

THERAPIE ANALYTIQUE AVEC UN PETIT ENFANT DE 14 MOIS CONSEQUENCES TECHNIQUES DANS L'ANALYSE D'ADULTES

Christine Anzieu-Premmereur*

Résumé

Une petite fille de 14 mois présentant un symptôme de trichotillomanie a commencé à modifier une carapace de seconde peau musculaire dans l'expérience d'un premier rire en séance. Le travail analytique avec l'enfant et ses parents a permis la découverte du jeu et du plaisir de décharge agressive, après une période de négligence.

Mot clés

Dépression primaire, thérapie mère-enfant, trichotillomanie, le cadre analytique

Je suis une psychiatre française formée à la société psychanalytique de Paris à l'époque des débats entre André Green et Jean Laplanche sur la pulsion, et de la remise du corps et de l'affect au centre de la pensée analytique, longtemps réduite au niveau du langage par Lacan.

Je suis devenue analyste d'enfants dans les années 80 avec des supervisions par Serge Lebovici et René Diatkine, quand j'étais responsable d'un département de psychiatrie infantile

* [CV](#)

au Centre Alfred Binet, un lieu hautement analytique consacré à l'enfance. C'est là que j'ai créé avec des collègues le centre pour parents et nourrissons, commençant un travail que je n'ai plus jamais arrêté et qui me passionne.

J'ai aussi la chance très œdipienne d'être la fille de 2 analystes, Annie et Didier Anzieu, longtemps sources d'inhibition et d'idéalisation.

Je vais parler de la première rencontre avec une famille déprimée dont le premier enfant s'arrache les cheveux de façon compulsive. C'est un exemple d'une façon d'intervenir avec une pensée analytique fondée sur la métapsychologie Freudienne, l'aspect économique interne à l'appareil psychique mis en évidence par l'école psychosomatique de Paris et la liberté de jouer que donne Winnicott.

PAULINE, 14 MOIS, S'ARRACHE LES CHEVEUX

Pauline marche avec gêne, mal équilibrée sur de petites jambes grêles, elle est seule dans son malaise, ses parents la considèrent comme une personne indépendante qui n'a pas besoin de soutien. Son père éclate bruyamment de rire en la voyant si maladroite et effarouchée en entrant dans mon bureau. Toute la famille semble prise dans la peur de l'étranger, et laisse la toute petite fille dans l'hyper contrôle de son corps chancelant, le regard dur. Sa mère est très anxieuse, mais plus inquiète de mon regard sur elle que de sa fille qui par ailleurs va la rejeter brutalement quand enfin elle propose sa main. Pauline tombe, se relève très raide et fonce sur les jouets posés sur mon bureau, sans échanger de regard.

C'est une petite fille qui ne sourit pas, au regard sévère, la bouche amère.

Elle n'a presque pas de cheveux, sa peau est abimée et son allure est étrange, disharmonieuse. Pauline s'arrache les cheveux compulsivement depuis plusieurs mois.

D'après ses parents, c'est la réaction de leur fille à toute frustration, mais quand je cherche à faire le lien avec des événements, ils découvrent avec surprise que ce symptôme a commencé lors d'un déménagement et de la mise à la crèche de l'enfant alors âgée de 9 mois.

Le père rapporte qu'il est furieux de cette réaction de sa fille et a tendance à crier et parfois à lui prendre le bras avec violence, comme son propre père le faisait quand il se

tenait mal. Il peut parler de cette maltraitance avec légitimité, appuyé ainsi sur le modèle patriarcal, même si cet aveu est une demande d'aide de sa part.

La mère de Pauline ne peut pas tolérer la saleté, alors les cheveux tombés par terre la rendent folle, dit-elle, forçant son déni de la souffrance de l'enfant.

Pauline s'est donc avancée vers mon bureau, obstinée à éviter ses parents et à s'accrocher à un meuble. Quelques animaux en peluche attirent son attention, elle est plus intéressée par le toucher et l'aspect concret de l'objet que par sa valeur symbolique.

Son corps est solidifié autour d'une carapace musculaire maladroite, seconde peau défensive comme l'a montré Esther Bick. Elle n'est pas jolie du fait de cette contracture, cette petite fille n'est pas séduisante.

