir la question de l'image du corps, les contributions de Françoise Dolto sont primordiales. F. Dolto²⁹⁸ élabore l'image du corps en la différenciant du schéma corporel. Le schéma corporel correspond à l'expérience charnelle, au contact avec le monde physique,

²⁹⁵ *Op. Cit.* De Ajuriaguerra, J. (1974)

²⁹⁶ Schilder, P. (1935). *L'image du corps*. Paris, Gallimard, 1980.

²⁹⁷ Idem.

²⁹⁸ Dolto, F. (1988). *L'image inconsciente du corps*. Paris, Robert Laffont

lequel a pour fonction la cohésion du corps et l'intégration des expériences de la réalité. L'image du corps relève d'un caractère proprement psychique, par sa dimension principalement inconsciente et joue un rôle à la fois constitutif et structurant. Elle est une « mise en image » du corps dans l'inconscient centrée sur les zones érogènes à partir de la pulsion, qui constitue une production singulière, propre à chaque sujet et liée à son histoire.

F. Dolto la décrit comme : « *la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles...l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant...Mémoire inconsciente de toute expérience relationnelle, toujours actuelle et vivante* »²⁹⁹.

En considérant la dimension de l'image du corps en tant que construction de l'inconscient, il nous semble important de nous référer aux postulats de J. Lacan (1949) sur l'image spéculaire dans le stade du miroir. Car même s'il ne s'agit pas de l'image du corps telle qu'elle a été proposée par Dolto, nous considérons que son caractère relationnel et inconscient renvoie à l'image spéculaire, ce qui nous permet d'approfondir sa constitution psychique.

J. Lacan³⁰⁰ propose que l'*infans*, encore immature sur les plans physiologique et psychique, éprouve son corps comme un corps morcelé. C'est à partir de l'image renvoyée par le miroir qu'il parvient à une perception unifiée de son corps, à condition que cette image soit accompagnée de la présence de l'autre qui incarne l'altérité lorsque celui-ci signale et nomme l'image que l'*infans* perçoit dans le miroir. Ce mouvement d'identification à l'assomption jubilatoire de l'image du miroir constitue la matrice symbolique et imaginaire qui permet l'articulation des trois registres proposés par Lacan, où l'organisme, dans son caractère de réel, rejoint la dimension imaginaire et la fonction symbolique. À partir de cette opération, le moi se précipite dans une forme primordiale qui est le support fondamental de la constitution du « Je ».

²⁹⁹ Idem. pp. 22.

³⁰⁰ Lacan, J. (1949). « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je, telle qu'elle nous est révélée, dans l'expérience psychanalytique ». Dans *Revue Française de Psychanalyse* 1949, volume 13, n° 4, pp 449-455.

Pour sa part, D. W. Winnicott³⁰¹ attribue au regard de la mère et à l'expression de son visage une fonction de miroir. Le bébé s'identifie à ce que le regard de sa mère lui reflète, à l'affect porté par son visage, c'est-à-dire à ce qu'elle « voit » de lui. Cela permet à l'enfant d'avoir une image de lui-même et de lui donner un sens de soi. Cependant, Winnicott souligne que dans certains cas, la mère ne représente pas un reflet du bébé en lui renvoyant par son regard ses propres émotions, besoins ou défenses, de sorte que sa fonction de miroir rate et que l'image que le bébé se fait de lui-même est l'image de l'échec maternel.

Dans le cas de l'autisme, l'assomption triomphante de cette image unifiée, qui met fin à la fragmentation du corps, n'est pas accomplie. Ni l'image du miroir ni le regard de la mère ne renvoient à l'enfant une image de lui-même dans laquelle il puisse se reconnaître. Par conséquent, le registre de l'imaginaire ne s'établit pas et le signifiant de l'Autre n'a pas de valeur symbolique, ne signifie rien pour lui. Sans la médiation de l'imaginaire et du symbolique, la relation à l'autre et l'Autre reste dans un registre purement réel, envahissant et porteur de souffrance. Dans le même temps, l'échec de l'image spéculaire entraîne un clivage dans la constitution du moi et du sentiment d'exister.

Pour illustrer ce point fondamental pour notre recherche et notre pratique clinique, nous rejoignons les propos de Lheureux-Davidse :

« L'image du corps se défait peu à peu dans des vécus d'arrachement des extrémités, des mains et des pieds, du bas du corps, de la bouche, et l'axe du dos ne maintient plus la tonicité du corps, le regard est ailleurs. Les expressions faciales sont comme gelées et toute communication par l'expression de sa voix semble devenir impossible »³⁰².

À cet égard, Donna Williams décrit de manière exemplaire la difficulté de l'image du corps dans l'autisme, ainsi que la difficulté à assumer l'image spéculaire et le manque de

³⁰¹Winnicott, D. W. (1971). *Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant*. Dans *Jeu et Réalité*. (C. Monod, J-B. Pontalis, Trans.). Paris, Gallimard, 1975.

³⁰² Lheureux-Davidse, C. (2007). « Jouer avec les mouvements, les vibrations et les rythmes dans l'urgence de la voix ». Dans *Corps & psychisme : recherches en psychanalyse et sciences*. pp.186.

valeur de représentation que celle-ci entraîne. Nous citons ses propres mots pour illustrer la forme que cela peut prendre :

*« Un jour que je me balançais dans mon arbre, une fille s'approcha et m'aborda pendant que je me balançais. Elle s'appelait Carol... C'est cette étrangère que je n'avais rencontrée qu'une fois qui changea ma vie. Elle fut « la fille dans le miroir »... Quant à Carol, elle entra par le miroir... Je me mis à lui parler, et elle m'imita. Cela me mettait en colère et je lui expliquai qu'elle n'avait pas besoin de s'amuser à cela, puisque nous étions seules. Passant outre, elle se mit à faire tout ce que je faisais. Je lui demandais pourquoi, elle me retournait la question. Je finis par en conclure que la réponse devait être un secret. Je me fis à l'idée que Carol comprenait que personne ne devait voir que je lui parlais, et que c'était là sa façon de me protéger. Je pris donc le parti de lui parler désormais à voix basse, approchant mon visage le plus près possible du sien en me demandant pourquoi elle ne tournait pas la tête pour m'entendre. Mais quand je ne faisais pas face au miroir, elle disparaissait, et je me sentais abandonnée. Quand j'avais droit sur le miroir, elle revenait, et j'essayais de regarder derrière la porte pour voir si elle était ... Quant à la pièce dans laquelle je la voyais, dans le miroir, c'était le lieu qui servait d'intermédiaire entre son monde et le mien. Je compris alors le secret. Il me suffisait de pénétrer dans cette pièce pour rester avec elle et accéder à son monde. Restait une dernière énigme : comment entrer dans le miroir ?... ».*³⁰³

Lorsque nous nous référons à la clinique de l'archaïque, nous pensons à un temps antérieur à la possibilité d'assumer l'image du miroir telle que proposée par J. Lacan (1949). D'une part, en raison du temps chronologique des bébés que nous recevons, qui, par leur précocité, n'ont pas encore les capacités ou la maturité pour qu'un tel processus puisse advenir. D'autre part, parce que l'enfant autiste sévère semble être encore figé dans un état psychique primitif, avant la possibilité d'assumer une image unificatrice de lui-même et

³⁰³ Williams, D. (1992). *Si on me touche, je n'existe plus*. Paris, Éditions Robert Laffont. pp. 37-38.

d'accéder à une représentation psychique plus élaborée, incluant l'articulation des trois registres proposés par Lacan.

Néanmoins, si nous reprenons la notion d'image du corps selon F. Dolto, nous pouvons supposer que nos petits patients ont une vague image du corps, même si elle est très éphémère, discontinue et chaotique. Elle suggère que :

« Tout contact avec l'autre, que ce contact soit de communication ou d'évitement de communication, est sous-tendu par l'image du corps ; car c'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente »³⁰⁴.

Cette approximation nous amène à envisager l'existence d'une image du corps chez le bébé en détresse et l'enfant autiste, même si c'est dans des conditions primitives et fragmentaires, et à nous interroger sur la forme que pourrait prendre cette image. À ce sujet, nous considérons qu'une des formes possibles d'image du corps dans l'autisme pourrait être liée à la motricité. Nous postulons donc la possibilité d'une image motrice en tant que forme pré-figurative capable d'y loger la mise en scène du corps dans l'autisme.

Dans cette perspective, les postulats de G. Haag se révèlent significatifs en tant qu'ils expliquent comment les flux sensoriels émanant de la convergence des différents sens créent des images sensorimotrices, lesquelles sont mises en relation avec l'autre et l'entourage sous forme de « boucles de retour »³⁰⁵. Ces boucles s'organisent dans un mouvement circulaire et rythmique de va-et-vient qui implique une dynamique dans laquelle l'image se nourrit par les effets de la rencontre avant d'être transformée en gestes et mouvements constituant les premiers matériaux de la pensée. C'est ainsi que l'image motrice, considérée par Haag comme mode primordial de pensée, s'articule avec la pulsion et l'émotion et constitue la source de la représentation de l'action :

³⁰⁴ *Op. Cit.* Dolto, F. (1988) pp. 23.

³⁰⁵ Haag, G. (2009). « Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile ». Dans *Enfance*, 1, 121-132.

*« Des représentations motrices et visuo-motrices découlant du jeu pulsionnel et émotionnel dans la rencontre, c'est-à-dire d'un mouvement 'poussé vers', d'une 'tension vers' provenant des excitations internes cherchant l'apaisement des besoins vitaux, y compris le besoin de contact dans la rencontre, architecturent des formes rythmiques et fermées qui sont les premières représentations de contenance et de squelette interne ».*³⁰⁶

Ces premières représentations rythmiques et géométriques prennent alors une valeur (pré) symbolique de représentation d'un monde interne qui peut être partagé avec l'autre. Or, dans l'autisme, nous observons souvent ces formes circulaires dans les mouvements de rotation du corps de l'enfant sur son propre axe et dans l'utilisation de l'objet, par exemple la ficelle que l'enfant fait tourner en permanence devant lui comme nous pouvons le remarquer chez Willy, où les deux mouvements s'effectuent simultanément. Cependant, ces mouvements circulaires semblent échapper à la possibilité de représentation et d'échange dans la relation ; ils concernent plutôt une forme d'auto-maintien corporel et constituent parfois une barrière pour tenir l'autre à distance, ou un recours pour mettre en place des frontières délimitant une surface. Cela évoque l'existence de formes circulaires dans les mécanismes de l'autisme, comme le suggère F. Tustin³⁰⁷.

Nonobstant, ces mouvements en boucle semblent à nos yeux constituer une première tentative d'image motrice de soi-même, bien qu'apparemment hors relation.

Nous observons très souvent à partir de notre travail auprès d'enfants autistes sévères que l'utilisation de ficelles qui tournent devant eux forme une boucle qui leur permet d'habiter l'espace et de soutenir une image vivante de leur propre corps à travers l'objet, qui est ressenti comme une partie d'eux-mêmes. Bien que ces mouvements circulaires ne constituent pas une boucle de retour, ils leur fournissent un support qui fait « comme » une image motrice de leur corps, leur permettant de soutenir leur axe vestibulaire et

³⁰⁶ Idem. pp. 122-123

³⁰⁷ Tustin, F. (1984). « Les formes autistiques ». Dans *Lieux de l'enfance (Approche psychanalytique de l'autisme infantile)*, n°3, 1985, 221-246.

proprioceptif et ainsi se maintenir dans l'espace partagé, ce qui leur donne une image de soi, bien que de manière autosensuelle.

En effet, nous constatons que ces mouvements stéréotypés et répétitifs, qui apparemment n'auraient pas de sens, montrent leur propre manière d'habiter le corps et l'espace. Selon Dominique Mazéas, les stéréotypies rythmiques des enfants autistes sont inconsciemment utilisées pour faire face aux événements imprévisibles et déstabilisateurs. En intégrant un rythme de sécurité, l'enfant peut effectuer un travail de symbolisation primaire, lui permettant de relier ses expériences vécues³⁰⁸. Ils peuvent ainsi acquérir la valeur d'un code pré-symbolique dans l'échange avec l'autre s'ils sont considérés comme des expressions de leur singularité. À cet égard, nous proposons une vignette clinique qui nous aidera à illustrer ces mouvements circulaires et leur importance pour le travail clinique.

Lucas et le rituel de la ficelle :

Lucas est un enfant de 4 ans pour qui le diagnostic d'autisme sévère a été posé depuis l'âge de deux ans. Ses parents, préoccupés par son repli, son manque d'interaction avec l'entourage et son absence de babillage, ont demandé l'avis d'un neurologue qui a rapidement posé le diagnostic.

Lucas ne parle pas, il manifeste une forte désorganisation sensori-motrice et se replie sur lui-même, faisant des mouvements auto-sensuels excessifs au point d'être trempé de sueur, ce qui témoigne d'une décharge motrice massive face à l'intensité de ses affects. Bien que la présence d'autrui dans l'environnement ne semble pas l'envahir, elle ne semble pas non plus exister. Il se déplace dans le lieu comme s'il n'y avait personne d'autre. Pourtant, Lucas est un enfant affectueux, qui recherche le contact affectif de ses thérapeutes de manière corporelle dès qu'il établit un sentiment de confiance avec elles. Dès son arrivée dans notre institution d'accueil, il demande à être pris dans les bras, pose sa tête sur l'épaule

³⁰⁸ Mazéas, D. (2017). « Enclaves autistiques et ajustement contre-transférentiel ». *Le Coq-héron*, 2017/2 N° 229. pp. 91-100.

de l'analyste avant qu'il ne se dirigent ensemble dans la salle. Lorsqu'ils se trouvent dans l'espace thérapeutique, Lucas retrouve sa sécurité dans les contours que lui offre la régularité du cadre et de cet espace familier qui semble être sécurisant pour lui. Il quitte alors les bras de l'analyste et part immédiatement à la recherche de ficelles.

Lucas tient toujours une ficelle dans la main, laquelle constitue pour lui un objet autistique au sens décrit par F. Tustin (1977), dont la fonction est de le protéger de la menace du monde extérieur, de l'invasion qu'il ressent de l'autre et de ses propres émotions qui le perturbent. Ces ficelles l'accompagnent pendant la quasi-totalité de la séance, mais aussi dans sa vie quotidienne. En arrivant dans la salle de thérapie, Lucas lâche sa ficelle pour prendre l'une des nôtres. Comprendant l'importance de la ficelle pour certains des enfants que nous accueillons, nous mettons à leur disposition plusieurs ficelles, lesquelles ont des textures, des couleurs et des épaisseurs différentes. Certaines ont également une poignée dure en bois ou en plastique, ce qu'il préfère.

Lucas fait plusieurs mouvements avec les ficelles. Tout d'abord, il réalise un mouvement vertical et circulaire, similaire à celui de Willy, qu'il fait devant lui. Ces mouvements circulaires de la ficelle semblent être une tentative de « *self-maintenance* » (Winnicott, 1975), une manière de maîtriser par une sensation corporelle l'angoisse d'effondrement et d'assurer ainsi son sentiment d'exister. Cependant, Lucas fait également un mouvement au sol. Il se tient étendu, frontalement, sur le tapis ou parfois s'assoit sur ses genoux, et fait bouger la ficelle en faisant des vagues horizontales qui marquent une direction dans l'espace qu'il va ensuite parcourir. Il se lève et se dirige vers l'endroit indiqué par la ficelle, s'y place debout et reprend ses mouvements verticaux et circulaires. Ces mouvements se déroulent en alternance ; ils dépendent peut-être de ses besoins pour se tenir dans l'espace et pour se sentir dans son corps. Cela peut être considéré comme une réduction du clivage vertical, donnant accès à une image motrice comme une première forme horizontale de l'image du corps.

Par ailleurs, Lucas prend toujours une ficelle avec une poignée dure et même si la ficelle n'en a pas une, il trouve un autre objet aussi dur qui y est accroché. L'objet solide qu'il

tient ancré à la ficelle semble constituer un ancrage sensoriel qui lui fait ressentir la solidité de son corps par identification projective à la dureté de l'objet. Cet objet prend alors la forme d'une petite branche à laquelle on s'accroche pour éviter de tomber dans le vide ou dans l'environnement menaçant. D'autre part, la verticalité de la ficelle évoque un accrochage à la verticalité de l'objet lorsque l'enfant éprouve des vertiges dans l'espace ou des émotions débordantes. Elle agit comme une récupération réflexe de sa propre verticalité, offrant un ancrage dans un environnement perçu comme instable.

Or cette ficelle, bien que verticale, est également mobile et fluctuante, créant des traces de mouvements tourbillonnaires et circulaires. Ces mouvements circulaires créent une première forme d'« entourance »³⁰⁹, un mouvement sphérique qui, lorsque Lucas s'y insère visuellement, lui donne l'impression d'être entouré par un mouvement vivant. Cela lui procure la sensation d'avoir des bords sensoriels autour de lui et lui permet de restaurer sa « peau »³¹⁰ et de se sentir dans un contenant sécurisé. Ainsi, la dureté de la poignée favorise la tonicité corporelle et lui permet d'habiter l'espace, tandis que la souplesse des mouvements rotatifs lui confère la fluidité d'un mouvement vivant et la sensation d'une enveloppe protectrice.

En fait, nous observons que les enfants autistes, malgré leurs difficultés relationnelles, recherchent ces formes contenantantes. Ils tournent autour des murs ou font tourner des ficelles pour reproduire des mouvements contenantants qu'ils ne retrouvent pas dans la relation ni dans leur propre corps. Ils semblent alors avoir l'impression d'être au milieu de quelque chose de vivant et animé, se sentant contenus. Cette expérience de contenance, bien que micro-animée par les mouvements de l'objet, est souvent contrôlée par l'enfant à partir de son objet autistique, offrant une sorte d'équivalent à la relation mais sous une forme sensorielle d'agrippement qui est sécurisée et prévisible. Dès lors, l'enfant se sent contenu par ces mouvements circulaires qui créent des formes contenantantes que

³⁰⁹ Haag, G. (2009). « Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile ». Dans *Enfance*, 2009/1, (1), pp. 121-132.

³¹⁰ Idem

Frances Tustin (1972) appelle les « formes autistiques », souvent représentées par des cercles.

Nous constatons donc que les mouvements tourbillonnaires remplissent plusieurs fonctions : ils compensent l'absence de limite claire entre l'intérieur et l'extérieur, créant une limite circulaire qui offre à l'enfant une expérience de contenance similaire à celle de la peau. Cette limite permet à l'enfant de sentir une séparation entre l'intérieur et l'extérieur, ce qu'il n'a pas encore construit psychiquement. Les mouvements tourbillonnaires créent ainsi une fonction de contenance en offrant une verticalité et un support sensoriel solide auquel l'enfant peut s'agripper et filtrer le trop-plein de l'environnement. En effet, ces mouvements sont des mécanismes de récupération qui permettent à l'enfant de se sentir exister à nouveau et de se recentrer. Ces mécanismes sont normalement considérés comme un stéréotype autistique chez les autres, mais pour lui, c'est une récupération de lui-même qui a pour effet de faire disparaître l'environnement et la relation.

Nous voyons là s'articuler différentes fonctions assurées par la ficelle : la contenance, la verticalité, le mouvement fluide créé par le mouvement ondulatoire de la ficelle, et aussi l'agrippement à un mouvement vibratoire avec du solide, qui le rend lui-même assez solide pour se situer dans l'espace. Cela lui permet de se sentir exister à nouveau, de se récupérer lui-même dans son sentiment d'existence, mais d'une façon éphémère.

En ce qui concerne le travail analytique du lien, nous nous servons de la ficelle pour envisager l'ouverture des mouvements solipsistes de Lucas vers la possibilité d'une rencontre avec l'autre. Pour ce faire, l'analyste prend également une ficelle afin de refléter ses manières d'être et de se tenir, matérialisant quelque chose de semblable entre eux. En imitant ses mouvements, l'analyste introduit de petites variations qui apportent de la nouveauté au mouvement répétitif de la stéréotypie, ce qui a pour but de les transformer en mouvements rythmiques où peut s'envisager une alternance entre la création et la répétition. Cela s'avère possible dans la mesure où la ficelle de l'analyste semble intéresser l'enfant, qui la prend de temps en temps dans un jeu d'interaction. Ces échanges entre les ficelles se manifestent sous différentes formes qui favorisent la rencontre et révèlent l'usage

de cet objet autistique, qui devient alors une métaphore du lien. D'abord, l'analyste prend l'autre bout de sa ficelle, elle d'un côté et Lucas de l'autre, pour la faire tourner ensemble, ce qui requiert un mouvement d'ajustement en synchronie qui semble lui faire plaisir.

Si Lucas paraît absorbé dans son mécanisme autistique auto-sensuel, il arrive souvent qu'il perçoive les changements introduits par l'analyste : par exemple, si je laisse la ficelle sur le sol, Lucas, qui ne semblait pas percevoir ni s'intéresser à ma présence, sort de son mouvement répétitif, ramasse la ficelle et la remet dans ma main sans montrer aucune expression d'émotion, ce qui ressemble à une tentative de remettre les choses à leur place. Cependant, cela suggère aussi que sa vision périphérique reçoit des informations qu'il est capable d'intégrer et qui, provenant de sources sensorielles non directes comme le regard frontal, sont moins absorbantes et moins invasives. Elles peuvent alors être incorporées par ses mécanismes sensoriels sans être démantelées. Ces informations périphériques contribuent également à maintenir la verticalité du corps, en optimisant le traitement des informations provenant du système vestibulaire. Ce mouvement nous fait penser à la possibilité d'une ouverture vers la rencontre avec l'autre, par cette voie périphérique ; raison pour laquelle nous l'approchons de cette façon indirecte, pour préserver son sentiment d'exister dans son corps.

Face à ce scénario, au cours d'une séance, je propose à Lucas de faire un nœud entre sa ficelle et la mienne, en les liant à leur extrémité par un nœud, dans une tentative de figurer une possibilité de relation. Lucas accepte. Une fois les ficelles nouées, qui traversent toute la salle, nous leur faisons réaliser un mouvement circulaire, différent et synchrone, l'une dans la main de Lucas et l'autre dans la mienne. Ce mouvement requiert que nos mains se synchronisent pour effectuer la rotation. Parfois, nous atteignons un rythme commun qui produit de grands anneaux avec les deux ficelles, provoquant des expressions de joie chez Lucas. D'autres fois, les mouvements sont désordonnés et informes, et les ficelles s'emmêlent entre elles, faisant des nœuds qui empêchent le mouvement circulaire. Dans ce cas, Lucas me demande de les séparer par un geste, où il me tend le nœud des ficelles pour que je puisse défaire les nœuds, sans pour autant se désorganiser face à l'échec de la

situation. Il me regarde faire et attend patiemment, même si parfois il me faut un certain temps pour les dénouer.

Nous considérons cette situation clinique comme une belle métaphore du lien à l'autre, qui parfois est fluide et permet un rythme commun, alors qu'à d'autres reprises il s'entrave ou s'emmêle, générant des difficultés dans la synchronicité de ceux qui participent à la rencontre.

Nous avons également exploré d'autres formes de liens à travers les ficelles, en lui proposant un échange entre sa ficelle et la mienne, auquel il répond normalement avec plaisir et me redonne ensuite ma ficelle pour récupérer la sienne. Une autre modalité que nous employons consiste à prendre l'autre extrémité de sa ficelle lorsqu'il la fait bouger sur le sol et à réaliser des mouvements circulaires et ondulatoires ensemble, ce qui semble le réjouir. Ces mouvements partagés lui permettent de construire la verticalité et la contenance non pas uniquement avec sa ficelle, mais grâce à la relation par laquelle il se sent concerné, ce qui favorise l'inscription psychique à partir de la rencontre.

Par ailleurs, lorsque chacun est avec sa ficelle, cela permet de délimiter un espace propre, de maintenir une distance, de respecter son silence et de proposer un espace intermédiaire où nous pouvons être ensemble sans pourtant fusionner, favorisant ainsi la différenciation.

Cependant, si Lucas ne trouve pas les ficelles, il se désorganise rapidement et ses mouvements saccadés aux extrémités nous montrent la décharge de sa souffrance, tandis que ses gémissements de mécontentement augmentent. Il a des crampes dans les mains et les pieds, les mouvements rigides de ses doigts signalent une forte douleur, comme s'il déchargeait une excitation insupportable, ce qui nous rappelle la théorie de Freud sur la douleur face à une excitation excessive. Puis il court vers l'un des coins de la pièce, toujours le même, et se met en position de repli, recroquevillé sur lui-même : genoux au sol, torse sur ses jambes et tête entre ses genoux. Il se transforme alors en une petite boule au coin du mur, à l'image d'un cloporte touché par une main humaine qui se referme complètement sur lui-même. Il se place entre deux grands coussins, ce qui semble lui donner une certaine

contention, ainsi que le propose T. Grandin (2011) avec sa machine à serrer. Sa réaction s'accompagne de mouvements de bascule, qui semblent révéler un repli douloureux sur soi. Pour l'aider à sortir de cet état, je m'approche doucement de Lucas et pose légèrement ma main sur son dos afin de redonner un « arrière-plan » à son corps. Je l'accompagne parfois en silence, parfois en lui chuchotant des mots pour exprimer sa souffrance. Lorsque commence à se réduire l'intensité de ces mouvements frénétiques et la densité de ses cris, je propose à Lucas d'aller chercher la corde qu'il n'a pas pu trouver. Il répond d'abord en acceptant ce contact à la surface de la peau, lève son regard vers le mur puis tourne la tête en direction de l'analyste qui, prenant une distance suffisante, lui tend la main et lui propose un « allons-y ? ». Lucas prend ma main et nous partons à la recherche de la ficelle perdue.

Même si la ficelle paraît l'éloigner du monde et de la relation, dans un mouvement autosensuel et d'agrippement sensoriel, elle lui permet d'habiter un espace commun. Les mouvements de ficelles et entre les ficelles conçoivent un jeu d'interaction dans lequel un milieu commun se tisse, où la rencontre et la séparation de nos ficelles représentent une projection et un support matériel de la relation. La ficelle se révèle être un objet malléable, capable de s'adapter aux besoins de l'enfant, mais aussi au processus thérapeutique pour le travail du lien. Elle se transforme ainsi en un moyen d'échange, en lien à l'autre, par un simple trait d'union.

Comme nous l'avons évoqué, A. Green³¹¹ souligne que la nature de l'affect est un événement psychique lié à un mouvement en attente d'une forme. Nous pouvons considérer les mouvements de Lucas comme une tentative de figuration de ses affects à partir de la sensorialité et de la motricité, dans la mise en scène de la ficelle. Ainsi, l'acte de création de formes dans le jeu de la transformation permet d'envisager les premières esquisses de représentation³¹². En effet, nous cherchons à transférer l'affect que Lucas ne peut tolérer dans son corps par sa projection dans la ficelle dont les mouvements circulaires commencent à interagir et lui permettent de constituer une image de son propre corps et de celui de

³¹¹ Green A. (1970). « L'affect ». Dans *Revue française de Psychanalyse*, XXXIV, 5-6, p. 885-1169.

³¹² *Op. Cit.* Haag, G. (2009).

l'autre. Cela favorise les premières figurations d'union et séparation, de moi/non-moi et d'une perméabilité non destructrice de la relation. En même temps, le mouvement circulaire des ficelles produit un espace tridimensionnel, qui vise à représenter, de manière précaire, les notions d'interne et d'externe. Ainsi, à travers l'objet partagé, nous essayons de produire ces premières élaborations du corps et du lien à l'autre dans une dimension imaginaire et figurative.

Cette vignette clinique montre les mouvements et les actes de l'enfant et de l'analyste, dans une mise en lien qui s'avère possible par le recours à la sensorialité et à la motricité, lesquels s'organisent par le rythme des corps en relation lorsqu'une synchronie devient possible. C'est en repérant et en imitant ses formes d'habiter son corps et l'espace que Lucas réussit à se reconnaître lui-même en miroir avec l'analyste. Cette reconnaissance comprend en même temps des micro-différences et des changements qui créent une différenciation et constituent le début de l'intersubjectivité. Ainsi, lorsqu'il s'intéresse à la présence de l'analyste et qu'il investit les interactions conjointes, Lucas éprouve la possibilité d'une coexistence auprès de l'autre dans laquelle personne ne disparaît.

La prise en charge du corps sensori-moteur cherche à susciter, entre autres, ces premières images motrices et sensorielles qui, bien qu'elles atteignent à peine une tentative de figuration, commencent à laisser des traces d'inscription psychique du corps de l'enfant et favorisent l'ouverture vers la rencontre. Il s'avère donc essentiel, pour le travail du lien dans la clinique de l'archaïque, de lire, de comprendre et de traduire les gestes et les mouvements de l'enfant et du bébé comme une manifestation de leurs affects, de leurs besoins et de ce qu'ils cherchent à trouver à travers les objets et les actions. Nous considérons donc leur corps comme le lieu de production d'un mouvement et d'un message inconscient à traduire et à appréhender, où le corps prend la forme d'un *corps à lire*.

1.6 Un corps qui fait langage

Dès la vie intra-utérine, l'être humain est immergé dans la langue de l'Autre qui lui est transmise par la voix maternelle et dans laquelle le bébé s'inscrit (ou refuse de s'inscrire) avant de pouvoir lui attribuer un sens. L'empreinte qu'elle laisse marque la singularité de son histoire, la base de son rapport à lui-même et la reconnaissance de l'altérité. Cette transmission de l'Autre maternel passe par les premiers échanges entre le bébé et ses figures primordiales, à partir de la mélodie de la voix, de sa prosodie et de sa rythmicité, ainsi que par ses discontinuités. Cela concerne également les différentes manières de traiter et d'investir le corps du bébé, ainsi que l'accordage des corps qui constitue un langage non-verbal vectorisant l'affect et la culture. L'Autre et l'autre jouent donc un rôle fondamental dans la construction de ce premier langage corporel, où corps et langage se construisent dans une relation étroite qui les façonne et les module mutuellement.

Dans la clinique de l'autisme et du bébé en souffrance, nous sommes confrontés à des sujets qui, bien qu'immergés dans la dimension du langage, celle-ci fait défaut. Le mot articulé ne peut pas encore émerger en raison de leur immaturité initiale ou de leur stagnation dans le processus de constitution psychique. Ils ne se sont pas encore approprié une position d'énonciation qui les interpelle ou leur permet d'organiser leur vécu et d'exprimer leur expérience. Nonobstant, nous considérons que le langage dans l'autisme se manifeste par des formes particulières d'appropriation, liés à des manifestations corporelles, des actes et des gestes qui prend valeur de discours lorsqu'il peut être écouté et traduit par l'autre. À cet égard, le corps de l'enfant et ses modes de présence se révèlent porteurs d'un langage dont le message peut être adressé à l'autre et constituent une ressource importante pour penser et comprendre ses expériences et ses façons d'entrer en relation.

Dans ce contexte, les contributions de J. Lacan nous offrent une manière de penser le langage au-delà de sa signification et de sa fonction de communication. Si Lacan soutient que « *l'inconscient est structuré comme un langage* »³¹³, ce qui confère au langage un caractère

³¹³ Lacan, J. (1964). *Le Séminaire, Livre XI : Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris, Le Seuil, 1973.

crucial, il nous semble cependant important de remarquer le « comme » de cette phrase, qui donne à l'inconscient un statut qui est autre que le langage lui-même. Selon Lacan, ce « comme » n'est pas « par », soulignant ainsi le débordement du modèle linguistique par la structure de l'inconscient (Vinciguerra, 2011). Cela nous permet de penser à d'autres possibilités de faire « comme » le langage, où le corps pourrait se situer.

Dès lors, sa construction du syllogisme « *lalangue* »³¹⁴ nous semble ici essentielle. Dans ses réflexions sur le signifiant et son rapport aux pulsions intrinsèques dans l'émergence du sujet, Lacan introduit la notion de lalangue pour souligner la valeur particulière du langage dans l'histoire de chaque sujet, en la différenciant de toute valeur de communication. Cette lalangue concerne le langage antérieur dans son articulation à la parole et à l'énonciation, dans lequel l'*infans* est immergé dès avant sa naissance et qui constitue pour lui une autre langue dans laquelle les signifiants cachent leur sens, que l'*infans* ignore. Nous pouvons considérer que cette lalangue renvoie à une langue archaïque, antérieure à l'inscription du savoir sur les mots.

Pour réfléchir à cette notion de lalangue, nous nous référons à une citation de Jean-Pierre Rouillon qui nous semble pertinente pour penser aux effets de cette langue primaire et à sa relation avec le langage chez les enfants autistes et les bébés que nous suivons :

« Lalangue opère une première mise en forme du réel, sous la forme d'un savoir qui se traduit au niveau des affects et de la perplexité qui peut en être la trace. Lacan situe ici l'inconscient comme témoignage des effets de lalangue [...] Ces affects résultent de la présence de lalangue en tant qu'elle articule des choses, sans produire pour autant une liaison [...]. C'est dire que lalangue articule des choses au moyen de ce dont elle dispose : les mots, les phrases entendues, les sons, la musique, le ton, toute la matière présente dans

³¹⁴ Lacan, J. (1975). *Le Séminaire Livre XX : Encore (1972-1973)*. Paris, Le Seuil.

la langue maternelle. Cette première articulation est un traitement du réel qui doit comporter sa part de satisfaction c'est-à-dire aussi de souffrance. [...] »³¹⁵.

C'est alors en considérant la langue par son rapport singulier à l'affect et à l'effet qu'elle produit que nous pourrions nous pencher sur sa compréhension comme un langage de l'affect, antérieur à toute possibilité de sens. Nous proposons donc de considérer les manifestations corporelles de l'*infans* comme un langage de l'affect, qui va au-delà des mots et des significations.

Ce langage de l'affect se révèle dans le travail clinique avec Willy où les bruits qu'il émet dans ce qui semble être une plainte trouvent une forme de résonance affective dans la voix de l'analyste. En prenant leur voix et en l'assimilant dans le langage à la lettre A, l'analyste matérialise de sa voix une prosodie musicale, capable de représenter en quelque sorte, quelque chose du sujet qui l'interpelle. De là naît une émotion partagée qui les surprend et les touche mutuellement, ce qui devient un dialogue sans paroles, qui se transforme ainsi en un langage partagé, avec lequel ils parviennent à se rencontrer et même à communiquer. Les vocalisations de Willy dans cette musicalité témoignent d'un processus de réappropriation du corps et de l'espace par la réalisation singulière du langage dans la prosodie donnant accès à une forme de langage qui soutient une rencontre authentique passant par la voix articulée entre les deux. C'est ainsi qu'à partir des rythmes et des échanges affectifs, Willy réussit à être présent dans la relation et à récupérer son sentiment d'exister.

L'idée d'un langage de l'affect pour le travail clinique psychanalytique auprès d'enfants autistes et de bébés en souffrance repose sur la nécessité de créer un moyen d'entrer en lien avec eux et de favoriser la rencontre dans un milieu adapté à leurs besoins et à leurs manières d'être-là. Cela vise à établir un pont entre l'enfant et l'analyste, permettant l'expérience d'un affect et d'une émotion partagée, qui va de la langue à la

³¹⁵ Rouillon (2011) cité par Bony, F. 2018. « Penser en images, mais pas sans la lettre ! » <https://www.lacan-universite.fr/penser-en-images-pas-sans-la-lettre/>

reconnaissance d'un langage qui s'inscrit dans la relation à l'altérité³¹⁶. Il s'agit d'une manière d'exprimer et de partager des affects, des sensations et des ressentis à travers le rythme de la rencontre, ce qui nous permet de prendre corps et de faire corps.

Dans cette optique, la question du rythme dans la rencontre clinique de l'archaïque mérite une attention particulière, car l'intelligibilité du corps et du langage se trouve brouillée lorsque l'angoisse devient excessive. Le rythme souligne l'importance de créer une synchronisation entre l'analyste et le patient, laquelle est co-construite avec l'enfant, formant un rythme partagé sur lequel ce dernier peut s'appuyer pour « jouer » avec ses propres émotions sans être dépassé par elles. Cet ajustement rythmique permet en même temps à l'analyste d'incarner une forme de malléabilité par sa présence en corps, qui se modèle suivant les besoins et les manifestations de l'enfant. Le rythme pourrait ainsi offrir un prisme à travers lequel saisir ce qui se dit avec le corps, permettant de situer la dimension transféro-contre-transférentielle à partir du corps. En ce sens, les notions de corps et de rythme sont étroitement liées et s'influencent réciproquement dans le travail clinique du lien dans le registre de l'archaïque, où le rythme devient la toile de fond pour établir une relation sécurisante qui favorise la rencontre et le sentiment de continuité de l'existence.

Dès lors, nous proposons de penser le rythme comme une manière de faire lien et de faire corps dans cette clinique, dans laquelle la présence en corps de l'analyste s'avère être l'un des axes fondamentaux. Nous envisageons donc d'aborder le rythme dans le prochain chapitre de cette thèse, avant d'articuler, dans notre dernier chapitre, l'archaïque, le corps et le rythme autour de ce qui constitue le pivot central de notre recherche : la création d'un dispositif clinique pour le travail auprès de l'autisme et du bébé en détresse.

³¹⁶ Irlinger, M., Humphreys, D. (2015). « Quelques pas vers un langage de l'affect : L'environnement sensoriel dans l'advenue du langage chez un enfant autiste ». Dans *Perspectives Psy*, 54, 114-121.

Chapitre 2. Le rythme dans la constitution du lien :

« Le rythme engage un imaginaire respiratoire qui concerne le corps vivant tout entier, de même que la voix n'est pas réductible au phonique, car l'énergie qui la produit engage aussi le corps vivant avec son histoire. Avec le rythme, on n'entend pas du son, mais du sujet... »

(Meschonnic, 2006)³¹⁷

Le rythme est une composante essentielle de la vie, implicite à tout ce qui est vivant, allant du plus universel au plus individuel. La nature elle-même est animée par de multiples rythmes tels que la rotation et la translation de la Terre, le cycle des saisons, le jour et la nuit, qui, par leur constance, soutiennent et façonnent la vie.

La vie humaine s'inscrit dans diverses séquences rythmiques qui structurent le temps et l'espace. Elle est également régie par ses rythmes propres, qui organisent l'organisme, le corps, la vie psychique, ainsi que les relations à autrui et à la culture. En ce sens, le rythme peut être considéré comme un mouvement singulier et propre, lui-même inscrit dans une succession de rythmes qui reflètent la dimension de l'Autre dans lequel chaque individu est immergé. Il définit le lien qui se tisse entre le mouvement du corps et celui de la pensée, ou encore entre le mouvement d'un corps lors d'une rencontre, structurant ainsi la vie, le corps, la pensée et les relations. Le rythme se manifeste donc sous une pluralité de formes et de scénarios, apportant continuité, tonalité et singularité à chaque mouvement.

La temporalité est un aspect crucial du rythme car elle articule la succession, la durée, l'intervalle, la vitesse et la périodicité de toute séquence ou événement. Elle permet ainsi

³¹⁷ Dans Castarède, M. (2007). « Le rythme et la mélodie ». *Spirale* 44, 39-46. pp.40.

l'anticipation et la continuité de l'expérience. Son caractère temporel fait du rythme un élément essentiel de l'adaptation de l'humain à l'espace, dans lequel les rythmes singuliers et collectifs, humains et naturels, se coordonnent et dessinent une géographie spatio-temporelle.

Le langage porte également une rythmicité. L'accès à la parole trouve ses précurseurs dans la langue maternelle, entonnée et énoncée par la mère, qui marque le rythme de la rencontre et de la transmission culturelle. La parole articulée implique une position singulière d'énonciation, dans laquelle l'accent, la prosodie, la cadence et les silences témoignent d'un rythme propre qui donne forme à la musicalité de la voix et confère au sujet son caractère singulier. H. Meschonnic³¹⁸ décrit le rythme comme base de la production de signification, organisant à la fois le sens et la présence du sujet dans le langage. Son caractère structurant modèle l'interprétation et la compréhension du langage et de la réalité.

Néanmoins, dans la clinique de l'archaïque, nous percevons une désarticulation des rythmes primaires, tant biologiques que relationnels, dont les effets se révèlent destructurants pour la constitution psychique et le devenir du sujet. À la place du rythme, on observe une répétition mortifère, qui se traduit par une décharge motrice faite de mouvements répétitifs et désorganisés visant à évacuer la surcharge d'affects et d'angoisses catastrophiques. Une arythmie ou une dysrythmie s'installe sans trouver aucune forme d'inscription psychique et mettant en péril le sentiment de continuité de l'existence, du fait de l'absence de liants capables d'unifier l'expérience de soi et de la réalité.

Comme nous l'avons remarqué dans le cas de Willy et dans les vignettes cliniques sur Eloïse et Lucas, nous observons une forte désorganisation de leurs rythmes, tant internes qu'externes. Celle-ci provoque le démantèlement sensoriel et la désarticulation de la pulsion qui engendre de la souffrance et entrave la constitution de la vie psychique ainsi que l'accès à la relation. Nous proposons donc une autre vignette clinique pour illustrer cette dysrythmie et ses effets sur l'expérience et sur l'organisation corpro-psychique.

³¹⁸ Meschonnic, H. (1989). *La Rime et la vie*. Paris, Gallimard, 2006.

Bruno, un bébé turbulent

Bruno est né au Chili après l'immigration de sa mère, Nina, originaire de Colombie. Le compagnon de Nina et père de son premier enfant, vient au Chili à la recherche d'une meilleure qualité de vie, tandis qu'elle reste en Colombie avec son fils, un garçon de trois ans. Pendant cette période, Nina tombe enceinte de Bruno. Son compagnon lui demande de le rejoindre au Chili et elle arrive enceinte, sans l'avoir prévenu.

À son arrivée, Nina a quatorze ans ; elle arrive avec son fils aîné et est déjà enceinte de huit mois. Elle voyage clandestinement, car elle n'a pas le droit de quitter le pays. Il s'agit d'un parcours migratoire à minima difficile et probablement traumatique, surtout pendant la grossesse.

À la naissance de Bruno, Nina se retrouve à l'hôpital, seule avec son bébé qui n'est reconnu par personne : le père est inconnu et son compagnon ne s'intéresse pas au bébé qui est le fruit d'une infidélité. Jeune mère « sans papier », Nina n'est pas reconnue par le système social et ne dispose d'aucun réseau de soutien dans le pays, ce qui ne lui confère aucun pouvoir et met en exergue les contraintes du lien social, marqué par les traumatismes et par l'expérience d'exclusion³¹⁹. Cette situation est insoutenable. Elle décide alors de donner son enfant en adoption. En signant les documents légaux requis pour entamer la démarche, elle laisse son bébé à l'hôpital et s'en va. Cependant, au bout de quelques jours, Nina regrette sa décision et essaie de récupérer son fils. À sa grande surprise, ce bébé ne lui appartient plus. Récupérer son fils s'avère être en fait un processus très difficile qui va prendre près de deux ans.

Bruno est donc pris en charge par l'institution d'adoption FADOP, qui doit s'occuper à la fois de Bruno et du rétablissement du lien avec sa mère. Le bébé est placé dans une famille d'accueil et il est amené à rencontrer sa mère trois fois par semaine dans l'institution d'adoption. Nina est encore une enfant au regard de son âge mais elle n'a pas le droit à des

³¹⁹ Mansouri, M. & Bentata, H. (2012). « Sans famille, sans papiers : des bébés et leurs mères enfermés dehors ? ». Dans C. Davoudian, *Mères et bébés sans-papiers: Une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité ?* (pp. 115-131). Toulouse, Érès.

recours de protection en raison de sa situation migratoire irrégulière. Elle se retrouve à la dérive dans une situation impossible, sans aucun soutien au Chili ou en Colombie, seule avec ces deux enfants qui lui demandent un effort énorme.

Le processus de rétablissement du lien se révèle assez complexe. Les rendez-vous mère-enfant ont lieu dans une petite salle de l'institut FADOP qui est à moitié vitrée, pour que les professionnels en charge de Bruno puissent « observer » leurs interactions et qu'ils s'assurent du bien-être de l'enfant. Les rencontres de Nina avec son fils se déroulent sous le regard des autres, qui vont évaluer et qualifier ses compétences maternelles, ce qu'elle doit probablement ressentir comme une intrusion trop envahissante. Il n'y a cependant pas de soutien pour l'aider à construire la relation avec son bébé ; elle doit se débrouiller comme elle peut.

À chaque visite, Bruno se montre très irritable et rejette sa mère avec fureur, ce qui complique davantage les choses. Les visites de Nina ne sont pas régulières ; elle s'absente sans préavis, parfois une fois par semaine. D'autres fois elle ne se présente pas de toute la semaine. Mais Bruno est toujours là lors des visites programmées et il souffre probablement de son absence. Aucune relation continue ou permanente ne s'établit entre eux, et sans régularité il n'est pas possible pour Bruno d'anticiper ni de tolérer l'absence de sa mère. Malika Mansouri³²⁰ explique que si la création du lien mère-bébé reste toujours un processus complexe marqué par des événements singuliers, elle est dans ces circonstances inévitablement influencée par la réalité sociale et politique d'une exclusion qui s'avère omniprésente. Cela pose la question du tissage des liens symboliques dans le devenir mère de ces femmes et des conséquences sur le développement de leur enfant.

Bruno est un bébé très turbulent. Il pleure et crie sans arrêt. Ses rythmes biologiques désorganisés l'empêchent de s'endormir, il mange mal et peu, refuse d'être porté dans les bras et semble dans un état d'irritabilité permanent. Du fait de cette désorganisation, de ses cris incessants, des nuits blanches et de l'impossibilité de le calmer, la famille d'accueil qui le prend en charge se voit fortement affectée dans ses propres rythmes et dynamiques, et se

³²⁰ Idem.

voit contrainte de le renvoyer à l'institution d'adoption. Après quelques semaines, une autre famille prend le relais, sous condition d'avoir une aide thérapeutique pour le bébé.

C'est dans ce contexte que nous accueillons Bruno dans notre équipe, alors âgé d'environ neuf mois, pour une prise en charge en psychomotricité et thérapie analytique.

Bruno est un bébé au corps robuste, à la peau foncée, aux cheveux bouclés et aux traits durs et serrés. Dès son arrivée, nous percevons ses grandes difficultés à se rassembler. Il présente une désorganisation sensorielle importante, son corps est en hypertension permanente, il est hyper-vigilant. Ses mouvements sont raides et maladroits. Lorsqu'il est en colère, des schémas d'hyperextension cambrent son dos et sont accompagnés de cris et de gestes chaotiques témoignant d'une souffrance insupportable. Si nous essayons de nous rapprocher de lui, Bruno se jette par terre en pleurant, rejetant massivement notre présence. Son expérience semble complètement discontinue, comme en témoignent les manifestations de son corps, l'absence de rythmes biologiques et son rejet massif de la présence de l'autre. Cette dysrythmie devient un traumatisme par l'effet de la discontinuité dans le rythme propre du sujet³²¹.

La dame qui s'occupe de lui, que nous appellerons Marta, nous raconte que lorsqu'ils se déplacent en métro, Bruno se met à hurler de désespoir, se tire les cheveux jusqu'à en arracher des mèches et se frappe la tête avec ses poings. Elle précise que cela s'exacerbe surtout quand ils vont rencontrer Nina, lors des visites à l'institution d'adoption.

Nous entamons alors un travail clinique de réorganisation des différentes dimensions corporo-psychiques chez Bruno, en commençant par établir la possibilité d'un lien rassurant. La régularité des séances et la stabilité de notre présence nous permettent de tisser un premier rythme sur lequel nous espérons qu'un premier fil de continuité pourra s'esquisser. Dans un premier temps, nous ne l'approchons pas directement afin d'éviter qu'il ne se sente envahi. Nous gardons une distance physique, tout en lui disant d'une voix douce et sereine que nous sommes là pour l'accompagner dans ce processus qui a sans doute été très difficile

³²¹ Guerra, V. (2015). "El ritmo y la ley materna en la subjetivación y en la clínica in-fantil". Dans *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 120, 133-152.

pour lui. Nous demandons à Marta de prendre notre place, d'être celle qui traite le corps de Bruno. Nous lui proposons de l'installer sur un tapis au sol et de toucher doucement ses pieds, en anticipant ses mouvements. Au bout d'un certain temps, Bruno « se laisse faire ». Il se laisse toucher doucement par cette dame qui commence peu à peu à se transformer en un autre primordial, qui parvient à le contenir, même si ce n'est que par moments. Mais son corps reste rigide et ses mouvements saccadés, ses automutilations et ses cris face auxquels Marta se sent très inquiète, demeurent. Nous observons que ses mains se raidissent et se crispent, faisant des mouvements répétitifs de déchargement, indiquant des niveaux élevés de tension qu'il ne peut ni traiter ni diriger vers l'autre.

Après quelques mois de travail ensemble, Bruno parvient à être plus calme. Marta le laisse par terre et il ne se plaint pas ; il bouge, observe l'espace et nous permet de l'approcher petit à petit. Nous décidons alors de commencer à travailler doucement avec son corps sensori-moteur. Pour ce faire, nous proposons d'accompagner notre prise en charge d'une chanson enfantine de sa préférence (nous demandons à Marta quelle est sa chanson préférée) pour inscrire notre travail dans la continuité de cette mélodie, comme une toile de fond capable de lier une certaine continuité entre son expérience chez lui et chez nous, sous forme d'une enveloppe sonore. Cette sonorité nous sert d'abord à fixer une sensation singulière dans le corps, qui semble très sensible aux vibrations du son. Pour la mise en place de cette enveloppe, la mélodie qui nous accompagne est d'abord issue d'un dispositif technique, afin de maintenir la même musicalité qu'il écoute à la maison, tout en évitant les ressentis d'angoisse que peuvent susciter nos voix. Nous construisons ainsi un environnement sensoriel qui nous permet de travailler avec Bruno sans l'envahir, en respectant ses propres rythmes et en nous y ajustant. Sur cette base sonore, nous poursuivons le travail de la sensorialité par le toucher, en accompagnant de petits mots les parties de son corps et ses sensations, agréables ou désagréables, que nous traduisons à partir de ses gestes.

Au bout de quelques semaines, nous commençons à entonner nous-mêmes la mélodie des comptines, comme une tentative pour transmettre notre présence et la continuité du lien dans la musicalité de notre voix. Finalement, lorsque le lien semble plus

solide et que Bruno ne se sent plus en détresse face à notre présence, nous introduisons un travail technique sur sa motricité évasive et chaotique, en nous basant sur des techniques de psychomotricité.

Lentement, la tension et la rigidité musculaire de son corps diminuent. Ses rythmes biologiques commencent à s'organiser ; il dort la nuit, mange mieux, ne crie plus et n'est plus désorganisé en permanence. Ses mouvements de décharge massive semblent peu à peu se réduire pour se manifester uniquement en cas de frustration ou de mécontentement. Son corps sensori-moteur semble commencer à se rassembler. Marta s'apaise également ; elle nous dit se sentir soulagée. Nonobstant, les visites chez sa mère biologique continuent d'irriter Bruno profondément, ce qui rend la situation extrêmement difficile pour cette jeune mère qui peine à le contenir et à se soutenir elle-même face aux débordements de son fils qu'elle a du mal à tolérer, tant physiquement que psychologiquement. À chaque visite, Bruno se désorganise : il crie, se met en hypertension musculaire, s'arrache les cheveux et se cogne la tête. Il entre dans une colère noire lorsqu'elle ne se présente pas au rendez-vous convenu et manifeste une désorganisation massive qui altère tout son fonctionnement pendant les jours qui suivent l'absence de sa mère et que Marta peine à supporter.

