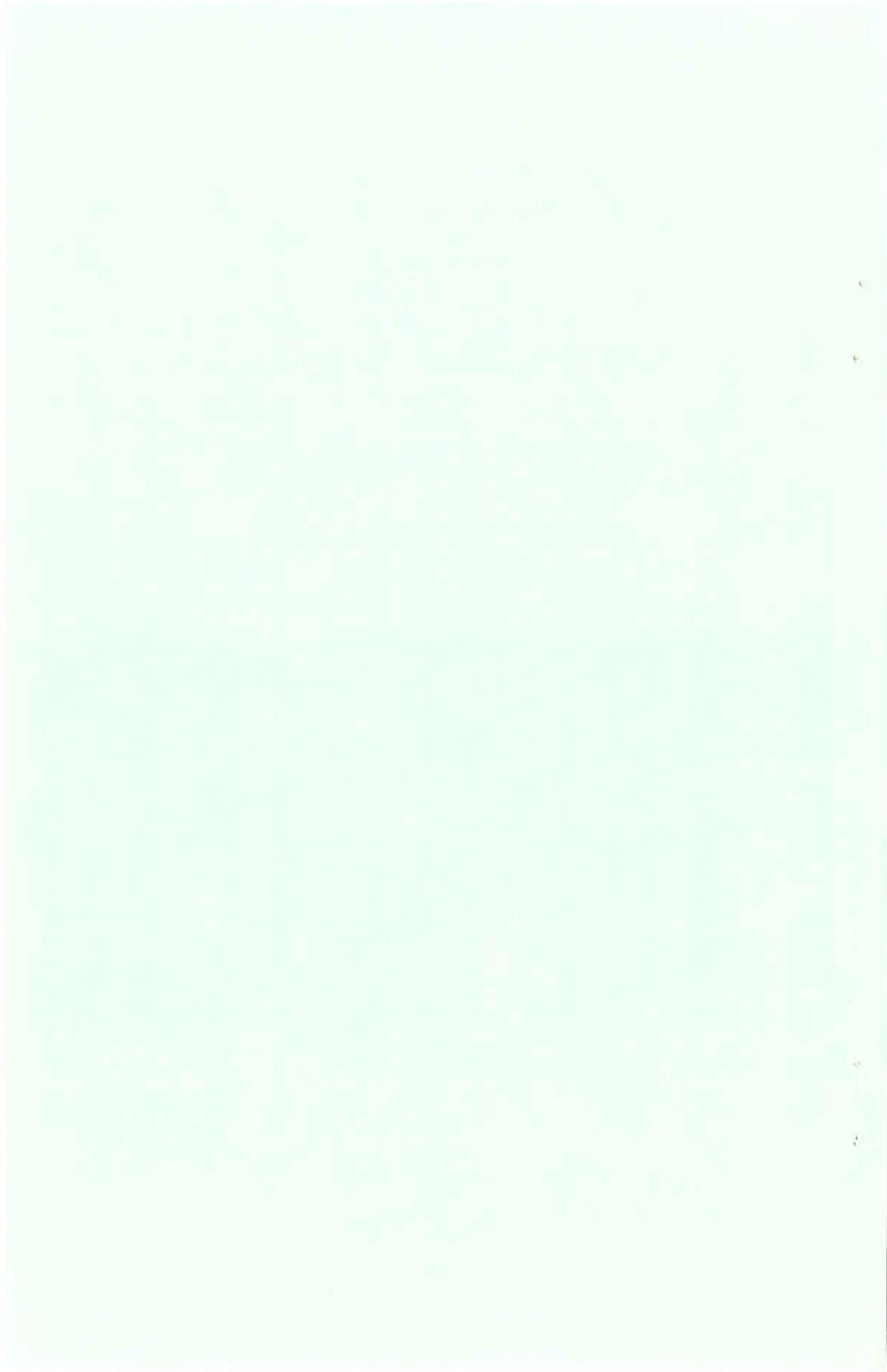


REVUE  
BELGE  
DE  
PSYCHANALYSE

No 32  
PRINTEMPS 1998



## "Le corps et son interprète"

Jean-Marie Gauthier

*Pour une théorie du corps en psychanalyse de l'enfant.*

La question, à mon sens essentielle, que je cherche à travailler dans ce texte pourrait se formuler de la manière suivante : comment peut-on penser le corps de l'enfant dans la relation thérapeutique ? Question que je limite ici volontairement, à la question de l'espace thérapeutique d'un enfant mais qui pourrait se généraliser, si on admet que penser le corps reste problématique à l'intérieur de la théorie analytique aujourd'hui que ce soit dans un espace thérapeutique ou pas, à propos de l'enfant comme de l'adulte. Si ce texte peut donc donner lieu à des extrapolations dans d'autres champs que celui défini ici, c'est en raison de l'importance cruciale de ces questions en psychanalyse d'enfant que je me limite à la question de la psychothérapie de l'enfant. Plus que tout autre l'enfant nous confronte sans cesse et sans aucun doute inévitablement, à la question du corporel : l'enfant joue, se met en mouvement et nous sollicite aussi en permanence au niveau de nos propres attitudes et dispositions corporelles. Nous verrons ainsi que la question du corps chez l'enfant mobilise en fait plusieurs approches et démarches de pensée/interprétation du corps : j'aurais peut-être dû intituler ce texte : le corps et ses interprètes.

### *Le premier interprète*

Abordons tout d'abord le rôle et l'importance du premier interprète du corps, de la maman et de la façon dont elle pense le corps de son enfant. Pour illustrer cette question, je partirai de deux situations d'observations directes, observations qui ont été faites dans le cadre d'un groupe de formation à cette méthodologie d'observation. Il s'agit donc à priori de situations « normales » (non pathologiques) qui mettent particulièrement bien en évidence dans les limites de ce qui est acceptable, les différences qui existent entre les divers types de maternage. Il s'agit donc pour moi, de montrer ce qui devient rapidement une évidence pour les personnes qui suivent cette formation : les styles de maternage divergent beaucoup quand on observe concrètement les mamans, ce qui conduit à une inévitable déception : il n'existe pas de mère omnipotente et parfaite.

