

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2017

2017 TOU3 1580

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Alexandre MASSEREAU

Le 25 septembre 2017

LA REPRESSION DES AFFECTS CHEZ L'ENFANT ET
L'ADOLESCENT A PARTIR D'UN CAS CLINIQUE

Directeur de thèse : Dr Jean-Louis CHEVREAU

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Président
Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Assesseur
Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Assesseur
Madame le Docteur Isabelle MILLOT	Assesseur
Monsieur le Docteur Jean-Louis CHEVREAU	Suppléant

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	M. SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique	P.U. Médecine générale	
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elle (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous vous sommes très reconnaissants de votre accompagnement tout au long de l'internat et de votre soutien. Nous avons apprécié la qualité de votre enseignement durant ces quatre années et le souci que vous avez de transmettre aux internes la richesse des approches de la pédopsychiatrie.

Veillez trouver ici le témoignage de notre admiration et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Laurent Schmitt

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury.

Nous avons apprécié la qualité de votre soutien et de votre enseignement pendant notre internat.

Soyez assuré de notre considération et de notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Christophe Arbus

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail de thèse.

Nous sommes sensibles à votre investissement pour la formation des internes ainsi qu'à votre disponibilité.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de notre gratitude et de notre respect.

A Madame le Docteur Isabelle Millot

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

C'est avec grand plaisir que je rejoins le service de psychiatrie infanto-juvénile du Gers.

A Monsieur le Docteur Jean-Louis Chevreau

Je vous remercie d'avoir dirigé ma thèse et pour votre soutien. Ce travail m'a permis de prolonger mon enrichissement à travers nos échanges. Votre disponibilité ainsi que vos transmissions théoriques, à partir de la clinique, durant mon stage, ont été décisif sur mon parcours.

Soyez assuré de ma profonde estime.

A mes amis,

A Charles, compagnon depuis l'enfance dans les plus heureux et malheureux évènements.

A Rémi, mon partenaire. Merci à Lucas, Germain, Axelle, Mumu pour leur ténacité.

A Clément, nos soirées affichage, toujours partant et difficilement épuisable.

A Pedro, ton retour est proche, enfin !

Merci à Cécile, Axou, Aude, Yobé, Bawan, Sylvain, Lulu, Réda, Tata, Erwan, Anna, Matthieu, Alex, Lucie, Nadine, Loris, Laury pour ces années d'externat et internat, les soirées, les voyages...

Aux Gersois Marie et Hugo, je vous souhaite le meilleur pour la suite.

Au groupe des Purpanais, Maïté, Charlotte, Guillaume, Leila, Manon, Marion, Mathilde pour un Etai, le Vietnam, Benqué, les bons moments partagés autour d'un verre, déguisé ou pas ou pas trop.

Aux amis internes, en stage ou en formation, pour les échanges, les rires, les pots.

A Jeanne, Chloé, Aurélie, pour nos soirées, notamment du mercredi.

Aux docteurs D'estanque, Rappard, Vin, Roussel, Pracca, Koubaa, Monticelli, Grimault, Sagodi pour leurs transmissions d'expériences cliniques et théoriques.

Aux différentes personnes côtoyées lors des stages, soyez assurés de ma reconnaissance.

A ma famille,

A Sarah, qui me donne déjà tant ; en attendant notre heureuse arrivée.

A Christine, Jacques, merci de m'avoir intégré si facilement.

Claire, Antho, les baleines, la Gaspésie, à des futurs voyages.

A mes neveux, leurs sourires.

A ma sœur, pour son écoute et sa présence. A Cédric, pour les ateliers bricolage.

A mes grand-parents, pour leur bienveillance passée et présente, malgré mon choix de spécialité sans blouse blanche.

A ma mère, pour son soutien et sa tendresse.

A mon père.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	3
II. CAS CLINIQUE	5
III. DEFINITIONS.....	10
A. Emotion.....	10
B. Affect.....	10
C. Différence émotion/affect	11
D. La répression.....	12
E. La pulsion	14
IV. ASPECTS NEUROBIOLOGIQUES	16
A. Circuits qui transmettent des informations en lien avec les émotions	16
1. Systèmes ortho et parasympathique.....	16
2. Système endocrinien	16
3. Système neuronal	17
B. Exemples d'expériences précoces biologiques.....	19
1. Goût et mimiques.....	19
2. Des odeurs et des mimiques.....	21
C. Les émotions sont-elles innées ?	22
1. Théorie de l'attachement	22
2. Darwin.....	23
3. Wallon.....	24
D. Conséquences neurobiologiques de traumatismes.....	25
V. ROLES ET FONCTIONS DE L'ENVIRONNEMENT PRECOCE	27
A. Approche psychanalytique.....	27
1. Préoccupation maternelle primaire	27
2. Accordage affectif.....	28
3. Fonction contenante.....	29
4. Objet transformationnel	30
5. Trouver/créer.....	31
6. Relation homosexuelle primaire	32
B. Illustration à travers des expériences et observations	33
1. La dépression anaclitique.....	33
2. Le face à face	33

3. La falaise visuelle	34
4. Strange situation.....	36
5. Le proto-soi.....	36
VI. AGRESSIVITE/DESTRUCTIVITE	38
A. L'agressivité dans le développement de l'enfant	38
1. Agressivité selon Winnicott.....	38
2. Autoérotisme.....	39
3. Acquisition motrice.....	39
4. L'œdipe.....	40
B. Le jeu.....	41
1. Jeu et intériorisation.....	41
2. Jeu et pulsions	42
3. Comment naît le jeu ?	43
4. Devenir du jeu.....	44
C. Survivance de l'objet	45
1. La mère qui « survit »	46
2. Echec de l'expérience « détruit/trouvé »	47
D. Mécanismes de défense.....	48
1. Retournement.....	48
2. Concept d'identification à l'agresseur	48
3. Mécanisme de défense ou défense réactionnelle ?	49
a. Evitement	50
b. Réaction de « gel ».....	51
c. La lutte	51
d. Les transformations de l'affect.....	52
e. Inversion des attitudes.....	53
E. Symbolisation primaire et secondaire	54
VII. ALEXITHYMIE	56
A. Définition	56
B. Fonctionnement opératoire.....	56
C. Relations précoces.....	57
D. Défenses / Conséquences	58
VIII. CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE.....	62

I. INTRODUCTION

La puberté, c'est-à-dire la maturation biologique et sexuelle, marque l'entrée dans l'adolescence. La puberté va affecter le sujet, dans son rapport au corps et l'image de soi, aussi bien que dans son rapport aux autres et dans ses représentations de la société dans laquelle il vit.

La puberté, événement corporel, va produire l'impératif d'un remaniement psychique, entraînant une crise qui affecte tous les secteurs de la vie relationnelle et intrapsychique. Dans notre société, nous nommons cette période l'adolescence, terme qui apparaît autour de la Révolution Française et qui ne se réfère à aucune catégorie d'âge en particulier. Etymologiquement, « adolescere » signifie « grandir ».

Sortant de la période de latence, cette maturation biologique et sexuelle interroge la subjectivité du sujet, impose une remise en question et une mise à l'épreuve de son activité représentative et symbolisante. Les théories et les représentations issues de l'enfance vont être réinterrogées, amenant à une mise en sens différente des événements passés, du fait de la maturation pubertaire.

La maturation de l'appareil sexuel primaire et secondaire offre la possibilité nouvelle : celle d'éprouver l'orgasme. La décharge sexuelle se retrouvant au centre des transformations affectant le sujet pubère. Cette « capacité orgasmique » produit alors un éprouvé nouveau de plaisir, modifiant alors le rapport du sujet au plaisir, de par son existence même.

R. Roussillon (1) fait l'hypothèse que la sexualité au corps à corps avec un objet autre-sujet, avec le partenaire sexuel, retrouve les traces infantiles du corps à corps premier avec l'objet primaire. Malgré les différences importantes séparant la sexualité infantile de la sexualité adulte, un lien existe entre ces expériences prégénitales et le développement de la sexualité génitale.

En lien avec ce corps à corps premier, B. Golse (2) tente de démontrer que les mécanismes participant au développement et à l'expression des émotions chez l'infans (en deçà du langage), mais aussi ceux participant à leur évitement, sont dépendants des interactions précoces. C'est-à-dire que l'interaction est à la fois ce qui permet la mise en place de l'éprouvé des émotions et leur répression ou évacuation. Pour Golse, la future répression des affects se joue ainsi d'abord au sein même du système interactif précoce ayant pour conséquence l'une des racines de la souffrance.

On peut dire qu'il existe une dépendance entre la souffrance psychique du bébé et de l'adulte : à chaque fois que les émotions du bébé ne peuvent être perçues par lui et par l'adulte, mais aussi à chaque fois que les émotions de l'adulte ne peuvent être perçues par lui et par le bébé. La souffrance du non partage des affects entrave l'accès à la subjectivité. Souffrance également parce que le clivage corps/psyché entrave l'intégration psychosomatique, c'est-à-dire le couplage émotions, sensations, représentations.

La puberté survient chez un sujet particulier. Cette maturation, cette crise, sera différente chez chaque sujet, en fonction de son histoire singulière et expériences avec des objets autres-sujets. Son rapport à soi et au monde dépendra en partie des réponses apportées par l'environnement au moment de cette crise, mais également des réponses antérieures de l'environnement.

A partir d'un cas clinique d'une adolescente hospitalisée pour anorexie mentale restrictive, nous aborderons la question de la répression des affects. Nous venons de l'aborder, la question du vécu adolescent est en lien avec son histoire précoce.

Nous définirons dans un premier temps les concepts d'émotion et d'affect, l'un et l'autre étant utilisés différemment selon les auteurs.

Nous aborderons ensuite différentes théories portant sur l'immaturation des schémas biologiques d'origine génétique et leurs relations avec l'environnement.

Dans la partie suivante, nous verrons de quelle manière l'environnement participe au développement des affects dès le début de la relation avec le nourrisson.

Notre travail se focalisera ensuite sur les questions d'agressivité et de destructivité, articulées aux questions de la symbolisation et de son échec.

Nous finirons en développant le concept d'alexithymie.

II. CAS CLINIQUE

Marion a 15 ans. Elle est hospitalisée pour trouble du comportement alimentaire à type d'anorexie restrictive, sans conduite de purge. Elle présente un IMC à 14,28 avec une aphagie totale, ce qui conduit à une indication de sonde nasogastrique.

Comme antécédent somatique, les parents rapportent des douleurs abdominales lorsqu'elle avait 8 ans, qui perdurèrent dans le temps, amenant à multiplier les examens complémentaires dont un scanner abdominal. Aucune étiologie organique ne sera retrouvée.

Marion n'a jamais été suivie sur un plan psychiatrique.

Sur le plan scolaire, Marion est en 3ème et présente d'excellents résultats. Elle décrit avoir quelques relations avec ses pairs mais cela reste pauvre et distant dans l'ensemble.

L'ami le plus proche (le seul ?) est un voisin avec qui elle joue depuis l'enfance.

Marion prend des cours de piano, activité qu'elle investit.

Les parents peuvent dire que leur fille était désirée. Il n'est pas rapporté de difficulté ou complication durant la grossesse et l'accouchement. L'allaitement s'est effectué au sein jusqu'à 6 mois, le sevrage ne posant pas de difficulté. Le langage, la marche et la propreté ont été acquis dans des temps habituels.

Marion est décrite comme un bébé calme et sage.

Il n'est pas rapporté d'angoisse de séparation lors de l'entrée en maternelle. Durant l'année de moyenne section de maternelle, une légère perte de poids avec une perte d'appétit est constatée ainsi qu'à l'âge de 7 ans, résolutive en quelques semaines. Aucune étiologie n'est retrouvée, les causes ou explications restent comme suspendues.

Il est à noter que les parents rapportent peu d'éléments biographiques dans l'ensemble. Peu de liens entre le passé et le présent sont verbalisés.

Le début des troubles est situé par la patiente et sa famille lorsqu'elle était en 4ème, sur un versant somatique. Elle ne reprend pas le collège suite à un épisode infectieux de type pseudo-grippal. Marion sera absente plusieurs semaines du collège et passera en classe de 3ème. Le terme « d'angoisse » est avancé par les parents et serait le point de départ, la cause de la restriction alimentaire. Elle arrêtera d'aller au collège au cours du premier trimestre de 3ème, étant orientée en psychiatrie suite à une consultation avec le médecin référent sur le versant somatique des Troubles du Comportement Alimentaire.

A son arrivée, Marion se présente dans le service telle une personne âgée, marchant à petit pas, en chaussons, pyjama et gilet la plupart du temps. Lorsqu'elle parle, elle est souvent

inaudible, forçant la personne à qui elle s'adresse à lui demander de répéter ou à devoir pencher l'oreille. Le front est plissé, toujours. Elle se déplace dans le service sans élan.

Lors des entretiens, Marion commence toujours par dire qu'elle est angoissée et qu'elle aimerait ne plus l'être. Elle ne peut pas dire grand-chose de cette « angoisse », qui reste bien vague. Les entretiens se répètent autour de cette angoisse qu'elle nomme comme un calque du discours de ses parents. Si on ne lui pose pas de question, elle peut répéter qu'elle est angoissée, comme un disque rayé, passive face au soignant. Cette attitude de Marion provoque en moi des éprouvés agressifs d'énervement, des envies de la secouer. Lorsque je l'interroge sur les ateliers, activités qu'elle peut faire dans le service ou lors de ses permissions, elle est dans l'incapacité d'exprimer un affect. De plus, il m'est difficile de savoir ce qu'elle a fait précisément, sa description se limitant à nommer le nom de l'atelier. Si je souhaite en savoir plus en poursuivant mes questions, j'éprouve une impression d'agressivité mêlée d'impuissance. Cette difficulté peut renvoyer à la carence d'une narrativité, qui se retrouvera dans le discours du père.

Elle s'arrache la peau autour des ongles, assez profondément pour que le sang coule abondamment et nécessitant des soins particuliers de désinfections avec bandages. Ces visions d'automutilation sont difficilement supportables et provoquent de la répugnance chez les soignants et moi-même. Cet arrachage de la peau peut se produire au cours des entretiens aussi bien que sur les activités. Il semble que cela survient le plus fréquemment lorsque Marion est seule et vient ensuite le faire constater aux soignants.

Lorsqu'elle s'exprime, il n'y a pas de plaisir, ni de tristesse non plus. Elle aimerait reprendre une « vie normale », c'est à dire ne plus être angoissée, retourner à la maison et à l'école, comme les jeunes de son âge. Les propos qu'elle peut tenir sont plaqués, probablement au discours ambiant social que les parents reprennent.

Elle ne tient jamais des propos agressifs, ou bien d'agacement par rapport aux autres patients, soignants ou familles.

Les parents ont une présentation soignée. Ils veulent que leur fille ne soit plus angoissée pour retourner à la maison et à l'école, pour avoir une « vie normale ». Pour eux l'anorexie est secondaire à l'angoisse. Il faut donc lui enlever l'angoisse.

La mère de Marion est aide à domicile. Elle est la dernière d'une fratrie de quatre enfants. Les grands-parents maternels habitent le nord de la France. Le grand-père maternel est atteint d'une démence à corps de LEWY.

La mère rapporte que pendant son adolescence, elle a aidé ses parents agriculteurs qui avaient peu d'argent. Pour elle, les aider parce qu'ils étaient en difficulté financière, c'était bien « normal ». Elle part faire ses études à la grande ville la plus proche, est en colocation, mais revient rapidement au domicile parce qu'elle ne trouvait pas sa place auprès de ses pairs en cours ; ni dans la colocation où elle s'était installée où la préoccupation principale n'était pas de travailler les cours. L'expérience sera de courte durée : une journée en cours et une semaine en colocation. A son retour au domicile familial, elle s'inscrira dans une autre formation non souhaitée. Le fait d'habiter de nouveau chez ses parents permettra une économie de loyer. Elle relate cette histoire de vie en pleurant, après plusieurs mois de prise en charge. Elle exprime alors son angoisse de voir Marion déscolarisée, ne pouvant ainsi « réussir sa vie ». La réussite scolaire est au premier plan, excluant les autres domaines d'épanouissement. Le potentiel échec scolaire de Marion semble faire écho à l'échec antérieur de la mère dans ce domaine.

Le père de Marion est ingénieur. Il est également le dernier d'une fratrie de quatre enfants, un frère qui est l'aîné et deux sœurs. Les grands-parents paternels sont en vie, ils habitent dans le nord de la France. Le grand-père paternel de Marion est atteint de la maladie d'Alzheimer.

Le père nous parle du drame familial concernant le suicide de son propre frère aîné. Ce dernier habitait dans le nord auprès des grands-parents paternels et du reste de la fratrie. Le père a dû aller s'occuper de lui et signer une demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers. L'oncle de Marion avait un diagnostic de trouble bipolaire. Au cours de cette hospitalisation, l'oncle a eu une permission durant laquelle il se donne la mort. Nous rapportant cela, le père se pose la question du bien-fondé de sa démarche, à un niveau intellectuel. Il n'y a aucune critique et aucune colère envers son frère, le médecin ou envers sa famille. Il n'exprime pas non plus de culpabilité d'avoir signé l'hospitalisation à la demande d'un tiers, ou de tristesse. « C'est comme ça », un peu comme si cette fin tragique avait une certaine logique.

Le père nous dira qu'il admirait son frère lorsqu'il était enfant. Durant l'enfance et l'adolescence du père, le frère aîné était pris comme modèle. L'ambiance familiale était sévère et rigide, allant même jusqu'à des châtiments corporels. Ce frère aîné, durant l'adolescence, s'est rebellé contre leur père, dans un contexte de violence. Ce grand frère avait également un rôle de protecteur envers le dernier de la fratrie. Il quitta le domicile avant sa majorité, rejeté par le grand-père paternel de Marion, alternant entre « petits boulots, drogues, vagabondages », selon les termes du père. Le père de Marion, quant à lui, se décrit comme respectant les ordres de son père, ne voulant pas suivre le destin de son frère aîné,

acceptant la soumission dans cette ambiance autoritariste. Se pose alors la question de l'expression de l'agressivité chez ce père durant l'adolescence.