Nous proposons alors à Marta d'inviter la mère et le frère de Bruno à participer à nos rencontres, pensant que notre espace thérapeutique représente un lieu sécurisant et continu pour lui et qu'il serait peut-être moins menaçant aussi pour sa mère. C'est ainsi qu'un processus de retissage du lien se met en place, dans lequel nous travaillons ensemble : Bruno, Marta, la psychomotricienne, l'analyste, Nina et son fils aîné, dans un espace et un temps différents de ceux installés par l'institution et la loi, et qui incarnent en quelque sorte un référent symbolique différent de l'abandon, de l'exclusion et de la demande sociale. Comme le souligne M. Mansouri³²², l'accueil de mères dans de telles situations est d'une grande complexité, car leur statut tend à déconstruire les logiques prédéfinies du rapport à l'autre et à l'altérité. Le manque de reconnaissance et d'identité sociale semble déshumaniser Nina qui ne peut prétendre à rien car elle n'existe pas en tant qu'individu aux yeux de la société. Or,

³²²*Op. Cit.* Mansouri, M. & Bentata, H. (2012).

les difficultés et la souffrance sont encore plus intenses lorsque le bébé est en détresse, ce qui les précipite, tant la mère que l'enfant, vers une catastrophe psychique.

Notre espace clinique commence alors à devenir un « milieu commun », où nos présences s'articulent et apportent une continuité à Bruno dans ses expériences de vie qui semblaient fragmentées. Nous les accueillons dans leur souffrance, leur singularité et leur histoire, sans juger ni interpréter, afin qu'ils puissent exister l'un pour l'autre et que Nina puisse sortir de sa marginalité.

Néanmoins, pendant les séances, Nina a du mal à se rapprocher de son fils. Bruno la cherche toujours, mais elle est occupée avec son téléphone portable qui lui sert de refuge pour se soustraire à l'expérience d'être là. Elle ne semble pas vraiment s'intéresser ni s'attacher à Bruno ; elle force sa voix et ses mouvements, qui ne sont pas naturels. Par ailleurs, il nous semble inquiétant qu'il n'y ait aucun élément sur l'origine de Nina ou sur son histoire, aucun élément culturel dans ces rencontres avec son fils. Elle paraît figée dans un état « hors identité », invisibilisée face au manque de reconnaissance.

Nous voyons à quel point il est difficile pour cette jeune mère d'entrer en contact avec son fils, de lire ses gestes, de répondre à ses demandes affectives. Nous comprenons qu'elle a quinze ans, qu'il est probablement très difficile pour elle d'être là avec nous, ainsi que d'être dans un pays étranger sans soutien et sans même l'âge minimum pour prendre en charge sa vie et celle de ses enfants. De ce fait, lors d'une réunion de supervision et de réflexion avec l'équipe en charge de Bruno, nous décidons de réduire nos présences pour ne pas être trop intrusifs, et concluons qu'il serait préférable que l'analyste reste avec Nina et ses enfants. Nous pensons surtout à écarter Marta, qui représente « l'idéal de mère » que Nina n'est pas pour Bruno. Marta est d'ailleurs une belle femme, très gentille, issue d'un bon milieu économique, et qui a trois beaux enfants très bien « élevés ». Elle peut de plus s'occuper de Bruno avec davantage de facilité. Nous supposons que cela doit être assez difficile pour Nina, qui a d'ailleurs l'âge d'un des enfants de Marta.

Lors d'une occasion où nous sommes seuls tous les deux (Nina et moi), je décide de lui mentionner la difficulté de sa situation qui paraît parfois impossible, la souffrance qu'elle

pourrait ressentir et le courage dont elle fait preuve pour récupérer son fils malgré toutes les contraintes et le désespoir qu'elle a dû endurer. Des larmes coulent sur ses joues sans qu'elle ne prononce un mot. À la séance suivante, quelque chose semble avoir changé ; Nina paraît plus disponible pour rencontrer son fils et Bruno répond avec beaucoup d'enthousiasme aux tentatives de sa mère de l'approcher. Peu à peu, les séances s'inscrivent dans une continuité rythmique dans le temps et dans l'espace ; Bruno s'organise mieux, montre une plus grande capacité à se laisser contenir et soigner, ses décharges massives et autodestructrices diminuent et Nina s'ouvre de plus en plus à la rencontre avec son fils.

Bien qu'elle n'ait aucun droit de protection en raison de sa situation irrégulière, l'institution d'adoption lui trouve un logement pour l'héberger, afin de l'aider à sortir de la chambre où elle vit avec son compagnon (en raison du manque d'autres possibilités) et où elle souffre de violence physique et psychique. Nina est alors placée dans un foyer d'hébergement mère-bébé avec ses deux enfants, où ils vivent ensemble pour la première fois. Bruno a alors presque deux ans. Elle y vit avec d'autres jeunes mères dans des situations d'exclusion. Elles partagent leurs expériences de maternité et s'occupent des enfants ensemble. Cela semble lui donner un sentiment d'appartenance à un milieu humain qui la reconnaît et lui permet de rétablir un sentiment d'existence.

Un long processus est alors mené jusqu'à ce que Nina soit capable de s'impliquer affectivement avec son bébé et qu'elle puisse enfin en obtenir la garde légale et retourner dans son pays d'origine où son père, bien que n'ayant pas de grandes ressources, décide après tout ce processus de s'occuper de sa fille et de ses deux petits-enfants.

Dans ce travail clinique, le rythme continu et prévisible du cadre clinique et de la présence des thérapeutes favorise l'intégration du corps sensori-moteur et la synchronisation des rythmes singuliers et collectifs dans un ajustement sensoriel qui constitue une première enveloppe psychique et restitue le sentiment d'exister. Il nous permet de tisser ce qui naît dans la relation de manière informe et souvent dépourvue de sens, pour l'articuler en une expérience de sécurité et de continuité pouvant s'inscrire ensuite pour devenir une trace psychique.

Tout au long de notre expérience clinique, le rythme a constitué un point d'ancrage primordial pour travailler la mise en place du lien dans la rencontre avec nos patients, ce qui favorise la dimension transféro-contre-transférentielle. En effet, nous considérons le rythme comme une géographie du repérable et sa continuité comme un élan de fond qui soutient et organise nos présences, tant pour les cliniciens que pour les enfants. Cela nous permet d'aborder la clinique de l'archaïque et d'appréhender quelque chose du sujet dans la rencontre qui se déploie à partir d'une rythmicité commune.

Dans ce chapitre, nous proposons une réflexion visant à souligner l'importance du rythme dans la formation de la vie psychique, dans la relation à l'autre et à l'altérité, ainsi que dans le travail du lien dans le registre de l'archaïque. Nous commencerons donc par définir les différentes notions de rythmes et leurs implications dans la constitution psychique dès la vie prénatale. Ensuite, nous articulerons la notion de rythme avec celle de sensorialité et de pulsion, et plus particulièrement avec la pulsion invocante considérée comme une voie privilégiée dans notre pratique clinique. Enfin, nous nous pencherons sur l'importance du rythme et en particulier de l'ajustement rythmique pour établir des liens significatifs avec nos jeunes patients dans le transfert.

2.1 La notion de rythme à l'aune de la psychanalyse :

L'étymologie du mot « rythme » trouve ses racines dans plusieurs langues anciennes. En grec ancien, il dérive du terme « *ῥυθμός* » (*rhuthmós*), qui signifie « mouvement mesuré ou symétrie », et provient du verbe « *ῥέω* » (*rhéō*), signifiant « couler, courir, ruisseler ». Cette origine grecque a influencé le latin, où « *rhythmus* » conserve des significations similaires (Harper, 2024). La racine latine, « *rhythmus* », renvoie à la forme et à l'ordre séquentiel, sous des schémas temporels réguliers et récurrents. C'est ce que Platon définissait comme le mouvement ordonné (Rey, 2012). Entre ces deux significations, nous pouvons envisager le rythme comme un mouvement dynamique, un flux d'éléments qui s'articulent pour constituer un temps, un cycle ou une unité. Fluidité, forme et mouvement composent la base de la notion de rythme et permettent de penser son aspect vivant, continu et transformable. Cependant, selon É. Benveniste (1966), le sens originel de « *rythmons* » ne signifie paradoxalement pas « rythme » au sens contemporain, mais plutôt « une forme distinctive en devenir »³²³. Ce sens se rapproche de nos tentatives dans la clinique de l'autisme et du bébé, notamment parce qu'il implique un devenir et une forme que nous essayons d'atteindre par notre travail clinique.

Si le rythme n'est pas un concept psychanalytique en tant que tel, c'est une notion de plus en plus utilisée par les psychanalystes pour appréhender l'origine de la vie psychique, le devenir du sujet, la relation à l'autre, le dispositif de la cure et la dimension transféro-contre-transférentielle. Sous sa forme discursive, le rythme est un élément crucial de l'analyse par la parole puisqu'il constitue le mode singulier d'appropriation du langage. Le rythme se trouve au cœur même du discours, échappant à toute intention. Il s'inscrit dans la prosodie de l'énonciation, intégrant les modulations de la voix, la cadence, ainsi que les gestes et mouvements du corps qui accompagnent la parole. Cette dimension rythmique interpelle la position du sujet du discours, situant celui-ci dans son propre rapport au langage. Mais plus encore, le rythme renvoie à une trame préexistante, qui englobe le sujet, le structure et le soutient, impliquant une interaction entre le corps, le langage et l'inconscient.

³²³ Christaki, A. (2009). « Enjeux du temps et du rythme dans la clinique infantile ». Dans *Champ psychosomatique*, 54, 71-80.

Dans le travail psychanalytique de la petite enfance, la notion de rythme prend tout son sens lorsqu'il s'agit d'aborder un registre antérieur à la parole, et principalement pour penser la rencontre et la relation qui se déploie avec le bébé ou l'enfant. Dans ce contexte, le rythme apparaît comme un code différent de celui du langage articulé, où l'absence de signifiant favorise le flux d'un sens qui n'est pas emprisonné dans un signe linguistique, mais qui est plutôt mobile et changeant. Il évoque ce qui fait résonance entre le petit patient et l'analyste par rapport à ce qui émerge progressivement dans la rencontre, à partir des mouvements des corps. Selon Meschonnic³²⁴, c'est la prosodie qui prononce le sujet, dont la relation présuppose indissociablement une poétique et une éthique du sujet, qui renvoie précisément à sa fragilité.

2.2 Le rythme dans la constitution psychique :

Dans l'interaction précoce du bébé avec son environnement maternel, le rythme constitue l'un des premiers organisateurs de l'intersubjectivité, nécessitant un subtil processus d'ajustement et de synchronisation dans lequel les rythmes propres et communs s'articulent et s'affectent mutuellement. Cette coordination donne naissance à un rythme commun et partagé, qui transcende les sujets impliqués dans la relation en créant une enveloppe qui les contient. Ce rythme n'appartient pas à l'un ou l'autre sujet mais à une dimension intermédiaire constituant le lien qui se tisse entre eux.

Daniel Stern³²⁵ est l'un des pionniers à proposer l'importance centrale du rythme dans les échanges entre le nourrisson et ses figures parentales. Selon cet auteur, le rythme est un élément crucial dans la régulation de l'affect et de l'excitation ; il constitue un vecteur de la communication entre la mère et le bébé. Sa notion de « *affective attunement* », que l'on traduit par « accordage affectif », désigne la capacité des parents à s'harmoniser

³²⁴ *Op. Cit.* Meschonnic, H. (1989).

³²⁵ Stern, D. (1989). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York, Basic Books.

émotionnellement avec leur enfant, c'est-à-dire à répondre de manière sensible et appropriée à ses expressions émotionnelles. Stern souligne l'importance de la synchronie des interactions, laquelle renforce le sentiment de sécurité et de compréhension mutuelle. La notion d'accordage évoque le partage simultané d'états affectifs et de mouvements entre le bébé et la mère, tandis que la synchronie est déterminée par les variations au cours des interactions (Cohn et Tronick, 1987). Toutefois, ces deux notions se réfèrent à la capacité de la dyade mère-bébé d'agir et de s'influencer mutuellement. Ces interactions rythmiques contribuent à la construction d'une relation significative, où le bébé participe activement à l'interaction, dans une dynamique organisée impliquant une succession temporelle. Ce dernier aspect souligne l'importance de la temporalité en matière de rythme, laquelle permet de situer l'expérience dans une séquence qui s'organise conjointement dans une dimension spatiale.

Daniel Marcelli³²⁶ propose l'idée de rythme comme liant entre ce qui relève du registre de la continuité et ce qui appartient au registre de la suspension ou de la rupture. Il affirme que le rythme joue un rôle essentiel dans la constitution de la vie psychique car il crée un lien qui articule la continuité et la rupture, la répétition et le changement dans une temporalité. Cet aspect est fondamental pour l'organisation de la pensée, en tant qu'il permet de représenter la temporalité et la discontinuité. Il favorise ainsi la tolérance à l'absence et sa transformation en représentation psychique.

Par ailleurs, A. Ciccone³²⁷ considère le rythme comme un élément central dans l'émergence de la subjectivité et le développement de la pensée. Il donne une illusion de permanence à l'origine du sentiment de continuité, lequel est à la base du sentiment de sécurité. A. Ciccone souligne que lorsqu'une rythmicité conjointe émerge entre le bébé et sa mère, les paires dialectiques présence-absence et continuité-discontinuité peuvent

³²⁶ Marcelli, D. (2007). « Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé ». Dans *Spirale*, 44, 123-129.

³²⁷ Ciccone, A. (2005). « L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique ». Dans *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53 (1-2), 24-31.

s'élaborer, ce qui permet l'entrée du bébé dans le registre du langage et s'articule ensuite avec l'accès à la parole et au discours.

Dans le même sens, B. Golse³²⁸ soutient que la continuité rythmique de la relation à l'autre sous-tend le sentiment de continuité de l'existence, à partir duquel l'absence peut être transformée en processus de figuration et de représentation. Sur cette continuité rythmique, la relation à l'autre et à l'Autre devient possible, donnant une valeur symbolique à la fois à la séparation et à la permanence, ce qui permet de symboliser le lien.

Aux postulats précédents, Victor Guerra³²⁹ ajoute que les rythmes relationnels de la dyade mère/nourrisson constituent une forme de rencontre préverbale, qui forme la base d'un noyau primaire du moi, une première forme d'identité qu'il appelle une « identité rythmique ». Il considère le processus de subjectivation comme une co-crédation de rythmes partagés qui prend ensuite les formes singulières du sujet et de ses relations avec les autres et son environnement.

Dans un sens très proche, R. Roussillon³³⁰ souligne l'importance d'une adaptation et d'une harmonisation suffisantes des rythmes internes et externes, pour que la satisfaction du bébé s'inscrive dans une expérience « trouvée-crédée », dans laquelle il tient une position active dans la synchronisation rythmique avec son environnement maternel. Ce processus est instrumentalisé par la communication et le langage corporel, transformant l'interaction en une rencontre subjective caractérisée par un « partage esthétique et émotionnel », qui permet les premières formes de « symbolisation en présence »³³¹. Cette rencontre constitue une expérience fondatrice qui pose les bases de l'élaboration de l'absence et de l'accès à la représentation de l'objet.

³²⁸ Golse, B (2016). « Des sens au sens: la place de la sensorialité Éprouver, percevoir, construire ». Dans *Revue française de psychanalyse*, 2016/4, 80, 998-1011.

³²⁹ Guerra V. (2007). « Le rythme, entre la perte et les retrouvailles ». Dans *Spirale*, 44, 139-146.

³³⁰ Roussillon, R. (2004). « L'intersubjectivité: L'inconscient et le sexuel ». Dans *Le Carnet PSY*, 94, 22-28.

³³¹ Roussillon, R. (2015). "La dialéctica presencia-ausencia: para una metapsicología de la presencia". Dans *Revista de la sociedad argentina de psicoanálisis*, (19), 93-116.

La question de la symbolisation en présence nous semble être un axe fondamental dans la réflexion sur le travail clinique de l'archaïque, surtout en ce qui concerne la présence de l'analyste, présence que nous aborderons en profondeur dans le chapitre suivant.

Une dernière contribution nous semble centrale. Il s'agit des postulats de G. Haag relatifs aux structures rythmiques³³². Celles-ci constituent un premier contenant dont le bébé fait l'expérience par la sensation d'enveloppement et de contenance, à travers des rythmes caractérisés par l'alternance entre la présence et l'absence maternelles. Les différentes structures rythmiques donnent forme, expression et représentation à l'instinct de vie enraciné dans les pulsions. Cela s'avère possible par le mouvement des « boucles de retour » dans lesquelles le nourrisson va vers l'objet et reçoit un retour. Ce processus organise la perception, la vie affective et la pensée, et conduit à la formation de plusieurs boucles qui se superposent, se déplacent dans l'espace et reviennent au même point de départ, ce qui procure un sentiment de stabilité. G. Haag précise que ces structures rythmiques émergent à travers les soins maternels, parmi lesquels les plus importants sont le portage, la pression peau à peau et la voix.

À partir de ces postulats, nous pouvons avancer l'idée que le rythme représente un élément central dans l'organisation de la vie psychique, le devenir du sujet et la relation à l'autre et à l'Autre. Il revêt une importance cruciale pour les capacités de symbolisation et de représentation, permettant ainsi l'entrée dans le langage et l'appropriation du discours. Ces rythmes se développent dès la vie prénatale, en fonction des sens et de la relation à l'environnement maternel. Ils continuent à s'ajuster à la naissance et tout au long de la vie.

³³² Haag, G. (1986). « Hypothèse sur la structure rythmique du premier contenant ». Dans *Gruppo, Revue de Psychanalyse Groupale* n° 2. pp. 45-53.

2.3 La rythmicité de la vie fœtale :

Au début de la vie, il y a le fœtus dans le ventre maternel, dans un corps pour deux³³³. Ils sont connectés par le cordon ombilical, où l'interaction permet la survie du fœtus et le devenir maternelle. Dès la grossesse, le rythme de la femme change et son corps se réorganise pour commencer à faire place à ce corps « autre » qui vient habiter la même superficie et matérialité corporelle. De son côté, le fœtus est submergé par les rythmes de la mère. Enveloppé par l'utérus et le liquide amniotique qui l'entoure, il perçoit les cœurs qui battent régulièrement, créant ainsi une première continuité rythmique. Viennent ensuite le rythme de la respiration, des pas en marchant, le silence et le calme des mouvements dans le sommeil. La voix maternelle résonne dans son intérieur, le son vibre à chaque mot et s'ajoutent la mélodie de la parole ou du chant articulé, la voix des autres autour de lui, du père, de l'entourage ... La liste est longue et se modifie d'une femme à l'autre, d'un fœtus à l'autre, d'un corps à l'autre, d'une grossesse à l'autre.

Lorsque le fœtus commence à se manifester, il le fait à partir du rythme. Le rythme cardiaque est le premier signe de vie de l'être humain, ce qui montre l'aspect vivant du fœtus et sa capacité à se maintenir en vie. Ce rythme est également le premier indicateur de santé ou de détresse fœtale, un rythme inférieur à cent vingt battements par minute indiquant un risque pour sa survie. Dès la première échographie, lorsque l'on entend les battements du cœur et que l'on observe l'embryon, les premières relations avec l'environnement parental commencent à s'établir. Par la suite, ce sont les mouvements du fœtus qui permettent de le sentir vivant. À mesure que le corps du bébé se développe, le corps maternel change de plus en plus de forme et de rythme, et son état psychique commence à faire place aux événements à venir. Des fantômes, des fantaisies, des rêveries et des souvenirs se réveillent ; de nouvelles sensations, émotions et sentiments prennent le relais.

Nous pouvons alors soutenir que, dès la conception, le fœtus est immergé dans une série de rythmes qui s'articulent entre les rythmes propres et les rythmes maternels. Ceux-ci

³³³ McDougall, J. (1989). *Théâtres du corps: le psychosoma en psychanalyse*. Paris, Gallimard.

représentent son milieu vital et laissent les premières traces mnésiques d'une vie rythmée avant la naissance, précurseurs de la vie postnatale.

Dans une perspective psychanalytique, certains auteurs ont abordé la question du rythme dès la vie fœtale et son importance dans l'organisation précoce de la vie psychique et l'avenir du petit sujet.

Chantal Lheureux-Davidse³³⁴ postule que le fœtus fait preuve d'une sensibilité remarquable aux moindres variations de l'environnement maternel, allant de la souplesse ou de la rigidité de la paroi utérine à l'odeur du liquide amniotique, en passant par les hormones, les variations des rythmes cardiaques et respiratoires, ainsi que les périodes d'activité et de repos de la mère. Il présente également une sensibilité aiguë aux différents stimuli sonores de l'environnement, qu'ils soient rythmiques comme les battements du cœur et la respiration, continus et aléatoires comme les sons de la digestion, ou discontinus comme la voix maternelle et les événements environnants. En présence de ces événements rythmiques, le fœtus manifeste des réponses qui oscillent entre plaisir et déplaisir et son état de réceptivité peut varier de la passivité à l'initiation active de mouvements. Ces expériences alternent entre des moments de synchronisation et de discontinuité entre le fœtus et la mère, dans un rythme qui commence à se tisser entre les deux.

À cet égard, R. Prat³³⁵ propose l'idée que la perception de la rythmicité interne permet au fœtus d'articuler ses propres mouvements au rythme de sa mère, intégrant l'information de différentes modalités sensorielles dans un ajustement réciproque.

Suzanne Maiello³³⁶ suggère que le rythme joue un rôle crucial dans le développement et l'interaction précoces, à partir de la période périnatale. Il constitue la principale interface intermodale entre le nourrisson et ses interlocuteurs, favorisant la stabilité des relations et le

³³⁴ Farges F., Farges, N., Lheureux-Davidse, C., Missonnier, S. (2023). *Aux origines de la vie psychique : psychanalyse et vie fœtale*. Paris, Ithaque.

³³⁵ Prat, R. (2007). « La préhistoire de la vie psychique : son devenir et ses traces dans l'opéra de la rencontre et le processus thérapeutique ». Dans *Revue française de psychanalyse*, 71, 97-114.

³³⁶ Maiello, S. (2000). « Traces sonores et rythmiques primordiales. Réminiscences auditives dans le travail psychanalytique ». Dans *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, (26), 77-103.

développement de la sécurité émotionnelle. Maiello soutient que la répétition de ces rythmes et leur stabilité procurent un sentiment de continuité et de cohérence interne.

Selon cette auteure³³⁷, les éléments sonores et rythmiques qui apparaissent in utero créent une « pulsation primordiale » conçue comme une forme de rythme interne qui constitue des schémas à la base de l'organisation psychique du bébé, schémas essentiels pour comprendre le lien intime entre le bébé et son environnement. Cette pulsation relie les rythmes intra-utérins à l'attirance que le fœtus, et plus tard le nouveau-né, manifestent pour la prosodie de la voix maternelle et pour quelques rythmes biologiques. Elle prépare les bases de l'exploration et de la compréhension futures du monde qui l'entoure. Dès lors, Maiello développe la notion d'« objet sonore »³³⁸ en faisant l'hypothèse que le fœtus, sensible au registre auditif dès le quatrième mois, construit sa première représentation d'un objet à partir des traces sonores.

À partir de ces approches non exhaustives du développement fœtal, nous pouvons déduire que les premières expériences dans l'utérus, marquées par l'interaction avec l'environnement maternel, posent les bases de la vie psychique. Ces expériences intra-utérines et la sensibilité du fœtus aux stimuli sonores et rythmiques suggèrent que le fœtus n'est pas seulement un récepteur passif de ces expériences, mais qu'il participe activement à la construction de ses premières interactions sensorielles, en s'engageant dans une interaction avec des éléments sonores et tactiles, ainsi qu'avec des rythmes biologiques et environnementaux. Ce processus d'interaction et d'exploration précoce, au cours duquel le fœtus se familiarise avec les variations de l'environnement intra-utérin, marque les premières traces d'un rythme conjoint lui permettant l'anticipation de son environnement postnatal et sa synchronisation avec celui-ci.

³³⁷ Maiello, S. (2018). « Le corps, ses sens et la précocité de l'émergence du sens ». Dans *Cliniques méditerranéennes*, 97, 7-22.

³³⁸ Maiello, S. (1997) « L'objet sonore. Hypothèse d'une mémoire auditive prénatale ». Dans *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, n° 20. pp. 40-66.

2.4 Le bébé et ses rythmes

« Par la spécificité de ses propres rythmes innés et du rythme de sa participation à ces scénarios interactifs, le bébé va s'inscrire dans l'échange comme sujet unique ».

(Haag, 1986)

Au début de la vie postnatale, les nouveau-nés suivent un rythme endogène qu'on appelle « ultradien », caractérisé par une alternance de périodes de sommeil et d'éveil avec une périodicité de trois à quatre heures. Au cours de cette phase initiale, le sommeil subit des changements rapides, passant d'une périodicité ultradienne à une périodicité circadienne en quelques semaines. Vers la fin du premier mois de vie, une organisation plus définie de la périodicité jour-nuit commence à apparaître. À trois ou quatre mois, les nouveau-nés peuvent reconnaître et s'adapter aux cycles du jour et de la nuit dans un rythme circadien de vingt-quatre heures.

Ce rythme circadien implique également les rythmes de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire, de la température corporelle et d'autres facteurs biologiques qui régulent les cycles vitaux du bébé. Or, ces rythmes biologiques, bien qu'initialement peu dépendants de l'environnement, requièrent les soins d'un autre primordial dans la fonction maternelle, un environnement favorisant la stabilité des rythmes du bébé pour assurer son processus de développement naturel. C'est ce que Winnicott appelle un « environnement facilitateur »³³⁹ : un milieu sécurisant, stable et prévisible que les parents ou les soignants offrent à l'enfant et qui lui permet de se sentir en sécurité et soutenu, afin qu'il puisse explorer le monde en développant son individualité. L'auteur souligne que lorsque

³³⁹ Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment: The Theory of Emotional Development*. New York, International UP Inc.

l'environnement n'est pas propice et que les rythmes du bébé ne sont pas respectés, une rupture de la continuité rythmique se produit, qui empêche la construction du sentiment de sécurité et de continuité de l'existence. Cette rupture affecte également le processus de maturation et d'intégration et risque d'entraîner leur échec.

De ce fait, les rythmes internes du nourrisson et les rythmes externes de l'adulte qui s'en occupe sont intrinsèquement liés et s'influencent mutuellement. L'adaptation et l'ajustement des rythmes biologiques du nourrisson avec son environnement reflètent une articulation délicate entre des facteurs endogènes et exogènes, révélant leur influence réciproque (De Leersnyder, 2007). La nature rythmique des soins prodigués au nourrisson crée une illusion de permanence et permet d'anticiper les mouvements de l'autre, garantissant ainsi une sécurité de base et favorisant le développement de la pensée³⁴⁰.

René Roussillon³⁴¹ soulève l'importance de cette harmonisation entre les rythmes internes et externes dans les relations, en particulier dans le contexte de la satisfaction du bébé. Il affirme que l'expérience de satisfaction du nourrisson est étroitement liée à la façon dont ses rythmes internes sont synchronisés avec les rythmes de l'environnement, en particulier avec ceux de l'objet maternel. Cette synchronisation s'avère cruciale pour la création d'une expérience psychique. Dans ce processus d'ajustement rythmique, le bébé tient une position active, laquelle ne se réduit pas à la découverte ou à la rencontre d'un objet, mais implique un processus actif de création psychique de l'objet sous la forme d'objet créé-trouvé.

Nous proposons donc que l'interaction du bébé avec son environnement maternel prenne la forme d'un « dialogue » où l'interne et l'externe s'articulent dans une rythmicité conjointe. Ces interactions précoces composent des cycles, des rythmes et des correspondances distincts qui suivent des régularités temporelles précises et qui reviennent au bébé sous la forme d'une « boucle de retour » modélisant cette rythmicité, laquelle s'intègre alors dans ses propres rythmes, assurant la continuité de son expérience.

³⁴⁰ *Op. Cit.* Guerra, V. (2015).

³⁴¹ Roussillon, R. (2010). « Satisfaction et plaisir partagé ». *Revue française de psychanalyse*, 74, 21-38.

Cependant, la constitution de la vie psychique, de la pensée et de la relation à l'autre requiert que cette expérience de continuité rythmique s'alterne avec une certaine discontinuité, fondatrice de la capacité de symbolisation si elle ne dépasse pas les capacités du bébé pour la tolérer. Ainsi, le couple continuité/discontinuité permet ensuite le couple présence/absence, lesquels nécessitent à leur tour une synchronie pour tolérer l'absence et la représenter, tout en gardant le sentiment de continuité. À cet égard, Marcelli³⁴² postule que le rythme propre de l'enfant naît précisément dans les intervalles de non-réponse de la mère. Il en résulte une interruption des attentes et la surprise des retrouvailles. Le nourrisson peut ainsi progressivement assimiler que ses attentes et celles de l'objet diffèrent, dans un processus qui aboutit plus tard à la différenciation moi/non-moi.

Dans ce cadre, D. Marcelli³⁴³ introduit la distinction entre deux rythmes fondamentaux dans l'organisation de la vie du bébé : les macro-rythmes et les micro-rythmes. Les macro-rythmes se réfèrent aux interactions quotidiennes des soins, qui peuvent être anticipées lorsqu'elles acquièrent une certaine périodicité. Les soins de base tels que le sommeil, le bain ou l'alimentation, entre autres, marquent un premier rythme qui se constitue dans une temporalité répétitive et circulaire des interactions entre le bébé et ses figures primordiales. Ce rythme soutient ainsi la continuité narcissique du bébé par la confirmation et la satisfaction de ses attentes. Il nous semble que les macro-rythmes correspondent aux fonctions de manipulation du corps proposées par Winnicott avec sa notion de *handling*³⁴⁴, qui jouent un rôle important dans l'investissement affectif des soins donnés au bébé et contribuent à la transformation de l'organisme en corps.

Les micro-rythmes, en revanche, sont davantage liés à des moments de surprise et d'alternance, constituant un espace d'interaction ludique. Ils articulent absence et présence, continuité et cadence dans la continuité. L'articulation de ces rythmes permet à son tour un « rythme interactif » dans la dyade mère/enfant, lequel constitue l'enveloppe rythmique du bébé. En effet, lorsque l'*infans* s'inscrit dans un macro-rythme suffisamment répétitif, stable

³⁴² *Op. Cit.* Marcelli, D. (2007).

³⁴³ Marcelli, D. (1992). « Le rôle des microrythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson ». Dans *Psychiatrie de l'enfant*, 30 (1), 57-82.

³⁴⁴ *Op. Cit.* Winnicott, D.W (1965).

et sécurisant, il peut donner une continuité à son narcissisme, avec l'illusion de toute-puissance et de sécurité que ce qui est attendu se produit de manière stable et harmonieuse. De même, marqué par des micro-rythmes aléatoires et incertains, le bébé peut tolérer l'incertitude et la discontinuité, là où l'attente ouvre la voie à la création et à la rencontre. Ce subtil équilibre entre répétition et changement, entre attentes confirmées et déçues, donne naissance à un rythme individuel qui soutient la subjectivité et à travers lequel elle s'exprime.

Dans le même esprit, Victor Guerra³⁴⁵ reconnaît également deux formes de rythmes : le « rythme de base » et le « rythme interactif ». Le rythme de base se référerait à une expérience proche de la fusion, qui maintient principalement sa régularité, avec peu de modifications et de ruptures. À l'inverse, le rythme interactif ouvre la voie à la discontinuité en introduisant des variations qui sollicitent l'attention du bébé, l'orientent vers la relation et favorisent la co-crédation de rythmes partagés.

L'observation des bdbés montre qu'ils ont, dds leurs premibres heures de vie, la capacitd de tolérer et de gder des expdriences de discontinuitd, de chercher des appuis et de crder des rythmes propres et des rythmes partagés. Cependant, la discontinuitd confronte le nourrisson d des expdriences chaotiques lorsque la rythmicitd de base n'est pas garantie. Nous pouvons ainsi considérer qu'une alternance harmonieuse entre prdsence et absence, rdpdtdtion et nouveautd sur la base d'un rythme rgulier, est un cadre propice pour le devenir de la vie psychique et de la reprdsentation. Cela implique une oscillation rythmique entre des mouvements d'ouverture objectale et des mouvements de repli ou de fermeture sur soi³⁴⁶. Au contraire, un rythme de rdpdtdtion sans intervalles d'absence serait un tdernel retour du mdme, empêchant le champ de la rencontre et de la parole.

Dds lors, le rythme se prdsente, dans ses diffdrentes acceptions, comme un organisateur des expdriences prdcoces, de la relation d l'autre et l'Autre et de la vie psychique. Il soutient et harmonise les mouvements sensoriels et pulsionnels dds le dbut de la vie, dans une relation d'implication rdciproque.

³⁴⁵ *Op. Cit.* Guerra, V. (2015).

³⁴⁶ Ciccone, A., Lhopital M. (2001). *Naissance d la vie psychique*. Paris, Dunod.

2.5 Rythmes sensoriels et pulsionnels

2.5.1 La sensorialité et ses rythmes :

Le rythme sensoriel renvoie à une articulation fine entre l'organisation sensorielle propre à l'appareil biologique, la maturité de l'organisme et le corrélat psychique et affectif qui émerge du sentir. De ce fait, le processus d'intégration sensorielle requiert l'articulation entre l'acte de sentir et le sens attribué à l'expérience, dans la mesure où les sensations et les perceptions émergent et s'inscrivent dans la réalité partagée. C'est dans l'articulation plus ou moins harmonieuse de la sensorialité que le rythme s'établit ; et c'est la continuité rythmique qui permet à la sensorialité de s'organiser dans une dynamique de réciprocité.

André Bullinger³⁴⁷ suggère que les flux sensoriels, la posture et l'équilibre s'influencent mutuellement pour s'adapter à la qualité des échanges avec l'environnement et à la réponse active du bébé. Sur ce point, B. Golse³⁴⁸ postule que la modulation rythmique de ces différents flux sensoriels requiert l'harmonisation de la répétition et de la nouveauté ainsi que des écarts entre modalité et qualité, dans un fin équilibre dialectique entre le mantèlement-démantèlement (mécanisme inter-sensoriel) et le phénomène de segmentation des sensations (mécanisme intra-sensoriel). Or, ces mouvements rythmiques de convergence sensorielle nous semblent s'articuler à leur tour à la dimension pulsionnelle, à ses objets et à ses trajets, permettant au sentir de s'organiser dans des parcours pulsionnels susceptibles d'inscrire et de traiter l'affect, ainsi que de l'orienter vers l'objet. Cela nous amène à nous interroger sur la question du rythme de la pulsion.

³⁴⁷ Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*. Érès.

³⁴⁸ *Op. Cit.* Golse, B. (2016).

2.5.2 Y a-t-il un rythme de la pulsion ? :

« Du terme "pulsion", il faut retenir l'essentiel : le fait qu'il soit en mouvement. Il faut qu'il explore l'espace, qu'il investisse - c'est le mouvement, le déplacement, le dynamisme corporel. »

(Green, 2005)

Réfléchir à une articulation de la pulsion et du rythme n'est pas un défi facile à relever. Ni Freud ni Lacan ne considèrent la question du rythme. Pourtant, il nous semble que la pulsion s'organise entre les différents rythmes communs et propres, notamment dans ce qui correspond à sa trajectoire et à ses objets. Car la pulsion est mouvement et le mouvement implique un rythme ou, à défaut, une dysrythmie qui entraîne désorganisation et souffrance. Nous ferons donc l'effort de penser la pulsion en termes de rythme, ce qui n'est pas une tentative arbitraire de faire coïncider des théories différentes, mais plutôt une initiative pour comprendre cliniquement ce qui se passe au niveau de la pulsion chez les enfants et les bébés dont la continuité du rythme ne s'installe pas.

Lorsque l'on réfléchit au rythme et à son articulation avec la notion de pulsion, deux approches de l'étymologie du mot rythme nous semblent pertinentes. D'une part, sa première étymologie, « *rythmons* », qui, comme nous l'avons mentionné au début de cette réflexion, signifie « une forme distinctive en devenir »³⁴⁹, ce qui nous amène à penser au devenir de l'intensité de l'affect lorsqu'il trouve un objet et acquiert une forme dans le circuit pulsionnel. D'autre part, la notion de flux présente dans l'étymologie de « *rhuthmos* », laquelle désigne une « forme particulière de circulation ». C'est l'organisation de flux d'éléments qui, en se rejoignant, créent une continuité rythmique ou pour le moins une illusion de continuité. Cette organisation nous permet de réfléchir au mouvement de la pulsion, qui prend une direction et fait un circuit d'aller-retour pour atteindre la satisfaction. Il s'agit d'un quantum d'affect, d'abord chaotique par son intensité, qui, lorsqu'il touche un

³⁴⁹ Benveniste, É. (1966). « La notion de "rythme" dans son expression linguistique ». Dans *Problèmes de linguistique générale*, tome I. (p. 328). Paris, Gallimard.

objet, peut s'associer à une représentation plus ou moins précise, qui suppose une inscription dans l'appareil psychique³⁵⁰. Selon Humphreys³⁵¹, c'est alors son caractère toujours insatisfaisant qui détermine sa rythmicité.

Dans ce contexte, nous pouvons nous pencher sur les postulats de J. Lacan³⁵², qui soutient que les pulsions, dans leur structure et dans la tension qu'elles établissent, sont liées à un facteur économique qui dépend des conditions dans lesquelles s'exerce la fonction du principe de plaisir, destinée à assurer une certaine homéostasie des tensions internes. À la suite de Freud, Lacan précise les quatre éléments essentiels de la pulsion, en soulignant que la poussée (*das Drang*) de la pulsion est ce qui maintient la constance : « *La constance de la poussée interdit toute assimilation de la pulsion à une fonction biologique, laquelle a toujours un rythme. La pulsion n'a ni montée ni descente, c'est une force constante* »³⁵³. Même si Lacan refuse par cette affirmation une rythmicité de la pulsion, cette constance s'avère être à nos yeux comme une continuité qui soutient sa permanence, assurant ainsi l'un des éléments principaux du rythme.

Toutefois, et peut-être même paradoxalement, J. Lacan introduit l'idée de la pulsion comme un trajet circulaire d'aller-retour, dans lequel on peut saisir un circuit formant un trajet rythmique au sens où il doit revenir sur lui-même pour accomplir son parcours :

« *Ce qui est fondamental, au niveau de chaque pulsion, c'est l'aller et retour où elle se structure... ce que Freud nous présente comme acquis, c'est la réversion fondamentale (Verkehrung), le caractère circulaire de la pulsion* »³⁵⁴.

³⁵⁰ Humphreys, D., Diban, M. (2023). « La ritournelle de la rencontre : présence et fantasmatisation de l'analyste dans la clinique de l'informe ». Dans *Enfances & Psy*, 98, 53-63.
<https://doi.org/10.3917/ep.098.0053>

³⁵¹ Idem.

³⁵² Lacan, J. (1964). *Le Séminaire, Livre XI : Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Seuil, Paris.

³⁵³ Idem. p. 150.

³⁵⁴ Idem p.162.

D'ailleurs, Lacan souligne :

« Les variations profondes, celles qui s'instaurent dans la totalité de l'organisme sont soumises à tous les rythmes, voire aux décharges de l'organisme qui peuvent se produire à l'occasion de la pulsion »³⁵⁵.

Contrairement à une vision linéaire, la pulsion se déplace de manière circulaire autour de son objet, car elle ne vise pas un objet précis, mais tourne autour d'un vide central, ce que Lacan appelle « l'objet petit a »³⁵⁶. La boucle de la pulsion montre alors comment la pulsion ne cherche pas à atteindre un objet final, mais tourne autour de cet objet « cause du désir », ce qui engendre un mouvement constant de répétition, mais aussi de ruptures et de retour. C'est précisément ce retour qui introduit les variations dans le parcours de la pulsion, et confère plus ou moins de satisfaction. Dès cette circulation autour de l'objet émerge le troisième temps du circuit pulsionnel, essentiel à la fonction du désir et à toute relation.

Nous attribuons donc un caractère rythmique à ce mouvement, qui articule d'une part la constance de la poussée et d'autre part la répétition et le retour de la pulsion dans une dynamique dialectique entre permanence et rupture, qui permet l'émergence du désir.

En effet, cette rythmicité pulsionnelle nous renvoie encore à la notion de boucle de retour proposée par G. Haag, qui suggère l'idée que ce mouvement est modulé par le rythme du trajet pulsionnel :

« Je pense qu'elle émerge (la relation d'objet) de la perception des rythmes d'aller et de venir dans le mouvement pulsionnel qui draine la sensorialité, il y a un investissement de la perception quand cette géométrie qui nous guide s'intensifie »³⁵⁷.

³⁵⁵ Idem p.156.

³⁵⁶ Idem.

³⁵⁷ Haag, G. (2005). « Temporalités rythmiques et circulaires dans la formation des représentations corporelles et spatiales au sein de la sexualité orale ». Dans F. Richard (Éd.), *Autour de l'œuvre d'André Green: Enjeux pour une psychanalyse contemporaine* (pp. 181-192). Paris, PUF. pp. 181.

Dans cette citation, G. Haag articule finement la pulsion, le rythme, la sensorialité et la relation à l'objet, ce qui devient finalement la base de la reconnaissance de soi, de la relation à l'autre et à l'Autre.

En soutenant alors l'idée d'une rythmicité de la pulsion dans son articulation au corps sensori-moteur, nous nous intéresserons plus particulièrement à la pulsion dans sa dimension invocante, car elle est présente tout au long de notre travail clinique. Nous proposons ainsi d'approfondir la question de cette pulsion, ses rythmes et de ses enjeux dans la prise en charge d'enfants autistes et de bébés en détresse.

2.5.3 La pulsion invocante et les premiers rythmes relationnels :

« La voix est le témoin de l'affect au sein du langage : elle est l'essence de l'affectivité. Le rythme est l'organisation dynamique de la parole. Ils sont tous les deux les signes corporels de la langue. Ils ouvrent à la poésie et à la musique »

(Castarède, 2007).

La voix semble être un condensateur et un vecteur du sujet. Elle évoque une émotion profonde qui s'inscrit comme une marque singulière, tout en étant un véhicule de relation et de construction du social. La voix est par essence une manière de convoquer l'autre et l'Autre, traversée par l'intime et le collectif. Elle est la matérialité sonore de l'affect, l'expression de la pensée et la transmission d'une culture. Comme le dit Meschonnic :

« La voix qui semble l'élément le plus personnel, le plus intime, est, comme le sujet, immédiatement traversée par tout ce qui fait une époque, un

*milieu, une manière de se placer. Ce n'est pas seulement sa voix qu'on place.
C'est une pièce du social, qu'est tout individu »³⁵⁸.*

Lorsque l'on considère la voix et ses effets de subjectivation, la voix maternelle occupe une place privilégiée. La mère communique une mélodie d'affects et de fluctuations émotionnelles par sa prosodie, son intonation et sa cadence. Cela renvoie d'abord à la théorie de l'intersubjectivité développée par Colwyn Trevarthen³⁵⁹, qui affirme que les premiers échanges vocaux entre les nouveau-nés et leurs figures primordiales sont empreints d'empathie et d'émotion, ce qui correspond à la vitalité du contact humain. Pour Trevarthen, le bébé répond rythmiquement et musicalement à la voix maternelle, qu'il appelle « *motherness* » et que l'on traduit en français par « mamanaïs » (PRÉAUT, 1999). Ce terme désigne la mélodie de la voix de la mère lorsqu'elle se trouve en présence de son bébé. Il inclut son univers affectif, ses références culturelles, son rythme et sa manière singulière d'être sujet de l'énonciation. Cet ensemble forme un discours unique qui se transmet au-delà des mots, auquel le bébé répond avec émotion par sa propre mélodie, ce qui affecte la voix maternelle et leur relation.

À cet égard, Marie-France Castarède³⁶⁰ affirme que la voix maternelle, tant pour le fœtus que pour le bébé, est perçue comme une expression poétique authentique qui se reconnaît par ses rythmes et ses intonations. À partir de la voix se produit une syntonie rythmique qui exprime des sentiments et des affects, par laquelle la mère établit une compréhension mutuelle qui parvient à contenir et à envelopper psychiquement le bébé. Pour sa part, le bébé participe activement à cette première conjugaison de la voix ; il répond à la voix de sa mère et l'appelle pour devenir l'objet de son désir. Progressivement, le bébé commence à différencier des sons agréables et désagréables et se synchronise davantage avec les expressions qui résonnent avec son état interne.

³⁵⁸ Meschonnic, H. (1982). *Critique du rythme*. Verdier. pp. 284-285.

³⁵⁹ Trevarthen, C, & Aitken, K (2003). « Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique ». Dans *Devenir*, 2003/4 Vol. 15.

³⁶⁰ Castarède, M. (2007). « Le rythme et la mélodie ». Dans *Spirale*, (44), 39-46.

De son côté, Graciela Crespin³⁶¹ considère que la voix, dans sa dimension acoustique, acquiert une signification de nature principalement symbolique. Elle agit comme le véhicule d'un message établissant un lien avec l'Autre, dès les premiers échanges vocaux entre le bébé et son environnement. Ce message porte essentiellement sur la confirmation de l'existence mutuelle et du plaisir partagé.

Dans le même ordre d'idées, Maya Gratier³⁶² fait référence à une rythmicité de base qu'elle nomme « pulsation », qui correspond à des vocalisations implicites, lesquelles se produisent lors de l'interaction de manière répétitive et éphémère. Ces interactions sonores constituent une « enveloppe rythmique » dont la fonction prend la forme d'un « holding sonore » qui s'internalise progressivement comme enveloppe psychique.

Sa notion de « holding sonore » rappelle celle d'enveloppe sonore de Didier Anzieu³⁶³, conçue comme une enveloppe du moi qui se constitue à travers les productions sonores de la mère. Selon D. Anzieu, une sorte de miroir s'établit à partir des premières expériences sonores entre le bébé et son environnement, prenant la forme d'une enveloppe qui aide le bébé à se sentir contenu et en sécurité. Ces expériences s'intègrent ensuite à la mémoire sensorielle du bébé et créent des repères constants et rassurants, qui influencent la constitution du moi et permettent ensuite de supporter l'absence maternelle.

Par ailleurs, l'absence de continuité de la voix maternelle joue également un rôle prépondérant dans la structuration de la vie psychique et l'accès à la symbolisation. S. Maiello³⁶⁴ soutient que la voix maternelle, discontinue et personnelle, permet l'alternance des moments de présence et d'absence, qui ne sont pas toujours en résonance avec les besoins et les attentes de l'enfant. L'absence de la mère permet au bébé d'apprendre progressivement à se représenter son absence, ce qui se traduit par un rythme de la présence et de l'absence, dont émerge le pouvoir d'invocation. En l'absence de la mère, le bébé

³⁶¹ Crespin, G. (2007). *L'épopée symbolique du nouveau-né: De la rencontre primordiale aux signes de souffrance précoce*. Érès.

³⁶² Gratier, M (2007). « Les rythmes de l'intersubjectivité ». Dans *Spirale*, 2007/4 n° 44. pp. 47-57.

³⁶³ Anzieu D. (1976) « L'enveloppe sonore du Soi ». Dans *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 13, pp. 161-180.

³⁶⁴ Maiello, S. (2013). « En los orígenes del lenguaje: Aspectos vocales y rítmicos de la relación primaria y su ausencia en los estados autistas ». Dans *Controversias*, 13, 74-105.

prononcera son appel, d'abord par ses cris, puis par ses premiers mots, qui invoqueront l'autre. De ce fait, la voix maternelle confronte le bébé au principe de l'altérité.

Par conséquent, la voix peut être considérée comme un phénomène conjugué, dont le rythme est configuré par le mode d'échange qui s'établit avec l'autre et l'Autre. Pour comprendre l'importance de la voix dans l'organisation psychique, nous allons nous pencher sur la notion de pulsion invocante, l'une des quatre pulsions partielles que Lacan³⁶⁵ identifie, aux côtés des pulsions orale, anale et scopique.

Pour Lacan, la voix, en tant qu'objet, n'est pas simplement un son mais un élément qui échappe au symbolique et touche le réel. La voix invoque l'Autre et devient ainsi un vecteur de sa demande à travers l'acte de l'appel. Lacan accorde une importance radicale à cette pulsion lorsqu'il affirme qu'elle constitue la naissance du sujet et qu'elle est la plus proche de l'expérience de l'inconscient³⁶⁶. Toutefois, il souligne son caractère angoissant, en tant qu'elle révèle la présence de l'Autre et matérialise l'appel vers l'Autre qu'elle invoque³⁶⁷. Ce point nous semble fondamental pour la clinique de l'autisme et les effets que la voix de l'analyste peut produire sur l'enfant, comme on a pu le constater dans le cas de Willy.

M.-C. Laznik³⁶⁸ reprend l'idée de Lacan sur la pulsion invocante et l'étend à l'autisme. Selon Laznik, les premières interactions vocales entre le nourrisson et sa mère sont déterminantes dans la structuration du psychisme de l'enfant, car la voix joue un rôle crucial dans le désir et l'inconscient. Elle souligne ainsi l'importance de la voix en tant qu'objet pulsionnel primordial.

Pour aborder cette pulsion, Laznik³⁶⁹ fait référence à la notion de « mamanais », comme ce qui marque la singularité de la voix maternelle. Le mamanais se manifeste par des modulations de la voix et de la prosodie, dans des formes mélodiques douces et longues,

³⁶⁵ *Op. Cit.* Lacan, J. (1964).

³⁶⁶ Bentata, H. (2015). « Pulsion invocante, rythme et baby-blues ». Dans H. Bentata (Éd.), *Écoute, ô bébé, la voix de ta mère... : La pulsion invocante*. Toulouse, Érès. pp. 13-29.

³⁶⁷ *Op. Cit.* Lacan, J. (1964).

³⁶⁸ Laznik M. C. (2000). « La voix comme premier objet de la pulsion orale? ». Dans *La Revue Psychanalyse et Enfance du Centre Alfred Binet*, n° 28, septembre 2000, pp. 103 -117.

³⁶⁹ Laznik, M. (2013). « Pulsion invocante avec les bébés à risque d'autisme ». Dans *Cahiers de PréAut*, 2013/1 (10), 23-78.

ainsi que par diverses répétitions et par des coupures. Les coupures entre les fragments sonores sont essentielles car elles permettent la réponse du bébé. Le rythme de la prosodie du mamanaïs émerge du plaisir et de la surprise que suscite le bébé chez sa mère, ce qui traduit son état d'émerveillement. Le bébé, pour sa part, doit répondre à la voix de sa mère par ses propres actions sonores, afin de soutenir cet échange mélodique.

Nous pouvons alors affirmer que la voix de la mère et celle du bébé convoquent l'autre et l'Autre, et permettent ainsi la relation avec l'altérité. Un jeu d'appel et de réception se met en place, qui ouvre la voie de la pulsion et du désir. Par sa fonction invocante, la voix organise la relation entre sensorialité et pulsion en intégrant les registres et l'affect et de l'inconscient.

Enfin, nous synthétisons l'importance que nous conférons à la voix avec une citation de M. Castarède qui la décrit très précisément :

« La voix unifie, rassemble le sujet. C'est un portrait oral. On aime une voix, ou elle ne vous dit rien. La voix est relation. Par la communication, où du sens s'échange, elle constitue un milieu. Comme dans le discours, il y a dans la voix plus de signifiant que de signifié : un débordement de la signification par la signifiance (...) C'est peut-être ce perpétuel débordement de signifiance, comme dans le poème, qui fait que la voix peut être la métaphore du sujet, le symbole de son originalité la plus « intérieure », tout en étant historicisée »³⁷⁰.

