

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps.

ProQuest Information and Learning
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA
800-521-0600

UMI[®]

Les barrières autistiques en art-thérapie.

Études de cas explorant l'expression des mécanismes relationnels et
défensifs autistiques en art thérapie.

Marie Carole de Beaumont

Un travail de recherche

Présenté

Au Département de Thérapies par les Arts

Comme exigence partielle en vue de l'obtention

au grade de

Maitrise ès Arts (Art-thérapie)

Université Concordia

Montréal, Québec, Canada

Septembre, 2002

© Marie-Carole de Beaumont



**National Library
of Canada**

**Acquisitions and
Bibliographic Services**

**385 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

**Bibliothèque nationale
du Canada**

**Acquisitions et
services bibliographiques**

**385, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

Your file *Voire référence*

Our file *Notre référence*

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-72964-8

Canada

RÉSUMÉ

Les barrières autistiques en art-thérapie

Marie-Carole de Beaumont

Cette recherche porte sur l'observation des barrières autistiques dans la rencontre art-thérapeutique avec deux patientes présentant diverses problématiques de somatisation. Il s'agit d'une étude de cas, informée par une épistémologie psychanalytique et s'appuyant, au plan théorique, sur différentes théories contemporaines du développement primitif du moi et de la relation d'objet, dont les concepts des *barrières autistiques* de Frances Tustin (1990) et de la *position autistique-contiguë* de Thomas Ogden (1989). La présente recherche se propose d'envisager la fibromyalgie et l'automutilation chez les patientes étudiées comme des mécanismes défensifs primitifs autistiques, tels qu'ils ont été décrits par Frances Tustin. Le modèle théorique de Ogden, quant à lui, en introduisant au sein de la théorie post-kleinienne de la relation d'objet une première position d'objet, la position autistique-contiguë, ainsi qu'une conceptualisation dialectique du fonctionnement psychique, permet de situer sur le plan théorique la persistance de ces phénomènes défensifs autistiques chez des personnes souffrant de diverses problématiques de somatisation. La position autistique-contiguë étant conçue comme l'arrière-plan primitif et sensoriel de la position paranoïde-schizoïde, cette recherche a également pour objectif de décrire et distinguer les positions autistique-contiguë et paranoïde-schizoïde.

Sur le plan clinique, deux études de cas seront présentées, offrant chacune un témoignage de l'utilisation de modalités autistiques, et ce, dans les différents aspects de la rencontre thérapeutique. Les conclusions de cette recherche permettent d'envisager l'art-thérapie comme un moyen thérapeutique de choix, capable de réinscrire les expériences asymboliques autistiques dans le champ de la symbolisation.

SUMMARY

The autistic barriers in art-therapy

Marie-Carole de Beaumont

This research is the observation of autistic barriers presented in art-therapy with two patients who suffer from diverse somatization problems. This is a case study, in which psychoanalytical epistemology is theoretically supported by several modern theories of the primitive development of self and object relations, notably 'autistic barriers' by Frances Tustin (1990) and 'autistic-contiguous position' by Thomas Ogden (1989). In this research, it is proposed that fibromyalgia and self mutilation, in the cases studied, are primitive autistic defense mechanisms, like the ones described by Tustin. Ogden's theory, on the other hand, permits one to theoretically position the persistence of these autistic defense phenomena in people suffering from diverse somatization problems. Ogden introduces, within the post-kleinian theory, a first position, one of object relations, named "the autistic-contiguous" position as well as a conceptual dialectic of the functioning psyche. The autistic-contiguous position is conceived as the primitive and sensory background of the paranoid-schizoid position. This research will also attempt to describe and distinguish autistic-contiguous (Ogden) and paranoid-schizoid (Klein) positions.

Two clinical cases will be presented, offering signs of the presence of autistic defensive mechanisms throughout the study. The conclusions of this study will permit art-therapy to be seen as a therapy of choice, capable of transforming asymbolic experiences to symbolic ones.

Remerciement

**J'aimerais dédier ce papier
à mes deux grands amours, Rose et Alain.**

Je remercie le Dr. Josée Leclerc, professeur au programme de maîtrise en art-thérapie en art-thérapie à l'université Concordia, qui m'a soutenue tout au long de ce processus avec une générosité et une rigueur dont je lui suis reconnaissante. J'aimerais également remercier le Dr. Pierre Verrier, pour sa confiance et son support pendant toute la durée de mon stage d'art-thérapie à l'hôpital St-Luc.

Une pensée pour Frances Tustin et pour ces explorateurs de l'âme humaine qui m'ont accompagnée pendant ce processus. Cette étude porte sur une forme d'enfermement, bien pire que la pire des prisons. Merci à Lise et Danielle de m'avoir permis de faire une incursion dans leur monde et de vivre avec elles une expérience humaine hors du commun.

**« Pour aller jusqu'à toi, quel drôle
de chemin il m'a fallu prendre ».**

**tiré du script (de *Pickpocket*),
de (Robert Bresson), 1959.**

TABLE DES MATIÈRES

	page
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Contexte d'émergence et présentation de la modalité.....	8
d'objet primitive	
1.1 L'objet et la position d'objet chez Melanie Klein.....	9
1.1.1 La position paranoïde-schizoïde.....	11
1.1.2 La position dépressive.....	13
1.2 Développements contemporains de la relation d'objet :	14
la perspective relationnelle dans les théories de D.W.	
Winnicott	
1.3 Les extensions du concept de l'identification projective.....	19
1.3.1 L'identification projective selon Wilfred Bion.....	20
1.3.2 L'identification projective selon Thomas Ogden.....	22
1.4 La primauté de la peau au stade primitif du.....	25
développement du Moi	
1.5 La position " autistique-contiguë: la première "véritable"....	31
position d'objet ?	
Chapitre 2 : Les barrières autistiques	41
2.1 Les barrières autistiques dans la théorie de	43
Frances Tustin	
2.1.1 Le développement " normal ".....	44
2.1.2 Les barrières autistiques chez les autistes.....	48
2.2 L'utilisation des barrières autistiques chez des.....	54
personnes non autistes	
2.3 Les applications cliniques du concept des barrières	60
autistiques	

Chapitre 3 : Les barrières autistiques en art-thérapie.....	65
3.1 Les barrières autistiques et leur expression dans la 67 thérapie	
3.1.1 Caractéristiques générales des positions d'objets..... 69 autistique-contiguë et paranoïde-schizoïde	
3.1.2 Barrières autistiques et relation transférentielle.....73	
3.1.3 Barrières autistiques et contre-transfert..... 77	
3.2 Barrières autistiques et image..... 81	
3.3 Études de cas 85	
3.3.1 Étude de cas A 87	
3.3.2 Étude de cas B..... 111	
3.4 Discussion générale..... 138	
Conclusion.....	146
Bibliographie.....	152
Annexe : Formulaire de consentement.....	157

TABLE DES ILLUSTRATIONS

	Page
Étude cas A	
Figure 1	92
Figure 2	95
Figure 3	98
Figure 4	102
Figure 5	106
Figure 6	106
Figure 7	106
 Étude de cas B	
Figure 1	116
Figure 2	116
Figure 3	119
Figure 4	121
Figure 5	125
Figure 6	130
Figure 7	134

Introduction

Depuis plus de cinquante ans, dans le sillage notamment des théories de l'École britannique de la relation d'objet, de nombreux auteurs et cliniciens poursuivent l'exploration des phénomènes présymboliques marquant les débuts de la présence subjective au monde et l'émergence de la première relation d'objet. « How early important things happen? », demande Winnicott (1945, p. 148). Les différentes explorations théoriques sont le fruit d'un intérêt croissant pour le développement psychique primitif, mais elles résultent également, il faut bien le dire, de la nécessité pour les thérapeutes de s'adapter à une clientèle qui présente une symptomatologie dite « état limite », ainsi qu'à diverses problématiques de type archaïque dont la phénoménologie emprunte, dans certain cas, aux modalités relationnelles et défensives autistiques, telles qu'elles ont été observées par Frances Tustin (1984, 1986, 1990, 1992a, 1992b, 1994).

Frances Tustin (1984, 1986, 1990, 1992a, 1992b, 1994), une véritable pionnière dans le domaine de l'étiologie et du traitement des enfants autistes, a offert une observation fine et très élaborée de la phénoménologie des comportements autistiques. Le concept des *barrières autistiques* est considéré par plusieurs comme figurant parmi les extensions les plus importantes et les plus originales de la théorie kleinienne de la relation d'objet. Conçues comme étant les modalités défensives les plus primitives qui soient, les barrières autistiques sont des mécanismes rigides et

ritualisés de création de sensations sur la surface du corps qui se développent en réaction à une situation traumatique de séparation prématurée d'avec la mère.

On trouve chez des patients atteints de diverses problématiques psychosomatiques des phénomènes défensifs qui peuvent s'apparenter aux barrières autistiques : l'individu s'enveloppe dans un monde de sensations corporelles et tactiles qui rappelle celui que les enfants autistes recherchent en collant une partie de leur corps contre une surface dure.

La présente recherche porte sur l'observation des barrières autistiques chez deux patientes traitées pour diverses problématiques de somatisation. Je me propose de faire une étude de cas, en m'appuyant sur le modèle épistémologique psychanalytique, qui utilisera, sur le plan théorique, la conceptualisation des *barrières autistiques* de Frances Tustin (1990), ainsi que différentes théories décrivant le développement primitif du moi, dont les conceptualisations de Thomas Ogden (1989). Sur le plan clinique, deux vignettes seront présentées, qui décriront les modalités relationnelles et défensives autistiques dans les différents aspects de la rencontre art-thérapeutique. À partir de « l'observation » de la relation transférentielle, des réactions contre-transférentielles et des images créées, telles qu'elles se présenteront dans la rencontre thérapeutique, je tenterai de comprendre la dynamique intrapsychique autistique et de situer ses modalités d'expression spécifiques. Une étude comparative sera envisagée selon la conceptualisation de Tustin quant à l'existence de deux modalités relationnelles différentes, c'est-à-dire l'encapsulation et l'emmêlement.

L'utilisation du modèle théorique de la relation d'objet de Thomas Ogden (1989) permet, et c'est le point de vue que j'adopte dans cette recherche, de situer théoriquement la coexistence des barrières autistiques au sein d'une structure de fonctionnement qui ne soit pas autistique. Thomas Ogden propose un modèle post-kleinien de la théorie de la relation d'objet, en introduisant, d'une part, une « véritable » première position d'objet, à savoir ce qu'il nomme la *position autistique-contiguë*, et d'autre part, en utilisant le concept des *barrières autistiques* de Tustin afin de décrire les modalités relationnelles et défensives qui caractérisent cette position d'objet. Dans le contexte de cette recherche, l'utilisation des barrières autistiques sera donc envisagée comme une modalité relationnelle et défensive *pathologique*, de nature asymbolique, de la position autistique-contiguë.

Ogden introduit également une conception dialectique du fonctionnement psychique, ce qui permet d'envisager, au sein de la rencontre thérapeutique, la présence de modalités relationnelles et défensives appartenant à plus d'une position d'objet. Selon ce modèle dialectique, la position autistique-contiguë constituant l'arrière-plan primitif et sensoriel de la position paranoïde-schizoïde, les deux positions se trouvent forcément intriquées dans un certain nombre de situations de pathologie impliquant un déficit du narcissisme primaire. Cette recherche tentera également de démontrer qu'il importe que le thérapeute puisse reconnaître les modalités relationnelles et défensives de chacune de ces positions d'objet, soit les

positions paranoïde-schizoïde et autistique-contiguë, et ce, afin de s'ajuster à la dynamique intrapsychique du patient et de la comprendre.

Je l'ai mentionné précédemment, les barrières autistiques sont des mécanismes asymboliques, du fait qu'elles s'élaborent au stade préverbal du développement et qu'elles maintiennent de façon défensive toute une dimension de l'expérience infantile en dehors du champ symbolique. La dynamique « intrapsychique » qui sous-tend les phénomènes autistiques ne peut s'appréhender, forcément, que de façon indirecte, et demeure de ce fait même un objet d'observation « insaisissable ». Comment peut-on observer ce qui, par essence, ne se laisse pas voir ?

À cet égard, la création d'une image matérielle dans la rencontre en art-thérapie – autant l'utilisation des matériaux d'art que la création de l'image – pourrait jouer un rôle significatif et offre des angles d'observation fort prometteurs. Les théories de Serge Tisseron (1995) portant sur les différentes fonctions de l'image, dont sa fonction de contenance, permettent d'émettre l'hypothèse selon laquelle l'art-thérapie, du fait de la création d'une image matérielle, introduirait de nouvelles possibilités pour le patient. Celui-ci y trouverait notamment la possibilité de jouer et de représenter une expérience infantile qui s'était maintenue jusque-là en dehors de la sphère symbolique. En d'autres termes, le processus thérapeutique en art-thérapie pourrait permettre à ces phénomènes primitifs, de nature asymbolique, de se représenter pour la première fois dans la sphère symbolique.

Par ailleurs, « l'observation » clinique de ces phénomènes primitifs engage une démarche de connaissance qui exige, de la part du thérapeute, un processus de va-et-vient entre les faits, la théorie et sa propre subjectivité. Ainsi, le récit clinique se constituera à partir de deux mouvements contradictoires, l'un de subjectivation, l'autre d'objectivation. Les conceptualisations de Tustin, Ogden et Tisseron offrent des paramètres théoriques permettant « d'objectiver » certains phénomènes transférentiels, tels qu'ils sont susceptibles de se manifester dans la rencontre et dans les images créées dans le contexte thérapeutique.

Le mouvement de subjectivation, quant à lui, se révélera une composante incontournable et nécessaire de la démarche de connaissance et se nourrira essentiellement de la réflexion et des réactions contre-transférentielles. Il faudra donc s'ouvrir le plus largement possible à ce qui peut être ressenti dans la rencontre, tout en maintenant la capacité de *penser*. Je vais donc introduire dans la présentation des études de cas, lorsque cela m'apparaîtra pertinent, une description de mes réactions contre-transférentielles.

Voici comment seront présentés les différents volets de cette recherche. Le premier chapitre portera sur différentes théories de la relation d'objet décrivant le développement primitif du moi et de la première relation d'objet, et ce, afin de situer les modalités relationnelles et défensives primitives de la première relation d'objet, et plus spécifiquement les modalités de la position autistique-contiguë, telle que définie par Thomas Ogden (1989). Le deuxième chapitre permettra de définir le concept des

barrières autistiques de Frances Tustin (1990) et de le mettre en relation avec les développements dits « normal » et pathologique de la position autistique-contiguë. Le troisième chapitre portera sur deux études de cas où il sera question de l'expression des barrières autistiques dans la rencontre en art-thérapie.

Cette recherche comporte certaines limites qu'il importe de souligner. Il faut dire, d'une part, que le sujet dans sa globalité dépasse largement les limites de la présente recherche et qu'il n'est pas possible de présenter tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet. D'autre part, il faut convenir que les données sur lesquelles s'appuie cette étude de cas sont exclusivement qualitatives, et que la subjectivité y occupe une place importante. Les biais du chercheur sont introduits dans la situation et affectent la façon dont la situation est observée, traduite et interprétée. Il faut de plus ajouter que je dispose d'un échantillonnage de cas très limité à partir duquel il me sera difficile de généraliser. Les conclusions que je pourrais tirer de cette recherche devront donc tenir compte de ces limitations.

Les patientes participant aux études de cas ont été recrutées parmi la clientèle avec laquelle j'ai effectué un stage de deuxième année de maîtrise au programme de maîtrise en art-thérapie. Il est entendu que l'identité des participantes de même que toutes les informations reliées au lieu de rencontre et de recherche pouvant permettre de les identifier resteront confidentielles. Toutes les informations relatives au travail de recherche, à l'anonymat et à la confidentialité ont été clairement expliquées aux

patientes dans une lettre qui leur a été remise dès le début du processus. Un formulaire de consentement a été obtenu (voir annexe 1).

Chapitre 1

CONTEXTE D'EMERGENCE ET PRESENTATION DE LA RELATION D'OBJET PRIMITIVE

On a développé, dans le sillage de Melanie Klein et de l'École britannique de la relation d'objet, différents modèles théoriques explorant les aspects les plus primitifs de l'expérience humaine. Ces explorations théoriques se sont avérées, dans bien des cas, une prolongation ou un approfondissement de concepts développés d'abord par Melanie Klein ; pensons notamment à l'extension de la notion d'*objet*, et plus particulièrement à l'exploration des états psychologiques sous-jacents aux positions d'objet « paranoïde-schizoïde » et « dépressive », telles que définies par Melanie Klein.

La présente recherche porte directement sur les barrières autistiques, conçues comme étant la modalité défensive la plus primitive de l'organisation psychique. Dans ce premier chapitre, je vais tenter de comprendre et de distinguer, à travers le prisme de plusieurs auteurs et de différentes théories, ce qui caractérise les premiers stades du développement du moi. Je présenterai quelques précurseurs de la théorie de la relation d'objet, à savoir Melanie Klein, D.W. Winnicott, Esther Bick et Wilfred Bion, et d'autres auteurs plus contemporains qui s'inscrivent dans la continuité des théories de la relation d'objet, notamment Judith Mitrani et Thomas Ogden. Il faut dire, cependant, que ce sujet, dans sa globalité, dépasse largement les limites de la présente recherche ; il ne sera donc pas question de présenter de façon exhaustive tous les auteurs qui ont écrit sur la relation d'objet.

Dans la première section, je vais définir les concepts d'*objet* et de *position d'objet* développés par Melanie Klein. Dans la deuxième section, je vais, dans un premier temps, expliquer quelques concepts clés des théories de Winnicott sur le développement primitif du moi, à savoir l'importance de l'environnement et les mécanismes en jeu dans le développement d'un « sentiment de l'existence », lequel, selon Winnicott, représente le premier stade de développement du moi. Suivra, dans un deuxième temps, une brève présentation du concept d'« identification projective » selon Bion et Ogden, ce qui me permettra d'approfondir les notions de communication primitive et d'empathie. Dans la troisième section, je présenterai le concept de « *psychic skin* » d'Esther Bick (1968, 1986), qui établit la primauté de la peau au stade le plus primitif du développement. Enfin, dans la quatrième section, je ferai une description de la position « autistique-contiguë » définie par Thomas Ogden (1989), que l'auteur conçoit comme étant la « véritable » première position d'objet.

1.1 L'objet et la position d'objet chez Melanie Klein

Melanie Klein est une figure clé de la psychanalyse, dans la mesure où elle a profondément modifié les prémisses de base de la théorie psychanalytique freudienne en redéfinissant la nature des pulsions et en inscrivant la relation d'objet au centre de ses formulations théoriques et cliniques (Greenberg et Mitchell, 1983). Elle a ainsi introduit une toute nouvelle perspective qui permet une nouvelle organisation et une nouvelle compréhension du matériel clinique et métapsychologique.

Freud utilisait le mot « objet » afin de désigner l'objet de la pulsion instinctuelle ; l'objet est trouvé dans l'environnement et permet la décharge de la pulsion, procurant plaisir et soulagement des tensions. Les caractéristiques et qualités personnelles de l'objet sont alors peu considérées

Au contraire, selon Klein, « le sein », conçu comme étant le premier objet, n'est pas trouvé fortuitement dans l'environnement, comme le suggère Freud, mais il est une composante de l'expérience de la pulsion elle-même (Mitchell et Black, 1995). En d'autres termes, l'enfant possède, selon Klein, une représentation innée du « sein maternel », avec laquelle il se trouve en relation dès la naissance ; c'est la notion d'« objet interne » (Hinshelwood, 1989). L'enfant établit progressivement une relation d'amour et de haine avec ses objets internes ; le bon objet procure le plaisir et le soulagement, le mauvais objet apporte la frustration, l'inconfort, la rage. L'enfant utilise d'abord son corps, et le langage du corps, afin d'exprimer ses pulsions d'amour et de haine : la haine utilise les ressources du corps comme une arme, alors que l'amour utilise les ressources du corps comme des cadeaux.

La théorisation de Klein suggère implicitement la présence innée dans le moi d'une frontière qui lui permet de distinguer les objets internes et externes (Hinshelwood, 1989). Nous verrons, un peu plus loin, d'abord avec Winnicott (1975), puis avec Bick (1968), à quel point l'acquisition de cette frontière - ou membrane - constitue, en fait, un enjeu important du développement primitif du moi, un préalable à

l'établissement de l'espace intérieur et des mécanismes d'introjection et d'identification projective.

On peut poser que la contribution majeure de Melanie Klein à la théorie psychanalytique est la formulation des positions d'objet, à savoir les positions paranoïde-schizoïde et dépressive. Klein utilise le terme « position d'objet » afin de décrire une certaine façon de composer avec la relation d'amour et ou de haine qui se développe vis-à-vis de l'objet (Hinshelwood, 1989). Chaque position possède une modalité relationnelle, une qualité d'anxiété et des mécanismes défensifs spécifiques, c'est-à-dire « a fundamental form for patterning experience and a strategy for locating oneself, or, more accurately, different versions of oneself, in relation to various types of others » (Mitchell et Black, 1995, p. 93).

1.1.1 La position paranoïde-schizoïde

La position paranoïde-schizoïde est, selon Klein, la première position d'objet : elle se développe dès les premiers moments de la vie de l'enfant et marque la transition entre l'expérience purement biologique et l'expérience psychologique. Le terme « paranoïde » fait référence à la crainte de se voir envahir par un objet malveillant, l'anxiété de persécution qui caractérise cette modalité ; le mot « schizoïde » rappelle le mécanisme défensif central de cette position, à savoir le clivage. On dit que l'enfant entre en relation d'« objet partiel » (*part objet*) parce qu'il maintient une séparation étanche entre les différentes facettes de la relation à l'autre, dont il ne fait jamais l'expérience en même temps ; il y a, d'une part, les bons objets,

le bon sein, aimé et aimant; et d'autre part, les mauvais objets, le sein haï et haineux. Afin de préserver le « bon objet » interne, l'enfant projette sur le « mauvais sein » les fantasmes de destruction et d'agression qui accompagnent l'expérience du « mauvais sein ». Toute contamination du bon objet pourrait laisser l'enfant sans protection vis-à-vis du « mauvais objet », ce qui provoquerait une expérience catastrophique de destruction et d'anéantissement du moi. Selon Klein, l'expérience centrale de la position paranoïde-schizoïde est issue de la nécessité vitale de se défendre des anxiétés de persécution provoquées par l'instinct de mort : « She portrayed the newborn's state of mind in terms of anxiety about imminent annihilation, deriving from a sense of the raw, self-directed destructive force of his own aggression » (Mitchell et Black, 1995, p. 93).

L'enfant utilise des mécanismes défensifs, tels que l'omnipotence, la projection, l'introjection, le déni, l'idéalisation et l'identification projective, afin de « réorganiser » les objets internes et dans un effort de maintenir les relations d'amour et de haine séparées l'une de l'autre.

Dans le contexte de la conceptualisation de la position paranoïde-schizoïde, Melanie Klein développe le concept de l'identification projective. Elle décrit l'identification projective comme un fantasme qui permet à l'enfant de cliver les parties mauvaises des parties bonnes du moi et de les projeter sur la mère afin de la contrôler, d'en prendre possession de façon à ce que la mère ait le sentiment qu'elle est, elle-même, devenue le mauvais objet. Ce concept a été considérablement

développé d'abord par W. Bion, qui le présente comme la forme de communication primitive, qui introduit, dans le système clos et totalement subjectif de l'enfant, la « brèche relationnelle » (Hinshelwood, 1989). Le concept fut également développé par T. Ogden. Leurs travaux seront présentés dans la section 1.1.3.

1.1.2 La position dépressive

Toujours selon la théorie kleinienne, la position dépressive se développe dans le second trimestre de vie de l'enfant et se caractérise par l'unification des relations d'amour et de haine ; l'enfant entre maintenant en relation avec un « objet entier » (*whole object*). L'enfant doit cependant renoncer à l'omnipotence et à la relation fusionnelle qui prédominait jusque-là. Les sentiments de tristesse et de culpabilité qui accompagnent ce mouvement de séparation et de deuil sont parmi les enjeux de la position dépressive. Devenu le sujet de sa propre expérience, l'enfant doit également reconnaître l'indépendance et la séparation de l'objet. L'anxiété de perdre l'objet est prédominante dans la position dépressive.

La théorisation kleinienne fait peu de place à la dyade mère-enfant; l'enfant y est plutôt envisagé comme une entité psychologique indépendante capable de désirs et de défenses qui sont projetés sur et dans l'objet, lequel est également considéré comme un système psychologique indépendant (Hinshelwood, 1989). C'est précisément à cet aspect de la théorisation que va s'attarder D.W. Winnicott, jusqu'au point où il va totalement délaissier l'origine pulsionnelle de l'objet pour ne s'attarder qu'à la dyade mère-enfant en tant que matrice du développement précoce du moi.

1.2 Développements contemporains de la relation d'objet : la perspective relationnelle dans les théories de D.W. Winnicott

Dans les années 40 (Mitchell, S.A. et Black, M.J. 1995), la *British Psychoanalytic Society* se scinde en trois à la suite de différends importants entre le groupe de Melanie Klein et le groupe représenté par Anna Freud. Certains vont demeurer fidèles aux théories de Melanie Klein, d'autres aux concepts freudiens classiques, représentés par Anna Freud. Le troisième groupe, dit des « Indépendants », parmi lesquels se trouvent John Bowlby, Michael Balint, W.R. Fairbank, Harry Guntrip et D.W. Winnicott, va progressivement délaisser la pulsion et développer un modèle qui se caractérise par l'importance accordée à l'interrelation qui se développe entre la mère et l'enfant, un concept pivot autour duquel vont s'articuler les théories du développement du sujet humain. En d'autres termes, selon les Indépendants, ce n'est pas tant le lait de la mère ou le sein qui préoccupe l'enfant que l'expérience d'être nourri, avec les connotations de contact et d'attachement à l'objet que cette situation implique. Ces théories, très diversifiées, constituent ce qu'on appelle désormais l'École britannique des relations d'objet.

Dans cette section, je présenterai la contribution de D.W. Winnicott aux théories de la relation d'objet, notamment l'émergence du moi dans la relation à l'environnement maternel. Je présenterai également le concept « d'objet précurseur » défini par Renata Gaddini (1977, 1979, 1987), une contemporaine de Winnicott, dans la mesure où il précise, selon moi, la notion d'objet subjectif de Winnicott.

Freud envisageait le développement humain comme le passage graduel du principe de plaisir au principe de réalité ; pour Winnicott, le développement d'un individu sain est le résultat d'un processus lui permettant de quitter un état de subjectivité totale pour atteindre l'intégration du principe de réalité, c'est-à-dire l'intégration de l'impact de l'environnement sur ses propres perceptions (Winnicott, 1975).

Winnicott (1975) insiste sur le rôle fondamental que joue l'environnement dans le développement de l'enfant humain. Il souligne l'état de dépendance totale dans lequel il se trouve au début de son développement, alors que son existence est totalement tributaire de son environnement. La mère est « suffisamment bonne » (*good enough mother*) lorsqu'elle est en mesure de s'ajuster et de répondre de façon suffisante aux besoins de l'enfant. « There is no such a thing as a baby », écrit Winnicott (1975). Cette déclaration, lancée en 1952 devant la *British Psychoanalytic Society*, synthétise cette notion fondamentale de la théorisation de Winnicott. Au début de la vie, « le centre de gravité » ne se trouve pas dans l'enfant mais dans l'unité mère-enfant. Il utilise le terme « *primary maternal preoccupation* » afin de décrire l'état de réceptivité particulière de la mère pendant la gestation et les premiers temps de vie de l'enfant, qui lui permet de s'ajuster si profondément aux besoins physiques et relationnels de l'enfant. Cette empathie est intrinsèque à la « fonction de contenance » (*holding*) que remplit la mère dans les premiers temps de la vie de l'enfant, et qui lui permet de « contenir » le « moi potentiel » de l'enfant, de la même façon qu'elle l'a porté dans son ventre pendant la gestation.

Winnicott (1975) introduit le concept de non-intégration afin de décrire l'état fragmentaire du moi à l'étape la plus primitive de son développement. Ainsi, le sentiment naissant du moi s'élabore à partir de fragments d'expériences corporelles et sensorielles qui se trouvent liés par l'expérience de continuité des soins et des contacts avec l'environnement, dont la trace répétée soutient « une persistance dans l'être » (*going in being*), « un sentiment de l'existence ». Pour Winnicott, le premier stade de l'existence du moi, qu'il appelle également le « soi », correspond au développement et à la persistance de ce « sentiment d'existence » somatique (Winnicott, 1965, p. 85). L'intégration du « sentiment du soi somatique », « *the indwelling of the soma in the psyche* » (Winnicott, 1949), est la première étape du processus d'intégration. Ce processus est fondamental au développement du moi, car il permet également l'acquisition d'une membrane nécessaire à l'établissement du sentiment de l'intérieur et de l'extérieur. Winnicott écrit : « ...there comes into existence what might be called a limiting membrane, which to some extent (in health) is equated with the surface of the skin, and has a position between the infant's " me " and his " not-me ". So the infant comes to have an inside and an outside, and a body-scheme » (Winnicott, 1975, p. 45).