La sœur de Marion ne sera pas vue en entretien. Elle est présentée comme « rebelle » ; ne débarrassant pas la table, mettant de la terre en rentrant dans la maison au lieu de se déchausser, a des idées politiques qui ne sont pas en phase avec ses parents. Cette sœur étant en terminale et passant le bac à la fin de l'année, elle projette de partir dans une autre ville, pour suivre une filière qui n'existe pas dans leur ville.

Marion décrit leur relation comme étant proche jusqu'à une période récente (concomitante au début des troubles alimentaires). Marion se souvient d'un dernier souvenir agréable avec sa sœur, et avant « l'angoisse », lors d'un séjour en camping avec ses parents et sa sœur, pendant deux semaines. Elle y décrit un fonctionnement où la famille reste ensemble, n'ayant aucune activité les uns sans les autres. Marion évoque les jeux de société et parties de carte comme des moments qu'elle aimerait retrouver.

Marion et sa sœur se sont éloignées, mais depuis l'hospitalisation elle passe plus de temps à parler, ont des moments de partage. Marion semblait vivre au sein de la famille en miroir inversé de sa sœur ; elle s'attelait aux tâches ménagères, faisait ce que ses parents lui disaient de faire, travaillait bien à l'école, jouait sur demande des parents au piano pour leur faire plaisir.

Lors des entretiens familles, le père rapporte une situation de conflit avec Marion. Il lui a fait le reproche d'avoir laissé entrer le chat dans la maison, salissant le sol. Marion proteste vivement qu'elle ne l'a pas fait exprès. C'est la toute première fois depuis le début du suivi (des mois) qu'elle montre de l'agressivité et un désaccord avec son père. Lors de cet événement, son père lui répond alors qu'elle est énervée à cause de sa maladie, qu'elle est agressive parce qu'elle ne mange pas assez, faisant un lien entre agressivité et pathologie mentale.

Plusieurs enjeux conflictuels semblent se dégager dans cette famille. La soumission à l'ordre social établi étouffe les aspirations individuelles qui peuvent être teintées d'agressivité et de révolte, faisant alors planer la menace dangereuse d'une sanction par la maladie et la mort. Les traumatismes de chacun des deux parents forment une communauté qui empêche la différence et la complémentarité, ne pouvant apporter une compensation dans les réponses adressées à leur fille.

Cette expérience clinique, en lien avec les hypothèses théoriques de Roussillon et Golse, fait

ressortir plusieurs notions :

- l'immaturation des schémas biologiques d'origine génétique et leurs relations avec l'environnement,
- la prématurité de l'infans humain et de son besoin physique et affectif,
- le lien portant sur le sens des comportements à travers la narrativité parentale,
- la souffrance secondaire à l'incapacité des parents à recevoir les messages adressés, à leur donner sens, lorsqu'ils rentrent en résonance de façon trop importante avec leurs points aveugles,
- et la répression des affects en lien avec les réponses des parents ou de l'environnement, se jouant à l'adolescence mais également plus précocement.

III. DEFINITIONS

Il existe plusieurs définitions de l'émotion, ainsi que de l'affect, ne permettant pas de dégager un consensus. Dans le cadre de la thèse, nous choisissons d'inscrire cette différence dans le cadre théorique psychanalytique.

A. Emotion

Le Larousse définit l'émotion en ces termes :

« De émouvoir, d'après l'ancien français, motion, mouvement », puis :

- « Trouble subi, agitation passagère causés par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, etc.
- Réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement.
- Sous l'Ancien Régime, révolte populaire non organisée et généralement de courte durée ».

D'après cette définition, il est intéressant de noter la notion de mouvement, le lien avec l'environnement extérieur, le fait de subir et le caractère non organisé. Dans ce sens, la liste des synonymes est : « exaltation, fièvre, commotion, ébranlement, saisissement, secousse ».

D. Houzel (3), dans le Dictionnaire Internationale de la psychanalyse, a rédigé l'item « émotion » et en donne la définition suivante : « Le mot « émotion » est issu du latin « emovere : mettre en mouvement ». Il a d'abord eu le sens de mettre en mouvement physiquement, avant de prendre le sens figuré d'une mise en mouvement psychique ».

Laurent Danon-Boileau (4) remarque que le mot émotion apparaît plutôt dans le registre de l'observation directe du nourrisson.

Dans les premiers échanges mère/enfant, il vise l'état affectif de l'un ou l'autre des partenaires et les modifications de cet état au cours des mouvements d'accordage.

B. Affect

L'affect est défini dans le Larousse comme étant « un processus de décharge de l'énergie pulsionnelle qui constitue l'une des deux manifestations fondamentales de la pulsion, l'autre

étant la représentation ». L'affect étant lié au concept de pulsion, s'inscrivant dans le cadre de la théorie psychanalytique, la définition que nous pouvons en donner s'inscrit dans ce corpus.

Pour L. Danon-Boileau (4), l'affect est conjoint à la notion de représentation et que cette conjonction est elle-même à envisager comme effet de la pulsion. Ainsi, pour qu'il y ait affect, il faut qu'on puisse définir la représentation arrêtée à laquelle il est associé.

Il propose de distinguer l'affect de l'éprouvé. Ce qui permet de parler d'affect (et non pas seulement d'éprouvé), ce n'est plus l'existence d'une représentation arrêtée, mais le fait que ce qui est ressenti psychiquement puisse être envisagé comme en attente de représentation à quoi ce ressenti puisse temporairement s'attacher. C'est la possibilité de liaison à du représentable, non l'existence d'une représentation circonscrite, qui permet dès lors de distinguer affect et éprouvé.

L'affect en tant que tel se voit alors doté d'un statut de représentance qui trouve à s'imaginer diversement dans un nombre indéfini de représentation.

C. Différence émotion/affect

L. Danon-Boileau (4), fait la distinction entre émotion et affect : « l'émotion, contrairement à l'affect, apparaît comme un mouvement du sujet dont la source essentielle est un événement du monde extérieur et non une représentation qui émane de son monde intérieur. La source externe de l'émotion est liée au hic et nunc de la relation ». Il conviendrait mieux de parler d'émotion et non d'affect lors des descriptions des premières interactions.

Le contenu représentationnel associable à une émotion est toujours directement et exclusivement en relation avec la situation d'actualité, qu'il est en somme pris dans l'ici et maintenant. Tandis que la représentation associable à l'affect suppose un « décroché » de la situation d'actualité (la scène où se situe l'échange, celle où se tient le sujet).

L'affect, de par son lien à une représentation, est en relation avec l'histoire du sujet.

Nous allons illustrer cette différence à travers un exemple clinique.

Je reçois en consultation Justine qui vit en famille d'accueil. Elle m'explique qu'elle a eu une altercation violente avec le mari de l'Assistante Familiale, qu'elle a menacé avec un couteau. Ce dernier se défendit en lui donnant une gifle. Elle relate son vécu en disant qu'elle voyait son ancien beau-père lors de ce conflit, comme si elle avait à faire face directement avec lui

à cet instant précis. Puis elle me parlera des conflits et violences qu'elle subissait de ce beau-père.

Nous pouvons parler d'émotion au moment du conflit, Justine réagissant à un événement du monde extérieur, dans l'ici et maintenant. Dans l'espace proposé dans l'entretien après l'évènement, la mise en parole adressée à quelqu'un permet un décalage par rapport à la situation actuelle. La mise en place de la narrativité permet un passage vers l'affect à travers les représentations issues de l'histoire personnelle.

Cette problématique soulève la question du court-circuit des émotions liées à la situation d'actualité et le passage par l'acte.

D. La répression

La « répression » est définie dans le Larousse comme :

- « Action de réprimer, punir »
- « Action d'exercer des contraintes graves, des violences sur quelqu'un ou un groupe afin d'empêcher le développement d'un désordre »
- « Arrêt de synthèse d'un métabolite par arrêt de synthèse des enzymes impliquées à sa formation. »

Le mot « répression » a comme synonymes « châtiment, punition ».

« Répression » vient de « Reprimo » qui signifie « contenir, arrêter, faire reculer en pressant » ; mais également « se rendre maître de quelque chose, dominer. »

Catherine Parat (5) développe sa pensée à propos de la répression et de sa place au sein des différents concepts au sein de la théorie Freudienne.

Le conflit psychique est inévitable et entraîne déplaisir et souffrance, selon deux mécanismes décrits par Freud :

- le refoulement qui est caractéristique des psychonévrose et de l'organisation névrotique, c'est l'angoisse qui entraîne le refoulement,
- la répression qui se rapporte aux névroses d'angoisse et névroses actuelles, c'est la suppression des désirs qui entraîne l'angoisse.

La répression serait un travail au niveau du Moi conscient qui vise à l'effacement de l'affect tout en maintenant la représentation neutralisée au niveau du préconscient. Répression tant des pulsions sexuelles que des pulsions agressives, augmentant le risque d'une tension dont l'issue est bloquée dans les voies mentales.

Pour D. Donabedian (6), la répression de l'affect est organisée par le moi, c'est un mécanisme conscient non transposé dans l'inconscient comme c'est le cas dans le refoulement où la motion pulsionnelle et l'affect liés font l'objet d'un processus de transformation en représentation psychique inconsciente.

C. Parat (5) nous dit également que la répression est sous l'influence des objets extérieurs, dès le plus jeune âge. Elle permettrait le vivre ensemble par le frein exercé sur les formes motrices, l'agression physique, et verbale sous certaines formes, la satisfaction des pulsions partielles.

Mais elle peut entraîner de lourdes conséquences si elle s'exerce aussi sur la pensée et les fantasmes. « Il est en effet important que, parallèlement aux restrictions qu'il se voit imposer et s'impose, l'enfant puisse garder sa liberté intérieure de penser et n'ait pas le sentiment que l'adulte tout-puissant peut aussi connaître et régenter son monde intérieur. Il y a là, de nouveau, une différenciation importante entre un dedans et un dehors, liée au sentiment de la possession des pensées propres. La répression pathologique concerne l'exercice de la pensée et les restrictions des mouvements psychiques. »

Concernant les formes motrices, le comportement peut avoir une fonction défensive. Cela dépend des capacités de l'enfant à maîtriser l'excitation. Un comportement comme événement met en évidence un défaut de refoulement et fait douter du préconscient selon Gérard Szweg (7).

Il ajoute que le préconscient est le système de liaison des représentations mentales, le support de l'activité de penser.

La notion de répression est inséparable d'un point de vue qui envisage le travail de représentation dans son lien au corps selon Jacques Press (8). Non le corps représenté, mais le corps en tant que source des excitations que le psychisme a pour tâche de transformer.

J. Press cite Winnicott (9) : « Le terme « psychisme » signifie une élaboration imaginaire de parties du corps, de sensations et de fonctions somatiques, c'est-à-dire d'une pleine conscience physique ». Ce qui est en jeu touche au parcours de l'excitation du soma au psychisme, du corps au Moi. La répression tend à l'extinction pulsionnelle, au niveau zéro de l'excitation, au calme plutôt qu'à la satisfaction.

E. La pulsion

Pour Freud (10) : « La pulsion apparaît comme un concept frontière entre animique et somatique, comme représentant psychique des stimuli issus de l'intérieur du corps provenant à l'âme, comme mesure de l'exigence de travail qui est imposé à l'animique par suite de sa corrélation avec le corporel »

En 1933, il donne une nouvelle définition de la pulsion (11) :

« La source est un état d'excitation dans le corporel, le but, la suppression de cette excitation, c'est sur la voie de la source au but que la pulsion devient psychiquement efficiente. Nous la représentons comme un certain montant d'énergie qui pousse vers une direction déterminée. C'est de se pousser qu'elle tient son nom : pulsion. »

Il poursuit plus loin : « Ce but peut être atteint sur le corps propre, en règle générale se trouve interposé un objet externe, sur lequel la pulsion atteint son but externe ; son but interne reste, chaque fois, la modification corporelle ressentie comme satisfaction ».

Freud présente la pulsion comme un concept-limite, comme le lieu de l'articulation entre le corps et la psyché. C'est un concept interface entre soma et psyché. Il part du corps, du soma, et représente l'exigence de travail imposée à la psyché du fait de son lien avec le soma.

La pulsion doit être représentée dans la psyché. Elle produit des représentant-psychiques qui sont les formes par lesquelles nous pouvons connaître la pulsion.

Roussillon (1) précise que la pulsion est un concept, pas une chose, c'est une proposition théorique qui postule l'existence d'un être psychique qui n'est pas directement connaissable, si ce n'est pas l'intermédiaire de ses « représentants-psychiques ».

Ils sont au nombre de trois :

- le représentant-affect, qui regroupe toutes les formes de ce qui affecte la psyché : sensation, émotion, passion, sentiment, humeur ;
- le représentant-représentation de choses, l'exemple majeur étant les images qui composent le rêve ;
- le représentant-représentation de mots, qui correspond à l'appareil de langage.

Roussillon dresse un résumé des différentes fonctions de la pulsion :

- la décharge de tension psychique ;
- l'investissement et force de liaison ou de lien, qui est une manière de diminuer la tension ;

- quand elle devient énergie d'investissement, la pulsion contribue aux processus d'intériorisation de l'expérience subjective, à la liaison interne de celle-ci, mais elle peut aussi contribuer à son évacuation ou à son externalisation ;
- quand elle devient énergie de lien en direction de l'objet externe, celui que Roussillon appelle l'objet autre-sujet, la pulsion se charge d'une valeur messagère ; elle contribue alors aux systèmes d'échange et de communication avec les objets investis ;
- les fonctions de la pulsion varient en fonction des besoins de l'économie psychique, en fonction des modes de traitement de l'excitation que la psyché met en place au nom du principe de plaisir déplaisir.

A travers ces définitions, nous pouvons mieux saisir pour notre travail les différences entre les concepts d'émotion et d'affect. Définir les concepts de répression et de pulsion, auxquels les émotions et affects sont liés, permet de dégager l'importance du corps, du soma. Nous allons discuter du lien entre l'inné, le biologique, l'environnement, dans le développement et la répression des affects.

IV. ASPECTS NEUROBIOLOGIQUES

A. Circuits qui transmettent des informations en lien avec les émotions

1. Systèmes ortho et parasympathique

Des changements physiologiques ou corporels sont toujours associés à des émotions, en réaction à la perception d'un stimulus interne ou externe, et sont la manifestation du système nerveux autonome composé des systèmes orthosympathique et parasympathique.

Le système orthosympathique intervient dans la préparation de l'organisme à réagir aux facteurs de stress, de la mobilisation d'énergie et de sa distribution aux organes.

Le système parasympathique intervient dans les fonctions cardio-vasculaire et glandulaire, la digestion et l'élimination. Son rôle est important pour la relation et la conservation d'énergie.

Le système nerveux autonome s'autorégulerait en toile de fond de l'expérience subjective. Selon Damasio (12), il constitue alors les émotions d'arrière-plan lorsque nous nous sentons par exemple fatigués ou bien tranquilles. Le vécu émotionnel se signalant à notre conscience par les activations du système nerveux autonome.

2. Système endocrinien

Le système endocrinien intervient dans le circuit émotionnel. Par exemple, l'expression de la colère s'accompagne d'une montée de l'intonation de la voix, une tachycardie, un afflux de sang au visage (« être rouge de colère »). Les modifications affectant les viscères et l'appareil cardio-vasculaire résultent de l'activation conjointe du système nerveux autonome et des glandes endocrines.

L'activité des glandes endocrines périphériques est sous influence d'autres hormones, originaires de l'hypophyse. Ces sécrétions hypophysaires sont elles-mêmes sous la dépendance d'influences nerveuses et hormonales en provenance de l'hypothalamus.

Les principales hormones intervenant dans la régulation émotionnelle sont les catécholamines et les gluco-corticoïdes. Les catécholamines comprennent la noradrénaline et l'adrénaline, libérées par la partie interne des glandes surrénales. Les glucocorticoïdes sont libérés par la partie externe des surrénales sous l'action de l'Adreno Cortico Trophin Hormon

qui est une hormone hypophysaire.

Il existe une imbrication entre le système sympathique et le système hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien. En effet, les catécholamines modulent la sécrétion d'ACTH au niveau hypophysaire, et l'ACTH et les gluco-corticoïdes régulent la synthèse des catécholamines dans la médullo-surrénale.

3. Système neuronal

Des lésions cérébrales permettent de mettre en évidence la fonction émotionnelle de certaines zones entraînant des modifications comportementales et émotionnelles révélatrices des parties lésées. C'est ainsi que Damasio (12) a mis en évidence l'importance du cortex préfrontal ventromédian dans la régulation du comportement émotionnel.

Schématiquement, les réactions émotionnelles impliquent au moins quatre niveaux :

- le traitement sensoriel du stimulus émotif ;
- la distribution de cette information par les structures du système limbique ;
- la mise en œuvre d'une réponse par le système nerveux autonome et le système moteur ;
- le traitement cognitif de la situation par le cortex préfrontal, le cortex cingulaire et l'insula.

L'information sensorielle est traitée par le thalamus qui transmet par la suite l'information à l'amygdale, au cortex sensoriel et au cortex préfrontal.

L'amygdale relaie l'information à des nombreuses structures dont notamment l'hypothalamus (les messages entre hypothalamus et amygdale se font dans les deux sens) qui active alors le système nerveux autonome, ce qui conduit à une réaction corporelle.

Parallèlement, les structures du cortex préfrontal analysent la situation et régulent ou modifient les informations qui circulent à propos de l'événement déclenchant.

Les aspects physiologiques liés à la perception émotionnelle et les régulations sont multiples entre ces structures.

Pour Berthoz (13), il existe deux voies impliquées dans les processus émotionnels. Une voie centrale qui comprend l'amygdale, l'insula et le striatum ainsi que les structures du cortex préfrontal ventrolatéral, du cortex cingulaire antérieur ventral et du cortex orbitofrontal. La voie dorsale comprend le cortex préfrontal dorsolatéral et dorsomédian ainsi que le cortex cingulaire antérieur dorsal.

La voie ventrale servirait surtout à la régulation automatique des émotions alors que la voie dorsale correspondrait à la régulation volontaire qui inhiberait par exemple une réponse agressive.