Je pense alors à de la négligence et de la violence à l'égard d'un bébé, par des parents trop angoissés et immatures. Une enfant mal accueillie, selon l'expression de Ferenczi, donc sujette à de la destructivité.

Pauline touche les jouets sans trop les regarder, ses parents lui répètent : « Dis merci au docteur, ne touche pas, excuse toi ».

L'interdit du toucher qui est le plus souvent organisateur des interdits oedipiens, manifeste ici au contraire la difficulté à donner une place générationnelle à cette petite fille. Enfant pas assez touchée par ses parents, sinon dans la douleur, elle est réprimée dans sa tentative d'action sur le monde et de curiosité. Pas de créativité !

Laissée seule face à une étrangère, Pauline tente un déplacement de son angoisse sur les jouets, interrompue dans sa quête par des parents au Surmoi trop sévère.

Je pense alors que le symptôme d'arrachage des cheveux est associé à un manque de sensations entre mère et fille, à l'absence de contenant ou de holding solide qui puisse être internalisé. J'ai le Moi Peau de Didier Anzieu en tête.

Leur crainte du jugement est extrême, un Surmoi terrifiant règne dans la pièce, et inhibe tout le monde. Comme je le fais remarquer, la mère de Pauline reconnaît combien c'est impossible pour elle de jouer avec sa fille, c'est la raison pour laquelle elle a eu besoin de la mettre à la crèche. Et le soir quand elles sont réunies, elle ne peut pas supporter les besoins de l'enfant qui touche à tout.

Je lui fais remarquer combien la présence de sa fille la soumet à de la détresse. Cette intervention entraîne un répit dans les interdictions parentales et Pauline attrape un canard en bois. Elle le pose à côté d'une poupée qu'elle a déjà explorée, et le jouet tombe par terre. Elle retient son souffle, visiblement angoissée.

Je reprends alors le canard et le pose sur la table, que je tape du plat de la main, en disant "vilain canard !". Pauline écarquille les yeux, me regarde enfin, et attend ma réaction, je répète le geste de taper la table en parlant au canard. Elle ouvre sa bouche, laisse tomber ses bras sur ses jambes et me regarde avec un éclat de surprise. La détente musculaire est impressionnante. Son allure de robot mécanique a disparu. Elle s'approche de la table, jette le canard par terre et sollicite du regard mon intervention, je répète, « Vilain canard ! » et nous entamons un jeu répétitif, où elle jette le canard par terre de plus en plus fort.

L'ambiance persécutrice de la séance s'est défaite. Pauline tape la table en jetant le canard par terre et crie en ouvrant la bouche, la tête renversée en arrière ; c'est plus un cri qu'une expression de joie, mais interprété immédiatement par sa mère comme un rire. Elle s'écrie : « ma fille n'a jamais ri ! » Cette explosion très brève est suivie d'un regard vivant excité et de la demande silencieuse de recommencer, ce que nous faisons, avec tous les jouets à portée de sa main.

Le père de Pauline est choqué que je permette cette transgression, mais comme sa femme est émue du changement chez leur fille, il accepte que je dise : « C'est un jeu ! »

Pauline cependant ne sourit pas, ne babille pas. Mais son regard est devenu vivant et elle me sollicite. C'est la fin de notre première rencontre, elle pointe une petite balle en peluche et je la laisse prendre ce jouet qu'elle va emporter chez elle, tandis que je demande aux parents de penser à rapporter le jouet lors de du 2^{ème} rendez-vous.

Ce qu'ils feront, en expliquant leur surprise car Pauline a rejoué l'animal tombé et la table tapée à chaque occasion. Ils ont accepté que ce soit un jeu, et ont été impressionnés par la capacité de leur fille à se souvenir de la séance. C'est leur première remarque positive sur Pauline.

Mais l'enfant s'arrache les cheveux tous les soirs à la maison et les cris des parents n'arrangent rien.

En venant chercher cette famille dans la salle d'attente pour le deuxième rendez-vous, j'ai été étonnée de voir ce bébé seule assise de travers sur le canapé, tenant un biberon dans sa bouche, le regard vide, tandis que les deux parents étaient assis plus loin dans des fauteuils, occupés à leur lecture.