L'anxiété qui caractérise cette période du développement est liée à la menace d'interruption du « sentiment de l'existence » (*the threat of annihilation, annihilation anxiety*), ce que Winnicott nomme menace ou angoisse d'annihilation ou d'anéantissement ; cette anxiété se manifeste par la peur de tomber en morceaux ou de

chuter dans un espace sans limites. L'enfant n'est pas en mesure d'éprouver cette anxiété (*unthinkable anxiety*) et de l'aménager au niveau psychique du fait qu'elle est expérimentée à un moment où les expériences sont vécues essentiellement au niveau somatique. L'une des fonctions de l'environnement sera donc de protéger l'enfant des interruptions qui risquent de menacer et de rompre ce sentiment de l'existence (Winnicott, 1965).

La mère ne se contente pas de « contenir » (*holding*) l'enfant, « the mother brings the world to the child » (Greenberg et Mitchell, 1983, p. 192). La mère « suffisamment bonne » présente le bon objet au bon moment, de telle sorte que l'enfant développe l'illusion qu'il a lui-même créé l'objet. C'est ce que Winnicott appelle « l'illusion d'omnipotence ». Au début, donc, l'objet n'est que présenté. Grâce à l'illusion d'omnipotence provoquée par la présentation de l'objet au moment où il en a besoin, l'enfant développe la conviction d'avoir créé l'objet et de posséder la capacité de le créer lui-même. Éventuellement, lorsque l'illusion est bien établie, la fonction de la mère « suffisamment bonne » sera de provoquer (progressivement) une désillusion, permettant à l'enfant d'envisager la présence d'autres subjectivités que la sienne, et d'amorcer le processus de séparation entre le moi et le non-moi par la création d'objets transitionnels. L'enfant utilise par exemple la couverture, l'ourson : des objets transitionnels qui lui permettent de recréer à volonté l'illusion de la présence de la mère en son absence ; l'ourson ne remplace pas la mère, mais il recrée à volonté la fonction de la mère, notamment la fonction de réconfort. Une zone intermédiaire s'établit ainsi entre la mère et l'enfant, un espace transitionnel grâce

auquel et dans lequel l'enfant crée et recrée le sein maternel et sa fonction de contenance.

Dans la séquence qui préside au développement de l'espace transitionnel, des objets transitionnels et de la capacité de symbolisation, se développent une variété d'événements précurseurs, notamment des activités dans la bouche, avec les doigts, le pouce ou la sucette, qui ne sont pas encore des objets transitionnels, mais plutôt des « objets subjectifs ». L'objet subjectif n'est pas encore un objet créé par l'enfant. Ce concept demeure toutefois difficile à cerner ; D.W. Winnicott présente cette notion en termes vagues, dans la périphérie des phénomènes transitionnels. Il faut noter ici le travail de Renata Gaddini (1977, 1979, 1987), une psychanalyste italienne, qui a livré une description extensive de ces objets, qu'elle a appelés des « objets précurseurs » ; elle a, par la même occasion, précisé et éclairé, en ce qui me concerne du moins, quelques dimensions essentielles de l'objet subjectif. Selon Gaddini (1977, 1979, 1987), le sein, la sucette ou le pouce constituent, au stade primitif du développement du moi, des « objets précurseurs » dans la mesure où ils prolongent la présence maternelle, rétablissent la relation fusionnelle à la mère et oblitèrent la sensation de la séparation. Gaddini a établi également une relation entre la perte ou une interruption au stade de l'objet précurseur et l'utilisation asymbolique des fonctions du corps, comme c'est le cas dans la somatisation.

Au stade de l'objet subjectif, l'enfant se trouve, comme nous l'avons souligné précédemment, au stade le plus primitif du développement, dans un état de non-

intégration et de totale subjectivité. Il n'a pas atteint un stade de développement affectif suffisant pour lui donner les moyens de faire face à la séparation. La séparation de la mère est vécue comme une perte, non pas comme la perte d'un objet, mais la perte d'une partie de soi-même. Selon Winnicott, le mécanisme défensif utilisé par l'enfant sera alors l'exclusion. Nous verrons dans le chapitre 2, lorsqu'il sera question des défenses autistiques, que ce phénomène correspond aux mécanismes autistiques de « mise en capsule » décrits par Tustin (1986, 1990).

L'empathie qui permet à la mère d'anticiper les besoins de l'enfant est un élément crucial de la fonction maternelle ; c'est la concomitance entre la présentation et l'hallucination de l'objet par l'enfant qui lui procure une expérience de contact, un sentiment de contrôle sur son environnement, et, plus fondamentalement, qui permet à la mère de transformer les besoins de l'enfant en événements significatifs : « The mother functions as a mirror, providing the infant with a precise reflection of his own experience and gestures, despite their fragmented and formless qualities » (Greenberg et Mitchell, 1983, p. 192).

1.3 Les extensions du concept de l'identification projective

Je présenterai, dans la prochaine section, le concept de l'identification projective tel que développé par Bion (1959), ce qui me permettra de définir plus avant les notions de communication primitive dans la dyade mère-enfant. Dans la seconde section, j'expliquerai comment, selon Ogden (1982), ces notions se

répercutent dans la pratique clinique, c'est-à-dire dans la relation interpersonnelle entre le thérapeute et le patient.

1.3.1 L'identification projective selon Wilfred Bion

Pour Melanie Klein et Wilfred Bion, l'identification projective est un processus psychologique interrelationnel et l'un des principaux véhicules, en association avec la maturation psychophysiologique et la prédominance d'une bonne expérience, du mouvement qui se crée vers la position dépressive. Plus spécifiquement, c'est l'identification projective, selon Bion et Klein, qui introduit la dimension relationnelle dans la réalité psychique, laquelle constituait jusque-là un système clos (Hinshelwood, 1989 ; Spillius, 1988).

Bion a considérablement développé le concept de l'identification projective en y ajoutant de nouveaux concepts, dont ce qu'il nomme « *contained-container* », la fonction « alpha », les éléments « bêta » ainsi que les éléments « alpha ». Il en a fait une théorie générale du fonctionnement relationnel humain, plus particulièrement du développement du contact émotionnel entre la mère et l'enfant. Il convient de préciser, cependant, que le sujet de l'identification projective dans les théories de Bion, étant donné sa complexité, dépasse largement les limites de la présente recherche ; il ne sera donc pas question de le présenter de façon exhaustive puisque, qui plus est, il ne se prête guère au résumé. Je m'attarderai donc uniquement sur les notions de base de la relation « *container-contained* ».

Selon Bion, les bases de l'identification projective reposent sur la relation qui s'établit entre deux éléments, « *the contained* » et « *the container* », ce dernier élément agissant comme le contenant du premier élément (Hinshelwood, 1989 ; Spillius, 1988). Ce modèle lui permet de décrire le processus de transformation des expériences émotionnelles en activités cognitives, ou, en d'autres mots, l'intégration progressive d'un « contenant » pour les états émotionnels. Dans le contexte de la relation mère-enfant, la mère agit comme « *the container* » : Bion utilise le terme « rêverie » afin de décrire l'état de réceptivité particulière de la mère alors qu'elle « contient » les aspects intolérables de l'expérience de l'enfant et les transforme, grâce à l'utilisation de ce que Bion appelle sa fonction « alpha ». La fonction « alpha » est ce qui lui permet d'organiser le matériel brut issu des perceptions de l'enfant ; elle « sépare » les éléments : d'une part, la matière brute, inconsciente et inassimilable, appelée éléments « bêta », et d'autre part, les éléments « alpha », c'est-à-dire la matière transformée par la mère, rendue utilisable pour penser et rêver. En fait, la mère a soulagé par des actions ou des mots « assimilables » la détresse de l'enfant (Hinshelwood, 1989). Lorsque l'enfant introjecte la matière qui a été digérée par la mère puis transformée en éléments « alpha », il prend également en lui, en même temps, la capacité de contenir et de composer avec son anxiété. Les mécanismes de l'empathie maternelle, qui joue un rôle fondamental dans la relation primitive entre la mère et l'enfant en donnant à la mère la capacité de s'identifier aux objets terrifiants de l'enfant, sont des mécanismes de l'identification projective (Hinshelwood, 1989).

1.3.2 L'identification projective selon Thomas Ogden

On appelle « *the interpersonal concept of projective identification* » (Hinshelwood, 1989) l'utilisation extensive de la dimension relationnelle de l'identification projective, c'est-à-dire au-delà de ses fonctions intra-psychiques. En d'autres termes, certains auteurs, dont Thomas Ogden (1989), utilisent le concept de l'identification projective afin de conceptualiser non seulement la dynamique intra-psychique du projecteur, mais également la façon dont le processus agit sur l'interrelation entre le projecteur (*contained*) et le contenant (*container*).

On l'a vu précédemment, l'identification projective, telle que définie par Melanie Klein, permet de concevoir la façon dont des fantasmes inconscients d'une personne, le « projecteur », se déploient « dans » une autre personne. Bion explique comment la fonction « alpha » permet au récepteur d'assimiler et de transformer la matière « brute » projetée (éléments bêta), afin qu'elle soit de nouveau introjectée dans une forme devenue « assimilable » (éléments alpha) pour le « projecteur ».

Ogden, quant à lui, utilise les notions de « *container-contained* » de Bion afin de décrire la communication qui s'établit, dans certaines situations cliniques, entre l'analyste et le patient, c'est-à-dire la façon dont le patient utilise le thérapeute afin de contenir et faire l'expérience d'une partie de lui-même. Le fantasme inconscient du patient est de se débarrasser d'une partie dangereuse ou inacceptable de lui-même et de les déposer dans une autre personne, afin, entre autres choses, de contrôler cette personne (Mitchell et Black, 1995 ; Ogden, 1982). Pour le patient, la partie projetée ne

fait plus partie de lui-même, mais semble plutôt habiter l'autre. Une pression semble s'exercer sur l'analyste afin qu'il agisse, pense et ressente d'une façon qui est congruente à la partie éjectée : l'analyste s'identifie à la partie rejetée et dangereuse du patient (Ogden, 1982).

Mais Ogden (1982) considère également la façon dont le thérapeute, de même que la relation entre lui et le patient, sont touchés par ce processus de projection et d'identification. Ce concept lui permet de créer un pont entre la dimension intrapsychique, c'est-à-dire la dynamique intra-psychique et les fantasmes inconscients du patient, et la dimension interpersonnelle, c'est-à-dire comment la pression qui s'exerce sur l'analyste influe sur les comportements de chacune des personnes et se manifeste dans le contre-transfert.

Il faut rappeler que, selon cette conception, le thérapeute ne se rend compte qu'il joue un rôle dans les fantasmes inconscients du patient qu'*a posteriori* (Bion, 1959), puisque la participation inconsciente du thérapeute dans cette construction interpersonnelle précède nécessairement la prise de conscience (Ogden, 1982).

Le thérapeute qui permet à de tels mécanismes de se déployer, qui accepte de se soumettre à la pression qui s'exerce sur lui et qui est en mesure d'observer les changements provoqués en lui-même, aurait alors accès à des renseignements privilégiés sur la réalité intérieure du patient (Casement, 1988 ; Ogden, 1982).

Cette théorisation d'un mécanisme opérant dans la communication interpersonnelle entre le thérapeute et le patient peut aider celui-ci à comprendre, à organiser et à faire le lien entre le transfert et ses réactions contre-transférentielles. Les sentiments, les pensées et les actions de l'analyste, lorsqu'ils sont envisagés selon la perspective de l'identification projective, peuvent être utilisés non seulement afin de comprendre sa propre contribution à la dynamique interrelationnelle, mais également afin d'envisager la façon dont ses sentiments, ses comportements et même ses erreurs reflètent une facette spécifique du transfert (Ogden, 1982).

L'utilisation clinique de l'identification projective pose cependant des difficultés techniques, notamment la difficulté de ne pas « agir » les sentiments engendrés par le patient : « Acceptance of the projected aspects of the patient as a communication to be understood, as opposed to prodding's or assaults to be acted upon or fled from, constitutes the background of the therapeutic situation » (Ogden, 1982, p. 39). L'identification projective ne peut donc être utilisée de façon effective que lorsque le thérapeute arrive à « contenir » ou, mieux encore, à tolérer les éléments projetés par le patient.

Lorsque le thérapeute travaille avec des personnes présentant des problématiques très primitives, qui ont leur origine dans la période préverbale du développement, l'interprétation verbale des processus d'identification projective en cours peut parfois se révéler inefficace. Le thérapeute doit alors adopter une façon de parler et d'être avec le patient qui traduise son acceptation des parties inacceptables du

patient, ceci afin de permettre éventuellement que le patient soit également en mesure de les accepter et de les utiliser comme « matière pour penser ».

On a critiqué l'utilisation extensive et parfois inappropriée du concept d'identification projective (Casement, 1988 ; Spillius, 1988). Il faut dire que le concept demeure obscur pour plusieurs, sans doute du fait de son caractère complexe et très abstrait. Il peut être envisagé comme une manœuvre défensive, ou comme une forme de communication très primitive, ou encore comme le mécanisme qui est à la base de l'empathie.

Le mécanisme de l'identification projective, même dans sa forme la plus primitive, présuppose l'existence d'une frontière entre l'intérieur et l'extérieur. Il sera donc question, dans la prochaine section, de la peau et du corporel, qui dominent les théorisations du développement primitif du moi, de même que de la question de l'intégration psychique de la membrane-peau, qui permet éventuellement de délimiter la réalité extérieure et intérieure et joue un rôle prépondérant dans la formation du moi.

1.4 La primauté de la peau au stade primitif du développement du moi

Différents auteurs (Anzieu, 1980 ; Bick, 1968, 1986 ; Bion, 1988 ; E. Gaddini, 1969, 1982, 1987, 1992 ; R. Gaddini, 1977, 1979, 1987, 1993 ; Grotstein, 1990, 1991 ; Mitrani, 1992, 1993, 1994, 1995, 2001 ; Ogden, 1989, 1991 ; Tustin, 1984, 1986, 1990a, 1990b, 1992a, 1992b, 1994 ; Winnicott, 1965, 1970, 1975 ; etc.) ont souligné

la primauté des interactions corporelles entre la mère et l'enfant dans le développement de la relation d'objet primitive. Parmi ces auteurs, je retiendrai plus particulièrement la contribution d'Esther Bick (1968, 1986), une psychanalyste anglaise qui a tenté de développer un modèle du développement primitif de l'organisation psychique qui inclut l'intégration de la frontière psychologique entre les réalités intérieure et extérieure, qu'elle nomme « *the psychic skin* »¹.

Freud (1961) avait déjà souligné la fonction psychologique de la peau en écrivant: « The ego is first and foremost a bodily ego... » (1961, p. 26). Winnicott a également décrit la peau en tant que lieu des échanges et de la communication primitive dans le système relationnel mère-enfant. Une ébauche d'un « sentiment de l'existence », « le soi », se développerait grâce aux sensations éprouvées sur la surface de la peau ainsi qu'à l'expérience des limites du corps, lorsque l'enfant se trouve en relation avec un environnement maternel « suffisamment bon » ; ainsi s'établirait progressivement l'existence psychosomatique du bébé, « *the indwelling of the psyche in the soma* » (Winnicott, 1949, 1965).

¹ Il importe de souligner que sensiblement à la même époque, Didier Anzieu (1970) a élaboré un modèle théorique, « Le moi peau », établissant également l'importance de la peau dans le développement primitif du moi. Je note que la présente recherche utilise plus largement les développements théoriques d'écoles américaines et anglaises.

La peau est envisagée, dans la théorie de plusieurs auteurs (Anzieu, 1980 ; Bick, 1968, 1986 ; Ogden, 1989 ; Tustin, 1984, 1986, 1990a, 1990b, 1992a, 1992b, 1994 ; Winnicott, 1965, 1970, 1975), comme une membrane-frontière, s'établissant progressivement grâce à l'interaction corporelle et sensuelle de l'enfant et de la mère, permettant une différenciation graduelle entre les sensations internes et les fantasmes, et ce qui se trouve à l'extérieur du contrôle omnipotent de l'enfant, créant ainsi les fondements des relations d'objet, de la capacité de mentalisation et de symbolisation.

Le travail de Bick (1968, 1986) permet d'articuler certains éléments essentiels à l'élaboration d'un modèle du développement de l'organisation psychique primitive, plus particulièrement les mécanismes qui permettent l'établissement de la frontière entre l'espace intérieur et la réalité extérieure.

Bick propose le concept de « psychic skin », concept qui s'apparente au concept de « body ego » de Freud (1961) ainsi qu'au « moi-peau » de Didier Anzieu (1970), et qu'elle décrit comme le tissu unifiant qui relie ensemble les expériences et les parties du moi naissant. Dans les premiers temps de la vie de l'enfant, les parties de la personnalité sont vécues, mieux, éprouvées comme si elles pouvaient se désagréger ou se désintégrer si elles ne sont pas tenues ensemble passivement, un peu comme la peau tient le corps ensemble. La capacité de contenir les parties du moi, un peu comme la peau contient les parties corporelles du moi, est une fonction de contenance qui s'acquiert par l'introjection d'un objet externe. Voyons ce que Judith Mitrani

(1994), une psychanalyste américaine s'étant largement inspirée de ces théorisations, écrit à ce sujet :

I believe that the external objet referred to here is a complex, undifferentiated object composed of experiences of continuous interaction between a physically and emotionally « holding » and mentally « containing » mother, and the surface of the infant's body as a sensory or sensual organ... Until the containing function has been introjected, the concept of a space within the self cannot arise... and the construction of an internal containing object is therefore impaired. (p. 349)

C'est progressivement par identification avec la « fonction de contenance » de l'objet externe, que l'enfant introjecte le sentiment d'une frontière entre l'extérieur et l'intérieur, en même temps que la fonction « d'introjection » elle-même. L'introjection de cette « membrane psychique » permet l'établissement du sentiment de posséder un espace se situant à l'intérieur de soi. L'enfant doit posséder un sentiment, si minime soit-il, de posséder un espace en lui pour que d'autres mécanismes défensifs et relationnels qui reposent sur l'introjection et la projection, tels que décrits par Melanie Klein, puissent se déployer, c'est-à-dire le clivage et l'identification projective. En d'autres termes, l'enfant doit introjecter la « fonction de contenance » de la mère, qui correspond à la fonction de « peau psychique » (*psychic skin*), afin que le sentiment de l'espace interne puisse se développer. L'établissement d'un espace interne constitue l'étape préliminaire et nécessaire pour que les opérations d'identification projective

puissent se développer et, avec elles, le développement de la relation d'objet par le biais de la communication primitive entre la mère et l'enfant. Mitrani (1994) explique les enjeux que représente l'introjection de cette fonction de la manière suivante :

A « skin object » must be incorporated very early in mental development in order to allow for a space within the self to develop so that the mechanism of projective identification, as the primary method of non-verbal communication between the mother and the baby... can function without impediment. (p. 358)

Bick (1968) introduit le concept d'« identité adhésive » (*adhesive identity*) afin de décrire les modalités relationnelles défensives prédominantes de l'enfant pendant la période la plus primitive de son développement. L'état de non-intégration (Bick, 1968 ; Winnicott, 1965) dans lequel se trouve l'enfant à l'étape la plus primitive de son développement provoque la quête frénétique d'un objet, d'une lumière, d'une voix, d'une odeur ou d'une sensation à laquelle il pourra « adhérer » et par laquelle il pourra « tenir ensemble », momentanément, les parties du soi naissant. L'objet optimal est le sein ; la sensation du mamelon dans la bouche du nouveau-né, en même temps que la voix, les bras et l'odeur familière de la mère, sont des modalités de type « adhésives ». Cette modalité relationnelle et défensive se distingue de façon importante du concept de l'identification projective, qui appartient, on l'a dit précédemment, à une étape ultérieure du développement. En effet, l'enjeu de la modalité relationnelle et défensive « adhésive » est *de se mettre en contact avec l'objet* ; dans le cas de l'identification projective, il s'agit plutôt *d'entrer dans l'objet*,

ce qui implique le sentiment de l'existence du dedans et du dehors. Selon Bick, les phénomènes d'« identité adhésive » sont des formes très primitives d'identification de type « imitatif ». Nous verrons au chapitre 2 que Frances Tustin, décrivant des mécanismes défensifs identiques « d'adhésion » à la surface de l'objet, les « formes » et les « objets » autistiques, préférera utiliser le terme « d'équation adhésive », ceci afin de distinguer ces mécanismes, sans ambiguïtés possibles, des mécanismes d'identification, qui appartiennent, selon elle, à un stade plus évolué du développement.

Lorsque la capacité de contenance de l'environnement est déficiente et que le manque d'intégration et de cohésion devient une source d'anxiété trop importante, l'enfant pourrait développer lui-même la fonction de contenance par le développement de mécanismes de « formation de seconde peau » (*second skin formation*). La formation de seconde peau peut se manifester par une tendance à s'accrocher non seulement au contact sensoriel provoqué par la peau contre une autre surface, mais également au contact qui s'établit avec les yeux et les oreilles ; Bick (1968, 1986) décrit également des situations où les mécanismes de formation de seconde peau se manifestent, chez certains bébés, par le développement d'une musculature très importante afin d'être en mesure de « se tenir eux-mêmes ». Ces phénomènes de formation de seconde peau constituent des utilisations hypertrophiées, exacerbées, pathologiques des mécanismes d'« identité adhésive » qui risquent de perturber de façon importante le développement normal de la relation d'objet, dans la mesure où le processus de séparation d'avec l'objet ne sera pas toléré. Je m'explique : la quête

frénétique de la surface de l'objet provoque une tendance à entrer en relation avec l'objet de façon bidimensionnelle, à s'y coller de façon à rétablir la surface du soi. L'espace qui pourrait se développer entre le soi et l'objet est éliminé et le sentiment de la séparation d'avec l'objet se trouve oblitéré.

Les effets d'un manque dans l'expérience primitive de contenance risquent donc d'être importants. Dans tous les cas, les étapes subséquentes du développement psychique se feront plus difficilement et de façon incertaine. La fonction même de « contenance » se trouvera limitée, de même que le développement d'un espace intérieur.

1.5 La modalité autistique-contiguë de Thomas Ogden : la première « véritable » position d'objet ?

Cette section portera sur les différentes caractéristiques de la position autistique-contiguë : c'est-à-dire l'anxiété dominante et les modalités relationnelles et défensives. Après avoir décrit la notion du développement normal et pathologique chez Ogden, le concept des barrières autistiques sera introduit, un concept qui sera repris et développé ci-après, au deuxième chapitre.

S'appuyant sur plusieurs concepts développés par les auteurs qui ont été présentés précédemment, Ogden (1989) revisite, quant à lui, le modèle théorique des relations d'objet de Melanie Klein en y ajoutant la position « autistique-contiguë » (*the autistic-contiguous position*), qui représente, selon lui, la position la plus primitive, la

« véritable première » modalité d'expérience de l'enfant, précédant les positions paranoïde-schizoïde et dépressive.

Selon Ogden, la conceptualisation de l'expérience humaine telle qu'élaborée par Melanie Klein est incomplète, puisqu'elle ne reconnaît pas la présence d'une forme d'expérience plus primitive, présymbolique et dominée par les sens. En introduisant la position « autistique-contiguë, Ogden inscrit au sein de la théorie de la relation d'objet de Melanie Klein et de la dialectique qui préside au développement des relations d'objet « normales », une modalité relationnelle *corporelle* dont le sujet va conserver des vestiges pendant toute sa vie.

Ogden franchit là un pas important, faisant écho en cela à Didier Anzieu (1970), pour qui la question de la surface de la peau a constitué une omission importante, voire surprenante de la théorie de Melanie Klein, puisque les concepts centraux de sa théorie, comme l'introjection et la projection, supposent l'existence d'une frontière qui différencie la réalité extérieure et intérieure. On l'a vu précédemment, Klein avait postulé l'existence innée dans le moi d'une telle frontière et, par conséquent, avait négligé les enjeux qui président à l'établissement d'une telle frontière. On l'a vu à la section 1.3, l'intégration de cette membrane psychique est rendue possible par l'introjection de la fonction de contenance de la mère, et constitue, de fait, un enjeu développemental : les mécanismes de la position paranoïde-schizoïde, tels que l'identification projective, ne peuvent se déployer sans que le sentiment de la frontière entre l'extérieur et l'intérieur ne soit établi et, avec lui, le sentiment d'un

espace intérieur. L'établissement de la surface du soi et son intégration psychique sont donc des enjeux de la modalité autistique-contiguë.

Dans la position « autistique-contiguë », telle que Ogden la conçoit, la relation primitive de l'enfant à la mère et à son environnement, c'est-à-dire la première relation d'objet, est ressentie par les « formes » qui se créent sur la surface de sa peau lorsque l'enfant se trouve en relation avec la mère : l'expérience d'être pris, cajolé, lavé, bercé, écouté et « parlé » dans les bras de la mère constitue une façon spécifique d'être « en relation », c'est-à-dire qu'il s'agit d'une relation entre des formes, procurant les sensations des limites de l'autre, la sensation d'être entouré ou enveloppé, les sensations d'un rythme, d'une périodicité, etc. Ces relations entre « formes » sont essentielles pour le développement normal de l'organisation « autistique-contiguë » dans la mesure où ce sont elles qui créent et modulent l'expérience très primitive du « sentiment de l'existence du moi » (Tustin, 1984, 1990, 1992 ; Ogden, 1989). Les « formes » se créent d'abord spontanément sur la surface de la peau lorsque l'enfant est en relation, mais progressivement, l'enfant génère lui-même des sensations sur la surface de son corps ou dans son corps et les utilise afin de prolonger, sur la surface de sa peau, le sentiment de contiguïté sensorielle avec la mère. Ces activités de « création de formes », qualifiées également d'activités « auto-sensuelles », le protègent des interruptions de l'expérience de contiguïté : elles constituent ainsi la modalité défensive spécifique de la position autistique-contiguë.

Ogden utilise le concept de création d'« objets-sensations » et de « formes-sensations » tel que Frances Tustin l'a développé (1984, 1986, 1990a, 1990b, 1992a, 1992b, 1994) afin de décrire les deux catégories de « formes » qui sont générées sur la surface de la peau et qui constituent chacune une façon spécifique d'entrer en relation avec l'objet. Les « formes-sensations » sont créées par le contact avec des formes douces, chaudes et molles. Les « objets-sensations » sont, quant à eux, générés par le contact avec des formes aux contours durs et solides. À un stade ultérieur du développement, les « formes » et les « objets » sont associés à des « impressions » ou à des états plus spécifiques de confort, de douceur ou encore de sécurité et de permanence.

L'élaboration dite normale de l'organisation « autistique-contiguë » se déroule donc dans le contexte de la relation entre la mère et l'enfant et dépend de leur capacité de générer, dans l'interrelation, des formes d'expériences sensorielles qui rendent supportables la conscience de la séparation, laquelle est une composante intrinsèque et un enjeu fondamental de l'expérience infantile précoce (1989). Il faut comprendre qu'à cette étape du développement, le corps de l'enfant est vécu en continuité avec celui de la mère ; il n'y a pas encore à ce stade le sentiment de l'extérieur et de l'intérieur clairement définis. Pour l'enfant, la perte des limites de l'autre signe la perte du « sentiment de l'existence » du soi (Winnicott, 1975). On l'a vu dans la section précédente, les parties de la personnalité de l'enfant sont éprouvées ou vécues comme si elles n'avaient pas de cohésion et qu'elles pouvaient se désagréger, se désintégrer, si elles n'étaient pas tenues ensemble passivement un peu comme la peau

tient le corps ensemble (Bick, 1968, Anzieu, 1970, Ogden, 1989). Les expériences de la contiguïté des surfaces et la création des « formes » par la sensation des surfaces qui se rencontrent et se différencient, les rituels, les textures, la fermeté de la surface, le rythme, la douceur, la chaleur, la froideur, etc., vont progressivement définir une « surface » de laquelle émergera graduellement le sentiment d'un espace corporel à soi, un lieu à partir duquel l'expérience du soi se crée et s'organise. La mère joue le rôle de l'enveloppe protectrice qui tient ensemble les parties du soi : dans le meilleur des cas, elle protège l'enfant des expériences d'interruption extrêmes dans la continuité des expériences de contiguïtés et de « formes ».