L'identification des zones cérébrales impliquées dans les émotions particulières est encore très discutée sauf pour l'émotion de peur. Damasio (14) présente le cas d'une patiente dont l'amygdale est abîmée en raison d'une calcification résultant d'une maladie rare. Cette personne ne peut plus reconnaître la peur sur un visage, ne perçoit plus correctement le danger que peut représenter autrui.

L'hypothèse de l'amygdale en lien avec les circuits de la peur a été développée par Ledoux (15), qui fait l'hypothèse qu'il existerait deux circuits :

- une voie courte : traitement sensoriel, thalamus, amygdale, réponse
- une voie longue : traitement sensoriel, thalamus, cortex cérébral, hippocampe, amygdale, réponse.

L'amygdale exerce une action sur les structures cérébrales responsables de l'expression physiologique de peur. L'analyse de stimulus par le cortex cérébral va maintenir et inhiber l'action de l'amygdale après traitement de l'information.

Le Doux donne l'exemple d'un marcheur pensant voir un serpent. La voie courte permet une réponse instantanée donnant lieu à un sursaut et un recul de frayeur. Tandis que la voie longue permet un traitement de l'information par le cortex visuel puis au cortex sémantique (se situant dans les lobes temporaux). Si le cortex visuel « reconnaît » un serpent, l'action de recul se maintient. S'il s'agit d'un autre objet qu'un serpent, le cortex cérébral freine l'action de l'amygdale.

Damasio (12) fait la distinction entre émotions primaires et émotions secondaires. Les émotions primaires, qui seraient innées, préprogrammées, dépendent de circuits neuronaux appartenant au système limbique, au sein duquel l'amygdale et le cortex cingulaire antérieur jouent le rôle le plus important. Damasio ne pense pas que les émotions primaires rendent compte de la gamme complète des réactions émotionnelles.

Il pense qu'au cours du développement individuel, viennent ensuite des émotions secondaires qui se manifestent à partir du moment où l'on commence à percevoir des émotions et à établir des rapports systématiques entre, d'une part, certains types de phénomènes et de situations

et, d'autre part, les émotions primaires. Les structures du système limbique ne sont pas suffisantes pour sous-tendre les processus liés aux émotions secondaires. Le réseau doit être élargi et il requiert l'intervention des cortex préfrontaux et somato-sensoriels.

B. Exemples d'expériences précoces biologiques

1. Goût et mimiques

Dès la période prénatale, il existe pour le goût un modelage, c'est à dire que le fœtus est pré adapté grâce à des boucles sensori-motrices réflexes et des mécanismes plastiques qui permettent différentes formes d'apprentissage (16). Le fœtus élabore des « avant-goûts », via le liquide amniotique, de ce à quoi il sera exposé ultérieurement. Les apports alimentaires de la mère pendant la grossesse vont d'une certaine manière organiser la mémoire de l'enfant à naître. Par exemple, le fœtus déglutit davantage si du sucre est présent dans le liquide amniotique. Des mécanismes cérébraux du « renforcement positif », par un renforcement synaptique des récepteurs du sucré, pourraient être responsable de ce comportement (17). La transmission maternelle de traces sensorielles et l'aptitude du fœtus à un apprentissage créent des « attentes sensorielles ».

Chiva (18) étudia les émotions chez l'enfant à partir du réflexe gusto-facial, mettant en évidence comment une réaction biologique s'intègre dans un contexte social. Elle analyse le passage du biologique au psychique à partir de cette modalité sensorielle.

La sensation gustative est une sensation relativement pauvre du fait de l'existence de quatre saveurs de base : salé, sucré, amer et acide. Cette modalité sensorielle est fonctionnelle in utero, et possède une grande variabilité interindividuelle dans l'appréciation des saveurs. Chiva postule que cette modalité sensorielle joue un rôle d'information quant au monde environnant. En effet, il existe un retentissement affectif de l'information dans la mesure où toute sensation gustative provoque une réaction émotionnelle sur un continuum de l'agréable au désagréable. L'alimentation jouant un rôle important dans la mise en place des interactions avec l'entourage.

Le réflexe gusto-facial est présent dès la naissance et le nouveau-né réagit aux différentes saveurs par une mimique présente chez tous les enfants et différente selon les saveurs, il s'agit d'un phénomène inné et réflexe. L'entourage du bébé perçoit et interprète cette mimique en termes de déplaisir ou de plaisir. Ces mimiques ne sont alors pas considérées comme de simples plissements du visage. La réaction réflexe du bébé, dépourvue de

signification au départ pour l'enfant, est perçue immédiatement comme ayant un sens pour l'environnement.

Chiva réalisa une étude longitudinale de 34 enfants de 0 à 2 ans, leur proposant les quatre saveurs de base à des concentrations différentes. Les résultats obtenus montrent une différenciation individuelle très précoce de la réactivité aux stimulations sapides. Le réflexe gusto-facial est présent chez tous les enfants, mais avec des différences de la netteté et de l'intensité des mimiques. On observe que ces différences restent stables au cours du temps pour un même sujet, faisant évoquer une certaine précocité des processus d'individuation.

A la naissance, les bébés ont une perception nette de la stimulation sapide. A partir de trois, quatre mois, des différences apparaissent et à l'âge de 6 mois, les enfants se différencient fortement. Ces différences sont manifestes autant par la netteté des mimiques que par la sensibilité aux stimuli déclencheurs. A un an, cette différenciation individuelle est bien établie et se maintient par la suite, chaque enfant gardant un niveau de réactivité qui le caractérise.

Trois groupes se distinguent sur le plan de la sensibilité gustative, ayant des effets relationnels avec l'environnement :

- les hypergustiques ;
- le groupe moyen ;
- les hypogustiques.

Les hypergustiques, ayant des goûts et des rejets très prononcés, risquent d'être en difficultés vis-à-vis de leur entourage et en collectivité. Cela va dépendre des caractéristiques familiales relatives aux conduites et pratiques en termes d'acceptation, de rigidité ou d'anxiété. On peut alors dégager la superposition de deux facteurs, celui de la sensibilité individuelle et celui du conflit relationnel pour expliquer certaines perturbations des conduites alimentaires, ainsi que la convergence entre sensibilité gustative et réactivité émotionnelle, c'est à dire la façon dont les parents décrivent et perçoivent les réactions de l'enfant.

Cette étude montre également comment une attitude qui au départ était réflexe, acquiert par la suite une signification et s'intègre dans un processus relationnel de communication avec autrui. Dans ce sens, Chiva observe que vers 16 mois, l'enfant utilise ses mimiques en les exagérant. L'enfant accentuant les réactions provoquées par la stimulation, il répète la mimique et l'oriente vers l'adulte de façon à bien se faire comprendre par autrui.

Cette communication a pour but d'obtenir la répétition du stimulus désiré, ou encore de faire

savoir le désagrément éprouvé. S'installe alors un circuit de communication entre l'enfant et son entourage accompagné d'un apprentissage de signes déclencheurs ou inhibiteurs de conduites. Par exemple, si la mère est peu disponible ou attentive, l'enfant aura tendance à accentuer ou à diminuer l'intensité des mimiques.

Le réflexe gusto-facial est inné. L'intensité avec laquelle il se manifeste varie d'un enfant à l'autre en fonction des caractéristiques appartenant à la réactivité générale de l'enfant. La mimique initiale est d'autant plus aisément perçue et interprétée qu'elle est accentuée dès le départ. Dit autrement, plus le phénomène est accentué à la naissance, plus tôt il crée les conditions même permettant de se détacher du stimulus et d'être utilisé dans un but de communication.

2. Des odeurs et des mimiques

Sur le plan neuroanatomique, le système olfactif est la seule modalité dont les projections se font directement sur les aires paléocorticales et limbiques impliquées dans le traitement de la valeur hédonique de l'information sensorielle, sans passer par des structures relais. Ce qui implique une faible médiation cognitive (19) contrairement aux autres sens dont les circuits impliquent une composante cognitive non négligeable.

Des travaux ont eu lieu ayant pour objectif de montrer le rôle des odeurs dans le développement émotionnel et les possibilités d'acquisition et de mémorisation précoce des caractéristiques odorante dès la période prénatale (19). Ces auteurs mettent ainsi en évidence un effet postnatal de l'exposition prénatale à un arôme alimentaire en comparant deux groupes de bébés. Le premier groupe est constitué de mères qui ont absorbé des produits anisés pendant les dix derniers jours de la grossesse. Les bébés sont évalués à trois heures après la naissance et sans aucune expérience ingestive, puis quatre jours après la naissance. Dès trois heures de vie, les auteurs observent une orientation préférentielle vers l'odeur d'anis dans le groupe dont les mères avaient ingéré les produits en question, orientation préférentielle se maintenant à quatre jours. Dans le second groupe non exposé, les nouveau-nés âgés de trois heures ont été plus nombreux à exprimer des marqueurs de dégoût à la présentation de l'anis.

Les résultats mettent en évidence une aptitude à l'intégration fœtale et à maintenir cette intégration en postnatale d'une information olfactive transmise par l'alimentation maternelle.

Dans la suite de leurs travaux, ces auteurs (19) ont testé le fait de mettre un changement de perception hédonique en fonction de l'état métabolique du sujet. Ils ont enregistré les

expressions faciales de nouveau-nés de trois, quatre jours nourris au biberon et testés avant et après la prise du biberon lors de la présentation d'odeurs de laits artificiels familiers et non familiers, l'odeur de vanille et d'un stimulus témoin (eau). Les résultats mettent en évidence le fait que l'odeur de lait familier provoque des expressions faciales de dégoût et une élévation du rythme cardiaque lorsque le bébé est à satiété. Il n'est pas retrouvé de différence en fonction de l'état prandial pour les odeurs de vanille et de lait non familier. Les auteurs concluent que les caractéristiques chimio sensorielles d'un stimulus interagissent avec les fluctuations motivationnelles (satiété) et l'expérience post-natale (familiarisation à un lait particulier) afin de moduler les réactions émotionnelles d'un nouveau-né. Cela amène à une réflexion sur le fait de ne plus concevoir le nouveau-né comme doté de réponses réflexes et stimulo-dépendantes.

Le développement émotionnel témoigne d'une certaine plasticité au travers de potentialités qui s'expriment en fonction des événements rencontrés au cours de développement pré-natal et post-natal. Il existe une possibilité de régulation des réactions émotionnelles au travers de la transmission chimique encodée au niveau des structures cérébrales du nouveau-né.

C. Les émotions sont-elles innées ?

1. Théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement a été élaborée par J. Bowlby (20) dans les années cinquante. Pour cet auteur, il existe un besoin d'autrui primaire chez l'enfant, prenant appui sur des comportements innés. Pour en arriver à cette conclusion, Bowlby s'appuie sur des travaux de Lorenz, Harlow et Spitz.

Lorenz (21) met en évidence le phénomène d'empreinte dans les années 1930, déterminé de façon innée, à partir de ses expériences avec les oies. Le jeune animal va suivre et s'attacher au premier objet en mouvement qu'il verra après sa naissance. Le jeune animal pouvant montrer des réactions de détresse s'il n'a pas d'objet auquel il peut se blottir ou rester en contact, ou bien s'il perd l'objet auquel il est imprégné.

Quelques années plus tard, Spitz (22) observe des enfants vivant en pouponnière d'orphelinat. Chez ces enfants élevés dans des conditions de nutrition et d'hygiène adéquates, il remarque des retards de développement, des conduites dépressives et de prostrations pouvant conduire à la mort. Il nommera ces états comme étant le phénomène d'hospitalisme.

Bien que leurs besoins physiologiques soient correctement pourvus, les soins donnés de manière impersonnelle et rapide induisent le phénomène d'hospitalisme.

Harlow et Suomi (23), mettent en place des situations expérimentales chez le jeune macaque ayant perdu la mère et où ils font varier le type de maternage (substituts maternels variés, maternage agressif) et la durée et le degré d'isolement social (élevage avec ou sans pair...). La privation maternelle et l'isolement social ont des effets négatifs à court et moyen terme sur les comportements individuels et sociaux des jeunes singes. Ils montrent également que lorsque les jeunes macaques ont le choix entre un substitut maternel nutritionnel (mais fait de grillage) et non nutritionnel mais dont l'aspect (la fourrure) évoque la mère, ils passent davantage de temps sur ce dernier et ne fréquente l'autre que pour se nourrir.

Pour Bowlby, l'attachement mère-enfant est l'expression d'un besoin primaire d'autrui. L'attachement est inné, autonome, indépendant de la nourriture. Le bébé recherche la proximité, la relation, l'échange avec autrui en mettant en place des comportements de succion, d'étreinte, de sourire, de cris et par le fait de se mouvoir une fois qu'il en est capable. La construction de ce lien d'attachement se fait à partir de mécanismes innés, alors que le choix des personnes privilégiées se fait par apprentissage : on parlera alors de figure d'attachement.

2. Darwin

Darwin publie en 1872 « L'expression des émotions chez l'homme et l'animal » (24) et constitue l'un des premiers exemples de l'utilisation de la démarche comparative homme/animal réalisée avec l'idée d'utiliser les observations sur les animaux pour comprendre l'homme. Darwin conclut son étude sur le fait que les conduites expressives humaines sont innées et héréditaires, parce qu'utiles. Elles constitueraient des universaux de comportement déterminés phylogénétiquement chez tous les hommes et apparaissant sous des formes comparables chez les animaux.

Darwin nous donne trois arguments :

- l'expression émotionnelle utilise des patterns fixés au cours de l'évolution de l'espèce, les patterns étant universels ;
- cette fixation évolutive est liée à l'utilité originelle des émotions pour l'adaptation individuelle et pour les relations interindividuelles ;
- l'expression des émotions informe autrui de l'état et par la suite des intentions du sujet.

Les principes darwiniens étant basés sur la reconnaissance de la dimension fonctionnelle des émotions et de leur soumission aux lois générales de l'évolution biologique. Par cette approche, la fonction première des émotions est de servir à la communication. Les conduites expressives auraient été sélectionnées parce qu'elles auraient valeur de survie pour les espèces, d'où le caractère inné et universel.

3. Wallon

Wallon (25) considère que l'enfant est un être social dès sa naissance, il est « génétiquement social » et construit son identité dans et à travers les relations avec autrui.

Dans sa théorie, Wallon distingue trois types de milieux : humain, physique et symbolique. L'importance du milieu humain tient au fait de l'incapacité du nouveau-né humain à assurer seul sa survie dans les premières années de la vie. Le milieu humain agissant également comme médiateur des rapports entre le bébé et le monde physique sur lequel vont s'exercer les réactions sensori-motrices.

Les représentations composées des acquis de la culture du groupe auquel appartient le bébé, vont permettre d'accéder au maniement des concepts.

Concernant le mouvement dans le développement, Wallon fait la distinction entre la fonction d'effectation et la fonction d'expression.

L'effectation est en lien avec la préhension, la manipulation des objets et la locomotion, servant à agir sur le milieu physique.

L'expression (sourires, mimiques, postures, attitude), regroupe les moyens dont dispose l'enfant pour influencer le milieu humain.

Chez l'enfant en bas âge, l'expression est fonctionnelle avant l'effectation, (du fait de l'immaturation motrice) pouvant expliquer l'antériorité des relations vis-à-vis du milieu humain par rapport à celles vis-à-vis du milieu physique. L'expression permet au bébé d'exprimer ses besoins, ce qui lui est vital. L'entourage jouant un rôle essentiel en donnant du sens, en interprétant les comportements de l'enfant, ce décodage donnant une valeur expressive au mouvement du bébé.

Wallon décrit des « étapes de la personnalité ». Nous allons évoquer les premières de ces étapes.

Il y décrit une première phase de « symbiose physiologique » au cours des trois premiers mois. Les premiers comportements sont tournés vers les personnes dans une perspective de survie. L'entourage rend ces premiers comportements expressifs en leur accordant du sens.

Puis la phase de « symbiose affective » entre trois et neuf mois où les expressions émotionnelles sont prépondérantes et constituent le mode dominant d'échange avec l'entourage. Wallon décrit un passage de l'expressivité (stade précédent) à « l'expression pour quelqu'un ». A travers l'émotion, le bébé exprime un besoin auquel l'entourage va répondre et s'ajuster à ce comportement. A ce stade, les émotions se différencient (la colère par exemple alors qu'au stade précédent n'étaient présents que les cris, expression de détresse et le sourire, expression de plaisir) et des phénomènes de contagions émotionnelles apparaissent. Un lien peut être fait avec les observations de Spitz à propos de l'hospitalisme, où les conséquences de la carence maternelle ne deviennent manifestes qu'à partir de 6 mois, où les enfants commencent à manifester leur retrait.

Ces différents auteurs mettent en avant la composante innée des émotions. Leurs développements mettent également en évidence et de façon systématique le rôle prépondérant et précoce de l'environnement qui influence de différentes façons cet aspect inné du système émotionnel et affectif.

M. Corcos (26) rappelle que seuls 10% de nos connexions neuronales existent à la naissance, les 90% restant se construisant et se développant progressivement en fonction des stimulations provenant de l'environnement extérieur.

D. Conséquences neurobiologiques de traumatismes

Maurice Berger (27) a étudié les conséquences des traumatismes relationnels précoces, notamment dans une dimension neurobiologique.

Les troubles relationnels précoces, qu'ils soient actifs (maltraitements, interactions chaotiques, imprévisibles, incompréhensibles, scène de violence familiale) ou passifs (négligence), ont pour conséquence un stress chronique provoquant une augmentation de sécrétion de cortisol. L'axe hypothalamo-pituitaire-adrénergique est alors perturbé. Le cortisol libre augmente dans l'organisme et inonde le cerveau et en particulier le système limbique dont l'hippocampe qui possède la plus importante densité de récepteurs au cortisol. Cette zone organise la mémoire affective, l'intégration des émotions, les comportements d'attachement et la mémoire des apprentissages.