Après des retrouvailles avec Pauline qui mit du temps à pouvoir échanger un regard, elle s'excite et répète le jeu du méchant canard. Je dis mon questionnement sur la solitude

de l'enfant avec son biberon. Les parents sont fiers d'avoir un bébé indépendant, car depuis l'âge de 6 mois, Pauline tient seule son biberon ; ils ont donc pensé qu'elle n'avait plus besoin de contact avec eux.

Je pense au lien entre la contracture musculaire de l'enfant, la tension agressive et les situations d'abandon maternel. La mère de Pauline a saisi mon trouble et a demandé un entretien seule avec moi, Un travail avec les parents va permettre des changements dans leur proximité avec le corps de leur fille et avec ses besoins primaires.

Les décharges de tension et d'agressivité vont se poursuivre chez Pauline de façon ludique. Nous jouons avec des balles que nous échangeons, tandis que j'évoque les mouvements de proximité et d'éloignement d'avec l'objet maternel.

Après plusieurs semaines de guidance avec les parents et de jeu avec Pauline, le symptôme d'arrachage des cheveux se modifie. Dès qu'elle s'arrache les cheveux, sa mère dorénavant s'installe près d'elle et lui propose graduellement un contact tendre. Une poupée trouvée dans mon bureau, dont les grands cheveux doux sont devenus un sujet de plaisir à caresser, est en voie d'être un objet fétiche.

Mais restent les besoins de Pauline de trouver des actions auto calmantes, et de passer de la décharge à créer des liens.

La thérapie de l'enfant, avec sa mère dans un premier temps, va se poursuivre plus longtemps. Le rire violent va se diversifier du déferlement anal à l'appétit de vivre, surtout quand elle a pu rencontrer le rire de sa mère qui l'imite. La valeur orgastique et sexuelle du rire était proscrite, et la dépression maternelle empêchait ce contact jouissif.

Pauline était une enfant « au-delà du principe de plaisir », nourrie de biberons sans présence de l'objet maternel, élevée dans le silence quand la parole ne sert qu'à émettre des interdits. Les besoins pulsionnels étant ignorés ou bridés, seule restait la décharge comme solution à la tension. L'expérience du plaisir nécessite la présence de l'objet et une possibilité de satisfaction. Le plaisir est aussi un partage, dans le miroir que peut offrir la mère, dans son rôle de complice et de reconnaissance du désir, avec la connivence autour du plaisir.

La complicité s'est développée avec l'analyste, certainement avec un effet de séduction de ma part, mais a permis échanges de regards, émotions, puis de rires. C'est un des rôles essentiels du tiers de fournir les éléments nécessaires à la satisfaction.

En d'identifiant à sa fille capable de joie, la mère de Pauline a commencé à trouver du plaisir à jouer avec elle. Mère abandonnée par sa propre mère, elle attendait de sa fille soutien et amour.

Mes interprétations sur les émotions de Pauline ont donné une réalité à ses affects.

L'aptitude à accueillir satisfactions, jouissances, surprises, découvertes, s'équilibre- ou pas- avec la capacité d'adaptation et de contrôle qui a une valeur d'équilibre économique. Le travail de l'analyste contribue à donner au petit enfant les moyens de se dégager des contraintes défensives qui le paralysent, comme les processus de décharge non mentalisés, courts circuits qui appauvrissent les jeux fantasmatiques et les capacités de représentation.

Le premier rire de Pauline en séance était un mélange de brutalité et de fragilité. Soumise au procédé calmant et destructif de l'arrachage de cheveux, dans une sensorialité indifférenciée, elle restait accrochée aux éléments perceptifs de la relation. C'est en effet un indice de la réaction de prématurité du moi face au traumatisme précoce. La transformation de l'excitation à travers les expériences du moi corporel, la fonction pare excitante de l'analyste qui parle et favorise la régression comme accès à la passivité, ont permis au petit enfant d'éprouver un affect plaisant. L'angoisse est parfois soluble dans le rire.

L'effet de surprise joue ici un rôle essentiel. Comme le montre Winnicott dans l'usage des Squiggle, c'est quand le patient se surprend lui-même qu'une action thérapeutique persistante peut avoir lieu : La découverte de l'inconnu, de l'inconscient jamais encore éprouvé.