Sans vouloir décrire ce qu'est l'observation directe, il convient simplement de rappeler que c'est une observation qui demande aux observateurs d'être attentifs à leur vécu affectif autant qu'à ce qui se passe

autour d'eux. Nous allons ainsi tenter de comparer deux enfants : un petit garçon que j'appellerai Olivier et une petite fille du nom d'Isabelle.

Olivier vient au monde dans une famille monoparentale, la maman est seule. C'est une femme extrêmement sportive, elle fait de l'escalade, de l'alpinisme, et du tennis (du moins en fonction de ce qu'on peut observer). Tout dans la maison respire le sport : des livres, des cordages, des raquettes et des vêtements traînent régulièrement un peu partout. Nous fûmes de plus, d'emblée très impressionnés par cet aspect moteur de la maman, à tel point, d'ailleurs, qu'elle avait mis des systèmes au point avec des cordages pour bercer l'enfant à distance ; c'était assez original, aussi inhabituel qu'intéressant d'ailleurs parce que bien que seule, elle se débrouillait finalement pas mal. A 10 mois, Olivier est un enfant qui est devenu capable non seulement de se tenir debout mais aussi de marcher : il se débrouille très bien seul, il a une excellente représentation spatiale et à l'âge où il commence à se déplacer, à aller prendre les objets, il semble aussi compétent sur le plan moteur que sur celui de l'organisation spatiale. Sa mère lui interdit de prendre des objets, qu'elle déplace mais lui repère très bien là où elle va les mettre dans une autre pièce, sur un autre meuble. Il se déplace lui aussi très bien et harcèle ainsi sa maman à longueur de journées ; il est donc très spatial, très visuel, mais aussi très intolérant à la frustration : il ne supporte pas que la maman supprime des objets et il est tout le temps comme dans un rapport de confrontation spatiale avec sa maman.