La voix occupe une place centrale dans notre recherche et surtout dans le travail clinique quotidien que nous menons auprès d'enfants autistes et de bébés en souffrance, auxquels c'est précisément la voix qui fait défaillance. À ses multiples niveaux (rythme, pulsion, objet sonore, enveloppe, affect, parole), elle se révèle être l'un des supports privilégiés pour entrer en relation avec nos petits patients, car elle fait corps et matérialise nos présences au-delà du langage articulé par la parole.

³⁷⁰ *Op. Cit.* Castarède, M. (2007). pp. 294.

2.6 Le rythme et la pulsion invocante dans la rencontre clinique avec l'archaïque :

« Si le rythme n'est pas une méthode mais, au contraire, parce que sa signification est infinie, le primat du rythme contribue à situer le sens dans une non-totalité, une non-vérité, une non-unité, je voudrais poursuivre cet " effet critique" »

(Meschonnic, 1989).

Dans la clinique de l'autisme et du bébé en détresse, nous sommes confrontés à une désarticulation des rythmes primaires, dont les effets déstabilisent la constitution psychique et la relation à l'autre. Ces enfants se trouvent dans un état d'excitation permanente, avec des rythmes vitaux troublés, dépourvus de rythme régulateur et unificateur capable de leur fournir une enveloppe pour constituer un sentiment de continuité. Plutôt qu'un rythme, nous observons une répétition mortifère, non représentée, qui conduit à la décharge motrice de mouvements répétitifs et désorganisés, qui tentent d'évacuer la surcharge de l'affect et de l'angoisse catastrophique face au risque d'effondrement. Les sens ne convergent pas en synchronie, ce qui produit soit une difficulté d'intégration d'une ou de quelques voies sensorielles, soit un démantèlement sensoriel. Les sensations ne peuvent se transformer en émotions et suivent un parcours idiosyncrasique, sans inscription psychique ni réalisation hallucinatoire du désir³⁷¹.

Au lieu d'un rythme s'établit une arythmie ou une dysrythmie qui met en péril le sentiment de continuité de l'existence. Devant ce manque de rythmicité, l'absence ne peut être représentée et l'expérience du temps et de l'espace se trouvent affectées, créant une rupture avec soi-même, avec l'autre et avec l'environnement, qui entraîne une souffrance

³⁷¹ Lauras-Petit, A. (2009). « Rythmes et contenants psychiques ». Dans *Champ psychosomatique*, 54, 105-126.

psychique et physique. Le trajet de la pulsion ne s'organise pas et l'investissement de l'objet ainsi que la position du désir échouent.

En effet, la perte ou la non-constitution de cette rythmicité à des conséquences dont la violence se traduit sous la forme d'un traumatisme. Victor Guerra³⁷² envisage le traumatisme comme le résultat d'une dysrythmie, produit d'une discontinuité dans le rythme propre du sujet. Dépourvu du sentiment de continuité de l'existence, en dehors de l'espace et du temps et de la relation à l'autre, aucune différenciation ne semble possible. Dès lors, cette indifférenciation empêche l'établissement de la présence et de l'absence et par conséquent, de l'intervalle qui constitue le flux du rythme. De là surgit le fort besoin de préserver l'état d'uniformité, qui donne à l'enfant l'illusion d'un certain contrôle sur la réalité afin d'éviter l'angoisse liée à la perception des limites et de la discontinuité.

Cette arythmie est mise en évidence dans le cas de Bruno, dont plusieurs rythmes sont affectés, dévoilant ainsi une absence de continuité dans son expérience, dans ses relations aux autres proches de lui, ainsi que par sa difficulté d'intégration des voies sensorielles. On constate également cette arythmie chez Willy et chez Lucas qui sont dans une sorte de chaos permanent, dans un vécu qui semble être hors du temps et de l'espace, et hors de toute relation.

Les effets de cette désorganisation rythmique semblent chercher une forme de régulation dans les mouvements et les gestes répétitifs de l'enfant, ce qui se manifeste par des écholalies, des stéréotypies et des mouvements circulaires de rotation de son corps et des objets. Ces mouvements répétitifs, ajoutés à l'impossibilité de tolérer une certaine variabilité de l'environnement, ne parviennent pas à s'inscrire dans la relation à l'autre. Ils constituent alors une modalité temporelle circulaire qui se ferme sur elle-même, une source d'isolement, dépourvue de trames rythmiques primordiales partagées³⁷³.

³⁷² *Op. Cit.* Guerra, V. (2015).

³⁷³ Maiello, S. (2000). « Traces sonores et rythmiques primordiales ». *Réminiscences auditives dans le travail psychanalytique*. Dans *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, (26), 77-103.

Toutefois, lorsque l'on réfléchit aux actions et mouvements itératifs des enfants autistes et des bébés en souffrance, il semble essentiel de discerner ce qui correspond aux stratégies autistiques défensives et les petits moments de rythmicité qui émergent de ces manifestations face à certains moments de rencontre. Pour S. Maiello³⁷⁴, le thérapeute ressent des émotions d'exclusion, d'irritation et d'ennui lorsque l'enfant s'adonne à ses stéréotypies solipsistes, ce qui reflète la déconnexion et la stagnation associées à ces mouvements. Celles-ci contrastent fortement avec les émotions suscitées par les premières communications rythmiques, marquées par le plaisir et la surprise.

En revenant à la vignette clinique de Lucas, nous pouvons observer l'utilisation de la ficelle circulaire et répétitive comme stratégie défensive qui délimite son espace à habiter et le protège de l'autre et de l'environnement, perçu comme menaçant. Elle lui permet en même temps d'avoir un mouvement vivant qui soutient le redressement tonique et la verticalité de son corps. Cependant, ces mouvements, qui semblent initialement dépourvus de sens, peuvent être transformés en une forme de rencontre qui s'ouvre à la relation. En repérant ses usages singuliers et en incluant la ficelle dans la relation, cette même ficelle peut vectoriser l'affect vers la rencontre dans un rythme partagé, devenant une métaphore du lien.

2.6.1 La pulsion invocante dans la co-construction du rythme :

« Du chaos, naissent les Milieux et les Rythmes »

(Deleuze et Guattari, 1980)

La place de la voix dans le champ de la psychanalyse est absolument fondamentale. Depuis ses origines, la cure analytique est une pratique de parole. Anna O. (1895), patiente de Breuer puis de Freud, appelle la pratique psychanalytique « *the talking cure* ». Ce n'est pas

³⁷⁴ *Op. Cit.* Maiello, S. (2013).

seulement la parole en tant que discours qui est un élément crucial de la cure, mais aussi, et dans certains cas même d'abord, la voix qui la porte.

La voix, comme l'affirme S. Maiello³⁷⁵ concerne tous les êtres parlants, mais surtout ceux qui n'ont pas accès à la parole, comme les bébés et les enfants autistes auxquels nous consacrons notre pratique clinique. Deux questions centrales se posent alors : *À quelle voix se réfère-t-on lorsqu'il s'agit d'une pratique clinique antérieure à la parole et au discours ? Comment écouter la voix en l'absence de parole ?*

Chez les enfants autistes, même ceux qui ont un certain accès à l'énonciation des mots, nous observons une absence de mélodie vocale dans ces interactions du bébé avec ses figures primordiales et en même temps, une absence d'intérêt pour la voix de l'autre maternel. Il semble y avoir peu de distinction entre la mélodie maternelle et les bruits généraux de l'environnement, et une indifférence plus ou moins massive aux variations de la voix et de ses rythmes. Les aspects musicaux du langage préverbal et la réciprocité dans les interactions avec l'autre primordial ne se manifestent pas. La dimension d'invocation de la voix ne paraît pas s'établir, ce qui exclut le champ de la demande et du désir. Dans les cas où l'enfant parvient à utiliser des mots, ceux-ci ont une valeur pragmatique ou constituent des constructions verbales écholaliques qui soustraient la valeur subjective de l'énonciation et nient l'altérité.

Dans ce contexte, nous rejoignons S. Maiello³⁷⁶ qui soulève l'importance d'une écoute particulière de l'analyste, orientée vers les précurseurs sonores d'un discours préverbal afin d'entrer en résonance avec les éléments sonores et rythmiques du patient, ainsi qu'une attention flottante plus large permettant de capter le non-dit qui se transmet dans la dimension transférentielle.

Notre conception du rythme, et notamment du rythme de la voix, comme moyen de rencontre clinique a débuté intuitivement lors de la première rencontre avec Willy, pour s'étendre ensuite à d'autres prises en charge et devenir finalement un outil clinique.

³⁷⁵ Idem.

³⁷⁶ Idem.

Le cas de Willy, que nous avons évoqué au début de cette thèse, illustre de façon exemplaire la place de la voix et du rythme, ainsi que l'écoute par l'analyste de ces dimensions archaïques dans la relation transférentielle. Dans ce cas, la découverte de la voix de l'enfant par ce dernier et par l'analyste est mise en scène dans une séquence de surprise et de plaisir, d'où émerge une émotion esthétique partagée. Cela se révèle être une possibilité de rencontre entre l'enfant et l'analyste, qui permet la co-construction d'un rythme commun. Nous proposons de reprendre un petit fragment de cette rencontre pour réfléchir à la place de la voix et à son articulation avec le rythme et la pulsion invocante :

« Sous la pression interne d'intervenir et sans rien d'autre en tête, je m'installe dos au sol, sans réfléchir, dans la même position que Willy, à environ deux mètres de lui, en silence. Willy répétait par intermittence sa vibration dans la gorge, prenant parfois une forme que je rassemblais en une lettre A. Probablement est-ce cette similarité qui me fait penser à la comptine des voyelles, qui commence justement par cette lettre [...] Très timidement et presque en chuchotant, je commence à entonner la lettre A au rythme de la comptine dans une mesure à cinq temps : trois pour monter, puis deux pour descendre. Willy arrête sa vibration d'un coup. J'attends... Willy entonne à nouveau sa voix, cette fois dans une tonalité légèrement différente, qui ressemble à un A aigu. Même si elle reste monotone, la tonalité se transforme. Lorsqu'il se tait, je prends le relais et lui renvoie mon Aaaaa dans le même rythme de cinq temps et j'arrête, tout en réduisant prudemment la distance qui nous sépare [...] Lorsque j'arrête mon intonation, il tourne son visage, qui était orienté vers le plafond, pour me regarder, me fait un grand sourire et appuie sa tête sur mon bras étendu. Je suis profondément émue par ce geste. Ma surprise et mon émotion sont évidentes, et je lui dis alors d'une voix très aiguë, comme si je parlais à un bébé sur un mode proche du « mamana » : « Salut Willy, je suis contente de te rencontrer ». Willy réagit avec étonnement à notre rencontre, sautant sur le sol de tout son corps, souriant et entonnant sa lettre A, dans un rythme plus proche du mien ».

À partir de cette brève séquence clinique, nous constatons que la musicalité de la voix a un effet organisateur pour Willy, mais également pour l'analyste, face à l'angoisse d'une lourde crise qui semblait impossible à tolérer. En effet, la musicalité de la voix soulage la pression interne de l'affect, créant un pont entre le monde intérieur et le monde extérieur qui permet l'émergence spontanée d'un dialogue musical. Ce dialogue semble fournir à Willy une base de confiance suffisante qu'installe un rythme sécurisant à partir duquel il peut s'ouvrir à une expérience de rencontre avec l'autre et à une reconnaissance naissante de l'altérité, sans se sentir menacé par sa présence.

Cela montre l'aspect central de la voix dans sa fonction invocante, d'abord chez l'analyste, laquelle émerge initialement comme un acte inédit et authentique, dépourvu de contenu théorique ou technique. Il s'agit d'une véritable improvisation née d'une tentative désespérée d'apaiser la souffrance de l'enfant et l'angoisse qu'elle provoque. Cette voix imprévue devient alors un appel qui fait résonance avec la voix de l'enfant, répondant à l'invocation avec sa propre mélodie et éveillant ainsi le désir de rencontre chez l'un et chez l'autre. Elle permet ainsi l'établissement du troisième temps du circuit de la pulsion, dans lequel le bébé est appelé et répond en appelant. Willy répond à l'appel de l'autre et devient en même temps l'objet du désir, dans un circuit pulsionnel où la voix qui émerge de l'un est dirigée vers l'autre et revient sous la forme d'une boucle, faisant de l'appel un dialogue sans paroles. Un langage de l'affect s'organise où quelque chose du sujet apparaît. De ce fait, la motion pulsionnelle abandonne le mouvement de frustration produit par l'impossible investissement d'un objet inexistant, pour s'inscrire dans la rencontre comme une première trace qui réunit corps et psyché, affect et représentation³⁷⁷.

En outre, la musicalité des voix conjuguées de l'enfant et de l'analyste et la rythmicité qui en découlent ont un impact direct sur les autres personnes présentes. Elles permettent également de moduler l'intensité de l'affect qui retenait la forme d'une angoisse

³⁷⁷ *Op. Cit.* Humphreys, D., Diban, M. (2023).

d'effondrement chez les adultes, laquelle advient quand une expérience de l'humanité se défait d'un seul coup³⁷⁸.

Plusieurs aspects ressortent de cette séquence clinique qui articulent non seulement le rythme à la pulsion invocante, mais également la sensorialité et la motricité. La rythmicité conjointe qui émerge de la rencontre permet de réorganiser la sensorialité démantelée chez l'enfant, où la voix qu'incarne l'invocation entre en résonance avec les mouvements et la tonicité du corps de Willy. Ainsi, la synchronicité affective qui en résulte se révèle par son impact direct sur l'organisation sensori-motrice de Willy, dont le tonus corporel s'intègre à l'espace dans un redressement tonique qui semble lui donner la sensation d'être là et de tenir, par cette tonicité, sa présence. Le sentiment de réhabiter son corps après le démantèlement sensoriel se manifeste par sa jubilation évidente, laquelle ne demande qu'à être partagée dans une ouverture à l'environnement et à la relation à autrui³⁷⁹.

Cette expérience l'amène à adresser à l'autre un regard frontal qui contribue au mouvement du corps en direction de la relation. Le regard éveillé est spontanément dirigé vers l'analyste, ce qui suggère une pulsion scopique qui s'esquisse, dans laquelle regarder et être regardé commencent à se dessiner comme une possibilité d'exister en présence de l'autre. Cela contribue à articuler le corps dans un sens de continuité qui l'enveloppe, à partir duquel un redressement tonique se produit, lui permettant l'émergence d'un sentiment d'exister dans le temps et dans l'espace et de se situer dans la relation.

Tous ces éléments s'appuient sur la rythmicité de la rencontre, qui fonctionne comme une toile de fond articulant temps et espace, affect, pulsion et relation. Nous constatons par conséquent que pulsion, rythme, sensorialité et motricité s'articulent et s'harmonisent. Comme le souligne Hervé Bentata³⁸⁰, la question du rythme transcende celle de la voix et de la pulsion, car le rythme structure aussi le regard et le corps dans ses gestes, ses expressions, sa posture et ses mouvements, comme on peut le constater chez Willy. La musicalité de la

³⁷⁸ Fedida, P. (2007). *Humain/Déshumain*. Paris, PUF.

³⁷⁹ Farges F., Farges, N., Lheureux-Davidse, C., Missonnier, S. (2023). *Aux origines de la vie psychique : psychanalyse et vie fœtale*. Paris, Ithaque.

³⁸⁰ *Op. Cit.* Bentata, H. (2015).

voix favorise ainsi une identification à l'autre qui permet de traduire les cris de l'enfant dans un code commun où quelque chose l'interpelle comme un semblable.

Nous pouvons alors affirmer que si le rythme est vital, ce n'est pas seulement pour la prosodie de la voix et son aspect pulsionnel. La rythmicité harmonise la pulsion et le corps, lequel occupe une place fondamentale en tant que support matériel du dialogue émotionnel qui naît du rythme de la relation³⁸¹. En ce sens, le rythme permet et structure le lien social, créant un milieu commun où l'enfant peut s'inscrire.

Dans le cadre de notre pratique clinique auprès de l'archaïque où l'arythmie de l'enfant et du bébé remplace l'expérience de continuité de l'existence, le rythme se révèle être un outil essentiel pour organiser cette expérience et soutenir la rencontre dans la co-construction d'une rythmicité conjointe. Il permet la mise en place d'un lien sécurisant qui permet d'accueillir la souffrance et de l'orienter vers l'autre dans une fonction de contenance maternelle. Ainsi, l'intensité de l'affect peut être abordée et s'inscrire comme trace psychique dans la relation.

De par son caractère liant, le rythme constitue un vecteur de lien qui, dans ses différentes configurations et dans ses effets sur le corps sensorimoteur et la pulsion, devient un support pour l'établissement d'un milieu commun dans la rencontre clinique. Pour ce faire, l'ajustement rythmique de l'analyste au rythme de l'enfant, ainsi que l'aménagement de l'espace et du cadre thérapeutique, se révèlent fondamentaux et rendent possible la manifestation, le partage et l'élaboration de la souffrance dans une dimension transféro-contre-transférentielle. Or, cet ajustement rythmique nécessite une certaine malléabilité de la présence de l'analyste qui offre à l'*infans* un support pour « jouer » avec ses propres émotions sans se sentir submergé.

Dans ce cadre, la mise en place du travail clinique à partir des enjeux du corps sensorimoteur, de la pulsion et du rythme conduit à la création d'un dispositif technique différent

³⁸¹ *Op. Cit.* Humphreys, D., Diban, M. (2023).

pour accueillir la souffrance archaïque dans la construction d'un lien possible à l'autre, ainsi que pour faciliter la reconnaissance de l'altérité et restituer le sentiment d'exister en continuité. Nous analyserons en détail les différents aspects et les principales fonctions de ce dispositif clinique dans le chapitre à venir.

PARTIE III : Une technique psychanalytique pour le travail du lien dans la clinique de l'archaïque

« Dans la cure analytique, une mise en mouvement se crée si l'analyste se laisse embarquer en engageant sa propre intériorité, sa caisse de résonance singulière... L'Autre désigne avant tout un lieu – dynamique, en vibration –, mais c'est dans son imbrication avec un être en chair et en os, que la question venant du sujet peut être entendue. Cet Autre qui entérine l'appel n'est pas là pour y répondre mais pour le faire résonner, entendre l'indicible, les trébuchements de la langue, les inflexions de la voix, les silences, les soupirs, les points de fermeture et d'ouverture : être là sans y être soi. »

(Lemosof, 2014)

1. Introduction :

La psychanalyse représente fondamentalement une méthode clinique qui vise à explorer les enjeux de l'inconscient et ses manifestations dans les différents registres de l'expérience humaine. Dès les débuts, Freud a élaboré diverses hypothèses, théories et techniques pour appréhender l'inconscient, le fonctionnement psychique et leur impact sur le corps, dans le but de faire évoluer les hypothèses d'un savoir-faire qui ne se limite ni au dispositif technique ni à l'ensemble théorique, mais qui se renouvelle sans cesse dans le cadre de l'expérience clinique³⁸². Ainsi, la définition de la psychanalyse que Freud avance en 1923 reflète ses intentions concernant la création d'un dispositif pour la compréhension et le traitement de phénomènes psychiques autrement inaccessibles :

« La psychanalyse est : une méthode d'investigation de phénomènes psychiques qui autrement seraient à peine accessibles ; une méthode de traitement de troubles psychiques qui se fonde sur cette investigation ; et une façon d'envisager la vie psychique acquise par ces moyens et qui progressivement constitue une discipline scientifique nouvelle »³⁸³.

Par conséquent, nous considérons la psychanalyse comme une technique flexible et malléable, capable de s'ouvrir à diverses possibilités, à la fois techniques et théoriques, visant à traiter et à comprendre les phénomènes de la vie psychique, quelle que soit leur nature. Confrontés aux manifestations concrètes de la souffrance contemporaine et des nouvelles formes de production des sujets, nous situons notre recherche dans le champ de la psychanalyse, même si notre pratique clinique s'éloigne largement des techniques de la cure classique.

Dans le cadre de la clinique de l'autisme et du bébé en détresse, où la rencontre se fait souvent en deçà du langage, autour du corps et de ses gestes, la technique traditionnelle de la cure ne nous permet pas d'approcher la souffrance, ni d'accompagner les angoisses de

³⁸² Humphreys, D., Diban, M. (2023). « La ritournelle de la rencontre : présence et fantasmatisation de l'analyste dans la clinique de l'informe ». Dans *Enfances & Psy*, 98, 53-63.

³⁸³ Freud S. (1923). « Psychanalyse » Paris, PUF, 1985, pp. 51-77. Cité par Kaës, R. (2009). « La réalité psychique du lien ». Dans *Le Divan familial*, 2009/1, (22), 107-125.

nos patients, emprisonnés dans une expérience chaotique de leur corps et de leur relation à l'autre et à l'environnement. Leur capacité psychique précaire, encore primitive et non intégrée, concourt à une effraction de la réalité, par défaut d'inscription de leur souffrance et à l'impossibilité de l'adresser à un autre capable de la maîtriser. La pulsion se désarticule dans son trajet, elle ne trouve ni objet ni fin, et revient au corps comme un affect pur et destructeur qu'il faut « rejeter hors-de-soi ». Cela nous met au défi d'inventer de nouveaux dispositifs cliniques, pour produire des repères qui permettent de sortir du « des-humain »³⁸⁴, c'est-à-dire de la difficulté à reconnaître du semblable dans cette souffrance archaïque ainsi que de la penser et de se situer dans le lien.

Pour approfondir le travail du lien dans le cadre clinique de l'archaïque, il est nécessaire d'élargir la technique de la psychanalyse à de nouveaux modes d'écoute et de prise en charge des traumatismes psychiques, ainsi que d'ouvrir notre position d'analyste à d'autres formes de présence et de construction du lien transférentiel. Il s'agit de s'autoriser une « technique de l'après »³⁸⁵ qui vise à transcender les limites imposées par les structures et les savoirs préexistants et à explorer des territoires inédits, ouvrant de nouvelles voies de réflexion et d'action, où la pensée et la création dépassent la simple réaction ou reproduction de ce qui est déjà connu ou établi.

Dans cette perspective, les idées de Ferenczi³⁸⁶, pionnier dans le domaine de l'élargissement de la technique psychanalytique, se révèlent particulièrement significatives pour notre recherche, car il montre que les limites de l'analyse ne se situent pas à la périphérie, mais au centre de l'expérience analytique. Cela remet en question les repères formels et contractuels du dispositif analytique ainsi que l'assurance du support temporo-spatial et matériel de ce dernier, d'où ressort l'importance considérable de la disposition interne de l'analyste pour le maintien constant du cadre analytique à partir de sa présence³⁸⁷.

³⁸⁴ Fedida, P. (2007). *Humain/Déshumain*. Paris: PUF.

³⁸⁵ Deleuze, G., Guattari, F. (1991). *Qu'est-ce que la philosophie?*. Paris, Ed. de Minuit.

³⁸⁶ Ferenczi, S. (1928a). *Élasticité de la technique psychanalytique*. Dans *Psychanalyse IV*. (Sabourin, P. J. Dupont, et al. Trads.) Paris, Payot, 1982.

³⁸⁷ Yi, Mi-Kyung (2015). « Un moi d'enfer : l'enfant impossible ». Dans *L'enfant impossible*. Paris, PUF, pp. 73-93.

Ferenczi introduit alors une approche analytique novatrice avec son concept d'« élasticité de la technique »³⁸⁸, qui souligne la nécessité pour l'analyste d'adopter une attitude flexible et réceptive envers le patient, au-delà des concepts traditionnels d'abstinence et de neutralité proposés par Freud. L'élasticité de la technique, telle que conçue par S. Ferenczi, implique pour l'analyste une capacité à s'adapter aux besoins émotionnels du patient et à s'engager activement dans le processus de transfert et contre-transfert, tant dans « l'ici et maintenant » de la séance que dans le déroulement de l'analyse. Cette relation favorise un échange mutuel d'expériences vécues et de communications inconscientes. En outre, Ferenczi critique « l'hypocrisie professionnelle »³⁸⁹ dans la pratique psychanalytique traditionnelle, laquelle pourrait supposer une non-fiabilité du patient envers l'analyste. Il insiste sur l'importance de la fiabilité de l'analyste et de sa « bienveillance inébranlable » à l'égard de son patient, mettant en lumière la nécessité d'authenticité et de transparence de la relation analytique, dans un engagement empathique qui favorise le lien. Une citation de Ferenczi nous permet de mieux illustrer sa position :

*« Si nous gardons une attitude froide et pédagogique en présence d'un patient, nous brisons le tout dernier lien qui nous rattache à lui. Le patient sans connaissance est effectivement, dans sa transe, comme un enfant qui n'est plus sensible au raisonnement mais tout au plus à la bienveillance maternelle. Si cette bienveillance vient à manquer, il se trouve seul et abandonné dans la plus profonde détresse, c'est-à-dire justement dans la même situation insupportable qui, à un certain moment, l'a conduit au clivage psychique »*³⁹⁰

Dès lors, Ferenczi introduit l'importance de la capacité de l'analyste à « sentir avec »³⁹¹ (*Einfühlung*), qui consiste pour l'analyste à s'engager pleinement et sincèrement avec le patient, en se laissant imprégner et surprendre par ses ressentis les plus profonds et intimes. Il s'agit d'une pratique qui met l'accent sur l'épreuve émotionnelle et la résonance de

³⁸⁸ *Op. Cit.* Ferenczi, S. (1928a).

³⁸⁹ Ferenczi, S. (1933). *Confusion de Langues entre les Adultes et l'Enfant*. Dans *Psychanalyse IV*. (Sabourin, P. J. Dupont, et al. Trads.) Paris, Payot, 1982.

³⁹⁰ *Idem.* pp. 129.

³⁹¹ *Op. Cit.* Ferenczi, S. (1928a).

l'analyste, ainsi que sur la suspension momentanée du jugement, comme instrument de compréhension et de transformation des conflits et des traumatismes du patient.

En suivant cette ligne de pensée, Gisela Pankow³⁹² suggère la notion de « *mit anderen sein* » (être avec l'autre), qui soulève l'importance d'une co-construction de la réalité psychique dans la relation analytique. L'analyste doit y être pleinement présent, participant activement à l'élaboration des expériences et des significations partagées, en mettant l'accent sur l'importance du lien transférentiel et de l'engagement émotionnel de l'analyste.

Plusieurs de ces points proposés par Ferenczi prennent un sens crucial dans notre travail clinique, où la présence de l'analyste occupe une place primordiale dans sa fonction de contenance qui découle de la possibilité de « sentir avec ». Dans la clinique de la souffrance précoce, dans laquelle l'infantile renvoie à la désorganisation de la vie pulsionnelle avant le langage, et en particulier lorsque la souffrance s'empare du petit sujet et le fige dans ses processus de constitution psychique, l'analyste doit s'impliquer dans une rencontre authentique et s'autoriser à être affecté par les manifestations de l'angoisse de l'*infans* afin d'entrer en résonance avec lui. Nous proposons donc d'explorer les transformations successives qui modèlent la technique psychanalytique dans la prise en charge de la détresse archaïque, afin de réfléchir à la façon dont se nouent les différents axes qui soutiennent la dimension transféro-contre-transférentielle dans cette pratique clinique.

En ce qui concerne la psychanalyse contemporaine, il nous semble important de mentionner Pierre Delion³⁹³ qui, d'un point de vue sémiotique, propose que pour qu'un dispositif thérapeutique puisse aborder et inscrire la souffrance, trois temps et trois fonctions sont nécessaires. Dans un premier temps, il s'agit d'accueillir le sujet, sa souffrance et ses difficultés, pour « porter » leur expérience, ce qui s'avère être une fonction « phorique ». Or, la fonction phorique, même quand elle est portée par l'analyste, ne se limite pas à son travail individuel, mais concerne l'ensemble du travail collectif dans la prise en charge de l'enfant. Ensuite, dans un deuxième temps, les signes de la souffrance peuvent être repérés et

³⁹² Pankow, G. (1968). *La relation d'inconnu à inconnu*. Paris: Payot.

³⁹³ Delion, P. (2022). *La constellation transférentielle*. Toulouse, Érès.

l'analyste les prendre dans son appareil psychique, devenant ainsi le porteur de ces signes chargés de messages qui n'ont encore pas de signification. Cela fait référence à une fonction « sémaphorique ». Enfin, dans un troisième temps, ces signes peuvent être élaborés et transformés pour qu'une signification émerge, ce qui constitue une fonction « métaphorique », qui permet la création de sens et restitue à l'enfant la fonction de la pensée et de la relation intersubjective. Nous reviendrons sur ces points dans la réflexion sur la dimension transférentielle.

Une autre perspective intéressante est celle de François Ansermet³⁹⁴, qui propose que la clinique psychanalytique, face à l'impasse de son intervention, peut réouvrir le champ des possibilités par l'exploration d'autres voies d'accès au psychique. Il soutient que lorsque la vie psychique semble déconnectée de la réalité, il devient crucial de créer de nouvelles conditions d'approche permettant un travail d'élaboration et de transformation où le sujet peut se réinventer. L'accent est alors mis sur l'écoute de ce qui est souvent inaperçu ou inaudible, afin d'atteindre « le réel, l'indicible et l'invisible », à partir des voies créatives qui visent à favoriser une transformation profonde du sujet et à le rendre responsable de sa position par ses réponses singulières. Cet abord nous permet de considérer les enjeux du corps et du rythme dans leurs différentes dimensions comme une réponse du sujet et comme des voies alternatives à la parole pour contourner l'expérience de l'archaïque.

À ce propos, les contributions de Fernand Deligny sur l'autisme s'avèrent cruciales dans notre travail clinique. Bien que cet auteur ne soit pas psychanalyste et que sa pratique ne recherche pas une approche thérapeutique en particulier, ses idées nous permettent de considérer l'autisme d'un point de vue « humain » et de favoriser une présence adaptée auprès de l'enfant, pour que la relation soit possible. Au sujet des enfants autistes (ce que nous étendons également au bébé en détresse), Deligny affirme que la manière de « les aider » est de trouver un mode de vie qui leur permette de « vivre » ; ce qui signifie cesser de s'auto-détruire, se détacher des murs contre lesquels ils demeurent collés, sortir de la stéréotypie et de la répétition d'un automatisme gestuel pour parvenir ainsi à s'installer dans

³⁹⁴Ansermet, F. (2004). « Les inventions de la clinique ». Dans *Vacarme*, 29.

un rythme, dans un espace délimité mais ouvert³⁹⁵. Il s'agit alors de créer des circonstances favorables dans lesquelles ils puissent vivre dignement et de suivre leurs mouvements en résonance avec eux, afin d'ouvrir une séquence de gestes que l'enfant peut s'approprier dans un espace-temps commun, qui sert de support à la relation³⁹⁶. En effet, les idées de Deligny rejoignent le cœur de notre intention clinique : créer les circonstances et les conditions pour leur permettre d'habiter leur corps, d'être en présence de l'autre et que la relation puisse être envisageable.

Dans ce cadre d'adaptation de la technique clinique, le but de l'analyse serait ainsi de créer les moyens de transformer les expériences désorganisées et chaotiques en une expérience partageable, à travers laquelle il est possible de construire ou de reprendre le lien à l'autre et le sentiment d'exister, en continuité. Pour ce faire, l'analyste, par sa présence en corps, devient un semblable, capable de reconnaître et d'accueillir la souffrance liée au vécu traumatique³⁹⁷.

Pour mettre en place cette clinique archaïque plutôt informelle, il est question pour l'analyste de désapprendre la langue de l'Autre pour en créer un langage qui puisse exprimer le corps et donner forme à ses expériences, afin que la souffrance puisse s'adresser à l'autre et s'inscrire psychiquement dans un mouvement de transformation³⁹⁸. Comme le souligne Ansermet³⁹⁹, de même que dans l'hypothèse de l'inconscient, où celui-ci se manifeste dans les discontinuités du discours conscient, ce qui résiste à l'énonciation et se manifeste dans les enjeux du corps, devient l'occasion d'un changement possible.

Nous analyserons ainsi dans cette partie de notre recherche les conditions et les adaptations spécifiques que nous avons mises en œuvre pour effectuer un véritable travail analytique ajusté aux besoins de nos patients. Tout d'abord, dans le premier chapitre, nous

³⁹⁵ Deligny, F. (1975). *Nous et l'innocent*. Paris, Maspero.

³⁹⁶ Perret C., (2018). « À propos d'un « geste nôtre ». La caméra dans la tentative de Fernand Deligny ». Dans *Geste filmé, gestes filmiques*, Paris, éditions Mimesis.

³⁹⁷ Humphreys, D., Diban, M. (2023). « La ritournelle de la rencontre : présence et fantasmatisation de l'analyste dans la clinique de l'informe ». Dans *Enfances & Psy*, 98, 53-63.

³⁹⁸ Mazéas, D. (2019). « Les vécus traumatiques précoces et la langue sensorielle en thérapie de l'enfant ». Séminaire international *Intervention précoce et clinique du singulier*. Universidad Diego Portales, Chili.

³⁹⁹ *Op. Cit.* Ansermet, F. (2004).

porterons notre attention sur la relation thérapeutique basée sur la rencontre sensorielle. Dans cette forme de rencontre, la présence de l'analyste quitte sa place de neutralité pour devenir une présence *en corps*, qui se met en scène comme un support matériel mais malléable, capable d'entrer en résonance avec les affects désorganisés du patient. Les fonctions de l'analyste sont également modifiées et se centrent particulièrement sur les fonctions de reconnaissance, de traduction et surtout de contenance de la détresse qui se manifeste à travers le corps de l'enfant et qui atteint le corps de l'analyste. Cela nous amène à postuler une ouverture de la dimension transféro-contre-transférentielle centrée sur le corps et ses effets sur le registre pulsionnel. Nous proposons ici de considérer un « espace-entre » comme un espace intermédiaire qui fait office de support dans la construction d'un milieu commun, où se déploient des éléments transférentiels liés à la sensorialité.

Dans le deuxième chapitre de cette partie consacrée à la technique clinique, nous présenterons la mise en place de notre dispositif singulier, qui concerne d'une part les techniques du corps visant les fonctions de *holding* et de *handling* proposées par Winnicott, et d'autre part l'utilisation de la caméra vidéo, au sens de « camérer » proposé par F. Deligny. Cette dernière s'avère être un outil thérapeutique qui nous permet d'autres points « de voir » pour repérer ce qui émerge dans la rencontre, sous la forme d'un code en images, au lieu d'une symbolisation par des mots. Ces modifications de la technique et du cadre clinique sont possibles sur la base de la création d'un lieu tiers, un milieu commun, qui émerge de la rencontre et permet la reconnaissance mutuelle.

Enfin, nous aborderons la transformation de notre démarche clinique en un véritable dispositif technique, ce qui exige comme condition l'élaboration des mouvements transférentiels au sein d'un travail collectif. Celui-ci nous permet de créer un autre espace-temps, où les expériences du réel auxquelles nous sommes confrontés quotidiennement dans cette clinique peuvent être représentées dans l'après-coup pour lui trouver un sens. Le travail collectif est ainsi une manière d'interroger la pratique pour analyser l'évolution de la clinique et de garder trace de l'expérience dans le discours d'un réseau commun. Bien que ce travail collectif soit transversal à toute cette recherche, nous consacrerons le dernier

chapitre à discuter de sa place et de son importance, ainsi que de la forme matérielle qu'il a prise dans notre clinique.

Avant de présenter théoriquement la manière dont notre dispositif clinique prend forme, nous proposons une dernière vignette clinique qui nous permet d'illustrer les différents axes que nous y proposons. Celle-ci reflète également le travail clinique que nous avons élaboré dans les chapitres précédents, principalement en ce qui concerne la sensorialité, la motricité, le rythme et le trajet de la pulsion. Si la plupart de ces réflexions avaient déjà émergé dans le travail avec Willy, c'est avec Tomy que nous avons organisé et formalisé les pistes relevées. En effet, le travail avec Tomy représente une articulation des repères trouvés dans la rencontre avec Willy, qui s'est matérialisée dans un dispositif de travail clinique, à partir de notre élaboration après coup, et non plus seulement à partir de l'intuition et de l'urgence face aux effets que la souffrance archaïque suscitait en nous. Il s'agit donc d'une structure technique qui soutient notre travail clinique auprès des enfants autistes et des bébés en détresse.

2. TOMY : Une présence insupportable

Tomy est un enfant de 4 ans qui présente de forts traits d'autisme. Il semble être un enfant charmant, il est bien habillé et très soigné. Ses gestes sont généralement doux, son apparence physique est harmonieuse. Tomy a tout d'un enfant « bienveillant », mais cela ne reflète en rien la désorganisation qui se cache derrière cette image. Tomy ne parle pas et s'isole en permanence, se retirant presque totalement de toute relation. Sa dérégulation sensorimotrice est très violente, avec des décharges corporelles massives qui impactent son corps et son entourage.

Tomy m'a été adressé pour une prise en charge thérapeutique à un moment particulier de ma vie, où je n'arrivais pas vraiment à entrer en résonance avec lui. J'éprouvais à cette époque des difficultés à résonner avec quiconque après le retentissement profond qu'avait eu sur moi la mort de mon frère cadet, raison pour laquelle j'avais cessé de recevoir de nouveaux patients. Ma collègue orthophoniste, avec qui je travaille toujours dans la prise

en charge des enfants autistes sévères, m'encouragea pendant quelques mois à voir Tomy. Probablement à cause de son insistance et pensant que je pouvais, à ce moment-là, retrouver une plus grande disponibilité affective, je finis par accepter. Toutefois, il s'est avéré extrêmement difficile de l'accueillir, et même de le tolérer.

Les parents de Tomy, tous deux médecins réputés, ne semblent pas non plus avoir de résonance affective, ni avec leur fils, ni avec leur vie. Leurs expressions paraissent plates et leurs voix monotones, comme dépourvues d'émotion. Lors de la première séance, le père déclara que ses uniques motivations étaient ses études, la médecine et la science qui, selon lui, furent un refuge contre sa douleur tout au long de sa vie. Il raconte une partie de son histoire : à l'âge de 10 ans, alors qu'il jouait dans la mer avec son frère de deux ans son aîné, ce dernier se noya et mourra sous ses yeux sans qu'il n'ait rien pu faire pour l'en empêcher. À partir de ce moment-là, sa mère sombra dans la dépression et son père devint alcoolique, tandis que lui se plongeait dans ses études jusqu'à aujourd'hui. Sa douleur m'interpelle. Quant à la mère, elle ne dit pas grand-chose. Je ne sais rien de son histoire, elle évoque seulement à travers quelques commentaires une relation distante avec sa mère qui lui reproche la situation de son fils et le manque d'évolution avec les traitements qu'elle a choisis. Les deux parents affirment qu'ils ne savent pas quoi faire avec un enfant, qu'ils n'ont pas de famille à proximité, qu'ils ne connaissent pas d'autres enfants et qu'il leur est difficile de gérer Tomy. Ils évoquent leur frustration et leur inquiétude face à l'absence de langage chez Tomy, leurs appréhensions quant à son avenir et surtout une grande peur de ce qui pourrait lui arriver s'ils mouraient. Cette inquiétude parentale me semble concerner la plupart des parents d'enfants gravement autistes.

Lors de la première séance avec Tomy et ses parents, nous sommes tous assis par terre. Tomy prend une boîte avec des crayons et la vide entièrement. Il répète ce mouvement sans arrêt pendant toute la séance. Il fait du bruit, mais ses parents ne semblent pas perturbés par ses mouvements, et ne le repèrent même pas. Je m'assois devant lui, les jambes ouvertes en V, créant un espace dans lequel je dépose tout ce qu'il y a dans la boîte, en répétant ses mouvements. Tomy s'approche de mon espace et nous ramassons tous les crayons pour les remettre dans la boîte afin de pouvoir continuer à les lancer. Mais Tomy

s'impatiente et se précipite pour les faire tomber à nouveau. Son besoin urgent de « lâcher » et le soulagement qu'il éprouve dans cette décharge semblent témoigner de son impossibilité à contenir l'objet dans son corps. En effet, l'espace intérieur de la boîte ne semble pas pouvoir contenir les éléments qui s'y trouvent, ce qui me semble être une sorte de métaphore représentant l'intérieur vide des adultes qui l'entourent (moi y compris), incapables de contenir leurs affects. Sans rien interpréter, d'un geste et en silence, j'invite la mère à accompagner Tomy dans son jeu, en tendant mon bras pour lui offrir la boîte contenant les crayons. Elle accepte.

Le père de Tomy, assis à une bonne distance de nous, paraît s'être affaissé sur le sol, adossé à un mur froid qui semble le contenir. Il exprime ses profondes craintes pour son fils, qu'il ne soit pas autonome, qu'il ne puisse pas parler, qu'ils meurent et qu'ils ne puissent plus s'occuper de lui. Le ton de sa voix et le peu de gestes de son visage expriment un sentiment de vide, de tristesse, une douleur profonde qui a été gardée et peut-être pas encore représentée, de sorte qu'elle s'actualise à l'égard de son fils. Il semble affectivement absent.

Ils racontent que la mère lui parle en anglais, que le père lui parle en espagnol, et ajoutent que l'enfant est dans une école britannique où l'on ne parle que l'anglais. D'ailleurs, Tomy est toujours accompagné d'une nounou d'origine philippine qui s'exprime également en anglais (elle ne parle pas espagnol). Elle s'occupe de tout ce dont l'enfant a besoin, l'amène en thérapie, lui prépare à manger, lui donne le bain et ils dorment même ensemble, dans le même lit. Je m'interroge sur la place maternelle et sur la nécessité pour cette mère d'adopter une langue étrangère auprès de son enfant, peut-être dans une tentative concrète de se différencier de sa propre mère ? Je ne dis rien à ce sujet. Je me contente de leur demander pourquoi ils ont choisi l'anglais et s'ils ont des origines qui les lient à cette langue. Ils répondent que non, qu'ils n'ont vécu que quelques années aux États-Unis pour se spécialiser dans leurs études et que, pour la mère il était très utile de maîtriser parfaitement la langue dans sa carrière, tandis que pour le père, c'était un défi très difficile à relever qui l'a plutôt limité dans son développement professionnel.

En pensant à la fonction maternelle en tant qu'analyste et à la continuité de cette place, je propose de travailler avec Tomy en anglais. Ils apprécient ma proposition. Les deux autres thérapeutes de Tomy, la psychomotricienne et l'orthophoniste, travaillent avec lui en espagnol.

Après la séance, je me demande ce qui m'a vraiment amené à proposer un travail en langue étrangère. Je pense à quelques hypothèses qui pourraient donner un sens à ma proposition. D'une part, je pense que mon intention était peut-être liée à la possibilité d'inclure dans l'expérience clinique l'écoute et l'utilisation de ces signifiants maternels qui appartiennent à l'histoire de Tomy, à la langue de son propre entourage. Je pense également à mon travail clinique dans d'autres pays et aux répercussions que j'ai constatées chez certains enfants autistes lorsque je leur parle dans leur langue maternelle avec des erreurs grammaticales et une prononciation différente, c'est-à-dire dans « une langue cassée », singulière dans ma manière propre de l'énoncer, qui laisse voir le manque d'un sujet ainsi barré. D'autre part, le fait de parler dans une langue étrangère nous place tous les deux dans une position d'inquiétante étrangeté vis-à-vis de la langue, de méconnaissance des signifiants qui représentent un code différent, mais nous place aussi dans une position de semblable face à cette langue qui nous est inconnue. Toutefois, en ce qui concerne notamment l'anglais, je pense avoir eu une sorte d'expérience infantile de cette langue, contrairement par exemple au français, que j'ai appris dans un contexte académique. J'ai en effet appris l'anglais avec mes enfants quand ils étaient encore très jeunes, avant même que le plus jeune n'apprenne à parler. C'est donc une langue qui évoque en moi une certaine modalité de « mamanaïs », qui renvoie aux premiers balbutiements et énonciations que je faisais avec mes enfants, en les accompagnant dans l'acquisition et l'apprentissage de cette langue étrangère.

Début de la prise en charge : un contre-transfert impossible

Bien que je sois parvenue après la première séance avec Tomy et ses parents à atteindre une sorte de résonance affective avec ces derniers, je me trouve en difficulté pour travailler avec l'enfant. Chaque matin, quand l'heure de sa séance approche, je ressens une

grande résistance à le recevoir. Normalement, Tomy commence la matinée en séance avec l'orthophoniste, avec qui il a établi une relation importante d'affect et de sécurité après presque deux ans de travail ensemble. Avec moi, la situation est tout à fait différente. Dès qu'il m'entend, il commence à émettre des gémissements de rejet, qui s'emparent de son corps et s'amplifient lorsqu'il me voit. À me voir à la porte de la salle, Tomy manifeste une souffrance qui semble insupportable, une violence évidente à travers les gestes de rejet qui émanent de son corps. Il pleure, le visage rouge, son corps est secoué par des mouvements désordonnés et avec sa main, qu'il bouge énergétiquement de l'intérieur vers l'extérieur, fait un geste que je traduis comme un : « Va-t-en », tout en essayant de fermer la porte pour me laisser dehors. Ses manifestations corporelles témoignent d'un excès d'intensité, d'un état d'hyper-excitation irréductible qui le pousse à sa décharge. Une tentative désespérée de « rejeter-hors-soi » (Aulagnier, 1975) surgit alors sur la scène, produite par le déplaisir d'une souffrance dont il lui faut absolument se débarrasser. Ce rejet implique que le psychisme s'automutile dans sa propre représentation et dans la zone qui est la source et le siège de l'excitation (*idem*).

Pour ma part, je le comprends, je ne veux pas être là non plus. Son déplaisir et son rejet me dépassent, ce qu'il peut certainement ressentir. Ce rejet mutuel renvoie à un double désir de destruction, résultat de la réfraction spéculaire propre à cet état originel dans lequel Tomy et moi sommes impliqués. Cela m'amène à m'interroger sur ce que je n'ai pas réussi à intégrer dans ma rencontre avec Tomy, et qui pourrait affecter les ombres de ma vie psychique. Ces effets transféro-contre-transférentiels renvoient à la figure de haine dont parle Winnicott⁴⁰⁰ et à la puissance que prend la violence de nos ressentis.

Face à son profond rejet, j'essaie alors de traduire son malheur avec des mots simples. Je lui dis que je comprends qu'il ne veut pas que je sois là et que je l'accompagnerai dans sa frustration, même si je sais d'avance qu'il ne pourra pas entendre mes paroles. Après une vingtaine de minutes de refus, qui me semblent éternelles, il se calme. J'essaie de suivre ses

⁴⁰⁰ Winnicott, D. W. (1949). « Hate in the counter-transference ». Dans *The International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69–74.

mouvements, ses sensations et ses gestes avec mon regard et une attention profonde, pour tenter de déchiffrer son monde, qui m'est complètement inaccessible.

Selon M. Benhaïm⁴⁰¹, le violent rejet dont le clinicien est parfois l'objet peut constituer un appel silencieux, pour lequel la mise en place d'un cadre « hors divan » permettra d'instaurer, grâce au transfert, une figure commune tant pour l'enfant que pour le clinicien. En se positionnant dans sa référence au discours analytique comme « faire-semblant de déchet », le clinicien peut permettre à l'autre de ne pas avoir à l'incarner.

Mise en œuvre du processus : La présence de l'analyste

Lors des séances suivantes, je décide d'anticiper ma présence. Je prends le temps d'arriver avant l'heure de la séance pour partager un moment avec Tomy et l'orthophoniste, que nous appellerons Paty. Pour annoncer ma présence, je me place derrière la porte qui est ouverte et d'un ton amical, joyeux et à faible volume, je lui chante en anglais une comptine d'enfant, en me basant sur la mélodie de « Frère Jacques », que j'adapte en utilisant des mots qui pourraient l'interpeller. Je commence alors la chanson par son nom propre : « *Where is Tomy ?*⁴⁰² » et je me tais pour attendre sa réaction. En m'écoutant, le corps de Tomy commence à se crispier et son visage prend une teinte rougeâtre. Paty introduit ma présence d'un ton doux : « Es Maria ! » (C'est Maria). Mais rien n'y fait. Tomy se met à pleurer, se désorganise, s'accroche au corps de l'orthophoniste et me crie de partir sans un mot. Je pense aux paroles de Chantal Lheureux-Davidse⁴⁰³ sur l'imprévisibilité de la voix qui est parfois intolérable pour le sujet autiste, en particulier lorsqu'elle est chantée.

Ma voix et mon corps dans son espace rendent ma présence insupportable pour Tomy, exprimant peut-être, en même temps, combien la sienne l'est aussi pour moi. Un effet

⁴⁰¹ Benhaïm, M. (2010). « Destins du corps et subjectivité dans une clinique sociale ». Dans *Recherches en psychanalyse*, 10, 311-320.

⁴⁰² "Where is Tomy, where is Tomy, there he is! there he is!, playing with Paty, playing with Paty, one, two, three"

⁴⁰³ Lheureux-Davidse, C (2007). « Jouer avec les mouvements, les vibrations et les rythmes dans l'émergence de la voix ». Dans *Champ psychosomatique*, 2007/4 n° 48.

de résonance subversif semble occuper la scène. Nous résonnons l'un avec l'autre dans le rejet de nos présences, un rejet probablement amplifié par l'effet de vibration qui se produit lorsque nous entrons dans la même fréquence. Cela semble être une impasse dans le processus thérapeutique et empêcher toute possibilité de rencontre. Le début de chaque séance me paraît insupportable, à tel point que mon corps et mon esprit l'anticipent par un fort sentiment d'ennui qui commence tôt le matin des jours où je suis censée le recevoir. C'est comme si le monde chaotique de l'enfant engageait une désorganisation de mon propre monde interne, convoquant mes propres configurations archaïques⁴⁰⁴.

Le transfert dit « extrême » sollicite de manière paradoxale et ambivalente la présence de l'analyste, laquelle est parfois exigée dans la matérialité de son corps comme point d'ancrage contre la menace de s'effondrer, tandis qu'à d'autres moments elle est perçue comme un élément perturbateur insupportable qu'il faut éliminer. L'analyste devient alors à la fois le seul fil qui empêche la chute dans un vide abyssal et une présence hostile à détruire. Il s'agit d'une configuration transférentielle qui fonctionne sur un mode « tout ou rien », liée à l'immobilité psychique de l'enfant⁴⁰⁵.