« La capacité de se surprendre soi-même suppose la sécurité d'être porté par le cadre, par la relation transférentielle ; elle suppose de s'éprouver comme étant, dans l'attention et dans la sollicitude de la personne en face, de l'autre » (Schacht, 2001, p. 211).

En analyse d'enfant, l'attention flottante est associée avec la communication non seulement verbale, mais aussi non verbale, permettant ce que Green a nommé la fonction représentative de l'affect.

LE RIRE SOCIAL

J'ai observé Pauline à la crèche quand elle a 2 ans et demi : elle fonce tout droit sans regarder sa mère qui la quitte, fait un tour d'horizon des copains déjà arrivés, s'installe au

milieu et éclate de rire en secouant la tête. Un rire sauvage, forcé, C'est le signal pour le groupe : tous rient et s'approchent d'elle. Ils secouent la tête en rythme et rient à gorge déployée. Pauline se force à rire encore pour entretenir l'ambiance générale et le sentiment d'être ensemble. Sa mère est partie, le groupe est là. A chaque transition difficile, elle secoue la tête et force un rire de gorge pas très drôle, mais convainquant pour déclencher un signal de défense maniaque. La fusion avec le groupe de rieurs agités permet alors de passer la transition sans être seule avec elle-même.

Surgissement prévisible d'une décharge à la fois de tension anxieuse et excitation, le rire du petit enfant recherche la contagion. L'apport narcissique est immédiat : « j'existe, les autres m'imitent et m'entourent ». La vitalité du Moi-corps associée à la gesticulation rieuse donne la jouissance d'être au centre de l'explosion groupale.

Pour que le rire de Pauline prenne une valeur auto-érotique, il a fallu de nombreuses séances à répéter les actions jeter-taper, puis mettre dans un contenant, avant de poursuivre sur des jeux qui mettent en place la valeur symbolique de l'alternance entre présence et absence. Nous sommes sorties du registre purement économique pour avancer vers des représentations et un « travail de l'humour » comme le nomme Bergeret, quand un rire commun mère-fille est devenu possible. De plaisir moteur au plaisir émotionnel, le rire de Pauline a finalement entraîné celui de sa mère triste. Pauline n'est jamais devenue un pitre ni clown. Elle n'a pas été sollicitée non plus par ses parents dans des jeux de chatouillis excitants. Les enjeux agressifs chez son père et de désinvestissement dépressif chez sa mère ont laissé planer une menace de contrôle sadique entre eux.

La compulsion de Pauline à arracher ses cheveux et à ressentir la douleur avait pu s'apaiser puis disparaître quand ses parents ont trouvé un intérêt au toucher avec leur enfant.

Déclencher l'excitation du groupe à la crèche, dans le déni des affects dépressifs, permettait de manifester aussi les désirs agressifs. C'était un rire bruyant sans humour, parfois même sans comique. L'élaboration de la séparation d'avec la mère est restée limitée, l'objet maternel étant resté peu représentable comme source de satisfaction.

Le travail de transformation des affects négatifs, rage, tristesse, colère, ne s'est pas fait, malgré les tentatives hypomaniaques du rire en groupe, et la pauvreté des activités symboliques de cette petite fille laisse penser à une névrose de caractère en construction.

Qu'elle soit due aux turbulences émotionnelles du post-partum qui dépriment la mère, aux troubles de l'investissement parental ou au tempérament d'un bébé plus ou moins difficile à satisfaire ou à calmer, la blessure narcissique ressentie par l'enfant constitue une menace de dépression primaire.

Les angoisses dépressives sont fréquentes et passagères chez les bébés, les observations de nourrissons à leur domicile le montrent bien. Elles sont en général réparées par la qualité du holding psychique et physique. Mais un défaut de cette expérience, pour des raisons propres à la mère ou au bébé, contribue aux réactions de repli, aux désordres psychosomatiques, aux réactions négatives de l'enfant au sourire et au contact visuel.

Dans les tout premiers mois de la vie, l'enfant ne souffre pas de la perte d'un objet, la relation est encore trop fragile. Mais il est dans la lente différenciation entre soi et l'objet, et c'est la qualité de l'investissement de l'objet, encore précaire, qui sera alors touchée. C'est pourquoi la fréquence des séances est essentielle pour maintenir la construction d'un lien fiable. La dépression dite anaclitique n'apporte pas assez d'activité mentale à l'enfant, les jeux autoérotiques cessent, le fonctionnement devient opératoire ; on le voit sur le visage de ces bébés sérieux, jamais déridés, sans tonus vital, pris souvent dans la répétition infernale des comportements auto calmants, comme Pauline.