Isabelle, elle, est venue dans une famille normale voir hypernormale ; papa, maman, mais aussi les grands-parents des deux côtés, ont construit la maison du jeune couple dès cette deuxième année de mariage ; la naissance d'Isabelle vient comme compléter ce tableau d'une famille « très unie et sans faille ». On est tout le temps dans un univers où la séparation des générations n'est pas très importante, dans un univers très enveloppant, parfois trop à notre goût d'observateur mais il faut bien reconnaître par ailleurs que ce monde relationnel est aussi très sécurisant pour les jeunes parents. La maman, d'ailleurs, a un rapport avec la temporalité qui à un certain moment nous énerve en tant qu'observateur. Quand elle donne le bain, par exemple, elle nous semble trop longue, le bain dure trop longtemps. On a l'impression que le bébé ne doit pas être bien, qu'il doit avoir un peu froid dans cette eau qui est en train de se refroidir ; selon nous, cela ne doit pas être agréable mais la maman continue sans se soucier du temps et de la durée dans un contact très chaleureux et qui est sûrement pour elle un moment privilégié ; elle parle tout le temps mais aussi elle chante.

Elle a un répertoire très étendu de la chanson française, de la bonne chanson française. Et l'autre observatrice, celle qui observait Olivier, s'amusera souvent à tenter de reconnaître des chansons que l'observatrice d'Isabelle, mois férue de « bonne chanson française » ne connaissait pas. A douze mois, Isabelle est à peine capable de marcher, sa motricité est relativement peu développée, bien qu'il n'y ait là rien de franchement pathologique. Elle est très tolérante à la frustration, n'arrête pas de babiller, et présente une tolérance à la temporalité qui est extrêmement importante. Par contre, on a l'impression qu'au niveau de la spatialité et de la motricité elle est beaucoup moins à l'avant garde que son collègue Olivier. Ce qu'il faut comprendre à partir de ces deux observations, de ces deux situations précises mais qui sont des situations de le

vie de tous les jours, des situations absolument normales (ce ne sont pas des mamans pathologiques qui induisent des troubles chez leur bébé), c'est que notre corps est d'emblée organisé par notre mère et par le socioculturel qui l'environne, auquel elle participe plus ou moins.

Quels sont les secteurs qui sont concernés par cette organisation de notre corps par notre mère ? Si on y réfléchit un peu, on se rend compte que cela va concerner non seulement la motricité, mais aussi toute la sensorialité, (j'ai montré l'opposition visuel /auditif), on pourrait y ajouter l'importance de la kinesthésie, de l'odorat ou des contacts tactiles, la tolérance à l'activité, à la passivité, les rythmes de sommeil etc... Au niveau de la nourriture, on sait maintenant que le bébé a des goûts alimentaires qui sont déterminés dès avant la naissance par le type d'aliments que la maman prend pendant la grossesse. Cela va concerner aussi par exemple les rythmes de sommeil. Comment la maman met son enfant au lit ? Il y a des mamans qui mettent leur enfant au lit de manière extrêmement rapide sans transition ; beaucoup d'autres mamans organisent et attachent une importance toute particulière à penser cette transition : les petits mots doux, la petite chanson etc.. Nous avons été frappés lors d'observations dans des familles dites très défavorisées, par le fait que souvent dans ces familles par exemple, il n'y a aucune transition du sommeil à l'éveil. Le bébé est happé dans son berceau et il passe de bras en bras dans une surstimulation très brutale. Après quoi il est replongé dans le sommeil sans autre transition. Alors que dans la plupart des autres familles la transition entre l'éveil et le sommeil est effectué par la maman qui parle, présente des jouets raconte une histoire ou développe des activités le plus souvent ritualisées.