Une situation très précoce de manque dans la « capacité de contenance » (*holding*) aussi bien mentale que sensuelle de la mère, une capacité de contenance qu'Ogden appelle « empathie sensorielle », constitue une terrible menace au sentiment précaire de l'existence et risque de provoquer le sentiment d'avoir « des trous dans le soi » ou, selon les termes de Ogden, « one's skin becoming a sieve through which one's inside leak out and fall into endless, shapeless space devoid of surface or definition of any sort » (1989, p. 39). Cette qualité d'anxiété liée à la discontinuité ou à la perte des limites corporelles est spécifique à la position « autistique-contiguë ». Les mécanismes défensifs qui sont suscités afin de se protéger de la conscience terrifiante de la « séparation » sont spécifiques à la position autistique-contiguë et se caractérisent par une exacerbation et une ritualisation des activités de création de « formes » et « d'objets ». L'enfant s'efforce, par le recours à des activités de création de sensations sur la surface de la peau, de recréer le sentiment de continuité et

d'intégrité de sa surface corporelle. Il sera question plus avant de l'utilisation pathologique des activités auto-sensuelles, aussi appelée « barrières autistiques » au chapitre 2.

Ogden introduit la position autistique-contiguë dans un modèle du développement psychique, présenté non pas en termes de stade, comme c'était le cas dans la théorie kleinienne, mais selon les termes d'une dialectique entre les trois modalités : autistique-contiguë, paranoïde-schizoïde et dépressive. L'expérience humaine, telle que Ogden la conçoit, est le résultat de la relation dialectique entre les trois modes d'expérience. La position autistique-contiguë est envisagée comme étant le versant primitif de la position paranoïde-schizoïde, c'est-à-dire, « the underbelly or primitive edge of the schizoid personality organization » (Ogden, 1989, p. 5). Elle prévaut pendant la période de la vie antérieure aux positions paranoïde-schizoïde et dépressive, mais elle coexiste dialectiquement avec elles dès les débuts de la vie psychique. La modalité autistique-contiguë, à l'instar des autres positions, ne s'expérimente jamais de façon isolée, dans une forme pure et intégrale. Ses modalités défensives et relationnelles se trouvent plutôt constamment intriquées ou entremêlées aux modalités des positions paranoïde-schizoïde et dépressive. Voici ce que Ogden écrit à ce sujet :

As is always the case, the autistic-contiguous mode « borrows from » the paranoid-schizoid mode in the creation of phantasy representations for sensory dominated experience, as well as borrowing upon features of a depressive

mode including elements of subjectivity, historicity, and symbolization proper.
(1989, p. 35)

L'élaboration de la position « autistique-contiguë » contribue de façon spécifique à la dialectique qui s'établit entre les trois positions d'objet. Voici la façon dont Ogden (1989) décrit cette contribution :

The primitive psychological organization under normal circumstances contributes the barely perceptible background of sensory boundedness of all subsequent subjective states.... (p. 45) It offers sensory enclosure that exists in dialectical tension with the fragmenting potential of the paranoid-schizoid mode. (p. 50) The autistic-contiguous mode provides a good measure of the sensory contiguity and integrity of experience (the sensory « floor »); the paranoid-schizoid mode is a principal source of the immediacy of concretely symbolized experience ; and the depressive mode is a principal medium through which historical subjectivity and the richness of symbolically mediated human experience are generated. Experience is always generated between the poles represented by the ideal of the pure form of each of these modes. (p. 45-46)

La position « autistique-contiguë » constitue ainsi un état d'esprit continu, une façon d'être et d'expérimenter le monde qui persiste pendant toute la vie. Le recours aux activités auto-sensuelles « normales » de la modalité « autistique-contiguë » peut

ainsi se poursuivre à l'âge adulte et prendre la forme d'activités d'auto-réconfort sur la surface de la peau : bercement, caresse, etc., ou encore par les contacts provoqués par les sens de la vue, de l'ouïe et de l'odorat (Ogden, 1989).

La psychopathologie, telle que la conçoit Ogden, est la rupture de la dialectique entre les trois positions au profit de l'une ou l'autre d'entre elles. Lorsque la menace à l'intégrité corporelle est trop importante, l'anxiété devient intolérable et la dialectique entre les trois positions s'effondre ; lorsque la dialectique s'effondre au profit de la modalité « autistique-contiguë », les activités de création de « formes » et « d'objets » sur la surface de la peau qui caractérisent cette modalité s'organisent de façon défensive, s'hypertrophient et se rigidifient. Ogden écrit à ce sujet : « The outcome of such a collapse may be a tyrannizing entrapment in rigid, asymbolic patterning of sensation » (1989, p. 5). Au chapitre 2, j'aurai l'occasion de discuter plus avant de l'utilisation pathologique des activités « auto-sensuelles ». Je désignerai alors ces activités sous l'appellation de « barrières autistiques » ou encore de création de « formes » et « d'objets » autistiques. Le terme « autistique » est utilisé par Frances Tustin afin de désigner la création omnipotente, rigide et exacerbée, comme c'est le cas chez les enfants autistes, de « formes » et d'« objets » sur la surface de la peau afin de se protéger de l'expérience traumatique qu'entraîne la conscience de la séparation d'avec la mère. Dans cette recherche, le terme « autistique » sera utilisé exclusivement afin de désigner l'utilisation pathologique et asymbolique des mécanismes dits « normaux » d'auto-sensations de la position autistique-contiguë.

J'ai présenté dans ce chapitre différentes théories du développement primitif de la relation d'objet. Melanie Klein est l'auteur de plusieurs concepts fondateurs des théories de la relation d'objet, dont le concept des positions d'objet paranoïde-schizoïde et dépressive. Les développements contemporains de la théorie de la relation d'objet, grâce aux contributions de D.W. Winnicott, de Wilfred Bion et d'Esther Bick, notamment, ont permis d'entrevoir une modalité primitive d'expérience sensorielle. Thomas Ogden, s'inspirant de plusieurs de ces auteurs, a « revisité » la théorie de la relation d'objet en introduisant ce qu'il conçoit comme étant une première « véritable » position d'objet, à savoir la position autistique-contiguë, au cours de laquelle une ébauche d'un sens du moi se développe dans la relation avec la mère, ceci à partir de l'expérience des sensations sur la surface de la peau créée par la contiguïté des surfaces. La position autistique-contiguë possède, à l'instar des positions paranoïde-schizoïde et dépressive, des modalités relationnelles et défensives spécifiques qui se caractérisent par la création de « formes » et d'« objets » sensations sur la surface de la peau. Ogden a également innové en proposant un modèle dialectique du développement dit « normal » et de la psychopathologie : le fonctionnement psychique « normal » y est le résultat de la dialectique entre les trois positions d'objet, soit les positions autistique-contiguë, paranoïde-schizoïde et dépressive ; la psychopathologie est conçue comme résultant de l'effondrement de cette dialectique. Cette conceptualisation crée un modèle théorique qui permet de comprendre la persistance, durant toute la vie, d'activités d'auto-réconfort sur la surface de la peau. Nous verrons dans le prochain chapitre, à la section 2.2, que ce modèle permet également d'envisager le développement et la persistance, au sein d'un

fonctionnement non autistique, d'activités pathologiques d'auto-sensations, ou encore de « barrières autistiques ».

Chapitre 2

LES BARRIERES AUTISTIQUES

Ce chapitre portera sur le concept des barrières autistiques, tel qu'élaboré par Frances Tustin. Les barrières autistiques constituent un ensemble de modalités relationnelles et défensives utilisées par les enfants autistes et se caractérisent par la création rigide, ritualisée et mécanique de sensations sur la surface de la peau.

Depuis quelques décennies, par suite de la nécessité de s'adapter à une clientèle dite « états limites », une attention croissante a été portée aux phénomènes qui précèdent l'émergence de la représentation mentale, à savoir les phénomènes présymboliques. Cet intérêt s'est exprimé notamment par une augmentation de la littérature, principalement psychanalytique, portant sur les manifestations cliniques de phénomènes qui empruntent aux phénomènes autistiques, tels qu'observés par Frances Tustin dans son travail auprès des enfants autistes.

Frances Tustin (1984, 1986, 1990a, 1990b, 1992a, 1992b, 1994), une psychanalyste pour enfants d'origine anglaise, a offert une observation sensible et méticuleuse de l'univers atypique des enfants autistes². Son travail de pionnière dans

² Il faut préciser que la présente recherche ne porte pas sur l'autisme en tant que tel. La conception de l'autisme qui est présentée ici constitue un point de vue sur l'étiologie de l'autisme, celui de Frances Tustin, lequel est loin de faire l'unanimité.

le domaine de l'étiologie et du traitement de l'autisme a permis d'entrevoir pour ces enfants un traitement psychothérapeutique d'ordre psychanalytique qui n'existait pas jusque-là. Ses travaux lui ont permis de s'interroger sur les facteurs de prédisposition de l'autisme, qui comportent, on le reconnaît désormais, mis à part les facteurs d'ordre génétique, des facteurs liés à l'environnement, aussi bien l'environnement intra-utérin que la relation à l'environnement qui succède immédiatement la naissance. Les résultats de ces recherches offrent certaines clés permettant de mieux comprendre le développement primitif de la relation d'objet, de même que l'anxiété et les modalités défensives spécifiques qui risquent de se déployer lorsqu'il y a une déficience dans la fonction de contenance (*holding*) de l'environnement. Les recherches de Frances Tustin permettent de mieux comprendre la phénoménologie relationnelle et défensive autistique telle qu'elle se manifeste, parfois, chez des adultes présentant des structures de personnalité névrotique ou états limites, de même que chez des personnalités présentant des troubles de somatisation importants.

Dans la première section de ce chapitre, je présenterai d'abord le concept des activités auto-sensuelles « normales », suivie de la présentation du concept des barrières autistiques, tels qu'élaborés par Tustin (1984, 1986, 1990a, 1990b, 1992a, 1992b, 1994). Il sera question dans la deuxième section du développement psychique chez des personnes non autistes qui utilisent de façon persistante les mécanismes défensifs autistiques. Je ferai dans la troisième section, une brève description de situations cliniques utilisant le concept des barrières autistiques. Je consacrerai une partie de cette section à montrer les liens qui ont été établis par certains auteurs entre

la présence de symptômes psychosomatiques et les défenses autistiques. Ces liens sont importants dans le contexte de la présente recherche, notamment en ce qui concerne les rituels d'automutilation et l'utilisation de la souffrance comme « objet autistique », puisqu'ils permettent d'emblée, d'étayer les études de cas qui seront présentées au chapitre 3.

2.1 Les barrières autistiques dans la théorie de Frances Tustin

Tustin a contribué de façon particulièrement importante à la description de l'expérience précoce en développant, notamment, les concepts de « forme-sensation » et d'« objet-sensation » afin de décrire comment s'organise la relation primitive à la mère, à une étape du développement, on l'a vu précédemment, dominée par les sensations sur la surface de la peau.

Frances Tustin s'est particulièrement intéressée à la fonction de survie des « formes-sensations » et des « objets-sensations » chez les enfants autistes. Son travail d'observation des phénomènes autistiques lui a permis de décrire les mécanismes défensifs qui se mettent en place lorsqu'un enfant est soumis à une expérience de séparation prématurée. Selon Tustin (1992a), lorsque l'environnement maternel est « suffisamment bon », des activités « auto-sensuelles » se développent tout en laissant s'établir des expériences de contact et de sensation partagées. L'autisme infantile se développe plutôt dans le contexte d'une relation « anormalement » fusionnelle avec la mère suivie d'une expérience de séparation vécue de façon traumatique, provoquant une réaction défensive de retrait et une fixation pathologique aux activités autistiques.

Tel que nous le verrons de façon plus exhaustive dans la section sur l'autisme, l'enfant se coupe totalement de l'expérience partagée par la création « asymbolique » de formes et d'objets autistiques : c'est-à-dire que ce mécanisme n'a pas d'autre fonction que de maintenir l'enfant dans un système clos.

2.1.1 Le développement « normal »

L'enfant possède une tendance innée à créer des formes (Tustin, 1986, 1992a). En effet, le nourrisson développe des « formes » à partir des sensations sur la surface du corps et dans le corps. Ces « fantasmés dans le corps » (Gaddini, 1982, 1987), ce sont en fait des « proto-fantasmés » d'ordre somato-sensuel (Mitrani, 1995), ce sont des phénomènes de nature présymbolique. En effet, la « forme-sensation » est éprouvée et ne se « présente » que dans le corps ; elle ne se « représente » pas au niveau psychique, comme c'est le cas pour les fantasmés, qui témoignent d'une capacité de représentation et de symbolisation et qui sont des mécanismes de la sphère psychique. Les « formes-sensations » ressemblent plutôt à des îlots de sensations qui émergent d'abord spontanément dans le corps, sur la surface du corps, dans la relation avec l'environnement ; puis les sensations sont progressivement induites par l'enfant lorsqu'il découvre qu'il est en mesure, par des activités motrices, de les créer lui-même.

Les activités auto-sensuelles dites « normales » selon Tustin (1986, 1992a) et Ogden (1989) sont des phénomènes de nature présymbolique. Un peu comme les « objets subjectifs » dont j'ai parlé à la section 1.2, elles sont des « précurseurs » des

« objets transitionnels » et s'inscrivent dans la chaîne d'événements précurseurs aux phénomènes de nature symbolique qui s'instaurent progressivement dans la relation entre l'enfant et son environnement, ce que Winnicott (1951, 1965, 1975) a décrit comme étant *les phénomènes transitionnels*. Selon Tustin, ces activités de création de « formes » sur la surface de la peau procurent la sensation temporaire d'une continuité et d'une sécurité corporelle. Au début, les « formes » générées par les sensations sont plus importantes que les objets ou les substances qui créent les formes elles-mêmes. Je m'explique : le nourrisson trouve, puis éventuellement recherche la « forme-sensation » ; par exemple, de la salive sur la langue, ou encore la « forme-sensation » du mamelon qui remplit la bouche. Ensuite, lorsque le développement progresse normalement, c'est-à-dire que l'enfant n'est pas exposé à une rupture brutale et prolongée de la continuité et du rythme des soins physiques et des activités d'allaitement, les activités de création de formes-sensations sont associées aux formes et aux objets réels. Le mamelon, par exemple, se complexifie ; il devient l'objet sein, « *the breast* » décrit par Winnicott (1951, 1965, 1975) et qui, éventuellement, se représente psychiquement et vient s'inscrire comme un phénomène symbolique dans la chaîne du développement des phénomènes transitionnels et de la capacité de symbolisation ; les objets transitionnels agissent comme des médiateurs entre le moi et le non-moi et introduisent un « espace » entre la mère et l'enfant (Gaddini, 1977, 1979, 1987 ; Winnicott, 1951, 1965, 1975).

Il importe, ici, de souligner une distinction fondamentale entre l'objet transitionnel, tel que présenté ci-dessus, et la création « normale » d'« objets » et de

« formes » dans la théorie de Tustin : l'objet transitionnel est un objet créé par l'enfant *afin de maintenir un contact avec l'objet maternel*. À l'opposé, les objets et les formes sensations sont générés à un stade du développement où l'enfant n'est pas en mesure de tolérer le *même* état de conscience de la séparation corporelle d'avec la mère ; *ils ne sont donc pas des substituts de la mère, mais ils « tentent » plutôt de la remplacer* (Tustin 1986, 1990a).

Dans un pénultième article, publié quelques mois avant sa mort, Frances Tustin (1994) apporte une rectification très importante quant à l'étiologie de l'autisme. La phase pendant laquelle dominent les activités auto-sensuelles, qu'elle a qualifiée dans certaines publications (1972, 1981) de « phase d'autisme primaire normale », et que j'ai tenté de résumer ci-dessus, dans la section présentant le développement dit normal, a toujours été présentée avec certaines ambiguïtés : à partir de quel moment se déclenche l'autisme ? Y a-t-il ou non une voie unique à partir de laquelle l'enfant se dirige ou vers le développement symbolique ou, dans des situations extrêmes, vers l'autisme infantile ? Elle apporte la précision suivante : « There is not a normal infantile stage of primary autism to which the pathology of childhood autism could be a regression » (Tustin, 1994, p. 31). Contrairement à l'autisme pathologique, précise-t-elle, les activités auto-sensuelles se développent normalement dans un contexte où l'enfant et la mère forment une dyade en mesure de tolérer la conscience, si minimale soit-elle, d'une séparation entre eux. Au contraire, les activités autistiques ne se développent que dans un contexte où une telle conscience n'est pas tolérée. Tustin (1994) suggère donc de ne plus associer le terme « autistique » aux activités auto-

sensuelles ou à la période pendant laquelle elles se développent afin de lever toutes les ambiguïtés quant au caractère pathologique des mécanismes dits « autistiques »³.

Selon Tustin, l'enfant « crée » deux types d'activités auto-sensuelles : les « formes-sensations » et les « objets-sensations ». Les « formes-sensations » sont engendrées par le corps, autant par le corps et les sécrétions du corps de l'enfant que par le corps de la mère. Elles procurent à l'enfant le sentiment d'être entouré et contenu : la sensation du mamelon qui remplit la bouche de l'enfant, les bras de la mère qui l'entourent et le bercent sont autant d'éprouvés qui engendrent des formes-sensations. Le mouvement, le bercement et la succion donnent à l'enfant le sentiment d'un rythme et d'une continuité corporelle. Ces formes sont vécues comme des formes souples, enveloppantes, confortables, douces, chaudes et entraînent ainsi un sentiment de sécurité (Tustin, 1984, 1986, 1990a, 1990b, 1992a, 1992b, 1994).

Les objets-sensations, quant à eux, sont associés à des formes aux contours fermes et durs qui procurent un sentiment plus net des limites corporelles ; la contraction des muscles, l'adhésion à un objet dur, que ce soit un jouet, une chaise ou encore la sensation des fèces dans l'anus, constituent différentes créations d'« objet » qui procurent une sensation de la limite corporelle vécue en termes de stabilité, de

³ Cette rectification apportée par Tustin entraîne également certaines considérations en ce qui a trait à l'utilisation que fait Ogden du terme « autistique » dans la position autistique-contiguë.

rigidité, de permanence et de sécurité. Les objets-sensations recréent une illusion de protection et de sécurité qui peut s'apparenter à ce que procurent la coquille ou la carapace.

La création de « formes-sensations » et d'« objets-sensations » constitue, selon Tustin, la base rudimentaire du développement psychique. Dans la prochaine section, nous verrons quelles sont les conditions qui favorisent l'émergence de l'autisme infantile.

2.1.2 Les barrières autistiques chez les autistes

Cette section sera consacrée à la façon dont Frances Tustin conçoit l'étiologie et la phénoménologie autistiques.

Des développements récents attribuent l'autisme infantile à des facteurs neurobiologiques essentiellement d'origine génétique. Selon Tustin (1990a), il faut effectivement considérer toute une variété et une combinaison de facteurs de prédisposition biologiques d'origine génétique qui jouent un rôle déterminant dans l'autisme, sans toutefois négliger les influences environnementales. Si le dosage entre les influences d'ordres génétique et environnemental risque d'être différent dans chaque cas, les facteurs de prédisposition demeurent toutefois déterminants. Cela étant dit, le travail de Frances Tustin permet de comprendre la fonction défensive et relationnelle des manœuvres autistiques telles qu'elles se développent dans la relation de l'enfant autiste avec l'environnement maternel.

L'autisme est une réaction pathologique à une expérience de séparation qui est vécue de façon traumatique par l'enfant. On l'a mentionné précédemment, une rupture prématurée, brutale et prolongée, ou encore une expérience inconsistante de la contiguïté des surfaces, de la symétrie, du rythme, au moment où les « fantômes », ou plutôt les « proto-fantômes » de fusion corporelle dominant, entraîne un sentiment de mutilation corporelle et une interruption du « sentiment de l'existence » (*Going in being*, Winnicott, 1965):

Bodily awareness of their separateness had been experienced as an interruption to the pulsing rhythm of their « going-in-being » (Winnicott, personal communication). Their sense of « being » was felt to be threatened. Annihilation stared them in the face. Some very desperate steps had to be taken to combat it. (Tustin, 1990b, p. 124)

Toutefois, selon Tustin (1994), si le mouvement de retrait autistique est une réaction pathologique à une situation de disruption, il ne se développe que dans le deuxième temps d'une situation d'« unité adhésive » pathologique entre la mère et l'enfant. *L'autisme, donc, se développe en deux temps*. Tustin précise ce qui suit : « autism is a protective reaction that develops to deal with the stress associated with a traumatic disruption of an abnormal perpetuated state of adhesive unity with the other; autism being a reaction that is specific to trauma » (Tustin, 1994, p. 14). Cette rectification tardive apportée par Tustin (1994) écarte, selon elle, toute confusion

quant au développement « normal » de manœuvres autistiques. Les activités autistiques sont toujours des réactions pathologiques à une interruption dans un contexte où la conscience de la séparation n'est absolument pas tolérée.

Selon Tustin (1990a, 1994), la situation prénatale a sans aucun doute un rôle important à jouer dans le développement de l'autisme : « I am convinced that there must be something in the genetic constitution or in the intra-uterine experience of the autistic child which predisposes him (or her) to resort to autistic encapsulation as an exclusive mode of protection » (Tustin, 1990a, p. 26).

Il arrive parfois que l'enfant soit porté par une mère déprimée qui a recours à l'enfant qu'elle porte afin d'être réconfortée. La naissance a pu provoquer une expérience de perte insupportable pour elle, ce qui peut entraîner des conséquences sérieuses pour l'enfant. En effet, la disparition des limites corporelles que procurait la mère, jusqu'au moment de la naissance, peut être vécue comme une mutilation corporelle et plus encore comme la fin du soi. Selon Tustin (1986, 1992), cette expérience peut se comparer à la sensation de chuter, de tomber, de couler, de s'égoutter dans un espace informe et sans limites.

Afin de se protéger de cette expérience, qualifiée par Tustin de « trou noir du non-être » (1986, 1992), l'organisation primitive du moi naissant se mobilise afin de protéger le « sentiment précaire de l'existence » en créant de façon mécanique et figée, des forme-sensations et des objet-sensations autistiques sur la surface de la peau. Les

mécanismes défensifs d'auto-sensation produits par l'enfant tentent de ramener un sentiment de continuité et d'intégrité sur la surface naissante du moi et d'oblitérer, de façon partielle ou totale, la conscience de la séparation du « non-moi ». La création des « formes » et des « objets » génère une expérience de nature asymbolique, dans la mesure où cette expérience sensorielle ne vise qu'à maintenir un système clos et figé.

L'enfant autiste est confronté à la terreur de ne plus exister ou d'être anéanti, qu'il importe, selon Tustin, de distinguer de la peur de mourir. La personne qui éprouve la peur de mourir a déjà acquis une représentation suffisante d'elle-même lui permettant d'avoir la sensation d'être vivant : « Perdre le sentiment d'exister est bien pire que mourir. L'anéantissement est la pire des menaces car il signifie la perte du sentiment psychique d'exister » (Tustin, 1992, p. 60). Tustin compare la personne autiste à un (e) trapéziste qui mobilise tous ses efforts et sa concentration afin de ne pas tomber (Tustin, 1986, 1992).

Plutôt que les termes « identification adhésive » ou « identité adhésive » de Bick (1968, 1986), Tustin préfère utiliser le terme « équation adhésive » afin de décrire la façon dont les autistes se collent littéralement à un mur ou à la partie dure du corps de quelqu'un comme s'il s'agissait d'un objet inanimé, en fusion et en *équation* avec les sensations de dureté qu'ils ont ainsi générées. Selon Tustin, le recours à la dureté de l'objet leur permet d'engourdir la douleur de la perte de l'objet et le sentiment de mutilation du corps. Ce mécanisme de « mise en capsule auto-générée » (*auto-generated encapsulation*) permet aux enfants autistes de fabriquer eux-mêmes

leur enveloppe extérieure (1992). On peut établir, ici, une correspondance entre les mécanismes de « mise en capsule » et les mécanismes de « seconde peau » décrits par Esther Bick (1968, 1986).

Selon Tustin (1990a, 1990b, 1992a, 1992b), deux modalités défensives autistiques limitent de façon différente la relation au non-moi, ce que Tustin décrit en termes d'« encapsulation » et d'« emmêlement ».

Dans la première modalité défensive, les objets-sensations autistiques créent une « encapsulation » qui bloque l'expérience relationnelle. Le sujet encapsulé se défend de toutes les expériences qui suscitent la conscience de la séparation avec le non-moi, en générant des sensations avec des surfaces dures. Elles sont d'abord générées à partir de sensations tactiles obtenues à partir de sensations dans ou sur le corps du sujet, telles les sensations des fèces dures dans l'anus ou la sensation de la langue dure qui se presse contre l'intérieur des joues ou le palais. Ou encore, l'enfant se presse ou se colle à des objets durs, à des jouets par exemple, qu'il serre ou comprime afin qu'ils laissent une impression sur la peau, ou encore qu'il tripote ou fait tourner, comme si la dureté ou l'impénétrabilité des objets pouvaient se communiquer à son corps. Ces rituels recréent la sensation de la coquille, ou de l'armure, et permettent d'entretenir l'illusion *d'être en complète continuité avec l'autre tout en se coupant complètement* de l'expérience relationnelle.

Dans la seconde modalité défensive, les formes-sensations autistiques créent plutôt un « emmêlement » (*entangled*) relationnel. Le sujet génère l'illusion d'être enveloppé par le corps de la mère en créant des rituels du corps en contact avec des formes molles et douces, incluant des activités tactiles telles que taper, effleurer, frotter, étaler et même dessiner et peindre sur des surfaces lisses, aussi bien celles du corps du sujet que celles d'objets extérieurs ressentis comme faisant partie de son corps. Le sujet emmêlé *n'oblitére pas complètement la conscience de la séparation de la mère* et rend compte d'un état plus intégré (Tustin, 1992).

Tustin (1992) établit une relation entre l'encapsulation autistique et le concept de « *false self* » développé par Winnicott (1965, 1975), qui est présenté comme une structure ayant pour fonction de défendre le « *true self* », ou le « vrai soi ». Dans une situation où l'environnement maternel impose de façon importante sa « subjectivité » en obligeant l'enfant à s'y soumettre, l'enfant développe un « *false self* », ou un « faux soi », qui recouvre et maintient à l'abri le sentiment naissant de sa propre subjectivité, c'est-à-dire le « vrai soi » (*true self*). Selon Tustin, l'utilisation de barrières de protection importantes, comme c'est le cas avec les rituels d'encapsulation, pourrait correspondre aux efforts de protection du « *false self* ».

L'utilisation des barrières autistiques entraîne toujours des conséquences sur le développement psychique. Voici ce que Frances Tustin écrit sur le développement de la capacité de jouer : « Sensation objects and sensation shapes are suppressants and a means of escape from reality. They block the capacity for play, which... enables

children to cope with reality » (1990b, p. 121). Il est généralement admis que tous les aspects du développement psychique (affectif, symbolique et cognitif) des personnes autistes sont compromis (Tustin, 1986). Tustin écrit : « I have come to think that a sense of bodily separateness is the heartbreak at the center of all human existence, and that some people experience it in a more drastic way than others. How it is dealt with seems to affect the development of the whole personality » (1990, p. 135).

Qu'en est-il du développement psychique chez des personnes non autistes qui utilisent de façon persistante les mécanismes défensifs autistiques ?

2.2 L'utilisation des barrières autistiques chez des personnes non autistes

Tel que je l'ai mentionné précédemment, ce qui caractérise l'autisme, selon Tustin, est l'utilisation *exclusive et ritualisée* des modalités défensives de création de « formes » et d'« objets » autistiques, qu'elle appelle également « barrières autistiques ». Il arrive que ces modalités défensives autistiques, ou des variantes de ces modalités, se déploient au sein d'une structure de fonctionnement global qui ne soit pas autistique. C'est-à-dire que les mécanismes de création de « formes » et d'« objets » autistiques ne sont pas utilisés de façon exclusive, mais côtoient d'autres modalités relationnelles et défensives appartenant à un niveau de fonctionnement plus mature.