Bowlby et Winnicott l'ont pointé chacun à leur façon, ce n'est pas la séparation qui entraîne la dépression du bébé, c'est la perte de l'espoir. Un objet disparu autant qu'inaccessible, lors d'un sevrage trop rapide par exemple, une interaction avec une mère inanimée, sans vocalisations ni regards, ou une maladie, une intervention chirurgicale, tout ceci peut supprimer les liens avec l'objet et laisser le corps et le psychisme démunis. Le nourrisson est atone, en retrait, ralenti, rapidement désorganisé sur le plan psychosomatique, et peut présenter les défenses pathologiques décrites par Selma Fraiberg : l'évitement du contact visuel, la paralysie du comportement ou freezing, la transformation des affects quand, au lieu de manifester de la détresse ou de l'angoisse, un bébé maltraité manifeste une joie bruyante et une excitation désorganisée avec de l'auto agressivité. (Fraiberg, 1982, p.630).

Dans le danger de désobjectalisation, offrir une enveloppe psychique et physique, ferme et souple, est essentiel, ce serait un contenant introjectable pour le bébé, à condition que la rythmicité de l'accordage au moment des soins permette un vrai rassemblement des

sens, une action transformatrice du flux pulsionnel comme le propose Bullinger. (Bullinger, 1998). C'est dire l'importance des interventions directes auprès des nourrissons dont les mères interagissent de façon inadéquate. Le processus thérapeutique modifie l'économie psychique, le jeu du thérapeute sollicite et mobilise l'intérêt du bébé, maintient son corps en action et suscite le déroulement du fantasme qui s'y associe.

Les grands modèles de jeu s'organisent d'ailleurs autour de l'absence : le fort da, le cache-cache sont des jeux de la perte maîtrisée. La découverte et la création de jeux, de plaisirs de tous registres, la resexualisation de la vie, manifestent toujours une amélioration chez un bébé; l'apparition du sourire chez les nourrissons impassibles, du rire chez les petits devenus enfin enthousiastes, sont des signes fiables de changement.

Le jeu, dans les thérapies précoces, remplit quantité de fonctions, entre la remise en jeu des capacités relationnelles de la mère, l'engagement dans une communication œil à œil, sonorité bien rythmée avec un bébé qui n'attend que ça, ou la lente réanimation d'un nourrisson en retrait, hypotonique, presque sans désir : Jeu d'imitations, d'accordage, de miroir sonore et visuel, offrant empathie, sympathie, capacité de lire les affects.

L'échange émotionnel est le lien entre le monde interne et l'extérieur, le matériau qui permet au lien de se créer et de se poursuivre. Le danger est moins la haine que le retrait, la non-émotion, ce que Bion appelle l'anti-émotion.

Permettre à un bébé d'agir sur le monde, de se sentir capable d'action sur son corps propre et sur les autres, est essentiel. Le jeu se déploie avec un plaisir partagé, la complicité amusée du thérapeute. Il est important de rester assez naïf et enthousiaste pour être surpris par le bébé et ses formidables capacités de relation et de récupération.

Pouvoir intéresser un enfant et ses parents à son fonctionnement psychique est parfois difficile. Car c'est un moyen essentiel pour composer avec les exigences pulsionnelles. Pour ce faire, l'enfant doit pouvoir disposer d'un théâtre interne, lieu privilégié où il va pouvoir jouer avec ses objets internes lorsque la réalité ne répond pas à ses attentes. La technique psychanalytique et le cadre de nos traitements seront différents selon qu'il s'agira de construire le théâtre ou de transformer des scénarios dont la fixité tend à enfermer le sujet dans des impasses. Un des ressorts de cette entreprise, réside dans le plaisir de fonctionnement partagé avec l'enfant.

Si l'objet maternel déçoit les attentes et ne permet pas de maintenir une continuité d'investissement, le déplaisir et l'expérience de la douleur désorganise les premières représentations objectales. La décharge par le corps sera une solution rapide aux tensions.