Au niveau neuronal, l'IRM en trois dimensions met en évidence une perte de 16% des neurones au niveau de l'hippocampe chez les enfants subissant un stress chronique par

rapport aux nourrissons vivant dans des milieux « normaux ». Sur un plan quantitatif, on observe une rareté des dendrites neuronales amenant à un dysfonctionnement au niveau synaptique.

Ces travaux démontrent une atteinte cérébrale réversible pendant quelques mois, puis définitive, si le taux de cortisol est constamment élevé.

Les expériences précoces impactent grandement l'architecture du cerveau et l'envergure des aptitudes de l'adulte, ainsi que sur la manière dont s'établissent les liaisons neuronales. Le développement du cerveau n'étant pas linéaire, l'ouverture des fonctions cognitives atteint son sommet à l'âge d'un an, l'enfant de 3 ans possède un cerveau deux fois plus actif que celui de l'adulte. Il existe alors un risque permanent de dysfonction lors d'absence d'expériences essentielles.

Concernant le siège neurologique des comportements d'attachement, plusieurs travaux montrent qu'il se situe au niveau du système limbique. Les premiers échanges de regard entre la mère et le bébé activent cette zone. Des difficultés de conduites d'attachement à autrui peut être dues à une atteinte de ces structures. De plus, des travaux étudiant les affects de peur s'inscrivant au niveau de l'amygdale, qui est dans une zone voisine du système limbique, met en évidence l'existence de circuits en boucle entre les deux zones.

V. ROLES ET FONCTIONS DE L'ENVIRONNEMENT PRECOCE

A. Approche psychanalytique

1. Préoccupation maternelle primaire

Pour Roussillon (1), l'enfant possède des montages biologiques, des compétences, des potentiels, qui entretiennent pendant un certain temps une première forme de contact avec l'objet : une première forme de rapport du fait d'une capacité d'imitation innée. Il propose l'hypothèse que le premier lien va être construit dans la relation à la mère comme un objet double de soi.

Le premier lien à la mère va devoir se construire comme un lien narcissique, c'est-à-dire avec un autre soi-même, un double. Cela serait une nécessité pour l'organisation psychique du bébé, pour qu'il ne soit pas trop débordé par des situations qu'il ne pourrait pas gérer et qui seraient trop énigmatiques pour lui, ne pouvant tolérer trop de différences.

Pour comprendre les caractéristiques de la relation primitive en double mise en place après la naissance, il faut se représenter l'état psychique particulier de la mère à la naissance. Winnicott (28) a décrit un état de « préoccupation maternelle primaire » qui prend naissance pendant la grossesse et s'accompagne de toute une série de signes particuliers.

Il y décrit les caractères d'adaptabilité d'une mère « suffisamment bonne » qui doit garantir les illusions du bébé, et les qualités physiques, qui concernent le « holding », le « handling » et la « présentation des objets ».

Le « holding » ou « portage » correspond à la manière dont la mère porte le bébé, le soutient. Le « handling », ou maniement, quant à lui, désigne la manière dont la mère « manipule » le bébé.

L'« object-presenting », la « présentation d'objet », décrit la façon dont la mère introduit dans sa relation au nouveau-né différents objets du monde extérieur, aussi bien des objets inanimés que des objets « autre-sujets », le père par exemple.

Ces caractéristiques de l'objet maternant ont un rôle essentiel dans la construction des toutes premières fondations du moi.

La mère doit être capable d'atteindre un stade « d'hypersensibilité » dans son attitude vis-à-vis du nourrisson, pour s'en remettre ensuite. Il parle d'une mère normalement dévouée à son enfant, capable de se mettre à sa place et de répondre à ses besoins. Winnicott n'hésite pas à

utiliser le terme de « maladie » pour caractériser cet état psychique. La mère « guérira » de cet état lorsque l'enfant l'en « délivrera ». Si la mère ne peut assurer correctement cette tâche, il décrit comment les carences maternelles interrompent le « continuum » de l'enfant et peuvent engendrer une « menace d'annihilation », laquelle correspond à une angoisse primitive très réelle qui met en péril l'existence même du self. Il évoque aussi les mères qui ne peuvent en guérir et ne lâchent pas leur bébé.

Winnicott propose le terme de « mère suffisamment bonne » pour décrire la suffisante adaptation de la mère aux besoins du bébé. Une de ces caractéristiques est qu'elle présente au bébé une constance affective suffisante. Elle est suffisamment prévisible, cohérente, transformable, dans un travail d'ajustement indispensable.

2. Accordage affectif

Dans le cadre des interactions précoces qui se trouve ici posé, « feeling shapes », se constituent de véritables lignes dramatiques, émotionnelles et temporelles ; ce qui permettrait une reconnaissance et un investissement de l'objet par le biais de ses contours rythmiques et interactifs.

En effet, Golse (2) nous dit que la communication émotionnelle (interactions affectives) se fonde précisément sur les contours rythmiques et dynamiques de l'accordage affectif tel qu'il a été décrit par D.N. Stern (29). Il y démontre le rôle central que revêtent les émotions dans la représentation de l'objet et partant, dans l'investissement de celui-ci. L'enfant se voit ainsi très tôt compétent pour décoder les modalités du style interactif de l'adulte qui prend soin de lui, soit le style de l'objet primaire ainsi que ses variations grâce à sa capacité d'inscrire dans sa psyché une sorte de moyenne de toutes ses expériences interactives préalables.

Il y aurait là un véritable travail d'abstraction puisque le bébé effectue en quelque sorte une tâche d'extraction de certains invariants interactifs.

La qualité contenant et sécurisante de l'objet suppose par ailleurs une rythmicité des échanges entre l'objet maternant et le bébé, une ritualisation des soins maternels (30) (31). La rythmicité des expériences donne une illusion de permanence. L'absence n'est tolérable et maturative que si elle alterne avec une présence dans une rythmicité qui garantisse le sentiment de continuité. La discontinuité n'est maturative que sur un fond de permanence, et la rythmicité donne une illusion de permanence.

Le partage esthétique forme un fond sur lequel va s'établir la possibilité d'un « accordage » émotionnel, selon le concept proposé par D. Stern (29). L'investissement des perceptions issues du corps propre produit des sensations et des états affectifs premiers, qui préfigurent les futurs états émotionnels du bébé.

L'accordage esthétique en double amodal doit se prolonger en un accordage émotionnel. La relation en double continue de s'établir, de se construire jusqu'à ce que l'objet soit concevable comme différent de sa représentation interne.

De la même manière qu'il y a des sensations amodales, le partage émotionnel sera lui aussi en double amodal, il y aura à la fois une correspondance en double, dans l'accordage émotionnel, et une possibilité d'écart dans les modalités de l'expression émotionnelle, pour éviter les confusions entre les deux partenaires de la relation accordée.

D. Stern propose une observation qui permet de compléter notre représentation de ce qui, dès le rapport primaire, commence à configurer la différenciation entre représentation et perception de la chose. Il souligne la fréquence d'un type d'ajustement maternel dans lequel la mère, lorsqu'elle trouve que l'expression émotionnelle du bébé n'est pas adaptée à la situation, qu'elle est excessive par exemple, atténue délibérément dans sa réponse l'intensité émotionnelle de son accordage. Cette forme d'ajustement revient à commencer à transmettre au bébé la différence entre un affect passionnel, intense, adapté à certaines conditions bien particulières, et un affect-signal qui se contente de représenter l'affect, d'en donner le signe. Ainsi commencerait à se transmettre la différence entre la chose en soi et sa simple représentation, son simple signal.

3. Fonction contenantante

La rythmicité permet l'apparition et le développement de la fonction contenantante développée par Bion.

La fonction contenantante est assurée tout d'abord par l'objet maternant, qui sera progressivement intériorisé, introjecté. Si les expériences réparatrices et intégratrices de rassemblement, de contenance sont suffisamment répétées et de manière suffisamment rythmique, le bébé pourra alors établir au-dedans ce lien tissé avec son objet. Par exemple, le portage dans les bras des parents, le fait d'être serré, peut être associé à une capacité contenantante corporelle qui sera par la suite intériorisée.

L'objet contenant n'est pas seulement contenant au sens d'un récipient (corporel), mais aussi au sens d'un « attracteur » (32), qui attire la vie pulsionnelle et émotionnelle du bébé. Il est un transformateur des vécus bruts non psychisables.

Bion (33) (34) a construit trois principales notions pour décrire la fonction contenantante :

- La naissance et la qualité de la vie psychique d'un être humain sont tributaires de l'objet maternant, plus précisément de la vie psychique de cet objet qu'il appelle « capacité de rêverie ». La rêverie décrit l'état d'esprit réceptif à toutes les projections de l'objet aimé, et capable d'accueillir ses identifications projectives, bonnes ou mauvaises.
- « La fonction alpha » transforme les contenus non pensables (éléments bêta) en éléments disponibles pour les pensées (éléments alpha). La fonction alpha permet à la mère de détoxiquer les projections du bébé dans sa rêverie interprétatrice.
- La fonction alpha permet ainsi d'appareiller les contenus projetés avec un contenant afin que ces éléments « contenants-contenus » puissent être réintrojetés et que le propre appareil à penser de l'enfant se construise peu à peu.

On peut ainsi dire que le bébé pense d'abord avec l'appareil à penser d'un autre. Son propre appareil à penser, sa propre fonction alpha, constitué dans et par cette interaction psychique intersubjective, lui permettra ensuite d'interpréter ses propres expériences émotionnelles, subjectives. La croissance repose sur l'intériorisation des « contenants-contenus » formés par le processus d'identification projective.

Cette fonction qu'accomplit la mère pour le bébé, la fonction alpha, est constitutive des premiers pas dans l'activité de pensée. Le bébé projette une partie de sa personnalité, une partie de son expérience, lorsqu'il se trouve dans un état chaotique et confus. L'objet dans lequel est expulsée l'expérience émotionnelle contient cette partie de la personnalité du bébé, et dans la « rêverie » commence le processus de formation du symbole et de la pensée.

4. Objet transformationnel

Cette capacité d'être ou de se sentir être nous fait penser à ce que C. Bollas (35) appelle objet transformationnel, concept que reprend Régine Prat (36). « La manière dont la mère tient l'enfant, dont elle le nourrit, le baigne ou l'habille, le transforme. Ces actions de la mère sur le corps de l'enfant sont vitales et constituent les fondements de la relation somatique. En chacun de nous, il y a une mémoire somatique relative aux soins maternels ». De ces expériences incarnées dans la réalité et le corps, l'enfant va pouvoir faire cette création interne.

La mère reçoit et perçoit le mouvement pulsionnel (comme par exemple la mordre) et va le

transformer en mouvement tendre. Cet objet transformationnel « est identifié par l'enfant à partir de ce qu'il éprouve comme ce qui modifie l'expérience du self ».

Par exemple, nous avons assisté lors d'une visite à domicile avec une puéricultrice, à une mère ne pouvant tenir le bébé dans ces bras et de façon plus générale, ne pouvant entrer en interaction même par le regard. Le père pouvant suppléer la mère dans le portage. Nous avons alors assisté à un portage brusque dans les gestes, et un maintien évoquant une image de parking. Ce bébé a malheureusement fini en pédiatrie pour une suspicion de bébé secoué.

5. Trouver/créer

Une question importante est celle de l'adéquation des désirs, attente et pressions de l'environnement parental avec le rythme et les facteurs de développement spécifiques de l'enfant.

La structuration de la psyché et de la subjectivité de l'enfant implique que l'environnement lui fournisse les éléments spécifiques dont il a besoin pour s'organiser et trouver ses solutions. Ces éléments, l'enfant les « préconçoit », les « pressent », il nourrit une forme d'attente diffuse mais orientée à l'égard de son environnement.

S'il « trouve » ce qu'il « pressent », ce dont il « crée » la préforme, ou si l'écart entre ce qu'il trouve et ce qu'il « attend » ne dépasse pas ces capacités d'adaptation, alors l'intégration peut s'effectuer et l'enfant va découvrir-inventer ses solutions propres et personnelles, il va pouvoir s'approprier ses potentiels.

Si la mère est suffisamment ajustée à son bébé, si elle est suffisamment empathique de ce qu'il vit et de ses besoins, suffisamment accordée, elle est capable de proposer au bébé la réponse suffisamment adéquate dont il a besoin. L'enfant « trouve » dans le monde extérieur ce qu'il « crée » dans son monde interne. Cette mise en coïncidence d'une hallucination interne et d'une perception ajustée est ce que Winnicott (28) a proposé d'appeler le « trouver-crée ».

Le bébé vit alors une expérience subjective d'illusion d'autosatisfaction. Tout semble se passer pour lui comme s'il créait ce qu'il trouve, comme s'il avait l'illusion narcissique primaire d'être à lui-même la source de sa propre satisfaction.

Si l'enfant est dans la nécessité d'avoir à trop s'adapter aux attentes et désirs de l'environnement, au détriment de ses propres processus, s'il se développe donc trop précocement un conflit entre ses besoins internes et la réalité qui lui est proposée, alors les solutions psychopathologiques commencent à se mettre en place.

Soit l'enfant peut tenter d'apporter une forme de veto ou d'alerte au sein de la relation, à partir d'un symptôme, souvent psychosomatique ou comportemental, ou encore entrer dans un processus d'inhibition.

Soit à l'inverse, il s'engage dans un processus d'adaptation forcée, accélère la maturation de son développement, se « surmature », mais sur un mode mal intégré que Winnicott a appelé « faux self » (37). L'adaptation s'effectue, mais en « faux » ; elle s'effectue, mais au prix de la qualité de l'intégration psychique.

Aussi, quand le problème d'une attribution correcte se pose, et que l'expérience subjective est désagréable, la psyché de l'enfant est en effet contrainte à des procédures coûteuses d'évitement ou même de rejet et, si celles-ci échouent, l'enfant se sent coupable, de manière diffuse, de ce qui se produit ; il s'en auto-attribue la cause. Dans les états narcissiques premiers de la subjectivité, le bébé préfère avoir l'illusion de créer ce qu'il trouve plutôt que rester dans la confusion et le chaos, dans la détresse d'une impuissance première. Le bébé préfère tenter de trouver du plaisir dans ce qui est, et, quand le déplaisir n'est pas évitable, se croire le créateur de ce qui se passe, éviter le sentiment d'impuissance et de détresse, se donner une illusion de maîtrise.

6. Relation homosexuelle primaire

Roussillon (38) reprend les différents concepts précédents pour dégager le concept de relation homosexuelle primaire.

L'affect est « observable » dans certaines de ses manifestations, mais il est aussi éprouvé, il n'est pas uniquement comportemental, il accompagne et signale le travail de mise en sens et d'intériorisation, le travail d'affectation de ce qui s'est déroulé, son adresse signifiante à l'autre. L'affect signale à l'autre, mais il signale aussi bien à soi, il signale à soi signalant à l'autre.

Winnicott soulignait qu'un bébé « ça n'existe pas », cela n'existe pas indépendamment d'un environnement qui puisse le porter, l'entourer, le signifier. L'observation des bébés n'existe pas sans la psyché de l'observateur, sans la capacité de ce dernier de représenter ce qu'il observe, de le théoriser. Les développementalistes ont pu commencer à penser la vie interne des bébés, l'observation étant rendue possible par la pensée et la complexification des conceptions (comme tout travail d'observation, quel que soit le domaine).

Winnicott propose une réponse paradoxale : l'objet est bien d'emblée présent (au moins par moments, en fonction des capacités du bébé de se concentrer et de discriminer), étant perçu comme extérieur, mais il doit aussi être constitué, « produit », signifié, « construit » comme « double », comme autre soi-même, avant de pouvoir être signifié comme agent autonome de désirs et d'intentions, comme autre-sujet.

Roussillon poursuit :

« Une double menace pèse donc sur la relation : que l'objet ne soit pas différencié d'une part, qu'il ne reflète pas au sujet sa propre image d'autre part.

La référence à un narcissisme implique en outre la présence d'un investissement pulsionnel, la présence d'une relation érotique, la présence d'un principe du plaisir-déplaisir qui régule et vectorise la relation. Dire que la relation première est narcissique, c'est dire que plaisir et déplaisir seront éprouvés à la mesure de l'enjeu de l'établissement ou du maintien d'une relation en double, qu'à la mesure de leur échec éventuel ».

B. Illustration à travers des expériences et observations

1. La dépression anaclitique

R. Spitz (22) a pu observer et décrire l'état de détresse chez certains bébés abandonnés et livrés à des orphelinats selon le concept de dépression anaclitique, que nous avons déjà évoqué antérieurement.

Roussillon (38) reprend ce concept pour dire que ces expériences vécues par ces bébés « ne relèvent pas d'expériences de « déplaisir », de simple déplaisir, elles relèvent du sentiment de la perte de l'objet d'accordage, de la perte de l'objet de la relation homosexuelle primaire « en double » qui avait commencé à se construire, donc de la perte du sentiment de soi, du reflet de soi, de la perte ou de l'échec primaire de leur construction. « L'ombre de l'environnement inadéquat est tombé sur le moi précoce, s'est confondue à lui. L'atteinte est narcissique, elle ne relève pas de la frustration, elle relève d'une perte de la capacité d'être ou de se sentir être ».

2. Le face à face

Concernant cette relation homosexuelle en double, il paraît intéressant de la mettre en lien avec les expériences de Trevarthen (39). En effet, des expériences de ce dernier montrent

que si dans une situation de face à face, la mère s'engage dans une interaction puis fige son visage tout en continuant à regarder le bébé, à partir de l'âge de six semaines, le bébé s'immobilise adoptant une expression faciale de détresse et agitant les mains avec les poings fermés et rompt le contact visuel.

Le bébé est bouleversé quand il est déçu dans son attente d'un moment interactif devant habituellement se produire.

Dès deux mois, le bébé est en capacité, lorsqu'il n'y a plus de correspondance entre ses expressions et celles de sa mère, de présenter les mêmes réactions de détresse que lors de l'expérience du « visage impassible ». Nadel (40) et son équipe ont apporté des modifications à ce dernier paradigme, en proposant le passage au différé sans rupture d'image, et en faisant suivre le différé d'un nouveau direct sans rupture d'image. Les résultats mettent en évidence des différences importantes entre les deux phases d'interaction en direct et en phase différé. En effet, les signaux positifs déclinent durant le différé, et sont remplacés par des expressions émotionnelles de colère ou de désarroi, parfois accompagnées de manifestations neurovégétatives (hoquets, respiration haletante) ou de pleurs. Il faut noter également qu'avant de s'effondrer, le bébé tente de restaurer la relation. C'est en cas d'échec de la restauration de cette relation que le bébé s'effondre.