Pour parler de la question des rythmes, on pourrait ainsi dire que le sommeil est lui-même structuré par des phases en alternance rythmique mais que ce qui l'entoure est lui-même organisé par une certaine séquence rythmique. Nous prenons ainsi de plus en plus conscience de l'importance d'une certaine forme d'organisation de la rythmicité de base chez l'enfant qui va prendre par exemple toute son importance dans la clinique de l'infarctus précoce dont une des caractéristiques comportementales les plus fréquentes est que les patients ont de grandes habitudes tabagiques. Ne pourrait-on dans ce cadre se demander si autant que de répondre à un besoin oral, la cigarette ne fait aussi office de rythmeur externo/interne au sujet à l'image d'un objet transitionnel selon Winnicott ? La pratique des réunions de travail nous confronte à cette diversité de fumeurs : il y en a qui sont fixés au quart d'heure d'autres à la demi heure et ainsi de suite. L'hypothèse de la question du rythme et de la capacité des sujets à gérer personnellement celui-ci, prend encore plus d'ampleur quand on se rend compte que ces sujets sont organisés par leurs horaires de travail et que ce n'est pas le moindre des paradoxes de leur affection cardiaque que de les confronter simultanément et à la perte de leur activité professionnelle et à la nécessité d'abandonner leurs habitudes tabagiques.

La vitesse avec laquelle les échanges sont effectués à l'intérieur de la famille et dès le plus jeune âge, acquiert ainsi une importance clinique qui peut être considérable. Isabelle était dans un univers où la rythmicité était quand même assez lente, suivant des sinusoïdes extrêmement régulières et où donc la durée pouvait faire l'objet d'une meilleure « prévision ». Tandis que le rythme de la vie d'Olivier était bâti sur un modèle beaucoup plus haché et imprévisible.

Donc la maman est la première interprète du corps ; elle donne un corps à l'enfant en organisant sa sensorialité, sa motricité, son espace, sa temporalité, sa tolérance à la passivité, sa recherche d'activité, les rythmes de base de l'enfant et ceci en se fiant à son propre corps, à son monde fantasmatique (lorsqu'elle y a accès), et aussi en se référant à la socioculturel qui l'environne car là aussi la mère a reçu son propre corps en héritage d'un système de représentations collectives qui lui échappent mais auxquelles elle adhère plus ou moins fort, plus ou moins consciemment ou inconsciemment.

### *Le deuxième interprète ou les paradoxes de l'identité*

Mais malgré ce « poids » des représentations maternelles, le plus souvent le deuxième interprète du corps sera quand même l'enfant. Pour aborder cette question de l'appropriation de son propre corps par l'enfant, il faut repartir de l'angoisse du huitième mois et de la peur de l'étranger.

Il me faut tout d'abord préciser que pour moi l'angoisse du huitième mois n'est pas liée à une angoisse d'abandon. Je crois que quand on comprend l'angoisse du huitième mois comme une angoisse d'abandon, on ne comprend pas ce qui est essentiel dans l'angoisse du huitième mois. A la suite de Sami-Ali, je pense que ce qui est essentiel à l'angoisse du huitième mois, c'est que le bébé qui jusqu'à ce moment là ne pouvait pas faire de différenciation et surtout pas de différenciation entre un visage étranger et celui de sa mère, se met à différencier l'étrange du familier : tout d'un coup autour du huitième mois la différence se met à prendre sens. Alors qu'auparavant il souriait à tout le monde, (si on se penche sur un bébé autour de trois ou quatre mois, il sourit à tout le monde), voilà qu'il se met à pleurer ou tout le moins à se montrer apeuré à la vue et à l'audition de ce qui lui apparaît comme inhabituel.