Pour autant, je comprends que son rejet de la présence de l'autre ne me concerne pas moi uniquement. Tomy ne tolère pas que quelqu'un d'autre s'approche de lui et il manifeste la même intensité de l'affect et la même décharge corporelle, et parfois de manière plus forte encore, chaque fois qu'une personne entre, par exemple, dans la salle d'attente de notre clinique, ou au moindre changement à l'école. Le même phénomène se produit avec ses parents lorsqu'ils essaient de s'occuper de lui en remplaçant les fonctions de la nounou, ou lorsqu'ils n'accèdent pas à ses demandes ou ne les comprennent pas. Ce sont principalement ces situations qui mettent à mal son monde interne. Cela nous amène à réfléchir, lors des instances de supervision et des réunions de l'équipe thérapeutique, à l'importance et à la nécessité de l'aider à intégrer la présence de l'autre à travers le rejet de la présence de l'analyste et à l'utiliser pour actualiser, dans le transfert, la haine qu'il a

⁴⁰⁴ Di Rocco, V. (2014). « Enseigner à des adolescents « difficiles » : rencontrer pour transmettre ». Dans *Cliopsy*, 12, 19-28. <https://doi.org/10.3917/cliop.012.0019>

⁴⁰⁵ Yi, Mi-Kyung (2015) « Un moi d'enfer : l'enfant impossible ». Dans *L'enfant impossible*. Paris, PUF. pp. 73-93.

probablement éprouvée face aux défaillances de son entourage primaire⁴⁰⁶. À ce propos, il est essentiel d'incarner une acceptation inconditionnelle et authentique de l'enfant et de ses manifestations dans un travail d'accompagnement, d'accueil et de contenance de sa souffrance. Or, pour pouvoir soutenir ces fonctions sans être envahi et détruit par l'intensité de cette violence, il est nécessaire d'élaborer collectivement, lors de réunions entre les thérapeutes qui s'occupent de l'enfant, une réflexion sur les différentes formes que le transfert et le contre-transfert prennent avec chacun. Il est évident que les sentiments de Tomy se polarisent dans des extrêmes, par exemple entre la figure de l'analyste et celle de l'orthophoniste, l'une étant dépositaire de tout ce qui est mauvais et qu'il faut éliminer, et l'autre de tout ce qui est bon dans l'objet. Il en va de même avec la nounou et ses parents. En intégrant nos affects et ceux projetés par l'enfant, nous pouvons lui renvoyer, à travers notre présence, un affect plus intégré, capable de négocier les qualités du bon et du mauvais objet sans le fragmenter, pour son intégration future dans la psyché de l'enfant. En effet, le travail collectif sur ces cas difficiles nous offre une fonction de contenance de nos propres affects, qui nous aide à soutenir notre présence et à tolérer l'excès d'intensité provenant du monde chaotique de l'enfant. C'est ainsi que lorsque je parviens à assimiler sa haine à mon égard, je comprends sa douleur extrême comme une demande de contenance qui a besoin d'être projetée en ma présence pour pouvoir s'en débarrasser et qui nécessite mon élaboration pour s'inscrire sous la forme d'un contenu traitable qui n'excède pas ses possibilités de le supporter.

Premières ouvertures vers la rencontre : jouer la chute.

Dès les premières séances, Tomy passe la plupart du temps à sauter sur un trampoline. Lorsque j'entre dans la pièce, il saute en s'accrochant aux mains de l'orthophoniste, parfois dans ses bras lorsqu'il est fatigué et qu'il lui demande de le porter et de le faire sauter. Les mouvements de saut activent son sens vestibulaire qui lui permet de

⁴⁰⁶ *Op. Cit.* Di Rocco, V. (2014).

situer le mouvement de son corps dans l'espace, et de restaurer son sens de l'orientation, de la sécurité et de l'équilibre, favorisant son sentiment d'être-là.

Lors d'une séance, j'essaie de prendre la place de ma collègue en lui prenant les mains pour pouvoir sauter comme eux sur le trampoline. Cependant, mes mouvements semblent maladroits et nous ne parvenons pas à ajuster nos corps. Cela reflète notre manque de synchronie, qui, bien qu'il s'améliore avec le temps, ne parvient toujours pas à chorégraphier la rencontre. Je décide alors d'introduire un troisième objet pour médiatiser la relation. Tomy apporte tous les matins une grosse boule de pâte faite par la nounou avec des matériaux de cuisine : de la farine, de l'eau et un peu de colorant qui donne une teinte qui lui plaît. Sa couleur est toujours le bleu, qui peut prendre différentes nuances, du bleu vif et pétillant au bleu foncé et profond. Tomy déchire la pâte et en prélève de petits morceaux qu'il jette par terre pendant qu'il saute sur le trampoline. Cette pâte semble représenter ses vécus de corps morcelé et ses agonies primitives qui le menacent de s'effondrer.

Je m'assois par terre et ramasse les morceaux pour former une nouvelle boule de pâte, que je lui redonne. Il la rejoint à la pâte « mère » et la déchire à nouveau. Cette séquence se répète pendant longtemps, jusqu'au jour où Tomy prend sa pâte, la joint à celle que je lui donne et la porte à ses lèvres, la lèche, la sent, la frotte sur sa joue et me la donne. Je comprends par ce geste précieux qu'il investit affectivement la pâte avec des produits et des sens de son corps, reconnaissant dans la pâte une forme de son propre corps qu'il me donne pour que je puisse recevoir dans mes mains une partie de lui-même. Il me semble que c'est une tentative de me montrer qu'il peut maintenant se laisser contenir par moi, dans une forme de rencontre qui, par l'intermédiaire de la pâte, ne l'envahit ni ne le menace. J'approche la pâte à mon nez pour la sentir et je commente : « *Mmm, Tomy has a nice smell* ». (mmm, Tomy sent bon). Il sourit. Je lui suis reconnaissante de son geste, qui traduit un affect de tendresse.

Puis, Tomy saute et je lance la pâte. Je m'assure de compter d'abord jusqu'à trois pour qu'il anticipe mes mouvements. La pâte tombe sur le trampoline, Tomy rit et me la tend pour que je répète le mouvement qui commence lentement à se transformer en un jeu.

La pâte commence ainsi à combler l'écart entre nous, elle devient un vecteur de l'affect et un intermédiaire de la relation. Il s'agit d'un objet souple et malléable qui peut à la fois être détruit et transformé. Par ailleurs, cette pâte fabriquée par la nounou soutient la continuité de son expérience entre l'espace de sa maison et l'espace thérapeutique, à la manière d'un objet transitionnel contenant des substances maternelles et infantiles, ainsi que les odeurs de sa maison.

Après quelques séances, la pâte perd peu à peu de sa puissance. Tomy commence à s'en désintéresser, mais pas du saut. Je cherche alors du regard un autre objet qui pourrait nous aider à trianguler notre relation. Je prends alors un petit singe noir en peluche et je le fais sauter sur le trampoline avec mes mains (ce que je ne pouvais pas faire avec lui). Tomy ne le rejette pas, il le regarde et observe mes mouvements. Une autre comptine anglaise, en rapport avec le petit singe et le saut, me vient à l'esprit. Il s'agit d'une chanson très simple et répétitive, que l'on appelle *5 little monkeys* : « *Five little monkeys jumping on the bed. One fell down and bumped his head. Mama called the doctor and the doctor said: No more monkeys jumping on the bed!* »⁴⁰⁷.

Je commence alors à chanter sur un ton assez plat et à faible volume, en attendant de voir sa réaction. Au même moment, je fais sauter le petit monkey⁴⁰⁸ en peluche sur le trampoline en suivant les pas indiqués par la chanson : au moment où la chanson dit « *fell down* », je fais tomber le petit monkey, ce qui amuse Tomy. Cette scène se répète au cours des séances suivantes. Tomy interagit avec moi par l'intermédiaire du petit monkey en peluche, en imitant ses mouvements. Après de nombreuses répétitions à chaque séance, un moment inattendu se produit lorsque l'un des petits monkeys tombe et que la chanson dit « *Mama called the doctor and the doctor said...* » : Tomy finit la chanson de sa voix en prononçant « no, no, no, no » dans une intonation rythmique dont la douce mélodie me

⁴⁰⁷ Traduction française : Cinq petits singes sautant sur le lit. L'un d'entre eux tomba et se cogna la tête. Maman appela le docteur qui lui dit : plus de singes sautant sur le lit ! »

⁴⁰⁸ « Monkey » semble avoir une connotation culturelle beaucoup plus douce que « singe », raison pour laquelle nous allons utiliser ce mot à la place de cette traduction.

touche et nous permet d'éprouver une émotion esthétique partagée. Il semble aussi ému par cette rencontre et son émotion nous touche tous les deux, créant une synchronie affective.

Je suis profondément surprise, d'une part par l'apparition de sa voix, d'autre part par celle du langage verbal, et surtout par le dialogue rythmique qui s'instaure entre nous. Sans réfléchir, j'appelle Paty à venir nous rejoindre pour participer à cette rencontre. Je lui demande de prendre la caméra et de faire une vidéo, comme si j'avais besoin d'un témoin, d'un tiers pour garantir, partager et peut-être valider cette rencontre.

Cette séquence clinique montre un processus d'organisation psychique vers l'intégration de plus en plus évoluée des principales anxiétés, qui relève de la construction primaire de représentations corporelles, et les premières ouvertures de Tomy au lien à l'autre. Les vécus de chute, d'abord ressentis très corporellement, jusqu'à l'extrême des moments d'effondrement tonique réel où Tomy se désorganise physiquement dans un important démantèlement sensoriel et moteur, se transforment progressivement. L'angoisse d'effondrement et les sensations de chute dans un vide sans fond commencent à être « jouées » dans la relation avec l'analyste. Tomy se met ainsi à « jouer la chute » à travers les mouvements répétitifs du faire tomber la pâte, puis dans des scénarios plus complexes comme celui du petit Monkey qui prend une forme figurée, puis s'inscrit dans une narrativité mélodique. Cela correspond à la deuxième étape du travail de l'autisme proposée par G. Haag⁴⁰⁹, de récupération de la « peau », lorsqu'une première forme « d'enveloppe/contenance/entourance » commence à se tisser.

La présence de l'analyste et sa fonction contenant

La séance suivante est moins difficile pour moi. L'attente de la séance ne m'angoisse plus comme auparavant, même si je ressens encore un sentiment d'ennui et de fatigue. Lorsque j'arrive dans la salle, Tomy est dans les bras de l'orthophoniste et ne veut pas venir avec moi. Elle me le confie dans les bras comme un bébé, je l'accueille. Pleurant, mais résigné

⁴⁰⁹ Haag, G (2009). « Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile ». Dans *Enfance*, 2009/1 N° 1. pp. 121-132.

et non désorganisé par sa violence destructrice, il pose sa tête sur mon épaule et se laisse porter. Je lui murmure que je comprends combien il est difficile pour lui de se séparer de Paty et que je peux m'occuper de lui. Il laisse le poids de son corps tomber sur le mien, libérant toute la tension musculaire, comme s'il se débarrassait de l'excès d'intensité de l'affect que ma présence provoque en lui. Ses larmes commencent à diminuer et son corps semble immobile, à tel point que sa bouche ouverte commence à baver sur mon épaule. Je sens sur ma peau sa salive qui coule le long de mon bras. Je me demande s'il dort, ce qu'il ressent, ce qu'il peut penser. Je jette un coup d'œil avec mon regard périphérique au miroir de la salle pour voir l'expression de son visage, qui semble extrêmement détendu, ses yeux ouverts, fixés dans le vide. J'ai l'impression de tenir un bébé dans mes bras, ce qui éveille en moi un délicat sentiment de tendresse. Tout en le tenant, je pose ma main sur son dos pour lui donner un arrière-plan, comme j'essaie toujours de le faire avec les enfants autistes, avec l'hypothèse que cela favorise le sentiment d'unité corporelle et de continuité d'existence. Après une vingtaine de minutes dans cette position, Tomy lève la tête et se détache de mon corps pour retrouver la tonicité et la verticalité de son propre corps.

Je le dépose par terre, il se remet et bouge lentement, sans manifester de signes de détresse. Cette fois-ci, il ne va pas sur le trampoline, mais attrape une poupée qui ressemble à un nouveau-né, prend un sac plein d'objets pour bébé et laisse tomber tout ce qu'il y a dedans. Il choisit ensuite, parmi ces objets, des vêtements de bébé et essaie de les mettre sur la poupée. Je lui propose de l'aider, car sa motricité ne lui permet pas encore de faire un tel mouvement. Il accepte et nous passons le reste de la séance à habiller le bébé, ensemble. L'impression que j'ai eue d'avoir un bébé dans les bras suivi de son mouvement pour prendre le bébé afin de s'en occuper et de l'habiller montrent l'effet du transfert et la synchronie entre nos ressentis dans la dimension transféro-contre-transférentielle à ce moment-là. Je lui parle en chuchotant pour ne pas interrompre la rencontre dans ce moment d'intimité : « *We'll take care of the baby as much as we can take care of you* » (Nous allons nous occuper du bébé comme nous pouvons nous occuper de toi). Nous poursuivons la séance en silence.

Dès lors, le rejet se transforme peu à peu en d'autres manières « d'être ensemble » et d'habiter un lieu commun. Tomy ne me rejette plus violemment, bien qu'il se plaigne toujours lorsqu'il me voit ou m'entend arriver.

La rencontre thérapeutique requiert la capacité de se laisser affecter par l'enfant, ses besoins, ses rythmes et les formes chaotiques qui manifestent une souffrance sans nom nécessitant d'être accueillie et articulée par la présence de l'analyste. Le contre-transfert sert alors de ressource pour entrer en résonance avec l'autre, en différenciant ce que l'enfant projette sur la figure du clinicien de ses propres ressentis, qui provoqués par ce rejet, font appel à ce qui n'est pas représenté par l'analyste lui-même. Or, c'est par la présence, la disponibilité et la capacité à se synchroniser sur les rythmes, les besoins et le désir de l'enfant que l'on peut envisager d'entrer en relation avec lui tout en soutenant le sentiment d'exister. En effet, la possibilité de se laisser accueillir et contenir par l'analyste semble avoir l'effet d'une enveloppe psychique dans laquelle l'enfant peut déposer ses affects et faire l'expérience d'une altérité qui ne l'envahit pas, ce qui permet l'ouverture d'un lien à l'autre.

L'intensif d'été : la mise en place d'un milieu commun

Avec l'équipe thérapeutique de Tomy, nous avons décidé qu'il était important de travailler ensemble physiquement. Nous avons déjà mis en place un travail d'analyse collective de nos interventions et de nos contre-transferts, mais la psychomotricienne⁴¹⁰ recevait Tomy dans son propre bureau, tandis que l'orthophoniste et l'analyste partageaient l'espace à *BeMind*. Nous partions du principe que cette nouvelle configuration clinique nous permettrait de coordonner nos efforts thérapeutiques et de créer un « corps clinique commun » favorisant l'intégration des différentes approches et formes de présence. Cela permettrait également de rendre visible le lien entre nous aux yeux de l'enfant, lui apportant une nouvelle manière de concevoir le lien dans le temps et dans l'espace, en créant un « milieu commun » propice à la rencontre et à la reconnaissance mutuelle.

⁴¹⁰ Elle n'appartenait pas à l'époque à l'équipe interdisciplinaire de notre institution.

Dans cette optique, nous proposons aux parents un accompagnement intensif pour Tomy pendant l'été, cinq fois par semaine, en alternant des séances d'orthophonie, de psychomotricité et de psychothérapie analytique, ainsi que des séances communes, ce qu'ils acceptent. Tomy commence à venir tous les jours pour passer toute la matinée avec nous. Nous nous demandons si ce programme ne sera pas chaotique et difficile à maintenir, car il implique des changements importants par rapport à ses habitudes et à ses routines, qui normalement le désorganisent. De plus, le programme doit être mis en place dans une autre salle que l'habituelle, et nous nous attendons donc à une forte résistance de sa part.

De mon côté, je dois augmenter la fréquence de mes séances à trois fois par semaine, ce que je trouve difficile à soutenir. Rien que d'y penser, cela me donne un sentiment d'ennui et de pesanteur. L'idée d'abandonner le processus me traverse toujours l'esprit. J'en fait part à l'équipe, qui me soutient en m'assurant que la présence collective fera évoluer le lien.

Le premier jour de l'intensif, Tomy arrive calme et content. Il est accueilli par Paty qui l'aide à reconnaître le nouvel espace. La psychomotricienne arrive vers la fin de la matinée et les rejoint. De mon côté, je suis disponible, mais pas encore présente à sa vue, car nous avons décidé d'introduire les changements progressivement, ma présence étant encore pour lui la plus difficile à tolérer.

Le deuxième jour, je rejoins le programme. À ma grande surprise, Tomy ne me rejette pas ; il semble indifférent à ma présence. Après le départ des autres thérapeutes, je propose à Tomy de sortir dans le jardin de la maison d'accueil pour faire la séance à l'extérieur. Il accepte avec plaisir et cela nous permet d'avoir un autre rapport à l'espace et de partager un lieu commun. Depuis, Tomy m'attend les matins pour que nous sortions au jardin ensemble, où il semble se sentir plus libre et tranquille. Ce mouvement dans l'espace nous a permis de nous rencontrer autrement, en changeant les codes et les objets de nos séances. D'ailleurs, à partir de ce moment, il ne rejette plus ma présence et n'y est plus indifférent ; il m'attend et me tend la main dès qu'il me voit pour me communiquer son désir de sortir. Alors nous y allons ensemble.

Le jardin est un petit endroit plutôt sec, où il y a des cailloux de quartz que Tomy aime beaucoup. Il y a une terrasse avec une table et quatre chaises, trois grands arbres qui donnent de l'ombre et la cour du parking de la maison. Il profite de la présence de plusieurs plantes pour jouer avec leurs feuilles qu'il éparpille partout.

Au cours de cette période d'été, plusieurs pistes de travail clinique ont émergé et montré l'ouverture de Tomy au lien à l'autre, le début d'une élaboration psychique et la transformation de son corps sensorimoteur, qui devient plus harmonieux. Cela lui a permis d'habiter son corps, l'espace et le temps, de soutenir la continuité de son sentiment d'exister, ainsi que de reconnaître l'altérité sans s'effondrer. La transformation dont nous fûmes témoins commence également à s'étendre à ses autres environnements et aux personnes qui l'entourent, en particulier à la maison avec ses parents, et à l'école. Son démantèlement sensoriel, ses crises de violence et la dérégulation de ses rythmes biologiques, comme le sommeil, commencent à s'organiser de manière stable dans le temps jusqu'à leur complète disparition.

Nous proposons alors une réflexion sur quelques séances qui nous semblent importantes dans ces processus de réorganisation corpro-psychique et relationnelle.

Troisième séance : vers la construction de contenant et contenu

J'arrive dans la salle où Tomy est déjà avec l'une des thérapeutes. Nous partageons un moment tous les trois, puis nous nous retrouvons seuls. Tomy prend ma main et m'emmène vers le jardin. Je le suis. En sortant, il se rend directement au parking où le sol est recouvert de petits cailloux de quartz, qui attirent son attention. Il n'y a pas de voitures pendant la matinée, donc Tomy peut y jouer tranquillement. Nous nous installons par terre, je m'assois et il reste debout. Il ramasse des cailloux, les lance en l'air et les laisse retomber en sautant de joie, avec des mouvements de bras désordonnés qui accompagnent cette gaieté, tout en émettant un son aigu avec sa gorge. Je lui dis que ça semble lui faire plaisir. En l'imitant, je lance quelques cailloux vers le ciel et les laisse tomber, ce à quoi il sourit et me jette un regard furtif. Il y a une petite crèche à côté de l'institution d'accueil, de laquelle on

entend les voix des enfants quand ils jouent à l'extérieur. Intrigué par les voix qu'il entend, Tomy arrête son activité et je lui explique qu'il s'agit des enfants de la crèche qui jouent. Il s'arrête aussi régulièrement quand une voiture passe dans la rue ; il aime regarder à travers le portail ce qui se passe dehors. Je l'accompagne en essayant de suivre son attention sur ce qui l'interpelle.

Ensuite, il me demande d'un geste de manger et me montre son sac de snacks, que je lui traduis en mots : « *Mmmm, Tomy is hungry* » (Tomy a faim). À l'intérieur de son sac, il y a plusieurs petits pots contenant différents aliments coupés en petits morceaux : carottes, céréales, crackers, fruits, légumes. Je les ouvre un par un pour qu'il puisse choisir ce qui lui plaît.

Après avoir grignoté quelque chose, il s'en désintéresse et se dirige vers les murs du jardin. Je pense aux petits pots de nourriture, aux petits éléments qu'ils contiennent et au mouvement de lâcher des cailloux que Tomy répète sans cesse, ce qui m'amène à réfléchir à sa difficulté à contenir et à la bidimensionnalité inhérente à l'autisme. L'idée de créer un élément contenant me vient à l'esprit. J'apporte alors deux pots colorés, l'un rouge et l'autre jaune, que je place sur le sol et je lance quelques cailloux doucement. Mon intention est de lui montrer qu'il est possible de contenir des éléments et de contraster la chute constante de l'objet. Il m'observe dans une vision périphérique. Je choisis délicatement les petits cailloux que je mets dans les pots et je les dénombre un à un à haute voix en anglais, en entonnant mes mots dans une mélodie inventée pour moi-même à ce moment. Cinq cailloux dans chaque pot. Il attend patiemment en regardant attentivement les mouvements sur la scène. Une fois que j'ai terminé, il s'approche de moi, baisse la tête jusqu'à ma hauteur, qui est inférieure à sa taille debout et me regarde droit dans les yeux. Il ramasse les pots, les deux en même temps, et lance les cailloux vers le ciel pour les laisser tomber. « *Oh no, the little stones have all fallen down!* » (Oh non, les petits cailloux sont tous tombés !) lui dis-je. Je répète encore la même scène, mais il n'attend pas que j'aie fini, il prend les pots et les jette à nouveau. Le même mouvement se répète plusieurs fois, en introduisant à chaque fois de petits changements.

Vers la fin de la séance, je prends ses chaussettes et ses chaussures pour les lui enfiler. L'idée de contenu me revient alors à l'esprit. Lorsque je prends son premier pied, je profite du contact sensoriel sur sa peau, voulant réveiller le sens du toucher. Il semble l'apprécier et me donne volontiers l'autre pied : « *What a delicious foot* » (quel pied délicieux) m'entends-je dire. Ensuite, je lui mets ses chaussures selon un jeu infantile, en lui demandant la permission pour chaque pied et en lui proposant de m'aider à presser ses pieds, afin de favoriser l'appropriation de son corps. Au même moment, je mentionne brièvement mes mouvements et les siens. Je mets mes chaussures et nous descendons le couloir jusqu'à la salle d'attente. En chemin, je lui propose de se laver les mains, en lui montrant la salle de bain d'un geste. J'ouvre la porte, j'allume la lumière et je laisse couler l'eau, pour voir si cela attire son attention. Il vient. Je l'invite à sentir l'eau sur ses mains, il approche d'abord sa main droite. Il sent l'eau tomber sur sa peau, porte la main à sa bouche et suce l'eau. Je l'invite à faire de même avec sa main gauche. Il accepte timidement, mais semble préférer la droite. Je lui montre le pot de savon liquide, il me tend sa main droite et accepte le savon que je dépose par gouttes. Il approche ensuite sa main mouillée d'eau savonneuse dans sa bouche et sur son visage pour la sentir et la goûter. Je lui lave ensuite délicatement les mains avec les miennes, ce qu'il tolère pendant quelques secondes, puis il se dirige vers la salle d'attente où il retrouve sa nounou. Tomy semble très content ; en fait, il ne veut pas partir. Ses petits sauts de joie me procurent une sensation agréable, tandis qu'à d'autres moments cet enfant suscite en moi un profond sentiment de rejet. Je me mets à genoux devant lui pour le saluer et je lui dis que c'était un plaisir de jouer avec lui, que je l'attendrai pour nous retrouver le lendemain. Tomy s'approche de mon visage et m'embrasse sur la joue.

Les séances suivantes suivent un schéma similaire, ce qui commence à créer un rythme commun et constant. On continue à travailler sur les objets autour des référents sensoriels et à jouer avec les pots. Peu à peu, il prend les pots et, au lieu de lancer les cailloux en l'air, les passe de l'un à l'autre dans un mouvement plus organisé. Puis, il rassemble de nouveaux objets du jardin : des graines, des feuilles, des fleurs. Il élargit son éventail de mouvements pour se déplacer plus largement dans l'espace.

Je mets les nouveaux objets dans un pot et je lui montre. Tomy les ramasse un par un avec ses doigts en pince comme il le fait avec les petites boîtes de nourriture. Il les sent, les touche avec sa joue, les met en bouche, les lèche et les jette. C'est sa façon habituelle de reconnaître un objet, toujours selon la même séquence : il s'approche d'abord de l'objet avec sa bouche comme un bébé, porte l'objet à ses lèvres et le lèche. Il fait ensuite appel à son sens olfactif en l'approchant de son nez, puis au toucher en passant l'objet imbibé de salive sur sa joue. L'effet alors est double, de toucher et d'être touché par l'objet. Enfin, il le porte encore à sa bouche, mais cette fois-ci, le met dedans, le croque et le rejette, avec un air d'indifférence, comme si l'objet n'avait plus d'importance. Dans cette séquence, nous pouvons observer comment les sensations de Tomy, qui ne sont pas encore intégrées au contenu psychique, le conduisent vers un processus auto-sensuel lors de son approche de l'objet, générant une sorte de fusion ou de confusion avec ce dernier, qu'il faut finalement rejeter. Cela permet de constater l'importance de l'utilisation de la sensorialité dans le travail avec les enfants autistes et la possibilité de construire un lien avec eux, médié par les objets, qui serve de support à la triangulation de la relation et à l'élaboration dans un espace commun. Ce faisant, nous pouvons organiser et articuler la sensorialité et la motricité dans la relation à l'autre, afin qu'elles soient progressivement intégrées à son propre espace corpero-psychique, qui devient peu à peu une enveloppe qui délimite un dedans/dehors et le contient.

Les techniques du corps au service d'un trajet aller-retour de la pulsion

Tomy fait signe qu'il est mal à l'aise avec sa couche. Je demande à la nounou de venir dans la salle et je lui explique la situation. Comme nous avons progressé dans la construction du lien, je prends le risque de faire un geste inhabituel.

Je propose alors à la nounou de me laisser changer la couche de Tomy, en lui demandant de rester avec nous pour éviter tout malentendu. Elle accepte. Je demande à

Tomy si je peux changer sa couche, il est d'accord. J'ai en tête l'idée de Laznik⁴¹¹, quand elle parle du troisième temps du trajet de la pulsion, c'est-à-dire quand le bébé devient désir de l'autre. J'ai également à l'esprit les idées du *handling* de Winnicott, l'importance des soins corporels que la mère donne au bébé et la fonction de contenance de ces soins.

Tomy s'allonge sur le dos sur le tapis de la salle. J'enlève son short et sa couche avec beaucoup de précautions et sans toucher ses parties intimes, et je lui change sa couche avec soin et délicatesse. Comme nous avons déjà commencé à jouer avec ses pieds et que j'ai constaté un effet agréable dans cette rencontre, je prends ses pieds dans mes mains et je continue à jouer avec. D'abord un pied salue l'autre, puis les pieds se rejoignent. Tomy rit. Il semble très attentif à mes mouvements, impatient de ce qui va se passer. Je mets ses pieds sur mes yeux et je dis d'une voix « mamana » : « *uuuu Maria is not here!* » (Maria n'est pas là) Je le lâche, ses pieds tombent et je répète : « *here she is!* » (Elle est là). Il sourit timidement. Il semble apprécier le mouvement de ses pieds et le contact avec mon corps. J'approche son pied de ma bouche et je fais semblant de le manger en lui disant : « Quel pied délicieux, je vais le manger ». Au moment où je fais le geste de manger son pied, Tomy éclate de rire et me donne son autre pied, un mouvement qui semble témoigner de la mise en scène du désir. Je répète le geste, ce que Tomy suit avec plaisir. La présence de l'objet-autre sujet lui donne un sentiment de continuité et de sécurité dans le lien, à partir duquel il s'autorise à découvrir son corps et l'effet de plaisir de la rencontre. La pulsion s'organise dans un circuit d'aller-retour sur un trajet qui permet l'investissement libidinal et l'émergence du désir.

L'inscription psychique et l'esquisse d'une représentation

Tomy est déjà dans la salle pour sa séance d'orthophonie, comme d'habitude. Dès mon arrivée, j'entends ma collègue chanter une comptine sur les petits doigts, et Tomy faire des sons qui me semblent joyeux. Je m'approche et, en ouvrant la porte de la pièce, je vois Paty qui joue avec les pieds de Tomy. Quand Paty est en train de terminer la chanson, je me

⁴¹¹ Laznik, M. (2013). « Pulsions invocantes avec les bébés à risque d'autisme ». Dans *Cahiers de PréAut*, 2013/1 (10), 23-78.

joins à eux par la voix de l'autre côté de la porte, et nous chantons la fin ensemble pendant qu'elle continue à jouer avec les pieds de l'enfant. En observant leur jeu de pieds, je pense que quelque chose de l'objet a fait inscription sous forme de traces et qu'il revient pour s'étendre à leur relation, allant vers des modes plus complexes de figuration et peut-être même un début de représentation. L'évidence de cette inscription peut se déduire de l'évolution de la séquence du contact avec les pieds de Tomy : au début, lorsque je change sa couche en investissant affectivement une possibilité de plaisir sur ses pieds, un montage de la pulsion commence à s'établir, où la pulsion organise progressivement un aller-retour avec la satisfaction qui en découle. Le retour de l'affect sur le corps de Tomy, maîtrisé par l'intrication pulsionnelle, introduit sa transformation en objet de désir de l'autre et de lui-même. La mise en place du troisième temps de la pulsion peut ainsi donner lieu à un plaisir partagé. Or, lorsque Tomy offre ses pieds à Paty, on remarque la permanence de cet investissement et la capacité à le représenter comme objet interne, puisque l'affect et le désir sont déplacés vers un autre objet, ce qui permet leur jeu.

J'ouvre tranquillement la porte. Paty me salue avec enthousiasme et Tomy se lève et s'approche de la porte. À ma grande surprise, il me prend la main et m'invite à entrer, en émettant de sa voix un « een » que Paty traduit par « veeen » (vieeeent)⁴¹². Je le suis en lui prenant la main et il m'invite à participer à leur jeu en tirant mon bras vers le bas, dans un geste qui déclare son intention que je m'assoie à côté de lui pour y participer. Je le remercie pour son geste et lui dis que je suis très heureuse qu'il m'invite à jouer. Tomy sautille sur place, en agitant les bras et en souriant, tout en émettant des sons joyeux. Il s'assoit par terre, devant moi, tout près de mon corps, sans toutefois s'y attacher adhésivement. Il me tend alors ses pieds, ce à quoi je réponds par un sourire, en prenant ses orteils et en chantant la même chanson qu'ils chantaient à mon arrivée. Puis, il prend mon pied avec ses mains : « *Maria has feet, just like Tomy* » (Maria a des pieds, tout comme Tomy), lui dis-je d'une voix douce. Pendant qu'il explore mes pieds, je prends les siens et il rit d'un rire subtil et authentique, preuve d'un réel plaisir à reconnaître l'autre et soi-même dans ce partage sensoriel. Il me regarde avec tendresse, en penchant la tête vers la droite. Il semble

⁴¹² Avec l'orthophoniste les séances se déroulent en espagnol.

reconnaître la différence entre nos pieds comme des objets séparés, mais qui se ressemblent, et explore ensuite ses propres orteils. Sa proximité corporelle, sans être adhésive ni envahissante, et le plaisir partagé du jeu entre nous amènent à penser que quelque chose du corps commence à s'inscrire en tant que référent psychique. Il utilise le toucher avec ses mains dans son exploration, ce qui est nouveau, puisque normalement, c'est la langue et l'odorat qui sont sa première façon d'approcher l'objet.

L'investissement affectif des pieds et sa demande de rencontre à travers eux nous permettent de soutenir l'émergence d'une reconnaissance de l'objet et d'une différenciation moi/non-moi à travers ce partage sensoriel. R. Roussillon⁴¹³ propose que lorsque l'affect et le « mime-geste-expression » postural sont partagés, l'activité de symbolisation devient possible et prend sa place dans le système d'échange et de communication.

La rencontre avec Tomy révèle un ajustement affectif et un échange de sensations corporelles qui forment la toile de fond d'un échange émotionnel sur lequel s'établit une synchronie affective⁴¹⁴ permettant l'intrication du circuit pulsionnel et l'inscription de l'expérience. Dès lors, la possibilité du lien et la reconnaissance de soi et de l'altérité s'ouvrent, et le sentiment d'exister se place dans le corps de l'enfant qui devient enveloppe corporo-psychique.

La place de la caméra : une forme de partage possible en l'absence des parents

La caméra remplit plusieurs fonctions dans le cadre du travail clinique avec Tomy. Elle nous sert à capter ses gestes et à penser les effets qui rendent la rencontre possible, à médiatiser la relation et à partager avec lui les images de lui-même, qui proposent une forme unifiée de ses manifestations.

Dans ce cas particulier, la caméra sert de pont dans la relation avec les parents de Tomy, qui ne participent normalement pas aux séances. Comme nous l'avons mentionné au

⁴¹³ Roussillon, R. (2015). "La dialéctica presencia-ausencia: para una metapsicología de la presencia". Dans *Revista de la sociedad argentina de psicoanálisis*, (19), 93-116.

⁴¹⁴ Stern, D. (1989). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York, Basic Books.

début, les parents, principalement le père, ressentent une grande frustration et ne voient pas l'évolution de Tomy, fixé uniquement sur le manque de langage verbal. Les petits moments enregistrés par la caméra nous permettent de partager avec eux les gestes et les manifestations de leur fils, et de les faire participer au processus dans lequel ils ne semblent pas pouvoir s'impliquer. Les progrès de l'été, qui ne sont pas seulement évidents à travers les vidéos que nous leur envoyons, mais aussi à travers l'organisation et la régulation dont Tomy fait preuve, les incitent à venir parfois aux séances et à y participer. Néanmoins, leur présence semble difficile à intégrer pour Tomy, comme en témoignent son indifférence accentuée ou son rejet franc, comme il le faisait initialement avec l'analyste. Le manque de constance dans leur présence rend difficile leur intégration dans l'espace clinique. Les vidéos aident donc à soutenir la position de sujet que Tomy est en train de construire dans son processus thérapeutique, et à impliquer les parents dans ce processus, en facilitant sa continuité dans sa vie quotidienne.

Par ailleurs, la mère et la nounou commencent spontanément à nous envoyer des vidéos des nouvelles manifestations et mouvements de Tomy, et même de la transformation de sa relation avec ses parents. Les images deviennent ainsi un moyen d'échange qui nous permet de communiquer et de transmettre nos expériences avec Tomy et celles de Tomy avec son environnement. Cela confirme l'importance d'offrir aux parents un moyen indirect de participer aux rencontres, via un regard indirect qui leur permet de voir Tomy sous un autre angle, jusqu'à ce qu'ils puissent occuper la place et la fonction d'autre primordial.

Chapitre 1. Les adaptations techniques dans la prise en charge de l'archaïque

1.1 La présence de l'analyste :

Si la pensée psychanalytique classique valorise fortement un travail de représentation de l'absence, la clinique de la petite enfance soulève de nouvelles questions et de nouveaux défis, qui mettent en scène un travail préalable de représentation en présence, où la qualité de la présence de l'analyste prend une place essentielle.

R. Roussillon⁴¹⁵ précise que la relation primaire implique un travail de liaison avec l'autre, à travers l'ajustement réciproque des besoins et des demandes. Cette présence de l'autre pourra ensuite être représentée, à condition que l'expérience de continuité et le sentiment de sécurité soient suffisamment stables. Ainsi, le travail de constitution de l'appareil psychique nécessite une première étape où la rencontre avec l'objet et la construction du lien avec lui soient possibles, pour ensuite pouvoir s'en séparer et représenter son absence. Roussillon avance qu'une métapsychologie de la présence est dans ce contexte indispensable, en tant que la pré-symbolisation « en présence de l'objet » parvient ensuite à s'abstraire pour retrouver la même sensation en son absence. Il s'agit d'un processus de proto-symbolisation qui conditionne la future symbolisation de l'absence.

La clinique de l'autisme et du bébé nous confronte à des sujets qui ne sont pas représentés par le discours (ou du moins, pas encore) et penser le manque et se représenter l'absence n'est pas encore possible. Cela implique que le travail clinique et la relation thérapeutique ait inévitablement un statut matériel, où une grande partie de la relation à l'autre passe par le corps et les façons dont ces corps entrent en relation dans l'espace et le temps de la séance. Nous constatons souvent que les enfants ont tendance à demander un fort contact sensoriel à l'analyste : ils lui tendent les bras pour être portés, ils lui donnent leurs pieds pour jouer, ils le remplissent de fluides émanant de leur corps et l'exposent souvent au chaos de leurs expressions désorganisées.

⁴¹⁵ Idem.

En conséquence, s'adresser au petit patient en termes de neutralité ou sous la prémisses de l'interdiction du toucher nous semble impensable. La position analytique classique de neutralité et d'abstinence se transforme ici, même partiellement, en une position de réciprocité, dans laquelle la présence de l'analyste exige une certaine spontanéité et authenticité. Dès lors, l'analyste doit ajuster sa pratique et mettre à disposition sa présence en corps, c'est-à-dire « être-là », où la présence « se fait résonance » (Dupont, 2023).

Dans cette forme de présence, à la différence du travail analytique par le discours, l'analyste dévoile de sa propre subjectivité, notamment parce que sa dimension infantile s'imprime inconsciemment dans son corps et se transmet dans la rencontre. Ainsi, le corps de l'analyste et sa présence concernent d'abord et peut-être même essentiellement ses ressentis et ses affects, ce qui s'articule dans la relation transférentielle. Il est alors fondamental de réfléchir à la forme, la consistance et la fonction de cette présence, ce qui soulève la question de la manière d'être-là.

Paul Racamier⁴¹⁶ définit la présence comme une qualité psychoaffective de disponibilité qui cherche à garantir la permanence et la continuité des soins thérapeutiques. Selon l'auteur, elle correspond à une certaine idéologie humaniste pour laquelle « plus que ce que l'on dit et même ce que l'on fait, compte ce que l'on est ».

Selon F. Deligny, la présence en corps est la condition essentielle pour accompagner un enfant autiste ou en situation de détresse. Il soutient qu'il n'a pas d'émoi sans présence en corps, ce qui ne suppose pour cet auteur aucune psychologie particulière, mais « l'intention d'être-là », en chair et en os, en tant que corps vivant, sentant et œuvrant⁴¹⁷.

La présence et le corps dans l'accompagnement des sujets autistes amène Deligny à proposer une technique qu'il décrit en utilisant la métaphore du radeau⁴¹⁸ qui, au lieu de se fixer dans un mouvement statique et permanent, flotte à la surface de l'eau sans jamais ancrer complètement ses fondations, permettant un mouvement fluctuant, qui oscille et se

⁴¹⁶ Racamier, P. (1970). *Le Psychanalyste sans divan*. Paris, Payot.

⁴¹⁷ Perret, C. (2021). *Le tacite, l'humain. Anthropologie politique de Fernand Deligny*. Paris, Seuil.

⁴¹⁸ Deligny, F. (1978). *Le Croire et le Craindre*. Paris, Stock.

modifie en suivant les ondulations de l'eau. Cette image symbolise l'idée de ne pas imposer de structures rigides ou de contraintes aux enfants autistes ou en difficulté, mais plutôt de les accompagner dans un environnement flexible et ouvert, dans une écoute attentive à leurs signes et gestes, tout en minimisant les interprétations et les interventions extérieures qui pourraient perturber ou imposer des cadres inadaptés. À partir de cette idée, Deligny⁴¹⁹ postule une « méthode » d'observation non directive mais minutieuse, par la mise en place de cartographies où sont tracés les mouvements des enfants dans leur environnement naturel, afin de comprendre leurs manières d'être et de vivre et de communiquer. Il s'agit de créer des espaces où les enfants peuvent évoluer à leur propre rythme, tout en bénéficiant d'une présence attentive et bienveillante.

Comprendre leurs manières d'être et de vivre nous permet de transformer le sujet formaté que la société leur impose, pour leur offrir de nouvelles possibilités d'être qui leur correspondent ; chez Willy, « *The wild child* » (l'enfant sauvage), le sujet de l'autre (parental et social) semble s'imprimer sur son tee-shirt, et représente la place qui lui est attribuée. D'ailleurs, le travail de l'analyste cherche à lui proposer une autre place, où sa singularité peut avoir lieu, en lui permettant d'échapper à la souffrance de cette catégorie qui l'étouffe. D'autre part, nous voyons que la langue maternelle de Tomy ne le représente pas et ne l'attrape pas. L'analyste propose alors une autre langue qui pourra laisser sa marque, pour en faire trace. C'est ainsi que, par le corps, il se met à vivre l'espace avec le petit sujet, à y tracer et y faire résonner ses mouvements et ses gestes, de sorte que tout ce qu'il manifeste devienne une chorégraphie du repérable⁴²⁰.

Dans le travail clinique auprès de la souffrance extrême, la présence de l'analyste implique souvent une absence d'interprétation au sens classique du terme. D. Humphreys⁴²¹ postule que cette forme de présence se rapproche des capacités sensorielles et figuratives de

⁴¹⁹ Deligny, F. (1969-1979). *Cartes et lignes d'erre : Traces du réseau de Fernand Deligny*. Paris, L'Arachnéen, 2013.

⁴²⁰ Perret, C. (2018). « À propos d'un « geste nôtre ». La caméra dans la tentative de Fernand Deligny ». Dans Blümlinger C. et Lavin M. *Geste filmé, gestes filmiques*, Paris, éditions Mimesis.

⁴²¹ Humphreys, D. (2019). « Les modes de présence dans l'intrication pulsionnelle. » Dans *Le Coq-héron*, 236, 53-65.

l'analyste qui offre à l'enfant son corps comme source matérielle pour élaborer l'intensité de ses affects dans un parcours pulsionnel. Cela lui permet ensuite d'articuler sensations, pulsions et mots, rétablissant ainsi le lien entre ses expériences réelles et hallucinées. Il s'agit, selon l'auteur, de donner à l'enfant la possibilité de « créer-trouver » l'objet et la relation. Cette position de l'analyste comme « objet à utiliser » l'amène à explorer des espaces imprévus, qui le mettent en contact avec les traces de l'archaïque en lui-même.

Or, pour soutenir cette forme de présence, la surprise occupe une place privilégiée, une surprise qui s'adresse et touche à la fois l'analyste et l'enfant. Il s'agit de se permettre d'être là et de se laisser surprendre, d'être affecté et traversé par l'affect qui circule d'un corps à l'autre et qui s'élabore ensuite dans la psyché de l'analyste pour s'inscrire comme une trace psychique chez l'enfant.

L'effet de cette surprise permet l'avènement de l'émergence, compris d'après Amos Squverer⁴²², comme l'apparition de nouvelles qualités qui surviennent par la combinaison de certains éléments hétérogènes qui, pris isolément, ne possèdent pas ces propriétés. Elle est une création qui n'est pas prévisible, effet de l'interaction singulière entre l'ensemble des parties constituantes d'un instant qui fait événement. En outre, ce qui émerge rétroagit après coup, en transformant ce qui l'a produit, devenant ainsi une discontinuité transformatrice.

Toutefois, face aux difficultés des enfants à entrer en relation, la présence de l'autre et de l'Autre se révèle souvent envahissante, et produit une grande intensité qui fait violence, comme nous le constatons chez Tomy. Il s'agit donc de ne pas occuper la position de l'Autre, mais celle d'une place vide (De La Bouilleries, 2023), où l'analyste se laisse enseigner et guider par l'enfant, sans fusionner avec lui. La présence constitue alors la matérialité où l'enfant peut s'arrimer et manifester sa souffrance et sur laquelle peut s'inscrire l'intensité de l'affect, ce qui favorise l'organisation sensorimotrice dans la relation à l'autre. Cela semble être possible dans la mesure où l'analyste, par sa capacité de malléabilité, se rend disponible et s'autorise à résonner, accueillir et contenir les expériences sensorielles chaotiques du patient.

⁴²²Squverer, A. (2019). « L'interprétation comme émergence ». *Figures de la psychanalyse*, 38, 71-78.

Dans ce cadre, nous pouvons affirmer d'après Michèle Benhaïm⁴²³ que la présence est un acte qui requiert une « proximité suffisamment bonne », insistant sur le « juste assez mais pas trop », c'est à dire, juste assez pour ne pas céder sur son désir, mais pas trop pour ne pas devenir persécuteur. La présence indéfectible et renouvelée de l'analyste est une manière de subjectiver la réalité de l'enfant qui s'exprime par ses mouvements destructeurs, mettant à l'épreuve le lien fragile qui s'esquisse.

Cependant, la présence de l'analyste dans cette clinique, ne peut pas être pensée en solitaire. Lorsqu'on traite des formes de souffrance psychique liées à des traumatismes précoces et à des aspects archaïques, la présence individuelle de l'analyste, bien que cruciale, ne suffit pas. La souffrance est souvent extrême, ce qui mobilise des affects primaires, où le transfert devient complexe et parfois écrasant.

La rencontre clinique révèle alors une grande intensité qui touche des zones psychiques archaïques chez l'analyste, qui échappent à la parole et se manifestent de manière brute dans les effets du transfert. Ces événements dépassent le cadre de l'analyse et parfois même de l'analysable, voire de l'analyste, bien qu'ils le traversent et l'affectent profondément. Cela bouscule la pratique clinique et souvent, un sentiment d'impuissance et d'inquiétante étrangeté s'empare de la scène. Il est pourtant nécessaire de repérer ce qui se passe là et de l'élaborer dans l'après-coup, dans un autre temps et un autre espace, ce qui permet de prendre de la distance et de restituer la possibilité de penser et de représenter ces instants de débordement souvent hors psyché. Cela requiert nécessairement l'intervention des autres. Il faut alors un travail collectif pour penser à l'expérience « brute » qui ressort des séances, ainsi que pour réfléchir aux effets transférentiels et leur donner une place dans le discours.

En effet, le travail collectif permet de soutenir ce qui se joue dans la rencontre en apportant des perspectives multiples, capables d'élaborer des phénomènes psychiques qui dépassent les ressources individuelles. Il permet également d'intégrer les affects morcelés de

⁴²³ Benhaïm, M. (2010). « Destins du corps et subjectivité dans une clinique sociale ». Dans *Recherches en psychanalyse*, 10, 311-320.

l'enfant ainsi que les projections massives dont l'analyste est parfois le réceptacle, comme on peut le constater chez Tomy.

Il est alors question de définir la pluralité des modes de présence de l'analyste et ses fonctions, ainsi que d'aborder la place du collectif, pour créer des conditions permettant d'accueillir et de contenir la souffrance précoce, afin que l'*infans* puisse s'ouvrir à la rencontre avec l'autre.

1.2 Les fonctions de la présence de l'analyste dans le travail du lien archaïque :

La présence de l'analyste dans la pratique clinique implique certaines fonctions essentielles. Nous analyserons les principales fonctions que nous avons repérées et mises en œuvre dans notre travail clinique, sans prétendre à l'exhaustivité et en admettant donc que l'analyste puisse remplir également d'autres fonctions.

1.2.1 Medium malléable :

Face aux expériences des agonies primitives, le sujet se soustrait à la souffrance afin de l'éviter, de sorte qu'elle ne s'intègre pas à sa subjectivité, étant vécue hors-psyché. Ces expériences sont ainsi reléguées au langage de l'acte et à l'utilisation de la sensorimotricité, comme ressource préalable à leur inscription dans le psychisme. L'analyste est souvent confronté à des actes sans adresse, apparemment sans signification, qui laissent des traces sur la matérialité de son corps⁴²⁴. Dans ce contexte, l'utilisation de l'objet et de l'analyste en tant qu'objet malléable prend tout son sens. Cette malléabilité requiert une attention étroite à la dimension sensorimotrice, où les mouvements et les gestes des patients sont la manifestation de leurs expériences traumatiques. Le sens de ces actes est co-construit à partir de l'attention portée aux modalités du corps qui sont traduites et transformées en

⁴²⁴ Brun, A. (2020). « Intersubjectivité et médiation thérapeutiques ». Dans *L'Évolution Psychiatrique*. 85(4), 529-540.

message pour être ensuite reconnues et adressées à l'autre. À cet égard, la notion de « médium malléable », initialement proposée par M. Milner⁴²⁵ et approfondie par R. Roussillon⁴²⁶ revêt une importance cruciale pour la position de l'analyste. Elle désigne la souplesse et la versatilité qu'un objet offre comme outil de transformation, et son intérêt pour comprendre et traiter la souffrance à travers une ressource alternative et parfois complémentaire à la parole comme moyen d'expression. La malléabilité réside dans la capacité de l'objet à être modelé, transformé et utilisé de manière expressive par le patient ainsi que par l'analyste.

Anne Brun⁴²⁷ propose que la fonction du médium soit d'abord d'opérer comme un attracteur sensoriel, qui permet le transfert d'expériences primitives traumatiques sur l'objet médiateur, afin de les actualiser. Le médium malléable prend ici un rôle d'intermédiaire entre le patient et le thérapeute, facilitant l'expression des émotions, des pensées et des vécus internes du patient à travers des formes figurables, pré ou proto-symboliques, et favorisant l'exploration et la transformation de ses processus internes. Cela comprend la relation à l'objet, ce qui peut revêtir diverses formes telles que la peinture, la pâte à modeler, le dessin, la musique, etc., et surtout la relation à l'objet-autre-sujet⁴²⁸, à travers la présence en corps de l'analyste, sa disponibilité et sa capacité à se laisser transformer et utiliser par le patient.

Le travail du médium malléable permet de passer d'une sensorialité caractérisée par une absence d'intégration sensorielle, à des formes de mantèlement sensoriel visant l'organisation du registre sensorimoteur dans le lien à l'objet. Cette mise en forme des ressentis du corps comme matière de proto-représentation favorise l'inscription des expériences et leur appropriation subjective par l'émergence progressive des formes primaires de symbolisation. Il ne s'agit donc pas de retrouver une signification latente, mais

⁴²⁵ Milner, M. (1955). « Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole ». Dans *Revue Française de Psychanalyse*, N°5-6, 1979.

⁴²⁶ Roussillon, R. (1987). « Le médium malléable, la représentation de la représentation et la pulsion d'emprise ». Dans *Revue Belge de Psychanalyse*, (13).

⁴²⁷ *Op. Cit.* Brun, A. (2020).

⁴²⁸ *Op. Cit.* Roussillon, R. (1987).

plutôt de relancer des processus psychiques, autrement impensables, à partir des formes primaires de symbolisation, dans un contexte intersubjectif.

Selon Roussillon⁴²⁹, l'analyste, en tant que médium malléable, doit constamment s'ajuster aux besoins du patient en rendant une partie de lui-même plastique et transformable en fonction du processus transférentiel dans lequel il est engagé. L'analyste peut ainsi fournir un environnement flexible qui contribue à l'organisation de l'appareil psychique de l'enfant, afin qu'il puisse retrouver un sentiment de continuité, s'approprier son corps et se différencier de l'autre pour avoir accès à la symbolisation. À cette fin, le médium malléable requiert cinq caractéristiques particulières : l'indestructibilité, une extrême sensibilité, une indéfinie transformation, une disponibilité inconditionnelle et une animation propre. La première de ces caractéristiques, l'indestructibilité, nous semble centrale, dans la mesure où la désorganisation du petit patient a des effets destructeurs sur son corps, mais aussi sur le corps et la psyché des autres autour de lui. Ce point rappelle la question de « l'utilisation de l'objet »⁴³⁰ telle que proposée par Winnicott, où il suggère que la fonction maternelle doit tolérer l'agressivité du bébé et y survivre. De même, l'analyste, exposé aux niveaux de souffrance insupportables de l'enfant, ne peut se laisser détruire par ses affects. Il lui faut au contraire accueillir et contenir l'excès d'intensité de l'enfant, modérer son affect initial pour lui renvoyer une émotion qu'il puisse intégrer comme trace.

Outre la non-destructibilité, l'analyste doit également faire preuve d'une extrême sensibilité à toute variation quantitative pour être capable d'évoluer à la moindre modulation. Ces deux premières caractéristiques sont déterminantes de la troisième propriété du médium malléable : l'indéfinie transformation, c'est-à-dire la capacité à prendre différentes formes tout en restant lui-même, ce qui le rend inconditionnellement disponible. La dernière caractéristique, son caractère vivant, implique que l'objet soit considéré comme une substance vivante, même lorsqu'il est inanimé. Selon Roussillon⁴³¹, le médium malléable

⁴²⁹ Roussillon, R. (2013). « Symbolisations primaires et secondaires ». Dans *Revue de Psychanalyse de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, (69), 10.

⁴³⁰ Winnicott, D. W. (1971b). *L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications*. Dans *Jeu et Réalité*. (C. Monod, J-B. Pontalis, Trans.). Paris, Gallimard, 1975.