Tustin (1986, 1990, 1992) a décrit l'existence de phénomènes d'encapsulation chez des patients présentant des structures de personnalité névrotique. Certaines

expériences vécues dans la situation thérapeutique, notamment des expériences de séparation, pourraient provoquer des mécanismes défensifs autistiques. Selon Tustin, ces patients tentent de se protéger d'une expérience traumatique précoce en la maintenant à l'écart de la conscience, « encapsulée », hors de portée verbale de l'analyse. Une partie de la psyché, figée par suite d'une expérience traumatique de séparation, se trouve maintenue en dehors de la conscience et de la personnalité par la « mise en capsule » et la création de formes et d'objets sensations autistiques. Les traits phobiques, obsessifs et compulsifs, maniaco-dépressifs et certaines problématiques psychosomatiques pourraient être envisagés, selon Tustin, comme des phénomènes défensifs autistiques. Il faut bien préciser, toutefois, que ces considérations sur les différentes variantes de l'autisme précèdent la parution de son dernier article, en 1994, dans lequel elle apporte des rectifications importantes à l'étiologie de l'autisme, et du même coup, laissent quelques questions sans réponses quant à l'étiologie de ces phénomènes d'encapsulation autistique.

En effet, je l'ai mentionné précédemment à la section 2.1, Tustin a reformulé dans ses derniers écrits son modèle théorique de l'étiologie de l'autisme et réfuté la possibilité d'une phase normale d'autisme au tout début du développement psychique de l'enfant. De ce fait, le phénomène de l'autisme n'est plus conçu comme un développement pathologique au sein d'une phase dite « normale » d'autisme, provoquée par une réaction pathologique à une expérience de « séparation » prématurée d'avec la mère, mais plutôt comme une réaction pathologique faisant suite à une situation « anormalement » fusionnelle avec la mère : l'autisme se développerait

possiblement plus tôt, dans la vie intra-utérine, c'est du moins l'hypothèse évoquée par Tustin. S'il n'y a plus ce continuum du développement, de l'autisme normal à l'autisme pathologique, qui permettait d'envisager plusieurs variantes de la pathologie autistique, comment comprendre et articuler dans un modèle du développement psychique la présence ou la persistance de phénomènes autistiques chez des personnes non autistes ?

Ces considérations nouvelles sur l'étiologie de l'autisme soulèvent donc un questionnement sur la coexistence, chez certaines personnes, de mécanismes défensifs « névrotiques » et de mécanismes défensifs autistiques. Tustin n'a pas élaboré leurs étiologies. Des auteurs et cliniciens, dont certains des proches collaborateurs de Tustin, Judith Mitrani et Thomas Ogden, ont repris certains éléments de la théorisation de Tustin, et ont tenté de formuler des modèles théoriques permettant de situer les phénomènes autistiques le long d'un continuum du développement psychique.

Judith Mitrani (1994, 1995, 2000) se situe, quant à elle, en continuité directe avec la théorie de Tustin et élabore un modèle du développement des phénomènes pathologiques « d'encapsulation » chez des personnes non autistes. Elle s'appuie, notamment, sur les concepts de « l'équation adhésive » et les formes et objets-sensations de Tustin (1986, 1990), ainsi que sur le concept de « Second Skin Formation » développé par Esther Bick (1968, 1986) afin de décrire l'utilisation des modalités relationnelles autistiques et le développement de « pseudo-relations ».

Selon Judith Mitrani (1994, 1995, 2000), l'utilisation des mécanismes « d'équation adhésive » et les activités auto-sensuelles autistiques constituent toujours une réaction défensive à une expérience de privation vécue à un moment très précoce du développement de l'enfant, voire même dans l'utérus ou encore dans les premiers mois du développement. Ces mécanismes autistiques sont toujours pathologiques, dans leurs formes rigides et figées, comme dans le cas de l'autisme, et dans le cas d'« encapsulation » chez des individus non autistes, car ils entravent le développement normal de relations d'objet, au profit de pseudo-relations d'objet où la modalité relationnelle « adhésive » domine. Mitrani (2000) nomme ce développement de relation d'objet *pathologique mais non autistique* : « *adhesive pseudo-object-relations* » (Mitrani 1994, 1995, 2000).

Selon Mitrani, cette conceptualisation pourrait permettre de combler un vide théorique et d'expliquer la persistance, entre les deux extrêmes du développement, c'est-à-dire entre, d'une part, l'autisme et, d'autre part, la relation narcissique « normale », de mécanismes de « protection extraordinaires chez des personnes ordinaires » (Mitrani, 2000).

Tel que je l'ai mentionné au chapitre 1, Ogden a plutôt introduit un modèle du développement dit « normal », qui reprend une notion centrale de Tustin, bien que celle-ci l'ait réfutée à la fin de sa vie, à savoir l'existence d'une modalité « normale » de création de formes et d'objets autistiques. Dans ce modèle théorique, le développement dit « normal » est présenté comme étant le résultat d'une dialectique

entre trois modalités relationnelles, soit les positions autistique- contiguë, paranoïde-schizoïde et dépressive. Ogden utilise le concept des formes et des objets sensations développé par Frances Tustin (1984, 1990, 1992) afin de décrire les modalités relationnelles et défensives dites « normales » de la position « autistique-contiguë ». En se maintenant en relation dialectique avec les autres modalités relationnelles des deux autres positions d'objet, à savoir les positions paranoïde-schizoïde et dépressive décrites par Melanie Klein, les modalités relationnelles et défensives de la position autistique-contiguë vont persister pendant toute la vie.

Selon cette conceptualisation dialectique de Ogden, la psychopathologie résulte, quant à elle, de la *prédominance* des modalités relationnelles et défensives de l'une ou l'autre des trois positions d'objet, soit la modalité autistique-contiguë, paranoïde-schizoïde ou dépressive, aux dépens de la dialectique entre les trois positions d'objet. Ce modèle théorique, me semble-t-il, permet d'envisager l'utilisation pathologique des modalités de la position autistique-contiguë, c'est-à-dire la création de « formes » et « d'objets » sensations, et ce, au sein d'une personnalité non autiste.

Dans certaines situations, la capacité de contenance psychique, qui s'établit normalement à la position autistique-contiguë, n'a pas pu se constituer normalement et demeure instable. Lorsqu'une menace à l'intégrité corporelle devient trop importante, l'anxiété spécifique liée à la perte des frontières sensorielles et de la surface du moi peut devenir intolérable et susciter des mécanismes défensifs de nature sensorielle de

la position autistique-contiguë, c'est-à-dire les activités de création de « formes » et « d'objets » sur la surface de la peau qui caractérisent cette modalité ; en d'autres termes, il arrive que la dialectique entre les trois positions s'incline au profit de la modalité « autistique-contiguë » ; dans ce cas, les autres modalités des positions paranoïde-schizoïde et dépressive s'effondrent temporairement, et les modalités défensives dites « normales » de la modalité autistique-contiguë se mobilisent de façon défensive et, dans certains cas, s'hypertrophient et se ritualisent. Selon Ogden, seules les pathologies extrêmes, tel l'autisme, signalent un véritable effondrement de la dialectique essentielle au fonctionnement psychique, ce qui a pour résultat le recours exclusif et tyrannique, comme c'est le cas chez les enfants autistes, à des manœuvres rigides, ritualisées et asymboliques de création de sensations sur la surface de la peau (Ogden, 1989).

C'est selon cette perspective que les barrières autistiques sont envisagées dans la présente recherche. Entre les pôles extrêmes du développement, c'est-à-dire entre le développement de la relation d'objet dite « normale » et son opposé, le retrait autistique, le modèle théorique de Ogden permet de concevoir l'existence de toute une gamme d'états et de fluctuations de positionnements d'objet, déterminée notamment par le niveau d'anxiété généré par la relation d'objet, empruntant parfois aux phénomènes autistiques lorsque l'anxiété générée par l'expérience se situe à son niveau le plus primitif, c'est-à-dire au niveau de la cohésion sensorielle du moi. La phénoménologie des modalités autistiques telles que décrites par Tustin permet, lorsque ces phénomènes se présentent dans les situations cliniques, d'abord de

reconnaître leur présence, et également de comprendre la nature de la communication qui s'établit du fait de leur présence de même que la dynamique intrapsychique du patient.

2.3 Les applications cliniques du concept des barrières autistiques

Plusieurs auteurs ont utilisé les théorisations de Tustin afin de rendre compte de phénomènes cliniques apparemment « autistiques ». La présente section présente quelques-uns de ces auteurs et leurs élaborations théorico-cliniques.

Sydney Klein (1980) décrit des situations cliniques auprès d'adultes présentant des symptômes névrotiques où des parties de la personnalité demeurent inaccessibles : « An almost impenetrable cystic encapsulation of part of the self which cuts the patients off both from the rest of his personality and the analyst » (Klein, 1980, p. 395). Ces phénomènes autistiques sont, selon lui, des réactions de défense provoquées par des expériences de terreur primitive vécues sans une présence en mesure de les contenir. Par l'utilisation des mécanismes de l'identification projective, l'analyste devient la « coquille protectrice » dans laquelle le patient évacue ses anxiétés et se réfugie : les fantasmes de vivre à l'abri de l'analyste, dans le « ventre » de l'analyste dominant. Selon Klein, la résistance muette et implacable à tout contact émotionnel avec eux-mêmes et l'analyste, de même qu'à tout changement dans l'analyse, présente de grandes similarités avec les phénomènes d'encapsulation observés chez les enfants autistiques.

James Innes-Smith (1987) livre également des exemples de personnalités souffrant apparemment de troubles névrotiques et qui présentent ce qu'il nomme « des pochettes autistiques ». Ces pochettes restreignent, d'une façon ou d'une autre, les habiletés sociales et créatives de la personne. Une personne peut notamment apparaître névrotique en début d'analyse, et présenter des traits autistiques plus tard dans le traitement. Il suggère la persistance, chez certains sujets, d'un type de modalité relationnelle relié à une phase autistique normale du développement, qui se maintient parallèlement au développement de relations d'objet plus matures.

Selon Gomberoff *et al.* (1990) et Cohen et Jay (1996), il existe deux types de transfert autistique qui empruntent aux catégories de l'encapsulation et de l'emmêlement décrites par Tustin (1986, 1990), et qui sont difficiles à détecter parce que le patient est apparemment en contact avec l'analyste. Dans les deux cas, les défenses autistiques créent une barrière implacable à un véritable contact émotionnel, avec eux-mêmes et avec le thérapeute. J'aurai l'occasion de présenter plus avant ces catégories de transfert au chapitre 3.2.

Plusieurs auteurs ont souligné les liens entre les barrières autistiques et les maladies psychosomatiques. Taylor (1987) signale la contribution de Tustin à la compréhension des psychoses infantiles et relève également la pertinence de ses formulations théoriques afin d'expliquer les prédispositions psychologiques de certains patients à la somatisation : « When sensuousness remains unregulated, and untransformed into dreams, fantasies, and play (transitional phenomena), it may

become directed toward bodily organ and functions and result in hypochondria or psychosomatic disease » (Taylor, 1987, p. 149).

Plusieurs auteurs (Gaddini, 1982, 1987 ; Innes-Smith, 1987 ; Tustin, 1984, 1990 ; Pesonen, 1996 ; Kilchenstein, 1998 ; Spensley, 1997 ; Waska, 1998) émettent l'hypothèse selon laquelle le symptôme somatique pourrait constituer une manœuvre défensive autistique. Le symptôme somatique serait une forme de communication très primitive située au niveau sensori-moteur : le sujet s'enveloppe dans un monde de sensations corporelles et tactiles qui s'apparente à celui que les enfants autistes recherchent en appuyant une partie de leur corps sur une surface dure.

Gaddini (1987) décrit ce qu'il nomme le phénomène de la « rumination » chez de jeunes bébés de trois mois comme étant l'une des manifestations somatiques défensives les plus précoces. Il semble que l'enfant reproduit, par imitation, l'expérience corporelle d'être nourri, en réponse à un sevrage subit et brutal. Kilchenstein (1998) décrit le cas d'une femme ayant vécu une expérience traumatique dans la première année de vie, consécutive à des interventions chirurgicales répétées et un maternage déficient, et qui utilise la douleur physique, notamment la fatigue et la douleur chronique, comme une « forme-sensation » protectrice qui lui permet de recréer le sentiment du contour de son corps et de maintenir un sentiment rudimentaire du moi : « It seemed that she was living in two types of psychically self-contained "envelopes" : one consisted of the consuming experience of pain, the other consisted of the experience of the soft cocoon of bedding and mattress » (p. 226). Waska (1998)

décrit également le cas d'une femme qui mutilait son cuir chevelu lorsqu'elle se trouvait dans un état d'anxiété lié à la terreur « du trou noir », et la façon dont elle investissait le sang et la blessure afin de s'organiser : « Physical problems created an abrasive surface onto which she could cling and focus rather than fly into endless black mental space » (p. 16). James Innes-Smith, (1987) mentionne le cas d'un homme souffrant de diverses problématiques somatiques qui se maintenait dans un état de perpétuelle préoccupation au sujet de son état de santé. Dans ce cas, l'intérêt exagéré pour les symptômes physiques est utilisé comme une résistance et une défense contre l'anxiété écrasante et paralysante de la position « autistique-contiguë ». Voici ce que Waska (1998) dit à ce sujet :

The sensorimotor ways of experiencing the world are part of the autistic-contiguous position. The somatoform patient's attempts to deal with aggressive and libidinal urges have culminated in the use of the body as compromise. (pp. 149-151)

J'ai présenté dans ce chapitre la conceptualisation de Frances Tustin quant aux activités « auto-sensuelles » et plus particulièrement l'utilisation pathologique de ces activités d'auto-sensations, telles qu'elle a pu les observer chez les enfants autistes. Ces activités pathologiques, qu'elle appelle barrières autistiques, sont présentées comme la création défensive, rigide et ritualisée de « formes-sensations » et d'« objets-sensations » sur la surface de la peau permettant de recréer une enveloppe corporelle, dure, rigide et étanche dans le cas des autistes. La conceptualisation de

Tustin quant à l'étiologie de l'autisme a été présentée de même que certaines questions soulevées par la présence de phénomènes autistiques chez des personnes non autistes. J'ai brièvement décrit deux modèles théoriques, proposés par Judith Mitrani et Thomas Ogden et qui tentent, à leur façon, d'expliquer l'existence de tels phénomènes au sein d'un fonctionnement psychique global qui ne soit pas autistique. Ceci m'a permis de préciser la façon dont les activités de création de « formes » et d'« objets » autistiques sont envisagées dans la présente recherche.

Chapitre 3

LES BARRIERES AUTISTIQUES EN ART-THERAPIE

Les développements de Frances Tustin et de Thomas Ogden au sujet des barrières autistiques et de la position autistique-contiguë sont présentés, par ces auteurs, comme les manifestations relationnelles et défensives les plus primitives qui soient. Ces conceptualisations offrent des perspectives théoriques différentes et complémentaires : le modèle de Ogden présentant le développement dit « normal » d'activités présymboliques de création de sensations sur la surface de la peau, et ce, au sein de la position autistique-contiguë, celui de Tustin décrivant l'utilisation pathologique et asymbolique de ces activités d'auto-sensation. J'ai eu l'occasion de discuter, au chapitre 2.2, de l'imbrication de ces deux modèles, et ce, afin qu'il soit possible d'envisager la présence de phénomènes autistiques au sein d'une problématique psychopathologique globale qui ne soit pas autistique. Je rappelle donc que, dans le contexte de cette recherche, la création de « formes » et d'« objets » sensations autistiques, ou « barrières autistiques », sera conçue comme l'utilisation *pathologique* et asymbolique des modalités défensives et relationnelles « normales » de la position autistique-contiguë.

Le sujet de la présente recherche porte avant tout sur la façon dont les formes et les objets sensations autistiques s'expriment dans la rencontre en art-thérapie. La rencontre en art-thérapie ajoute à la rencontre psychothérapeutique verbale la création d'images et de formes à l'aide de matériaux d'art. Ce chapitre portera donc sur

l'expression des modalités relationnelles et défensives autistiques de la position autistique-contiguë, dans les aspects suivants de la rencontre en art-thérapie : le transfert, le contre-transfert, l'image et le récit qui souvent l'accompagne. Pour ce faire, deux études de cas seront présentées, chacune d'entre elles apportant un témoignage tangible et parfois éloquent de l'utilisation de modalités autistiques.

Cette recherche a également pour objectif de décrire et d'identifier les distinctions qui existent entre ces modalités primitives, soit les positions paranoïde-schizoïde et autistique-contiguë. Selon Ogden (1989), la position autistique-contiguë constitue l'arrière-plan primitif et sensoriel de la position paranoïde-schizoïde : les deux positions se trouvent forcément intriquées dans un certain nombre de situations de pathologies impliquant un déficit du narcissisme primaire. Il importe que le thérapeute puisse reconnaître les modalités relationnelles et défensives dominantes à un moment précis de la rencontre afin d'ajuster son intervention.

La première sous-section établit clairement les différentes caractéristiques des deux positions d'objet les plus primitives : il s'agira de décrire l'anxiété dominante et les modalités défensives et relationnelles qui caractérisent chaque position. La seconde sous-section portera sur les relations transférentielles particulières qui s'établissent lorsque la personne utilise les modalités relationnelles et défensives autistiques de façon dominante. Dans la troisième section, je ferai une brève revue du contre-transfert tel qu'il est rapporté par Ogden (1989) et dans la littérature portant sur les phénomènes autistiques dans l'analyse de personnalités non autistes. Il sera également

question du contre-transfert comme un instrument privilégié de la communication inconsciente qui s'établit entre le thérapeute et le patient. Je situerai brièvement la façon dont je vais utiliser le récit de mon contre-transfert afin d'appuyer mes observations cliniques dans les études de cas.

Je présenterai dans la deuxième section de ce chapitre les théories de Serge Tisseron relatives aux différentes fonctions de l'image et, plus particulièrement, la fonction de représentation du fonctionnement psychique et de contenance. Cette théorisation est fournie d'autres paramètres afin de relever et de distinguer la présence, ou mieux l'indication, d'une communication présymbolique inhérente à la position autistique-contiguë. La troisième section sera consacrée aux deux études de cas.

3.1 Les barrières autistiques et leur expression dans la thérapie

Afin d'apporter davantage de clarté et de précision quant à la spécificité de leurs manifestations dans la thérapie, je reprendrai dans cette section la description des grandes caractéristiques de ces deux modalités les plus primitives. La complexité de ces théories l'imposait. Il s'agira, plus précisément, des « formes » et les « objets » sensations sur la surface de la peau en ce qui a trait à la position autistique-contiguë, l'utilisation du clivage et des différents mécanismes de projection pour ce qui est de la position paranoïde-schizoïde.

Tout en postulant la spécificité de la position autistique-contiguë, il en a été question ci-dessus, Ogden stipule que les positions autistique-contiguë et paranoïde-

schizoïde et dépressive se manifestent dans une dialectique constante, les facettes de l'une côtoyant certaines facettes de l'autre. Je vais m'attarder, en ce qui concerne les deux vignettes cliniques, aux deux modalités les plus primitives, qui se trouvent intriquées dans un certain nombre de pathologies impliquant un déficit du narcissisme primaire. À certains moments de la rencontre thérapeutique, la communication au niveau sensoriel et proto-symbolique de la position autistique-contiguë pourrait dominer et, dans ce cas, ce sont les modalités de création de « formes » et « d'objets » sensations qui se manifesteraient à l'avant-plan de la rencontre. À d'autres moments, ce sont les conflits de la position paranoïde-schizoïde qui domineraient la rencontre ; dans les deux cas, les modalités et le type d'anxiété spécifique appartenant à l'autre modalité ne font que s'estomper, ou encore se dissimuler, sans toutefois disparaître. L'objet principal de cette recherche étant de reconnaître spécifiquement les modalités de la position autistique-contiguë et de les distinguer plus particulièrement des modalités de la position paranoïde-schizoïde, je ne commenterai pas, ni ne développerai au niveau théorique et dans les études de cas, les manifestations de la modalité de la position dépressive.

Les deux études de cas qui seront présentées à la troisième section de ce chapitre porteront sur l'observation de modalités autistiques chez des personnes présentant des traits de personnalité limite ainsi qu'un tableau complexe de somatisation. Nous verrons que certains états limites pourraient également être envisagés selon la perspective d'une oscillation ou d'une dialectique constante entre les positions d'objet, dont les deux positions d'objet primitives. Le modèle théorique

de Ogden permet de rendre compte des états psychiques très instables et très fluctuants que l'on observe chez les personnalités limites. Il est donc important, me semble-t-il, que le thérapeute puisse reconnaître les modalités relationnelles et défensives primitives dominantes à un moment précis de la rencontre ainsi que le type d'anxiété qui domine, ceci afin justement d'être en mesure d'ajuster son intervention à la dynamique du patient : ce qui peut être perçu comme une attaque dans la modalité paranoïde-schizoïde est plutôt à comprendre comme un retrait et une impossibilité relationnelle dans la modalité autistique-contiguë.

3.1.1 Caractéristiques générales des modalités autistique-contiguë et paranoïde-schizoïde

On peut concevoir l'anxiété dominante dans chaque position d'objet comme étant liée à la séparation d'avec l'objet ; la conscience de la séparation est toutefois expérimentée de façon très différente selon le degré de subjectivité existant dans chaque position d'objet. La subjectivité est conçue comme la conscience, si minimale soit-elle, de posséder une identité propre (Ogden, 1989).

La position autistique-contiguë, selon Ogden, est la première position d'objet : l'anxiété dominante est liée à la menace de perdre les limites de l'autre, qui procure la cohésion sensorielle du soi et l'expérience fondamentale d'avoir une existence. Il faut rappeler que le sentiment de l'existence est lié aux expériences sensorielles vécues dans le contexte de la relation mère-enfant et qu'une interruption importante de cette expérience de continuité sensorielle ou des carences importantes dans la fonction de

contenance maternelle peuvent entraîner une perte des limites de la surface sensorielle et le sentiment d'une interruption du sentiment du soi. Cette situation peut donner le sentiment « d'avoir des trous » dans le soi, de « tomber » ou « s'écouler » dans un « espace sans limites », il en était question ci-dessus.

Afin de se protéger de cette anxiété, qui, selon Tustin (1990), est bien pire que la mort, il y a création de sensations sur la surface de la peau, c'est-à-dire la création de formes et d'objets autistiques qui vont tenter de restaurer la cohésion sur la surface de la peau, de recréer la fonction de contenance de la peau et d'oblitérer la conscience de la séparation d'avec l'autre.

Les formes autistiques sont créées, je le réitère, grâce au contact sensoriel avec des formes molles et douces qui provoquent l'illusion d'être enveloppé ou de s'« emmêler » dans le corps de la mère. Les objets autistiques, quant à eux, sont créés par le contact de la surface de la peau avec des objets durs, qui procure l'illusion de se mettre dans une coquille, de se créer une carapace ou de « se mettre en capsule ».

À la position paranoïde-schizoïde, l'anxiété dominante est liée à la crainte que le soi, les parties du soi et ses objets soient anéantis. On l'appelle « schizoïde » parce que le mécanisme de défense central de cette modalité est le clivage, qui est conçu comme un mécanisme défensif et, plus généralement, comme une façon spécifique d'organiser l'expérience dans cette modalité. Le terme paranoïde est utilisé car

l'expérience dans la modalité paranoïde-schizoïde est dominée par une angoisse de persécution.

Le clivage permet de rétablir le sentiment de sécurité en scindant l'expérience en deux : le plaisir et le déplaisir, le danger et la sécurité, l'amour et la haine, le moi et le non-moi, etc. (Ogden, 1986). Le clivage opère de façon à maintenir le bon objet séparé du mauvais objet ; en d'autres termes, la partie menacée du soi est mise à distance de la menace elle-même. Le clivage peut prendre plusieurs formes : le mécanisme de *projection*, par exemple, permet de localiser le danger à l'extérieur de soi-même, de se maintenir à distance des parties mauvaises du soi qui le mettent en danger. L'*introjection* est utilisée afin de séparer un bon objet externe d'un autre qui le met en danger, en mettant le bon objet à l'intérieur de soi de façon à le protéger. Le *déni* permet de se séparer du mauvais objet en faisant comme s'il avait été détruit. Ces différentes opérations de clivage créent un état d'esprit dans lequel l'expérience est discontinuée, toujours interrompue, ceci afin de maintenir une position affective intacte vis-à-vis de soi et des objets.

L'identification projective, quant à elle, est également un mécanisme défensif, une élaboration du mécanisme du clivage, et la modalité relationnelle prédominante de la position paranoïde-schizoïde. On l'a vu au chapitre 1, il s'agit également du mécanisme qui introduit la communication primitive dans la relation entre la mère et l'enfant. Au cours de l'identification projective, l'enfant projette d'abord dans la mère les éléments « bêta », c'est-à-dire de la matière sensorielle brute (Hinshelwood, 1989).

On n'a qu'à penser, par exemple, aux manifestations physiologiques de la faim, avant que celles-ci aient été identifiées et interprétées par la mère comme une expérience de la faim. Après que l'enfant a projeté les éléments « bêta » dans la mère, celle-ci doit être en mesure de « contenir », puis transformer ces éléments bruts, asymboliques, en expérience significative pour l'enfant. D'autres formes d'identification projective peuvent s'organiser autour du fantasme d'expulser certains contenus menaçants et de prendre le contrôle d'une autre personne, de l'intérieur. J'ai décrit au chapitre I les applications cliniques du concept d'identification projective et la façon dont ce fantasme peut se transposer dans l'interrelation entre le thérapeute et le patient. Une pression s'exerce, selon Ogden, sur le thérapeute afin qu'il agisse en conformité avec les fantasmes inconscients du patient. Le thérapeute peut utiliser cette situation, s'il est en mesure d'explorer et d'analyser ses réactions contre-transférentielles, afin de comprendre de « l'intérieur » la dynamique intrapsychique du patient et la dynamique interrelationnelle dans la thérapie.

L'identification projective présuppose le sentiment d'un état « solide », c'est-à-dire de posséder la conscience, si minime soit-elle, d'avoir une existence séparée. En revanche, les états de la position autistique-contiguë sont conçus, métaphoriquement, comme des états « liquides ». Il faut souligner l'utilisation, chez Tustin aussi bien que chez Ogden, d'expressions et de métaphores qui soulignent le caractère « fluide » et « liquide » des états qui sont générés dans la position autistique-contiguë. Tustin (1986, 1990), décrivant par exemple les états d'anxiété des enfants autistes, utilise des formulations comme : s'écouler, couler, se liquéfier, se dissoudre ; lorsqu'elle décrit le

processus grâce auquel l'enfant maintient l'illusion de l'expérience fusionnelle et sensorielle primitive, elle utilise l'expression : « *flowing-over-at-oneness* ». Ces états très primitifs de la position autistique-contiguë sont conçus comme le prolongement de l'expérience de fluidité de la vie intra-utérine.

3.1.2 Barrières autistiques et relation transférentielle

Cette section portera sur les types de relation transférentielle qu'entraîne la présence de modalités relationnelles et défensives autistiques dans la rencontre thérapeutique.

Selon Tustin (1990), les enfants autistes ont tendance à transférer « l'absence de relation » qu'ils ont vécue avec leurs parents dans la relation avec le thérapeute et à obstruer la relation transférentielle par l'utilisation des barrières autistiques. L'auteur nomme cette relation transférentielle, « *the obstructed transference* » (Tustin, 1990).

Il importe de faire la distinction, précise Tustin, entre la création de formes-sensations autistiques et celle des objets-sensations autistiques, car les deux modalités limitent de façon différente la relation à l'autre : les objets autistiques créent ce qu'elle nomme une « encapsulation » alors que les formes autistiques provoquent un « emmêlement ».

L'enfant « encapsulé » bloque l'expérience relationnelle. Il se défend de toutes les expériences qui suscitent la conscience de la séparation, du non-moi, en se collant

ou en adhérant à des surfaces dures ou angulaires, ce qui lui permet de générer des sensations de limites « fermes » et « dures » sur la surface du corps ou même à l'intérieur de son corps. Ces rituels recréent la sensation de la coquille, de l'armure, et entretiennent l'illusion *d'être en complète continuité avec l'autre tout en se coupant complètement* de l'expérience relationnelle.

L'enfant « emmêlé » génère plutôt l'illusion d'être enveloppé par le corps de la mère en recréant des rituels du corps en contact avec des formes molles et douces, comme les substances corporelles et la nourriture, ou encore grâce à des activités tactiles, telles que taper, effleurer, froter, étaler et même dessiner et peindre sur des surfaces lisses, aussi bien celles du corps du sujet que celles d'objets extérieurs ressentis comme faisant partie de son corps. Le sujet emmêlé *n'oblitére pas complètement la conscience de la séparation de la mère* et rend compte d'un état plus intégré (Tustin, 1990).