Autour du huitième mois, bizarrement, il ne sourit plus à tout le monde ; en général, c'est un grand-père aussi étonné que dépité, qui d'une voix un peu forte et des lunettes sur le nez, déclenche cet événement qui reste d'ailleurs la plupart du temps fort mal compris par l'entourage. On se demande alors « que se passe-t-il ? » et on se contente le plus souvent de renommer et de représenter à bébé, l'identité qu'on affirme toute amicale du malheureux déclencheur des peurs et pleurs jusqu'alors inconnus. L'angoisse du huitième mois, n'est pas une angoisse d'abandon, c'est une angoisse de différenciation. Cet événement signale que le bébé se trouve à un moment fondateur où il devient capable de distinguer le familier de l'étrange. Ou plus exactement, c'est le moment où le familier et l'étrange prennent un sens pour lui. Au fond l'angoisse du huitième mois correspond à cette angoisse qui consisterait à dire : je ne suis pas celui que je vois ou je ne me vois pas comme je suis. Puisqu'en quelque sorte l'enfant va devoir distinguer ce qu'il en est du visuel et ce qu'il en est de son corps propre, vécu. Il va devoir à partir de ce moment différencier ce qu'il en est du visuel et ce qu'il en est de son vécu corporel. Le visage a cette capacité paradoxale, d'être à la fois ce qui nous détermine le mieux dans notre identité personnelle et à la fois ce que nous ne possédons pas. Nous ne pouvons accéder à notre visage que par des tiers, soit par un miroir, (on connaît le problème et les risques que Narcisse a encourus par rapport à ces miroirs : on ne peut y adhérer sans risque de se perdre ou l'identité suppose la distance de Soi à Soi) ; si on se réfère à un tiers comme

dans les contes de fées on court à tout moment le risque aussi de voir le miroir mentir.

Notre visage ne nous appartient donc pas même si en même temps il nous détermine dans notre identité d'une manière évidente mais pour l'autre. Ceci doit nous amener à comprendre que pour accéder à l'angoisse du huitième mois, il faut avoir un minimum d'identité qui selon moi est d'abord une identité de continuité corporelle ; c'est la stabilité rythmique de notre fonctionnement corporel (interprété et donc organisé par l'autre, notre mère) qui constitue le socle de notre identité. L'identité est ainsi avant tout basée sur un phénomène temporel et suppose la constitution d'une mémoire personnelle du corps. Au delà de cette identité corporelle, l'angoisse arrive par la reconnaissance qu'au delà de cette continuité /identitaire, le différent existe ; le visuel vient rompre la continuité corporelle et signifier l'existence de la discontinuité/différence. Il y a donc une double discontinuité, à la fois au niveau du visuel et à la fois au niveau de l'identité : je suis moi et je ne suis pas ce que je vois, je suis moi et je ne suis pas ma mère, puisque je ne me vois pas.

On ne peut ici assez insister sur le fait que l'identité ne peut plus dès lors être conçue comme une perception mais doit être pensée comme une construction, une représentation mentale qui est d'emblée conflictualisée, incertaine, par certains côtés paradoxale et ainsi en perpétuel devenir. Tout se passe donc comme si à l'âge de huit mois l'enfant était devenu capable de s'approprier son propre corps, alors que son corps a été façonné par sa mère. Il s'approprie son propre corps pour en faire le fondement de son identité : rien ne nous appartient plus que notre corps et pourtant notre corps fondamentalement a été constitué sur l'identité corporelle de l'autre. Qu'on pense simplement à la difficulté de changer de régime alimentaire : changer de régime alimentaire c'est quitter ce corps qui nous a donné un premier sentiment de sécurité, celui que nous avons hérité de notre mère ; changer de corps « maternel » est ainsi aussi difficile et peu sécurisant voire impossible que de quitter sa langue « maternelle ».

Il est essentiel de se rendre compte que tout ce processus est paradoxal, parce que l'enfant s'approprie son corps comme lui appartenant, alors que dans les six, huit premiers mois de la vie, les rythmes de l'enfant sont complètement transformés et façonnés par la mère, puisque l'enfant quand il naît a un rythme de cinq à six cycles veille par jour et que autour de l'âge de huit mois il est quand même plus ou moins calé à part quelques réveils nocturnes et quelques siestes l'après-midi, sur un rythme nyctéméral, c'est-à-dire sur un rythme où l'alternance veille-sommeil est liée à l'alternance jour-nuit. Il faut rappeler que ce rythme nyctéméral n'est pas un rythme naturel, c'est un rythme social.