⁴³¹ *Op. Cit.* Roussillon, R. (1987).

pourrait ainsi être à l'origine des représentations d'objet, l'objet devenant le représentant-objet de la représentation elle-même, dans une fonction qui organise la vie psychique.

1.2.2 La fonction contenant :

Bien que la notion de contenance ne soit pas explicitement développée dans la métapsychologie freudienne, on peut avancer une certaine similitude avec la notion de pare-excitation dont le nourrisson a besoin pour traiter l'excès d'intensités de l'affect produit par des stimuli internes ou externes. S. Freud développe notamment cette fonction à travers la notion de « *Nebenmensch* », comme nous l'avons évoqué par rapport au bébé en détresse.

W. Bion⁴³² développe en profondeur cette fonction de contenance, de manière à la fois clinique et théorique, pour mettre en avant son importance cruciale dans la constitution de la vie psychique et son rôle dans le travail analytique. Il propose la notion de « fonction alpha », qui se caractérise principalement par la confrontation entre un contenu et un contenant, pour expliquer les processus de contention et de métabolisation de l'expérience de l'enfant dans la relation à l'autre. Cette notion s'appuie sur la relation mère/nourrisson, dans laquelle les éléments bruts du bébé, que Bion appelle « éléments bêta », sont « désintoxiqués » par la mère, à travers sa fonction alpha, pour devenir des contenus psychiques. Ainsi, les éléments bêta, conçus comme dépourvus de vie émotionnelle et devant être évacués par le psychisme, se transforment en « éléments alpha », c'est-à-dire en impressions sensorielles de qualité émotionnelle qui constituent la première forme archaïque de l'affect, qui est la base de la pensée. La contenance du contenu permet ainsi son intégration dans le psychisme. Bion étend ensuite cette fonction au travail analytique, la considérant comme une stratégie à partir de laquelle l'analyste peut penser les éléments non représentés du patient pour les métaboliser et les transformer en des éléments intégrables dans le psychisme⁴³³.

⁴³² Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London, Heinemann.

⁴³³ Mellier, D. (2005). « La fonction à contenir : Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel ». Dans *La psychiatrie de l'enfant*, 48, 425-499.

D'autre part, certains des postulats de Winnicott⁴³⁴ renvoient à la fonction de contenance de l'autre primordial, notamment les notions de *holding* et de *handling* et d'environnement facilitateur. Ces fonctions sont fondamentales pour que le bébé puisse acquérir un état d'intégration de soi, construire son propre et vrai « *self* » et, finalement, établir un sentiment de continuité d'existence.

Dans cette optique, Didier Anzieu⁴³⁵ postule que pour que le moi puisse penser, parler et associer, le sujet doit déjà disposer d'une enveloppe contenant capable d'assurer une consistance, une organisation et une limite suffisantes. Concernant le travail clinique, l'auteur suggère que les registres archaïques interfèrent avec les processus de la pensée et que, lorsque la fragilité du moi empêche de constituer une enveloppe psychique suffisante, l'analyste doit adapter son travail aux possibilités de symbolisation du sujet. Anzieu⁴³⁶ propose alors deux enveloppes psychiques qui semblent indispensables à la pratique analytique : le pare-excitation et la surface d'inscription. Celles-ci se différencient progressivement et sont constitutives de l'appareil psychique et du moi.

Enfin, Mellier⁴³⁷ souligne que la fonction contenantante, inhérente à toute pratique thérapeutique, est encore plus puissante face à des conflits archaïques, dans lesquels se mêlent des éléments hétérogènes, somatiques, intra- et inter-subjectifs, que le sujet ne peut ni reconnaître ni adresser à l'autre. Le travail clinique consiste alors à soutenir une fonction contenantante, comprise comme la position psychique de l'analyste dans laquelle il accueille les souffrances de nature très primitive et les transforme en éprouvé émotionnel dans la relation. Dès lors, la présence de l'analyste, par son investissement pulsionnel et sa pensée, favorise un processus de subjectivation et la métabolisation de l'expérience vécue « hors psyché », permettant qu'une trace s'inscrive comme un contenu psychique.

Par ailleurs, il faut considérer que dans la clinique de la petite enfance, la fonction contenantante de l'analyste, doit aussi s'étendre aux personnes qui s'occupent de l'enfant,

⁴³⁴ Winnicott, D. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. New York, International UP Inc.

⁴³⁵ Anzieu, D. (1994). *Le Penser : Du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris, Dunod.

⁴³⁶ Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris, Dunod.

⁴³⁷ *Op. Cit.* Mellier, D. (2005).

comme ses parents, sa famille d'accueil ou l'institution, qui sont fortement affectés par le chaos de cette souffrance sans nom.

1.2.3 La fonction de traduction :

Lorsque le langage ne détient pas un statut symbolique capable d'envelopper l'expérience, c'est le corps qui se manifeste à sa place, dans un code difficilement compréhensible et qui requiert un travail de traduction.

Freud⁴³⁸ propose dans sa lettre 52 à W. Fliess que les expériences vécues nécessitent une série de traductions successives, par lesquelles elles sont transformées et réinterprétées à différents niveaux de l'appareil psychique, passant de la perception consciente au refoulement inconscient. Les inscriptions successives représentent la production psychique d'époques consécutives de la vie dont le matériel de l'expérience doit être traduit afin de maintenir un équilibre quantitatif. L'inscription ultérieure inhibe l'antérieure en détournant l'excitation d'elle. Or, lorsque la traduction n'a pas eu lieu pour certains matériaux, se produit une absence d'inscription ultérieure, dont l'excitation retient les formes disponibles à l'époque, gardant leur intensité originelle. Freud postule que le refus de traduire est ce qu'on appelle cliniquement le « refoulement », qui résulte du déplaisir qui entrave le travail de traduction. Cela entraîne une défense pathologique quand un vestige de la mémoire d'une phase antérieure n'a pas encore été traduit et ne peut donc pas être inhibé. Le souvenir se comporte alors comme quelque chose d'actuel, qui revient dans l'expérience sous sa forme première.

À cet égard, la fonction de traduction prend une valeur centrale dans notre travail clinique, où l'on constate fréquemment cette absence de traduction et donc d'inscription de la souffrance, laquelle s'actualise en permanence.

⁴³⁸ Freud, S. (1896). *Lettre du 6 décembre 1896 à W. Fliess*. Dans *La Naissance de la psychanalyse* (1887-1902) (A. Berman, Trans.). Paris : PUF, 1973.

M.-C. Laznik⁴³⁹ propose que le travail avec l'enfant autiste et avec le bébé en souffrance se déroule à l'inverse de la cure analytique classique, où le but du travail clinique n'est pas d'interpréter les fantasmes de l'inconscient déjà constitué du sujet, mais de permettre l'avènement d'un tel sujet, en attribuant une valeur signifiante aux productions de l'enfant et en se constituant comme son destinataire. Il s'agit alors de traduire à l'enfant ses manifestations et de lui montrer que ce qu'il exprime par ses mouvements, ses sons et son corps peut devenir un message dont l'autre peut être le destinataire. L'analyste devient alors le traducteur d'une langue étrangère. Il déchiffre et trouve un code avec l'enfant qui puisse traduire ses expériences affectives, dont la décharge motrice avait un effet destructeur. De là, l'émergence d'un mouvement subjectif devient possible et l'enfant peut se reconnaître comme la source du message.

Or, cette fonction de traduction ne concerne pas uniquement le travail avec l'enfant. Face aux comportements stéréotypés et aux réactions chaotiques des enfants autistes et des bébés en détresse, les parents (ou la personne à leur place) sont souvent confrontés à l'incompréhension des mouvements de l'enfant, sans pouvoir être le lieu d'adresse de ses messages, ce qui les empêche de percevoir la valeur de ces productions. Cela entrave leur fonction de pare-excitation et de contenance, privés de toute capacité à traduire et métaboliser la souffrance de l'enfant, étrangers à ses mouvements et à sa manière d'être au monde.

Privés de leurs fantasmes et de leur rêverie maternelle (Bion, 1962), ils sont alors impuissants face à leurs propres possibilités parentales et connaissent une perte de leur narcissisme, des sentiments d'invisibilité ou de rejet. De ce fait, ils se trouvent aussi dans une situation de détresse, de sorte que la fonction de traduction les aide à comprendre et à interpréter les manifestations de leurs enfants, afin que celles-ci puissent leur être adressées et retrouver leur place primordiale.

À partir de notre travail clinique, nous constatons qu'un bébé qui n'appelle pas ou ne regarde pas ses parents, un enfant qui rejette ou dénie leur présence, produit une

⁴³⁹ Laznik, M. (1995). *Vers la parole : trois enfants autistes en psychanalyse*. Paris, Denoël.

désorganisation profonde du lien entre eux, ce qui affecte à la fois les parents et l'enfant. La pulsion se ferme alors dans un circuit court, où elle retourne vers son point de départ, ce qui produit un effet d'isolement dans la relation, qui provoque l'angoisse et la souffrance. Dans ce contexte, Laznik⁴⁴⁰ souligne qu'une première mesure thérapeutique est d'arrêter cette dynamique, en ouvrant l'espace à la possibilité de la rencontre. La fonction de traducteur de l'analyste permet alors de faire le lien entre les parents et l'enfant, afin que les parents puissent voir l'enfant et ses manifestations comme une forme de message et une tentative de transmission de sa souffrance. Les parents peuvent ainsi retrouver leur capacité de rêverie, imaginer un sujet dans les manifestations désorganisées de leur enfant et une illusion anticipatrice qui permet de créer du sens là où il n'y avait qu'un mouvement massif et désorganisé. Comme nous l'avons remarqué avec Willy, ses gémissements et ses mouvements étaient considérés par ses parents comme la manifestation d'une pathologie autistique, dont ils ne voyaient pas l'issue. Pourtant, la traduction de sa voix en une mélodie et en un langage de l'affect, ainsi que les effets organisateurs de la traduction de ses mouvements, leur ont permis de voir leur enfant autrement et de le considérer comme un autre sujet, un semblable dont la production singulière a quelque chose à dire et à apporter.

1.2.4 La fonction du lien dans la continuité de l'existence :

Les fonctions de contenance et de traduction ont pour conséquence un effet d'existence subjective chez l'enfant, ce qui peut être en continuité avec le travail régulier et systématique de la présence de l'analyste et du cadre clinique.

Selon Winnicott, « se sentir exister »⁴⁴¹ est conçu comme la capacité d'être et de se sentir authentiquement vivant à l'intérieur de soi, ce qui s'avère essentiel à la formation et à l'intégration du « *self* ». Ce sentiment d'exister ne se construit que dans la relation à autrui et constitue un préalable à l'accès à la subjectivité et à l'intersubjectivité.

Dans le cadre de mécanismes autistiques, qui peuvent aussi exister chez des enfants non autistes, comme dans le cas des bébés en détresse, le sentiment d'exister et d'habiter son

⁴⁴⁰ Idem.

⁴⁴¹ Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.

corps ainsi que la relation à l'autre font défaut. Des niveaux élevés d'hypersensibilité ou d'hyposensibilité, ainsi que des mécanismes de clivage et de démantèlement sensoriel, apparaissent comme une barrière protectrice contre leurs expériences chaotiques. L'enfant semble alors abandonner la sensation d'exister dans son corps, le temps et l'espace, qui lui paraissent étranges.

En conséquence, le dispositif singulier du travail analytique vise à favoriser l'émergence du sentiment d'exister à travers la possibilité d'un lien spontané à l'autre, qui permet la construction d'une relation dont le statut est structurant pour la vie psychique. Cela permet à l'enfant de s'approprier son corps et de se situer dans l'espace et le temps, ainsi que d'entrer en relation avec son environnement lorsqu'il se sent impliqué. Relancer ou construire avec l'enfant le sentiment d'exister implique de repérer sa présence en se synchronisant avec ses manières singulières d'être et d'habiter son corps, même si celles-ci semblent, initialement, dépourvues de sens. Le rôle de l'analyste consiste alors à offrir un espace psychique et physique dans lequel l'enfant peut traiter ses expériences catastrophiques et faciliter leur inscription dans une relation sécurisante qui l'interpelle.

Dans le cadre de notre travail clinique, soutenir la continuité du sentiment d'exister devient fondamental. Non seulement en raison des difficultés inhérentes aux mécanismes autistiques, mais surtout parce que les bébés que nous accueillons souffrent de ruptures permanentes dans leur parcours vital, dues à l'instabilité de leur situation d'abandon et à leur processus d'adoption ou de remplacement dans leurs familles d'origine. Il s'agit principalement de bébés dont la situation d'extrême précarité et de vulnérabilité est marquée par la discontinuité constante dans leur histoire, leur environnement et surtout leurs figures primordiales, qui changent en permanence. Ils passent d'une institution à l'autre, d'une famille d'accueil à l'autre, parfois même d'un pays à l'autre, de sorte que la continuité de leurs existences est fortement affectée. Lorsque l'analyste peut continuer à accompagner le petit sujet à travers tous ces changements, il devient un témoin de son histoire et un garant de sa continuité. Sa présence et le lien avec l'enfant, représentent alors un point d'ancrage dans la succession des changements et des interruptions relationnelles. Pour soutenir cette fonction et la complexité qu'elle implique, nous nous appuyons sur un dispositif technique

basé sur un enregistrement des images, afin de créer une mémoire collective qui peut être transmise et partagée. Nous aborderons ce point plus en détail dans la section sur le dispositif technique.

1.3 La présence du Collectif

Dans le cadre de notre clinique et de notre recherche, penser le collectif constitue une condition *sine qua non*. En effet, l'archaïque, par ses conditions, requiert un dispositif et un travail collectif capables de soutenir et d'élaborer ce qui se passe dans la rencontre et qui touche les ombres de la vie psychique. Il s'agit d'un mode de pensée politique en raison de sa capacité à créer des liens sociaux et à structurer une société autre que l'institution fermée dans une logique de normalisation déterminée par un ensemble de normes et de règles préalablement établies.

Pour aborder l'importance du collectif, nous nous appuyerons sur les travaux de Jean Oury concernant la psychothérapie institutionnelle⁴⁴². Selon J. Oury, le collectif peut être compris comme une « machine abstraite » visant à traiter l'aliénation chosifiante. Il consiste à transformer une situation microsociale aliénée par les lois macrosociales en une dynamique dont le sujet reprend la maîtrise, aussi bien sur le plan politique que sur celui de l'être⁴⁴³. Il ne s'agit ni d'un établissement, ni d'une institution, ni de groupes, mais d'un opérateur dont la fonction essentielle est diacritique⁴⁴⁴. Cette fonction permet de distinguer et de séparer les plans et les registres à l'intérieur d'un ensemble. Elle implique la création permanente d'une distinctivité, l'élaboration de la loi, ainsi qu'une démarche du sens dans le respect de la singularité de chaque participant. Il s'agit d'une mise en équation des différents éléments d'une praxis dans une dimension éthique toujours menacée par les pressions aliénantes du

⁴⁴² Oury, J. (2005). *Le Collectif. Le Séminaire de Sainte-Anne*. Champ social.

⁴⁴³ Laffitte, P. (2015). « Le concept de Collectif chez Jean Oury ». Dans *Chimères*, 2015/3 N° 87. pp. 193-202.

⁴⁴⁴ *Op. Cit.* Oury, J. (2005).

milieu social. Cela consiste en une fonction d'analyse structurale à partir des événements qui se produisent dans une institution.

Par conséquent, la notion de collectif est davantage une fonction qu'une structure, dont la finalité majeure est de faire fonctionner toutes les structures institutionnelles dans une dimension psychothérapique. C'est un système qui permet l'émergence d'un événement favorisant la rencontre et la transformation des éléments présents, tout en conservant leur singularité.

Par ailleurs, la fonction diacritique requiert une fonction de décision. Décider qu'un événement n'est pas anodin, c'est déjà exercer une fonction diacritique qui détache l'événement de la monotonie quotidienne. Cette fonction de décision implique une coupure : certains événements doivent être remarqués et interprétés. De ce fait, l'interprétation collective cherche à valoriser le sujet dans son rapport à l'autre, dans le cadre d'un réseau collectif favorisant une lecture à plusieurs voix des situations, où chacun contribue, par sa parole, son écoute et sa réflexion, à un mouvement de compréhension et de valorisation de la spécificité de ce qui est isolé comme événement. L'interprétation devient ainsi « une stratégie », qui consiste à décider quand et comment remettre en question un événement, en assumant la responsabilité de ce qui se passe et de ce qui est repéré. Selon Oury, cette dimension stratégique est indispensable pour organiser une collectivité et pour éviter que le patient ne reste perdu dans ce qu'il appelle « l'adire ».

Sans stratégie collective, tout ce qui est créé risque d'être détruit. Cela nécessite un temps de réflexion qui doit être mesuré pour évaluer à quel moment intervenir, sur quel individu ou groupe, et de quelle manière. Or, il est fondamental dans ce travail collectif que l'intervention stratégique tienne compte des enjeux de l'inconscient qu'il faut déchiffrer.

Une autre dimension cruciale du travail collectif consiste selon l'auteur, à avoir une certaine emprise sur l'ambiance. Parler d'ambiance, c'est aborder les relations entre le milieu et le sujet. Elle désigne un certain tressaillement de ce qui se passe là, ce qui se produit par la vie collective, par l'espace de convivialité, même si c'est à un niveau minimal et souvent imperceptible. L'ambiance met en question ce dans quoi on vit, et qui est de l'ordre du

semblant. Le travail collectif doit alors considérer et intervenir sur cette ambiance, car c'est au niveau de l'ambiance qu'on va « sentir » qu'il y a quelque chose de vivant qui tient la place du semblant et qui peut ainsi être préservé. Oury explique qu'il est nécessaire, pour qu'une ambiance puisse se modifier au sein d'une collectivité, que chacun des éléments et des personnes conservent leur singularité, tout en évitant des identifications adhésives. C'est la raison pour laquelle il est important de créer un groupe hétérogène, capable d'apporter une diversité de particularités.

Une dernière remarque sur le collectif que nous évoquons ici concerne l'espace, mais dans une topologie particulière. En effet, Oury rappelle que dans les cas les plus graves, le sujet est « nulle part » et que le travail collectif doit créer des « espaces du dire » pour qu'il puisse se situer dans un « tenant-lieu ». Il ne s'agit pas pourtant de parler ni de réduire l'humain à un réseau communiquant, mais de ce que Lacan⁴⁴⁵ appelle un « discours sans paroles », un espace d'émergence du désir qui va entrer en résonance avec quelque chose qui ne peut même pas se formaliser encore chez le patient. Cela offre la possibilité d'un petit bout de transfert, même partiel. Il s'agit alors de délimiter un espace dans un champ transférentiel, afin qu'un discours puisse se manifester. Il faut donc recréer constamment des espaces où le sujet peut se situer et où quelque chose du désir peut se manifester afin de permettre un travail analytique.

Enfin, pour Oury, le collectif désigne la « sous-jacence », c'est-à-dire l'ensemble des conditions de possibilité pour qu'advienne un phénomène, un effet thérapeutique. Il affirme que la présence d'un collectif dans l'analyse du milieu produit de tels effets.

⁴⁴⁵ J. Lacan, *Le Séminaire*, livre XVI, *D'un Autre à l'autre* (1968-1969), Éditions du Seuil, 2006, texte établi par Jacques-Alain Miller.

1.4 La dimension transféro- contre-transférentielle : un espace entre

La dimension transféro-contre-transférentielle est considérée comme l'un des éléments centraux de la technique psychanalytique, car elle régit toute la dynamique de la rencontre entre le patient et l'analyste. Elle permet également de dévoiler les signes et les manifestations de l'inconscient, témoins de l'authenticité du processus d'élaboration.

Dans le cas de notre travail clinique, la défaillance des processus symboliques de représentation et du lien nous amène à repenser les conditions de la dimension transféro-contre-transférentielle et à réfléchir davantage aux modalités de son déroulement. À ce propos, il nous semble important de considérer ce que C. Guérin⁴⁴⁶ propose comme une « économie de l'ensemble relationnel », où s'établissent trois formes de lien essentielles dans toute dynamique psychique : ce qui passe à travers (trans) ; en réaction à (contre) ; ou entre (inter) : ce qui se construit avec l'autre et qui résulte de leur engagement mutuel à des niveaux de symbolisation différents. Nous aborderons alors ces trois registres de la dynamique relationnelle entre le petit patient et l'analyste afin de comprendre leur mise en place dans notre travail clinique.

1.4.1 Le transfert : ce qui se passe à travers

Au-delà de la psychanalyse, nous considérons, après Freud⁴⁴⁷, que le transfert est un phénomène humain général. Toute relation implique en effet un transfert d'éléments et d'affects liés à l'histoire singulière de chacun qui produisent des effets chez l'autre, dont la réponse, également singulière, peut prendre la forme d'un contre-transfert.

S. Freud élabore la notion de transfert (*Übertragung*) pour décrire le phénomène par lequel les affects, les désirs et les fantasmes inconscients qu'un patient éprouve initialement à l'égard de figures significatives de son passé sont déplacés sur l'analyste durant le processus de la cure. Freud avance pour la première fois la notion de transfert en 1895, dans les « *Études*

⁴⁴⁶ Guérin, C. (1998). « Perspective intersubjective dans « L'Échelle des symbolisations » de D. Anzieu ». Dans *Matière à symbolisation. Art, création et psychanalyse*. (pp. 17-21). Paris, Delachaux et Niestlé.

⁴⁴⁷ Freud, S. (1925). *Ma vie et la psychanalyse*. (M. Bonaparte, Trans.). Paris, Gallimard, 1971.

sur l'hystérie »⁴⁴⁸, qu'il conçoit principalement comme une résistance à l'analyse qui entrave la libre association.

Plus tard, dans *L'interprétation des rêves*⁴⁴⁹, Freud présente le transfert comme un obstacle nécessaire. Il explique que la représentation inconsciente ne peut accéder au préconscient qu'en s'alliant à une représentation à laquelle elle transfère son intensité, ce qui permet au patient de revivre et de travailler sur ses conflits inconscients. Dans ses études de cas cliniques, notamment dans le cas de Dora⁴⁵⁰, Freud observe que les fantasmes et les désirs inconscients de sa patiente sont déplacés vers l'analyste, s'actualisant dans la relation transférentielle. Cependant, Freud affirme que le traitement psychanalytique ne crée pas le transfert, mais se limite à le démasquer, de même que pour d'autres phénomènes psychiques inconscients. Ainsi, le transfert est défini par Freud⁴⁵¹ comme l'actualisation des tendances et des fantasmes qui, éveillés et rendus conscients par le progrès de l'analyse, sont transférés à la personne du clinicien. Il s'agit d'états psychiques antérieurs qui émergent dans la relation avec l'analyste, révélant le cœur de l'histoire intime du patient, que ce dernier reproduit de manière tangible, au lieu de s'en souvenir. Ces représentations, actualisées dans la personne de l'analyste, concernent fréquemment les différents modes de relation du sujet, qui se manifestent par une variété d'affects.

J. Lacan (1966) propose une définition similaire à celle de Freud, en soulignant que « le transfert n'est rien de réel dans le sujet, sinon l'apparition, dans un moment de stagnation de la dialectique analytique, des modes permanents selon lesquels il constitue ses objets »⁴⁵². Le transfert révèle les modalités selon lesquelles le sujet constitue ses représentations primaires d'objets, qui s'actualisent dans la relation à l'analyste. Néanmoins, Lacan fait une

⁴⁴⁸ Freud S. et Breuer J., (1895d [1893-95]). *Études sur l'hystérie*. (A. Berman, Trans.). Paris, PUF, 1971.

⁴⁴⁹ Freud, S. (1899). *L'interprétation des rêves*. (A. Berman, Trans.). Paris, PUF, 1967.

⁴⁵⁰ Freud S., (1905). *Fragment d'une analyse d'hystérie*. Dans *Trois essais sur la théorie sexuelle. Œuvres complètes VI* (M. Bonaparte, Trans.). Paris, PUF, 2006.

⁴⁵¹ *Op. Cit.* Freud, S. (1925).

⁴⁵² Lacan, J. (1966). *Le séminaire, XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris, Seuil, p.

fine remarque qui nous semble essentielle : « *Le transfert est un phénomène où sont inclus ensemble le sujet et le psychanalyste* »⁴⁵³.

Cette idée nous permet d'envisager l'ensemble des effets de la rencontre avec nos petits patients comme un mouvement de caractère transférentiel. Toutefois, dans les états psychiques précoces ou primitifs, le transfert au sens classique ne semble pas possible. Le processus transférentiel, tel qu'il est traditionnellement conceptualisé, présuppose une certaine organisation symbolique préalable et une capacité à donner du sens aux interventions analytiques. Freud⁴⁵⁴ soutient que, dans des états mentaux primitifs caractéristiques de l'auto-érotisme, notamment lorsqu'il y a un arrêt du développement de l'auto-érotisme au narcissisme, le transfert ne peut pas se dérouler dans son sens habituel. Dans ces cas, Riccardo Lombardi⁴⁵⁵ propose que l'élaboration du transfert sur l'analyste demande un travail préalable, où l'analyste confronte les affects transférés par le patient dans le registre du corps, ce qui requiert une élaboration centrée d'abord sur la dimension corporelle.

1.4.1a Le transfert dans la clinique de l'archaïque

Face au réel et au traumatique, ni le transfert tel qu'il est classiquement conçu, ni la neutralité de l'analyste ne peuvent se mettre en place. Pourtant, la présence de l'analyste est la condition préalable à la transformation des vécus traumatiques et à leur inscription dans un registre transférentiel. En suivant les postulats de Freud⁴⁵⁶, comme mentionné auparavant, les événements et les expériences s'inscrivent dans l'appareil psychique à partir de leur traduction, et le refus de traduction conduit au refoulement. Il est important de souligner que tant les mots traduction (*übersetzung*) que transfert (*übertragung*) peuvent être utilisés en allemand pour désigner tous deux le travail de traduction ou de transfert, ce

⁴⁵³ Idem, p.225.

⁴⁵⁴ Freud, S. (1914c). *Pour introduire le narcissisme*. Dans *Œuvres Complètes, XII* (J. Laplanche, Trans.). Paris, PUF, 2005.

⁴⁵⁵ Lombardi, R. (2016). « Le transfert sur le corps en psychanalyse de l'enfant ». Dans *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6, 167-200.

⁴⁵⁶ *Op. Cit.* Freud, S. (1986).

qui nous permet de comprendre la proximité des deux dans leurs fonctions, surtout en ce qui concerne l'inscription des contenus psychiques. En ce sens, la traduction des manifestations de l'enfant et du bébé occupe une place fondamentale, en tant que travail d'élaboration préalable à la dimension transférentielle.

D.W. Winnicott⁴⁵⁷ propose que dans le cas de patients fortement perturbés, les mouvements transférentiels nécessitent un travail analytique plus primitif. Ce travail consiste, selon Winnicott⁴⁵⁸, en la capacité de l'analyste à accepter une certaine dépendance du patient, plus ou moins profonde, qui permet à ce dernier de réactualiser ses expériences précoces qui révèlent un effet traumatique, dans le transfert. Cette situation est due à l'intensité des affects qui se déploient dans les mouvements transférentiels et aux difficultés de leur élaboration représentationnelle. En effet, le transfert avec ces patients peut réveiller des sentiments de haine chez l'analyste, sentiments dont il doit avoir conscience et qu'il doit tolérer, pour maintenir sa propre haine à l'écart, latente, afin de ne pas entraver le travail analytique. Nonobstant, Winnicott⁴⁵⁹ signale que ces sentiments de haine peuvent épuiser les ressources de l'analyste et qu'il est nécessaire qu'il fasse une analyse de ses aspects les plus primitifs.

L'intensité de la haine éprouvée par le patient résulte de l'échec de son environnement lors des premières motions de la pulsion envers l'objet et le patient peut alors utiliser la présence de l'analyste pour revivre ces ressentis dans le transfert et trouver d'autres réponses de la part de l'objet qui lui permettent de l'intégrer⁴⁶⁰.

Dans ces conditions, M. Benhaïm⁴⁶¹ propose que l'intensité du transfert touche parfois aux extrêmes, tout comme la souffrance des enfants que nous accueillons. Ce transfert se révèle « extrême » car il engage les sujets, tant le clinicien que l'enfant, dans une proximité clinique visant à accueillir la violence du réel. L'élaboration transférentielle consiste

⁴⁵⁷ Winnicott, D. W. (1949). « Hate in the counter-transference ». Dans *The International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69–74.

⁴⁵⁸ Winnicott, D. W. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (J. Kalmannovitch, Trans.). Paris, Payot, 1989.

⁴⁵⁹ Op. Cit. (1949).

⁴⁶⁰ Op. Cit. Di Rocco, V. (2014).

⁴⁶¹ Benhaïm, M. (2010). « Destins du corps et subjectivité dans une clinique sociale. » Dans *Recherches en psychanalyse*, 10, 311-320.

alors à remettre en route, voire construire, l'imaginaire afin de diminuer la massivité de la détresse et de rendre légitime l'existence d'un sujet dont le sentiment d'appartenance à l'humanité a été menacé. Ce faisant, l'analyste travaille avec et dans le transfert au sein d'un espace d'attente sans objet, afin de construire un lien paisible qui permet une réappropriation de l'intime par le sujet. L'analyste doit alors s'engager à être là et accepter de se faire lieu d'adresse, en impliquant sa présence en corps, pour fabriquer du transfert comme un espace susceptible de contenir le réel subjectif, impossible à déposer ailleurs. Il devient ainsi un lieu de projection et un destinataire disponible pour une rencontre.

Jean Oury⁴⁶² considère le transfert comme un mouvement « créationniste », une création ex-nihilo, à partir de rien, qu'il faut distinguer du concept de répétition. Sur le plan méthodologique, il insiste sur le fait que pour parler du transfert, il faut évoquer la problématique de « l'objet a » (objet cause du désir), pour ne pas la réduire à de simples interrelations. En effet, dans le cas du psychotique (et de configurations archaïques), où le sujet n'est pas bien délimité et a des difficultés avec les limites de son corps et des espaces, le transfert vise à créer la fabrication d'un « tenant-lieu » pour que le désir puisse émerger. Il s'agit donc de bien délimiter un espace et un corps dans un champ transférentiel, par « greffes de transfert », afin que quelque chose d'un discours puisse se manifester.

Dans ce cadre, et sur la base des postulats que nous avons développés tout au long de cette recherche, nous proposons que la dimension transférentielle fait, dans la clinique de l'archaïque, un déplacement de l'inconscient sous le primat du discours vers une forme de transfert d'éléments sensibles qui se transmettent à travers la présence en corps. Cela nous amène à considérer le corps, dans la situation analytique, comme une ressource d'accès à l'inconscient et comme un vecteur de l'élaboration psychique capable de construire une trame de connexion corporo-psychique auquel le patient n'aurait pas spontanément accès. Cette approche nous permet d'accéder à un niveau d'expérience qui n'est pas directement

⁴⁶² Oury, J. (2005). *Le Collectif Le Séminaire de Sainte-Anne*. Paris, Champ social.

traductible en termes de contenus psychiques, mais qui facilite les premières inscriptions des traces et l'ouverture d'un champ dans lequel la rencontre devient possible⁴⁶³.

Juan David Nasio⁴⁶⁴ suggère que le transfert peut se manifester de façon diverse et hétérogène, en considérant les manifestations du corps comme des expressions de l'inconscient qui se déploient dans et à partir du transfert. L'auteur avance que, soit à l'intérieur d'un récit comme dans le cas du fantasme, soit à l'extérieur du discours, dans le cas de l'acte, toutes ces formations se présentent comme des figures actives de l'inconscient dans lesquelles prime une partie du corps. Ce sont des éléments actifs où ce n'est pas le sujet de la conscience qui apparaît, mais une région autonome et délimitée du corps qui domine la formation psychique dans l'ensemble de la réalité transférentielle. Le transfert n'est plus compris et structuré comme un langage à travers le discours de la parole, mais se manifeste comme un « objet-action », où il faut saisir l'expression d'une relation singulière à l'inconscient.

D'autre part, Roussillon⁴⁶⁵ développe l'idée d'un transfert sensoriel comme transfert de type « amodal » prenant chez l'analyste la forme d'un miroir « approximatif » par un ajustement réciproque, mais non symétrique, avec les ressentis de l'enfant. Ces ajustements visent à établir des correspondances entre les sens, les mouvements et la perception des expériences internes à partir de la relation transférentielle.

Dans cette perspective, R. Lombardi⁴⁶⁶ propose que les ressentis corporels renvoient, tant pour le patient que pour l'analyste, à une catégorie générale de l'humain, une condition originaire de l'être qui n'est pas réductible au registre symbolique. Selon Lombardi, l'attention au transfert sur le corps devient centrale lorsqu'un manque de résonance émotionnelle dans la rencontre avec le patient se présente, ce qui dévoile la difficulté de ce dernier à s'ouvrir à

⁴⁶³ Lombardi, R. (2016). « Le transfert sur le corps en psychanalyse de l'enfant ». Dans *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6, 167-200.

⁴⁶⁴ Nasio, J. (1985). *Aux limites du transfert : suicide, trauma, autisme, érotomanie, répétition, boulimie, passage à l'acte, acting out*. Paris, Rochevignes.

⁴⁶⁵ *Op. Cit.* Roussillon, R. (2015).

⁴⁶⁶ *Op. Cit.* Lombardi, R. (2016).

la relation à l'autre et à la reconnaissance de l'altérité, comme en témoignent les manifestations qui se retrouvent dans la clinique de l'archaïque.

Face à l'échec de la représentation et du partage de l'expérience, les vécus internes demeurent dans un état brut d'excitation, qui relève d'une souffrance intolérable. L'acte et l'agitation motrice prennent alors le relais comme une tentative d'éviter le manque et l'angoisse ce qui empêche souvent les processus de pensée. Le corps s'avère alors la voie d'expression de la détresse d'une psyché en manque de représentation, comme un « corps-décharge »⁴⁶⁷, dont l'enfant s'absente pour mettre à l'écart l'affect, afin de protéger le noyau de la psyché.

La dimension corporelle se révèle ainsi être un langage permettant d'exprimer quelque chose du sujet, à travers ses manifestations sensorielles, ses actes, ses signes et ses gestes. Les mouvements de l'enfant, qu'ils soient initialement incompréhensibles ou chaotiques, acquièrent, dans le transfert, la valeur d'un message qui mérite d'être exploré, traduit et compris. Cette dimension du transfert exige du psychanalyste une attention profonde aux manifestations sensori-motrices et une capacité à traduire et à intégrer ces expériences à partir d'une résonance empathique, afin de permettre au sujet de se percevoir dans le ressenti de son propre corps, qui lui est étranger.

La relation thérapeutique dans le transfert conçoit ainsi un espace où les émotions et les expériences sensorielles peuvent être explorées, validées et adressées à autrui. L'analyste se doit de reconnaître, de traduire et de métaboliser ces signes corporels pour les restituer au sujet⁴⁶⁸. Le transfert permet alors de construire un scénario psychique où les affects trouvent leur ancrage et où la transformation des manifestations chaotiques de la souffrance peut être envisageable, grâce à une « résonance affective » (Stern, 1985) qui facilite la mise en place du lien et une compréhension mutuelle.

⁴⁶⁷ Pitici, C., Mathieu, F., Charreton, G. (2010). « Un transfert sensoriel. La sensorialité comme amarrage et mode d'accès à la vie psychique chez les sujets gravement précaires ou SDF ». Dans *Bulletin de psychologie*, 508, 241-247.

⁴⁶⁸ Idem.

1.4.2 Le contretransfert : ce qui se passe en réaction.

S. Freud⁴⁶⁹ introduit la notion de contre-transfert pour désigner les réactions et les sentiments inconscients qu'éprouve l'analyste sous l'influence inconsciente du patient. Il le considère comme un obstacle potentiel à l'efficacité de l'analyse, soulignant la nécessité pour l'analyste de les reconnaître et de les maîtriser pour maintenir une position neutre.

Selon J. Lacan⁴⁷⁰, le contre-transfert ne réfère pas à la réaction affective de l'analyste au transfert du patient, mais à la manière dont l'analyste est pris dans le discours de l'analysant, en précisant qu'il s'agit d'une réponse structurée par le symbolique. Cela implique de considérer le désir de l'analyste comme un élément central de la situation analytique qui permet d'orienter la direction de la cure vers la découverte de la vérité du sujet. Selon Lacan⁴⁷¹, le processus d'élaboration dans l'analyse se joue dans la façon dont l'analyste reconnaît et met au travail le désir.

Pour Paula Heimann⁴⁷², le contre-transfert désigne les sentiments, les émotions et les pensées de l'analyste à l'égard du patient. Il s'agit de la réponse interne de l'analyste au transfert du patient, c'est-à-dire l'effet que le patient a sur le vécu interne du clinicien, y compris en dépit de lui-même, ce qui comprend à la fois des éléments conscients et inconscients. Ainsi, le contre-transfert peut apporter des éléments importants sur les dynamiques inconscientes de la vie psychique du patient en jeu dans la relation transférentielle, favorisant l'accès à ses organisations intrapsychiques et intersubjectives.

Dans un sens similaire, Hanna Segal⁴⁷³ précise que le contre-transfert concerne les processus qui affectent l'esprit (*mind*) de l'analyste et parfois son corps, au cours d'une thérapie psychanalytique. Cela renvoie à la réponse émotionnelle globale de l'analyste et, en

⁴⁶⁹Freud, S. (1910d). *Perspectives d'avenir de la thérapeutique analytique*. Dans *La technique psychanalytique*. (Berman, A. trad.). Paris, PUF, 1981.

⁴⁷⁰ Lacan, J. (1960-1961). *Le séminaire, livre VIII : Le transfert*. Paris, Seuil, 1973.

⁴⁷¹ Op. cit. Lacan, J. (1964).

⁴⁷²Heimann, P. (1949). « On countertransference ». Dans *Collected Papers: About children and children no longer*. London, Routledge.

⁴⁷³ Segal, H. (1993). *Countertransference: Theory, Technique, Teaching*. London, Routledge.

particulier, à sa disposition à laisser les affects suscités par le patient remonter à la conscience et être utilisés dans le cadre de l'analyse.

Ces contributions nous permettent de concevoir le contre-transfert comme une compréhension plus profonde et plus complexe de la vie psychique du patient par les ressentis de l'analyste, qui facilite alors l'accès à ses fantasmes et à ses conflits inconscients. Ces expériences éprouvées par l'analyste peuvent être considérées comme une ressource importante dans le travail clinique, lorsqu'un processus d'élaboration et d'analyse des éléments qui se déploient dans le contre-transfert se réalise.

Dans la clinique de l'archaïque, il nous semble nécessaire d'élargir les références théoriques pour prendre en compte les effets contre-transférentiels des mouvements sensoriels et moteurs des enfants qui émergent de la dimension transférentielle, lesquels ne sont pas encore organisés sous le primat du langage et des formations de fantasmes de l'inconscient. Ils sont l'expression d'un vécu d'agonie primitive et des défenses archaïques, ce qui expose l'analyste à des éprouvés et des affects intenses et non-représentés, qui ne peuvent être pensés et élaborés qu'après coup.

À cet égard, l'approche de Winnicott⁴⁷⁴ concernant le contre-transfert est particulièrement pertinente. Selon l'auteur, le contre-transfert ne se résume pas à une réaction de l'analyste aux manifestations du patient, mais correspond à sa réponse globale, consciente et inconsciente, aux affects suscités dans le transfert. Cette réponse doit être soigneusement gérée afin qu'elle n'interfère pas avec le processus analytique, qui doit être déterminé par les besoins du patient.

Winnicott souligne l'importance pour l'analyste de maintenir une attitude professionnelle, ce qui implique une distance nécessaire entre lui en tant que personne et lui en tant qu'objet transférentiel. Il compare cette attitude professionnelle au symbolisme, en raison de sa capacité à maintenir une distance adéquate dans la relation analytique. Cela permet à l'analyste de s'impliquer dans le processus de manière ordonnée et sans tension

⁴⁷⁴ Op. Cit. Winnicott, D. W. (1949).

excessive, surtout lorsque les patients présentent une organisation psychique non névrotique, telle que la psychose ou les tendances antisociales. Avec ces patients, qui franchissent normalement les barrières et la technique, une relation plus directe et primitive est indispensable, où l'analyste doit offrir la possibilité d'une dépendance primaire à leur présence, afin qu'elle puisse être utilisée dans le processus analytique. Ces situations cliniques se rapprochent de nos petits patients qui demandent une forte dépendance à la présence de l'analyste, laquelle s'avère nécessaire pour actualiser, dans le transfert, leurs expériences primaires de détresse. Dans ces cas, Winnicott suggère que l'analyste doit rester vulnérable, c'est-à-dire qu'il doit maintenir une organisation défensive souple qui lui permet de tolérer et d'utiliser de façon créative sa propre fragilité tout en conservant une attitude professionnelle. Cette vulnérabilité, qui peut se manifester par l'émergence d'affects intenses tels que la haine ou la frustration, est essentielle pour travailler avec des patients qui présentent des besoins régressifs ou qui sont dans une situation de dépendance extrême. Le contre-transfert constitue ainsi un outil fondamental pour accéder aux couches les plus archaïques de la psyché du patient et permettre la transformation d'expériences traumatiques antérieures dans le cadre transféro-contre-transférentiel. L'analyste requiert alors une attitude professionnelle qui intègre la capacité à s'impliquer émotionnellement sans perdre la capacité à contenir et à transformer ses affects. Ce point nous semble faire référence à la proposition de Ferenczi⁴⁷⁵ sur l'hypocrisie professionnelle, où il soutient qu'une attitude froide et distante ne produit qu'une rigidification des défenses du patient, entravant son accès à sa problématique inconsciente.

Dans cette perspective, Di Rocco⁴⁷⁶ accentue l'importance de prendre en compte l'affect de haine dans le transfert et le contre-transfert pour révéler l'ambivalence que l'analyste peut éprouver lorsqu'il travaille avec des patients non névrotiques. Néanmoins, reconnaître cette haine ne se limite pas à en contrôler son expression ou à éviter des réactions délétères pour le processus analytique, mais plutôt à admettre la manifestation de

⁴⁷⁵Ferenczi, S. (1934). *Réflexions sur le traumatisme*. Dans *Psychanalyse IV*. (Sabourin, P., J. Dupont, et al. Trads.) Paris, Payot, 1982.

⁴⁷⁶*Op. Cit.* Di Rocco, V. (2014).

ces affects intenses et à les identifier, ce qui facilite l'accès aux aspects archaïques de la psyché des patients. En effet, l'intensité de ces affects indique l'étendue du travail de transformation nécessaire pour le patient. Cette dynamique requiert du thérapeute une capacité à soigner sans détruire.

Concernant le travail du contre-transfert dans la clinique de l'autisme et du bébé, la dimension corporelle suppose la matérialité où se déploient les affects transférentiels. Lombardi⁴⁷⁷ propose la notion de contre-transfert corporel, qui fait référence aux éléments archaïques et informes des manifestations corporelles du patient qui interpellent l'analyste dans des niveaux primitifs de sensations désorganisées et intraduisibles. Ces vécus requièrent d'être contenus et métabolisés par les ressources internes de l'analyste avant même d'être compris. Lombardi appelle cette forme de contre-transfert « contre-transfert somatique », qui correspond au transfert de l'analyste sur son propre corps, comme condition nécessaire pour accompagner l'élaboration du patient. Dans cette forme de contre-transfert, la sensibilité accrue de certaines zones du corps et les divers phénomènes subjectifs qui émergent chez l'analyste contribuent à la compréhension des manifestations du patient qui semblent dépourvues de sens, afin de soutenir un processus d'inscription de ces expériences sans corrélat psychique préalable. Il s'agit selon l'auteur d'un transfert vertical, qui va du corps à l'esprit, au lieu d'un transfert horizontal, d'une psyché à l'autre.

Dans un sens similaire, Chantal Lheureux-Davidse⁴⁷⁸ fait remarquer que dans l'autisme, l'analyse du contre-transfert sollicite une écoute et une disposition corporelle dans lesquelles le thérapeute se laisse affecter par les manifestations sensorielles et l'agir du patient. Ces manifestations corporelles sont transférées comme sensations dans son propre corps, ce qui rend possible la métabolisation de l'excès d'intensité de l'affect. L'analyse de ces expériences dans le contre-transfert permet d'attirer l'attention sur les parties du corps du patient qui ne sont pas encore intégrées à son moi corporel et de mettre en place un

⁴⁷⁷ *Op. Cit.* Lombardi, R. (2016).

⁴⁷⁸ Lheureux-Davidse, C. (2019). « De la sensorialité à la représentation ». Dans *Les Lettres de la SPF*, 42, 17-32.

travail de représentation primaire qui l'aide à habiter son corps et à le situer dans l'espace et le temps de la relation à l'autre.

Une dernière considération importante à mentionner est l'approche proposée par Dominique Mazéas⁴⁷⁹ par rapport à la clinique de l'archaïque. Elle avance que cette clinique exige du clinicien une grande réceptivité aux qualités spécifiques de l'expérience vécue par le patient, mettant au premier plan l'émergence d'éprouvés corporels. Cela peut provoquer des effets contre-transférentiels singuliers, tels que le figement ou l'anesthésie de la capacité de rêverie de l'analyste. Ces mécanismes peuvent mener l'analyste à ressentir une disparition de son propre espace interne, rendant difficile la compréhension et la formulation des éprouvés corporels du patient. Intégrer ces sensations dans l'analyse du contre-transfert permet de les voir comme un appel archaïque du patient, visant à déployer dans l'espace et le temps un éprouvé encore en attente de représentation. Ainsi, lorsque le clinicien se concentre sur une écoute corporelle des signifiants formels, ceux-ci agissent comme des révélateurs d'un mouvement associatif préverbal chez le patient. Ces signifiants formels, entrelacés avec le sens perçu dans les paroles ou les gestes de l'enfant, orientent l'écoute et les réponses de l'analyste et lui permettent de se laisser affecter sans se sentir envahi. Cette écoute corporelle permet de créer un lien entre différents niveaux de communication, facilitant une recomposition progressive des ressentis du patient. Le contre-transfert de l'analyste joue ici un rôle clé en rendant perceptible pour le patient l'existence d'un espace intermédiaire où ses ressentis subjectifs peuvent progressivement prendre forme, devenant ainsi partageables et potentiellement générateurs de liens avec autrui.

À partir de ces différentes notions de contre-transfert dans la dimension corporelle, nous pouvons constater l'importance de la matérialité de la présence en corps de l'analyste comme surface de réception, sur laquelle se transfèrent les affects désorganisés du sujet.

Par sa présence malléable et disponible, l'analyste entraîne un processus d'élaboration qui passe d'abord par les aspects sensoriels et moteurs, pour être ensuite

⁴⁷⁹ Mazéas, D, Rajak, J, Haag, M, & Haag, G (2022). « Naître aux autres, accueillir la chute ». Dans *Cliniques méditerranéennes*, 2022/1 n° 105. pp. 19-32.

traduits en éléments pré-symboliques. Cela permet la transformation des « objets-sensations et des formes-sensations »⁴⁸⁰ en ressentis émotionnels, qui font retour sur le corps dans une forme primaire de représentation et d'inscription psychique, favorisant un processus graduel de différenciation.

En effet, ces phénomènes de contre-transfert font appel à l'idée d'un « corps en résonance » (Brien, 2001), qui permet l'écoute des dimensions du corps, d'où émerge une réponse qui interpelle le sujet et contribue ainsi à une certaine reconnaissance de l'altérité.

1.4.3 L'entre-nous, là : un milieu du commun

Même si nous avons proposé un élargissement de la dimension transféro-contre-transférentielle en nous penchant vers le registre du corps, il nous semble important de souligner que, dans l'économie relationnelle de la rencontre thérapeutique, il existe un mouvement « entre » ce qui passe « à travers » (trans) et « en réaction à » (contre)⁴⁸¹, et que se construit avec l'autre dans une dynamique d'engagement mutuel. De notre travail clinique, naît la nécessité d'envisager ces phénomènes qui se déroulent entre le transfert et le contre-transfert, en tant qu'ils soutiennent les fins fils qui se tissent dans le travail du lien, à partir desquels la rencontre trouve sa place.

Nous proposons alors une ouverture à cet espace de « l'entre-nous », visant la création d'un « milieu commun » pour penser la relation et son envers dans la clinique de l'autisme et du bébé en détresse. Toutefois, l'entre-nous que nous évoquons ne peut être assimilé à un entre-soi, car il refuse l'idée d'un nous substantiel référé à une identité commune. Il est porté par une pensée socio-politique qui consiste à faire valoir du commun sans pour autant requérir une identité commune ou un être commun⁴⁸². Il s'agit d'un milieu

⁴⁸⁰ Tustin, F. (1984). « Les formes autistiques. Lieux de l'enfance ». Dans *Approche psychanalytique de l'autisme infantile*, n°3, 1985, 221-246.

⁴⁸¹ *Op. Cit.* Guérin, C. (1998).

⁴⁸² Choplin, H. (2020) *Le collectif et ses énigmes*. Paris, Hermann.

commun qui n'appartient ni à l'un ni à l'autre, mais d'une réalité partagée dans laquelle l'enfant peut s'extraire de son indifférence et de sa répétition mortifère. Comme le soutiennent Deleuze et Guattari : « *Un milieu où ne se désigne pas une relation localisable qui va de l'une à l'autre et réciproquement, mais un mouvement transversal qui les emporte, l'une et l'autre, sans début ni fin* »⁴⁸³. Un espace ouvert à des rencontres authentiques, où la relation à l'autre soit possible.

Nous aborderons cette question de *l'entre* et de sa matière dans une perspective plus large qui ne suit pas nécessairement la pensée psychanalytique, en considérant plutôt des auteurs, analystes ou non, qui ont élaboré une approche de cet espace du commun, dans une tentative de comprendre ce qui permet l'émergence de la rencontre dans la clinique de l'archaïque.

La notion de milieu chez Henri Wallon⁴⁸⁴ désigne l'ensemble des conditions internes et externes qui influencent et modèlent le développement psychologique et physiologique de l'enfant. Il est un facteur dynamique qui interagit constamment avec l'enfant, influençant et structurant son devenir. Ce milieu ne se limite pas à l'environnement physique, mais inclut également les interactions sociales, les relations affectives et les influences culturelles, constituant ainsi la matrice dans laquelle l'enfant se développe.

Deligny⁴⁸⁵ suggère l'idée d'un milieu commun comme un espace à habiter, dans lequel les enfants autistes et les adultes parlant vivent ensemble. Il s'agit d'un espace partagé, où la liberté de mouvement et l'absence de structures rigides permettent aux enfants d'explorer et d'interagir à leur propre rythme, de s'exprimer et de communiquer sans être contraints par le langage ou les normes sociales traditionnelles. Dans la notion de pratique du milieu telle que proposée par Deligny, le milieu ne désigne pas l'environnement ni le cadre social, mais un outil opératoire du soin sous la forme d'un espace sensible, un support incarné qui permet au sujet, parlant ou non, de développer sa propre singularité et

⁴⁸³ Deleuze et Guattari, (1980). *Mille Plateaux*. Paris, Éditions de Minuit, pp. 37

⁴⁸⁴ Wallon, H., Lurçat, L. (1962). « Espace postural et espace environnant, Le schéma corporel ». Dans *Enfance*, 15 (1), 1-33.