Le jeu permet de figurer la réponse de l'objet, ce qui a été refusé ou a été impossible, les interdits comme les pertes ; le jeu permet aussi à l'enfant de satisfaire son besoin d'action et de transformation. Le thérapeute doit essayer de rester créatif pour jouer, de garder le sens de l'humour, cela permet de maintenir la différenciation entre la réalité interne et la réalité externe, tout en jouant pour de vrai ou pour de faux. On reste dans le domaine de l'illusion, pour amener à des possibilités de représentation chez le bébé et pour lui permettre de s'approprier les processus de symbolisation.

L'ANALYSTE EN SEANCE

Les conséquences des dysfonctionnements du maternel primaire mènent l'analyste à ajuster sa technique. La place de l'actuel et des défauts de symbolisation mène à un travail autour du silence, de la primauté du contre-transfert et de la transitionnalité,

LE CADRE

Comme la présence maternelle des débuts de la vie, le cadre n'est perceptible que lorsqu'il disparaît. Avec la neutralité de l'analyste, le cadre est constant, fiable, d'une qualité silencieuse évidente et assurée. Explicité par l'analyste comme un interdit paternel de la relation incestueuse, il devient la garantie d'une relation 'tenant lieu de l'amour maternel'. Le cadre, support de l'ancienne symbiose, est « incarnation des limites du corps, corps du sujet, corps unique de la mère et de l'enfant à l'intérieur duquel doit naître cette cloison qui règle leur échanges » (J.-L. Donnet).

Depuis la notion d'analyse transitionnelle de D. Anzieu et les travaux de Roussillon, le cadre est défini par la souplesse dans les analyses de patients limites, avec le maintien solide du cadre interne de l'analyste.

Si l'on retient la fonction maternelle comme pare excitation, alors la temporalité rythmée des séances, la qualité de la présence de l'analyste, l'attention à la dimension sensorielle de la rencontre, toujours reprise par le langage, est le maternel de l'analyste : La gestion de l'économie de la séance, entre silence et interventions, investissement-désinvestissement, excitation et angoisse. Les traitements de patients cas limites et

surtout psychotiques, les thérapies de petits enfants, se passent dans le registre de la dépendance et comme Winnicott l'a montré, l'analyste y devient l'objet, il n'en est plus le représentant. Des analystes formés par Anna Freud nomment l'analyste le « nouvel objet ». Ce qui s'applique dans les cures d'enfant quand l'analyste laisse « l'utilisation de l'objet » se produire en séance et offre la possibilité d'une expérience nouvelle créatrice avec l'objet.

Que décider par exemple avec les boissons apportées en séance, le téléphone portable toujours ouvert, ou qui doit être rechargé ?

H. Searles nomme symbiose de transfert les situations avec des patients psychotiques où le thérapeute assume « les attributs de la mère perçus très tôt », dans la relation préobjectale, et doit identifier en lui les mouvements de haine, emprise, rejet induit par le système dans lequel il est englobé, pour « parvenir au noyau narcissique de la répétition traumatique » écrit Pierre Fédida. Le dégagement de cette emprise ouvre sur un autre mode d'être et de relation nouveau avec l'objet.

Les qualités de l'environnement Winnicottien font écho au cadre analytique dans sa fonction de maintien et de limite. Le cadre, extension du corps maternel, fonctionne comme une enveloppe sur le mode du moi peau. Le retour périodique des séances a la continuité du support maternel, tout comme la voix de l'analyste peut être éprouvée comme flux sonore avant d'être signification.

Le risque est de transformer l'analyse en technique de maternage déssexualisé, ou de pédagogie, quand l'analyste joue le rôle d'une mère qui nourrit ses patients de ses interprétations. C'est une critique souvent adressée à Winnicott. Mais il a décrit les qualités nécessaires au 'Freudian setting' pour permettre régression et travail analytique. Depuis l'école hongroise, le trauma précoce est envisagé comme la source des fragmentations du moi, et demande une intervention où la qualité réelle de la présence est essentielle pour l'intégrité psychique. Si l'on suit Ferenczi, le narcissisme se construit avec l'intérêt positif, l'amour du monde externe, et ce sont les » les mouvements positifs du transfert qui fournissent, en quelque sorte après coup, le *contre-investissement* qui n'a pas pu se constituer au moment du trauma ». Winnicott parle de régression à la dépendance, aux besoins du moi, et de l'attention que doit y porter l'analyste car corriger les dégâts du passé serait alors possible. Verbaliser ce qui a manqué dans le passé et ce que l'analyste lui aussi peut ignorer par ses défaillances fait partie de l'attitude active requise pour les patients limites.