Selon Cohen et Jay (1996), certains phénomènes cliniques rencontrés auprès des adultes présentant des traits limites, notamment les résistances au développement de la relation thérapeutique, empruntent parfois aux catégories de l'encapsulation et de l'emmêlement. Dans les deux cas, les défenses autistiques créent une barrière implacable à un véritable contact émotionnel entre eux et le thérapeute.

Dans le cas de la relation transférentielle de type « encapsulation », le sujet se maintient dans un état de retrait émotionnel ; la relation à l'autre est remplacée par la

création d'objets autistiques. Ces rituels ne deviennent toutefois perceptibles qu'avec le temps puisque le sujet semble établir une relation avec le thérapeute, il semble recevoir ses interventions et y répond même avec intérêt. En fait, le patient s'efforce de se mettre en équation avec l'analyste et d'éliminer l'espace que les mots pourraient former entre eux : les mots du patient se « collent » à ceux de l'analyste (Pesonen, 1996, Gomberoff *et al.*, 1990). Éventuellement, le thérapeute perçoit l'attitude réfractaire du patient et se rend compte qu'en réalité, il ne prend rien en lui et qu'il lui donne des pseudo-réponses. Le patient, en fait, semble offrir une sorte de miroir dans lequel le thérapeute se reflète : comme Narcisse, fasciné par son reflet et par l'effet de ses interventions, le thérapeute se trouve pris dans un regard sur lui-même plutôt que dans le regard de l'autre.

Dans la relation transférentielle de type « emmèlement » (*entangled*), l'analyste n'existe pas davantage pour le patient. Mais, contrairement au sujet « encapsulé », le monde intérieur du sujet « emmêlé » est parfaitement visible pour l'analyste. Il se présente d'une façon relativement claire, mais demeure dans les faits totalement inaccessible, comme s'il y avait une fenêtre entre eux. La relation transférentielle peut également s'exprimer, paradoxalement, par le besoin pressant et envahissant de la présence du thérapeute.

Afin que la relation transférentielle puisse s'établir avec ce type de patient, le thérapeute devra donc tolérer une période de « non-relation ». Selon Tustin (1990), il importe toutefois que le thérapeute puisse continuer à faire sentir sa présence au

patient malgré la situation d'isolement, de non-relation et même de rejet à laquelle il se trouve confronté.

Kilchenstein (1998) décrit dans une étude de cas une patiente qui utilisait sa douleur comme un objet autistique. L'auteur décrit la progression de la relation transférentielle au-delà de la période d'obstruction relationnelle : le premier état de la relation transférentielle, on l'a dit plus tôt, est la non-relation : le thérapeute a le sentiment d'être déconnecté de son patient, et il le regarde incarner la douleur elle-même ; puis la relation se modifie progressivement, notamment grâce à l'expérience d'une forme de communication affective introduite au moyen de l'identification projective : l'analyste devient le « contenant » de la souffrance du patient. Cette seconde étape est de nature présymbolique, le patient projette sa souffrance dans l'analyste qui doit la « contenir », en faire lui-même l'expérience, la tolérer, avant de la traduire et amorcer ainsi avec le patient le travail de symbolisation de cette souffrance. Dans le troisième état de la relation, le patient est en mesure de symboliser en verbalisant son expérience de la souffrance.

On voit que, dans le meilleur des cas, la relation transférentielle permet progressivement de développer la conscience de l'existence du thérapeute et de la tolérer. Tustin écrit à ce sujet : « The sense of self and of individual identity is dependent upon relationship with other people » (1986, p. 44) ; elle ajoute que : « and to have a self, we need to have awareness of others » (1990, p. 158). C'est dans le contexte de la relation entre deux êtres humains qui sont en mesure de tolérer leurs

existences respectives que se développe la relation d'objet et la capacité de symbolisation. C'est à ce défi auquel sont confrontés le thérapeute et le patient, mais ce défi se révèle d'autant plus important lorsqu'il y a utilisation de mécanismes autistiques dans la thérapie.

3.1.3 Barrières autistiques et contre-transfert

Dans cette section, j'envisagerai le contre-transfert tel qu'il s'exprime en relation avec les modalités autistiques. Je présenterai le contre-transfert en tant qu'instrument privilégié de l'analyste, permettant à la communication inconsciente qui se développe dans la relation thérapeutique d'être effective. Le thérapeute, lorsqu'il est en mesure d'utiliser ses réactions contre-transférentielles, a accès à des informations autrement inaccessibles, tant au sujet de la dynamique intrapsychique du patient que sur la dynamique interrelationnelle qui s'est développée dans la thérapie. Plusieurs auteurs (Gomberoff *et al.*, 1990, Innes-Smith, 1987) ont d'ailleurs souligné l'importance des réactions contre-transférentielles dans la détection et le traitement des phénomènes transférentiels autistiques.

Tel que mentionné à la section précédente, le retrait relationnel du patient caractérise les relations transférentielles des types « emmêlement » et « encapsulation ». Cette situation provoque des réactions diverses chez le thérapeute : le thérapeute n'arrive pas à se sentir en contact avec son patient, il peut même éprouver le sentiment de se trouver « tyrannisé par un automate » (Ogden, 1989). Il lui arrive de ne pas ressentir de compassion ou d'empathie envers son patient et il

développe le sentiment d'être inadéquat (Gomberoff *et al.*, 1990 ; Innes-Smith, 1987). Le thérapeute peut éprouver de l'ennui, de la frustration, de l'impuissance ou un sentiment d'isolement. Golden et Hill (1994) décrivent une forme d'interaction verbale répétitive, ennuyeuse, inanimée, accompagnée de réactions contre-transférentielles d'engourdissement, de paralysie et de désespoir : le thérapeute se trouve coincé dans un rituel verbal d'où la véritable communication est absente. Selon Gomberoff, Noemi et Pualuan (1990), ce contre-transfert peut être désigné comme un contre-transfert autistique.

Ce sont, par ailleurs, les réactions sensorielles et corporelles qui semblent dominer l'expérience contre-transférentielle. Ogden (1989) décrit diverses réactions au niveau des organes internes : compression à l'estomac, diverses tensions dans les membres, ou encore des sensations sur la surface de la peau, de chaleur ou de froid.

Ogden (1989) utilise les métaphores « liquides » de la position autistique-contiguë afin de décrire les manifestations de celle-ci dans le transfert et le contre-transfert. Les états de la position autistique-contiguë sont assimilés, on l'a dit plus tôt, à des états de flottement et de liquidité chez le patient, ce qui confère une qualité particulière aux réactions contre-transférentielles du thérapeute. Il arrive, raconte Ogden, que l'espace entre le patient et le thérapeute soit plein d'une substance molle et confortable et que le thérapeute se trouve « entre deux eaux », plongé dans un état de somnolence comparable à un état de « rêverie » ; il reprend là un terme de Bion qui décrit ainsi l'état de réceptivité particulière de la mère à l'égard de son enfant et qui lui

permet de transformer l'expérience brute et inconsciente de l'enfant en expérience significative dans le processus de l'identification projective.

Ces dernières considérations sur le contre-transfert nous ramènent donc à la communication primitive dans la relation thérapeutique et au concept de l'identification projective, dont il faut souligner le rôle central dans la communication inconsciente et très primitive qui s'installe dans la relation thérapeutique lorsque les modalités relationnelles des positions autistique-contiguë et paranoïde-schizoïde dominant.

J'ai eu l'occasion de décrire de façon exhaustive, au chapitre 1, l'importance que revêt pour plusieurs auteurs (Bion, 1962 ; Tustin, 1986, 1990 ; Winnicott, 1965, 1975 ; Ogden, 1986, 1989) l'interrelation entre la mère et l'enfant dans le développement d'un sentiment très primitif de l'existence du moi. Bion, en particulier, rappelle que la transformation de la matière brute, asymbolique, en expérience symbolique est rendue possible, dans le contexte de la relation interpersonnelle entre la mère et l'enfant, grâce aux mécanismes de médiation psychique de l'identification projective.

Ogden (1986) reprend ces notions afin de décrire les processus inconscients qui sont en cours entre le patient et le thérapeute, dans la relation thérapeutique. Dans le contexte relationnel très particulier qui se développe dans la thérapie lorsque les modalités relationnelles et défensives prédominantes sont de nature présymbolique,

sensorielles ou asymboliques, il est particulièrement difficile pour le patient de verbaliser son expérience. Les mécanismes de l'identification projective jouent un rôle central dans la rencontre en permettant au patient de projeter son expérience, souvent intolérable, dans le thérapeute, autorisant la communication de son expérience autrement inaccessible et introduisant par la même occasion une dimension relationnelle dans le système pseudo-relationnel qui existait jusque-là entre le thérapeute et le patient.

Les réactions contre-transférentielles du thérapeute vont jouer un rôle déterminant dans le processus qui permet au mécanisme de l'identification projective d'abord de s'établir, puis de devenir effectif. Cette forme de communication inconsciente générée par l'identification projective est possible lorsque le thérapeute est en mesure de se laisser utiliser comme « contenant », et ce, tout en maintenant sa fonction « alpha », c'est-à-dire qu'il maintient la capacité de contenir, de tolérer et de « penser » les manœuvres sensuelles défensives induites par le patient afin qu'elles puissent trouver un sens et une représentation symbolique. La réponse émotionnelle du thérapeute permet au patient d'éprouver, en miroir, son impact et une expérience de communication affective et relationnelle nouvelle. Dans l'après-coup, le thérapeute est en mesure d'analyser et de saisir la nature de la communication qui s'est établie.

Dans le contexte de l'étude de cas que je présenterai à la dernière section de ce chapitre (.3.3), j'aurai fréquemment recours à l'analyse de mon expérience contre-transférentielle afin de rendre compte de la dynamique en cours dans la rencontre. Il y

a une nécessité, du fait de la nature présymbolique de la communication qui s'établit dans la rencontre thérapeutique, et ce, plus particulièrement en présence de modalités relationnelles appartenant aux positions autistique-contiguë et paranoïde-schizoïde, d'occuper une position subjective, ceci afin de permettre à cette communication « sans mots » de trouver un écho dans le thérapeute, et pour qu'ensuite elle puisse se symboliser. J'utiliserai les caractères italiques lorsque je décrirai mes réactions contre-transférentielles.

3.2 Barrières autistiques et image

Je me propose d'explorer les fonctions de contenance de l'image selon les théorisations développées par Tisseron. Celles-ci permettent d'envisager la façon dont un défaut de structuration au niveau de l'enveloppe corporelle et de sa fonction psychique de contenance, qui constitue, selon le point de vue d'Ogden, un enjeu de la position autistique-contiguë, peut se manifester dans les images produites dans la thérapie.

Selon Tisseron, il importe de considérer la multiplicité de l'image : c'est-à-dire ses multiples fonctions et niveaux d'interprétation. L'image mêle constamment des aspects liés à la mise en scène des désirs et des conflits conscients ou inconscients à d'autres aspects qui sont liés aux caractéristiques du fonctionnement psychique lui-même. Selon Tisseron, dans un modèle largement inspiré par Didier Anzieu, l'image possède la capacité de représenter le fonctionnement psychique lui-même grâce à des patrons psychiques de base, les schèmes, qui se constituent, lorsque les conditions sont

favorables, dans la relation primitive de l'enfant avec son environnement. Ces patrons de base trouvent par la suite un étayage dans l'image. Je note que la définition de l'image englobe ici son sens le plus large, incluant les premières images psychiques, telles les hallucinations primitives et les images symboliques.

Le rôle des schèmes de base est double : ils agissent comme des organisateurs de l'expérience et permettent le passage d'un éprouvé corporel à la perception de l'objet lui-même, c'est-à-dire qu'ils permettent de penser les sensations ; leur second rôle consiste à se poser eux-mêmes comme l'objet de la représentation, et de représenter, le cas échéant, les défauts d'intégration du fonctionnement psychique lui-même. Tisseron (1995) explique :

Les images de schèmes correspondraient à la tentative de pallier un défaut d'introjection relationnelle des schèmes. Ces images seraient la tentative faite par la psyché de se donner elle-même le moyen d'introjecter ces schèmes lorsque leur introjection aurait été défailante dans les premiers échanges avec l'environnement. (p. 63)

Selon Tisseron, cette fonction de représentation des schémas psychiques de base contribue à donner à l'image sa fonction de contenance, qui s'ajoute à sa fonction de représentation.

Tisseron décrit deux catégories de schèmes de base : les schèmes de transformation et d'enveloppe. Je vais m'attarder sur les schèmes d'enveloppe puisque ceux-ci me semblent correspondre au patron de base de l'enveloppe corporelle, qui fait l'objet de la présente recherche. Selon Tisseron, les schèmes d'enveloppe se constituent dans le corps à corps mère-enfant, selon des rapports d'espace et de sensations et selon le mouvement de réunion et de séparation. Le mouvement d'oscillation entre réunion et séparation permet la constitution d'une limite ; éventuellement, une limite qui se referme sur elle-même constitue une enveloppe. Les schèmes d'enveloppe sont ainsi centrés sur les opérations de contenance.

Lorsque les schèmes d'enveloppe n'ont pas pu se constituer normalement, le sujet n'est pas assuré de pouvoir contenir ses représentations de lui-même et de son environnement. Ce défaut d'intégration du patron de base se représente lui-même dans les images qui se développent dans l'analyse. Un indice de la présence d'un défaut d'intégration est la présence, dans la thérapie, d'images répétitives et parfois stéréotypées s'organisant autour d'un noyau central. Selon Tisseron (1995), la création d'image paraît alors mobilisée autour de la mise en scène d'un élément psychique qui fait défaut en tant que structure de base.

Le défaut d'intégration du schème d'enveloppe dans une image peut se présenter de multiples façons. Il arrive qu'il se manifeste par le biais d'une forme incluse dans une autre forme. Ces images ont un rôle structurant lorsque des transformations s'opèrent dans l'image : elles permettent, d'une part, d'envisager la

mise en place du schème lui-même en tant que structure, et d'autre part, d'accéder à la possibilité de la représentation de la séparation mère-enfant. Ce qui se trouve représenté dans les images d'inclusion, selon Tisseron, c'est à la fois l'inclusion et la séparation initiale mère-enfant.

En art-thérapie, la création d'une image matérielle introduit des possibilités pour le patient, qui peut y trouver, grâce au support matériel, un accès différent aux fonctions de représentation et de contenance de l'image. En effet, la relation sensorielle aux matériaux, que ce soit l'argile ou le papier, peut permettre à un défaut des schèmes d'enveloppe de se « présenter », et d'y trouver un contenant, aussi bien dans la manipulation de la matière que dans la forme qui est créée.

En effet, si l'image possède la fonction de représenter le fonctionnement psychique lui-même, elle possède également la capacité de le « contenir », une fonction que Tisseron décrit comme la « fonction de contenance » de l'image. Tisseron rappelle que le corps est le premier contenant, puisque le corps et les sensations du corps sont à l'origine des premières images d'un contenant et des schèmes de base d'enveloppe. Conséquemment, il se pourrait que certains patients trouvent dans le rapport sensoriel avec l'image matérielle la mise en forme d'un défaut de la capacité de contenance de l'enveloppe corporelle. C'est donc dans la relation avec le support lui-même de l'image matérielle que pourrait se traduire une intégration déficiente des schèmes d'enveloppe de base. Tisseron (1995) stipule ce qui suit : « le corps à assurer sans cesse, est certainement essentiel dans le choix de la médiation

imaginée... Le créateur se lance à la recherche d'un contenant distinct de lui où il trouve à la fois un miroir et un lieu où déposer certaines parties de lui-même » (p. 168). De la même façon, le choix des matériaux en art-thérapie est un indicateur très important de la dynamique intrapsychique du patient : celui-ci fait son choix parmi un certain nombre de matériaux possédant chacun un langage distinct et une capacité de contenance spécifique.

Ce modèle, me semble-t-il, permet de considérer les multiples niveaux d'interprétation des formes et des images qui sont créées dans la rencontre en art-thérapie.

3.3 Études de cas

Je vais tenter, à l'aide de deux vignettes cliniques, de rencontrer les objectifs de cette recherche, c'est-à-dire d'observer la présence de modalités relationnelles et défensives autistiques dans la rencontre en art-thérapie, d'une part, et, d'autre part, de démontrer l'importance d'établir certaines distinctions entre les deux modalités les plus primitives, ceci, afin de mieux comprendre la dynamique intrapsychique du patient et d'ajuster ses interventions.

L'automutilation, dans le cas de Lise, et la somatisation, dans le cas de Danielle (fibromyalgie et douleur chronique), se sont manifestées pendant toute la durée du processus thérapeutique et ont pu constituer une forme de défense au développement de la relation thérapeutique. Dans le contexte de cette recherche,

j'émetts l'hypothèse selon laquelle l'automutilation et la somatisation peuvent être envisagées comme des modalités défensives et relationnelles primitives propres à la position autistique-contiguë, c'est-à-dire comme des activités de création de « formes » et d'« objets » autistiques, ceci en accord avec la théorie de Tustin. Je me propose également de réfléchir aux types de relations transférentielles et contre-transférentielles qui se sont établies avec ces deux clientes, à la lumière des catégories d'*encapsulation* et d'*emmêlement*, décrites par Tustin.

Je porterai une attention particulière aux réactions contre-transférentielles puisque celles-ci me semblent témoigner, de façon pertinente, de la dynamique relationnelle particulière qui s'établit entre les patientes et l'art-thérapeute. Dans certaines situations, nous le verrons, ci-après, c'est la réponse émotionnelle du thérapeute aux phénomènes autistiques qui lui permet d'en saisir véritablement la nature.

J'ai rencontré ces deux patientes pour des séances d'art-thérapie hebdomadaires pendant une période de six mois, dans le contexte d'un stage de deuxième année d'études de maîtrise en art-thérapie. Ces deux patientes étaient suivies en clinique externe de médecine psychosomatique dans un grand hôpital de la région montréalaise. Seules les informations pertinentes seront divulguées afin de protéger l'anonymat des participantes.

3.3.1 Étude de cas A

Cette première étude de cas permettra d'observer et de décrire les modalités relationnelles et défensives propres à la position autistique-contiguë telles que celles-ci se sont manifestées lors des rencontres avec Lise, une femme présentant des traits de personnalité limite et des comportements d'automutilation. La corrélation entre les traits de personnalité limite, l'automutilation et la prédominance d'anxiétés et de défenses présentes à la position paranoïde-schizoïde est largement documentée dans la littérature (Flax, 2001). Tout en considérant la présence d'une organisation de l'expérience liée à la position paranoïde-schizoïde, dominée par le clivage et par l'angoisse de persécution, l'objectif de cette recherche est de présenter plus spécifiquement les manifestations relationnelles et défensives de la position autistique-contiguë, telles qu'elles s'établissent dans l'interrelation entre la thérapeute et la patiente.

L'automutilation peut être envisagée comme une manœuvre défensive omnipotente, c'est-à-dire comme la création omnipotente de formes-sensations autistiques qui, en procurant une expérience sensorielle d'auto-contenance, et ce, malgré l'expérience de douleur physique, permet de se défendre d'une anxiété très primitive liée à la perte des limites corporelles.

Lors des rencontres en art-thérapie, cette anxiété primitive peut également se manifester dans le rapport aux matériaux, dans le type d'image créé et par le

développement d'une relation transférentielle de type « emmêlée » (entangled) ; il en sera question ci-après.

Histoire de Lise

Lise est âgée de 52 ans. Elle est grande et corpulente. Ses cheveux sont teints, plutôt courts et généralement coiffés, son visage est fortement maquillé, ses yeux sont soulignés au crayon noir, ses vêtements sont généralement moulants. Elle porte souvent des chandails à manches courtes ou à manches longues qu'elle relève lorsqu'elle se trouve dans mon bureau : elle découvre ainsi ses bras qui sont couverts de plaies et qu'elle recouvre, de temps en temps, de pansements stériles.

Elle avait 10 ans lorsque sa mère est morte en accouchant d'un garçon, qui serait mort également. Elle a un frère qu'elle voit très rarement. La mort de sa mère l'a laissée seule et sans défense alors qu'elle était « innocente et pleine d'espoir », dit-elle. Elle raconte toutefois un parcours d'abus sexuels qui débute bien avant la perte de la mère : son grand-père maternel à l'âge de quatre ans, un oncle à l'âge de 10 ans pendant deux ans, puis le mari d'une cousine à l'âge de 17 ans. À l'âge de 20 ans, sa consommation de pilules et d'alcool est devenue importante et elle a fait plusieurs tentatives de suicide. C'est dans ce contexte qu'elle est devenue la mère d'une fille maintenant âgée de 31 ans ; Lise dit que c'est « son trophée ». Elle s'est séparée du père de son enfant tout de suite après sa naissance. Elle a essayé, dit-elle, d'être une bonne mère pour sa fille. Sa consommation est toutefois demeurée importante.

Depuis cinq ans, elle a des bosses sur le corps qu'elle gratte jusqu'au sang. Elle raconte qu'elle se sent envahie par des « bibittes » qui pondent des œufs sous sa peau. Lorsqu'elle coupe sa peau avec ses ongles, parfois avec une aiguille ou une lame de rasoir, elle creuse un petit tunnel au fond duquel elle trouve deux petites boules rouges qu'elle doit arracher.

Elle vit seule en compagnie de son chien et de ses oiseaux. Elle sort rarement de chez elle : c'est le seul endroit où elle se sent en sécurité, dit-elle. C'est son père, âgé de 82 ans, qui fait toutes ses courses. Elle travaillait autrefois comme esthéticienne, mais depuis une dépression majeure, il y a cinq ans, elle ne travaille plus. Elle occupe son temps à faire du ménage et à regarder la télé, mais il lui arrive également de faire de la peinture, un passe-temps qui lui permet de tout oublier.

Les rencontres en art-thérapie

Lors de notre première rencontre, j'ai pu constater une volonté réelle de trouver des solutions à ses problèmes, mais une capacité d'introspection très limitée. Elle présente des traits de personnalité limite avec des composantes d'impulsivité très importantes : des tentatives de suicide, des rituels d'automutilation depuis environ cinq ans et des comportements boulimiques. Elle utilise le clivage de façon prédominante : il y a, d'une part, une idéalisation de la mère et des fantasmes de fusion, et, d'autre part, un mouvement de retrait accompagné par des sentiments de dégoût, de colère et de rejet vis-à-vis des figures masculines en particulier. Elle présente également des symptômes dépressifs persistants : tristesse, anxiété, insomnie.

Dès le début de nos rencontres, j'ai éprouvé d'emblée le sentiment de ne pas exister pour elle. Elle avait établi un rituel : elle entrait dans le bureau, s'installait à la table, relevait ses manches, s'intéressait aux matériaux, commençait à travailler, la plupart du temps sans même m'adresser la parole. Je pouvais apercevoir ses bras recouverts de plaies et de cicatrices ; il faut dire qu'il s'agissait d'une vision difficile à supporter. Après avoir terminé sa peinture, elle me la tendait avec un sourire, un peu comme s'il s'agissait d'un cadeau.

Avec le temps, le sentiment d'une distance et d'un détachement affectif est demeuré très présent chez moi. Le type de relation « emmêlée », décrit par Tustin, me semble convenir au type de relation transférentielle qui s'est développé entre nous : il me semble que Lise se défend de ses fantaisies fusionnelles qui la menacent, et qui se situent à un niveau très primitif en créant une oscillation continue entre un mouvement de fusion et un mouvement de retrait, accompagné de rituels d'automutilation ; il s'agit, en d'autres termes, d'une oscillation entre, d'une part, les profonds désirs de fusion et de dépendance vis-à-vis de l'objet maternel et la crainte de l'envahissement, des caractéristiques de la modalité paranoïde-schizoïde et, d'autre part, d'un retrait relationnel et du recours aux activités d'automutilation, qui lui permettent de se défendre de l'anxiété très primitive de perte et de dissolution de la surface sensorielle de la modalité de la position autistique-contiguë, en recréant la sensation de l'enveloppe corporelle. L'effet combiné de la proximité et de l'impossibilité relationnelle me donnait l'impression qu'il y avait une « fenêtre » entre

nous, phénomène décrit par Tustin comme étant l'une des manifestations de la relation transférentielle « emmêlée » et dont j'ai fait état ci-dessus.

Lise aime utiliser la peinture acrylique et la gouache en pastille. La façon dont elle utilise le papier est frappante. Elle caresse d'abord le papier et le lisse avec sa main. Puis, en cours de production, elle le rudoie et frotte durement la surface avec le pinceau, une éponge ou un bout de tissu. Elle utilise les pinceaux à sec, écrase les poils et tapote le papier en dispersant de petites taches de peinture avec son pinceau. Elle se salit beaucoup, utilise ses doigts noircis pour se moucher et réutilise ses mouchoirs noircis, sans aucun ménagement.

Lors de nos premières rencontres, elle raconte sa vie, à travers l'image et particulièrement grâce au récit qui l'accompagne ; son enfance a été brisée par la mort de la mère, des « monstres mangeurs » envahissent son corps, elle a le sentiment d'être sans ancrage, perdue, et ressent une profonde insécurité.

Elle peint d'abord un paysage et la maison de son enfance (figure 1), qu'elle n'a jamais habitée, précise-t-elle. Sa mère est morte avant que la maison ne soit terminée et, par la suite, son père l'a vendue. Les montagnes sont très, très loin, l'arbre est un très vieil arbre qui a perdu ses feuilles, affirme-t-elle. Elle se trouve, dit-elle,



Figure 1

à l'intérieur de la maison, regardant dehors et donnant à manger aux oiseaux. Elle a mis des barreaux afin que personne ne vienne la déranger. Elle dit que « si elle vivait dans ce paysage loin du monde, elle arrêterait peut-être de se gratter ». Elle avoue également qu'il lui est très difficile de sortir de chez elle afin de venir jusqu'ici, pour me rencontrer.

Cette image illustre clairement, me semble-t-il, l'utilisation dominante des mécanismes du clivage, l'anxiété de persécution, exacerbée par la perte du bon objet : la figure maternelle est perdue mais idéalisée et maintenue à l'écart, quelque part entre ciel et terre ; elle est possiblement représentée par les montagnes très bleues qui forment l'arrière-plan de l'image. Les éléments persécuteurs constituent une menace, diffuse dans l'image, mais omniprésente dans le récit. Au centre de l'image, se trouvent vraisemblablement représentées les facettes clivées du moi : un arbre solitaire, moribond, et une maison de bois dont l'accès est hautement protégé, les ouvertures étant fermées par des barreaux. Une partie du moi s'est asséchée, se trouve sans vie ; tandis qu'une autre partie semble engagée dans un combat et survit grâce à des mécanismes de protection très importants.

L'image est chargée des thèmes de la perte du bon objet, la mère, vécue comme un terrible abandon. Sa vie en a été irrémédiablement gâchée, brisée. La perte de la mère a été ressentie comme la perte irrémédiable de l'enfance (maison inachevée puis vendue), et la perte de la pureté, de la naïveté et de l'innocence qui y sont

associées. Mais plus encore, Lise signale que cette perte a entraîné la perte irrémédiable d'une partie d'elle-même : il lui manque quelque chose, dit-elle.

Il me semble que déjà se profilent, en arrière-plan des indications à l'effet que la perte de la mère pourrait recouvrir une anxiété plus primitive, laquelle serait en rapport avec un défaut de la « fonction de contenance » sensorielle et psychique. Je note, au centre de l'image, un cours d'eau : on y voit des remous ou des cascades, possédant manifestement une force, une puissance et une vitalité qui semblent, par ailleurs, absentes dans le reste de l'image. Ces eaux semblent mal contenues, comme si la rivière pourrait envahir les rives et poursuivre son chemin en creusant son lit dans la bande de terre qui, pour l'instant, ferme la route, au bas de l'image. Je l'ai déjà déjà mentionné, l'image indiquerait la présence d'une anxiété de persécution, liée à une menace potentielle et diffuse. L'image semble également indiquer la présence d'une anxiété plus primitive, liée à l'incapacité de contenir cette menace : cette anxiété, Ogden et Tustin l'ont décrite comme le sentiment intolérable d'avoir des « trous » dans l'enveloppe corporelle, ce qui pourrait faire en sorte que le soi « s'écoule » et « se répande ». Effectivement, une pression énorme semble s'exercer et menace de faire céder des « frontières-limites » très précaires. La façon dont Lise traite le papier témoigne également de cette anxiété, liée à la précarité de l'enveloppe sensorielle, qui se trouve, à l'instar du papier dans la rencontre, constamment attaquée lors des rituels d'automutilation. Lors d'une rencontre subséquente, Lise fait le portrait (figure 2) d'une créature envahie par des objets persécuteurs qui pondent des œufs dans son corps.