Le bébé restaure des signaux positifs de communication lors de la séquence d'interaction en direct qui suit la séquence différée, ce qui démontre que les signaux négatifs développés durant la période de désynchronisation ne peuvent être imputés à la fatigue ou à une simple désaffection progressive pour le face à face, mais bien à la déception d'une attente d'interaction.

La violence des états émotionnels des enfants durant la phase de différé qui leur présente pourtant une mère souriante, qui leur parle et les regarde, peut s'expliquer par la détection d'une désynchronisation. Cela suppose un traitement de l'absence de contingence.

3. La falaise visuelle

L'importance des mimiques et des perceptions qu'a l'enfant du visage de la mère peut s'illustrer dans le concept de référence sociale.

La référence sociale indique la tendance d'une personne à rechercher de l'information d'ordre émotionnel chez une autre personne signifiante dans son environnement et à faire utilisation de cette information pour donner un sens à un événement qui sans cela serait ambigu ou en deçà des possibilités d'évaluation du sujet.

Il s'agit d'un moyen au travers duquel les expressions émotionnelles peuvent jouer un rôle significatif dans le développement émotionnel de l'enfant.

Le repérage social de l'enfant débute à la fin de la première année et est prégnant au cours de la seconde. Ce processus sera utilisé tout au long de la vie. A partir du moment où l'enfant commence à se déplacer de façon autonome, le nombre de situations nouvelles se multiplie et il se confronte alors à l'incertitude. A ce moment-là, l'enfant regarde alors en direction du parent présent afin de résoudre cette incertitude et d'adapter son attitude.

Le repérage social intervient également dans l'acquisition des règles sociales notamment quand il existe un interdit de la part des parents. Ainsi, au début de la deuxième année de vie, l'enfant va vérifier l'expression du visage du parent avant ou après chaque acte interdit ou supposé l'être de façon à adapter sa conduite.

Le repérage social intervient aussi dans la mise en place de la conscience de soi, dans l'émergence d'émotions plus complexes comme la honte, la fierté, la culpabilité par exemple. Ce sont des émotions plus complexes où l'on n'observe pas de correspondance simple avec les expressions faciales. Elles se basent sur des expériences réalisées avec des individus et dans des contextes particuliers. Elles peuvent être considérées comme anticipatrices dans le sens où elles annoncent ou représentent les conséquences d'un résultat anticipé.

Plusieurs paradigmes ont été utilisés pour évaluer de manière expérimentale la signification que l'enfant accorde aux expressions faciales d'autrui et comment il utilise cette information pour agir. Le paradigme le plus fréquemment utilisé est celui de la « falaise visuelle ». Un morceau de plexiglas est posé sur deux tables à damiers séparées d'un espace (créant un effet de vide entre les deux tables). Mère et enfant sont placés à chaque extrémité de ce dispositif. Il est demandé à la mère de prendre une expression faciale sur son visage exprimant une des émotions de base. On regarde alors si les enfants traversent ou pas la falaise en fonction de l'expression faciale de la mère.

Regardons les résultats d'une étude portant sur la référence sociale via la falaise visuelle (41). La question est de savoir si des enfants âgés de 12 mois vont rechercher une information d'ordre émotionnel sur le visage maternel pour résoudre une situation ambiguë, c'est à dire traverser cette « falaise visuelle » pour rejoindre la mère adoptant une expression faciale émotionnelle précise : joie, peur, intérêt, colère ou tristesse.

La première partie de l'étude compare l'attitude des enfants selon que leur mère adopte une expression de joie ou de peur sur le visage. Quand la mère exprime la peur, aucun enfant ne traverse la falaise. Lorsque la mère exprime de la joie, 74% des enfants traversent la falaise. La deuxième partie porte sur l'expression faciale de la colère et de l'intérêt. 73% des enfants traversent quand la mère exprime de l'intérêt, contre 11% lorsqu'elle exprime de la colère.

La troisième partie de l'étude porte sur les effets de l'expression de la tristesse par la mère. Les résultats sont plus difficiles à interpréter dans la mesure où 1/3 des enfants traversent la falaise. Il est remarqué que le nombre moyen de références à la mère par minute est très élevé, témoignant peut-être de l'incertitude dans laquelle se trouvent les enfants.

Les auteurs concluent que la référence sociale exerce globalement une influence sur les comportements des jeunes enfants observés. Il existerait bien un processus grâce auquel l'enfant utilise l'information d'ordre émotionnel recueillie sur le visage maternel pour donner sens à l'évènement en train de se produire.

Les auteurs de cette étude concluent à une mise en sens d'une situation. La question peut se poser si cela concerne le sens ou bien l'approbation d'une action à venir. Le bébé essaye de déchiffrer sur le visage de sa mère s'il peut se mouvoir vers elle. Ce mouvement d'aller vers la mère physiquement peut s'élargir à aller vers elle psychologiquement, cette recherche d'approbation pouvant s'élargir aux pensées, aux fantasmes.

4. Strange situation

Un lien peut également se faire avec les théories de l'attachement et les descriptions de M. Ainsworth (42). Elle y décrit des formes d'attachement « non sécurisées », d'attachement évitant, résistant, ambivalent, voire désorganisé. L'attachement « sécurisé » témoignerait de l'établissement de la relation homosexuelle primaire selon Roussillon (38), celle qui contient un partage d'affect suffisant pour que l'objet fonctionne comme double de soi, pour que l'objet apparaisse comme un suffisamment bon repère de soi. Les formes d'attachement « non sécurisées » témoigneraient d'une difficulté majeure dans l'établissement ou le maintien de la relation « en double », d'une « torsion » de cette relation, d'un « au-delà du seuil de tolérance à la torsion », de rupture du lien homosexuel primaire.

5. Le proto-soi

L'accession à la conscience des émotions a pu être modélisée en donnant toute sa place à l'appropriation subjective de l'expérience émotionnelle, à côté de ce qui dans l'émotion se voit (s'exprime facialement et corporellement) et se « mesure » (réactivité électrodermale ou la fréquence cardiaque).

Trois concepts clés constituent les piliers de ce modèle : l'émotion, le sentiment (feeling) et le sentiment conscient d'éprouver une émotion (feeling a feeling), apparu plus tardivement dans l'évolution (de l'espèce et individuelle) et ayant des fonctions adaptatives essentielles. Dans la première étape, Damasio (14) envisage un premier état émotionnel interne comme

une réponse neuronale à un stimulus, activant des aires neuronales prédéterminées (aires d'induction de l'émotion). Celles-ci entraînent à leur tour des modifications dans le corps et dans d'autres structures cérébrales ; elles déclenchent l'ensemble des réponses cérébrales et corporelles observables qui constituent une émotion.

Ensuite, des cartes neuronales de premier ordre, représentant les modifications de l'état du corps, conduisent à des images mentales et le sentiment (feeling) émerge. Cette représentation de l'organisme se fait par le biais d'un proto-Soi (proto-self), dont nous n'avons pas conscience, qui est une « collection cohérente de configurations neuronales qui, instant après instant, cartographient l'état de la structure physique de l'organisme dans ses nombreuses dimensions ».

Ces configurations neuronales proviennent de deux sortes de changements biologiques, des changements relatifs à l'état corporel et des changements relatifs à l'état cognitif.

Finalement, le fait d'éprouver un sentiment ne coïncide pas avec le fait de savoir qu'on l'éprouve et ce n'est que dans une étape ultérieure qu'apparaît la conscience d'avoir un sentiment (feeling of feeling). « Mais rien dans le compte rendu ci-dessus n'indique comment l'organisme pourrait savoir qu'il est en train de ressentir l'émotion qu'il éprouve. Pour qu'un organisme sache qu'il a un sentiment, il faut ajouter le processus de conscience aux processus d'émotion et de sentiment ».

Ce dernier processus est issu de l'activité de structures neuronales de second ordre, qui forment des représentations des modifications du proto-Soi dans sa relation avec l'environnement. Une des thèses fondamentales concerne donc l'enracinement de l'émotion et de la conscience dans la représentation du corps, le sentiment d'éprouver une émotion reposant lui-même sur un ensemble concret de configurations neuronales cartographiées par des structures bien définies.

VI. AGRESSIVITE/DESTRUCTIVITE

A. L'agressivité dans le développement de l'enfant

1. Agressivité selon Winnicott

Le mot « agressivité » vient du latin « ad graduere » qui signifie « marcher vers ». On remarque là le mouvement qui va vers l'objet, qui ne peut se passer de l'objet.

Pour Winnicott, les origines de l'agressivité renvoient à la motricité du nourrisson. Déjà avant la naissance, le bébé se retourne et fait de brusques mouvements de bras et de jambes qui font dire à la mère qu'elle l'a senti bouger. Un observateur dirait peut-être qu'il donne un coup de pied, mais il est tôt pour parler de coup car le nourrisson n'est pas encore une personne qui donne un but à son action.

L'illusion primordiale, nous l'avons déjà abordée, est celle qui se met en place si la relation et les soins prodigués par la mère sont « suffisamment » bons. Ce qui signifie qu'aussi bien au niveau des activités d'autoconservation qu'au niveau des besoins psychiques premiers, la mère doit maintenir l'illusion première de l'enfant d'être à l'origine de sa propre satisfaction, d'être le créateur de ce qu'il trouve ou de ce qui lui est reflété dans ou par l'environnement. La première relation que le bébé entretient avec la mère des origines est, dit Winnicott, « impitoyable », c'est-à-dire qu'elle ne reconnaît pas le droit à l'objet d'exister comme autre-sujet. L'objet premier doit pouvoir être « utilisable » à merci, à l'avenant des besoins physiques, psychiques et relationnels du bébé.

L'important, selon Winnicott, est l'impact de la modification de l'attitude subjective de la mère sur les soins qu'elle prodigue à son enfant ; en particulier, ceux-ci, progressivement, sont moins parfaitement ajustés à l'enfant. Cela signifie, que petit à petit, la mère fait plus attendre le bébé, qu'elle est moins immédiatement attentive, et que la parfaite adaptation en trouver-crée est moins bonne. L'enfant réagit à ces écarts adaptatifs et aux légers ratés qui signent la baisse de prévention maternelle. Il réagit à ce qu'il perçoit, à travers eux, de l'évolution subjective de sa mère, avec des affects de rage et d'impuissance en particulier, dans lesquels il a l'impression d'avoir détruit sa capacité à obtenir satisfaction.

Lorsque le jeune enfant découvre que l'objet de satisfaction est extérieur à lui, l'enfant se sent plein d'amour pour lui, mais il découvre en même temps sa dépendance à son égard, découvre qu'il ne peut se passer de l'objet pour sa satisfaction. Quand cette dépendance à l'égard de l'objet externe est reconnue, elle blesse le narcissisme de l'enfant et mobilise des affects qui viennent entrer en antagonisme avec les affects amoureux, provoquant un conflit entre deux motions pulsionnelles, deux tendances psychiques : c'est le conflit d'ambivalence. L'objet donne la satisfaction, il est aimé pour cela, mais la satisfaction dépend de l'objet, celui-ci n'est pas toujours disponible, il peut manquer, être blessant, et sera haï.

2. Autoérotisme

La solution autoérotique peut alors se mettre en place pour lutter contre la dépendance, le manque et la haine liés à celle-ci. Elle est une tentative pour s'approprier, en l'absence de l'objet, les qualités de ce dernier et les satisfactions obtenues dans la rencontre avec lui. Mais les autoérotismes qui se développent en l'absence de l'objet se développent dans un contexte qui contient une certaine agressivité à l'égard de l'objet, agressivité avec laquelle ils s'associent. Cela signifie que, quand l'enfant se donne une tentative de satisfaction auto-érotique, il ressent celle-ci comme une reconquête par rapport à l'objet, comme s'il reprenait ce que l'objet lui donne dans l'expérience de satisfaction. Cette reprise agressive du plaisir inhérente aux autoérotismes s'accompagne d'un sentiment de culpabilité par rapport aux objets, en raison du conflit qui s'instaure alors chez le sujet entre son besoin d'indépendance et l'agressivité qu'il implique d'une part, et l'amour et l'attrait pour l'objet qui apportent la satisfaction d'autre part. Le processus d'appropriation par l'enfant des satisfactions obtenues initialement dans la rencontre de l'objet passe par le développement des autoérotismes, mais il rencontre la question de l'effet sur l'objet des aspects agressifs de cette appropriation.

3. Acquisition motrice

Par la suite, le fait de pouvoir commencer à se déplacer, à s'absenter du regard de la mère va rendre possible, à certains moments, un retournement délibéré, volontaire, de la situation antérieure. Tant que le petit enfant est dans une dépendance motrice totale, le va-et-vient des absences et des présences est totalement sous le contrôle de la mère.

L'acquisition motrice va de pair avec l'expérience du contrôle sphinctérien. Les affects et les

choses psychiques déplaisantes vont être évacués à travers les matières fécales, qui vont symboliser le mauvais à évacuer. Ici, c'est l'évacuation des matières qui porte le fantasme d'évacuation psychique.

Un autre aspect se situe au niveau de la rétention des fèces et de l'attente de la mère. L'enfant évacue fantasmatiquement en elle les affects liés à l'attente, aux attentes antérieures, celles que la mère lui a fait endurer. C'est au contraire en retenant, qu'il « évacue », qu'il fait vivre à la mère les expériences passives qu'il ne peut intégrer. Ces deux mouvements du processus peuvent alterner : tantôt la colère s'exprimera dans l'évacuation, tantôt c'est dans la rétention qu'elle trouvera forme.

Par le contrôle sphinctérien urétral, nous pouvons retrouver ses aspects d'évacuation, mais également une exhibition des parties génitales. Cette exhibition peut signifier que l'enfant dépend du regard de ses parents, dont il attend fierté ou bien redoute le rejet, la honte, l'agressivité.

4. L'œdipe

Lors de l'œdipe et de la crise œdipienne, les stratégies relationnelles face au couple parental sont des stratégies comportementales et interactives dont l'enjeu essentiel est d'exclure la menace d'exclusion de l'enfant, son sentiment d'exclusion. Il est important que les différentes stratégies puissent être essayées et jouées par l'enfant. Mais il est non moins important que celles-ci ne marchent pas trop, qu'elles trouvent une limite dans le fait que le couple parental survive aux tentatives de l'enfant de le dissoudre et de l'organiser à son seul profit. Une séparation, un divorce, donnent à l'enfant l'impression que ses stratégies ont réussi, que ce qui se produit au sein de l'univers familial est l'effet de ses désirs. Ces derniers deviennent potentiellement dangereux dans la mesure où la réalité du couple parental semble ne pas « survivre », comme si rien ne venait s'opposer à la réalisation quasi magique des désirs, comme s'ils étaient tout-puissants.

Lors de l'œdipe, l'enfant va pouvoir s'identifier à chacun des deux parents, au couple, participant à l'effet structurant des différences introduites.

Il est nécessaire que le jeu œdipien soit contenu et limité par un ensemble d'interdits parentaux, qui portent et soutiennent la reconnaissance des différences fondatrices de l'identité humaine : différence des sexes, différence des générations et différence entre la sexualité infantile et la sexualité adulte. « Toute contravention à l'une ou l'autre de ces différences produit un effet « d'abus », potentiellement désorganisateur et risquant de provoquer un surcroît de répression,

de refoulement protecteur ou, à l'inverse, une excroissance narcissique qui entrave la maturation psychique » (1).

Quand les interdits parentaux sont suffisamment structurants, l'enfant va devoir métaphoriser ce qu'il ne peut accomplir, va devoir trouver des moyens proprement psychiques pour accomplir les désirs qui ne peuvent s'accomplir en acte, et va devoir inventer des solutions intrapsychiques à ce qui est en impasse pour lui dans la vie relationnelle familiale.

B. Le jeu

Les solutions intrapsychiques reposent toutes sur un processus identificatoire par lequel l'enfant va chercher à être ou obtenir symboliquement ce qu'il ne peut être ou obtenir effectivement. On peut prendre le jeu des enfants comme exemple de cette utilisation de la représentation symbolique pour être ce qu'on ne peut effectivement être. La plupart des jeux de cette époque sont des dérivés plus ou moins lointains et déguisés de la manière dont l'enfant joue à être ou à occuper la place de l'un ou l'autre de ses parents ou des personnages significatifs de sa vie.

Les jeux peuvent aussi prendre leur essor dans l'imaginaire de l'enfant, dans la formation de fantasmes avec lesquels il traduit son expérience subjective ou l'expérience du manque. On représente ou l'on joue ce qu'on a, on le représente et le joue pour l'intégrer, mais on représente aussi ce que l'on n'a pas, on le joue pour l'avoir tout de même ainsi un peu. On se représente fantasmatiquement comme auteur de ce que l'on ne peut accomplir, comme sujet ou objet des désirs qui nous traversent, ou auxquels la vie nous confronte.

1. Jeu et intériorisation

Le jeu, d'abord autoérotique, traduit l'intériorisation des expériences de lien aux objets. Il rend compte de la constitution d'objets internes, à l'image non pas des objets réels, mais des objets tels qu'ils sont perçus, appréhendés, reconstruits par l'enfant, d'un point de vue subjectif. Le jeu fabrique une intériorisation, il fabrique du moi, de la matière psychique. De ce fait, le jeu atténue l'impact traumatique de l'altérité. C'est ce que réalise l'enfant, par exemple, lorsqu'il répète dans un jeu une expérience traumatique ou déplaisante qu'il vient de vivre.

Les premières intériorisations, ou les premières formes de jeu, peuvent être observées à travers ce que G. Haag (43) appelle les « identifications intra-corporelles » du bébé, par lesquelles

celui-ci va rejouer avec son corps, avec les différents segments de son corps, une interrelation vécue avec un membre de son entourage.