⁴⁸⁵ Deligny, F. (1979). *Les détours de l'agir ou le moindre geste*. Œuvres. Paris : L'Arachnéen, 2007.

de déployer des formes de relation irréductibles au lien social normatif⁴⁸⁶. Cet espace partagé permet la création d'un « corps commun »⁴⁸⁷, compris comme un « *réseau de repères et de traces qui s'étend entre l'un et l'autre, qui n'est ni l'un ni l'autre* »⁴⁸⁸, dont la matière est faite des gestes, d'émois et des images qu'il faut faire advenir⁴⁸⁹. Il renvoie à l'expérience collective de la vie en commun et de l'interaction, en mettant l'accent sur la dimension corporelle des relations humaines, ainsi que sur la manière dont les enfants autistes peuvent trouver des formes d'expression et de communication en-deçà du langage verbal, en privilégiant les gestes et les mouvements. Cela crée une dynamique collective qui met l'accent sur « la présence proche » (Deligny, 1983) dans laquelle les corps sont en interaction constante, influençant et façonnant l'expérience de chacun.

Dans une perspective psychanalytique, le milieu commun rejoint l'idée de l'espace intermédiaire introduit par Winnicott. Cet espace correspond à la rencontre singulière entre la mère et son bébé, à partir de laquelle la création du soi est possible. Il se compose de substance maternelle et infantile, mais n'appartient ni à l'un ni à l'autre. Selon l'auteur, un tel espace représente « *un troisième domaine de la vie humaine, ni à l'intérieur ni à l'extérieur de soi-même, dans le monde de la réalité partagée* »⁴⁹⁰. Cette idée d'espace intermédiaire considère à la fois l'espace construit dans la relation mère-enfant, ainsi que celui de la relation analyste-patient, ce qui fait référence à l'influence réciproque dans la relation.

Derek Humphreys⁴⁹¹ signale que faire milieu réside dans une manière de reconnaître les intensités d'affects purement contingentes autour desquelles s'organise un événement, qu'il s'agisse d'un événement traumatique, qui se réactualise sans cesse, ou encore d'un événement de la rencontre qui permet de renouer le lien à l'autre. Dans cette optique, la présence constante d'un autre dans l'expérience d'un temps-espace partagé peut tenir lieu

⁴⁸⁶ *Op. Cit.* Perret, C. (2021).

⁴⁸⁷ Deligny, F. (1976). *Cahiers de l'Immuable*. L'Arachnéen.

⁴⁸⁸ Idem.

⁴⁸⁹ *Op. Cit.* Perret, C. (2021).

⁴⁹⁰ Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. (C. Monod, J-B. Pontalis, Trans.). Paris, Gallimard, 1975. pp. 110.

⁴⁹¹ *Op. Cit.* Humphreys, D (2023)

d'événement par la création de possibilités de rencontre, inscrites dans l'actualité du corps, et ainsi faire trace dans une mémoire qui est d'abord sensorielle.

Dans ce travail qui fait milieu, Humphreys⁴⁹² souligne que le social se construit au sein d'« une corporéité pré et trans-individuelle », où se forme la matière constituant l'entre-deux ainsi que les pôles à partir desquels s'élaborent les modes opératoires de ces échanges. En conséquence, l'intervention thérapeutique ne s'adresse pas directement au sujet, mais à la situation, en accord avec les circonstances et surtout avec l'imprévu, lorsque celui-ci fait événement. Faire milieu est avant tout une manière de reconnaître l'autre humain qui permet de faire lien social par la création d'un lieu où le sujet peut émerger et où la rencontre avec un autre est possible. L'humain est ici considéré comme la capacité de rêver, de construire un « monde » à partir de ce que Freud (1927) appelait une illusion.

Dans notre travail clinique, il nous semble essentiel de considérer cette dimension intermédiaire comme un milieu commun dans lequel la rencontre puisse advenir. Il s'agit de créer un lieu où restaurer les fondements de ce qui relève de l'ordre de l'existence, un espace indispensable sans lequel l'humain risque de se défaire. Faire milieu vise ainsi à construire un espace commun à l'humain qui facilite l'appropriation de l'espace et du temps, dans un rythme différent de celui du langage et des exigences sociales qui s'imposent. Un espace où la sensorialité et la pulsion peuvent se manifester et produire un effet de résonance de la voix de l'enfant et de sa singularité. Ce lieu, à la fois symbolique et réel, permet de recréer une continuité dans l'expérience subjective qui donne sens à l'existence et d'inscrire le sujet dans une histoire et dans un lien à l'autre, face à la menace de déliaison. Un troisième espace qui fonde du commun et du semblable entre-nous, là.

⁴⁹² Humphreys, D., & Lamadrid, M. (2022). « Arpenter le milieu pour faire paysage. L'émotion esthétique dans l'avènement de l'image dans la clinique de l'exclusion ». Dans *Psychanalyse et paysages. Psychologie Clinique*, (n° 54), 57-69. EDP Sciences.

1.4.4 Une constellation transférentielle : le travail du collectif

Un dernier point à considérer dans le cadre de la dimension transféro-contre-transférentielle porte sur la mise en place d'un travail collectif d'élaboration entre les différents professionnels intervenant auprès de l'enfant. Cette approche est indispensable dans la clinique de l'archaïque, où des mécanismes intenses de projection, de fragmentation et de rejet sont fréquemment présents. Ces mécanismes provoquent des effets contre-transférentiels qui traversent le corps des thérapeutes, les confrontant à des difficultés pour penser, accueillir et contenir ces effets primitifs. Le transfert y est souvent partiel et fragmenté, ce qui requiert une mise en relation des différentes parties et affects du patient projetés dans le thérapeute. En effet, une clinique de ce type dépasse les capacités de la rencontre individuelle, nécessitant une dimension plus large pour penser le petit sujet de manière unifiée et soutenir son processus d'intégration.

Selon Delion⁴⁹³, les vicissitudes de l'archaïque ne permettent pas au sujet d'évoluer, de sorte que cette forme de souffrance psychique ne peut suivre la trajectoire classique de la cure ou de la psychothérapie individuelle. La nature archaïque des signes de l'enfant entraîne un manque de sens entre lui et ses parents ou les personnes qui s'en occupent, puis entre l'enfant et ses thérapeutes. Il s'avère alors nécessaire de mettre en place des dispositifs thérapeutiques collectifs, qui favorisent une compréhension plus profonde du patient. Dans ce contexte, Delion⁴⁹⁴ propose la notion de constellation transférentielle, définie comme le travail collectif de soignants en contact avec le patient présentant une pathologie archaïque, où chaque membre de l'équipe participe activement à la réflexion sur les effets et les affects que suscitent les mouvements de l'enfant et ses éléments corporo-psychiques dans la dimension contre-transférentielle. Elle correspond à l'élaboration conjointe de la dynamique relationnelle, où chaque soignant joue un rôle dans l'accueil et la réception de l'expérience transférentielle. À partir de cette réflexion, s'élabore un récit commun de ce que chacun éprouve en relation avec le patient, ce qui permet l'expression et la résolution des conflits

⁴⁹³ Delion, P. (2017). « Accueillir l'originaire, l'archaïque en psychothérapie institutionnelle de l'enfant ». Dans J. Bouhsira, S. Missonnier, *L'originaire et l'archaïque* (pp. 135-148). Paris, PUF.

⁴⁹⁴ Delion, P. (2022). *La constellation transférentielle*. Toulouse, Érès.

transférentiels au sein du groupe. Delion insiste sur l'importance de considérer les interactions collectives et les dynamiques institutionnelles à l'issue de la réunion de constellation, au cours de laquelle chaque soignant est éclairé par la discussion, qui doit permettre que les attitudes, comportements et symptômes de l'enfant puissent être compris. Ce faisant, elle devient l'un des moyens de restaurer le processus signifiant des mouvements et des affects de l'enfant, sa souffrance pouvant être accueillie (fonction phorique), repérée (sémaphorique) et éventuellement comprise (métaphorique)⁴⁹⁵. En d'autres termes, la constellation transférentielle exerce une fonction phorique, où l'expérience contre-transférentielle indique les effets de la fonction sémaphorique sur les soignants et la réunion de constellation assure la fonction métaphorique. En conséquence, les soignants modifient leur relation avec le patient à partir d'un regard plus cohérent et intégré de ses différentes manifestations et ce dernier bénéficie des effets d'une fonction contenantante qui se construit autour de sa singularité. Dès lors, la fonction contenantante de la constellation transférentielle consiste à organiser la continuité dans la discontinuité de l'expérience du patient, ce qui permet à l'enfant de reconnaître dans les figures des soignants, les parties clivées de lui-même et les qualités accordées aux objets partiels projetés sur l'un ou l'autre, qu'il ne parvient pas à intégrer par ses propres capacités psychiques. Les soignants deviennent alors les témoins constants des expériences fragmentées de l'enfant et lui permettent de faire l'expérience d'une unité dans ses enveloppes corpero-psychiques qui lui font défaut.

En ce sens, D. Mellier⁴⁹⁶ affirme que dans le travail du lien avec l'enfant et le bébé, ce qui fait lien « fait équipe » entre les soignants, permettant l'émergence d'une nouvelle manière de penser l'enfant, où le travail de lien passe par une différenciation de la place des sujets pris dans les différents types de dispositifs sur le terrain.

Nous pouvons constater cette dynamique dans notre travail avec Tomy, où l'analyste est le dépositaire de ses angoisses et de sa violence destructrice, tandis que l'orthophoniste

⁴⁹⁵ Idem.

⁴⁹⁶ Mellier, D. (2006). « Bébé en détresse, sujet en détresse : Comment prendre en charge des souffrances très primitives? ». Dans *Le Journal des psychologues*, 237, 62-66.

représente ses aspects bienveillants et plus organisés, lesquels sont ensuite élaborés au sein de la réflexion collective afin de produire une vision plus intégrée des projections de l'enfant. Il nous a semblé nécessaire, voire urgent, de mettre en place ce processus de réflexion collective sur la dimension contre-transférentielle chez chacun des thérapeutes travaillant avec l'enfant, afin de soutenir le travail clinique et nos présences, d'accueillir sa violence, de la métaboliser et de l'intégrer dans la psyché de l'analyste, atteignant ainsi une élaboration de sens et une diminution progressive de cette souffrance insupportable. En effet, les traces archaïques de Tomy ne peuvent trouver une signification qu'à condition d'être accueillies de manière inconditionnelle et authentique. Cela est possible en lui offrant un hébergement psychique et en soutenant l'indestructibilité de l'objet (fonction phorique), en remarquant sa détresse (fonction sémaphorique) et par l'élaboration du contre-transfert de chaque intervenant dans la réflexion collective, qui lui donne une place subjective dans le discours (fonction métaphorique)⁴⁹⁷. À partir de ce processus, Tomy a réussi à utiliser le rejet ressenti face à la présence de l'analyste pour revivre dans le transfert la haine éprouvée lors de ses expériences précoces, et à intégrer la présence de l'autre dans des affects moins polarisés et moins envahissants. Par ailleurs, ces réunions d'analyse transféro-contre-transférentielle nous ont permis d'entretenir les fonctions de contention et de tolérer l'intensité de ses affects, ainsi que de préserver notre présence sans nous noyer dans l'agonie de l'enfant, qui était clairement intolérable.

Avec Willy, un phénomène similaire s'est produit, car même quand l'élaboration du cas et des effets transféro-contre-transférentiels se fait au sein d'une analyse collective de chercheurs et non exclusivement des soignants de l'enfant (ce qui a d'ailleurs été fait), cette réflexion commune a permis d'accueillir, de remarquer et de comprendre ses manifestations chaotiques. Elle a également encouragé à trouver de nouvelles pistes et à valider le parcours clinique avec l'enfant, aboutissant à la construction d'un dispositif clinique pour le travail du lien dans la clinique de l'archaïque.

⁴⁹⁷ *Op. Cit.* Delion, P. (2017).

Chapitre 2. Vers la création d'un dispositif clinique

Dans le cadre de notre clinique, face aux difficultés du travail analytique classique (comme nous l'avons évoqué depuis le début), nous avons été confrontés à la nécessité, voire à l'urgence, de créer de nouvelles formes d'approche clinique qui nous permettraient d'aborder la souffrance psychique de nos jeunes patients, de travailler le lien, de soutenir notre position d'analyste et de faciliter le travail d'élaboration psychique dans un registre alternatif à celui de la parole. D'autres possibilités techniques et d'autres outils ont ainsi émergé au cours de nos tentatives pour accueillir la souffrance précoce, nous permettant de situer notre clinique et notre présence en faveur du travail du lien à l'autre, et de transformer nos approches d'abord intuitives, en un dispositif technique.

Pour réfléchir à la notion de dispositif, nous nous référons principalement à la proposition de G. Agamben⁴⁹⁸, qui le décrit comme un ensemble hétérogène de praxis, de savoirs, de mesures et d'institutions dont l'objectif est de capter, d'orienter, de déterminer, de modéliser, de contrôler et d'assurer les gestes, les comportements et les pensées des êtres vivants. L'importance de cette notion réside dans sa capacité à structurer et d'influencer le comportement humain ainsi que les interactions sociales, souvent de manière implicite et subtile. Selon Agamben, les dispositifs façonnent l'identité, individuelle et collective, et la relation entre les êtres vivants et les dispositifs permet l'émergence d'un sujet, qui se situe dans l'articulation « *corps à corps entre les êtres vivants et les dispositifs* »⁴⁹⁹.

Au regard de notre clinique, le dispositif nous offre un ensemble hétérogène de pratiques qui nous permettent de reconnaître, saisir, modeler et assurer les gestes qui émergent lors de la rencontre avec nos petits patients. En même temps, la relation qui se produit avec le dispositif autorise la création d'une place subjective différente de celle où le discours social situe les enfants et les bébés que nous accueillons.

⁴⁹⁸ Agamben, G. (2014). *Qu'est-ce qu'un dispositif?*. (Rueff, M., Trad.). Paris, Payot & Rivages.

⁴⁹⁹ Idem.

Au sein de ces approches qui constituent actuellement notre savoir-faire clinique, plusieurs aspects fondamentaux se retrouvent : la rencontre thérapeutique, l'importance du corps, le rythme dans la mise en place du lien, le travail du collectif et la présence de l'analyste dans ses différentes fonctions et modalités, comme précédemment évoqué. Dans le prolongement de nos réflexions, nous nous pencherons plus particulièrement sur l'exploration de deux praxis qui se sont révélées essentielles pour enrichir notre pratique clinique : les techniques du corps, notamment en ce qui concerne le corps sensori-moteur, et l'utilisation de la caméra tant comme dispositif technique, jouant le rôle d'outil intermédiaire, que dans l'acte de camérer tel qu'il a été proposé par F. Deligny.

2.1 Les techniques du corps

La pratique psychanalytique, qui met l'accent sur la construction des processus originaires et primaires, vise à construire un sentiment d'existence qui puisse être incarné dans le corps et que l'enfant s'approprie, afin qu'il puisse en disposer pour se reconnaître et entrer en relation avec les autres. La sensorialité et les manifestations du corps jouent alors un rôle crucial dans la compréhension et le traitement de l'enfant, pour lequel l'exploration de ses intérêts sensoriels et la résonance avec ses manifestations corporelles cherchent à éveiller une conscience de ses vécus internes et un lien possible à l'autre, où se sentir concerné. Le partage de ces expériences a pour but de transformer l'utilisation défensive de la sensorialité et de la motricité en un processus évolutif qui favorise l'accès à leur inscription et à la capacité de symbolisation primaire⁵⁰⁰. Dans ce contexte, les techniques corporelles sont un outil privilégié qui vise à créer de nouvelles représentations et permettent d'accéder à une corporéité plus organisée, capable de produire une enveloppe corpro-psychique où situer le sentiment d'exister.

Dans sa conférence sur « *Les techniques du corps* »⁵⁰¹, Marcel Mauss souligne que le corps humain est le premier outil de l'homme, ou plus précisément, que le corps est son

⁵⁰⁰ *Op. Cit.* Lheureux-Davidse, C. (2019).

⁵⁰¹ Mauss, M. (1936). « Les Techniques du corps. » Dans *Journal de Psychologie*, vol. XXXII, no 3-4.

premier et plus naturel objet et moyen technique, mettant en avant son rôle primordial. Pour Mauss, le corps n'est pas simplement un objet biologique, mais plutôt un produit social et culturel. Il soutient que les gestes, les postures, les mouvements et les expressions corporelles sont enseignés, appris et réalisés de manière distincte selon les normes et les attentes culturelles spécifiques à chaque société, reflétant les valeurs, les croyances et les structures sociales d'une culture donnée. Ces techniques ne sont pas seulement des moyens de fonctionnement pratique, mais aussi des moyens de communication symbolique et de transmission culturelle. Sous cet angle, l'activité humaine peut être interprétée comme la production de multiples niveaux d'interactions, où l'activité corporelle tient une fonction opératoire dans la formation de la conscience réfléchissante et où la technique du corps favorise la production de la conscience individuelle.

Claudine de France⁵⁰² nous permet d'élargir cette perspective en soulignant que toute activité humaine peut être vue comme une technique présentant trois dimensions : corporelle, matérielle et rituelle. Cette approche envisage l'activité corporelle non seulement comme une série de gestes et de postures isolés, mais aussi comme un élément essentiellement intégré à un milieu matériel spécifique et à une ritualité inhérente. Selon l'auteure, la dimension corporelle englobe les actions et les mouvements d'un individu, y compris les gestes visibles, mais aussi les sensations, les perceptions et les réactions psychiques qui accompagnent chaque action. La dimension matérielle concerne l'environnement physique dans lequel l'activité a lieu, c'est-à-dire les objets, les outils, les espaces physiques et leur disposition, ainsi que leur impact sur la manière dont les gestes et les actions corporelles sont réalisés et perçus. Enfin, la dimension rituelle concerne les rites et les normes d'interaction sociale qui guident et structurent les comportements humains. Ceux-ci jouent un rôle crucial dans la représentation de soi et dans la construction des identités individuelles et collectives au sein d'une société donnée.

Parallèlement, les contributions de Fernand Deligny (1971/1977/1980), bien que relevant d'une approche différente des précédentes, enrichissent notre compréhension des

⁵⁰² De France, C. (1979). *Dimensions de l'activité humaine: Essai sur la technique*. Paris: Anthropos.

techniques du corps. Influencé par ses expériences et ses observations auprès d'enfants autistes, Deligny propose que les techniques du corps ne se limitent pas à des gestes et des actes culturellement appris, mais s'étendent à la manière dont les corps interagissent avec leur environnement naturel et immédiat. Son approche, axée sur l'observation minutieuse et la cartographie des mouvements et des comportements des enfants autistes, cherche à comprendre comment ces derniers utilisent leur corps pour créer des repères et des modes d'être et de vivre. Les corps, leurs déplacements et leurs trajectoires sont compris comme des traces et des manifestations spécifiques de la manière dont les individus, en particulier ceux en marge de la société, s'assemblent et interagissent dans l'espace. Cela l'amène à créer des techniques singulières pour appréhender les corps, repérer leurs manifestations et leurs gestes, ainsi que pour promouvoir leur émergence. Parmi ces techniques, on trouve la cartographie⁵⁰³, qui cherche à retranscrire les mouvements et les trajectoires des enfants autistes dans les espaces où ils vivent, afin de tracer la façon dont leur corps se situe et bouge dans l'espace et de comprendre certaines de ses manifestations. Une autre technique du corps est à l'œuvre dans l'acte de camérer⁵⁰⁴, conçu comme une certaine manière d'outiller le corps et de faire émerger des gestes, ainsi que de produire certains effets sur le corps des autres. Il s'agit pour lui de créer une autre manière de prendre corps, de retrouver le corps « en milieu » afin de mettre en place un autre mode de perception et une autre forme de vie⁵⁰⁵. Nous reviendrons plus en détail sur cette technique de camérer par la suite.

Pour sa part, H. Wallon⁵⁰⁶ considère l'action humaine comme la condition première de l'existence, affirmant qu'il n'y a ni corps ni espace qui préexistent aux actions. La construction du corps et de son image opèrent ensemble dans l'espace, à de multiples niveaux d'implication qui situent le sujet dans le monde. Il avance que, dès la vie embryonnaire, le sujet fait une expérience émotionnelle à partir d'un dialogue kinesthésique qui se construit entre le sujet et son milieu. Ce dialogue intersensoriel et interpostural

⁵⁰³ Deligny, F. (1969-1979). *Cartes et lignes d'erre : Traces du réseau de Fernand Deligny*. Paris, L'Arachnéen, 2013.

⁵⁰⁴ Deligny, F. (1977). « Camérer ». Dans *Trafic*, 53, 54-59.

⁵⁰⁵ *Op. Cit.* Perret, C. (2021).

⁵⁰⁶ Wallon, H. (1942). *De l'acte à la pensée*. Paris, Flammarion.

commence avec les premiers gestes du bébé, qui constituent sa sensibilité kinesthésique et articulent le corps et l'espace dans un dialogue indissociable. Les effets de résonance émotionnelle, des sens et des affects mobilisent la sphère psychomotrice de l'enfant dans un réseau de mouvements, de gestes et d'attitudes qui tissent l'espace du corps et l'espace de l'environnement⁵⁰⁷. En effet, nous constatons dans notre expérience clinique qu'il est indispensable, pour accueillir la souffrance précoce, de lire, traduire et aborder le dialogue tonique qui émerge de la rencontre entre les corps en relation dans l'espace thérapeutique.

Ce dialogue articule plusieurs registres de l'expérience qui s'influencent les uns les autres. La tonicité du corps traduit le niveau de tension produit par la relation, qui est en partie déterminé par la disposition de l'enfant ou du bébé à se joindre à l'autre, par son bagage biologique et son histoire en tant que sujet, mais qui est aussi modelé par la résonance produite entre son corps et celui de l'analyste. Dans le cas de Tomy, nous avons vu que face à la présence de l'analyste qu'il rejette massivement, il rigidifie son tonus, contracte ses muscles, exprimant ainsi sa souffrance par l'utilisation de ses muscles, comme une possibilité corporelle archaïque. Le tonus agit à son tour sur la posture, entraînant des manifestations d'hyper ou d'hypotonie, de rigidité et de crispation face au démantèlement sensoriel ou à l'absence ou à la faiblesse du tonus dans les cas de désinvestissement libidinal. Dans les deux cas, il s'agit de signes de détresse qui nécessitent une relation intersubjective pour être élucidés et contenus dans l'interaction. En conséquence, la prise en compte de la tonicité et de la posture corporelle nous fournit une grille de lecture du patient, de ses affects et de son organisation, révélant s'il éprouve du plaisir à notre présence ou s'il projette son rejet.

D'autre part, la posture soutient le dialogue tonique lorsqu'il se trouve dans une certaine harmonie, ce qui se traduit par le redressement tonique et la verticalité du corps. Cela permet à l'*infans* d'habiter son corps et de s'ouvrir à la relation avec l'autre, que le geste puisse émerger comme un moyen d'échange et d'interaction qui facilite la rencontre. La première séance avec Willy témoigne de ce point, comme on le constate lorsque, après avoir

⁵⁰⁷ *Op. Cit.* Perret, C. (2021).

établi un rythme commun avec l'analyste, il s'assoit et se redresse toniquement, s'intégrant dans l'espace, ce qui lui permet d'adresser son regard à l'analyste, exprimant par son corps et ses gestes, son plaisir face à la rencontre et son ouverture à la relation.

De ce fait, reconnaître et traduire les façons de situer le corps nous semble être une mesure fondamentale pour accompagner et comprendre les sentiments et les mouvements de l'enfant qui surgissent dans la dimension transférentielle.

Par rapport aux références psychanalytiques des techniques du corps, nous trouvons quelques propositions parmi lesquelles la notion de « *handling* » de Winnicott⁵⁰⁸ se révèle essentielle. Elle désigne les mouvements effectués par l'adulte significatif sur le corps de l'enfant, la manière concrète dont l'autre maternel entre en contact et manipule le corps du bébé, afin de lui donner les soins dont il a besoin. Cette expérience corporelle s'articulant à la capacité de *holding* de la mère aide le bébé, puis l'enfant, à sentir son corps comme une unité, à l'habiter et à favoriser un sentiment d'exister. Il ne s'agit pourtant pas de transformer la pratique analytique en *holding* destinée à reconstituer l'aire d'illusion perturbée ou détruite, ni de réduire l'analyste à la figure maternelle contenant et métabolisante, mais plutôt de travailler la question du corps dans une emprise transférentielle qui permette à l'enfant de réapprendre le lien précoce et de s'approprier son corps⁵⁰⁹.

Dans notre travail clinique, le *handling* constitue une technique nécessaire, dans la mesure où nous manipulons fréquemment le corps du bébé et de l'enfant, le prenons dans nos bras, nettoyons ses fluides, lui mettons ses chaussettes et ses chaussures, lui lavons les mains, parfois même changeons ses couches ou l'accompagnons aux toilettes, entre autres.

Notre manière d'aborder leur corps passe par un contact direct, un corps dont nous devons prendre soin et que nous devons organiser, non seulement du point de vue psychique, mais aussi physique. Cette fonction tient un rôle primordial dans notre position

⁵⁰⁸ Winnicott, D. W. (1960). *La théorie de la relation parent-enfant*. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (J. Kalmannovitch, Trans). Paris, Payot, 1969. Et *op. Cit.* Winnicott (1971).

⁵⁰⁹ Yi, Mi-Kyung (2015). « Un moi d'enfer : l'enfant impossible ». Dans *L'enfant impossible*. Paris, PUF.

d'analyste, dans le sens où les formes que nous manipulons doivent tenir compte de notre capacité de contenance et aider le bébé à intégrer les expériences de soins physiques et psychiques dans ses espaces corporels, et favoriser ainsi l'intégration corpero-psychique. Un processus de différenciation puis d'appropriation du corps se met alors en place, où l'enfant peut constituer une intériorité et des limites corporelles plus ou moins définies, lui fournissant une enveloppe corpero-psychique.

Enfin, nous souhaitons mentionner une dernière considération à propos des techniques du corps, laquelle est liée à la dynamique de l'objet. Il s'agit de la « présentation de l'objet » et de la possibilité d'être « trouvé-crée », au sens proposé par Winnicott⁵¹⁰. Elle fait partie des soins de la fonction maternelle, et nous l'incluons également dans notre travail clinique.

La présentation de l'objet renvoie au processus par lequel un bébé commence à percevoir la réalité extérieure comme distincte de lui-même. Au début de la vie, le bébé ne fait pas de distinction entre lui et l'objet (la mère ou la figure primaire) qui satisfait ses besoins. Selon Winnicott, l'objet doit être suffisamment fiable et prévisible, à travers des interactions régulières et sécurisantes, pour que le bébé puisse intégrer progressivement une distinction entre le moi et l'autre, et reconnaître que l'objet existe indépendamment de ses propres besoins et désirs. Il s'agit ici de la manière dont la mère répond aux besoins de l'enfant, en lui donnant l'illusion que ses actions sont le produit de lui-même, et dont l'objet peut être perçu par le bébé comme créé par lui et utilisé comme une possession, ou comme une partie de son corps. Winnicott postule que ce n'est qu'après avoir fait l'expérience de cette illusion que l'enfant sera en mesure de tolérer la réalité partagée, dans laquelle une désillusion progressive conduira à la création d'un sens du soi, et par conséquent, à la différenciation du soi et de l'autre.

Dans le cas de l'autisme, l'utilisation de l'objet et sa relation à lui diffèrent de la proposition de Winnicott. F. Tustin⁵¹¹ propose que les objets autistes sont perçus par l'enfant

⁵¹⁰ Winnicott, D. W. (1971b). *L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications*. Dans *Jeu et Réalité*. (C. Monod, J-B. Pontalis, Trans.). Paris, Gallimard, 1975.

⁵¹¹ Tustin, F. (1972). *Autisme et Psychose de l'enfant*. Paris, Seuil, 1977.

comme des objets indiscernables de lui-même, soulignant leur fonction protectrice contre la menace du monde extérieur et contre son propre monde chaotique qui le tourmente, dans un sentiment de contrôle et de sécurité. C'est à travers ces objets que l'enfant autiste va créer une frontière pour délimiter l'envahissement du réel et ainsi assurer son propre monde. Bien que Tustin reconnaisse l'importance des fonctions des objets autistiques, elle les considère comme pathologiques, porteurs de destruction et de désespoir, s'opposant ainsi à la vie et à la créativité.

Pourtant, il nous semble que les objets dits « autistiques » ne sont pas uniquement pathologiques. Ils ont pour fonction de protéger l'enfant de l'environnement perçu comme menaçant, lui permettant ainsi de se maintenir dans l'espace et le temps, en agissant comme une prothèse face à ses difficultés d'intégration psychocorporelle et à son retrait relationnel. L'objet, normalement considéré comme une projection de lui-même, lui permet également de réguler les excès de son hypersensibilité ou de son hyposensibilité et de s'approprier certaines de ses qualités, qui compensent en partie la sécurité manquante vis-à-vis de l'autre et de l'environnement.

Dans certains cas, l'objet sert aussi à médiatiser la relation à l'autre et à ouvrir un espace intermédiaire où la rencontre peut survenir. En ce sens, le travail clinique doit faciliter la présentation de l'objet et de l'objet-autre-sujet, et compenser la fonction manquante dont l'objet autistique fait prothèse, afin de créer les conditions propices aux mouvements psychiques de reconnaissance de soi-même et de l'autre, ainsi que leur différenciation. À ce propos, nous mettons à disposition d'éléments et d'objets (selon les préférences de chaque enfant) qui ont une fonction d'attraction sensorielle permettant à l'enfant de réorganiser ses sensations chaotiques. Ces éléments servent en même temps de support corporel à l'enfant et au bébé, qui s'approprient leurs qualités sensorielles.

Chantal Lheureux-Davidse propose que « *lors des processus de remaniement sensoriel, les autistes ont souvent recours à des stéréotypies visant à obtenir, par des effets visuels, des formes géométriques et/ou lumineuses en léger mouvement, les qualités de*

l'objet ». ⁵¹² Il s'agit là d'une forme primaire de sublimation qui consiste à faire résonner des éléments hétérogènes de traces perceptives pour produire une sorte d'étonnement qui permet le remaniement sensoriel.

Ces différentes fonctions de l'utilisation de l'objet autistique apparaissent clairement dans le cas de Willy et Lucas en ce qui concerne la ficelle, qui tourne devant eux. Elle maintient un espace sensoriel stable qui ne peut être pénétré par l'autre et qui leur permet d'incarner la vivacité de leurs mouvements tout en soutenant la tonicité et la verticalité de leurs corps. À partir de la vignette de Lucas, on observe que la ficelle lui permet d'abord de tolérer la présence de l'autre et commence progressivement à se transformer en un moyen de rendre la rencontre possible, devenant une métaphore du lien entre son monde solipsiste et l'analyste.

Une dernière remarque par rapport à la proposition de Winnicott relative à l'objet porte sur la question de la destructivité et de sa survie. Selon Winnicott ⁵¹³, l'objet ne peut être découvert que s'il survit à la destructivité du bébé, ce qui implique de ne pas réagir négativement ni de se retirer. Cette capacité à survivre à la destruction permet au nourrisson de se séparer psychiquement de l'objet, de développer un sens du soi et de se différencier de l'autre, tout en établissant un sentiment de confiance dans la fiabilité et la constance des objets, qui sont la base d'une relation sécurisante avec l'autre et l'entourage.

Pour Roussillon ⁵¹⁴, cette problématique concerne la relation dialectique que le sujet entretient avec sa vie pulsionnelle et avec les réponses des objets significatifs de sa petite enfance (initialement la mère), laquelle ne peut être pensée uniquement sous le prisme de la logique de la relation d'objet. Elle implique en effet de concevoir les différents modes d'organisation de la pulsion et les réponses que l'objet apporte aux motions pulsionnelles du bébé. Lorsque *l'infans* fait l'expérience que l'objet survit à la destruction, il le considère comme un objet « trouvé-crée », relativement indépendant de sa pulsion, de sorte qu'il se

⁵¹² Ch. Lheureux-Davidse, « Autisme et addictions ». Dans *Recherches en psychanalyse*, 2005, n° 3, p. 35.

⁵¹³ *Op. Cit.* Winnicott, D. W. (1971b).

⁵¹⁴ Roussillon, R. (2009). « La destructivité et les formes complexes de la «survivance» de l'objet ». Dans *Revue française de psychanalyse*, 73, 1005-1022.

découvre et découvre l'objet comme un autre sujet, avec sa propre vie et ses propres désirs. Or, lorsque l'objet ne survit pas à la destruction ou n'est pas disponible pour répondre à la demande du bébé, la relation à l'objet prend la forme de ce que Roussillon appelle « détruit-trouvé »⁵¹⁵, qui se traduit par la difficulté de la relation à l'autre, de la reconnaissance de l'altérité et de la désorganisation de l'expérience de la réalité.

Dans ce cadre, le travail clinique repose sur la présentation de l'objet et de l'objet-autre-sujet, afin de garantir, par leur malléabilité, l'expérience de survivre à la destructivité de l'enfant, généralement exacerbée. La malléabilité des objets permet à l'enfant de les créer et de les détruire en permanence, dans le but de retrouver une réponse organisée à la destructivité qui lui est projetée. Là encore, le cas de Tomy vient illustrer ces mouvements. D'une part, l'utilisation de la masse qu'il ramène de chez lui, qu'il déchire en morceaux un nombre incalculable de fois et que l'analyste réunit, soutenant son sentiment de destruction et redonnant forme à l'objet survivant. D'autre part, et peut-être plus fondamentalement, le fait de tolérer la destructivité de Tomy face à la présence de l'analyste permet à ce dernier de survivre à la rupture et au rejet massif, en témoignant de l'indestructibilité de l'objet-autre-sujet. Cela amène l'enfant à créer une nouvelle expérience de la présence de l'autre qui ne succombe pas à ses agonies primitives, favorisant l'organisation de la rencontre et la reconnaissance à la fois de soi et de l'altérité. Un mouvement de (ré)identification primaire est ainsi possible en présence de l'objet, ce qui permet ensuite de représenter son absence.

En synthèse, nous pouvons soutenir que l'utilisation des techniques du corps met en avant un jeu subtil entre le patient et l'analyste, qui consiste à créer les conditions pour la reconnaissance de soi et de l'autre, ainsi que d'entamer le processus d'appropriation du corps et de représentation. Il est alors possible d'accéder à un sentiment d'exister qui ouvre la voie à la relation.

⁵¹⁵ Idem.

2.2 L'outil technique : la caméra comme dispositif clinique

Notre intérêt pour l'utilisation de la caméra vidéo comme dispositif technique a suivi un long parcours au cours duquel son utilisation s'est progressivement transformée. Initialement, nous nous sommes penchés sur la recherche en microanalyse sur la communication face à face entre le nourrisson et sa mère proposée par D. Stern⁵¹⁶. Cette technique s'intéresse aux détails des interactions mère/nourrisson, soulignant qu'une observation et une description minutieuses sont indispensables pour comprendre pleinement la valeur communicative de la relation. L'auteur cherche à examiner les événements interactifs de la dyade mère/bébé pour comprendre la sensibilité maternelle et les modèles internes du nourrisson dans les origines de l'attachement parent-nourrisson⁵¹⁷.

Dans cette approche, les interactions entre la mère et son bébé sont enregistrées sur film, de manière à ce que leurs mouvements et gestes soient visibles simultanément lors d'une interaction en face à face. Pour garantir une analyse détaillée, les enregistrements vidéo sont réalisés en film 16 mm, qui capture 24 images par seconde⁵¹⁸. Cette technique s'inspire de l'éthologie, qui se concentre sur une observation précise du comportement humain, en mettant l'accent sur la forme, la séquence et la temporalité des actions. Dans ce contexte, la technique de microanalyse fonctionne comme un « microscope social », identifiant les communications rapides et implicites qui ne sont généralement pas perceptibles dans le temps réel de l'interaction⁵¹⁹.

À l'époque, notre intérêt portait sur l'observation de la communication corporelle à travers les expressions et les gestes entre le bébé et ses figures primordiales, afin d'y trouver des repères et des indicateurs qui pouvaient être en jeu dans la souffrance psychique. Notre objectif était de percevoir ce qui échappe au regard dans les échanges quotidiens et au cours

⁵¹⁶ Stern, D. (1971). « A microanalysis of the mother-infant interaction ». Dans *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10, 501–507.

⁵¹⁷ Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.

⁵¹⁸ Beebe, B. (2017). « Daniel Stern: Microanalysis and the Empirical Infant Research Foundations. » Dans *Psychoanalytic Inquiry*, 37(4), 228–241.

⁵¹⁹ Beebe, B., Steele, M. (2013). « How does microanalysis of mother–infant communication inform maternal sensitivity and infant attachment?. » Dans *Attachment & Human Development*. 15(5-6), 583-602.

des séances, mais qui constitue le langage du corps, et d'observer la résonance et le rythme dans la relation à l'autre et ses effets d'influence réciproque. Cependant, cette technique supposait une analyse quantitative de la relation plutôt qu'une analyse des aspects qualitatifs, singuliers et subjectifs qui émergent dans la rencontre entre le nourrisson et ses figures primaires, ce qui n'était pas vraiment cohérent pour notre clinique ni pour notre problématique de recherche. Nous nous sommes alors détournés de la microanalyse tout en conservant l'idée de la caméra et des vidéos comme grille de repérage, mais il nous fallait alors trouver un autre moyen de l'utiliser dans notre travail clinique.

Dans ce parcours, nous sommes tombés sur les travaux de Muratori⁵²⁰ et l'équipe de Pisa qui avait réalisé l'analyse de vidéos familiales de bébés devenus plus tard autistes, ce qui nous a semblé pertinent pour comprendre l'histoire précoce de nos petits patients. Nous invitons donc les parents de nos patients à partager avec nous des vidéos de leurs enfants au cours de leurs premiers mois et années de vie, dans des activités quotidiennes telles que le bain, le changement de couche, les premiers pas, ou tout autre moment qu'ils souhaitent partager avec nous. L'objectif est d'observer finement les enfants dès le début de leur vie, en amont du diagnostic d'autisme, afin d'y trouver les premiers signes de leurs mouvements de repli. Finalement, l'utilisation de la caméra et sa transformation en technique de travail clinique, prend sa forme spécifique à partir du désir d'enregistrer la spontanéité d'une émotion esthétique partagée, lors de la rencontre avec Willy, notamment au moment où il tourne son regard vers l'analyste avec un sourire timide, et convoque sa propre voix, dans une mélodie similaire à la sienne. Ce moment révèle une synchronie surprenante qui réveille une surprise et une émotion profonde face à cet événement inattendu. La psychomotricienne prend alors la caméra de son téléphone portable et commence à « camérer » spontanément, émue par la scène.

À partir de cette scène et de la place inattendue de la caméra à cet instant précis, celle-ci prend une valeur particulièrement importante comme possibilité de repérer ce qui permet l'émergence de la rencontre, d'en enregistrer son effet, mais surtout, comme

⁵²⁰ Muratori, F (2012). « L'autisme comme conséquence d'un trouble de l'intersubjectivité primaire ». Dans *La psychiatrie de l'enfant*, 2012/1 Vol. 55. pp. 41-82.

vecteur de l'affect de ces expériences dont l'intensité, se logeant dans le corps, s'avère difficile à représenter par des paroles. Nous avons alors commencé à filmer des fragments de séances simplement avec les caméras de nos téléphones portables pour enregistrer des moments ou des gestes qui suscitaient en nous, l'enfant ou les parents, un intérêt, une surprise ou une émotion. Notre utilisation de la caméra prend alors différentes directions, sans but ni objectif clair, traçant un nouveau chemin, une nouvelle tentative de nous l'approprier, dans un usage d'abord intuitif et authentique, sans intention prédéterminée ni code préétabli. En explorant ces pistes, nous avons découvert les travaux de F. Deligny, un auteur qui nous était totalement inconnu à l'époque et qui est devenu une référence importante pour notre travail clinique sur l'autisme sous de multiples perspectives. Sa notion de camérer nous a permis de systématiser l'utilisation de la caméra, en l'investissant comme un outil thérapeutique de façon différente à ce que nous avions initialement envisagé.

2.2.1 La caméra et l'acte de camérer dans la tentative de F. Deligny :

« Camérer c'est voir ce qui ne se voit pas, ce qui ne se verrait pas s'il n'y avait pas camérer... C'est tout ce qu'on peut en retrouver, de l'humain commun, des éclats » (Deligny, 1983)

La place de la caméra et de la notion de « camérer » sont au cœur de notre dispositif technique clinique. Chez Fernand Deligny, la caméra suppose la possibilité de créer une conscience nouvelle chez l'enfant, dans une tentative d'ouverture à un espace relationnel inédit, qui produit des gestes et permet l'invention de corps. Elle permet de capter un geste, un moment, une rencontre, mais aussi, comme le propose Deligny⁵²¹, de créer un lien d'espèce, où l'on reconnaît de l'humain. La caméra devient ainsi un outil d'individuation qui

⁵²¹ Deligny, F. (1983). *Camérer*. Dans *Œuvres*. Paris, L'Arachnéen, 2007.

fabrique « du commun », prenant la forme d'une « conscience commune » qui permet l'incorporation de l'enfant au milieu⁵²².

Cette fonction de la caméra comme instrument de production du commun dans l'humain, ne doit pas être confondue, telle que l' imagine Deligny, avec l'action de filmer et de produire un film. S'en démarquant, Deligny invente le verbe « camérer » pour décrire le mouvement que produit son usage singulier de la caméra dans la relation avec l'enfant autiste et le milieu qu'ils partagent. Celui-ci n'est pas destiné à produire une vidéo à projeter, mais plutôt à intervenir l'espace partagé : « *Camérer, il y va d'autre chose qui peut s'écrire camerrer, comme si un certain point de voir errait dans une tentative* »⁵²³. Ainsi, camérer est à la fois une action et une esquivé, un mode d'intervention sans confrontation dans la tentative de modifier la perception de la réalité à partir d'un ensemble d'intentions nouvelles⁵²⁴. La transformation du langage par le passage à l'infinitif permet, selon Deligny, d'échapper à l'emprisonnement des signifiants préétablis, pour être simplement là, en présence de l'autre (Porge, 2010).

En outre, la caméra fonctionne comme une prothèse, un prolongement et un substitut de l'œil qui libère le sujet, au moins partiellement, de la fonction du regard et de l'angoisse qu'il suscite chez lui⁵²⁵. En ce sens, la caméra fait en sorte que le regard de l'adulte ne soit pas adressé à l'enfant, ce qui le protège de la demande de l'Autre et de ses exigences, et détourne l'angoisse de la rencontre. Les gestes de l'enfant sont également dirigés ailleurs, dans un lieu, constitué de ce qui a été filmé, où ses signes se transforment en images motrices qui lui sont propres.

En effet, camérer consiste à rendre visible une image éclipée par le langage (Krtolica, 2014), pour laisser surgir des images et des mouvements qui, par leur condition hors-langage, ne peuvent être approchés autrement. Il s'agit de la production d'une image sans imaginaire, « une image qui ne s' imagine pas »⁵²⁶, qui est dès lors la matérialisation du milieu

⁵²² *Op. Cit.* Perret, C. (2018).

⁵²³ Alvarez de Toledo, S., Masson, A., Miguel, M., & Vidal Naquet, M. (2021). *Camérer. A propos d'images.* Fernand Deligny. L'Arachnéen.

⁵²⁴ *Op. Cit.* Perret, C. (2018).

⁵²⁵ *Idem.*

⁵²⁶ *Op. Cit.* Alvarez de Toledo, S., Masson, A., Miguel, M., & Vidal Naquet, M. (2021).

technique et humain qui réalise ce qu'« ON » (pour Deligny, le sujet social) avait jusque-là vu sans l'éprouver directement.

À partir de l'acte de camérer, le point de vue de celui qui regarde et de celui qu'on regarde, s'éloigne des référents fixes socialement établis, pour ouvrir la voie au « point de voir », une autre forme infinitive proposée par Deligny :

« Dans un milieu donné, il y a ce que nous voyons de nous- quant à nous et de notre point de vue-et, ce qui est repéré du point de vue de l'individu réfractaire à ce que la société ambiante lui propose et impose d'acquérir et d'être... Il y a de l'humain dans cette manière de voir qui nous échappe et nous touche car, en fait, elle ne nous est pas étranger...La présence près de nous d'enfants autistes nous a donné l'habitude d'un « double regard » : Il y a « le point de vue » et le « point de voir », réfractaire au formulable »⁵²⁷.

Dans ce cadre, le point de voir vise à modifier le regard rigide que la société impose comme « normal » ou « pathologique », lequel interprète les manifestations de l'enfant comme une errance, devant être rejetée. En revanche, ces gestes peuvent être compris autrement si l'on se détourne de ce que nous attendons de l'autre, pour apprendre ce que l'autre a à nous offrir. Il s'agit de « ré-apprendre » à voir, au lieu de regarder et de « re-voir »⁵²⁸, ce qui nous conduit, parents, enfants et soignants, à décentrer le regard et à adopter une autre position.

La notion de « point de voir »⁵²⁹ de Deligny nous semble essentielle dans notre pratique clinique, surtout lorsqu'on travaille avec des bébés et des jeunes enfants autistes. Non seulement du fait de l'absence d'un discours, mais encore parce que nous pensons qu'ils n'ont pas un point de vue fixe. Leur point de vue/de voir n'est pas encore aliéné au langage (même quand l'enfant parle) et semble toujours en mouvement, soumis plutôt à l'instant

⁵²⁷ Idem. pp. 45.

⁵²⁸ Idem.

⁵²⁹ Idem.

présent, gouverné par les flux des émotions et sensations, dans une logique qui répond à l'affect, à l'expérience sensorielle et parfois au réel.

2.2.2 La caméra comme outil thérapeutique dans le travail du lien :

*« Ce geste qui ne vient ni de l'un ni de l'autre s'écoule entre les corps, par-dessus l'abîme qui sépare l'habitus du sujet parlant de celui de l'enfant autiste, cette transformation du rôle de la caméra et la manière dont un dispositif d'enregistrement peut inventer un geste et, avec ce geste, rendre manifeste ce que Fernand Deligny appelle « un corps commun »
(Perret, 2018).*

La configuration de la caméra dans notre pratique clinique remplit plusieurs fonctions et prend plusieurs formes, qui alternent selon les besoins de l'enfant et du clinicien. Elle devient un outil thérapeutique polyvalent pour atteindre différents buts et objectifs. Nous proposons donc une réflexion sur les différentes places que la caméra adopte, notamment en rapport à ce qui facilite l'établissement de liens avec nos patients et les figures significatives de leurs entourages.

Dans un premier temps, nous aborderons la présence de l'autre derrière la caméra, le dispositif comme médium malléable, son rôle dans le processus d'inscription psychique et de production d'une conscience et d'une mémoire collective. Nous articulerons ensuite notre discussion autour de la pulsion scopique, laquelle s'avère centrale pour le tissage du lien à l'autre, la reconnaissance de soi-même et de l'altérité favorisant l'émergence du sentiment d'exister dans la réalité partagée.

2.2.2a La présence du sujet à l'égard de la caméra :

Lors de notre première rencontre avec Willy, nous avons réalisé qu'une utilisation spontanée de la caméra pouvait révéler quelque chose du sujet. Nous décidons alors de mettre la caméra vidéo à la disposition de tous ceux qui voudraient en faire usage. Il ne s'agit ni d'une caméra fixe dans l'espace, ni de soumettre au regard d'un interlocuteur spécifique, mais d'un dispositif de libre circulation qui peut être utilisé ou non. Nous invitons donc les parents de l'enfant ainsi que les thérapeutes de l'équipe soignante à l'utiliser spontanément, ce qui fait de la caméra un objet qui circule entre les mains et les yeux de ceux qui sont présents lors des séances. Un objet partageable et interchangeable à partir duquel nous pouvons croiser nos regards et nos points de voir. Il s'agit alors d'une caméra d'échanges, une caméra qui opère dans et entre les séances et dans la vie quotidienne des patients, comme le font la parole et le discours. À ce propos, nous simplifions son usage et l'accès à l'objet en réduisant le dispositif à une caméra de smartphone, qui est toujours disponible dans la salle et qui peut également être remplacée par l'appareil de chacun d'entre nous.

La présence de l'analyste ou de celui qui prend la caméra pendant l'acte de camérer entraîne à la fois des dynamiques intrapsychiques et intersubjectives entre le sujet qui filme et celui qui est filmé, guidé souvent par des mécanismes inconscients. En effet, la caméra enregistre non seulement des gestes, mais aussi des affects ; l'œil de celui qui repère l'instant où quelque chose l'interpelle dévoile une manière d'être là, de s'y tenir, qui est singulière à sa position de sujet. Cela sollicite de placer le corps dans le champ commun des échanges et des mouvements regardés, et de se synchroniser avec l'autre et avec l'appareil technique pour capturer le moment ou le geste qui motive son intention. Dès lors, celui qui prend la caméra et se dispose à camérer fait corps avec l'autre et ses mouvements, de sorte qu'il s'accorde au rythme des échanges et des flux d'actions, dans la co-construction d'une histoire et d'un milieu commun, où l'image se fait le témoin de leurs présences⁵³⁰.

Un autre aspect que nous pouvons attribuer à la mise en scène de la caméra, en relation avec la pratique psychanalytique, est lié à l'attention qu'elle suscite. L'acte de

⁵³⁰ Lallier, C. (2008). « Le corps, la caméra et la présentation de soi ». Dans *Journal des anthropologues*, 112-113.

camérer implique une attention flottante et disponible, un regard attentif de l'analyste pour marquer ce qui se passe dans la séance. La caméra n'enregistre pas en permanence, mais elle est utilisée pour saisir certains repères, ce qui met en jeu la fonction du désir à travers le regard et la perception singulière de l'analyste, comme le fait l'énonciation d'un mot précis ou le silence dans un cadre analytique classique. En ce sens, les images capturées ont une valeur symbolique, au même titre qu'une parole, qui peut remarquer quelque chose qui fait inscription et qui peut s'articuler ensuite pour être pensée. Ainsi, les dimensions sensorielles et motrices prennent un certain contour à partir des images, nous permettant d'ouvrir la raideur avec laquelle nous, êtres parlants, nous approchons des manifestations hors langage, propres au registre de l'archaïque.

Or, lorsque l'usage de la caméra commence à se naturaliser au cours des séances, il s'étend, encore spontanément, à ce qui se passe en dehors, dans la vie quotidienne des bébés et des enfants. Sans l'avoir prévu, demandé ni proposé, nous recevons entre les séances diverses vidéos produites par les parents ou les soignants des enfants. Ce sont des vidéos des enfants où quelque chose les interpelle et fait événement pour eux. De même que dans la cure classique, où les *insights* du patient apparaissent plusieurs fois en l'absence de l'analyste, le fait de camérer et les images signalées deviennent une possibilité de penser en l'absence de l'objet. Nous constatons l'impact considérable que cette possibilité de partager ces expériences avec l'équipe thérapeutique a sur eux, ainsi que leur profond besoin de transmettre par des moyens alternatifs à la parole ce qu'ils vivent, ce qu'ils souffrent et ce qu'ils ressentent, l'expression verbale ne parvenant pas à représenter l'intensité de leurs expériences.

La caméra se transforme alors en un moyen de représentation qui prend la forme d'un vecteur de sens, permettant l'inscription psychique de ce qui se passe pendant et en dehors des séances. Ensuite, les images captées à un moment précis où quelque chose se passe qui fait repère ou résonne pour quelqu'un, que ce quelque chose soit de l'ordre du sens ou du hors sens, reviennent sur la scène analytique comme matériel sur lequel nous travaillons en séance, bien qu'il ait émergé à un autre moment, dans un autre environnement. En fait, à partir du registre que nous fournit la caméra, nous pouvons

partager et penser ensemble aux images qui circulent entre nous, ce qui permet une ouverture aux flux des pensées et des gestes comme dans une forme d'association libre, où il semble envisageable de trouver une signification qui peut s'inscrire dans le psychisme de l'enfant et de ses parents.