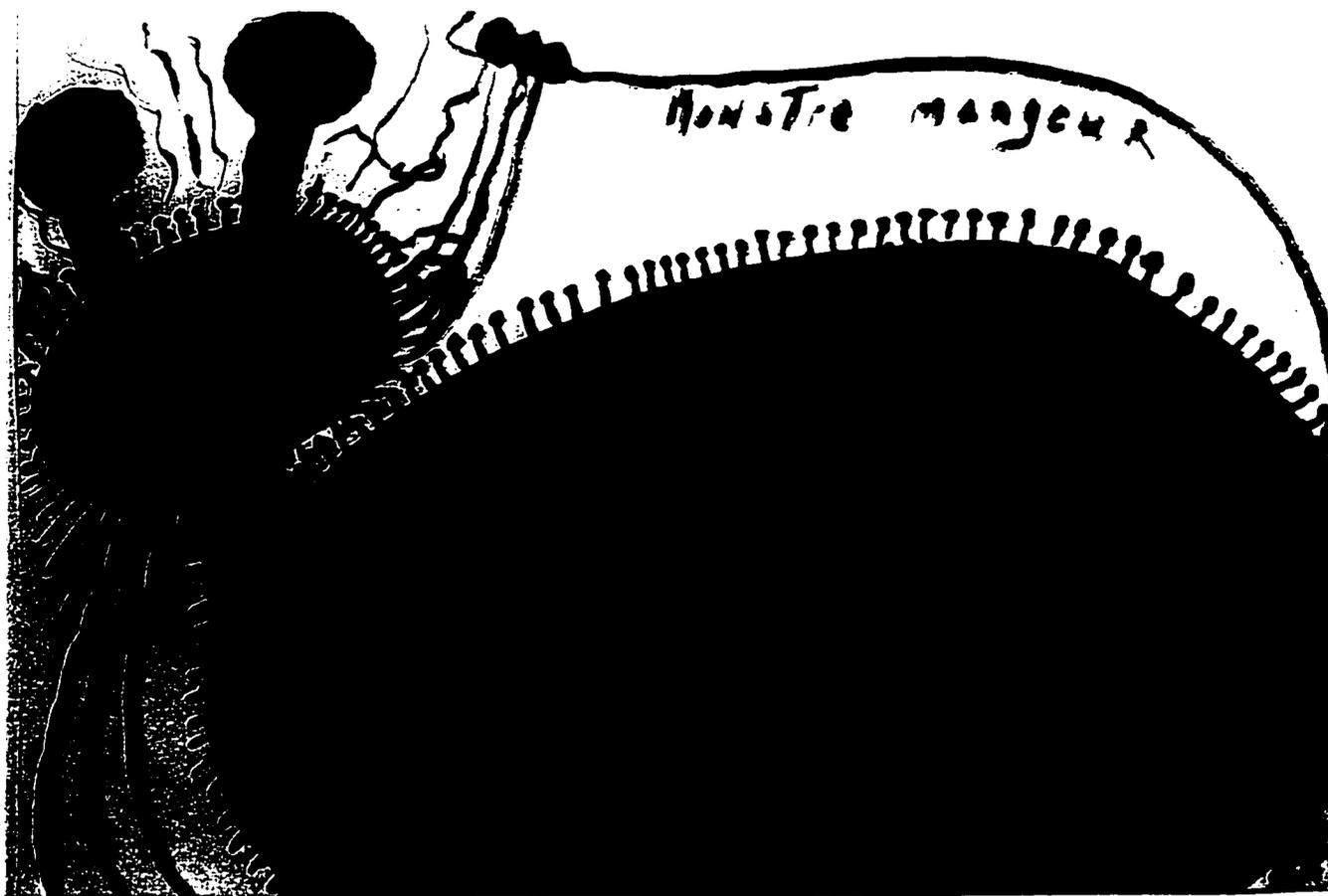


Figure 2

Son travail est particulièrement méticuleux. Elle a longuement lissé son pinceau, s'est attardée à la surface noire. La façon dont elle traite le papier est de plus en plus difficile à supporter : j'ai peur que le papier ne se déchire. Je ressens le frottis du pinceau sur la surface du papier, et ce, jusque dans mon corps.

Cette image, intitulée « Le monstre mangeur », met en scène des « bibittes » qui creusent des tunnels dans son corps pour y pondre des œufs. Une poche pleine d'œufs se déverse ensuite à l'intérieur de sa tête. Lise doit creuser son cuir chevelu pour aller chercher les œufs qui sont dissimulés dans le petit tunnel. Elle dit qu'elle se sent comme une extraterrestre, souvent incomprise; « sauf ici, avec moi », dans la thérapie, ajoute-t-elle.

Lise tente de traduire, par l'image et par le récit, l'expérience extrêmement douloureuse qui précède ses rituels d'automutilation, qui sont marqués, me semble-t-il, par une augmentation intolérable de l'anxiété et par l'échec du clivage. Les « mauvais » éléments du soi, bien organisés, envahissent et contaminent tout le soi à cause du sang qui circule dans le réseau de canaux et transporte les « bibittes » qui pondent des œufs. L'intérieur du corps est noirci, souillé. L'épisode, tel que raconté, se conclut par le recours aux rituels d'automutilation, qui semblent lui permettre de rétablir un certain calme psychique. L'automutilation provoque sur la surface de la peau un contact avec les substances molles et chaudes du corps, en l'occurrence les

muqueuses et le sang, et semble correspondre aux manœuvres de création de formes-sensations autistiques, décrites par Tustin.

L'image nous permet d'envisager, directement cette fois, une représentation de l'enveloppe corporelle. La surface de la peau n'est pas étanche, elle est pleine de trous. Le sang qui circule dans les petits tunnels pourrait s'avérer une métaphore du contenu psychique qui menace de se déverser hors du soi. La fonction de contenance précaire et déficiente de l'enveloppe corporelle, littéralement trouée, me semble, cette fois, directement présentée. L'ombre créée par la masse noire de l'intérieur du corps semble délimiter les contours du soi, comme si elle s'efforçait de constituer, par défaut, le contour de l'enveloppe déficiente.

Lors de notre sixième rencontre, Lise est très agitée et exprime sa frustration à l'égard « des gens qui n'arrêtent pas de lui dire d'arrêter de se gratter ». Comme d'habitude, elle s'est installée devant la table et elle a parlé sans me regarder, tout en manipulant les matériaux.

Elle crée une image qu'elle intitule « Nomade » (figure 3). C'est un paysage où il n'y a personne, dit-elle ; elle-même ne se trouve pas dedans. Elle dit « qu'elle ne



Figure 3

peut pas être là non plus ». Elle décrit la clôture qui borde le chemin et la falaise abrupte et dangereuse qui se trouve de l'autre côté. Le terme « Nomade » évoque pour elle le voyage, mais un voyage dans la tête : « On ne reste jamais à la même place, on n'est bien nulle part. La nature, c'est le seul endroit où l'on se sent bien. »

L'image présente une structure semblable à celle de la première peinture intitulée « Liberté » (figure1). À gauche se trouve un vieil arbre, mort ; à droite, au lieu d'une maison, on trouve une muraille de roche. Une clôture sépare l'arbre et la falaise, la falaise et le chemin. Au centre, la ligne d'horizon sépare la peinture en deux. Il y a, on peut le constater encore une fois, prédominance du clivage. Le travail de dissociation très manifeste entre le discours et l'état initial de colère et de frustration de la cliente et le paysage sans vie qu'elle a créé est particulièrement frappant. L'impossibilité dans laquelle elle se trouve « d'être quelque part » est probablement liée à la disruption continue de son expérience intérieure, liée notamment à l'utilisation prépondérante du clivage, et qui, on peut aisément le comprendre, génère beaucoup de confusion, mais met également en échec toutes les formes de liens et de contacts que je tente d'établir avec elle.

D'autre part, son investissement dans la création d'une image et l'utilisation très singulière du papier me permet de supposer qu'elle se trouve engagée dans un travail de mise en forme d'une expérience très primitive du soi, vraisemblablement en lien avec une inconsistance traumatique de la contenance maternelle. Cette expérience, de nature sensorielle, se manifeste et se joue dans le rapport avec les matériaux.

L'anxiété liée à l'état de non-intégration provoque, j'en ai fait mention ci-dessus, la quête frénétique du contact avec une forme permettant de tenir ensemble, momentanément, les parties du moi : on peut penser que Lise trouve, tout autant dans la texture du papier et de la pâte acrylique, que dans le frottis provoqué par les poils des pinceaux sur le papier ou même dans l'odeur de la peinture, le lieu où déposer les parties du soi.

Le motif de la clôture a un puissant écho en moi, puisqu'il évoque directement le sentiment grandissant de retrait avec lequel je dois composer lorsque je me trouve avec elle. Depuis le début de nos rencontres, je l'ai mentionné précédemment, Lise a l'habitude de s'absorber dans la peinture, apparemment sans considérer ma présence. Toutefois, à la fin de nos rencontres, après avoir terminé sa peinture, il lui est arrivé de glisser quelques commentaires au sujet de la thérapie : « Ici, c'est différent », dit-elle, faisant ainsi allusion au fait qu'elle trouve dans la thérapie un espace où elle ne se sent pas en danger ou incomprise. Elle me signifie également, je pourrais le penser, qu'elle attribue une importance à la thérapie et, conséquemment, pourrais-je croire, à la thérapeute. Pourtant, si cette femme suscite chez moi beaucoup d'empathie, et si elle semble se livrer avec beaucoup de facilité, je lutte constamment contre une forme d'engourdissement. J'ai le sentiment de me trouver derrière une fenêtre ; je suis en présence de cette femme, mais je peine à entrer en contact avec elle, comme si je n'arrivais pas à exister pour elle. Je note cependant l'indice d'une baisse d'anxiété : elle semble manipuler le pinceau avec moins d'agressivité et le papier avec davantage de douceur.

Lors de notre dernière rencontre avant les vacances de Noël, Lise se présente dans un état d'agitation important. Elle annonce d'emblée qu'elle n'a pas pris ses médicaments et, plutôt que s'installer à la table comme elle a l'habitude de le faire, elle commence à gratter distraitemment ses plaies tout en disant qu'elle se sent très angoissée et qu'elle ne sait pas pourquoi. Nous parlons. Le sang commence à couler. Au bout d'une dizaine de minutes, j'interviens et l'invite à utiliser les matériaux afin d'exprimer ce qu'elle ressent.

Lise s'investit complètement dans la confection d'une carte (figure 4). On y voit un ange de papier blanc, en trois dimensions, collé sur un carton bleu. Le résultat est d'une délicatesse tout à fait surprenante. Elle a d'abord utilisé les ciseaux si durement que le papier se déchirait sous la lame, puis progressivement la manière s'adoucie. Sur la carte, elle écrit « Michel » et « anges de Dieu ». À l'intérieur de la carte, elle écrit : « C'est Noël. Que dieu prenne soin des pauvres malheureux sur cette terre. » Lorsqu'elle termine la carte, elle pleure. Elle raconte que l'ange, c'est à la fois son frère et sa mère. Elle dit que sa mère doit être heureuse maintenant puisqu'elle est morte en accouchant. Elle ajoute : « Mais moi, je suis toute seule. » Lorsqu'elle quitte, pour la première fois elle me serre la main.

Je suis frappée par le fait qu'elle risque pour la première fois ce type de comportement dans nos rencontres. Cette séance avait évidemment une signification particulière : d'une part, son père est hospitalisé depuis quelques jours et, d'autre part,



Figure 4

il y aura une interruption des séances d'art-thérapie pour les vacances de Noël. On peut supposer que la combinaison de ces expériences a considérablement augmenté le niveau d'anxiété : l'interruption de la thérapie et l'inaccessibilité du père du fait de son hospitalisation sont possiblement vécues comme un abandon et, à un niveau d'existence plus primitif du moi, comme une mutilation dans le sentiment précaire de son existence. Dans certaines situations, on l'a vu précédemment, la pression supplémentaire qui s'exerce sur sa capacité de contenance très précaire rend inopérants les mécanismes du clivage, et précipite le recours aux rituels d'automutilation. Les manœuvres d'auto-sensations sur la surface de la peau permettraient peut-être de rétablir, de façon omnipotente, ce sentiment de cohésion et d'existence sensorielle.

Par ailleurs, cette situation provoque des réactions contre-transférentielles très importantes chez moi qu'il importe de considérer afin de comprendre les enjeux relationnels et intrapsychiques de ce comportement.

Je sens le besoin de mettre une limite aux comportements de Lise. Je constate son anxiété ; le détachement affectif avec lequel elle gratte ses plaies et regarde son sang couler est difficile à supporter. J'ai un haut-le-cœur et c'est ce qui déclenche mon intervention. Ensuite, je suis aux prises avec des sentiments ambivalents, de colère, de rage, d'impuissance, de tristesse.

« It is a provocative, evocative, haunting symptom » (Doctors, 1999). Doctors relate une situation où la thérapeute montre sa propre rage et sa vulnérabilité et donne ainsi l'occasion à sa cliente d'expérimenter l'impact qu'elle a sur le thérapeute. Je crois que quelque chose de similaire s'est produit : je regardais le sang couler et je peinais à parler ; j'étais devenue incapable de penser normalement et la cliente a été témoin de ma vulnérabilité. Sa réaction semble confirmer que la présence d'affects authentiques chez moi l'a touchée. On peut penser qu'elle y trouvait quelque chose d'elle-même qui semble autrement inaccessible.

Cette forme de communication affective s'apparente sans doute à l'une des fonctions de l'identification projective. Lise a pu projeter et déposer en moi des sentiments intolérables pour elle, des sentiments mélangés de rage et d'impuissance, m'atteignant et provoquant une réaction affective spontanée. Lorsque le thérapeute, et ce fut le cas pour moi, est ouvert à l'impact provoqué par l'autre, la communication affective est rendue possible et l'expérience de la patiente, autrement « inaccessible » parce qu'elle n'arrive pas à se symboliser, peut arriver à prendre forme dans l'interrelation entre le client et le patient. En d'autres termes, cet épisode d'automutilation a introduit une brèche dans notre système relationnel, alors que, pour la première fois, nous avons pu établir une communication affective.

Il me semble toutefois que la dimension essentielle de cette expérience de communication inconsciente, que j'ai pu comprendre dans l'après-coup de la réaction contre-transférentielle, réside dans sa dimension la plus primitive, c'est-à-dire

l'utilisation par la cliente d'un objet contenant. Lise tente de se contenir elle-même de façon omnipotente mais, contrairement à la personne « encapsulée », elle n'a pas renoncé à la possibilité d'être en relation. La possibilité d'utiliser un objet afin d'être contenu est sans doute un événement marquant. La création de cette carte, d'une délicatesse étonnante, témoigne possiblement du caractère apaisant et bienfaisant de cette expérience relationnelle.

Lors des rencontres subséquentes, et ce, jusqu'à la fin de thérapie, Lise peint des paysages de façon récurrente. Le thème de la « mer » est repris pendant plusieurs semaines et s'accompagne d'un changement dans la relation transférentielle, ce qui laisse croire qu'elle rejoue, dans le transfert, quelque chose de la relation idéalisée et fusionnelle avec la mère. Dans les images, je note que les fantasmes de fusion s'accompagnent d'obstacles insurmontables ; il y a une impossibilité de relier certains éléments dans l'image.

La peinture intitulée « Le castor et le billot » (figure 5) illustre bien cette dynamique. Le castor symbolise le travail, l'acharnement. Il a beaucoup de travail, comme elle, dit-elle. Il a un gros projet, et c'est tout ce qu'il fait. En effet, l'eau n'arrête pas de couler et le castor essaie de l'arrêter. Pour sa part, elle laisse couler, elle n'a plus la force, ni l'énergie pour l'empêcher, dit-elle. Le castor veut aller chercher le billot de l'autre côté de la rive, mais la présence d'un courant très fort l'en empêche. Il est possible, dit-elle, que le billot la représente, que ce soit elle qui attend



Figure 5



Figure 6



Figure 7

qu'on vienne la chercher, mais elle sait que personne ne viendra. On peut noter, cette fois encore, des thèmes qui se rattachent à la position paranoïde-schizoïde et qui sont présents dans les images antérieures, à savoir le clivage et la menace diffuse d'invasion.

Les images subséquentes (figures 6 et 7) reprennent également le thème de l'eau. Comment comprendre la répétition de ce motif ? J'avais noté, dans sa première peinture (figure 1) la présence d'un cours d'eau « mal contenu » qui, possiblement, pouvait rendre compte d'une anxiété très primitive provoquée par le sentiment d'avoir des « trous dans le soi » ou de « s'écouler dans un espace sans limites ».

Selon Tisseron (1995), la répétition d'une image peut être l'indication d'une tentative de représenter, de donner une forme à un défaut du fonctionnement psychique : « Ces images seraient la tentative faite par la psyché de se donner elle-même le moyen d'introjecter ces schèmes lorsque leur introjection aurait été défective dans les premiers échanges avec l'environnement » (p. 32).

À l'instar de la figure 1, les figures 5, 6 et 7 présentent une masse d'eau qui s'étend, dans certains cas, jusqu'à l'infini. L'eau est trouble, agitée, le courant est fort et risque d'inonder les berges. Au bas des images, je note une ouverture ou un canal, encombré dans certains cas par un morceau de bois, qui semble créer un barrage. C'est d'ailleurs le thème de la figure 5. Lise paraît mobiliser, et ce, grâce à l'utilisation des matériaux et à la création d'images, d'une part, dans la « représentation » d'un défaut

de la « capacité de contenance », et d'autre part, dans une tentative de réparation de ce défaut d'enveloppe.

Discussion

Lise raconte que la mort de sa mère l'a laissée seule dans un monde qui s'est révélé hostile et qui a abusé de son innocence et de son besoin d'amour. L'abandon qu'elle a vécu à l'âge de 10 ans constitue donc pour elle un événement traumatique déterminant. Elle pleure toujours sa mère 40 ans plus tard sans trop comprendre pourquoi. On peut toutefois s'interroger sur la qualité de la relation qu'elle a vécu avec la mère, avant sa mort. Selon Mitrani (1992), certains patients, à l'instar des enfants autistes décrits par Tustin, ont eu une relation anormalement fusionnelle avec la mère qui semble avoir créé l'espoir de voir leurs corps unifiés pour toujours. De plus, Lise a été abusée par le père de sa mère ; elle n'a donc pas profité d'une protection suffisante de la part de son entourage, ce qui permet de s'interroger quant à la capacité de contenance de la mère, en particulier. On l'a dit, une situation très précoce de manque dans la capacité de contenance, aussi bien mentale que sensorielle, peut constituer une terrible menace au sentiment de l'existence et créer des trous dans le sentiment naissant du soi.

Les expériences traumatiques précoces d'abus et la perte de la mère peuvent être ravivées lorsque se produit une situation de séparation. L'expérience combinée du père à l'hôpital et de l'interruption des séances pour les vacances a considérablement augmenté le niveau d'anxiété de Lise. L'automutilation, aussi douloureuse soit-elle,

constitue une tentative concrète de neutraliser une expérience de perte et de désintégration des frontières du moi.

L'automutilation est-elle une tentative afin d'effacer cette frontière, c'est-à-dire l'expression d'un désir fusionnel ou, au contraire, un moyen de réitérer et de marquer cette frontière ? Paradoxalement, dans le cas de Lise, l'automutilation semble recréer l'illusion de faire les deux à la fois. La création de formes-sensations autistiques sur la surface de la peau, d'une part, permet d'oblitérer la conscience d'être séparé de l'objet et du non-soi, en créant l'illusion d'être emmêlé ou enveloppé par le corps de la mère, et d'autre part, redonne un sentiment de continuité sur la surface du corps et soutient le sentiment d'existence du moi.

À certains égards, les comportements d'automutilation ont quelque chose de provoquant et d'insupportable pour le thérapeute. L'automutilation plonge le thérapeute dans une impasse relationnelle : le patient supplée à la fonction de contenance du thérapeute en provoquant des manœuvres d'auto-contenance ce qui bloque l'expérience relationnelle. Cette situation crée donc un enjeu pour la relation : elle force à agir et à intervenir, notamment afin d'être présent pour l'autre. Selon Fowler et Hilsenroth (1999), la difficulté contre-transférentielle réside également dans l'intolérance du thérapeute à la haine et à la souffrance de son client. Le thérapeute peut vivre cette expérience comme une atteinte à sa capacité d'être bon pour le client ou comme une menace à son intégrité narcissique. Il s'agit, selon Doctors (1999), d'une réaction contre-transférentielle significative : « When a patient's word or

behavior suggests he is suffering at the hands of the therapist, this can constitute a severe challenge to the therapist's need to be experienced as helpful » (p. 734).

L'expérience d'automutilation en ma présence s'est avérée sans doute importante pour Lise, dans la mesure où elle lui a permis d'utiliser la fonction de contenance du thérapeute et d'expérimenter sa vulnérabilité dans un contexte relationnel, et ce, sans que l'objet contenant soit détruit.

Il semble également que Lise ait profité de la fonction de contenance de l'image matérielle. En effet, le papier s'est avéré un support tangible lui permettant de rejouer quelque chose de l'anxiété primitive liée à des frontières du moi précaires. En effet, son utilisation du papier, qu'elle rudoyait et dont elle testait constamment la résistance, constitue une communication à un niveau proto-symbolique, c'est-à-dire que l'expérience des frontières du soi s'y joue et s'y présente directement. Comme Tisseron le souligne, l'une des fonctions de l'image est de permettre la mise en forme d'un défaut de la structure psychique elle-même, avant d'être en mesure de l'introjecter. Les rencontres en art-thérapie avec Lise s'inscrivent dans une thérapie à court terme, ce processus n'a pas pu être mené à terme.

Il faut souligner l'importance pour le thérapeute de reconnaître et de considérer la nature de la communication du patient. L'automutilation est fréquemment envisagée comme un comportement d'agression lié à la position paranoïde-schizoïde, et devant être immédiatement proscrit dans le contexte thérapeutique (Flax, 2001). Il s'agit,

selon moi, d'un phénomène beaucoup plus complexe. Lorsque ce comportement est plutôt envisagé comme une stratégie défensive de nature sensorielle, liée à la position autistique-contiguë, c'est-à-dire comme une tentative concrète de neutraliser une expérience de perte et de désintégration au niveau sensoriel, l'intervention du thérapeute s'oriente vers la compréhension et la traduction en termes affectifs de cette insupportable anxiété. Dans ce contexte, il est essentiel de permettre au patient de vivre une expérience de contenance de la part du thérapeute afin que, dans l'interrelation entre le patient et le thérapeute, cette expérience puisse éventuellement se symboliser.

3.3.2 Étude de cas B

Cette étude de cas permettra de présenter la rencontre avec Danielle, une patiente présentant des traits de personnalité limite ainsi qu'un tableau complexe de somatisation. Danielle souffre notamment de fibromyalgie, de douleurs chroniques et d'un syndrome d'intestin irritable, et semble se définir essentiellement en relation avec sa maladie. Je formulerai l'hypothèse selon laquelle les modalités relationnelles et défensives de la patiente pourraient correspondre aux modalités relationnelles du type « encapsulation » et à la création d'objets-sensations autistiques.

J'ai eu l'occasion d'illustrer, dans la première étude de cas, la façon dont les positions paranoïde-schizoïde et autistique-contiguë peuvent se trouver intriquées, la seconde position se trouvant alors dissimulée par la première. Cette dynamique ayant

été établie, mon propos sera orienté exclusivement, cette fois, sur les manifestations spécifiques de la position autistique-contiguë.

Histoire de Danielle

Mère monoparentale, fin de la vingtaine, Danielle a les cheveux courts, un visage rond, sans maquillage. Elle porte généralement des vêtements amples qui lui donnent une silhouette mal définie et asexuée.

Elle vit seule, mais elle a la garde de son fils deux semaines par mois. Ses relations avec son fils s'améliorent avec le temps, dit-elle, mais elle avoue qu'il lui est difficile de l'aimer. Elle ne travaille plus depuis cinq ans et elle n'a ni occupation ni loisir particulier.

Danielle est l'unique fille d'une famille de trois enfants : elle a un frère plus âgé et un frère plus jeune, qu'elle côtoie à l'occasion. Elle décrit le père comme un homme violent et sa mère comme une femme qui souffrait de cette violence. Selon Danielle, sa mère ne l'aimait pas, la détestait même, et elle se sentait très seule, isolée.

Elle s'exprime généralement d'une voix posée et utilise un vocabulaire qui semble détaché et emprunté. Elle présente son histoire de façon succincte en mettant l'accent sur la relation difficile avec sa mère et sur un événement traumatique, vécu au début de la vingtaine : au cours d'une discussion orageuse, elle aurait senti que sa mère la haïssait. Cet événement, selon elle, est l'élément déclencheur de la dépression

majeure qui a suivi et de ses difficultés actuelles. Elle a une très faible estime d'elle-même et éprouve un sentiment de grande vulnérabilité. La plupart du temps, elle pleure lorsqu'elle parle de sa mère qui, dit-elle, ne l'a jamais aimée, et l'a même jalouée et haïe. La capacité introspective est présente bien que limitée : elle a tendance à projeter sur les autres, en particulier sur la mère, les sentiments négatifs et les difficultés qu'elle éprouve dans tous les aspects de sa vie.

Elle dit qu'elle a peu d'amies et ses relations semblent peu investies affectivement. Elle prétend que ses amies profitent d'elle et de sa capacité d'écoute. Lorsqu'elle est avec elles, elle n'est pas en mesure de s'occuper d'elle-même, dit-elle. Elle craint que les gens qui sont proches d'elle puissent se rendre compte qu'elle n'est pas une bonne personne.

Depuis cinq ans, elle a suivi plusieurs thérapies brèves et une courte démarche en art-thérapie pendant sept mois. Il semble en avoir résulté une appropriation d'un certain vocabulaire introspectif, une connaissance un peu figée de sa problématique et une certaine stagnation de sa situation affective.

Dès le début de nos rencontres, je sens que Danielle réagit très défensivement à mes interventions. Elle me rassure fréquemment, par ailleurs, sur la qualité du travail qu'elle fait dans la thérapie avec moi. Effectivement, elle parle facilement, fait des liens, produit des images et affirme que la thérapie fonctionne bien pour elle, tout en évitant soigneusement de mentionner quelque élément que ce soit qui rappelle mon

existence. J'éprouve le sentiment grandissant d'une distance tenace, d'un détachement affectif : je me sens coincée et mise à l'écart d'une façon parfois insupportable. Je peine à maintenir un contact avec elle et je ne comprends pas davantage le travail intérieur auquel elle dit se livrer.

Pendant les premiers mois de nos rencontres, j'avais l'habitude de lui suggérer, à un moment propice de la rencontre, d'utiliser les matériaux afin d'explorer ce qu'elle ressentait ou ce qu'elle tentait d'exprimer verbalement. J'intervenais ainsi, croyais-je, afin de favoriser le relâchement de ses mécanismes d'intellectualisation. Je comprends maintenant que je tentais également de me maintenir « dans » la rencontre et de préserver un contact avec elle. Pendant cette même période, j'ai compris, après qu'elle l'eut exprimé, autant verbalement que non verbalement, et ce, en différentes occasions, qu'elle me demandait de « la laisser faire ce qu'elle devait faire ». Elle me signalait la place qu'elle souhaitait me voir occuper dans la rencontre.

Lors de notre première rencontre, elle décrit longuement sa souffrance, constante, toujours présente : elle aimerait mieux la comprendre, mieux lui faire face, afin de s'en libérer. Elle éprouve fréquemment, dit-elle, la sensation de se trouver dans un trou noir, dans un espace sans limites, accompagné du sentiment constant d'un danger.

Elle établit d'emblée un rituel : elle ferme les yeux avant de commencer à peindre. Puis, elle peint une boule rouge qu'elle recouvre de traits en forme de X, elle

se met à pleurer et dit qu'elle a peur de se montrer telle qu'elle est, car personne ne va l'aimer. Elle affirme qu'elle n'a pas peur de moi : elle a plutôt peur des gens qui sont « proches » d'elle.

Elle crée une forme circulaire incomplète (figure 1) au centre de laquelle se trouve une boule rouge qui semble exploser. Elle associe le rouge à la peur, à la colère et à la rage. D'autres traits, bleus et roses, bordent la forme verte dominante en épousant partiellement un mouvement circulaire. Le bleu et le rose sont fréquemment et respectivement associés aux bébés, filles ou garçons, et il est possible de relier ces contenus à des désirs infantiles liés à la mère. L'image évoque une forme en contenant une autre, sans arriver toutefois à l'entourer et à la contenir véritablement. On peut se demander si cette forme est incomplète, ou encore, si elle a cédé sous la pression provoquée par l'explosion qui pourrait avoir fait céder la paroi.