Si le jeu soutient les mouvements d'intériorisations qui réduisent l'altérité, il suppose aussi un mouvement d'extériorisation, de transit de la réalité psychique par les objets du monde externe. Comme le dit Winnicott (44), dans le jeu, l'enfant emprunte des fragments de réalité externe pour extérioriser et vivre un échantillon de rêve potentiel. La réalité interne transite par la réalité externe, pour se donner à représenter, pour se transformer avant d'être ré-intériorisée. Ce double mouvement d'intériorisation/extériorisation caractérise bien sûr la transitionnalité qui qualifie le jeu.

2. Jeu et pulsions

Si aux sources du ludique (45) se trouve le besoin de symboliser, on peut dire que le jeu est aussi alimenté par la pulsion, la vie pulsionnelle. Freud (46) (47) a souligné ce point. Pour Mélanie Klein (48) (49) le jeu est une voie royale d'accès à l'inconscient, aux fantasmes, au sexuel infantile, au pulsionnel.

Le jeu peut rendre compte à la fois d'une mesure défensive contre un désir inconscient et d'une satisfaction déguisée de ce même désir. Les caractéristiques du jeu étant le plaisir et le sentiment de toute-puissance que celui-ci procure, la satisfaction des désirs sexuels refoulés se fait sans angoisse. Lorsque l'angoisse est présente dans le jeu, celle-ci n'est pas le résultat du jeu, elle est son matériel.

Si l'on peut dire que la pulsion est aux sources du ludique, on peut aussi dire que l'affect est à ces mêmes sources. Le jeu est travaillé par les affects et est un travail sur les affects.

Si c'est la pulsionnalité qui alimente le jeu, qui est au cœur du jeu, qui détermine son mouvement, celle du sujet, c'est également celle de l'objet. Le jeu suppose l'autre, l'objet. La satisfaction du jeu, comme celle du nourrisson, passe par l'existence de l'autre. Le jeu solitaire, de soi à soi, autoérotique, n'est possible que s'il a d'abord été précédé par un jeu de soi à l'autre, un jeu intersubjectif comme le dit Roussillon (1).

C'est toujours la mère, le partenaire du bébé qui initie le jeu, même si très tôt, en particulier dès le sixième mois, le bébé va solliciter, relancer, prolonger l'interaction ludique. Aux sources du ludique se trouve la pulsionnalité de l'objet, qui va travailler le jeu, et que le jeu va travailler.

Une des conditions du jeu dépend de sa place laissée par les parents et de leurs capacités à

supporter la séparation induite, un espace qui permet de se séparer/réunir.

La pulsionnalité, du sujet comme de l'objet, du bébé comme de la mère ou de son partenaire, concerne la sexualité, les pulsions sexuelles infantiles et partielles. Elle concerne aussi la destructivité, l'hostilité, la haine. On peut dire que l'une des fonctions du jeu est de lier la destructivité, de lier la haine, celle du sujet comme celle de l'objet.

Un tel travail de liaison, pour le bébé et le moi rudimentaire du bébé, est effectué par l'objet, la mère ou le partenaire du bébé. Il faut souligner que la mère peut faire ce travail que si elle n'est pas détruite par les attaques du bébé.

Les pulsions peuvent être également une menace pour le jeu. « Les pulsions constituent la plus grande menace pour le jeu et pour le moi », disait Winnicott (44), qui parlait là de l'excitation corporelle dans les zones érogènes. L'éveil pulsionnel ne doit pas être excessif. Au-delà d'un certain seuil, l'excitation pulsionnelle conduit à un sentiment de confusion. On atteint là une des limites du jeu : l'excitation (hors de la parole, hors de la communication). Le jeu qui déborde les capacités de contenance par la parole, par la communication, n'est plus du jeu. De même, le jeu où la pulsionnalité n'est pas transformée, contenue, symbolisée, mais où elle est exploitée par l'autre, par l'adulte, agissant lui-même avec sa propre pulsionnalité, est hors-jeu.

3. Comment naît le jeu ?

Piaget (50) a essayé de décrire, à partir de l'observation du bébé, la naissance du jeu. Il reconnaît qu'il est difficile de dire où commence le jeu, celui-ci prolongeant les conduites adaptatives de façon continue et indistincte. Le jeu primitif se confond, pour lui, avec l'ensemble des conduites sensori-motrices, dont il ne constitue qu'un pôle : celui des comportements ne nécessitant plus d'accommodation et se reproduisant par pur plaisir fonctionnel. Les schèmes momentanément inutilisés s'exercent pour eux-mêmes, sans autre fin que le plaisir fonctionnel, ce qui procure un sentiment de virtuosité, de puissance.

Le faire « comme si », le faire semblant, caractéristique du jeu, apparaîtra lui vers un an, lorsque le bébé peut évoquer la situation en l'absence de l'objet-chose qui en déclenchait le souvenir, et qu'il peut remplacer cet objet par d'autres. Un indice du symbole représenté se trouve, par exemple, dans le fait que le bébé rit d'avance lorsqu'il reproduit le faire semblant. Cette situation indique que la scène au-dehors est précédée par une scène interne, une scène ludique interne, effet du travail de symbolisation.

On peut signaler à ce propos comment Stern (51) (29) décrit le fait que les répétitions du jeu créent ce qu'il appelle des représentations d'interactions généralisées, déjà évoquées auparavant, qui sont des prototypes créés d'interaction. C'est par le recours à l'épisode prototype que le bébé va réguler et organiser ses expériences ; c'est par le recours à l'expérience prototypique, non seulement mémorisée mais aussi construite, c'est-à-dire abstraite, que le bébé va s'assurer une continuité, devant les divergences.

Les auteurs qui étudient ces interactions ludiques précoces, les modalités de captation de l'intérêt du bébé par la rythmicité trompée (52), mais aussi la manière dont le bébé est actif dans ces jeux souligne la réciprocité émotionnelle, affective, la dimension intersubjective de ces jeux précoces. Le jeu suppose une expérience commune, partagée, intersubjective, un partage d'affect. L'expérience de soi dans le jeu du bébé est une « création mutuelle » comme le dit Stern.

Ces premiers jeux produisent aussi de la différenciation. La répétition des jeux, avec le même et avec des différents partenaires, produit de la permanence et de la diversité. Le bébé y reconnaît des invariants : le principal de ces invariants est l'état émotionnel, qui est un auto-variant, dit Stern, qui appartient au soi, et dont le repérage va développer le sens du soi.

Le jeu crée donc de la communauté, suppose de la communauté, du partage d'expérience (émotionnelle, affective), et crée de la différence. Il travaille à fabriquer du moi, et à constituer le hors-soi, à partir d'expériences intersubjectives.

4. Devenir du jeu

L'enfant latent va aussi commencer à découvrir le jeu symbolique du langage, des mots. Il va devoir intérioriser la motricité, et apprendre à réaliser dans et par la représentation les actions que ses mains et son corps effectuaient avant.

Chez un enfant qui se développe habituellement, la destructivité consciente et inconsciente et les réactions à cette destructivité apparaissent dans ses rêves, dans le jeu et dans l'agressivité contre tout ce que son environnement immédiat lui reconnaît le droit de détruire, en fonction de son niveau de développement.

Le rôle important joué par les symboles dans le développement d'un enfant en bonne santé est évident. Dès que l'enfant peut utiliser une chose pour en « représenter » une autre, la violence

des conflits liée à une réalité pénible s'apaise.

« Qu'il est difficile d'avoir envie de se débarrasser d'un petit frère ou d'une petite sœur qui vient de naître et de ne pas pouvoir perdre un jouet pour exprimer ce qu'on ressent. » nous dit Winnicott (53).

Le jeu, fondé sur le symbolisme, offre des possibilités infinies. Il permet à l'enfant de faire l'expérience de sa réalité psychique, nécessaire pour que se développe en lui le sens de sa propre identité et où il trouvera l'agressivité aussi bien que l'amour.

Roussillon propose le concept de « survivance de l'objet », ou encore expérience du « détruit-trouvé » pour détailler les réactions de l'objet autre-sujet face aux attaques du bébé.

C. Survivance de l'objet

Roussillon (54) aborde la question de la destructivité en introduisant un écart entre l'expression manifeste de la destructivité et les enjeux inconscients ou latents de celle-ci.

Concernant cette question, il prend appui sur Freud et ses réflexions sur l'intégration psychique ainsi que sur Winnicott et l'utilisation de l'objet.

Freud écrivit lors de son exil à Londres que les expériences amenées à se répéter sont « les expériences les plus précoces » dues à une « faiblesse de la synthèse ». Ces expériences se situant à un âge préverbal, « archaïque ». Roussillon fait l'hypothèse que la contrainte de répétition est « une forme de contrainte à l'intégration psychique ». L'enjeu de la destructivité devenant impliqué dans le processus d'intégration comme l'une des nécessités que celui-ci rencontre. Il l'illustre par un processus biologique : nous ne pouvons digérer que ce que nous avons préalablement attaqué, mâché, déconstruit sous sa forme première pour le rendre assimilable.

Concernant Winnicott, il introduit un second écart à travers « l'utilisation de l'objet », réintroduisant la réaction de l'objet à qui la destructivité s'adresse, pour devenir potentiellement élaborable. La destructivité est alors dépendante de la manière dont l'objet « survit » ou ne « survit pas » à sa manifestation.

La réponse ou la réaction de l'objet médiatise la destructivité, son élaboration et son intégration. Ce dont il est question, c'est d'une « survivance subjective », c'est à dire la survivance de l'objet

pour la subjectivité du sujet, survivance dans l'éprouvé, dans les affects du sujet et pour le sujet. Winnicott nous dit qu'un sujet qui survit est un objet qui dans sa réponse à la destructivité :

- n'exerce pas de représailles contre le sujet,
- ne se met pas en retrait subjectif et affectif.

Roussillon y ajoute un troisième type de réponse : « l'objet doit continuer à se montrer créatif dans sa réponse ou sa réaction. Cette réponse d'un objet vivant, créatif, qui se ferait connaître comme autre-sujet, en partie indépendant du sujet, hors de son omnipotence.

« L'élaboration et l'intégration de la destructivité n'est pas élaborable, ni métabolisable sans la prise en compte de l'objet et de ses réponses actuelles et/ou historiques. »

1. La mère qui « survit »

Cette réponse se produit si le sentiment de culpabilité et les besoins de réparation de la mère ne sont pas trop forts. La mère se sent bien dans son rôle de mère et de femme, ne ressent pas trop comme antagonistes ses désirs de mère et ses désirs de femme. Elle peut donner suffisamment de place aux uns et aux autres, peut endurer les rages et colères du bébé sans trop se sentir atteinte par celles-ci. Elle peut rester suffisamment constante affectivement.

Elle permet alors au bébé de faire une expérience subjective importante. Dans l'éprouvé subjectif de celui-ci, sa rage a tout détruit, et il ne peut plus parvenir à retrouver les conditions de la satisfaction. Mais si, malgré cette destruction, la mère peut renouer le contact et lui offrir une expérience suffisamment satisfaisante, alors il peut retrouver dans la relation avec sa mère des caractéristiques suffisamment proches de celles qu'il croyait avoir détruites, et tout semble se passer comme si elle avait « survécu » à l'expression de sa destructivité. L'objet, détruit dans l'éprouvé subjectif, peut être « retrouvé » dans la perception ; il « survit » aux attaques destructrices, même s'il est aussi retrouvé modifié, transformé par l'expérience elle-même, mais aussi par les changements subjectifs qui opèrent chez la mère quand elle commence à réinvestir ses désirs de femme désirante. La mère retrouvée n'est pas exactement semblable à la mère perdue, à la mère détruite, mais entre les deux, une continuité suffisante peut être établie.

Cette expérience subjective va avoir un impact sur le rapport que le sujet va entretenir avec sa violence ou son agressivité. Si celle-ci n'a pas été vécue par l'objet comme catastrophique ou trop menaçante, le sujet n'aura pas trop peur d'éprouver et de ressentir ses manifestations agressives. Il aura confiance pour que celles-ci n'aient pas de conséquences irréparables. Agressivité et violence pourront alors être mises au service du développement et de l'affirmation

de soi, elles deviendront utilisables pour approfondir la différence entre soi et l'autre, elles serviront à établir ou rétablir cette différence.

2. Echec de l'expérience « détruit/trouvé »

Ensuite, Roussillon aborde les souffrances narcissiques identitaires en lien avec la réponse de l'objet et la déception narcissique qui peut l'accompagner.

Si la réponse de l'objet est le retrait, cela s'accompagne d'une culpabilité primaire chez le sujet ayant comme conséquence un refus des liens, une attaque des liens.

Si la réponse de l'objet est marquée par le manque de créativité, le sujet va ressentir une perte de sens des choses, du désespoir.

Si la réponse de l'objet se produit par des rétorsions violentes, il y aura un affect de terreur pour le sujet, une sidération psychique, une confusion quant à la source du mouvement pulsionnel.

Si l'objet répond à l'agressivité et à la violence d'une manière où le lien se trouve être profondément menacé, alors agressivité et violence vont produire un important sentiment de culpabilité, conscient, ou la plupart du temps inconscient. Elles seront ressenties comme destructrices, comme antisociales, comme négatives, leur expression tendra à être inhibée ou sera retournée contre le sujet. Elles menaceront le développement du moi, qui ne pourra les utiliser pour son affirmation et son développement propres.

L'échec de l'expérience du détruit-trouvé affecte l'organisation des régulations narcissiques. Il est sous-jacent aux souffrances narcissiques-identitaires, qui restent prise dans l'alternative violente « moi ou l'autre » que J. Bergeret (55) a décrit. Ce qui permet de sortir de l'alternative narcissique violente « moi ou l'autre », c'est précisément que l'objet « survive » et que l'affirmation de soi ne s'accompagne pas de la disparition de l'autre.

La relation que le sujet va entretenir avec ses pulsions agressives, leur intensité, leur régulation, va dépendre de la manière dont l'expérience sera éprouvée aussi bien par le sujet, que par une fonction des réponses de l'objet significatif.

D. Mécanismes de défense

1. Retournement

Les processus de retournement, décrit par Freud en 1915, sont les premiers et donc les plus archaïques processus de défenses mis en place par la psyché, précèdent le refoulement et le déplacement.

Freud décrit 3 sortes de retournement (10) : retournement de l'affect, retournement contre la personne et enfin retournement actif/passif. En 1920, il décrivait le retournement passif/actif (56) dans un but de maîtrise des expériences de passivation des expériences précoces.

Concernant le retournement actif/passif, le sujet tend à faire vivre et partager au clinicien l'expérience intégrée, tentative pour évacuer et faire vivre à un autre ce que le sujet a échoué à intégrer.

Dans sa forme mélancolique, le retournement contre soi reproduit les maltraitances subies antérieurement. Le sujet se montre actif là où il a dû subir passivement l'effet traumatique, le reproduisant ou l'anticipant dans une procédure de maîtrise de leur impact.

Ferenczi a décrit sous le terme d'identification à l'agresseur cette forme de retournement.

Dans le retournement de l'affect, une inversion de la polarité plaisir/déplaisir se produit. La douleur est transformée en plaisir. Ce retournement a pour objectif de maîtriser ce que l'on ne peut éviter, le mauvais devenant bon et désiré.

2. Concept d'identification à l'agresseur

Pour Ferenczi (57) « Les enfants se sentent physiquement et moralement sans défense, leur personnalité encore trop faible pour pouvoir protester, même en pensée, la force et l'autorité écrasante des adultes les rendent muets, et peuvent même leur faire perdre conscience. Mais cette peur, quand elle atteint son point culminant, les oblige à se soumettre automatiquement à la volonté de l'agresseur, à deviner le moindre de ses désirs, à obéir en s'oubliant complètement, et à s'identifier totalement à l'agresseur. »

Par identification, disons par introjection de l'agresseur selon Ferenczi, celui-ci disparaît en tant que réalité extérieure, et devient intra-psychique ; mais ce qui est intra-psychique va être soumis, dans un état proche du rêve, processus primaire, c'est à dire que ce qui est intra-psychique peut, suivant le principe de plaisir, être modelé et transformé d'une manière

hallucinatoire, positive ou négative.

L'identification anxieuse avec le partenaire adulte est l'introjection du sentiment de culpabilité de l'adulte : le jeu jusqu'à présent anodin apparaît maintenant comme un acte méritant une punition.

L'enfant ressent une énorme confusion. Il est déjà clivé, à la fois innocent et coupable, et sa confiance dans le témoignage de ses propres sens en est brisée.

Pour se protéger du danger que représentent les adultes sans contrôle, il doit d'abord savoir s'identifier complètement à eux. « A côté de l'amour passionné et de punitions passionnelles, il existe un troisième moyen de s'attacher un enfant, c'est le terrorisme de la souffrance. Les enfants sont obligés d'aplanir toutes sortes de conflits familiaux, et portent sur leurs frères épaules, le fardeau de tous les autres membres de la famille... pour jouir à nouveau de la paix disparue, et de la tendresse qui en découle. »

3. Mécanisme de défense ou défense réactionnelle ?

Fraiberg (58) pense qu'il est utile de faire une différence entre « les mécanismes de défense en tant que constructions mentales et les défenses en tant que phénomène réactionnel ». On peut observer un comportement utilisé comme moyen de défense. Un mécanisme de défense est une abstraction théorique. Nous pouvons observer par exemple une très grande sympathie chez un malade en tant que comportement, mais nous ne pouvons observer le processus inconscient qui transforme une impulsion cruelle en son contraire et pour lequel nous postulons un mécanisme mental que nous appelons formation réactionnelle. Pour Fraiberg, nous pouvons observer des comportements utilisés comme moyens de défense à n'importe quel moment du développement et, dans le cas du nourrisson, si l'enfant est capable de reconnaître comme tel un danger ou une menace à son fonctionnement, il réagira à ce danger par un comportement qui lui servira de défense.

Dans ce sens également, le mot « défense » dans le jeune âge a une signification propre. Pour Fraiberg, nous n'avons pas besoin de parler de « précurseurs de la défense », terme couramment employé dans la littérature pour les modes de défense antérieurs à la formation du moi. Seules des études longitudinales d'enfants « normaux » peuvent nous apprendre si ces comportements de défense du nourrisson sont liés aux mécanismes de défense du développement ultérieur.