L'analyste doit être « transformable ». C'est un travail de métaphorisation, de verbalisation qui demande de fournir des représentations à partir d'un contre-transfert proche de la chimère « quand l'ambiance régressive s'aggrave d'un sentiment grandissant de compréhension affective des phénomènes psychiques » (M. de M'Uzan).

La qualité du fonctionnement psychique du patient affecte celle de l'analyste et certains patients rendent difficile la permanence de l'investissement, la régularité de la pensée et la capacité de rêverie de l'analyste.

CAPACITE DE REVERIE ET TRANSITIONNALITE

André Green décrit le syndrome de désertification psychique des patients qui ne peuvent supporter le cadre et ressentent une vacuité angoissante. L'unité du moi est en danger, et le face à face offrant le regard et la présence physique de l'analyste permet au moi de surmonter la détresse. Les atteintes précoces du moi, leurs conséquences économiques autant que structurales, imposent des changements dans le travail analytique. Le trouble est compris comme la conséquence de la qualité de l'environnement primaire et le soin est pensé en accord : le cadre et la personne de l'analyste recomposent un environnement qui doit fournir des qualités telles que le transfert fera revivre un reflet des relations primitives.

Appuyé sur la rêverie de l'analyste et son attention à la destructivité comprise comme un enjeu du négatif, le patient rencontre un écho à sa souffrance mais aussi une limite à ses attaques : les expériences précoces d'attente vaine de l'objet et leur cortège de réactions destructives de la pensée sont associées aux failles de l'analyste et reprises dans la tiercéité. Remettre en route des mouvements libidinaux est lutte contre le vide, Green rappelle l'influence de la relation maternelle fusionnelle sur la libido « plus libre que liée ».

La transitionnalité est essentielle, jouant sur le paradoxe d'être et de n'être pas, du semblable et du différent. L'espace transitionnel doit être continuellement récréé, et si l'espace de jeu est rétréci par la perte de confiance dans l'imaginaire maternelle, l'analyse doit être le « pont jeté vers le monde » qui réanime l'espace potentiel de créativité (L. Schacht).

La créativité de l'analyste est essentielle dans ces cas difficiles, ce qui permet le dégagement de la pulsion, l'apaisement des enjeux de perte. Fonction d'intrication des pulsions, de la destructivité, le holding chez l'analyste, permet le passage du sensoriel à

l'activité de représentation. Etre en empathie, faire sien l'autre, construire la structure encadrante, mais jouer avec la perte et l'absence, font travailler la bisexualité de l'analyste: créer des liens, manifester une présence étayante, mais loin de la toute puissance.

Les enfants en détresse comme les patients état limites manifestent l'intensité des atteintes précoces du narcissisme. L'importance de la relation à l'objet primaire maternel se rejoue dans le transfert et la temporalité de l'après-coup permet parfois la reprise d'un processus de symbolisation.

POUR CONCLURE

La joie de vivre est certes le premier stade de la libido retrouvée, mais il faut encore travailler à mettre en place les possibilités de symbolisation.

Tous les bébés qui rient ne sont pas guéris, mais ils sont sur la voie de la vitalité qui donne sa valeur à la libido pour affronter la position dépressive et les conflits oedipiens, quand le rire s'associe au plaisir du corps et aux jeux des représentations.

Dans la culture Navajo, l'enfant est un cadeau apporté par la nature que l'on doit respecter. L'évènement qui donne à l'enfant son nom et sa place et sa place dans la société est la cérémonie du Premier Rire. Cela assure à l'enfant d'être constamment sous l'attention d'un adulte, protégé dans son berceau et jamais laissé seul jusqu'à ce qu'il rie pour la première fois. C'est ce jour qui marque la naissance de l'enfant comme être social et une cérémonie spéciale marque ce premier rire.

Un vrai rire joyeux serait donc le signal de la solidité du moi.