Je suis impressionnée par le fait qu'elle se dévoile rapidement. Mais je suis également perplexe puisqu'elle m'indique aussi une limite : nous pourrions être proches du fait de la relation thérapeutique, mais elle exclut d'emblée cette possibilité. Les thérapeutes ne la mettent pas en danger parce qu'elle n'entre pas en relation avec eux, dit-elle. Ainsi, elle place tout de suite le cadre thérapeutique et la thérapeute à distance : la proximité est dangereuse pour elle, me semble-t-il d'emblée.

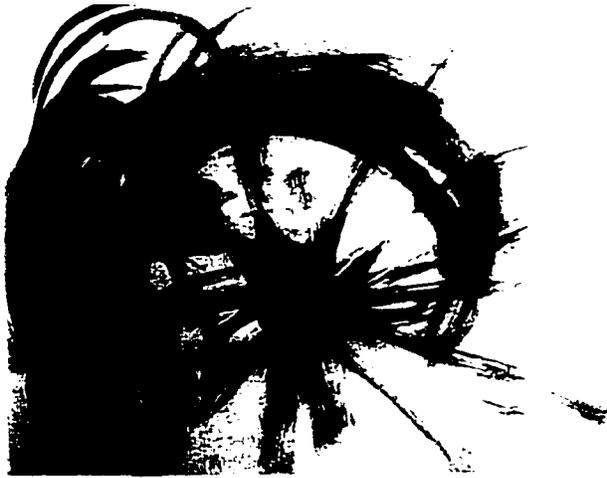


Figure 1



Figure 2

Lors de la séance suivante, sa souffrance et ses symptômes dépressifs ont augmenté, dit-elle. Elle fait des cauchemars qu'elle attribue à la thérapie. Elle peint un autoportrait (figure 2) : le rose et l'orange représentent « les belles choses qu'elle a en elle » ; le bleu représente « les belles choses de la vie » et le noir, les douleurs physiques et la souffrance qu'elle ressent dans ses épaules et dans la gorge. Le corps n'est représenté que jusqu'à la taille ; elle dit qu'elle ne sent pas ses jambes. Je tente de faire un lien entre l'accroissement des douleurs et des symptômes et le fait de venir me rencontrer. Elle réagit défensivement : « Avec toi, il n'y aura pas de liens affectifs, donc il n'y a pas de danger. »

Le corps est représenté par deux formes circulaires incomplètes, juxtaposées de façon précaire, rappelant une coupe renversée. Ce contenant risque de laisser s'écouler une partie de son contenu ; on note une masse noire qui évoque vaguement un bébé, un fœtus noir, mais également le sentiment qu'elle évoquait la semaine précédente : la sensation de se trouver dans un « trou noir », dans un « espace sans limites et sans protection ». Encore une fois, à l'instar de l'image précédente, celle-ci reprend également le motif d'une forme incluse dans une autre, qui se trouve incapable de la contenir.

Je suis frappée par le rituel auquel elle se livre avant de peindre : elle ferme les yeux, laisse monter des sensations qui semblent déclencher le mouvement. Elle collabore très bien, elle peint et elle fait des liens, mais encore une fois, elle m'indique

les limites de notre relation : elle précise qu'il n'y aura pas de lien affectif entre nous et que mes interventions ne sont pas adéquates.

Un jour, elle raconte qu'elle a le sentiment de s'approcher de plus en plus de la base de son problème ; et cela ça devient plus « dur » et plus souffrant, dit-elle. Essayant de décrire son angoisse, elle précise : « C'est comme si j'étais en danger. » Elle parle de nouveau du sentiment d'abandon qu'elle a eu l'occasion d'explorer lors de thérapies précédentes : elle a le sentiment épouvantable de n'être rien, « un rien dans le noir », un rien dans rien. Puis elle décide de représenter un lieu où elle n'aurait plus besoin de protection. Elle dessine une mère qui porte un bébé (figure 3).

Les bras de la mère ont quelque chose de démesuré ; ils soutiennent un bébé emmailloté qui semble émerger du bras gris de la mère. On sent que la situation maternelle a quelque chose de menaçant et d'envahissant et qu'elle laisse peu de place à l'enfant. L'image évoque, encore une fois, le motif du contenant qui contient mal : l'enfant s'y tient de façon figée, sans pleurer ni dormir, a-t-elle précisé, le corps emmailloté, comme s'il était pris dans un étou.

Il me semble que la répétition du motif indique qu'une communication quant à la précarité de la cohésion corporelle se profile derrière les conflits et les anxiétés de la position paranoïde-schizoïde, lesquels s'expriment notamment par la crainte de l'envahissement maternel et le désir fusionnel. J'en déduis que cet enfant, se trouvant menacé par la mère et insécurisé par le défaut dans sa capacité de contenance, a



Figure 3

développé des mécanismes qui lui permettent de « se tenir » lui-même. Tustin et Bick ont décrit les mécanismes qui recréent l'illusion d'une enveloppe corporelle protectrice. Le recours à des activités d'auto-contenance permet la création d'une membrane protectrice qui recrée l'illusion de la capsule ou de la coquille. Ces mécanismes ont été décrits par Tustin comme étant des phénomènes d'encapsulation générés par la création d'objets- sensations autistiques. Ces mécanismes maintiennent hors de la sphère symbolique une expérience traumatique de manque ou d'inconsistance dans la capacité de contenance maternelle.

Je suis étonnée du déroulement de nos rencontres : la cliente collabore très bien, sa production s'inscrit au cœur de la situation infantile et donne le sentiment d'une démarche d'une grande profondeur. Elle semble indiquer que la thérapie fonctionne, qu'elle progresse mais, pour ma part, je me sens terriblement à l'écart, comme si la cliente n'avait pas besoin de moi.

Lors d'une rencontre subséquente, elle affirme, une fois de plus, que la thérapie fait bouger des choses dans son corps et qu'elle souffre beaucoup. Elle explore l'argile en fermant les yeux ; elle semble essayer de se mettre en contact avec une image intérieure : « L'enfant a un an, il est vulnérable, il dort » (figure 4). Il a besoin, dit-elle, de quelqu'un qui puisse le protéger ; la tortue veille sur l'enfant. Elle ajoute que cette image lui fait du bien.



Figure 4

L'image de l'enfant et de la tortue est frappante : elle illustre quelque chose de la situation infantile et de la façon dont Danielle souhaiterait sans doute utiliser la situation thérapeutique et l'art-thérapeute. On pourrait y voir, en effet, une représentation de la situation thérapeutique : un nid grâce auquel l'enfant vulnérable profite de la présence solide et rassurante de la thérapeute.

Mais l'image évoque également les différentes stratégies qui permettent à l'enfant autiste de recréer un sentiment de sécurité : il se colle aux surfaces dures, comme si la dureté pouvait se communiquer à son corps et créer l'illusion de la force et de la permanence de l'armure ou de la coquille.

Grâce à sa carapace, la tortue représente un gage de stabilité et de permanence ; elle possède également la caractéristique de pouvoir rétracter son corps à tout moment afin de le protéger, de le mettre hors d'atteinte, ce qui fait de sa carapace à la fois une extension de son corps et un symbole important de protection. Danielle présente ainsi, de façon métaphorique, une dimension importante de la modalité relationnelle et défensive mise en place, c'est-à-dire un sentiment de grande vulnérabilité relatif à l'enveloppe du soi, d'où le recours à la « coquille », qui recrée une enveloppe protectrice tout en lui permettant de se retirer de l'expérience relationnelle.

Cette métaphore semble rendre compte de quelque chose que je sens confusément : j'ai le sentiment de participer à une expérience dont je me sens également exclue. Depuis quelque temps, le rituel qui lui permet, dit-elle, de prendre contact avec sa souffrance, me frustre, me trouble, me préoccupe et m'intrigue : lorsqu'elle ferme les yeux, j'ai la curieuse fantaisie qu'elle déclenche des sensations de souffrance et qu'elle s'y réfugie. Je m'ennuie et j'ai du mal à rester présente pendant nos rencontres.

Depuis quelque temps, la question de produire quelque chose, ou non, dans la rencontre d'art-thérapie est devenue centrale : elle dit qu'elle se sent obligée de produire une image, « sinon, dit-elle, je ne voudrai plus travailler avec elle ». Elle raconte également avoir fait, depuis peu, quelques découvertes très significatives sur sa relation avec sa mère pendant son adolescence et sur les raisons qui ont motivé un changement d'orientation dans ses études qui s'est révélé malheureux. Elle éprouve de la colère vis-à-vis de sa mère qui ne l'a pas soutenue comme elle aurait dû le faire, pose-t-elle.

Quelque chose a changé dans la dynamique relationnelle : je suis devenue plus silencieuse et moins active dans la rencontre, et elle est devenue visiblement plus détendue. Le thème qui émerge pour elle pendant cette période en témoigne : puis-je prendre le risque de me montrer telle que je suis, y compris prendre le risque d'imposer mes exigences ?

Lors d'une séance, elle annonce qu'il s'est passé quelque chose d'important pendant la semaine : elle a recommencé à écrire son journal et elle a réussi à faire un dessin chez elle, toute seule. Elle a apporté son journal, dont elle me lit des extraits qui racontent essentiellement ce qu'elle a vécu pendant la semaine. Elle dit également qu'elle a fait une prise de conscience : elle se sent coupable de ne pas aimer ni son fils ni sa mère. Elle a honte et elle a peur que les autres puissent voir qu'elle n'est pas une bonne personne.

Je l'invite à utiliser le matériel et elle me demande : « Dois-je faire quelque chose? » Il y a un moment d'émotion : elle dit qu'elle se sent obligée de faire quelque chose, de montrer qu'elle fait des progrès. Sinon, dit-elle, « Qui aurait envie de travailler avec quelqu'un comme moi ? ». En pétrissant l'argile, elle parle, en pleurant, de la peur d'être abandonnée de nouveau. Puis elle décrit sa sculpture (figure 5), qui représente, dit-elle, un « manteau de protection » ; elle ajoute qu'il est en fourrure. Le manteau monte jusqu'à la tête et il recouvre les bras.

Depuis le début, Danielle éprouve le besoin de me montrer que les choses progressent grâce à la thérapie, qu'elle est une « bonne personne ». Cette situation rappelle l'effet de « miroir », décrit par Tustin au sujet de patients développant une relation transférentielle du type « encapsulation », laquelle vient bloquer l'expérience relationnelle et offre plutôt au thérapeute un miroir dans lequel il voit son propre

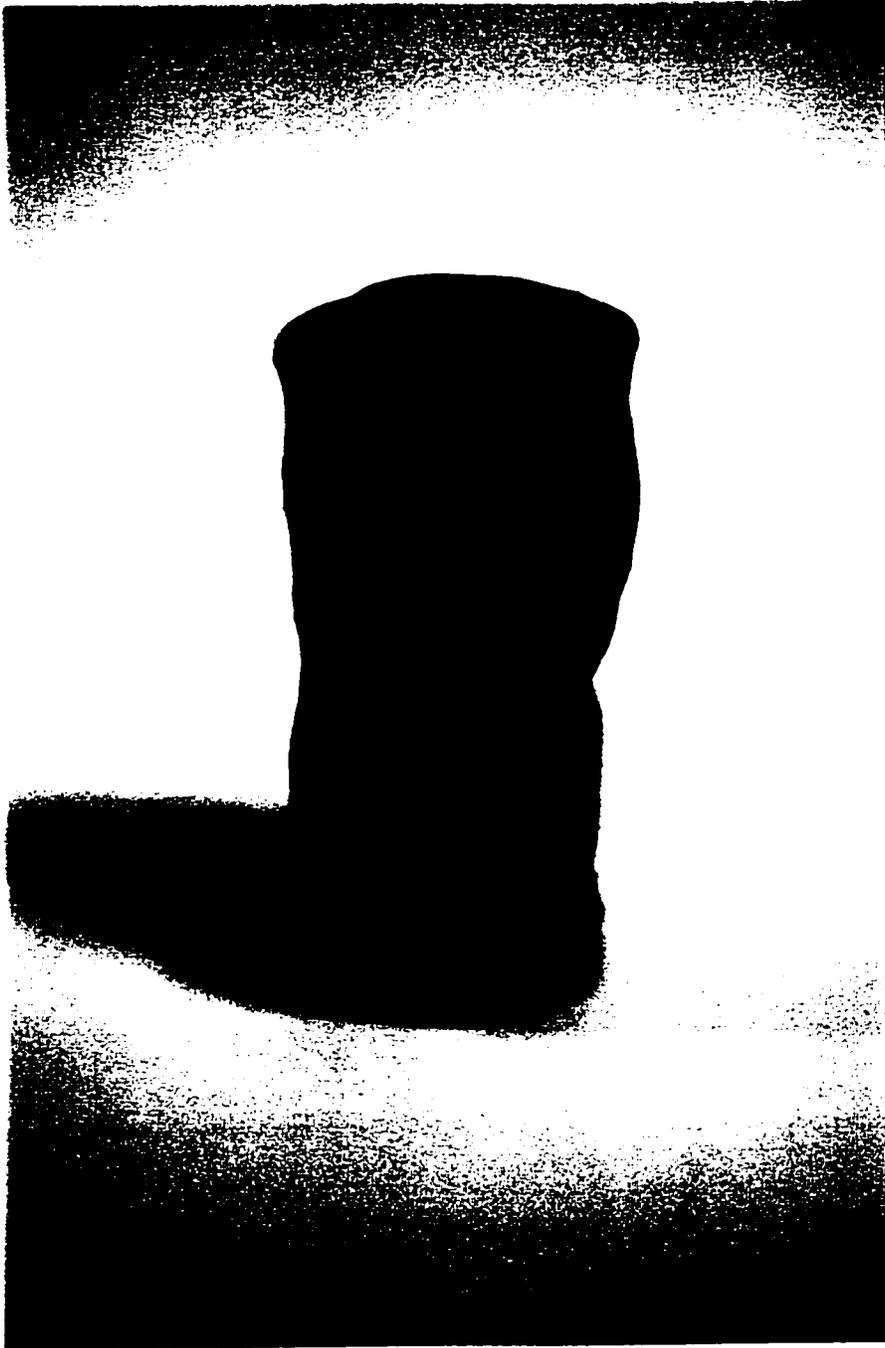


Figure 5

reflet. Le manteau illustre également, de façon métaphorique, un enjeu important quant à la possibilité de se découvrir et de se laisser voir : si elle prend le risque de se montrer telle qu'elle est, vais-je me détourner d'elle ?

Mais cette sculpture évoque d'autant, et ce, directement, le manque relatif à l'enveloppe corporelle et le recours aux mécanismes d'auto-contenance, qui la protègent tout en limitant également l'accès à soi et à l'autre. Le choix de l'argile me semble, en ce sens, significatif. En effet, ce matériau provoque une expérience kinesthésique qui est vécue essentiellement au niveau sensoriel par le fait du « toucher ». De plus, à certains égards, du fait de sa texture mouillée et de sa chaleur, l'argile évoque la matière vivante : le corps et la peau, notamment. Ainsi, Danielle semble avoir trouvé dans ce matériau un support qui lui a donné l'occasion, d'une part, de se mettre en « contact » avec une expérience infantile traumatique de « manque » au niveau de l'enveloppe sensorielle, d'où l'émotion qui l'a submergée pendant la production et qui me permet de supposer que Danielle n'a pas été suffisamment « tenue » et « contenue » par la mère ; et d'autre part, de trouver dans l'argile une forme et un matériau qui puissent tout à la fois « rejouer » et « contenir » cela.

Le rituel auquel elle se livre au début de chaque production la met en contact avec sa souffrance, dit-elle. Le statut de la souffrance dans la dynamique intrapsychique et dans la rencontre m'a beaucoup intriguée depuis le début de nos rencontres. Cette image me permet de supposer que la souffrance joue un rôle dans ses

activités d'auto-contenance ; la sensation est utilisée à volonté, de façon omnipotente, et semble recréer le sentiment d'un contour du soi. Je m'explique : lorsqu'elle se met en contact avec ses éprouvés de souffrance, qui semblent par ailleurs indifférenciés, elle semble s'y « coller » et y trouver une surface relativement « permanente » sur laquelle elle peut s'appuyer et se contenir et, ainsi, retrouver un sentiment de sécurité et une stabilisation de l'anxiété. On pourrait ainsi envisager que Danielle utilise la souffrance comme une surface dure et permanente, à des fins défensives, c'est-à-dire comme un objet autistique.

La sculpture intitulée « Manteau de protection », et qui correspond possiblement à un « manteau de souffrance », rend compte de l'utilisation, dans la thérapie, de la « fonction de contenance » créée par les matériaux et par l'image matérielle, en présence de la thérapeute, et de la mise en place, possiblement, d'une expression non pas asymbolique de la souffrance, comme c'est le cas lorsque Danielle utilise la souffrance comme une forme d'auto-contenance omnipotente, mais plutôt de nature présymbolique. L'utilisation des matériaux, l'argile en particulier, lui permet de s'engager dans la manipulation aussi bien que dans la création d'une forme lui permettant de contenir une expérience terrifiante et extrêmement souffrante, le sentiment « d'être rien dans rien », plutôt que de recourir à des activités omnipotentes de création de sensations dans le corps, la souffrance dans son cas.

Pendant les semaines suivantes, elle préfère ne pas utiliser les matériaux. Cependant, son attitude à mon égard est différente. Elle est plus réceptive, plus

vivante, elle ne cache pas son affection et ses yeux brillent. Pendant cette période, elle est préoccupée par ses relations avec les autres, et elle répète souvent les mêmes choses. Elle dit qu'elle en a assez de faire des efforts pour être elle-même et de se sentir obligée envers les autres. Le fait d'être avec des gens l'empêche de s'occuper d'elle-même et de se mettre en contact avec sa souffrance. Lorsqu'elle ne peut se mettre en contact avec sa souffrance, « la vie n'a plus de sens ». La souffrance lui permet de faire des « prises de conscience ». Elle discute de la difficulté croissante qu'elle éprouve, dans le contexte de l'art-thérapie, à utiliser les matériaux.

Je trouve parfois difficile de contenir mon irritation : je suis souvent frustrée et irritée par son raisonnement, son détachement affectif et l'utilisation tenace de ce qui me semble être de la projection. Le fait de « produire » en art-thérapie est devenu anxiogène et de plus en plus difficile. Est-ce que je vais me détourner d'elle si elle arrête de faire de l'art ? J'assiste, impuissante, à une montée importante de l'anxiété provoquée, possiblement, par l'expérience relationnelle et par les puissants désirs de fusion que cette expérience suscite. Le fait de créer semble toutefois constituer une menace qui se situe au-delà de la crainte du rejet. En effet, elle semble indiquer qu'elle craint de perdre contact avec sa souffrance, puisque, lorsqu'elle utilise la capacité de contenance des matériaux et du thérapeute, elle s'en « sépare » et perd du même coup la sensation de l'enveloppe du soi.

Un jour, au milieu d'une séance, elle m'indique qu'elle va tenter de peindre quelque chose et elle se lève tout d'un coup.

Spontanément, je lui demande de m'indiquer où elle veut que je m'asseye.

Pendant qu'elle peint, elle devient très émue : elle pleure, dit-elle, parce qu'elle retrouve les sensations qu'elle éprouvait lorsqu'elle faisait de la peinture à l'huile. Lorsque la rencontre se termine, elle parle de son désir de faire de petites choses romantiques et féminines, comme des fleurs. Elle ajoute que, pour la première fois, pendant qu'elle peignait, elle a oublié mon regard pendant un instant.

La peinture (figure 6) représente des formes semi-circulaires regroupées par deux, évoquant le mouvement des vagues. Elle a également collé un carton vert sur lequel elle a peint deux formes similaires qui me font penser à deux petites mains. Elle me dit qu'elle a, pour la première fois, oublié mon regard: dois-je entendre qu'elle se sent maintenant suffisamment en sécurité avec moi ? Ou s'agit-il de l'expression de son désir inconscient de fusion ?

Il faut dire que cette cliente m'a obligée à faire un réajustement important dans ma façon d'intervenir et de travailler dans la thérapie. Je suis devenue plus silencieuse et, curieusement, elle est devenue plus vivante et plus confiante. Je crois comprendre que la cliente avait besoin que la thérapeute se retire, qu'elle devienne moins « dangereuse » tout en lui permettant d'exercer ses fantaisies d'omnipotence. Mais il me semble que le fait de lui demander, de façon spontanée, de m'indiquer là où elle souhaitait me voir assise constitue une tentative d'ajustement très singulière et peut-



Figure 6

être l'indication de la présence de mécanismes d'identification projective : la thérapeute se soumet, sans doute, inconsciemment aux fantaisies inconscientes de la patiente.

En effet, et je l'ai mentionné au chapitre 1, lorsqu'il y a identification projective, une pression s'exerce sur le thérapeute afin qu'il se comporte selon les fantasmes inconscients du patient. Il est possible de penser que le fantasme inconscient est de rendre l'art-thérapeute consciente de ce qui est communiqué et de recevoir une réponse. Ceci dit, en me soumettant progressivement aux exigences de la cliente, et ce, depuis le début de nos rencontres, j'ai certainement reproduit une dimension importante de l'expérience de coercition et de difficile soumission à laquelle elle a dû s'astreindre afin de survivre à la relation primitive avec la mère. Lors de cette séance, mon geste spontané, celui de lui demander de m'indiquer là où elle voulait me voir assise, signale sans doute quelque chose de plus. Serait-il possible qu'une dimension de la communication inconsciente qui s'était établie progressivement depuis le début de nos rencontres se soit finalement symbolisée dans ce geste ? Effectivement, Danielle semble avoir été en contact, en miroir, avec quelque chose de sa propre expérience intérieure, en même temps qu'elle a expérimenté la fonction de contenance de l'art-thérapeute. L'émotion et l'espoir qui se sont exprimés par la suite, dans la deuxième portion de la rencontre, alors qu'elle pleurait et manifestait le désir de reprendre des activités qui lui procurent du plaisir, témoignent possiblement de l'effet libérateur de cette expérience.

Une image, aussi singulière soit-elle, s'est imposée à mon esprit après cette séance : ma relation avec cette cliente évoquait la rencontre avec un ours noir. Cette métaphore condense, selon moi, plusieurs aspects de la situation vécue, au plan contre-transférentiel, avec la cliente. Elle illustre une expérience de difficile soumission, telle une sorte de mort, une réaction de survie en présence d'un danger important : on dit que la personne qui se trouve à proximité d'un ours doit, afin de se protéger, arrêter de bouger et même simuler la mort. Cette métaphore évoque également une autre image, celle du « manteau de protection », qui était en fait un manteau de fourrure, disait Danielle. L'analyse de cette image, qui a surgi dans l'après-coup, me permet d'entrevoir quelque chose de la terrible expérience de « mort » psychique vécue lors de la relation infantile avec la mère, et la rage que cette situation a certainement générée et qui semble désormais constituer une menace très importante. L'expérience relationnelle dans la thérapie ravive, sans nul doute, une anxiété terrifiante de voir les parois du soi céder sous la pression de la rage « contenue ».

Alors que la fin de la thérapie approche, Danielle ne cache pas son angoisse. Elle raconte un rêve où ses jambes ne lui permettent plus d'avancer. Elle doit prendre ses jambes avec ses bras et les faire avancer, pas à pas. Je risque une interprétation : elle a le sentiment d'être seule, seule dans la vie, et ce sentiment est possiblement lié à la fin de la thérapie qui approche. Elle admet que cette éventualité est très pénible pour elle. Puis, l'émotion la submerge et elle avoue qu'elle a le sentiment que je l'abandonne alors qu'elle aurait eu besoin de quelques mois encore : « On ne peut se

fier à personne », dit-elle, pas même à des professionnels ». Elle s'était pourtant promise qu'elle ne s'attacherait pas à un thérapeute. Elle se sent vulnérable, et elle en a honte. Elle admet qu'il lui est difficile de s'attacher et de se rendre vulnérable.

Pour la première fois, elle s'adresse à moi directement, admet son attachement et exprime des sentiments de colère et de tristesse vis-à-vis de moi. J'ai le sentiment de vivre une situation inespérée : j'ai senti qu'elle était en mesure d'exposer sa vulnérabilité et qu'une communication affective s'était développée.

Lors de l'une de nos dernières séances, elle dit qu'elle se rend compte maintenant qu'elle n'a pas de relations significatives et que c'est de sa faute. Elle éprouve un sentiment de solitude, ce qui est nouveau pour elle. Elle ajoute que ça fait encore plus mal. Mais elle se sent tellement mal avec les autres qu'elle préfère rester seule. Elle dit « avec les gens, ça ne rentre pas ».

Décrivant l'image (figure 7), elle dit qu'il s'agit d'une fleur et que, cette fois, elle est refermée. Elle ajoute : « Il y a comme une profondeur, c'est comme la redécouverte de la profondeur. Pendant que je peignais, il se passait des choses... c'est comme si j'entrais en contact avec la peinture. »

La fleur est un demi-cercle au sein duquel se trouve une forme rouge, indéfinie. L'ouverture de la fleur est fermée par une tache jaune. La fleur s'appuie sur



Figure 7

un trait bleu, lequel est appuyé sur une tige verte. Le tout repose en équilibre précaire. Il y a cependant une modification dans la représentation du contenant, comme si elle était investie dans une activité de réparation symbolique du contenant.

Elle m'apparaît plus spontanée. Pour la première fois, elle semble éprouver un sentiment de solitude, un manque, une vulnérabilité, une difficulté à entrer en relation avec les autres, et admet, qui plus est, sa part de responsabilité.

Discussion

L'expérience contre-transférentielle vécue avec Danielle a donc pendant longtemps été marquée pour moi par le détachement ainsi que par des sentiments de frustration, d'ennui, de culpabilité, et par l'effort de préserver ma fonction de thérapeute. Il me semble que la communication inconsciente, par le biais de l'identification projective, m'a mise en contact avec une dimension importante de son expérience intérieure, provoquant chez moi des sentiments de colère et de culpabilité, que j'ai dû « tolérer » et « contenir » : je pense aux réajustements importants dans mon attitude et au relâchement progressif de la tension provoquée par les exigences de la patiente. Le fait que je puisse tolérer et me soumettre aux aspects intolérables du soi que cette patiente avait projetés en moi lui a permis d'utiliser l'objet-thérapeute comme un contenant de ses sentiments terrifiants de rage, et ce, sans que celui-ci ne soit détruit. Lorsqu'il y a eu une réponse de ma part à la communication inconsciente,

par un geste spontané et authentique de ma part, une nouvelle dimension relationnelle et affective a été introduite dans le système pseudo-relationnel qui s'était établi jusque-là.

J'ai été fort intriguée par les rituels auxquels cette cliente s'est livrée pendant les premiers mois de nos rencontres : j'ai eu le fantasme que Danielle s'enveloppait de ses sensations de souffrance, et qu'elle devenait souffrance elle-même. Dans ces moments, j'avais le sentiment qu'elle m'excluait totalement, comme personne et comme thérapeute. Il m'est arrivé de réagir défensivement en essayant d'être plus active afin de faire sentir ma présence. Elle m'a alors indiqué clairement qu'elle souhaitait que « je la laisse faire ce qu'elle devait faire ». Ce qu'elle souhaitait, disait-elle, c'était d'avoir l'occasion d'aller aussi loin que possible dans sa souffrance. Il est devenu évident que mes interventions pouvaient s'interposer dans l'expérience transférentielle, en rendant plus réelle et plus vraie la séparation entre la cliente et la thérapeute, et qu'elles augmentaient son niveau d'anxiété.

La « rumination » de la souffrance, conçue en termes d'activités d'auto-sensations, aurait permis à la cliente de s'envelopper dans un monde de sensations corporelles et tactiles qui s'apparente à celui que les enfants autistes recherchent en appuyant une partie de leur corps sur une surface dure, lui permettant de recréer des contours du soi et l'illusion d'une coquille étanche et sécuritaire. L'utilisation rituelle des sensations de souffrance a pu permettre la création d'une forme de barrière sensorielle à une expérience relationnelle qui ravive l'expérience terrifiante de

l'incapacité de contenance maternelle et une anxiété intolérable, décrite par Danielle comme la sensation « d'être rien dans rien ».