Fraiberg a étudié les modes de défense pathologiques et leur apparition au cours des dix-huit premiers mois de la vie.

a. Evitement

L'évitement a été la première défense qu'elle a pu identifier et elle est apparue dès l'âge de trois mois. De ces observations, Fraiberg dit que cet évitement est toujours lié à une perturbation de la relation mère-enfant et à des schémas d'évitement de la part de la mère elle-même. Elle donne l'exemple d'un enfant de trois mois dont la mère oscille entre des états de dépression et des explosions de rage. La mère évite son enfant dans toutes les circonstances qui ont pu être observées. La mère, dit Fraiberg, a connu la brutalité et l'abandon dans sa propre enfance. Elle est effrayée par les pulsions dangereuses qui l'envahissent parfois. Elle avait peur de le tuer. Son enfant ne la regardait jamais, ne lui souriait jamais, ne vocalisait pas, même en situation de détresse.

Fraiberg décrit la scène suivante : « l'enfant balaie la pièce du regard, ses yeux s'arrêtent brièvement sur l'étranger, le cameraman ou un objet quelconque et au cours de cette exploration, passe sur le visage de sa mère sans un signe qui indique qu'il l'ait vue ou reconnue. Il n'y a pas de pause dans le balayage visuel ni le moindre signe sur son visage qui témoigne qu'il a enregistré l'image de sa mère. Dans des situations où un échange visuel ou un geste est presque inévitable à cause de la ligne de vision ou de la proximité de l'enfant et de sa mère, nous avons vu cette séquence se reproduire à plusieurs reprises. Tout se passe comme si la perception avait sélectivement éliminé l'image de la mère de la scène qu'il regardait. Le comportement est comparable lorsque la mère parle. Si elle est pour un moment hors du champ visuel de l'enfant et qu'elle lui parle ou qu'elle l'appelle, il ne se tourne pas automatiquement dans la direction de sa voix, et il n'y a pas de réaction ou de signe d'attention. Le processus d'élimination a de nouveau fonctionné. »

Fraiberg considère que regarder un visage humain et réagir au son de la voix humaine constituent des comportements programmés génétiquement pour favoriser la toute première relation mère-enfant. Comment interpréter une modification du comportement infantile telle qu'il élimine sélectivement le visage et la voix de sa mère à l'inverse du schéma habituel ?

Pour Fraiberg, il semble que dans la « séquence biologique-sociale » au cours de laquelle les systèmes sensori-moteurs sont stimulés et organisés autour de l'expérience d'une mère considérée comme une personne qui nourrit, qui est affectueuse, qui satisfait les besoins, l'image

de la mère pour ces enfants est un stimulus négatif. Cela serait aussi une défense qui peut appartenir au répertoire biologique et qui est déclenchée pour protéger d'une intégration et vraisemblablement d'une émotion pénible. Lorsque l'intégration visuelle et auditive de cette image est supprimée ou atténuée, l'expérience affective qui lui est associée est mise en sommeil, c'est-à-dire qu'elle n'est pas évoquée par la perception.

Dans les schèmes d'évitement montrés envers sa mère, Fraiberg pense qu'il est raisonnable de supposer que l'image de sa mère a été associée à la douleur ; que son visage, sa voix, s'ils sont intégrés, évoquent des affects douloureux. Ce niveau de mémoire de reconnaissance ou de mémoire associative fait partie du répertoire du nourrisson entre trois et sept mois.

Il semblerait qu'un enfant de cet âge puisse inverser les buts du répertoire biologique des comportements de signalisation (regard, sourire, vocalises, approches motrices) pour éviter sa mère et que la perception elle-même puisse être impliquée dans ce conflit dans les premiers mois de la vie, si bien que l'intégration semble être supprimée sélectivement.

b. Réaction de « gel »

Fraiberg, « dans ce contexte d'impuissance biologique », a pu observer une forme de défense qu'elle appelle « le gel ». Elle a pu observer ce symptôme dès l'âge de cinq mois. L'immobilisation serait une défense biologique contre un grand danger. Cependant, son efficacité est probablement épuisée dans les situations de stress permanent jamais apaisé. L'effort nécessaire au maintien de l'immobilité pendant une certaine période provoquera une douleur physique, et les tensions entre les systèmes biologiques qui écartent le danger extérieur et les systèmes qui aménagent le stress interne ne peuvent être résolus. Les deux systèmes s'effondrent et le nourrisson sombre dans un état de désorganisation totale.

c. La lutte

Pour Fraiberg, la lutte est introduite dans la théorie de la défense surtout lorsqu'elle est devenue un élément complexe de la défense du moi, comme une « identification avec l'agresseur ». Mais avant la formation du moi ; et la défense est issue dans une large mesure d'un répertoire biologique ; Fraiberg pense que nous devons surveiller l'apparition de la lutte comme une forme de défense.

Elle suggère que bien avant que l'on puisse parler d'identification, « d'identification avec

l'agresseur », la lutte employée comme moyen de défense dans la petite enfance apparaît sous des formes diverses. L'enfant peut se battre contre le danger de l'impuissance et de la dissolution de son moi.

d. Les transformations de l'affect

Fraiberg a rencontré dans ses observations un groupe de comportements qui commencent à apparaître dans la tranche d'âge de neuf à seize mois, au cours de laquelle des transformations affectives se manifestent.

Fraiberg rapporte une séquence d'enregistrement vidéographique réalisé chez un enfant de neuf mois où on le voit dans les bras de sa mère, se nourrissant au biberon. Cet enfant a été adressé à l'âge de cinq mois pour un arrêt de développement sans cause organique, ayant eu de graves carences, notamment alimentaires.

L'enfant tète avec satisfaction, sa mère le regarde avec amour. Subitement, la mère transforme le repas en taquinerie : « regarde » dit-elle et lui retire le biberon de sa bouche, le tient en l'air, renverse la tête et fait tomber quelques gouttes de lait dans sa propre bouche. L'enfant se met à rire et à agiter ses pieds avec excitation. C'est, en fait, la première fois que l'un des observateurs de l'équipe de Fraiberg a noté de la joie sur le visage de cet enfant. Sa mère lui redonne son biberon et il tète de nouveau avec satisfaction. Puis, après un moment, de nouveau la mère retire le biberon de la bouche de l'enfant et recommence le jeu. De nouveau, l'enfant entre dans le jeu de sa mère, en gazouillant, en riant et en s'agitant.

Fraiberg commente en disant que l'enfant est devenu un partenaire volontaire et enthousiaste dans le jeu sadomasochiste avec sa mère. Un nourrisson affamé, qui a connu la privation de nourriture au cours de ses premiers mois, a transformé un besoin biologique impératif en un objectif qui pourrait être appelé « social » par dérision. Des affects douloureux, que nous devons considérer comme appartenant à une faim non satisfaite, sont transformés en affect de plaisir. Elle y voit une sorte d'attente excitée.

Elle pose aussi la question de savoir s'il y a un moment fugace d'anxiété, à l'idée du retrait de son biberon, et que le rituel du jeu, qui se termine toujours par le retour du biberon lui permette de percevoir que la perte sera suivie par la restitution. L'anxiété serait alors transformée en un plaisir d'anticipation, les aspects sociaux du jeu y ajouteraient leur part de plaisir.

Fraiberg se contente de noter que des transformations de l'affect peuvent être observées chez un enfant dès l'âge de neuf mois, bien avant que l'on puisse parler d'un moi.

e. Inversion des attitudes

Dans son étude, Fraiberg est attirée par le fait que l'agressivité tournée contre soi-même commence à apparaître chez des enfants âgés d'environ treize mois. Ce qui ne veut pas dire que de telles manifestations ne peuvent pas apparaître plus tôt. Spitz (59) a décrit des enfants dans un orphelinat qui déjà à l'âge de huit mois s'agressaient.

Il est très difficile pour Fraiberg d'expliquer comment un enfant de treize ou seize mois peut retourner son agressivité contre lui-même. L'explication la plus simple est que la crainte que l'enfant éprouve à l'égard de ses parents, ou des représailles de ses parents, l'empêche de les agresser. Il retourne donc son agressivité contre lui-même. Mais la douleur devrait être inhibitrice d'une auto-agression. C'est ce qu'il devrait se passer, mais les observations laissent les expérimentateurs perplexes car ses enfants ne semblent pas éprouver de douleur des coups qu'ils s'infligent à eux-mêmes, au moins tant que cette douleur ne dépasse pas un seuil élevé. Lorsque le travail thérapeutique réussit à traiter l'anxiété chez ces enfants, l'agressivité n'est plus dirigée contre eux-mêmes et la souffrance est ressentie d'une manière adaptée aux circonstances.

Il apparaît que le développement aberrant des relations objectales qui existent dans chacun des cas est étroitement lié à la déviance des pulsions agressives qui apparaît le plus clairement dans les observations au début de la deuxième année. L'agressivité serait normalement transformée au cours du développement de l'enfant par l'amour qu'il porte à sa mère. Le schéma biologique serait élargi, puisque dans toutes les espèces qui ont des liens sociaux solides, l'agressivité est détournée du partenaire par des rituels qui préservent le lien (60).

Elle note également que des formes aberrantes d'agressivité y compris l'auto-agression et l'automutilation sont observées chez des singes qui ont été expérimentalement soumis à une carence maternelle et sociale (61).

Les défenses précoces, « l'évitement », « le gel » et « la lutte », sont apparemment issues d'un répertoire biologique.

Dans cette étude, il était considéré que le travail dans le domaine des relations objectales était capital. Il a été identifié les obstacles à la relation mère-enfant et dans tous les cas une répétition du passé maternel a été retrouvé.

E. Symbolisation primaire et secondaire

Il y a une triple inscription mnésique et donc trois types de traces différentes d'un même événement. Ces trois inscriptions sont reliées entre elles mais obéissent à des logiques d'inscriptions différentes. Elles représentent les traductions d'un événement enregistré dans des systèmes aux logiques différentes, des traductions classées, rangées dans des lieux différents. Freud fait apparaître deux traductions différentes, celle qui « traduit » la trace perceptive en trace inconsciente, qui la traduit ou l'articule, et celle qui « traduit » la trace inconsciente en trace verbale préconsciente, là encore qui la traduit ou l'articule.

Roussillon (62) a proposé d'appeler « symbolisation primaire » la première « traduction », et « symbolisation secondaire » la seconde. Le modèle différencie et articule donc une première inscription, enregistrée suivant une logique associative de simultanéité et de contiguïté, qui est symbolisée primitivement en représentation de chose, qui en donnent alors une seconde inscription, qui obéit quant à elle à une logique primaire de causalité primaire, conceptuelle. Cette seconde inscription est ensuite secondairement symbolisée en représentation-mots grâce à une logique secondaire et à l'appareil de langage. Elle est pour ainsi dire « transférée » dans l'appareil de langage.

Une expérience typique recevra à un certain âge un premier type d'enregistrement, qui sera ensuite relié après-coup et réenregistré sous une autre forme à une époque plus tardive, et ainsi de suite.

Par exemple, l'expérience de l'absence de l'objet sera vécue et enregistrée d'abord sans le langage verbal, elle devra être symbolisée sans le recours de celui-ci, comme dans l'une des formes du « jeu de la bobine ». Ensuite, l'absence sera reprise et resignifiée dans et par le langage, mais cette seconde inscription ne fera pas disparaître la première, elle se reliera secondairement à elle.

En 1926, Freud (63) ajoutera un autre type de trace à la panoplie qu'il proposait d'abord ; celle des « ébranlements traumatiques de tout l'être » que sont déjà les « affects ». Les affects « bruts », premiers, représentent eux aussi une première forme de mémoire de l'expérience subjective.

Les expériences précoces produisent déjà une première forme de pensée, une première forme

de conception, mais qui s'effectue hors langage verbal, et qui doit donc trouver d'autres langages pour « raconter » l'expérience subjective : le langage de la perception, celui des représentations de choses et des représentations d'actions (et donc sans doute le langage du passage par l'acte et l'action, par des formes de « matérialisation »), et enfin le langage de l'affect, ce dernier se comportant lui-même comme un langage.

Les expériences primitives vont devoir être secondairement inscrites dans l'appareil de symbolisation langagier pour « devenir » conscientes et être réfléchies.

Chaque nouvelle expérience est enregistrée suivant les différentes inscriptions correspondant aux différents systèmes psychiques. Chaque expérience laisse donc trois traces, l'une perceptive ou affectivo-perceptive, l'autre inconsciente et exprimée en représentation de chose, et la troisième, conceptuelle et consciente/préconsciente, inscrite en représentation de mot. Notre « bagage » de traces mnésiques perceptives, de traces inconscientes et de traces préconscientes continue donc de s'enrichir, de se combiner et de s'associer à ce que nous avons déjà en mémoire dans chacun de nos systèmes mnésiques. Mais ces expériences nouvelles se combinent et s'articulent avec les expériences antérieures et en modifient le sens, ou sont à l'inverse elles-mêmes modifiées par l'expérience nouvelle.

Le schéma de Freud implique l'existence de deux types de « fueros ». Ceux, d'une part, qui résulteraient d'un défaut de traduction de la trace mnésique perceptive en trace mnésique inconsciente, donc un défaut de symbolisation primaire, et ceux qui résulteraient d'autre part d'un défaut de traduction de la trace mnésique inconsciente en trace mnésique préconsciente, le défaut serait alors un défaut de symbolisation secondaire. Roussillon propose d'identifier le premier type de « fueros » au clivage et le second au refoulement.

VII. ALEXITHYMIE

A. Définition

L'alexithymie signifie étymologiquement « l'incapacité à exprimer ses émotions par des mots » : « a : privatif » ; « lexis : action de parler, parole, mot » ; « thymos : l'âme et le cœur en tant que siège de l'intelligence ». « Intelligence » prise ici dans le sens d'émotion, donc intelligence du sensible, pensée du sentiment plus qu'intelligence opératoire. Nous ne sommes pas loin de l'introspection et de l'insight, de la problématique du lien entre l'interne et l'externe, le dedans et le dehors, c'est-à-dire de la manière dont le sujet intègre et s'approprie par tous ses sens ses éprouvés et ses expériences vitales, et y donne sens.

Le concept d'alexithymie se définit par quatre dimensions cliniques :

- incapacité à identifier et à exprimer verbalement ses émotions et ses sentiments,
- limitation de la vie imaginaire,
- pensées à contenu pragmatique, mode d'expression très descriptif abondant plus volontiers les aspects triviaux des événements vécus, sans véritable élaboration,
- recours à l'action pour éviter les conflits ou exprimer les émotions.

Le concept d'alexithymie reste flou et indécis du fait de la nature de ce qu'elles tentent d'évaluer : la quantification et la qualification des affects à l'origine des pensées, selon Corcos (26).

B. Fonctionnement opératoire

Le concept de pensée opératoire et de son pendant l'alexithymie, était celle d'une défaillance de la représentation des émotions en partant du processus de symbolisation chez certains sujets, qui favoriseraient ainsi leur expression au niveau somatique. En quelque sorte le langage somatique viendrait, presque et trop mécaniquement, se substituer à une carence fonctionnelle de l'activité de fantasmatisation et de représentation, si ce n'est même en amont de la mentalisation, du fait des dangers à approcher par une figuration, des angoisses agoniques térébrantes : une expérience autobiographique chaotique de cauchemar.

Freud considère que l'absence ou l'insuffisance d'élaboration psychique de l'excitation sexuelle somatique peut être dérivée sur le plan somatique sous la forme d'angoisse.

L'angoisse est sans objet privilégié, ce qui la différencie de l'hystérie, et particulièrement de l'hystérie d'angoisse où l'angoisse est fixée sur un objet substitutif.

On observe une absence ou une insuffisance d'élaboration psychique : les excitations ne peuvent pas se conflictualiser psychiquement, et engendre une forme de destructivité.

P. Marty et M. De M'Uzan (64) décrivent la pensée opératoire comme une forme de pensée dans laquelle la parole n'implique aucune élaboration ni association.

Smadja (65) interroge la place du narcissisme dans la pensée opératoire. Elle réside dans le fait que la pensée perd ses qualités individuelles pour laisser place aux idéaux collectifs. Cependant, contrairement au sujet dans la foule, le patient opératoire est dépourvu d'affectivité.

La dé-affectivité, jointe aux éléments de dépression essentielle, signe l'existence d'un trouble majeur du narcissisme, en particulier du narcissisme primaire. Le surinvestissement de l'activité, tel qu'on peut fréquemment le rencontrer, relève des procédés auto calmants décrits par Szwee (66). Il dévoile une incapacité à laisser émerger une position passive et révèle un déficit narcissique primaire. De même, l'absence de haine est un autre indicateur reflétant ce déficit.

Pour Corcos, le fonctionnement opératoire peut donc être révélateur de troubles narcissiques liés aux aléas d'élaboration du narcissisme primaire. Mais cette définition semble restrictive, dans la mesure où le fonctionnement opératoire doit être rangé parmi les processus de défense à disposition du moi, pour faire face, pendant un temps plus ou moins long, à une situation de type traumatique (26).