#### *Pour un redéploiement de la notion d'étayage*

Une de mes surprises dans mon travail de thèse sur l'eczéma du nourrisson, fût de voir que ces enfants développaient moins que d'autres d'angoisse du huitième mois. Spitz avait d'ailleurs déjà décrit cela dans son livre : "La première année de la vie de l'enfant, de la naissance à la parole". Si ce phénomène m'est d'abord apparu comme étrange, c'est qu'il n'allait pas

dans le sens de ce à quoi je m'attendais, (j'avais l'hypothèse implicite que les enfants souffrant de dermatite atopique allaient beaucoup plus mal dormir que les autres). Or les enfants qui souffrent de dermatite atopique s'adaptent beaucoup plus vite que les autres au rythme de la vie d'adulte.

Entre 45 à 50 % des parents m'ont dit que leur enfant atteint de dermatite n'avaient jamais pleuré la nuit et que quand la maman était rentrée de clinique, il avait toujours passé ses nuits ce qui était pour le moins surprenant. Je ne sais pas à quoi est dû ce phénomène (les enfants dorment-ils réellement d'emblée au rythme nyctéméral ou ne pleurent-ils pas ?) et je ne suis même pas sûr qu'il soit vrai ; il faudrait le vérifier, affiner nos méthodes d'investigation car aujourd'hui encore, cette constatation reste une hypothèse. Mais ne pourrait-on quand même faire cette autre hypothèse : ces enfants qui s'adaptent trop vite au rythme de la vie adulte quelqu'en soit le mécanisme, ne pourraient pas acquérir une identité corporelle propre suffisante pour constituer le socle de leur identité, plongés qu'ils sont dans une rythmicité qui n'est pas la leur mais celle de leur environnement.

Toutes les hypothèses que je formule ici à propos des rythmes et de la temporalité, on devrait pouvoir les faire à propos de toutes ces fonctions biologiques en voie de développement qui sont organisées par la mère et que j'ai citées plus avant. J'appelle cette organisation du corps de l'enfant par sa mère, le corps relationnel, en indiquant ainsi qu'il touche au corps biologique dont il se distingue pourtant d'emblée grâce à l'interprétation que la mère donne de lui ; l'organisation corporelle est ainsi le reflet de l'organisation psychique de la mère en fonction des liens qu'elle a établis avec sa propre culture. Qu'est-ce à dire sinon que je suis à mon avis, au plus près de la notion d'étayage définie par Freud : ce sont les soins du corps qui donnent accès à la vie psychique par l'intermédiaire du fonctionnement psychique maternel.

Or il existe un autre paradoxe dans lequel nous vivons en pédopsychiatrie, comme en psychanalyse de l'enfant, c'est que nous n'avons pas de théorie du corps : nous n'avons pas de théorie pour penser le corps. Plus même : un certain imaginaire du corps issu de la psychanalyse, peut à certains moments, nous empêcher de tenter de penser le corporel chez l'enfant. Nous sommes tout d'abord et trop souvent, les héritiers d'une conception du développement infantile qui nous vient de la clinique adulte ; historiquement, c'est surtout à partir de la reconstruction de vécus de patients adultes et à travers les concepts de fixation et de régression que s'est dessinée la conception psychanalytique du développement de l'enfant. Hypothèses certes riches et souvent fécondes, mais qui en fonction de leur première adéquation à la clinique adulte, écartent trop facilement la question du corporel, puisqu'il est moins présent dans la clinique adulte. Je pense qu'il faut questionner les notions de fixation/régression et établir de manière plus précise les homologues qu'on peut établir entre les manifestations « infantiles » du patient adulte et la clinique de l'enfant. Il faudrait éviter de faire coïncider de façon trop précise deux réalités cliniques qui possèdent leurs propres spécificités.