On peut s'interroger quant à l'origine de l'utilisation défensive de la souffrance. Selon Winnicott, lors d'une situation de carence importante dans la fonction de contenance de la mère, les frustrations instinctuelles du nourrisson peuvent se révéler traumatisantes. Lorsque la rage et la haine ne peuvent pas se diriger contre la mère et se trouver « transformées », selon les termes de Bion, elles se logent dans le corps et entraînent une souffrance dont l'enfant ne sait plus si elle est émotionnelle ou physique. Il semble que la mère de Danielle ait été perçue comme étant souffrante, fragile et dépressive. Danielle a possiblement incorporé, en miroir, un soi intimement lié à la souffrance. La souffrance semble ainsi condenser tant d'aspects de son expérience intime et relationnelle que l'on peut comprendre qu'elle puisse dorénavant constituer une partie tangible du soi.

Danielle a décrit, au cours des dernières séances, le sentiment de découvrir de nouveau une profondeur dans la peinture. Il est également intéressant de noter que, en arrière-plan, elle se dit en mesure d'oublier le regard du thérapeute lorsqu'elle peint : aurait-elle pris et gardé quelque chose du thérapeute en elle ?

La forme de la fleur semble pour la première fois contenir quelque chose, posséder un creux et avoir une profondeur. La production d'une forme creuse est évocatrice du fantasme d'inclusion réciproque mère-enfant. Selon Tisseron (1995),

cette image, lorsqu'elle se manifeste dans la thérapie, correspond à la possibilité de penser la séparation et le deuil que représente la séparation de l'objet. Derrière la souffrance semble ainsi, progressivement, se profiler quelque chose de la pulsion de vie.

3.4 Discussion générale

J'ai décrit, lors de la présentation de ces deux études de cas, différentes manifestations défensives et relationnelles de la position autistique-contiguë, et également, dans une moindre mesure, de la position paranoïde-schizoïde, telles qu'elles me sont apparues dans le transfert, dans le contre-transfert et dans l'image dans le contexte de rencontres en art-thérapie qui se sont déroulées sur une courte période de six mois. Mes observations ont porté avant tout sur les divers mécanismes défensifs générés aux niveaux intrapsychique, interrelationnel et somatique afin de montrer la façon dont ils contribuent à la création de « formes » et d'« objets » autistiques.

J'ai démontré, au chapitre 1, l'importance que revêt l'intégration de la fonction de contenance maternelle afin que puisse s'établir un sentiment clair des limites corporelles du moi, de l'existence d'un espace intérieur et d'une enveloppe extérieure en mesure de le contenir. Les différentes observations que j'ai eu l'occasion de faire au cours des rencontres avec ces deux patientes me permettent de supposer que celles-ci ont introjecté, et ce, dans des contextes relationnels très différents, une enveloppe psychique (*psychic skin*) déficiente.

Lise semble avoir vécu une relation particulièrement fusionnelle avec sa mère, laquelle, en même temps, n'a pas été en mesure d'assumer sa fonction d'enveloppe protectrice et de la protéger des abus sexuels dont elle a été victime dès son plus jeune âge. Danielle, pour sa part, semble avoir vécu une relation avec la mère marquée par l'indigence affective et sensorielle et a développé, sans doute à un stade très précoce du développement du moi, des mécanismes d'auto-contenance afin de pallier la menace que faisait peser sur le « sentiment précaire de son existence propre » le défaut de la fonction de contenance maternelle. Il est possible que la mère ait pu utiliser son enfant comme une extension narcissique d'elle-même, limitant ainsi le développement de sa subjectivité naissante.

Mes observations et mes analyses suggèrent que les différentes perturbations corporelles, c'est-à-dire les éprouvés indifférenciés de souffrance chez Danielle et les rituels d'automutilation chez Lise, sont en fait des activités asymboliques de création de formes-sensations et d'objets-sensations, limitant au registre corporel l'expression de leur anxiété primitive quant à la précarité des frontières du moi. Les diverses tentatives que font Lise et Danielle afin de composer avec leurs pulsions d'agressivité et de rage culminent ainsi dans la création omnipotente de sensations corporelles, qui leur permet de recréer un sentiment de cohésion de l'enveloppe précaire du moi. Pendant toute la durée du processus thérapeutique, l'attention persistante apportée aux symptômes corporels a été utilisée comme une résistance et une défense contre cette anxiété primitive, spécifique de la position autistique-contiguë.

La période initiale de la thérapie a été marquée, dans les deux cas, par une période de « non-relation », une forme de retrait relationnel et de résistance au développement de la relation transférentielle, signalant, sans nul doute, la présence de phénomènes défensifs importants. Il faut distinguer ces modalités défensives d'autres phénomènes de résistance qui marquent fréquemment le début de la relation thérapeutique, alors que s'installe progressivement la relation transférentielle. La période de « non-relation » qui a marqué, dans les deux cas, le début de la « relation » thérapeutique se distingue de la simple « opposition », dans la mesure où, ici, c'est mon existence même au sein de la rencontre qui s'est trouvée compromise. Le compte-rendu de mes réactions contre-transférentielles fait largement état de cette situation d'impasse relationnelle : il y est question de la difficulté de créer un contact et de se maintenir dans la relation ainsi que du sentiment d'isolement et de frustration provoqué par le retrait relationnel.

Les deux catégories de relations transférentielles décrites par Tustin, à savoir l'encapsulation et l'emmêlement, ont contribué à nourrir l'observation et l'analyse des différents mécanismes opérant au sein de la relation thérapeutique qui s'est développée respectivement avec Danielle et Lise.

La relation transférentielle qu'il est possible de concevoir comme s'étant développée lors des rencontres d'art-thérapie avec Lise correspond, à plusieurs égards, à la relation de type « emmêlé ». Ce type de relation génère, selon Tustin, l'illusion

protectrice d'être enveloppé à l'intérieur du corps de la mère afin de *minimiser* le sentiment de la séparation corporelle. Cette relation induit souvent chez le thérapeute le sentiment de se trouver derrière un écran ou une fenêtre : tout en s'exposant très clairement, la personne demeure totalement inaccessible. Comme je l'ai mentionné précédemment, Lise semblait osciller constamment entre, d'une part, des fantasmes fusionnels, et d'autre part, le retrait relationnel. L'effet combiné de la proximité et du retrait m'a donné l'impression qu'il y avait une fenêtre entre nous. J'ai émis l'hypothèse selon laquelle cette oscillation correspondrait, sur le plan de la dynamique intrapsychique, à un mouvement de va-et-vient constant entre de profonds désirs de fusion et la crainte de se voir envahie par des sentiments de rage et de haine. Les situations de séparation augmentent d'autant le niveau d'anxiété et précipitent un mouvement vers la position autistique-contiguë, ravivant l'anxiété très primitive de perte de la cohésion corporelle du moi. Les comportements d'automutilation se révèlent, dans ce contexte, une activité asymbolique de création de sensations sur la surface de la peau, lui permettant tout à la fois de recréer l'illusion de maintenir les frontières du moi qui se voient menacées et d'effacer cette frontière, créant l'illusion d'être à l'abri, emmêlée ou enveloppée dans le corps de la mère.

Ainsi, la résistance au développement de la relation transférentielle s'est-elle fait sentir, de façon constante, au gré de cette oscillation entre la fusion et le retrait. La « barrière relationnelle » qui s'était établie et qui limitait le contact avait une qualité particulière d'intangibilité, liée possiblement à la porosité des frontières du moi et provoquant certaines réactions contre-transférentielles bien spécifiques. En effet,

j'avais parfois le sentiment, lorsque je me trouvais en sa présence, de ressentir un état de flottement, et, je reprends ici les métaphores liquides de Ogden (1989), « de me trouver dans un espace rempli d'une substance molle ».

Dans le cas de Danielle, la résistance au développement de la relation transférentielle s'est manifestée d'une façon beaucoup plus tangible, d'une qualité nettement différente. En effet, les références à la limite relationnelle se sont présentées directement, aussi bien dans le discours de la patiente que dans les images et les formes créées lors des rencontres : le thème de la protection, de la coquille qui, à la fois, protège et isole, s'est exprimé de façon métaphorique par l'image de la tortue (figure 4) et par celle du manteau (figure 5). Les réactions contre-transférentielles importantes provoquées par l'isolement et par le retrait relationnel, comme les sentiments d'ennui et de frustration, de même que les difficultés à ressentir de l'empathie pour la cliente, rendent compte de la qualité particulière de la « barrière relationnelle » qui s'était établie entre nous : une frontière nettement plus étanche, plus dure et plus opaque.

Le déroulement de la thérapie, considérant qu'il s'agissait, dans les deux cas, d'une thérapie à court terme, me permet tout de même d'entrevoir une certaine progression au sein de la relation transférentielle. Il m'est apparu de façon très évidente que l'identification projective y avait joué un rôle tout à fait essentiel. En effet, il y a eu une transformation notable de la qualité relationnelle, lorsque, par le jeu des mécanismes de l'identification projective, les patientes ont fait l'expérience de ma

fonction de contenance et d'une forme de communication affective avec moi. Ce qui s'est communiqué lorsque ce contact affectif a été rendu possible se rapportait vraisemblablement à des expériences préverbaux qui n'ont pas pu se symboliser dans la relation infantile avec la mère. L'impact de cette communication fut tel qu'il m'a permis d'occuper une place plus réelle dans la rencontre et qu'il a modifié le système pseudo-relationnel qui s'était établi jusque-là.

Il importe de souligner le rôle essentiel qu'a joué le contre-transfert dans ce processus. Je rappelle que, dans un processus d'identification projective, le thérapeute reçoit et s'identifie à un état émotionnel que le patient a déposé en lui. Les réactions contre-transférentielles assurent la médiation de cette communication inconsciente, en permettant au thérapeute de ressentir « de l'intérieur » les communications inconscientes du patient. Effectivement, c'est bien grâce à mon contre-transfert que j'ai pu suivre, portée par mes propres réactions, le fil ténu et fragile de la communication inconsciente qui s'était établie entre les patientes et moi et qui a permis aux mécanismes d'identification projective d'être effectifs. On trouve dans les deux études cas des exemples très éloquents de la séquence qui a présidé au développement de cette dynamique interactionnelle inconsciente et du rôle qu'y a joué le contre-transfert.

Il faut convenir que la nouvelle dimension relationnelle introduite par l'expérience de communication affective a soulevé de nouveaux enjeux relationnels qui se sont exprimés, dans le cas de Danielle, par une résistance nouvelle à l'égard de

la création d'images dans la rencontre d'art-thérapie. J'ai supposé que le fait d'avoir expérimenté ma « fonction de contenance » avait provoqué une nouvelle anxiété quant à la possibilité de perdre ses mécanismes d'auto-contenance.

Les études de cas m'ont permis de signaler la présence, dans le processus d'art-thérapie, de plusieurs niveaux de communication et de décrire la dialectique qui préside au fonctionnement psychique et qui permet à plusieurs modalités défensives et relationnelles de coexister. L'image rend compte, dans ses divers aspects picturaux, de cette dynamique intrapsychique. La représentation d'une communication, se situant à un niveau proto-symbolique, sensoriel et corporel, est apparue en filigrane de conflits et de thèmes appartenant à la position paranoïde-schizoïde. Mais c'est plus particulièrement dans le rapport à l'image matérielle que se sont présentés les enjeux et les anxiétés spécifiques de la position autistique-contiguë.

Esther Bick a suggéré que l'état primitif de non-intégration provoque la quête frénétique d'un objet, d'une voix ou même d'une odeur afin de s'y coller et d'y faire tenir ensemble les parties du moi. C'est cette relation très singulière, de type « adhésive », que Lise aura eue avec les matériaux. Elle a trouvé dans le support matériel de l'image un lieu de médiation, lequel, contrairement aux rituels asymboliques de création de sensations sur la surface de la peau, lui permet de s'engager dans la réparation et également dans la représentation des défauts de l'enveloppe psychique. Comme le rappelle Tisseron, l'image possède une capacité de

contenance lui permettant de représenter les défauts de structuration psychique et de tenir ensemble les parties du moi.

Les mécanismes de création de « formes » et d'« objets » autistiques, rappelons-le, sont autant de tentatives de suppléer au défaut de l'enveloppe corporelle. En art-thérapie, la présence des matériaux engage les patients dans un processus concret de réparation symbolique de l'enveloppe corporelle, sur la surface matérielle de l'image. Je suppose que le processus d'art-thérapie a permis à Danielle et à Lise, momentanément du moins, de transformer une expérience asymbolique de création d'éprouvés corporels sur la surface du corps en une activité présymbolique sur la surface du papier, réinscrivant, dans la sphère symbolique, une expérience qui n'avait pas pu se symboliser jusque-là. Il faut évidemment considérer le fait que les thérapies ont été, dans les deux cas, de courte durée et qu'elles ont été interrompues par la fin du stage, et ce, avant que les patientes aient pu compléter, à leur rythme, le processus dans lequel elles étaient engagées.

Conclusion

La présente recherche a porté sur des phénomènes défensifs très primitifs, les barrières autistiques, dont la phénoménologie fut décrite par Frances Tustin à partir de son travail clinique auprès des enfants autistes. J'ai utilisé le modèle post-kleinien de la théorie de la relation d'objet de Thomas Ogden (1989), lequel introduit une nouvelle position d'objet, à savoir ce qu'il nomme la *position autistique-contiguë*. Ce modèle théorique m'a permis de situer les mécanismes autistiques dans le contexte plus large de la théorie de la relation d'objet. Dans le contexte de la présente recherche, les mécanismes autistiques ont été décrits comme le versant pathologique de modalités défensives « normales », présymboliques, de la position autistique-contiguë.

Les barrières autistiques sont conçues par Tustin (1990) comme étant des mécanismes défensifs de nature asymbolique, se développant en réaction à une anxiété terrifiante de ressentir les parois du moi « se trouer », « se dissoudre » et « se répandre » dans un « espace sans limites ». Cette anxiété provoque une expérience terrifiante de « trou noir » qui est bien pire, selon Frances Tustin, que la peur de mourir, puisque c'est le sentiment psychique de l'existence elle-même qui se trouve menacé d'anéantissement.

Dans ce cas, l'organisation primitive du moi naissant se mobilise afin de protéger le « sentiment de l'existence » en créant, de façon mécanique et figée, des

formes-sensations et des objets-sensations sur la surface de la peau (Tustin, 1990a, 1990b). Ces mécanismes défensifs d'auto-sensation sont appelés également « les barrières autistiques », puisque tout en tentant de ramener un sentiment de continuité et d'intégrité sur la surface naissante du moi, ils oblitérent, de façon partielle ou totale, l'existence même de *l'autre* ainsi que toutes formes d'expériences relationnelles.

J'ai émis l'hypothèse selon laquelle les diverses perturbations corporelles observées chez deux patientes traitées en clinique psychosomatique, et qui ont fait l'objet de deux vignettes cliniques au sein de la présente recherche, seraient en fait des activités défensives asymboliques empruntant aux mécanismes pathologiques de création de sensations sur la surface de la peau, tels qu'ils ont été décrits par Tustin.

La présentation des deux études de cas a permis de montrer des liens entre certains troubles de somatisation, comme la fibromyalgie et l'automutilation d'une part, et d'autre part, l'anxiété primitive quant à la capacité de contenance de la peau et l'utilisation pathologique des modalités défensives de la position autistique-contiguë, à savoir les barrières autistiques. Ces vignettes cliniques m'ont également permis de mettre en relief la place prépondérante du symptôme et son rôle dans l'expérience interrelationnelle en art-thérapie.

L'anxiété primitive de la position autistique-contiguë peut aussi trouver une expression dans l'image et plus spécifiquement dans le rapport sensoriel qui se développe avec le support matériel de l'image et les matériaux d'art. Du coup, les

modalités défensives autistiques de création asymbolique de formes et d'objets sur la surface de la peau ou dans le corps, qui prennent parfois, on l'a vu dans les études de cas, la forme de symptômes corporels, se trouvent détournées, du moins momentanément, au profit de la création d'images et de formes matérielles. La présente recherche aura permis de concevoir comment l'art-thérapie peut s'avérer une thérapie de choix, du fait, précisément, qu'elle ajoute à la psychothérapie verbale la création de ces images matérielles. Ces images procurent ainsi au patient un support tangible qui favorise une transition entre, d'une part, des activités asymboliques de création de formes-sensations et d'objets-sensations sur la surface du corps, et d'autre part, le processus de symbolisation de cette expérience « innommable » liée aux carences relationnelles infantiles, qui n'avait pas pu jusque-là s'inscrire dans le champ symbolique. Les théories de Serge Tisseron sur les différentes fonctions de l'image, dont sa fonction de contenance, m'ont permis d'envisager le rôle significatif que l'image matérielle pouvait jouer en art-thérapie.

Afin d'appréhender ce qui est conçu par plusieurs comme étant les phénomènes les plus primitifs qui soient, cette recherche s'est appuyée sur un corpus théorique épousant essentiellement une perspective psychanalytique et sur des observations cliniques éminemment subjectives des différents aspects de la rencontre : il faut bien noter la place prépondérante que j'ai accordée au contre-transfert dans la présente recherche. Toutefois, les phénomènes de communication primitive en art-thérapie, dont il a été question tout au long de cette recherche, du fait de leur origine préverbale et présymbolique, sont du domaine de la communication d'un inconscient à

un autre inconscient, et conservent de ce fait, un caractère « insaisissable », qui ne peut pas s'appréhender directement. Cette recherche a démontré l'importance du contre-transfert en tant qu'instrument indispensable dans la thérapie, permettant à cette communication inconsciente de prendre un sens et de se symboliser.

La présente recherche avait également comme objectif de présenter les différentes caractéristiques des deux modalités primitives, soit la modalité autistique-contiguë et la modalité paranoïde-schizoïde, la première étant conçue par Ogden comme étant le versant primitif de la seconde, et ce, afin d'être en mesure d'en reconnaître les spécificités. Il importe effectivement, et c'est la perspective mise de l'avant dans cette recherche, de considérer la présence, au sein de la rencontre d'art-thérapie, de plusieurs types de modalités défensives, appartenant à des positions d'objet différentes, et conséquemment, de multiples positions et « états » entre le patient et le thérapeute. En établissant clairement ces distinctions au sein des modalités relationnelles qui sont présentes dans la rencontre, le thérapeute est en mesure de mieux comprendre la dynamique intrapsychique singulière des personnes à un moment précis de la rencontre et de s'y ajuster.

Il faut dire que l'utilisation des modalités défensives autistiques, qui plus est lorsque celles-ci prennent la forme de symptômes corporels, pose un défi clinique important dans la mesure où le thérapeute se trouve alors confronté à une résistance implacable au développement de la relation transférentielle. Une meilleure compréhension de la dynamique intrapsychique spécifique et de la phénoménologie

singulière des mécanismes autistiques favorise un ajustement du thérapeute à la communication primitive de son patient. Les différentes conceptualisations qui ont été présentées dans cette recherche pourraient également aider à la compréhension de différentes situations cliniques où les clients sont réfractaires ou résistants au développement de la relation thérapeutique.

Cette étude comporte cependant des limites qu'il convient de mentionner. On s'entend généralement pour envisager les phénomènes de somatisation selon une perspective multifactorielle : une combinaison de facteurs d'ordres biologique, génétique et psychologique se trouve généralement à la base des problématiques psychosomatiques. La fibromyalgie ne fait pas exception à cette règle. De la même façon, le recours à l'automutilation, chez Lise, pourrait être envisagé selon d'autres perspectives. Il faudrait considérer sans aucun doute bien davantage que je ne l'ai fait l'expérience extrêmement traumatique des abus sexuels dont elle a été victime et le rôle majeur que cette expérience a pu jouer et continue de jouer dans la dynamique intrapsychique de Lise; je n'ai envisagé cette problématique que sous l'angle des enjeux de la position autistique-contiguë et, bien que partiellement, de ceux de la position paranoïde-schizoïde; certaines problématiques, liées à l'analité et à la sexualité notamment, n'ont donc pas été explorées. J'ai également noté, chez elle, une symptomatologie qui pourrait aisément permettre de conclure à la présence du syndrome de choc post-traumatique (PTSD) : je fais allusion aux phénomènes de dissociation par exemple, très présents chez Lise et qui pourraient aussi être envisagés selon cette perspective.

Je précise toutefois que l'objectif de cette recherche n'était pas de généraliser les liens entre les barrières autistiques et la somatisation. Par la présentation théorique et clinique des modalités dites « normales » et pathologiques de la position autistique-contiguë, cette recherche a plutôt tenté d'offrir un nouvel angle d'observation théorique de problématiques que l'on retrouve dans la clinique psychosomatique.

D'autres recherches pourraient enrichir l'observation et l'interprétation des mécanismes de création de « formes » asymboliques, en y ajoutant l'angle des activités présymboliques. En effet, on peut penser que les premières formes, c'est-à-dire la tache, la ligne et le cercle sont en lien avec les activités somatiques telles qu'elles sont conceptualisées par les formes et les objets autistiques. Une recherche future pourrait étayer davantage les liens pressentis entre les phénomènes autistiques et l'utilisation des matériaux. Si le sujet ne peut verbaliser et livrer certaines dimensions de son expérience fondamentale, l'art-thérapie peut offrir l'occasion de leur donner une forme.

Bibliographie

- Abram, J. (1996). *The language of Winnicott*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Anzieu, D. (1970). Skin ego. In S. Lebovici & D. Widlöcher (Eds.), *Psychoanalysis in France* (pp. 17-32). New York: International Universities Press.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484-486.
- Bick, E. (1986). Further considerations on the function of the skin in early object relations. *British Journal of Psychotherapy*, 2(4), 292-299.
- Casement, P. (1988). *À l'écoute du patient*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Cohen, D., & Jay, S. M. (1996). Autistic Barriers in the Psychoanalysis of borderline adults. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 913-933.
- Freud, S. (1961). The ego and the id. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 3-66). London: Hogarth Press. (Original work published 1923)
- Gaddini, E. (1992). *A psychoanalytic theory of infantile experience*. London: Tavistock/Routledge.
- Gaddini, E. (1987). Notes on the mind-body question. *International Journal of Psychoanalysis*, 68, 315-329.
- Gaddini, E. (1982). Early defensive fantasies and the psychoanalytic process. *International Journal of Psychoanalysis*, 63, 379-388.
- Gaddini, R. (1977). The pathology of the self as a basis of psychosomatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1), 260-271.

- Gaddini, R. (1979). Early psychosomatic pathology. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 31(1), 121-127.
- Gaddini, R. (1987). Early care and the roots of internalization. *International Revue of Psychoanalysis*, 14, 321-333.
- Gaddini, R. (1993). On autism. *Psychoanalytic Inquiry*, 13(1), 134-143.
- Gomberoff, M., Noemi, C., de Gomberoff, L. (1990). The autistic object : its relationship with narcissism in the transference and countertransference of neurotic and borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 71, 249-259.
- Greenberg, J., & Mitchell, S. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, Ma: Harvard University Press.
- Grotstein, J. (1990). Nothingness, meaninglessness, chaos, and the black hole I. *Contemporary Psychoanalysis*, 26(2), 257-290.
- Grotstein, J. (1990). Nothingness, meaninglessness, chaos, and the black hole II. *Contemporary Psychoanalysis*, 26(3), 377-407.
- Grotstein, J. (1991). Nothingness, meaninglessness, chaos, and the black hole III. *Contemporary Psychoanalysis*, 27(1), 1-33.
- Hamilton, N. G. (Ed.). (1992). *From inner sources: new directions in object relations psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Hinshelwood, R. D. (1989). *A Dictionary of kleinian thought*. London: Free Association Press.

- Innes-Smith, J. (1987). Pre-oedipal identification and the cathexis of autistic objects in the aetiology of adult psychopathology. *International Journal of Psychoanalysis*, 68, 403-413.
- Kilchenstein, M. W. (1998). The use of pain as an autistic object and as a primitive experience of self. *Contemporary Psychoanalysis*, 34(2), 223-238.
- Klein, S. (1980). Autistic phenomena in neurotic patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 61, 395-402.
- Flax, M. S. (2001). *A neo-kleinian investigation into the functions of self-cutting communication and autosensual containment*. (Doctoral dissertation, The California institute of integral Studies, 2001).
- Ogden, T. (1982). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Ogden, T. H. (1986). *The matrix of the mind; object relations and the psychoanalytic dialogue*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Ogden, T. H. (1989). *The primitive edge of experience*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Ogden, T. H. (1991). Some theoretical comments on personal isolation. *Psychoanalytic Dialogues*, 1(3), 377-390.
- Mitchell, S. A., & Black, M. J. (1995). *Freud and beyond*. New York: Basic Books.
- Mitrani, J. L. (1992). On the survival function of autistic manoeuvres in adult patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 73, 549-559.
- Mitrani, J. L. (1993). Unmentalized experience in the etiology and treatment of psychosomatic asthma. *Contemporary Psychoanalysis*, 29, 2, 315-343.

- Mitrani, J. L. (1994). On adhesive pseudo-object relations. *Contemporary Psychoanalysis*, 30, 348-366.
- Mitrani, J. L. (1995). Toward an understanding of unmentalized experience. *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 1, 68-112.
- Mitrani, J. L. (2001). *Ordinary people and extra-ordinary protections*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Mitrani, J. L., & Mitrani, T. (Eds). (1997). *Encounters with autistic states, a memorial tribute to Frances Tustin*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Pesonen, K. (1996). A working-through process of a psychogenic autistic shelter in an analysis of an adult person. *The Scandinavian Psychoanalytic review*, 19, 1-15.
- Reid, Wilfrid. (1991). *Regard épistémologique sur la recherche en psychanalyse. Les voies de la recherche clinique en psychanalyse*. Montréal: Éditions du Méridien.
- Spillius, E. B. (1988). *Melanie Klein today : Developments in theory and practice: Vol. 1*. London: Routledge.
- Taylor, G. J. (1987). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison, CT: International Universities Press.
- Tustin, F. (1984). Autistic Shape. *International Revue of Psychoanalysis*, 11, 279-290.
- Tustin, F. (1986). *Autistic Barriers in neurotic patients*. London: Karnac.
- Tustin, F. (1990a). *The protective shell in children and adults*. London: Karnac.
- Tustin, F. (1990b). Autistic encapsulation in neurotic patients. In L. B. Boyer (Ed.), *Master clinicians on treating the regressed patient* (pp.117-137). Northvale, N.J: Jason Aronson Inc.

- Tustin, F. (1992a). *Autistic states in children*. London: Routledge.
- Tustin, F.(1992b). *Autisme et protection*. Paris: Seuil.
- Tustin, F. (1994). The perpetuation of an error. *Journal of Child Psychotherapy*, 20, 3-23.
- Waska, R. T. (1998). The somatic retreat and the use of autistic objects. *Journal of Melanie Klein and Object Relations*, 16(1), 147-162.
- Winnicott, D. W. (1945). Primitive emotional development. In M. M. Khan (Ed.), *Through paediatrics to psycho-analysis* (pp.145-156). London: Hogarth Press.
- Winnicott, D. W. (1951). Transitional Object and transitional phenomena. In M. M. Khan (Ed.), *Through paediatrics to psycho-analysis* (pp.229-242). London: Hogarth Press
- Winnicott, D. W. (1952). Psychosis and child care. In M. M. Khan (Ed.), *Through paediatrics to psycho-analysis* (pp.219-228). London: Hogarth Press
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment:studies in the theory of emotional development*. New York: International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1970). Sur le corps et le self. In M. Gribbinski (Ed.), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* (264-291). Paris: Gallimard.
- Winnicott, D. W. (1975). *Through paediatrics to psycho-analysis*. London: Hogarth Press.

Annexe

Formulaire de consentement

Étudiante en Thérapie par l'art
Superviseur (s) du stage

Marie-Carole de Beaumont
Josée Leclerc, Ph.D., professeur
Université Concordia

Dr. Pierre Verrier, psychiatre
Hôpital St-Luc

Madame,

Le travail que j'effectue présentement en tant qu'Art Thérapeute à l'hôpital St-Luc s'inscrit dans un stage de deuxième année de maîtrise en Art Thérapie à l'Université Concordia. Ainsi, pour des fins de supervision et de recherche, j'aimerais obtenir la permission d'utiliser le matériel qui sera créé dans le contexte de nos rencontres en art thérapie. Je souhaite également avoir la possibilité d'enregistrer sur cassette vidéo ou sur cassette audio, certaines séances individuelles auxquelles vous allez participer.

Ces informations sont de nature confidentielle et il est entendu que cette confidentialité sera respectée de toutes les façons possibles. Votre nom et tout autre information permettant de vous identifier n'apparaîtront sur aucun document et ne seront pas divulgués,

À ma connaissance, cette autorisation ne vous occasionnera ni inconvénients ni avantages. Soyez assuré que votre décision de donner ou non votre consentement n'affectera en rien votre participation à la thérapie.

Je vous remercie à l'avance de votre aimable collaboration,

Marie-Carole de Beaumont
Stagiaire en Art Thérapie