C. Relations précoces

L'expérience infantile des sujets alexithymiques serait caractérisée par une disponibilité affective réduite ou sélective des figures d'attachement, proche de celle observée dans les groupes à haut risque psychopathologique comme les mères déprimées ou celles qui présentent un trouble de la personnalité et tout particulièrement de type état-limite (hyper-empathie passionnelle jusqu'à la confusion mère-enfant puis lâchage brutal, inattendu, inexplicable). Cette disponibilité affective réduite des figures d'attachement créerait les bases d'un attachement insécurité en particulier de type « désorganisé » selon la dénomination des théories « attachementnistes ». Elle peut être le fait d'une dépression durant la grossesse et/ou de la

réactivation chez la future mère de défenses alexithymiques à un moment clé du développement affectif pour l'enfant. La mère est en difficulté quant à la possibilité de percevoir ses affects et ceux de l'enfant, et à s'accorder imaginativement au monde interne de l'enfant (67) (68). Alors, on peut faire l'hypothèse que l'identification croisée de la mère et de l'enfant va être défailante car si la perception de son visage par l'enfant dans le miroir du visage maternel est préservée, l'affect de l'enfant ne peut imiter, s'ajuster, s'accorder à l'affect de la mère. D'autant que c'est bien l'affect de la mère plus ou moins constitué en pré-représentation qui provoque, fait s'extirper du corps l'affect de l'enfant. Des parties plus ou moins grandes de l'expérience affective et relationnelle de ces patients seraient donc exclues de la communication avec l'objet primaire ou ses substituts, et ne pourraient donc pas être intégrées dans les modèles affectifs et cognitifs élaborés dans la relation, ce qui déterminerait un accès limité à la reconnaissance d'une plus ou moins vaste gamme d'affects et d'émotions. En résulterait une construction trouée du self si l'on suit Winnicott pour qui le self se connaît essentiellement dans les yeux et l'expression du visage de la mère. Etant incapables d'identifier certaines expériences émotionnelles associées à certaines configurations relationnelles et étant incapables d'utiliser l'activité imaginaire pour communiquer et moduler les émotions, les sujets alexithymiques seraient obligés de recourir à des stratégies alternatives inefficaces et improductives pour réguler leurs expériences affectives douloureuses.

Retrouver les antécédents de négligence émotionnelle pour ces futurs patients alexithymiques n'est pas simple (26). Il s'agit moins d'expériences traumatiques « en plein », extraordinaires, que de traumatismes « en creux » dans l'infra-ordinaire, le banal, le quotidien : désinvestissement maternel du corps de l'enfant, vécu comme un corps étranger ; ou surinvestissement mécanique en emprise d'un corps de l'enfant indifférencié d'avec celui de la mère (l'enfant demeure une extension d'elle-même, l'amour pour l'enfant est alors pur amour de soi, de ce qu'il peut encore devenir, qu'elle n'a pas été) ; et le plus souvent mixte de ces deux formes d'investissement dans l'étrangeté, et l'imprévisibilité à l'origine d'un attachement insécure.

D. Défenses / Conséquences

Pour le sujet alexithymique, incapable d'éprouver, identifier et exprimer ses émotions, et donc celle d'autrui, il y a une coupure, un clivage fondamental entre l'impulsion corporelle et l'affect d'une part et leur traduction mentale d'autre part. Ce qui a ébranlé le corps ne fait pas sens, ne

se connecte à aucune représentation. Il a bien la peau moite et les pupilles dilatées, mais son esprit n'interprète nullement ces signaux corporels comme de la peur ou du désir. Le corps est comme séparé de la tête, ce qui entrave le processus au terme duquel on peut nommer et décrire la tristesse, la colère, la joie. Seules demeurent des quantités d'énergie, sur le bas-côté de la route qu'est la pensée. Comme des aliments non digérés, ces émotions avortées en resteront au corps, le plus souvent sous forme de troubles psychosomatiques qui s'apparentent à une véritable implosion, à une décharge interne destinée à évacuer la charge d'énergie affective.

L'alexithymie serait, selon Joyce Mac Dougall (69), une forme de défense pathologique contre des angoisses archaïques, secondaires aux troubles des interrelations précoces où le corps n'est pas investi par le sujet et où les émotions représentent un danger pour l'équilibre du moi. Elle permettrait au sujet de se protéger des représentations inconciliables par la mise à l'écart très précoce d'affects traumatiques (les sentiments de perte, de séparation, de mort n'auraient pas pu être symbolisés, le sujet se situant dans l'incapacité de les percevoir ou de se les représenter) avec un risque en cas de sidération traumatique de retour de la pulsion dans le soma. Mac Dougall considère le concept d'alexithymique comme insuffisant pour rendre compte de l'économie psychosomatique et souligne deux mécanismes de défense à l'œuvre dans ce type d'organisation : la désaffectation et la dispersion.

La désaffectation consiste à éjecter précocement puis préventivement toute représentation surchargée d'affects du champ de la conscience. Elle aboutit à une parole désaffectée dans laquelle les mots sont vidés de leurs contenus affectifs et pulsionnels.

Enfin, la dispersion est un mécanisme de défense consistant à disperser un ressenti émotionnel douloureux par le recours prépondérant à l'action ou à la forme de solution addictive. Dans ce sens, MacDougall considère les conduites addictives comme l'expression d'une resomatisation des affects du fait de l'incapacité à les élaborer.

VII. CONCLUSION

Notre réflexion concernant la répression des affects chez l'adolescent, à partir de notre expérience clinique, nous a conduit à un cheminement théorique. Nous avons abordé le psychique comme ne pouvant être disjoint du corps, que l'affect ne pouvait s'appréhender sans le biologique. Cela amena la question du rôle de l'environnement dans le développement ou dans la répression des processus biologiques.

Dans cette perspective, nous avons recherché à mieux définir le concept d'affect, celui-ci devant être différencier du concept d'émotion. L'affect est associé au concept de pulsion, qui s'enracine dans le corps, s'inscrit dans le corps.

L'émotion prend également sa source au niveau corporel, mais il se distingue en se rapportant à un événement extérieur, à l'ici et maintenant d'une situation. Tandis que l'affect renvoie à l'historicité du sujet, mettant en jeu les systèmes représentationnels, de manière « décrochée » de la situation d'actualité.

Nous avons abordé les différents niveaux biologiques à travers le système neuronal, endocrinien, sympathique entre autres. Ces différents systèmes sont indispensables pour le développement affectif, pouvant être altérés durablement par des traumatismes répétés de l'environnement.

L'environnement précoce permet la subjectivation, c'est-à-dire l'instauration d'une continuité de soi, des capacités à se situer par rapport à autrui, à tolérer ses mouvements pulsionnels et ses affects, comme ceux de l'autre. Ce processus relève d'un long parcours, souvent chaotique et aléatoire, engagé dès le début de la vie et jamais complètement achevé. La puberté peut être une nouvelle occasion, une nouvelle chance de transformation et d'évolution de ce qui « reste » en souffrance, ou qui est réactivé, actualisé de la petite enfance.

La subjectivation, ce processus par lequel un individu se reconnaît dans sa manière de donner sens au réel, dépendra des moyens de son activité de symbolisation, primaire et/ou secondaire. Le petit enfant, avant le langage verbal, n'a que la symbolisation primaire comme moyen de traitement de l'expérience.

La répression peut agir sur ces différents niveaux de symbolisations, selon le niveau

d'organisation du Moi. Lorsque ces expériences se situent à un âge préverbal, des défenses précoces, issues d'un répertoire biologique, se mettent en place. L'agressivité, et la destructivité nous semble être un des nœuds principaux concernant le développement de la subjectivité et de son échec, à travers la répression.

La répression a un versant non pathologique. Elle permet le vivre ensemble par le frein exercé sur les formes motrices, l'agression physique, et verbale sous certaines formes.

Il est important d'insister sur l'aspect dynamique : la répression étant un processus. En fonction du niveau d'organisation du sujet, sur le plan thérapeutique, il est intéressant d'envisager les différents ateliers utilisant des médiums permettant la mise en travail psychique infra-verbale. Comme par exemple les ateliers peinture, bricolage, tissage, terre, sport, expression corporelle, etc.

Avec les soignants, au cours des échanges ou lors d'entretien, nécessitant une certaine temporalité, il paraît intéressant d'être attentif aux phénomènes de destructivité, permettant d'introduire un écart dans la réponse qui est faite. Cette expérience subjective va avoir un impact sur le rapport que le sujet va entretenir avec sa violence, son agressivité. Cet impact peut se traduire par une levée des répressions, l'extériorisation des affects réprimés ou ignorés, permettant une intégration dans la subjectivité, de par la mise en place d'un environnement nouveau, tolérant et créatif.

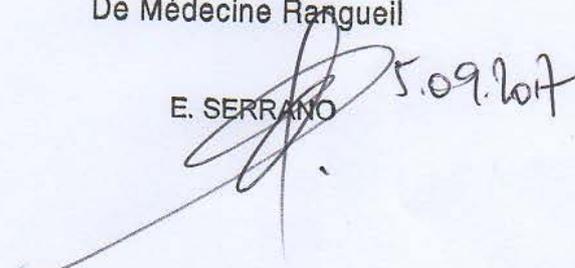
Vu le Président du jury
le 30/08/17

Professeur Jean-Philippe RAYNAUD



Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

E. SERRANO



5.09.2017

BIBLIOGRAPHIE

1. Roussillon R. Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie. Elsevier Masson; 2012.
2. Golse B. Des émotions à la lutte contre les émotions: souffrance et psychopathologie périnatale. Vie Émotionnelle Souffrance Bébé Paris Dunod. 2002;23–34.
3. Houzel D. Émotion. 2002 Dict Int Psychanal Notions Biogr Ø Euvres Évén Inst Paris Calmann-Lévy. 2002;
4. Danon-Boileau L. Affect, éprouvé, émotion, sentiment: notations terminologiques. Rev Fr Psychanal. 1999;(1):9–12.
5. Parat C. L'affect partagé. Rev Fr Psychosom. 2013;(2):167–182.
6. Donabédian D. La place de l'affect en psychosomatique à l'adolescence. Rev Fr Psychosom. 2013;(2):111–126.
7. Szwec G. De la crise d'asthme à la crise de fou rire. Rev Fr Psychosom. 1991;1:115–136.
8. Press J. Mécanismes de répression, travail de contre-transfert et processus de somatisation. Rev Fr Psychanal. 2001;65(1):85–100.
9. Winnicott DW. L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma (1949). L'agressivité Ses Rapp Avec Dév Affect-1955 Prem Année Vie 1958 Pédiatrie À Psychanal Paris Payot. 1969;
10. Freud S. Pulsions et destin des pulsions (1915). ØEuvres Complètes. 1996;13.
11. Freud S. Nouvelles suite des leçons d'introduction à la psychanalyse, XXXII Leçon—Angoisse et vie pulsionnelle. OCF P. 1995;19.
12. Damasio AR. L'erreur de Descartes, Paris, O. Éditions Odile Jacob. 1995;
13. Berthoz A, Petit J-L. Phénoménologie et physiologie de l'action [Internet]. Odile Jacob; 2006
14. Damasio A. Autre moi-même (L'): Les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions [Internet]. Odile Jacob; 2010
15. LeDoux J. Emotions, mémoire et cerveau. Pour Sci. 1994;(202):50–57.
16. Schaal B, Soussignan R. L'enfant face aux aliments: d'avant-goûts en préférences en programmations. Enfance. 2008;60(3):213–218.
17. Schaal B, Delaunay-El Allam M, Soussignan R. Emprises maternelles sur les goûts et les dégoûts de l'enfant: mécanismes et paradoxes. Enfance. 2008;60(3):219–230.
18. Chiva M. Goût et communication non verbale chez le jeune enfant. In: La première année de la vie [Internet]. Presses Universitaires de France; 1986 [cité 20 août 2017]. p. 59–69.
19. Soussignan R, Schaal B. Les systèmes émotionnels chez le nouveau-né humain: invariance et malléabilité des réponses aux odeurs. Enfance. 2001;53(3):236–246.

20. Bowlby J. Attachement et perte (3 volumes). Paris Puf. 1978;
21. Lorenz K. Les oies cendrées. Albin Michel; 1989.
22. Spitz R. Dépression anaclitique. Enquête sur la genèse des troubles mentaux chez les enfants du premier âge. *Psychiatr Infant*. 1970;13(1):211–242.
23. Suomi SJ. Expérience précoce et développement social du singe rhésus. *Psychiatr Infant*. 1976;19(1):279.
24. Darwin C. L'expression des émotions chez l'homme et les animaux. 1877.
25. Wallon H. Comment se développe chez l'enfant la notion du corps propre. *J Psychol*. 1931;28:705–748.
26. Carton S, Chabert C, Corcos M. Le silence des émotions: Clinique psychanalytique des états vides d'affects [Internet]. Dunod; 2013
27. Berger M, Castellani C, Ninoreille K, Basset T, Frere-Meusnier D, Rigaud C. Stress dus aux traumatismes relationnels précoces: conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2010;58(5):282–292.
28. WINNICOTT D. W., «La préoccupation maternelle primaire», (1956). *Pédiatrie À Psychanal*. 1969;287.
29. Stern D. Le monde interpersonnel du nourrisson. Paris Puf. 1989;
30. Ciccone A. L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2005;53(1):24–31.
31. Ciccone A. Rythmicité et discontinuité des expériences chez le bébé. *Ciccone Mellier Sous Dir Bébé Temps Paris Dunod*. 2007;13–38.
32. Houzel D. Enveloppe familiale et fonction contenante. *Emergences Troubl Pensée Paris Dunod*. 1994;27–40.
33. Bion WR. Aux sources de l'expérience, trad. fr. Paris Puf. 1979;
34. Bion WR, Kalmanovitch J. L'attention et l'interprétation: une approche scientifique de la compréhension intuitive en psychanalyse et dans les groupes. Payot; 1974.
35. Bollas C, Goldstein D. L'objet transformationnel. *Rev Fr Psychanal*. 1989;53(4):1181–1199.
36. Prat R. Jeux de construction et de démolition: du bébé à l'adolescent... et au-delà. *Carnet PSY*. 2017;(4):28–32.
37. Winnicott DW. Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self. *Process Matur Chez L'enfant*. 1960;115–132.
38. Roussillon R. Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité [Internet]. Dunod; 2008
39. Trevarthen C, Murray L, Hubleby P. Psychology of infants. *Sci Found Clin Paediatr*. 1981;211–274.
40. Nadel J, Muir D. Emotional development: Recent research advances [Internet]. Oxford

University Press, USA; 2005

41. Sorce JF, Emde RN, Campos JJ, Klinnert MD. Maternal emotional signaling: Its effect on the visual cliff behavior of 1-year-olds. *Dev Psychol.* 1985;21(1):195.
42. Ainsworth MS. Infant–mother attachment. *Am Psychol.* 1979;34(10):932.
43. Haag G. Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel. *J Psychanal L'enfant.* 1997;20:111–131.
44. Winnicott DW. *Jeu et réalité*, trad. fr. Paris Gallimard. 1975;4:67.
45. Ciccone A. Aux sources du ludique. *Groupal.* 2005;17:19–43.
46. Freud S. Le créateur littéraire et la fantaisie. In: *Créations, psychanalyse* [Internet]. Presses Universitaires de France; 1998
47. Freud S. Analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans. *Œuvres Complètes.* 1909;9:42.
48. Mélanie K. *La psychanalyse des enfants.* Paris Puf. 1969;
49. Melanie K. *Essais de psychanalyse.* Payot; 1967.
50. Piaget J. *formation du symbole chez l'enfant* [La]. 1978
51. Stern DN. Le but et la structure du jeu mère-nourrisson. *Psychiatr Enfant.* 1983;26(1):193.
52. Trevarthen C, Aitken KJ. Intersubjectivité chez le nourrisson: recherche, théorie et application clinique. *Devenir.* 2003;15(4):309–428.
53. Winnicott DW. *Agressivité, culpabilité et réparation.* Payot; 2004.
54. Roussillon R. La destructivité et la déception narcissique. *Carnet PSY.* 2017;(4):36–42.
55. Bergeret J. *La violence fondamentale*, 1984. Dunod Paris.
56. Freud S. *Au-delà du principe de plaisir*, OCF, t. XVI Paris PUF. 1920;
57. Ferenczi S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. *Le langage de la tendresse et de la passion.* *Neur Psy Enf Ado.* 2010;58(1-2):10–21.
58. Fraiberg S. Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance. *Devenir.* 1993;5(1):7–29.
59. Spitz RA, Cobliner WG. *The first year of life.* International Universities Press; 1965.
60. Lorenz K. *zur Naturgeschichte der Aggression.* Sogenannte Bose Dr G Borotha-Schoeler Verl Wien. 1963;
61. Harlow HF, Harlow MK. The affectional systems. *Behav Nonhum Primates Mod Res Trends.* 1965;2:287–334.
62. Roussillon R. *La métapsychologie des processus et la transitionnalité: Présentation et rapport.* *Rev Fr Psychanal.* 1995;59:1351–1519.

63. Sigmund F. Inhibition, symptôme et angoisse. Paris Press Univ Fr. 1993;
64. Marty P, de M'Uzan M. La pensée opératoire. Rev Fr Psychanal [Internet]. 1963
65. Smadja C. Le fonctionnement opératoire dans la pratique psychosomatique. Rev Fr Psychanal. 1998;(5):1367–1440.
66. Szweg G. Les galériens volontaires: essais sur les procédés autocalmants. Presses universitaires de France; 1998.
67. Corcos M. Le corps absent: approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires. Dunod; 2000.
68. Corcos M. Le corps insoumis. Paris Dunod. 2005;
69. Mac Dougall J. Théâtres du corps. Paris Gallimard. 1989;29–51.

LA REPRESSION DES AFFECTS CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT A PARTIR D'UN CAS CLINIQUE

RESUME EN FRANÇAIS :

La puberté, c'est-à-dire la maturation biologique et sexuelle, marque l'entrée dans l'adolescence. La puberté va affecter le sujet, dans son rapport au corps et à l'image de soi, aussi bien que dans son rapport aux autres, de ses représentations de la société dans laquelle il vit.

La puberté, événement corporel, va produire l'impératif d'un remaniement psychique, entraînant une crise qui affecte tous les secteurs de la vie relationnelle et intrapsychique.

Notre travail s'appuie sur l'hypothèse que la sexualité au corps à corps avec un objet autre-sujet, avec le partenaire sexuel, retrouve les traces infantiles du corps à corps premier avec l'objet primaire.

Les mécanismes participant au développement et à l'expression des affects chez l'infans (en deçà du langage), mais aussi ceux participant à leur évitement, sont dépendants des interactions précoces.

La future répression des affects se joue ainsi d'abord au sein même du système interactif précoce ayant pour conséquence l'une des racines de la souffrance.

TITRE EN ANGLAIS : Repression of affects in children and adolescents from a clinical case.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : répression, affect, émotion, adolescent, enfant, alexithymie, agressivité, destructivité, biologie, interaction, symbolisation

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Jean – Louis CHEVREAU