2.2.2b La caméra comme medium malléable :

La caméra, par sa présence et ses fonctionnalités, s'avère un objet malléable et souple, un médium à partir duquel il est possible de soutenir nos présences et de créer un milieu commun entre nous. Sa malléabilité s'appuie sur les cinq caractéristiques proposées par Roussillon⁵³¹, à savoir : son indestructibilité, son extrême sensibilité, l'indéfinie transformation, sa disponibilité inconditionnelle et son animation propre. La caméra est donc un objet prédictible, vivant, versatile et notamment indestructible, car elle ne se laisse pas perturber par l'intensité des affects et la désorganisation émanant du corps de l'enfant, ni par l'impact de ces manifestations sur nos propres corps et psychismes.

Située dans la séance, entre nous, la caméra constitue un élément matériel du milieu, réorganisant les corps et les gestes dans l'espace par la création d'une scène parallèle, comme une fiction, représentant un troisième domaine de la vie humaine, qui modifie la dynamique intersubjective entre les personnes présentes. Elle fonctionne alors comme un objet intermédiaire⁵³² capable de médier la relation entre l'expérience interne et l'expérience externe, où les gestes peuvent être dirigés. Son point de vue invariable propose un code simple en images, qui ne se modifie pas par l'affect de l'enfant ou le nôtre, qui ne change pas son regard ni son rapport à l'autre. Les gestes captés par le regard désaffecté de la caméra témoignent de la mise en place d'un corps singulier et d'un corps commun⁵³³, ce qui ouvre la possibilité de cohabiter l'espace sans se sentir menacé.

⁵³¹ Roussillon, R. (1987). « Le médium malléable, la représentation de la représentation et la pulsion d'emprise ». Dans *Revue Belge de Psychanalyse*, (13).

⁵³² *Op. Cit.* Winnicott, D. (1975)

⁵³³ *Op. Cit.* Perret, C. (2018)

Dans cette perspective, la caméra, en tant qu'objet malléable et medium pour la relation, fonctionne comme un objet symbolique qui permet de créer cet espace « entre » où les processus de pensée et une certaine forme d'altérité peuvent se déployer.

2.2.2c Inscription psychique : conscience et mémoire collective

Dans l'autisme comme pour le bébé en détresse, l'inscription psychique est défaillante. Vécues comme une pure intensité d'un affect informe, ces expériences ne parviennent pas à s'inscrire dans la psyché ni à s'adresser à un autre capable de favoriser leur élaboration et leur métabolisation. L'affect brut prend alors la forme d'un traumatisme, qui amène le petit sujet en devenir à se retirer de la scène et de sa propre expérience pour se protéger de la souffrance qui en découle. En réponse, la caméra permet d'inscrire leurs gestes et l'affect qu'ils entraînent, lesquels sont capturés par le regard de l'autre à travers l'œil du dispositif, pour être ensuite articulés et pensés par la psyché de l'analyste. Il se crée ainsi une dynamique qui permet de penser en images, de donner du sens aux mouvements, de les articuler dans la chaîne des signifiants dont l'être humain a besoin pour être reconnu, pour se reconnaître et reconnaître l'altérité.

Enregistrer des traces de l'humain quand le langage se retire conduit à l'émergence d'une conscience commune, où les traces du corps en mouvement parviennent à tisser les premiers traits d'une vie psychique, esquissant ainsi une histoire du sujet et son sentiment d'exister.

D'autre part, l'enregistrement effectué par la caméra permet d'archiver dans la mémoire les manifestations de l'*infans* ; une mémoire externe et interne, qui nous permet de soutenir la nôtre. Cela crée une mémoire collective à laquelle nous pouvons nous référer pour approfondir une recherche de sens et de continuité. Comme propose Deligny :

« Une archive est ainsi produite qui permet de faire retour sur ce qui a été vu et vécu, de confronter, comparer, faire apparaître des continuités et discontinuités, des coïncidences, des rapports entre les choses, corps, gestes

et déplacements dans les territoires où vivent en commun adultes parlants et des enfants mutiques »⁵³⁴.

Cette archive et la mémoire collective qu'elle incarne nous accompagnent tout au long du processus et nous permettent de construire l'histoire de la transformation subjective de l'enfant et de maintenir une continuité dans ce qui semble en rupture permanente. Reconstruire l'histoire du petit sujet à partir d'une relecture et d'un travail d'élaboration des vidéos des séances et/ou de celles apportées par les parents ou les soignants a des effets de subjectivation pour le sujet.

Cette mémoire collective prend d'autant plus d'importance lorsque l'on travaille avec des bébés en cours d'adoption. Ces bébés, qui n'ont pas encore la capacité de retenir des événements dans leur mémoire, sans domicile fixe ni figures primaires permanentes, sont exposés à l'intermittence de leurs parcours de vie durant les premiers mois, voire les premières années de leur vie. Ils changent souvent d'institutions, de familles d'accueil et encore davantage lorsqu'ils rejoignent leur famille d'origine ou adoptive. Il en résulte une discontinuité constante de leurs expériences, de leurs relations et de leur manière d'être au monde, de sorte que le sentiment de continuité de l'existence est profondément affecté, parfois même impossible à constituer.

Cette mémoire enregistrée par la caméra garantit non seulement de maintenir une certaine continuité dans leurs histoires et leurs processus, mais aussi de la transmettre aux nouvelles figures primaires ou directement à leurs parents lorsqu'ils apparaissent. De ce fait, cette mémoire garde des traces de ce qui a eu lieu et qui, conservées intactes dans le registre de la caméra, peuvent resurgir à d'autres moments, nous procurant à chaque changement dans la vie du bébé une ressource matérielle qui fait témoin de son histoire. Elle revêt une grande signification pour les personnes qui s'occupent de l'enfant, et surtout pour les parents adoptifs, qui, empêchés d'être présents dès le début de la vie du bébé, sont privés d'une partie importante de leur parcours. Elle leur permet alors de reconnaître l'enfant qui devient

⁵³⁴Op. Cit. Alvarez de Toledo, S., Masson, A., Miguel, M., & Vidal Naquet, M. (2021). p. 13

le leur, offrant une certaine constance qui favorise le processus de lien et la capacité de rêverie maternelle.

2.2.2d Les vidéos comme matériel d'élaboration et d'analyse :

Lorsqu'on travaille sur la sensorialité, la pulsion et la motricité, les images nous permettent d'approcher ces registres, soutenant une pratique qui échappe souvent à la production de signification et qui se situe en marge du discours. Ainsi, dans la recherche d'une approche de cette matière archaïque, réfractaire à la métaphorisation et à la représentation, les images s'avèrent essentielles pour préciser à partir de quel moment quelque chose du sujet devient possible. Les images sont ici considérées comme un nouveau langage dont la valeur symbolique nous donne accès à une manière de représenter l'expérience et de favoriser son inscription. Elles ont donc une valeur sociale qui guide le regard de l'observateur et sert à organiser ce système de valeurs ⁵³⁵.

Les images nous fournissent également une grille de repérage et de lecture pour saisir et penser ce qui se passe lors de la rencontre et qui échappe à notre regard pendant la séance ou qui se manifeste ailleurs. Ces images sont même parfois partagées avec l'enfant, à certains moments précis, afin de lui procurer une forme d'unification temporelle de son image à travers la vidéo que nous lui montrons (nous y reviendrons).

En même temps, ces images s'avèrent très utiles dans le travail collectif et de constellation transférentielle, comme un moyen alternatif à la parole qui nous aide à transmettre nos ressentis contre-transférentiels, renvoyant à un registre non représenté, à la fois pour le patient et pour l'analyste. Revenir sur les images nous permet de reconnaître les éléments qui ont été vecteurs de sens et de subjectivation, et donc de comprendre les manifestations du sujet dans les mouvements de l'enfant. Cela nous aide également à identifier les impasses thérapeutiques, les moments et les mouvements de sidération, de

⁵³⁵ Humphreys, D., Lamadrid, M. (2022). « Arpenter le milieu pour faire paysage. L'émotion esthétique dans l'avènement de l'image dans la clinique de l'exclusion ». Dans *Psychologie Clinique*, 2 n° 54.

projection de l'analyste ou d'échec de nos tentatives. Elles élargissent ainsi notre perspective à l'égard de nos patients et nous permettent d'affiner notre présence et notre travail clinique.

Par rapport à la recherche et la transmission des connaissances, les images enregistrées par la caméra nous offrent un support matériel pour communiquer une pratique encore peu connue et en voie d'évolution.

2.2.3 La pulsion scopique et son trajet :

Selon J. Lacan⁵³⁶, la pulsion scopique est intrinsèquement liée à la jouissance et au désir de l'Autre, deux éléments fort perturbés dans l'autisme, où le regard ne trouve pas son ancrage dans le champ de l'autre ni de l'Autre.

Dans le cas de l'autisme, mais aussi chez les bébés sévèrement affectés par la désorganisation sensori-motrice, ses productions et manifestations chaotiques provoquent l'horreur dans le regard de l'autre, suscitant leur détour pour ne pas voir ce qui provoque de la souffrance et de l'angoisse. Parallèlement, les gestes et les mouvements désordonnés de l'*infans* ne s'adressent à personne, ni aux autres ni à lui-même, tombant dans le vide d'un « trou noir » (F. Tustin, 1972) qui s'avère dénué de sens et de toute dimension sociale. Il en va de même pour les parents des bébés à risque d'autisme qui, confrontés au manque de réponse à leur regard et à leur voix, ressentent un sentiment d'invisibilité face à leur propre bébé qui ne parvient pas à reconnaître leur présence ni leur place primordiale.

Dans ces cas, la fonction du regard semble s'arrêter ou se déplacer pour éviter les effets traumatiques et donc le silence et l'angoisse prennent le relais du désir. La pulsion est alors désarticulée de sa trajectoire et se ferme dans une boucle courte qui revient sur soi-même⁵³⁷, ce qui empêche l'émergence du lien à l'autre. Cela prend la forme d'une

⁵³⁶ *Op. Cit.* Lacan, J. (1964)

⁵³⁷ *Op. Cit.* Crespin, G. (2007)

destructivité face à l'excès de jouissance qui se traduit par une décharge motrice sur le corps⁵³⁸.

Dans ce cadre, l'acte de camérer, la caméra et les images qui y circulent, sont un vecteur du regard et de l'affect qui se déploie dans la relation avec le petit sujet et les autres autour de lui. En enregistrant des instants et des gestes, ce dispositif marque le corps comme site de production et d'inscription de sens, ce qui révèle un double statut du regard. D'une part, le regard de celui qui prend la caméra vient étayer l'objet à enregistrer à ce moment-là, où quelque chose l'interpelle, inscrivant ainsi la trace de sa propre subjectivité et de son désir inconscient. D'autre part, ce qui a été capturé par la caméra résonne ensuite dans le regard d'autrui, qui se penche sur ce que la caméra tient à montrer. La caméra effectue alors un parcours d'aller-retour du regard, ce qui nous amène à nous interroger sur sa fonction en tant que support de la pulsion scopique, qui rate normalement chez les enfants autistes.

En effet, l'insertion de la caméra dans l'espace et l'acte de camérer permettent de relancer la pulsion scopique, d'abord du côté de l'enfant, puis du côté du parent (ou de la personne à leur place). Du côté de l'enfant, le fait de saisir et reconnaître ses mouvements et ses gestes comme ayant potentiellement une signification lui donne une place de sujet, un sujet autre que l'ensemble des mécanismes autistiques ou des manifestations désorganisées. En même temps, nous utilisons les vidéos de l'enfant avec lui, en regardant ensemble les images que la caméra nous renvoie, comme une tentative de lui montrer une image unifiée de lui-même dans laquelle il pourra, peut-être, se reconnaître. Il s'agit d'un jeu de miroir qui n'est pas spéculaire, mais qui reflète les mouvements de l'enfant dans son rapport à l'autre.

Nous constatons ce jeu de mimétisme et son effet organisateur dans le cas de Willy. Au cours du processus thérapeutique, nous avons réalisé plusieurs vidéos de et avec Willy, de moments et de mouvements qui semblent le calmer et le rassurer. Nous avons par exemple enregistré une vidéo de trois minutes dans laquelle il joue avec une ficelle. Son corps

⁵³⁸ Humphreys, D., Pommier, F. (2016). «El cuerpo en la cura. Movimientos transferenciales e intrincación pulsional». Dans *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 19(4), 630-646. São Paulo.

est organisé verticalement dans l'espace, sa voix vibre dans sa gorge et ses mains font des mouvements circulaires avec la ficelle qui délimite son propre espace. Lors d'une séance, Willy commence à entrer dans le chaos de son démantèlement sensoriel ; ses mouvements se raidissent, ses gémissements prennent un ton lourd, monotone et grave ; il commence à se mordre les lèvres et à se pincer la peau. À ce moment-là, l'analyste recourt à la vidéo susmentionnée, s'assoit à côté de Willy qui semble se défaire sur la chaise, et lui montre son image sur la caméra en prononçant quelques mots pour accompagner ce qu'ils sont en train de regarder ensemble : « Regarde Willy, c'est toi ! En jouant joyeusement avec ta ficelle. » Elle lui offre, au même moment, la ficelle comme support matériel de ce que l'image lui renvoie. Willy arrête ses mouvements violents et lourds et regarde l'analyste avec sa vision périphérique, ce qui semble indiquer que cette stratégie peut l'aider à se réorganiser. L'analyste commente : « Maintenant Willy se sent contrarié, mais à d'autres moments, il se sent content ». D'un coup, Willy se réintègre dans l'espace, cesse de se mordre et de se pincer, se lève de la chaise en retrouvant la verticalité et la tonicité de son corps, lance un regard furtif à l'analyste, puis, en souriant, se dirige vers le centre de la salle, là où la vidéo a été prise et où il s'installe habituellement. Il commence alors à jouer avec sa ficelle. L'analyste le suit des yeux et voit que Willy retrouve son image dans le grand miroir de la pièce. Il se regarde et regarde l'analyste comme s'il cherchait une confirmation, ce à quoi elle répond : « Oui Willy, c'est toi ! ».

Du côté des parents, la fonction du regard semble s'arrêter. L'image de leur enfant paraît insupportable, surtout face au chaos de ses mouvements ou à l'invisibilité de leur propre présence. D'ailleurs, on entend souvent dans le discours des parents l'horreur qu'ils ressentent devant la désorganisation de leurs enfants, mais aussi un fort sentiment de honte et de culpabilité face au regard des autres lorsque leurs crises massives ont lieu dans des espaces publics ou dans des situations familiales plus larges. Ils choisissent fréquemment de rester chez eux, de se soustraire à l'environnement social, afin d'éviter d'être regardés et signalés en raison des manifestations chaotiques de leurs enfants et de leur incapacité à les gérer et à les contrôler.

Du fait de camérer, d'abord par l'analyste, le regard porté sur l'enfant paraît changer de statut, permettant de réanimer sa fonction dans une autre perspective que celle de la pathologie. En valorisant leurs actes et en les traduisant comme des productions singulières, porteuses d'un sens ou comme une tentative de manifester leur expérience, les parents semblent s'ouvrir à de nouveaux regards sur leur enfant. Ensuite, lorsque les parents parviennent à saisir un geste de leur enfant qui peut prendre valeur de message et être adressé à un autre, il est investi autrement. Dans ce scénario, l'analyste favorise la mise en cause du désir de regarder l'enfant, de comprendre ses gestes et de réfléchir aux mouvements qui auparavant semblaient dénués de sens et envahis d'angoisse. Par conséquent, l'acte de camérer implique un désir qui se remet en question, animé par l'intention de repérer quelque chose chez l'autre, dans des moments inattendus qui réveillent la surprise, et qui sont partagés ou partageables. Il s'agit alors de relancer le désir dans un regard qui soutienne le circuit de la pulsion scopique.

Ce mouvement pulsionnel s'observe chez les parents et les soignants qui, spontanément, entreprennent de camérer certains gestes et mouvements de leurs enfants qui les interpellent et dont ils font un point de repère. Dès lors, l'enfant est investi autrement par les parents qui cherchent à rattraper ses gestes comme les témoins de leurs progrès et de leurs difficultés. Cela ravive leur intention de trouver un signe à saisir, ce qui incite le désir de le regarder. Il en résulte un effet de subjectivation de l'enfant, mais aussi des parents dans leur rôle d'autre primordial.

En outre, le partage de ces images au sein de l'équipe thérapeutique permet l'élaboration de ce qui est marqué par eux et le retour du regard de l'autre par la réponse de l'analyste, métabolisé par des traductions et parfois même des interprétations.

En conséquence, le circuit de la pulsion scopique semble se mettre en scène : dans un premier temps, « on regarde » à travers la caméra, ce qui relance le désir de regarder l'enfant. Dans un deuxième temps, les parents regardent les images dans un mouvement intersubjectif où ils « regardent l'enfant et sont regardés », s'identifiant à l'image qu'ils rencontrent dans la vidéo, en changeant leur point de voir, qui était normalement focalisé

sur ce qui faisait défaut. Dans un troisième temps, fondamental dans le parcours de la pulsion et essentiel pour notre travail clinique, les parents et les enfants « se font regarder » dans l'image qui sort de la caméra, devenant ainsi l'objet du désir.

Un mouvement de reconnaissance mutuelle se met alors en place, qui entraîne la confirmation de la place subjective du bébé/enfant ainsi que de leur propre place en tant que figures primordiales. Se re-connaître, permet l'émergence d'une transformation subjective, à partir de laquelle il est possible de sortir de l'enfermement d'une dynamique douloureuse pour entamer un chemin vers la construction du lien. Comme le souligne Winnicott : « *Quand je regarde et l'on me regarde, donc j'existe. Je peux alors me permettre de regarder et de voir* »⁵³⁹.

⁵³⁹ *Op. Cit.* Winnicott, D. W. (1971).

2.3 En synthèse :

Le travail du lien dans la clinique de l'autisme et du bébé en détresse met en avant la nécessité d'adapter la technique psychanalytique afin de répondre aux besoins spécifiques de ces patients. À travers cette réflexion, nous avons envisagé les fondements théoriques et cliniques qui sous-tendent cette approche, en soulignant la flexibilité inhérente à la psychanalyse et sa capacité à évoluer face aux nouvelles manifestations de la souffrance psychique. En nous appuyant sur les concepts freudiens, enrichis par les contributions de Ferenczi, Lacan, Winnicott, Bion, Deligny et d'autres psychanalystes contemporains, nous avons articulé une approche intégrative qui prend en compte les dimensions corporelles et psychiques de la souffrance archaïque.

Au cœur de notre réflexion, la question d'une technique psychanalytique malléable entre en jeu comme un point essentiel, impliquant la prise en compte des manifestations primitives et non verbales de nos patients. La notion d'élasticité de la technique de Ferenczi nous invite en effet à dépasser les principes traditionnels de neutralité et d'abstinence de l'analyste, pour embrasser une approche plus flexible et réceptive. De ce fait, la présence en corps de l'analyste s'avère fondamentale, en tant que médium malléable, capable de résonner affectivement avec les ressentis du jeune patient, d'accueillir sa souffrance et de l'élaborer dans son psychisme, afin qu'elle puisse ensuite s'inscrire dans le psychisme de l'enfant. Cette forme de présence vise à héberger, à contenir et à transformer les expériences sensorielles et émotionnelles chaotiques qui se manifestent dans la dimension transférentielle. Cela implique la disponibilité sensible et transformable de l'analyste à se laisser affecter, sans pour autant se laisser détruire par la violence pulsionnelle désintriquée de l'enfant. À cet égard, le travail collectif devient une condition primordiale de cette pratique clinique. Il permet de soutenir la présence de l'analyste et d'élaborer ce qui se passe dans la rencontre et qui échappe souvent au discours et à la représentation. Le collectif est alors considéré comme un espace de possibilité pour qu'advienne un phénomène, dont l'effet thérapeutique permet de rétablir la singularité du sujet.

Concernant les fonctions de l'analyste, celle de la contenance et de la traduction se révèlent cruciales. La contenance permet de transformer la souffrance primitive en éprouvés psychiques, favorisant ainsi leur intégration. La traduction des affects et des expériences sensorielles en messages qui peuvent s'adresser à l'autre, permet à l'*infans* de se reconnaître dans ses manifestations, d'habiter son corps et de s'approprier son histoire. Ces fonctions s'étendent également aux parents et aux institutions qui prennent en charge l'*infans*, en les aidant à retrouver leur fonction primordiale de « *Nebenmensch* » incluant leur capacité de contenance.

Dans ce cadre, la dimension transféro-contre-transférentielle peut être étendue pour intégrer des manifestations sensorimotrices, pulsionnelles et pré-symboliques qui émergent dans la rencontre, en s'appuyant sur la résonance corporelle et l'engagement affectif de l'analyste. Dès lors, la création d'un espace intermédiaire semble possible, où analyste et l'enfant co-construisent du sens à partir de l'ajustement affectif et de l'expérience de partager un rythme et un espace commun.

L'acte de camérer sert à repérer les expressions singulières des enfants, à soutenir la fonction de traduction et de contenance, et à créer une mémoire collective des parcours des enfants. Fondamentalement, ce dispositif technique permet de relancer le désir de regarder l'enfant, en articulant le circuit de la pulsion scopique, et donnent à l'enfant et à ses figures primordiales la possibilité d'être regardés et d'avoir une position de sujet de désir.

Ce dispositif et cette technique clinique favorisent en effet l'établissement du lien avec l'autre, où la souffrance précoce peut s'adresser et s'inscrire comme trace dans la vie psychique de nos petits patients, atteignant alors une certaine reconnaissance de soi et de l'altérité, ainsi que la restitution du sentiment de continuité d'exister.

Conclusion : une clinique de la rencontre.

L'enfant autiste et le bébé en souffrance nous renvoient à une configuration corporo-psychique informe, issue d'une expérience traumatique de l'existence. Il s'agit d'un malaise diffus prenant la forme d'un « mal de vivre »⁵⁴⁰, que s'approprie le corps du petit sujet dans le chaos d'une existence illégitime. Ce malaise reflète ce qui n'a pas pu se nouer dans la relation précoce. Il met en évidence l'absence de construction du premier niveau de symbolisation ainsi qu'une défaillance des enveloppes corporo-psychiques, dont aucune représentation ne permet d'habiter le corps et d'entrer en relation.

Nous constatons donc une sorte d'irruption du désespoir, où « *la vie est en désordre, là où la survie est ritualisée* »⁵⁴¹, qui nous confronte à une souffrance extrême venant entraver la construction psychique. Il s'agit d'une expérience de chaos dans laquelle l'affect, délié de la pulsion, se décharge massivement sur le corps et touche le sujet (et son entourage) avec une violence qui fait effraction. Cette souffrance précoce, du fait de ses manifestations corporelles, de son intensité, de son manque de représentation et par déliaison, nous situent dans le registre de l'archaïque, qui met en jeu des expériences et des états précédant l'organisation psychique, qui ne peuvent ni être inscrits, ni symbolisés.

Basée sur l'hypothèse centrale selon laquelle la relation à l'autre primordiale joue un rôle essentiel dans la constitution de la vie psychique, cette recherche s'est penchée sur la construction du lien avec de petits sujets en devenir qui, pour diverses raisons, sont dans un profond état de détresse qui met en péril la relation à l'autre et à l'Autre, restant en marge du discours et normalement exclus de l'échange social. Cette détresse est étroitement liée à un vécu traumatique de la relation dû à l'absence de reconnaissance de l'autre et de l'Autre dans l'autisme, et à l'abandon ou à la négligence chez le bébé en souffrance. Dès lors, le tissage des relations primaires permettant l'inscription des affects et de l'expérience, notamment à travers les fonctions de contenance et de métabolisation, ne se produit pas.

⁵⁴⁰ Encaoua, E. (2002). « La dimension de la rencontre dans la cure psychanalytique ». Dans *Le Coq-héron*, 171, 47-56.

⁵⁴¹ Benhaïm, M. (2012). « Vivre est plus difficile que survivre ». Dans *Clinique psychanalytique de l'exclusion*. Paris, Dunod.

Par conséquent, le travail clinique du lien est indispensable pour que les expériences vécues puissent être adressées à l'autre et s'inscrire comme traces psychiques, restituant alors le sentiment d'exister.

La clinique de la souffrance précoce demande ainsi une approche thérapeutique capable d'accueillir cette souffrance « hors langage », souvent exprimée à travers le corps par des manifestations chaotiques. Cela implique de travailler sur ce registre archaïque, où le lien avec l'autre se construit à partir de la présence, du rythme, des mouvements et de la sensorialité. En effet, le travail clinique de l'archaïque vise à dépasser le réel angoissant de l'*infans* dans une tentative de figuration et d'élaboration des traumatismes précoces afin de rétablir son processus de devenir sujet et sa singularité⁵⁴².

Dans ce cadre, la souplesse de la psychanalyse, considérée comme un savoir-faire qui se renouvelle autour des nouvelles productions du sujet, a favorisé l'adaptation des cadres traditionnels de la pratique conventionnelle et a encouragé la création de techniques permettant de comprendre et aborder les bases les plus profondes de la psyché, fortement perturbées par la souffrance précoce. Cette adaptabilité a également soutenu notre accueil de la singularité de chaque enfant, tout en restant dans une éthique et une démarche analytique. De ce fait, le parcours théorico-clinique de cette recherche, qui a commencé par l'effet d'un moment partagé faisant événement, nous a menés à élaborer un véritable dispositif technique qui constitue une *praxis* de la rencontre et une clinique de l'accueil qui s'inscrit dans le domaine de la psychanalyse.

À partir de l'étude de cas de Willy, c'est tout d'abord la notion de rythme qui s'est révélée être un élément central de notre travail. C'est le premier organisateur d'une rencontre authentique, permettant la création d'un lien sécurisant. Ce lien, fondé sur la rythmicité conjointe entre l'enfant et l'analyste, est alors devenu un vecteur essentiel pour l'accueil et la transformation de la souffrance archaïque. Il constitue un outil thérapeutique privilégié pour repérer ses gestes et contenir l'intensité des affects de l'enfant, en les

⁵⁴² Mansouri, M. & Bentata, H. (2012). « Sans famille, sans papiers : des bébés et leurs mères enfermés dehors ? ». Dans *Mères et bébés sans-papiers : Une nouvelle clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité* ? Toulouse, Érès.

orientant vers une première inscription psychique. Chez Willy, ce rythme a pris la forme de la musicalité de la voix, qui a organisé sa motion pulsionnelle dans un circuit d'aller-retour, y compris le troisième temps défaillant dans l'autisme. L'affect a ainsi pu s'intriquer avec l'objet-voix qui a interpellé l'enfant et a fait émerger son appel dans la forme d'une pulsion invocante, rendant possible la rencontre avec l'autre. La dimension de cette rencontre, qui précède l'ancrage du transfert, est analysée comme un temps constitutif du lien à l'autre, directement lié à la détresse toujours actuelle du sujet, laquelle peut ainsi s'inscrire comme un « souvenir humanisant »⁵⁴³, événement fondamental dans le processus thérapeutique. Ensuite, à partir de la prise en charge du corps sensori-moteur, les premières représentations du corps et du lien à l'autre ont émergé, ce qui s'est avéré possible grâce au rassemblement des sensorialités et de la motricité, permettant l'organisation du circuit pulsionnel.

Par la suite, ce cas nous a conduit à soulever d'autres pistes et notions significatives constituant le corps de notre recherche. Nous nous sommes alors penchés sur l'archaïque et les particularités du lien dans ce registre, particularités qui ont constitué le cœur de notre réflexion et de notre travail clinique. Nous avons également exploré les multiples approches de la dimension du corps, de la sensorialité et de la motricité, ainsi que les mouvements de la pulsion et de l'affect. Ce parcours théorico-clinique nous a conduits à découvrir la nécessité et l'importance d'élargir la pratique analytique à d'autres façons de comprendre et d'aborder les enjeux de l'inconscient, ainsi que d'établir une dimension transférentielle qui se situe dans un registre corpro-psychique.

À cet égard, nous avons proposé quelques modifications concernant principalement la présence de l'analyste et ses fonctions, ainsi que l'aménagement de l'espace et du cadre thérapeutique. En ce qui concerne la présence, on a constaté un virage d'une représentation en absence vers une possibilité de figuration en présence, où la sensorialité et la matérialité du corps ont constitué une place centrale dans la rencontre clinique. Sa malléabilité et sa réceptivité ont fait de cette forme de présence en corps un moyen de produire des effets de résonance affective avec les vécus du petit sujet, lui permettant de reconnaître ses propres

⁵⁴³ *Op. Cit.* Encaoua, E. (2002).

ressentis et d'organiser son expérience dans la relation à l'autre et dans une dimension temporo-spatiale partagée. En effet, en se laissant affecter et surprendre par les mouvements affectifs et sensoriels de l'enfant, l'analyste est devenu un support contenant, capable de transformer les éprouvés chaotiques en éléments figurables. Ainsi, les fonctions de l'analyste ont légèrement été modifiées en se centrant notamment sur la reconnaissance, l'accueil, la traduction et surtout sur la contenance de la souffrance qui se manifeste dans le corps du patient et qui atteint celui de l'analyste. Dès lors, la spécificité de l'analyste a résidé dans sa capacité à repérer des gestes et des actes, conçus comme l'expression d'une agonie primitive vécue « hors psyché », qu'il fallait accueillir et contenir dans une dimension transféro-contre-transférentielle pour sa transformation en trace psychique permettant son inscription. À partir du repérage d'un événement qui interpelle le sujet, et de la reconnaissance de quelque chose de l'autre et du semblable dans la rencontre, nous avons constaté que des traces ont pu s'inscrire dans la vie psychique de l'*infans*, laissant une empreinte indélébile.

Cette transformation a permis à l'enfant de se reconnaître dans ses manifestations, d'habiter son corps et de s'approprier son histoire, même partiellement, en trouvant une position de sujet qui lui corresponde. Or, les fonctions de contenance et de traduction ne concernent pas uniquement l'enfant, mais s'étendent également aux parents et aux institutions qui s'occupent de lui, en les aidant à retrouver leur rôle primordial de « *Nebenmensch* » capables d'accompagner et de soutenir l'enfant dans son devenir sujet.

Quant au dispositif technique, nous avons proposé des techniques du corps visant le travail sensori-moteur incluant les fonctions de *handling* et de *holding* que requiert la clinique de l'archaïque. Nous avons également intégré l'utilisation d'une caméra vidéo et l'acte de « camérer » dans les séances, afin de soutenir notre pratique et le travail d'inscription psychique à partir d'un code en images. Cette utilisation de la caméra nous a permis de penser ce qui se passe dans la rencontre et qui échappe à la représentation du langage. En enregistrant des mouvements, des manifestations et des gestes des enfants, ces techniques nous ont aidés à repérer leurs modes de vivre, à soutenir la présence et les fonctions de l'analyste, et à créer une mémoire collective de l'histoire de ces enfants, donnant ainsi une continuité et une cohérence à leurs expériences fragmentées. Ce dispositif technique nous a

également donné la possibilité de revisiter la scène clinique lors des instances de réflexion collectives, pour analyser les éléments qui ont favorisé la rencontre ou au contraire produit des impasses dans la relation.

Enfin, nous avons souligné tout au long de cette thèse l'importance cruciale du travail collectif pour soutenir cette clinique qui s'avère souvent extrême, ainsi que pour assurer notre présence et pour élaborer à la fois la rencontre et ses enjeux transférentiels.

Résultats de la recherche et perspectives :

Ce travail de recherche nous a menés à créer et à mettre en œuvre des approches cliniques singulières et créatives pour comprendre et accompagner cette souffrance sans nom issue des agonies primitives de l'archaïque. Ce cheminement, bien que guidé initialement par l'intuition et la résonance avec le petit sujet en face de nous, a progressivement pris une forme structurée, culminant dans la formation d'un collectif de travail clinique, qui se matérialisera ensuite par la création d'une institution d'accueil au Chili.

Dès le début de notre travail avec Willy, il est apparu évident que la prise en charge individuelle ne suffisait pas. Il nous fallait une institution, au sens d'un réseau et d'un espace capable de soutenir sa souffrance et ses manifestations, mais également comme un cadre capable de nous offrir, en tant que cliniciens, le support nécessaire à notre travail et surtout à notre présence. Sauf qu'à cette époque, nous n'avions pas encore accès à une telle structure. Nous avons donc pris le risque d'entamer un parcours clinique original, qui nous a permis d'esquisser les premières lignes d'une pratique clinique de l'archaïque.

L'importance du travail collectif a débuté au sein d'un collectif de recherche⁵⁴⁴ inspiré par les propositions de Fernand Deligny, qui a joué un rôle essentiel dans l'évolution de notre approche clinique. Il a enrichi la réflexion théorico-clinique en intégrant des perspectives pluridisciplinaires, d'autres fonctions et d'autres points de voir. Cela nous a offert un espace

⁵⁴⁴ Programme de recherche « L'actualité de Fernand Deligny dans les pratiques cliniques contemporaines », accueilli par la Maison des Sciences de l'Homme Paris Nord et par l'université Sorbonne Paris Nord en 2022-2023, sous la direction de Derek Humphreys.

où penser les enjeux de cette clinique et ses effets transférentiels, afin d'élaborer l'intensité de ce qui se passe au sein de la rencontre de l'archaïque. Cette dynamique collective a ainsi encouragé la constitution d'une pratique innovante et la création d'une institution singulière. Une institution peu commune dans notre pays et définitivement non conventionnelle en ce qui concerne sa politique, son organisation, ses relations et la mise en place du travail clinique. C'est dans ce cadre que nous avons créé « *BeMind* », une institution clinique qui s'articule autour de trois registres dialoguant et s'enrichissant mutuellement. D'une part, il y a la « clinique privée » qui reçoit des enfants et des familles aux ressources économiques suffisantes. Elle est devenue l'une des plus grandes références en santé mentale de l'enfance et de l'adolescence dans notre pays. Cette instance soutient économiquement l'ensemble de l'institution et permet de répondre aux besoins matériels d'un système auto-suffisant. D'autre part, se trouve la corporation à but non lucratif qui accueille des bébés, des enfants et des adolescents ainsi que leurs familles, dont la situation économique précaire et la vulnérabilité ne leur donnent pas accès à des soins thérapeutiques de qualité. Au sein de la corporation, nous accueillons aussi des enfants qui sont pris en charge par d'autres institutions, comme les bébés abandonnés et les enfants séparés de leur famille, du fait des situations complexes de négligence ou de violence. Le troisième acteur est l'académique, associé à l'une des universités reconnues de notre pays. Nous y enseignons différents cours sur la prise en charge psychanalytique de la souffrance précoce et nous accueillons, dans notre institution, des étudiants en psychologie en dernière année de formation professionnelle pour y faire leur stage clinique. Nous assurons également des supervisions et des formations auprès d'autres institutions travaillant dans le domaine de l'enfance, dans le but de construire et transmettre des connaissances et dans un souci éthique de contribuer au développement des professionnels dans notre pays.

Ces trois dimensions se déroulent dans le même lieu d'accueil, au sens géographique, où les différents professionnels, cliniciens et stagiaires participent aux différentes instances, dans un système qui se fonde sur le respect de la singularité de chaque sujet, tant pour les patients et leurs familles que pour les personnes qui y travaillent.

Concernant sa politique, notre institution se démarque des cadres conventionnels. Elle ne s'inscrit pas dans la logique de l'État et n'appartient pas aux institutions gouvernementales. Notre pensée politique ne se réduit pas non plus à une hiérarchie de pouvoir ni à une structure fixe où un ensemble de règles s'impose de manière rigide. Elle résiste également aux normes socialement établies qui enferment le sujet dans une catégorie pathologique et qui déterminent un travail psycho-éducatif pour l'« adapter » à la société tel qu'elle l'attend. En revanche, notre politique d'accueil repose sur la construction du lien et sur le collectif, considéré comme une construction complexe et dynamique dans laquelle les espaces de vie et les structures sociales peuvent être co-construits, influençant aussi bien les subjectivités que les pratiques sociales et cliniques.

Nous défendons l'idée d'un lieu du commun, d'un *faire ensemble*, où les interactions quotidiennes sont considérées comme des aspects fondamentaux du processus de soin. Notre institution est ainsi pensée et organisée comme une structure flexible qui permet de contenir l'excès d'intensité des affects, de soutenir la présence de chacun d'entre nous et d'éviter un parcours vers l'aliénation. Dans ce sens, le cadre institutionnel fait support du soin et du lien ; il est suffisamment structuré pour offrir une enveloppe capable de contenir et de métaboliser les angoisses et les affects des enfants (les nôtres aussi, d'ailleurs), tout en étant malléable afin de permettre la créativité et l'expression des singularités. Il s'agit d'un cadre vivant et en constante évolution, qui doit être pensé et ajusté en permanence pour soutenir les processus thérapeutiques et favoriser l'émergence de la subjectivité de chaque sujet qui y participe.

En effet, notre démarche cherche à créer les conditions pour que la rencontre soit possible, un *milieu humain* où s'articulent les dimensions individuelles et collectives. Il s'agit de repérer et de signifier des traits et des gestes, de créer des espaces où reconnaître la présence de l'autre et l'expérience traumatique encore non inscrite, dans une tentative de rendre sensible les traces de l'humain encore présentes dans les formes chaotiques de cette souffrance précoce et précaire qui nous pousse à la limite et qui se révèle souvent extrême⁵⁴⁵.

⁵⁴⁵ Humphreys, D. (2023). *En rue: Trajectoires psychiques et dispositifs cliniques de l'exclusion*. Paris, Ithaque.

Nous nous attachons à créer et à recréer sans cesse des lieux et des espaces pour redécouvrir ce qui peut tenir « lieu de site » et où peut se manifester quelque chose de l'ordre du désir ; créer un espace du « dire » où quelque chose émerge et se modifie⁵⁴⁶. Cela situe la question de la présence et du désir dans le milieu institutionnel et son ambiance, qui constitue le fondement de notre pratique⁵⁴⁷.

Dans cette perspective, la rencontre se situe au cœur de notre pratique clinique, entendue comme ce qui se passe dans « l'entre-nous », sans pourtant forcer une identité commune. Cet *entre* constitue un espace intermédiaire où il s'agit de « faire avec » et de « sentir avec » plutôt que de « faire pour », permettant de créer des voies pour sortir du malaise qui envahit le petit sujet et de sa difficulté à se retrouver en présence de l'autre. J. Oury soutient que « dans l'avec, il y a une sorte de support, de souci d'autrui » qui nous amène à une tentative d'inscription de la dialectique entre la singularité du sujet et l'altérité⁵⁴⁸. Nous cherchons ainsi à encourager l'enfant à sortir du « des-humain »⁵⁴⁹ pour trouver des façons de se rassembler, afin de lui restituer une ressemblance du semblable, sa position de sujet et son sentiment de continuité d'existence.

* * *

La réflexion sur cette thèse a profondément influencé ma pratique clinique. Dès le début, elle a engagé une profonde introspection liée au travail académique, transformant ma compréhension théorique et mon approche de la souffrance précoce ainsi que de la clinique elle-même. Au début de ce projet, mon approche clinique était moins souple face aux imprévus de la rencontre thérapeutique. J'éprouvais une certaine appréhension, surtout lorsque mes interventions reposaient sur l'intuition. Cependant, au fil de la recherche et de

⁵⁴⁶ Oury, J (2005). *Le Collectif. Le Séminaire de Sainte-Anne*. 19 juin 1985, pp. 199-219. Champ social.

⁵⁴⁷ Laffitte, P (2015). « Le concept de Collectif chez Jean Oury ». Dans *Chimères*, 2015/3 N° 87. pp. 193-202.

⁵⁴⁸ Ledoux, M. (2023). *Ce qui se passe. Métapsychologie de la psychothérapie institutionnelle*. Editions Jérôme Million.

⁵⁴⁹ Fedida, P. (2007). *Humain/Déshumain*. Paris, PUF.

l'écriture, de nouvelles perspectives ont intégré ma pratique. À chaque étape, une redéfinition subtile de mon approche clinique s'est opérée, orientant mon regard et mon écoute vers une compréhension plus fine et nuancée des dynamiques psychiques et de la souffrance en jeu. Le travail d'élaboration a enrichi ma pratique et renforcé ma position de clinicienne, approfondissant ma compréhension de la vie psychique et intégrant des concepts essentiels.

La première notion cruciale concerne le registre de l'archaïque et la dimension transféro-contre-transférentielle qui y est liée. En explorant l'archaïque, j'ai mieux compris les affects et les pulsions des enfants accueillis, ainsi que la violence de leur désorganisation et son impact sur leur entourage et sur moi-même. Cela m'a amenée à reconsidérer mes ressentis contre-transférentiels. Les difficultés rencontrées dans ce registre m'ont conduite à valoriser le travail collectif. J'ai en effet constaté que la prise en charge dans cette clinique ne pouvait pas se faire en solitaire. La réflexion collective m'a permis de soutenir ma présence et de favoriser la construction de sens, ainsi que d'élargir la pratique psychanalytique à d'autres modes d'écoute et de présence. Dans ce cadre, le corps et le rythme se sont révélés comme vecteurs de sens et de rencontre, étendant mes compétences cliniques. Les notions de synchronie affective et de résonance sont alors devenues essentielles, favorisant la rencontre et la possibilité d'une reconnaissance mutuelle.

Penser la rencontre et ses effets s'est révélé être un pivot central de ma thèse, influençant profondément mon approche thérapeutique. J'ai compris l'importance de créer des espaces où l'infans peut exprimer ses expériences traumatiques et ses désirs au-delà du langage verbal. Mettre l'accent sur le « faire avec » et le « sentir avec » a ouvert de nouvelles voies pour accompagner la détresse des enfants de manière plus ajustée à leurs ressentis, besoins et désirs, les aidant à affronter leur malaise et à retrouver un sentiment d'existence en continuité.

Par conséquent, le travail de cette thèse a consolidé mes compétences professionnelles en encourageant une approche clinique dynamique et cohérente, ouverte à de nouvelles perspectives thérapeutiques. Les transformations de ma compréhension et de

mon approche clinique sont tangibles dans ma manière d'accompagner les enfants autistes et les bébés en détresse. Cette évolution constitue désormais la base de ma pratique, concrétisée dans la création de BeMind. Cette thèse m'a donc permis de grandir en tant que clinicienne, en me poussant à explorer constamment de nouvelles manières de comprendre et d'accompagner ces petits sujets en devenir qui me sont confiés pour des soins psychiques.

Références bibliographiques :

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum.
- Agamben, G. (2014). *Qu'est-ce qu'un dispositif?*. (Rueff, M., Trad.). Payot & Rivages.
- Ajuriaguerra J. de, (1962). Le corps comme relation. *Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, 21, 137-157.
- Ajuriaguerra J. de, (1971). L'enfant et son corps. Dans *J. de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité : volume 1 : corps, tonus et psychomotricité*. Montreuil : Ed. du Papyrus, 2009
- Ajuriaguerra, J. de, (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. (pp. 263-270). Paris : Masson.
- Ajuriaguerra, J. de. (1974). *L'évolution psychomotrice du jeune enfant*. Paris: Masson.
- Alvarez, A., & Reid, S. (Eds.). (1999). *Autism and personality: Findings from the Tavistock Autism Workshop*. London : Routledge.
- Alvarez de Toledo, S., Masson, A., Miguel, M., & Vidal Naquet, M. (2021). *Camérer. A propos d'images*. Fernand Deligny. L'arachnéen.
- Allouch, É. (2010). Psychothérapie et médiations corporelles: vers une poétique du corps. *Le Carnet Psy*, 142, 27-30. <https://doi.org/10.3917/lcp.142.0027>
- Anserment, F. (2008) Dépression ou détresse du nourrisson. *Le Carnet Psy*, 129. <https://carnetpsy.fr/depression-ou-detresse-du-nourrisson/>
- Ansermet, F. (2004). Les inventions de la clinique. *Vacarme*, 29, 102-105. <https://doi.org/10.3917/vaca.029.0102>
- Anzieu-Premmereur, C. (2011). Fondements maternels de la vie psychique. *Revue française de psychanalyse*, 2011/5, 75, 1449-1488. <https://doi.org/10.3917/rfp.755.1449>.
- Anzieu D. (1976). L'enveloppe sonore du Soi. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 13, pp. 161-180.
- Anzieu, D. (1985). Le corps de la pulsion. Dans D. Anzieu, *Le travail de l'Inconscient*. Paris : Dunod.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.
- Anzieu D. (1990). *L'épiderme nomade et la peau psychique*. Paris : Editions du Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale.
- Anzieu, D. (1994). *Le Penser : Du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris : Dunod.
- Araneda, M. (2015). Vivre au-dessus de ses moyens et faire face au traumatisme psychique L'une des dimensions probables de l'irreprésentable du trauma. *Recherches en psychanalyse*, 2015/1, (19), 59-67. <https://doi.org/10.3917/rep.019.0059>.
- Assoun, P. (1982). L'archaïque chez Freud: entre Logos et Anankè. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, (26), 13.

- Assoun, P. L., (1993). Le corps : L'Autre métapsychologique. Dans P. Assoun, *Introduction à la métapsychologie freudienne*. (p. 161). Paris : PUF.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris : PUF.
- Aulagnier, P. (1986). Naissance d'un corps, origine d'une histoire. Dans J. McDougall, G. Gachelin, P. Aulagnier, P. Marty, J. Lloriod, & J. Cain (Eds.). *Corps et histoire* (pp. 99-141). Paris : Les Belles Lettres.
- Aulagnier, P. (1986). *La filiation persécutive. Un interprète en quête de sens*. Paris: Ramsay
- Ayres, A. J. (1965). Patterns of Perceptual-Motor Dysfunction in Children: A Factor Analytic Study. *Perceptual and Motor Skills*, 20(2), 335-368. <https://doi.org/10.2466/pms.1965.20.2.335>
- Bacon, R. (2000). L'enfant de Winnicott. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, (1), 59-69. <https://doi.org/10.3917/lcpp.001.0059>
- Balbuena, F. (2014). La Contribución de Frances Tustin a la psicoterapia del espectro autista. *Clínica e Investigación Relacional*, 8(2), 489-504. Clínica e Investigación Relacional. www.ceir.org.es
- Barbier, A. (2007). Réflexions à partir des hypothèses freudiennes sur les temps premiers de la pulsion de vie. *Revue française de psychanalyse*, 71, 41-68. <https://doi.org/10.3917/rfp.711.0041>
- Barral A., Ben Youssef R., Lheureux-Davidse C., Varro C. (2010) Émergences du langage dans le suivi d'enfants autistes en psychothérapie. *La psychiatrie de l'enfant*, 2010/2 Vol. 53, 509-545. <https://doi.org/10.3917/psy.532.0509>.
- Beaulieu, A. (2021). *Prévenir l'autisme des bébés à risque : Une approche corporelle et relationnelle*. Paris : Érès.
- Beebe, B. (2017). Daniel Stern: Microanalysis and the Empirical Infant Research Foundations. *Psychoanalytic Inquiry*, 37(4), 228–241. <https://doi.org/10.1080/07351690.2017.1299498>
- Beebe, B., Steele, M. (2013). How does microanalysis of mother–infant communication inform maternal sensitivity and infant attachment?. *Attachment & Human Development*. 15(5-6), 583-602. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.841050>
- Benhaïm, M. (2001). La langue de l'exilé. *Cliniques méditerranéennes*, 64, 97-106. <https://doi.org/10.3917/cm.064.0097>
- Benhaïm, M. (2005). Déliaisons sociales et désubjectivation. *Cliniques méditerranéennes*, 72, 103-112.
- Benhaïm, M. (2010). Destins du corps et subjectivité dans une clinique sociale. *Recherches en psychanalyse*, 10, 311-320. <https://doi.org/10.3917/rep.010.0311>
- Benhaïm, M. (2012). Vivre est plus difficile que survivre. Dans O. Douville (Dir.), *Clinique psychanalytique de l'exclusion* (pp. 137-164). Paris : Dunod.
- Bentata, H. (2005). A propos de "La distinction de l'autisme". *Cahiers de PréAut*, 2, 157-162. <https://doi.org/10.3917/capre.002.0155>

- Bentata, H. (2015). Pulsion invocante, rythme et baby-blues. Dans H. Bentata (Éd.), *Écoute, ô bébé, la voix de ta mère : La pulsion invocante*. (pp. 13-29). Toulouse : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.laznik.2015.01.0013>
- Bentata, H., Ferron, C. & Laznik, M. (2022). *Le corps sensori-moteur du bébé à risque : Avancées théoriques et pratiques*. Paris : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.benta.2022.01>
- Benveniste, É. (1966). La notion de "rythme" dans son expression linguistique. Dans E. Benveniste, *Problèmes de linguistique générale*, tome I. (p. 328). Paris : Gallimard.
- Bergeret, J., Houser, M. (2004). *Le Fœtus dans notre inconscient*. Paris : Dunod.
- Bergès, J. (2016). Le corps dans la neurologie et dans la psychanalyse : Fragments du séminaire du mardi à l'hôpital Sainte-Anne, 1990-1991-1992. Dans J. Bergès, *Le corps dans la neurologie et la psychanalyse (NE) : Leçons cliniques d'un psychanalyste d'enfants*. (pp. 28-103). Toulouse: Érès.
- Bernard, M. (1991). De la corporéité comme "anticorps" ou de la subversion esthétique de la catégorie traditionnelle de "corps". Dans *l'ouvrage collectif Le Corps rassemblé*. Université du Québec à Montréal. Éditions Agence d'Arc.
- Bernard, M. (2002). De la corporéité fictionnaire. *Revue internationale de philosophie*, 222, 523-534. <https://doi.org/10.3917/rip.222.0523>
- Bettelheim, B. (1969). *La forteresse Vide. L'autisme infantile et la naissance du Soi*. Paris : Gallimard.
- Bettelheim, B. (1991). *Le poids d'une vie*. Paris: Robert Laffont.
- Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. *The Psychoanalytic Quarterly*, 82 (2), 296, 2013.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups And Other Papers*. London: Tavistock
- Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann.
- Bion, W. R. (1963). *Elements of Psycho-Analysis*. London: William Heinemann Medical Books Ltd.
- Bleuler, E. (1911). *La démence précoce ou le groupe des schizophrénies*. (Viallard, A., trad.). Paris : E.P.E.L./G.R.E.C., 1993.
- Blinder, D. (2007). Conscious Attention in Child Analysis. *Journal of Child Psychotherapy*, 33(2), 147-161.
- Bokanowski, T. (2016). Actualité et répercussions du débat Sigmund Freud-Sándor Ferenczi. *Connexions*, 2016/2, (106) 49-70. <https://doi.org/10.3917/cnx.106.0049>.
- Bony, F. (2018). *Penser en images, mais pas sans la lettre*. UFORCA. <https://www.lacan-universite.fr/penser-en-images-pas-sans-la-lettre/>
- Borgogno, F. (2013). L'accomplissement de l'«élasticité de la technique»: le projet psychanalytique et le parcours de Sándor Ferenczi. *Le Coq-héron*, 212, 59-68. PUF. <https://doi.org/10.3917/cohe.212.0059>
- Bourdin, D. (2017). Penser les "temps" préhistoriques de la vie psychique. Dans J. Bouhsira (Éd.), *L'originale et l'archaïque*, pp. 11-32. Paris cedex 14: PUF. <https://doi.org/10.3917/puf.misso.2017.03.0011>

- Brien, M. (2001). Corps en résonance: le corps, cet allié négligé dans l'intervention. Dans Le corps et l'analyse. *Revue des sociétés françaises en analyse bioénergétique*, 2 (2).
- Brun, A. (2020). Intersubjectivité et médiation thérapeutiques. *L'Évolution Psychiatrique*. 85(4), 529-540. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2020.06.011>
- Buffone, J. (2019). La construcción del esquema corporal infantil desde una perspectiva merleau-pontyana. La propiocepción como fundamento del accouplement fenomenológico. *Areté*, 31(2), 297-320. <https://doi.org/10.18800/arete.201902.002>
- Bullinger, A. (2000). De l'organisme au corps : une perspective instrumentale. *Enfance*, 3, 213-220.
- Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*. Paris : Éres. <https://doi.org/10.3917/eres.bulli.2007.01>
- Cabrol, G. (2015). Le Nebenmensch et ses avatars. *Revue française de psychanalyse*, 79, 419-431. <https://doi.org/10.3917/rfp.792.0419>
- Calvy, O., Bernard, I., Gorbatova, N., Laquéize-Waniek, E., Basset, A., Filippi, A., & Rossi, G. (2016). L'autisme au prisme de la psychanalyse. Séminaire de psychanalyse ALI Alpes-Maritimes–AEFL.
- Castanet, D. (2004). Le réel du corps: phénomènes psychosomatiques et symptôme. *L'en-jelacanian*, 3, 107-123. <https://doi.org/10.3917/enje.003.0107>
- Castarède, M. (2007). Le rythme et la mélodie. *Spirale*, (44), 39-46. <https://doi.org/10.3917/spi.044.0039>
- Catão, I. (2011). Du réel du bruit au réel de la voix: la musique de l'inconscient et ses impasses. *Insistance*, 5, 19-34. <https://doi.org/10.3917/insi.005.0019>
- Rosa, H. (2018). *Résonance : Une sociologie de la relation au monde*. (Trad. S Zilberfarb, S. Raquillet). Paris : La Découverte.
- Célérier, M. (2013). Le corps de l'analyste. *Champ psy*, 63, 19-26. <https://doi.org/10.3917/cpsy.063.0019>
- Chabert, C. (2008). L'interdit du toucher et le transfert paradoxal. Dans D. Anzieu (Éd.), *Didier Anzieu: le Moi-peau et la psychanalyse des limites* (pp. 31-47). Toulouse: Éres. <https://doi.org/10.3917/eres.rouss.2008.01.0031>
- Chan, J. (2014). Le contre-transfert à l'épreuve de l'archaïque. Le paradoxe de la contention. *Pratiques en santé mentale*, 60, 45-49. <https://doi.org/10.3917/psm.144.0045>
- Charles, E. (2020). Thèse Les préalables à l'émergence des échanges de regards spontanés avec l'autre chez l'enfant autiste. *Psychologie*, p. 28. Université Paris Cité.
- Chervet, B. (2010). Source pulsionnelle et corps érogène, des inscriptions de l'après-coup. *Revue française de psychanalyse*, 74, 1487-1494. <https://doi.org/10.3917/rfp.745.1487>
- Chirpaz, F. (2002). Le corps, scène de l'existence. *Revue internationale de philosophie*, 222, 535-548. <https://doi.org/10.3917/rip.222.0535>
- Choplin, H. (2020). Le collectif et ses énigmes. Hermann.

- Chouvier, B., Roussillon, R. (2008). *Corps, acte et symbolisation: Psychanalyse aux frontières*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.chouv.2008.01>
- Christaki, A. (2009). Enjeux du temps et du rythme dans la clinique infantile. *Champ psychosomatique*, 54, 71-80. <https://doi.org/10.3917/cpsy.054.0071>
- Ciccone, A., Lhopital M. (2001). *Naissance à la vie psychique*. Dunod.
- Ciccone, A. (2005). L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53 (1-2), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.01.002>
- Ciccone, A. (2008). L'archaïque et l'infantile. *Spirale*, 45, 133-147. <https://doi.org/10.3917/spi.045.0133>
- Ciccone, A., Mellier, D. (2011). *Le bébé et le temps: attention, rythme et subjectivation*. Dunod.
- Cohn, J., Tronik, E. (1987). Mother-infant face-to-face interaction: The sequence of dyadic states at 3, 6, and 9 months. *Developmental Psychology*, 23 (1), 68-77.
- Coll, G. (2020). *El concepto de parletre en la última producción teórica de Jacques Lacan*. Repositorio Digital UNC. <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/546989>
- Coll, G. (2023). *Cuerpo, Sujeto, Parlêtre. De la ontología a la existencia*. Grama Ediciones.
- Corde, A. (2006). A l'aube de l'affect. De l'art à l'autisme. *Champ psychosomatique*. 2006/1, (41), 175-190. <https://doi.org/10.3917/cpsy.041.0175>.
- Crespin, G. (2007). *L'épopée symbolique du nouveau-né: De la rencontre primordiale aux signes de souffrance précoce*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.culle.2007.01>
- Crespin, G. (2009). Les états de sidération. *Cahiers de PréAut*, 6, 65-76. <https://doi.org/10.3917/capre.006.0065>
- Cupa, D. (2006). Une topologie de la sensualité: le Moi-peau. *Revue française de psychosomatique*, (29), 83-100. <https://doi.org/10.3917/rfps.029.0083>
- De France, C. (1979). *Dimensions de l'activité humaine: Essai sur la technique*. Paris: Anthropos.
- De La Bouillerie, H. (2023). *Être lacanien en institution*. Santé Mentale.Fr. <https://www.santementale.fr/2023/11/etre-lacanien-en-institution/>
- De Leersnyder, H. (2007). Rythmes fondamentaux du bébé. *Spirale*, (44) 4, 33-38. <https://doi.org/10.3917/spi.044.0033>
- De Mijolla-Mellor, S. (2005). De l'informe à l'archaïque. *Recherches en psychanalyse*, (3), 7-19.
- De Mijolla, A. (2002). *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Calmann-Lévy.
- De Parseval, C. (2007). De Ferenczi à Winnicott: le "nourrisson savant" et le faux self. *Le Coq-héron*, 2007/2, (18), 122-141. <https://doi.org/10.3917/cohe.189.0122>
- Decourt, P. (2006). Le fœtus dans notre inconscient de Jean Bergeret et Marcel Houser. *Revue française de psychanalyse*, 70, 1149-1152. <https://doi.org/10.3917/rfp.704.1149>

- Delassus, J. (2001). *Le Génie du fœtus*. Paris : Dunod.
- Deleuze, C., Guattari, F. (1980). *Mille Plateaux*. Éditions de Minuit.
- Deleuze, G., Guattari, F. (1991). *Qu'est-ce que la philosophie ?*. Les Éditions de Minuit.
- Deligny, F. (1945). *Graine de crapule*. Dans *Œuvres*. Paris : L'Arachnéen, 2007.
- Deligny, F. (1962 -1971). *Le Moindre geste*. Dans *Œuvres*. Paris : L'Arachnéen, 2007.
- Deligny, F. (1975). *Nous et l'innocent*. Dans *Œuvres*. Paris : L'Arachnéen, 2007.
- Deligny, F. (1976). *Cahiers de l'Immuable*. Dans *Œuvres*. Paris : L'Arachnéen, 2007.
- Deligny, F. (1977). Camérer. Publié in *Trafic*, 53, 54-59, 2005.
- Deligny, F. (1978). *Le Croire et le Craindre*. Dans *Œuvres*. Paris : L'Arachnéen, 2007.
- Deligny, F. (1979). *Les vagabonds efficaces*. Dans *Œuvres*. Paris : L'Arachnéen, 2007.
- Deligny, F. (1979). *Les détours de l'agir ou le moindre geste*. Dans *Œuvres*. Paris : L'Arachnéen, 2007.
- Deligny, F. (1969-1979). *Cartes et lignes d'erre : Traces du réseau de Fernand Deligny*. Paris : L'Arachnéen, 2013.
- Deligny, F. (1983). *Camérer*. Dans *Œuvres*. Paris : L'Arachnéen, 2007.
- Delion, P. (2001). Le bébé à risque autistique Une théorie de l'organisation thérapeutique. *Devenir*, 2001/1, 13, 87-104. <https://doi.org/10.3917/dev.011.0087>.
- Delion, P. (2009). *Le travail du collectif en institution psychiatrique*. Toulouse : Érès.
- Delion, P. (2017). Accueillir l'originaire, l'archaïque en psychothérapie institutionnelle de l'enfant. Dans J. Bouhsira, S. Missonnier, *L'originaire et l'archaïque* (pp. 135-148). Paris : PUF. <https://doi.org/10.3917/puf.misso.2017.03.0135>
- Delion, P. (2022). La constellation transférentielle. Dans P. Delion, *La constellation transférentielle*. (pp. 71-88). Toulouse : Érès.
- Deluze, G. (1981). *Logique de la sensation*. Paris : Ed. de La Différence.
- Deluze, G., Guattari, F. (1980). *Mille Plateaux*. Paris : Ed. de Minuit.
- Deluze, G., Guattari, F. (1991). *Qu'est-ce que la Philosophie?*. Paris : Ed. de Minuit.
- Deniau, A. (2003). Le puéril, l'infantile, l'archaïque ou La toile de fond de l'autre scène. *Che vuoi?* 2003/2, (20), 59-70. <https://doi.org/10.3917/chev.020.0059>.
- Di Ciaccia, A. (2004). *L'Enfant au risque du réel*. Paris : Éditions du Seuil.
- Di Ciaccia, A. (2005). Les stratégies de la psychanalyse dans les institutions. *Les feuillets du Courtil*. Nr. 23.

- Di Rocco, V. (2014). Enseigner à des adolescents « difficiles » : rencontrer pour transmettre. *Cliopsy*, 12, 19-28. <https://doi.org/10.3917/cliop.012.0019>
- Díaz Rossello, J. L., Guerra, V., Strauch, M., Rodríguez Rega, C., & Bernardi, R. (1991). *La madre y su bebé: primeras interacciones*. Roca Viva.
- Dolto-Tolitch, C. (2014). Réflexions sur la gestation pour autrui : Nous ne sommes pas des mammifères comme les autres. *Le Débat*, 180, 147-153. <https://doi.org/10.3917/deba.180.0147>
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Le Seuil.
- Dolto, F. (1985). *La cause des enfants*. Paris: Robert Laffont.
- Dolto, F. (1987). *Solitude*. (p. 68). Paris: Le Livre de poche.
- Dupont, J. (1994). *The Clinical Diary of Sándor Ferenczi*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dupont, J. (1998). The concept of trauma according to Ferenczi and its effects on subsequent psycho-analytical research. *International Forum of Psychoanalysis*, 7, 235–240.
- Dupont, L. (2023). *Faire avec le réel de l'existence*. Hebdo-Blog. <https://www.hebdo-blog.fr/faire-reel-de-l'existence>
- Dupré La Tour, M. (2002). Le lien: repères théoriques. *Dialogue*, 2002/1, (155), 27-40. <https://doi.org/10.3917/dia.155.0027>.
- Durmanova, H. (2010). La sensorialité dans le lien: une matière première en quête de sens. *Le Divan familial*, 25, 49-65. <https://doi.org/10.3917/difa.025.0049>
- Durmanova, H. (2010). La sensorialité dans le transfert. *Le Carnet PSY*, 147, 33-39. <https://doi.org/10.3917/lcp.147.0033>
- Encaoua, E. (2002). La dimension de la rencontre dans la cure psychanalytique. *Le Coq-héron*, 171, 47-56. <https://doi.org/10.3917/cohe.171.56>
- Empain, J. (2019). *Cartographier, (ra)conter, Folmer et juxtaposer: Des narratives pour l'éducation* (Thèse doctorale). Universitat Autònoma de Barcelona.
- Farges F., Farges, N., Lheureux-Davidse, C., Missonnier, S. (2023). *Aux origines de la vie psychique : psychanalyse et vie fœtale*. Paris : Ithaque.
- Fedida, P. (2007). *Humain/Déshumain*. Paris : PUF.
- Ferenczi, S. (1919). *La technique psychanalytique*. Dans *Psychanalyse II*. (Dupont, J. et Viliker, M. Trads.). Paris : Payot, 1970.
- Ferenczi, S. (1923). *Le rêve du nourrisson savant*. Dans *Psychanalyse III*. (Dupont, J. et Viliker, M. Trads.). Paris : Payot, 1974.
- Ferenczi, S. (1924). *Thalassa : Psychanalyse des origines de la vie sexuelle*. Dans *Psychanalyse III*. (Dupont, J. et Viliker, M. trads.). Paris : Payot, 1974.
- Ferenczi, S. (1928a). *Élasticité de la technique psychanalytique*. Dans *Psychanalyse IV*. (Sabourin, P. J. Dupont, et al. Trads.) Paris : Payot, 1982.

- Ferenczi, S. (1933). *Confusion de Langues entre les Adultes et l'Enfant*. Dans *Psychanalyse IV*. (Sabourin, P. J. Dupont, et al. Trans.) Paris : Payot, 1982.
- Ferenczi, S. (1932). *Journal clinique*. (Coq Heron, Trans.). Paris : Payot, 1985.
- Ferenczi, S. (1934). *Réflexions sur le traumatisme*. Dans *Psychanalyse IV*. (Sabourin, P., J. Dupont, et al. Trans.) Paris : Payot, 1982.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fonseca V. R. (1999). The phenomenon of object-presenting and its implications for development. *The International journal of psycho-analysis*, 80 (Pt 5), 885–897.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Fournier, L. & Raveneau, G. (2008). Anthropologie des usages sociaux et culturels du corps. *Journal des anthropologues*, 112-113, 9-22. <https://doi.org/10.4000/jda.661>
- Freud, S. (1888b). *Aphasie*. Dans *Œuvres Complètes I : 1886-1893*. (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 2015.
- Freud, S. (1895). *Esquisse d'une psychologie scientifique*. Dans *La naissance de la psychanalyse (1887-1902)*. (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 1956.
- Freud S. et Breuer J., (1895d [1893-95]). *Études sur l'hystérie*. (A. Berman, Trans.). Paris, PUF, 1971.
- Freud, S. (1896). *Lettre du 6 décembre 1896 à W. Fliess*. Dans *La Naissance de la psychanalyse (1887-1902)* (A. Berman, Trans.). Paris : PUF, 1973.
- Freud, S. (1899). *L'interprétation des rêves*. (A. Berman, Trans.). Paris : PUF, 1967.
- Freud, S. (1904). *La méthode psychanalytique*. Dans *La technique psychanalytique*. (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 1972.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Dans *Œuvres complètes VI*. (M. Bonaparte, Trans.). Paris : PUF, 2006.
- Freud S., (1905). *Fragment d'une analyse d'hystérie*. Dans *Trois essais sur la théorie sexuelle. Œuvres complètes VI* (M. Bonaparte, Trans.). Paris : PUF, 2006.
- Freud, S. (1909). *Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle*. Dans *Cinq psychanalyses* (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 1954.
- Freud, S. (1910d). *Perspectives d'avenir de la thérapeutique analytique*. Dans *La technique psychanalytique*. (Berman, A. trad.). Paris : PUF, 1981
- Freud, S. (1911b). *Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques*. Dans *Œuvres complètes XI*. (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 1998.

- Freud, S. (1912). *Sur la dynamique du transfert*. Dans *Œuvres complètes XI*. (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 1998.
- Freud, S. (1912-1914). *Totem et Tabou. Quelques concordances dans la vie d'âme des sauvages et des névrosés*. Dans *Œuvres Complètes, XI* (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 1998.
- Freud, S. (1913). *L'intérêt de la psycho-analyse*. (P.-L. Assoun, Trans.). Paris : Retz-CEPL, 1980.
- Freud, S. (1914c). *Pour introduire le narcissisme*. Dans *Œuvres Complètes, XII* (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 2005.
- Freud, S. (1915-1917). *Métapsychologie*. (J. Laplanche, Trans.). Paris : Gallimard, 1968.
- Freud, S. (1919). *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. (B. Féron, Trans.). Paris : Gallimard, 1985.
- Freud, S. (1915). *Pulsions et destins de pulsions*. Dans *Métapsychologie*. (J. Laplanche, Trans.). Paris : Gallimard, 1968.
- Freud, S. (1919). *Un enfant est battu. Contribution à la connaissance de la genèse des perversions sexuelles*. Dans *Névrose, Psychose et Perversion* (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 1973.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du Principe de Plaisir*. Dans *Essais de psychanalyse*. (J. Laplanche et J.B. Pontalis. Trans.). Paris : Payot, 1981.
- Freud, S. (1923). *Le moi et le ça*. Dans *Essais de psychanalyse* (S. Jankélévitch, Trans.). Paris : Payot, 1968.
- Freud, S. (1923). *Psychanalyse*. Dans *Résultats, idées, problèmes II (1921-1938)* (M. Bonaparte, Trans.). Paris : PUF, 1985.
- Freud, S. (1925). *Ma vie et la psychanalyse*. (M. Bonaparte, Trans.). Paris : Gallimard, 1971.
- Freud, S. (1925). *Psychanalyse et médecine ou La question de l'analyse profane*. Dans *Ma vie et la psychanalyse* (M. Bonaparte, Trans.). Paris : Gallimard, 1971.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Dans *Œuvres Complètes, XVII* (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 1990.
- Freud, S. (1933). *Angoisse et vie pulsionnelle*. Dans *Nouvelle Suite des leçons d'introduction à la psychanalyse, Œuvres Complètes XIX* (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 1995.
- Freud, S. (1950c [1895]). *Projet d'une psychologie*. Dans *Lettres à Wilhelm Fliess : 1887-1904* (J. Laplanche, Trans.). Paris : PUF, 2006.
- Gantheret, F. (1968). Le corps en psychologie clinique. *Bulletin de psychologie*, 21-270, 933-935.
- Gauthier, J.-M., & Lejeune, C. (2008). Les comptines et leur utilité dans le développement de l'enfant. *Nursery rhymes and their usefulness in the child's development. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56, 413-421. doi:10.1016/j.neurenf.2008.04.009
- Golse, B (2013). *Mon combat pour les enfants autistes*. Paris : Ed. Odile Jacob

- Golse, B (2016). Des sens au sens: la place de la sensorialité Éprouver, percevoir, construire. *Revue française de psychanalyse*, 2016/4, 80, 998-1011. <https://doi.org/10.3917/rfp.804.0998>.
- Golse, B (2016). Note sur le « Sense of being » de D.W. Winnicott au regard de l'intersubjectivité et de la subjectivation. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2016/1, 6, 107-114. <https://doi.org/10.3917/jpe.011.0107>.
- Golse, B (2019). *Les destins du développement chez l'enfant*. Toulouse : Érès.
- Golse, B. (1992). L'enfant autiste, sa pensée, son corps et ses images ou De l'empreinte d'un pas qui ne s'est encore posé. *Psychiatrie de l'enfant*, 35 (2), 505.
- Golse, B. (1999). Les premières représentations mentales: L'émergence de la pensée. Dans J. Cohen-Solal (Éd.), *Au début de la vie psychique: Le développement du petit enfant*. (pp. 127-154). Paris: Odile Jacob. <https://doi.org/10.3917/oj.cohen.1999.02.0127>
- Golse, B. (2006). *L'Être-bébé: Les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse et à la phénoménologie*. Paris : PUF.
- Green A. (1970). L'affect. Dans *Revue française de Psychanalyse*, XXXIV, 5-6, p. 885-1169.
- Green, A. (1989). De la tiercéité. Dans *La pensée clinique*. (pp 259-308). Colloque de l'Unesco du 14 janvier 1989. Bibliothèque Sigmund Freud.
- https://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=96695
- Green, A. (2017). Après-coup, l'archaïque. Dans *L'originnaire et l'archaïque*. Paris : PUF. pp. 229-256. <https://doi.org/10.3917/puf.misso.2017.03.0229>.
- Guérin, C. (1998). Perspective intersubjective dans « L'Échelle des symbolisations » de D. Anzieu. Dans *Matière à symbolisation Art, création et psychanalyse*. (pp. 17-21). Paris : Delachaux et Niestlé
- Guerra V. (2007). Le rythme, entre la perte et les retrouvailles. *Spirale*, 44, 139-146.
- Guerra, V. (2015). El ritmo y la ley materna en la subjetivación y en la clínica in-fantil. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 120, 133-152.
- Haag, G. (1988). Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, (1), 36.
- Haag, G. (1986). Hypothèse sur la structure rythmique du premier contenant. *Gruppo, Revue de Psychanalyse Groupale* n° 2. pp. 45-53
- Haag, G. (2005). Temporalités rythmiques et circulaires dans la formation des représentations corporelles et spatiales au sein de la sexualité orale. Dans F. Richard (Éd.), *Autour de l'œuvre d'André Green: Enjeux pour une psychanalyse contemporaine* (pp. 181-192). Paris : PUF.
- Haag, G. (2006). Résumé d'une grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité chez l'enfant autiste. *Contraste*, 25, 313-325. <https://doi.org/10.3917/cont.025.0313>
- Haag, G. (2009). Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile. *Enfance*, 2009/1, (1), pp. 121-132. <https://doi.org/10.3917/enf1.091.0121>.

- Haag, G. (2018). *Le Moi corporel. Autisme et développement*. Paris : PUF.
- Harper, D. (2024). Rhythm. Dans *Online Etymology Dictionary*. <https://www.etymonline.com/word/rhythm>
- Head, H. (1893). On Disturbances of Sensation with special reference to the pain of visceral disease. *Brain*, 19, (1-2), 1-133.
- Hébert, F. (2015). Rythme, chant, gestes : un langage pour l'autiste. Dans F. Hébert, *Rencontrer l'autiste et le psychotique: Jeux et détours* (pp. 181-220). Paris : Dunod.
- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit, Être et Temps*. Niemeyer.
- Heimann, P. (1949). « On countertransference ». Dans *Collected Papers: About children and children no longer*. London: Routledge.
- Houzel, D. (1985). Le monde tourbillonnaire de l'autisme. Dans *Lieux de l'enfance*, (3), 169-183.
- Houzel, D. (1990). Réflexions sur la définition et la nosographie des psychoses infantiles. Dans *Autisme et psychoses de l'enfant Les points de vue actuels*. Paris : PUF.
- Houzel, D. (2004). *L'autisme infantile : une approche psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Houzel, D. (2006). L'enfant autiste et ses espaces. *Enfances & Psy*, 4 (33), 57-68. <https://doi.org/10.3917/ep.033.0057>
- Houzel, D. (2006). Les enveloppes psychiques. Dans *Enveloppes psychiques*. (pp. 13-26). Paris : PUF.
- Houzel, D. (2011). Flux sensoriels et flux relationnels chez l'enfant autiste. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2011/2, 1, 141-155. <https://doi.org/10.3917/jpe.002.0141>
- Houzel, D. (2021). La psychose de l'enfant : un déficit du travail de représentation. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2021/2 Vol. pp. 11. 407-428. <https://doi.org/10.3917/jpe.022.0407>.
- Humphreys, D. (2023). *En rue : Trajectoires psychiques et dispositifs cliniques de l'exclusion*. Paris : Ithaque.
- Humphreys, D., Diban, M. (2023). La ritournelle de la rencontre : présence et fantasmatisation de l'analyste dans la clinique de l'informe. *Enfances & Psy*, 98, 53-63. <https://doi.org/10.3917/ep.098.0053>
- Humphreys, D., Pommier, F. (2016). El cuerpo en la cura. Movimientos transferenciales e intrincación pulsional. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 19(4), 630-646. São Paulo. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2016v19n4p630.4>
- Humphreys, D., & Benhaïm, M. (2017). Adolescence, exil et individuation : périples des enfants du héros. *Cliniques méditerranéennes*, 95, 193-202. <https://doi.org/10.3917/cm.095.0193>
- Humphreys, D., Lamadrid, M. (2022). Arpenter le milieu pour faire paysage. L'émotion esthétique dans l'avènement de l'image dans la clinique de l'exclusion. *Psychologie Clinique*, 2 n° 54.
- Husserl, E. (1950). *Idées directrices pour une phénoménologie*. (P. Ricœur, Trad.). Paris : Gallimard, 1985.

- Irlinger, M., Humphreys, D. (2015). Quelques pas vers un langage de l'affect : L'environnement sensoriel dans l'advenue du langage chez un enfant autiste. *Perspectives Psy*, 54, 114-121. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2015542114>
- Ithier, B. (2015). Vous avez dit archaïque?. *Revue française de psychanalyse*, 2015/5, 79, 1649-1655. <https://doi.org/10.3917/rfp.795.1649>
- Janin-Duc, D. (2013). La clinique des autismes et leurs contextes thérapeutiques. *La revue lacanienne*, 2013/1, (14), 129-146. <https://doi.org/10.3917/lrl.131.0129>
- Joly, F. (2008). Les signes psychomoteurs précoces de l'autisme. *Contraste*, (28-29), 179-198. <https://doi.org/10.3917/cont.028.0179>
- Joly, F. (2012). Le corps et l'inconscient chez l'enfant: Prolégomènes à une métapsychologie du lien corps/psyché. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*. 2012/1, 2, 285-321. <https://doi.org/10.3917/jpe.003.0285>
- Joly, F. (2019). *La subversion sensorielle ou la sensorialité autistique : entre fonctions et fonctionnements*. 4ème Congrès International « Autisme et Psychanalyse » Paris janvier 2019. <https://www.psynem.org/Hebergement/Cippa/Association/Actualites/Cippa/2993/FJoly.pdf>
- Jozef Perelberg, R. (2013). L'inquiétante étrangeté : tierceité et temporalité. *Revue française de psychanalyse*. 2013/5, 77, 1551-1558. <https://doi.org/10.3917/rfp.775.1551>
- Jung-Rozenfarb, M. (2003). "Le corps d'abord" de Christophe Dejours. *Revue française de psychanalyse*, 2003/2, 67, 703-707. <https://doi.org/10.3917/rfp.672.0703>
- Kaës, R. (2009). La réalité psychique du lien. *Le Divan familial*, 2009/1, (22), 107-125. <https://doi.org/10.3917/difa.022.0648>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kilborne, B. (2013). Ferenczi, le trauma et l'inconscient. *Le Coq-héron*, 2013/1, (212), 36-49. <https://doi.org/10.3917/cohe.212.0036>
- Klein, M. (1929). Personification in the Play of Children. Dans *Love, guilt and reparation and other works*. London: Hogarth Press, 1985.
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. Dans *Love, guilt and reparation and other works*. London: Hogarth Press, 1985.
- Kohn, M. (2000). Enfant, enfance, infantile. *Bulletin de psychologie*, (53) 5, 449, 543-546.
- Koniceckis, A. (1999). Identité sensorielle chez le bébé et chez l'adolescent. KONICECKIS, A (1999). Identité sensorielle chez le bébé et chez l'adolescent. *Troubles de la personnalité. Troubles des conduites* (pp. 139-149). Paris : Éditions GREUPP.
- Koniceckis, A. (2009). Filiations sensorielles et processus de subjectivation. *Le Divan familial*, 22, 33-45. <https://doi.org/10.3917/difa.022.0643>
- Kristeva, J. (1977a). *Le sujet en procès. Polylogue*. Paris : Seuil.

- Küchenhoff, J. (2006). Traumatisme et conflit - une opposition?. *Revue française de psychanalyse*, 70, 553-570. <https://doi.org/10.3917/rfp.702.0553>
- Lacan, J. (1949). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous a été révélée dans l'expérience psychanalytique. *Revue Française de Psychanalyse*, 13(4), 449-455.
- Lacan, J. (1953-1954). Le Séminaire, Livre I : *Les écrits techniques de Freud (1953-1954)*. Paris : Seuil, 1975.
- Lacan, J. (1957-1958). Le Séminaire, Livre V : *Les formations de l'inconscient*. Paris : Seuil, 1998.
- Lacan, J. (1958-1959). Le Séminaire, Livre VI : *Le désir et son interprétation*. Mariniere Bl.
- Lacan, J. (1960). *Subversion du sujet et dialectique du désir*. Dans *Écrits*. Paris : Seuil.
- Lacan, J. (1960-1961). Le Séminaire, Livre VIII : *Le transfert*. Paris : Seuil, 1973.
- Lacan, J. (1964). Le Séminaire, Livre XI : *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris : Seuil, 1973.
- Lacan, J. (1969-1970). Le Séminaire, Livre XVII : *L'envers de la psychanalyse*. Paris : Seuil, 1991.
- Lacan, J. (1973-1974). Le Séminaire, Livre XXI : « *Les non-dupes errent* ». Leçon du 19 février 1974, inédit.
- Lacan, J. (1974). *Télévision*. Paris : Seuil.
- Lacan, J. (1972-1973). Le Séminaire, Livre XX : *Encore*. Paris : Seuil, 1975.
- Lacan, J. (1976). Le Séminaire, Livre XXIII : *Le sinthome*. Paris : Seuil, 2005.
- Lallier, C. (2008). Le corps, la caméra et la présentation de soi. *Journal des anthropologues*, 112-113. <https://doi.org/10.4000/jda.834>
- Lapierre, A., Aucouturier, B. (1984). *Le développement psychomoteur de la naissance à 6 ans*. Paris : Eshel.
- Laplanche, J. (2014). À partir de la situation anthropologique fondamentale. Dans *Sexuel : La sexualité élargie au sens freudien*. Paris : PUF.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse*. 7e édition. Paris : PUF.
- Lauras-Petit, A. (2009). Rythmes et contenants psychiques. *Champ psychosomatique*, 54, 105-126. <https://doi.org/10.3917/cpsy.054.0105>
- Laznik, M. (1995). *Vers la parole trois enfants autistes en psychanalyse : trois enfants autistes en psychanalyse*. Paris : Denoël.
- Laznik M. C. (2000). La voix comme premier objet de la pulsion orale?. *La Revue Psychanalyse et Enfance du Centre Alfred Binet*, n° 28, septembre 2000, pp. 103 -117.
- Laznik, M.C. (2007). La prosodie avec les bébés à risque d'autisme : clinique et recherche « Marine lors de sa rechute à 15 mois ». Dans *Langage, voix et parole dans l'autisme*. Paris : PUF.

- Laznik, M. (2010). Langage et communication chez le nourrisson avant trois mois. Dans R. Frydman, M. Szejer (Ed.) *La Naissance : Histoire, Cultures et Pratiques d'aujourd'hui*. Paris : Albin Michel.
- Laznik, M. (2013). Pulsion invocante avec les bébés à risque d'autisme. *Cahiers de PréAut*, 2013/1 (10), 23-78. <https://doi.org/10.3917/capre1.010.0023>.
- Laznik, M.C. (2006). Les interactions sonores entre les bébés devenus autistes et leurs parents. Dans *Dans mon berceau...il y a des cactus. De la souffrance du fœtus à la souffrance du bébé*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Le Poulichet, S. (2014). Créations d'enveloppes sensorielles paradoxales. *Adolescence*, 2014/4, 32 (4), 809-820. <https://doi.org/10.3917/ado.090.0809>
- Lecoq, A. (2015). À l'aube de la vie psychique, l'archaïque. *Revue française de psychanalyse*, 79, 1662-1668. <https://doi.org/10.3917/rfp.795.1662>
- Ledoux, M. (2023) *Ce qui se passe. Métapsychologie de la psychothérapie institutionnelle*. Paris : Editions Jérôme Million.
- Lefort, R., Lefort, R. (2003). *La distinction de l'autisme*. Paris : Seuil.
- Lemosof, P. (2014). L'analyse, une mise en musique?. *Les Lettres de la SPF*, 31, 105-110. <https://doi.org/10.3917/lspf.031.0105>
- León, P., Menéndez, R. (2009). Ce qui reste de Bruno Bettelheim. *Psychanalyse*, 15, 91-99. <https://doi.org/10.3917/psy.015.0091>
- Lesage, B. (2021). Tonicité : modulation, accordage, expressivité et rencontre. Dans *Un corps à construire : Tonus, posture, spatialité, temporalité*. Toulouse : Érès.
- Lévy, R. (2017). La constitution du refoulement et ses avatars. *Analyse Freudienne*. <https://www.analysefreudienne.net/blog/la-constitution-du-refoulement-et-ses-avatars-r-levy-20122017/>
- Lheureux-Davidse, C. (2003). *L'autisme infantile ou le bruit de la rencontre. Contribution à une clinique des processus thérapeutiques* Paris : L'Harmattan.
- Lheureux-Davidse, C. (2005). Autisme et addictions. *Recherches en psychanalyse*, 2005/1 (3), 31-42. <https://doi.org/10.3917/rep.003.0031>.
- Lheureux-Davidse, C. (2007). Jouer avec les mouvements, les vibrations et les rythmes dans l'émergence de la voix. *Champ psychosomatique*, 2007/4 n° 48. pp. 185-203. <https://doi.org/10.3917/cpsy.048.0185>.
- Lheureux-Davidse, C. (2014). Sensorialité et conquête du moi corporel chez de jeunes autistes. *Adolescence*, 2014/4 T. 32 n°4. pp. 821-833. <https://doi.org/10.3917/ado.090.0821>.
- Lheureux-Davidse, C. (2019). De la sensorialité à la représentation. *Les Lettres de la SPF*, 42, 17-32. <https://doi.org/10.3917/lspf.042.0017>
- Lombardi, R. (2016). Le transfert sur le corps en psychanalyse de l'enfant. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6, 167-200. <https://doi.org/10.3917/jpe.011.0167>

- Maiello, S. (1997) L'objet sonore. Hypothèse d'une mémoire auditive prénatale. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, n° 20. pp. 40-66
- Maiello, S. (2000). Traces sonores et rythmiques primordiales. Réminiscences auditives dans le travail psychanalytique. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, (26), 77-103.
- Maiello, S. (2010). À l'aube de la vie psychique : réflexions autour de l'objet sonore et de la dimension spatio-temporelle de la vie prénatale. Dans *Réminiscences : entre mémoire et oubli*. Toulouse : Érès.
- Maiello, S. (2013). En los orígenes del lenguaje: Aspectos vocales y rítmicos de la relación primaria y su ausencia en los estados autistas. *Controversias*, 13, 74-105.
- Maiello, S. (2018). Le corps, ses sens et la précocité de l'émergence du sens. *Cliniques méditerranéennes*, 97, 7-22. <https://doi.org/10.3917/cm.097.0007>
- Makhlouf, S., Carton, S., Dessons, M. (2023). Fonctions de la sensorialité dans la prise en charge thérapeutique de l'autisme infantile. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 26, e220844. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.e220844>
- Maleval, J. (2019). Qui est le maître de l'objet confié à l'autiste?. *La Cause de L'Autisme*. <https://cause-autisme.fr/2019/12/08/qui-est-le-maitre-de-lobjet-confie-a-lautiste-2/>
- Maleval, J.C. (2011). *L'autiste, son double et ses objets*. Toulouse : Érès.
- Marcelli, D. (1992). Le rôle des microrhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*, 30 (1), 57-82.
- Marcelli, D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, 44, 123-129. <https://doi.org/10.3917/spi.044.0123>
- Marinov, V. (2008). *L'archaïque*. Sèvres : Éditions EDK.
- Martens, F. (2008). Quel corps chez Freud?. *Le Coq-héron*, 2008/3 (194), 100-112. <https://doi.org/10.3917/cohe.194.0100>.
- Mauss, M. (1936). Les Techniques du corps. *Journal de Psychologie*, VOL. XXXII, no 3-4.
- Mazéas, D. (2017). Enclaves autistiques et ajustement contre-transférentiel. *Le Coq-héron*, 2017/2 N° 229. pp. 91-100. <https://doi.org/10.3917/cohe.229.0091>.
- Mazéas, D. (2019). *Les vécus traumatiques précoces et la langue sensorielle en thérapie de l'enfant*. Séminaire international : Intervention précoce et clinique du singulier : nouvelles pratiques cliniques dans le travail avec les bébés, les enfants et leurs parents. Universidad Diego Portales, Chili.
- Mazéas, D, Rajak, J, Haag, M, & Haag, G (2022). Naître aux autres, accueillir la chute. *Cliniques méditerranéennes*, 2022/1 n° 105. pp. 19-32. <https://doi.org/10.3917/cm.105.0019>.
- McDougall, J. (1982). *Théâtres du Je*. Paris : Gallimard.
- McDougall, J. (1989). *Théâtres du corps : le psychosoma en psychanalyse*. Paris : Gallimard.

- Mellier, D. (2005). La fonction à contenir : Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. *La psychiatrie de l'enfant*, 48, 425-499. <https://doi.org/10.3917/psye.482.0425>
- Mellier, D. (2006). Bébés en détresse, sujets en détresse : Comment prendre en charge des souffrances très primitives?. *Le Journal des psychologues*, 237, 62-66. <https://doi.org/10.3917/jdp.237.0062>
- Mellier, D., Ciccone, A. & Konicheckis, A. (2012). *La vie psychique du bébé : Emergence et construction intersubjective*. Dunod.
- Meltzer, D. (1980). *Exploration dans le monde de l'autisme*. Paris: Payot.
- Meltzer, D., Harris, M. (1976). *A psychoanalytical model of the child in the family in the community*. (PDF). The Harris Meltzer Trust. <https://www.harris-meltzer-trust.org.uk/pdfs/ChildinFamily.pdf>
- Meltzer, D., Sabatini Scolmati, A. (1985). La maladie psychotique dans la petite enfance. *Lieux de l'enfance*, 3, 93-110.
- Meltzer, D. & Williams, M. (1988). *The Apprehension of Beauty: The Role of Aesthetic Conflict in Development, Art, and Violence*. London: Karnac Books, 2008.
- Menès, M. (2004). *Faire corps. La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 4 (58), 27-32. (PDF). Cairn Info. https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=LETT_058_0027&download=1
- Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible*. Paris : Gallimard.
- Meschonnic, H. (1982). *Critique du rythme*. Paris : Verdier.
- Meschonnic, H. (1989). *La Rime et la vie*. Paris : Gallimard, 2006.
- Meschonnic, H. (2007). La apuesta de la teoría del ritmo (H. Savino, Trad.). *La poética como crítica del sentido*. Buenos Aires: Mármol-Izquierdo.
- Milner, M. (1955). Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. *Revue Française de Psychanalyse*, N° 5-6, 1979.
- Missonnier, S. (2007). Le premier chapitre de la vie? nidification fœtale et nidation parentale. *La psychiatrie de l'enfant*, 50, 61-80. <https://doi.org/10.3917/psye.501.0061>
- Missonnier, S. (2009). *Devenir parent, naître humain*. Paris : PUF. <https://doi.org/10.3917/puf.davi.2009.01>
- Missonnier, S. (2016). Métamorphoses périnatales. Transparence de vie et de mort de la partition prénatale. Dans R. Scelles (Dir), *Naître, grandir, vieillir avec un handicap*, (pp 77-96). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.scell.2016.01.0077>
- Missonnier, S., Boige, N. (2007). Introduction : Du fœtus au rhythm and blues. *Spirale*, 44, 11-20. <https://doi.org/10.3917/spi.044.0011>
- Missonnier, S (2007). Une relation d'objet virtuelle ? *Le Carnet PSY*, 2007/7 n° 120. pp. 43-47. <https://doi.org/10.3917/lcp.120.0043>.
- Missonnier, S., Bouhsira, J. (2017). Introduction. Dans *L'originnaire et l'archaïque* (pp. 1-9). Paris : PUF.

- Missonnier, S., Golse, B., Soulé, M. (2004). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. PUF.
<https://doi.org/10.3917/puf.misso.2004.01>
- Mitchell, S. (1998). Attachment Theory and The Psychoanalytic Tradition: Reflections On Human Relationality. *British Journal of Psychotherapy*, 15(2).
- Mosca F., Garnier A. (2007). Soignants et parents d'enfants autistes : qui aide qui?. *Thérapie Familiale*, (Vol. 28) (4), 503-522. <https://doi.org/10.3917/tf.074.0503>.
- MURATORI, F (2012). L'autisme comme conséquence d'un trouble de l'intersubjectivité primaire. *La psychiatrie de l'enfant*, 2012/1 Vol. 55. pp. 41-82. <https://doi.org/10.3917/psy.551.0041>.
- Nasio, J. (1985). *Aux limites du transfert: suicide, trauma, autisme, érotomanie, répétition, boulimie, passage à l'acte, acting out*. Paris: Rochevignes.
- Nominé, B. (2004). Quand le corps souffre du langage: Étude comparée de l'autisme et de la schizophrénie. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2004/4 (58), 19-26.
<https://doi.org/10.3917/lett.058.0019>
- Ogden, T. (2004). The Analytic Third. *Psychoanalytic Quarterly*, 73 (1), 167–195.
- Oury, J. (2005). *Le Collectif Le Séminaire de Sainte-Anne*. Paris : Champ social.
- Pankow, G. (1968). *La relation d'inconnu à inconnu*. Paris : Payot.
- Pankow, G. (1969). *L'homme et sa psychose*. Paris : Flammarion, 1993.
- Pankow, G. (1981). *L'œuvre de Pankow*. Paris : Payot.
- Perret, C. (2018). À propos d'un « geste nôtre ». La caméra dans la tentative de Fernand Deligny. Dans Blümlinger C. et Lavin M. (dir.), *Geste filmé, gestes filmiques*. Paris : Mimesis.
- Perret, C. (2021). *Le tacite, l'humain. Anthropologie politique de Fernand Deligny*. Paris : Seuil.
- Pitici, C., Mathieu, F., Charreton, G. (2010). Un transfert sensoriel. La sensorialité comme amarrage et mode d'accès à la vie psychique chez les sujets gravement précaires ou SDF. *Bulletin de psychologie*, 508, 241-247. <https://doi.org/10.3917/bupsy.508.0241>
- Gratier, M (2007). Les rythmes de l'intersubjectivité. *Spirale*, 2007/4 n° 44. pp. 47-57.
<https://doi.org/10.3917/spi.044.0047>.
- Pivaut, M. (2016). Le rythme : un aller-retour entre soi et l'autre : les intérêts d'une médiation rythme, en groupe, au sein d'une unité de jour pour enfants. *Médecine humaine et pathologie*. Dumas-01359457. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359457>
- Pla, F. (2017). De la structure corporelle aux corps en résonance. *Bioenergetic Analysis*. 27(2), 73-113. <https://doi.org/10.30820/0743-4804-2017-27-FR-73>.
- Porge, E. (2010). Fernand Deligny, un style de vie avec les autistes Y être entre les lignes. *Enfances & Psy*, 48, 130-136. <https://doi.org/10.3917/ep.048.0130>

- Prat, R. (2007). La préhistoire de la vie psychique : son devenir et ses traces dans l'opéra de la rencontre et le processus thérapeutique. *Revue française de psychanalyse*, 71, 97-114. <https://doi.org/10.3917/rfp.711.0097>
- Querrien, A. (2006). Fernand Deligny, imager le commun. *Multitudes*. 2006/1 (24), 167-174. <https://doi.org/10.3917/mult.024.0167>
- Racamier, P. (1970). *Le Psychanalyste sans divan*. Paris : Payot.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., Bjarnadottir, G., Capron, C., De Pauw, S. S., Dias, P., Dobrean, A., Döpfner, M., Duyme, M., Eapen, V., Erol, N., Esmaeili, E. M., Ezpeleta, L., Frigerio, A., Fung, D. S., Gonçalves, M., Guðmundsson, H., Jeng, S. F., Jusiené, R., Ah Kim, Y., Kristensen, S., Liu, J., Lecannelier, F., Leung, P. W., Machado, B. C., Montirosso, R., Oh, K. J., Ooi, Y. P., Plück, J., Pomalima, R., Pranvera, J., Schmeck, K., Shahini, M., Silva, J. R., Simsek, Z., Sourander, A., Valverde, J., van der Ende, J., Van Leeuwen, K. G., Wu, Y. T., Yurdusen, S., Zubrick, S. R., & Verhulst, F. C. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 456-467. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.563472>
- Rey, A. (2021). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Le Robert.
- Richard, F. (2011). Le paradigme du Nebenmensch et la fonction maternelle. *Revue française de psychanalyse*, 75, 1539-1544. <https://doi.org/10.3917/rfp.755.1539>
- Rivière, D. (2003). De l'infantile. *Che vuoi*, 20, 117-122. <https://doi.org/10.3917/chev.020.0117>
- Rouillon J. (2011). *L'inconscient et la langue*. Conférence a été donnée par J.-P. Rouillon, le 26 novembre 2011 à la section clinique de Strasbourg. UFORCA. <https://www.lacan-universite.fr/wp-content/uploads/2012/06/ROUILLON-J.-P.-18.pdf>
- Roussillon, R. (1987). Le médium malléable, la représentation de la représentation et la pulsion d'emprise. *Revue Belge de Psychanalyse*, (13).
- Roussillon, R. (2004). *À l'écoute du bébé dans l'adulte*. Rene Roussillon <https://reneroussillon.com/wp-content/uploads/2014/07/avignon-2-04.pdf>
- Roussillon, R. (2004). L'intersubjectivité : L'inconscient et le sexuel. *Le Carnet PSY*, 94, 22-28. <https://doi.org/10.3917/lcp.094.0022>
- Roussillon, R. (2008). Corps et actes messagers. Dans *Corps, acte et symbolisation. Psychanalyse aux frontières*. Louvain-la-Neuve : De Boeck. <https://doi.org/10.3917/dbu.chouv.2008.01.0023>.
- Roussillon, R. (2009). La destructivité et les formes complexes de la «survivance» de l'objet. *Revue française de psychanalyse*, 73, 1005-1022. <https://doi.org/10.3917/rfp.734.1005>
- Roussillon, R. (2010). Satisfaction et plaisir partagé. *Revue française de psychanalyse*, 74, 21-38. <https://doi.org/10.3917/rfp.741.0021>
- Roussillon, R. (2013). Symbolisations primaires et secondaires. *Revue de Psychanalyse de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, (69), 10.

- Roussillon, R. (2015). La dialéctica presencia-ausencia: para una metapsicología de la presencia. *Revista de la sociedad argentina de psicoanálisis*, (19), 93-116.
- Roussillon, R. (2017). L'incontournable dimension archaïque de la vie psychique dans l'écoute psychanalytique. *L'originnaire et l'archaïque* (pp. 97-113). Paris : PUF.
<https://doi.org/10.3917/puf.misso.2017.03.0097>
- Sami-Ali, M. (1974). L'Espace imaginaire. Dans *Ontologies du corps*. Paris : PUF.
- Sami-Ali, M. (1974). *La notion de corps*. Paris : Seuil.
- Schilder, P. (1935). *L'image du corps*. Paris : Gallimard, 1980.
- Segal, H. (1993). *Countertransference: Theory, Technique, Teaching*. London : Routledge.
- Soulé, M. (1999). La vie du fœtus. Son étude pour comprendre la psychopathologie périnatale et les prémices de la psychosomatique. *Psychiatrie de l'enfant*, 42 (1), 27-69.
- Squitieri, G. (2015). André Green et les configurations de la tiercéité. *Revue française de psychanalyse*, 2015/3, 79, 870-879. <https://doi.org/10.3917/rfp.793.0870>.
- Squverer, A. (2015). Corps handicapé, culture et norme : Penser le handicap en dehors du modèle exclusion/intégration. *Cliniques méditerranéennes*, 92, 261-276.
<https://doi.org/10.3917/cm.092.0261>
- Stern, D. (1971). A microanalysis of the mother-infant interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10, 501-507.
- Stern, D. (1989). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. London: Basic Books.
- Straus, E. (1935). *DU sens des sens*. (Thinés, G., Legrand, J. Trad.). Grenoble : Millon, 1989.
- Tendlarz, S. (2011). Enfants autistes. *La Cause freudienne*, 2011/2, n°78, pp. 103-108.
<https://doi.org/10.3917/lcdd.078.0103>
- Terriot, K. (2013). La naissance de l'acte chez Wallon : un acte de naissance pour une approche dynamique du développement. *Enfances & Psy*, 61, 10-19.
<https://doi.org/10.3917/ep.061.0010>
- Tisseron, S. (1994). Schèmes d'enveloppes et schèmes de transformation à l'œuvre dans l'image. Dans Anzieu et al., *Emergences et troubles de la pensée*. (pp. 41-67). Paris : Dunod.
- Trevarthen, C, & Aitken, K (2003). Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 2003/4 Vol. 15. pp. 309-428.
<https://doi.org/10.3917/dev.034.0309>.
- Tustin, F. (1972). *Autisme et Psychose de l'enfant*. Paris : Seuil, 1977.
- Tustin, F. (1984). Les formes autistiques. *Lieux de l'enfance* (Approche psychanalytique de l'autisme infantile), n° 3, 1985, 221-246.
- F. Tustin (1986). *Le trou noir de la psyché. Barrières autistiques chez les névrosés*. Paris. Seuil, 1989.

- Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública y Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana. (2022). Estudio de Políticas Públicas Relacionadas con la Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes. https://www.defensorianinez.cl/estud_y_estadi/estudio-de-politicas-publicas-relacionadas-con-la-salud-mental-de-ninos-ninas-y-adolescentes/
- Vinciguerra, R. (2011). Lacan, la linguistique & la linguisterie. *La Cause freudienne*, 2011/3 (79), 281-285. <https://doi.org/10.3917/lcdd.079.0281>
- Wallon, H. (1934). *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris : PUF.
- Wallon, H. (1942). *De l'acte à la pensée*. Paris : Flammarion.
- Wallon, H. (1949). *Psychologie et éducation de l'enfance*. Paris : PUF.
- Wallon, H., Lurçat, L. (1962). Espace postural et espace environnant, Le schéma corporelle. *Enfance*, 15 (1), 1-33.
- Williams, D. (1992). *S'on me touche je n'existe plus*. Paris : Éditions Robert Laffont.
- Winnicott, D. W. (1945). Primitive emotional development. *International Journal of Psychoanalysis*, 26(3-4), 137-143.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the countertransference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-74.
- Winnicott, D.W. (1951). Transitional objects & transitional phenomena. Dans *Through Pediatrics to Psychoanalysis*. New York: Basic Books INC, 1975.
- Winnicott, D. W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur : le développement des relations*. (A. Stronck-Robert, Trans.) Paris : Payot, 1999.
- Winnicott, D. W. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (J. Kalmannovitch, Trans.). Paris: Payot, 1989.
- Winnicott, D. W. (1960). *La théorie de la relation parent-enfant*. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (J. Kalmannovitch, Trans). Paris : Payot, 1969.
- Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment: The Theory of Emotional Development*. New York: International UP Inc.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. (C. Monod, J-B. Pontalis, Trans.). Paris : Gallimard, 1975.
- Winnicott, D. W. (1971b). *L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications*. Dans *Jeu et Réalité*. (C. Monod, J-B. Pontalis, Trans.). Paris : Gallimard, 1975.

- Winnicott, D. W. (1971c). *Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant*. Dans *Jeu et Réalité*. (C. Monod, J-B. Pontalis, Trans.). Paris : Gallimard, 1975.
- Winnicott, D. W. (1971d). *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels*. Dans *Jeu et Réalité*. (C. Monod, J-B. Pontalis, Trans.). Paris : Gallimard, 1975.
- Winnicott, D. W. (1988). *La Nature humaine*. (B. Weil, Trans.). Paris: Gallimard, 1990.
- Winnicott D.W. (1989). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. (J. Kalmanovitch, M. Gribinski. Trans.) Paris : Gallimard, 2000.
- Yi, Mi-Kyung (2014). Où est le jeu? « Espace potentiel » revisité. *Revue française de psychanalyse*, 78, 1150-1161. <https://doi.org/10.3917/rfp.784.1150>
- Yi, Mi-Kyung (2015). Un moi d'enfer : l'enfant impossible. Dans *L'enfant impossible*. Paris, PUF.
- Zúñiga-Fajuri, A., & Zúñiga F., M. (2020). Propuestas para ampliar la cobertura de salud mental infantil en Chile. *Acta Bioethica*, 26(1), 73-80. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2020000100073>