Je pense aussi qu'il faut absolument éviter de réduire le corps aux seules dimensions d'oralité, analité et génitalité. Non à nouveau que ces entités soient erronées, mais comme je vais tenter de le montrer, on ne peut réduire le

vécu corporel de l'enfant à ces seules dimensions sous peine de manquer des manifestations cliniques essentielles. Certes la mère et l'enfant ont une relation privilégiée au niveau de l'oralité mais c'est loin d'être le seul « domaine » corporel impliqué dans cette relation ; c'est l'ensemble du corps qui s'y trouve impliqué et je ne pense pas que tous ces aspects diversifiés soient nécessairement en phase avec l'oralité ; les mamans peuvent avoir des attitudes et des intérêts très différents en fonction des zones corporelles qui les sollicitent. Le corps est ainsi l'objet d'une histoire relationnelle précoce qu'il faut penser et interpréter comme telle ; la qualifier d'orale peut nous induire à négliger des aspects tout aussi fondamentaux du vécu corporel.

Je voudrais donner simplement un exemple, pour illustrer mon propos : je voudrais aborder la question de l'anorexie mentale, problème grave sur lequel le hasard des consultations m'ont amené à me pencher récemment. J'ai à nouveau été très frappé de constater le rapport particulier que ces jeunes patientes ont à leur corps ; ce rapport particulier est décrit par tous les observateurs et thérapeutes d'anorexiques comme le « style particulier des anorexiques » mais ces aspects sont à mon sens trop souvent considérés comme secondaires dérivés en quelque sorte de la problématique principale à tel point qu'ils n'entrent pas comme partie constituante des hypothèses étiopathogéniques de l'anorexie. Je vais tenter de montrer l'intérêt qu'il peut y avoir au contraire de les intégrer dans ces hypothèses étiopathogéniques.

Je prendrai l'exemple d'une jeune fille âgée maintenant de quinze ans. Déjà petite fille elle vivait dans un rythme de vie très perturbé ; à l'anamnèse, on se rend compte que c'est une fille qui a toujours été insomniaque. Elle a toujours eu des veilles nocturnes vraiment fréquentes mais comme c'était une petite fille très adaptée, très conforme, quand elle se levait la nuit, elle lisait des livres, n'éveillait et ne dérangeait personne ce qui explique que finalement cette insomnie n'ait jamais posé problème. Cette adolescente est donc insomniaque depuis de longues années mais comment à partir de là intégrer cela dans une hypothèse de l'anorexie qui tienne compte de la globalité de son fonctionnement corporel ? On trouve d'autres caractéristiques (tout aussi classiques) de son fonctionnement corporel : elle a toujours été hyperactive, elle a toujours aidé sa mère à l'excès et tenté de tout faire à la maison. Les parents racontent que tout cela a commencé le jour où elle a eu un frère un peu plus jeune qu'elle ; elle a du quitter un lit dont elle ne pouvait pas sortir parce qu'il y avait des barreaux latéraux. A partir du moment où son jeune frère est venu occuper ce lit, elle a pu quitter son lit et elle a commencé à se balader la nuit ; on la retrouvait au matin, dans un coin ou l'autre de la maison. Il s'agit donc d'une jeune fille qui a eu depuis le début de sa vie des problèmes de rythmicité corporelle tout à fait importants, non seulement des problèmes de rythmicité mais aussi des problèmes de tolérance à la passivité : elle ne peut pas être passive, elle est toujours dans l'hyperactivité.

Sans trop m'étendre sur ce cas clinique, je veux simplement signaler grâce à lui que pour moi, l'anorexie mentale n'a pas seulement à voir avec l'oralité même si cette dimension est bien présente aussi. Je pense que l'anorexie mentale est aussi à comprendre comme une problématique liée à la rythmicité ; je pense ainsi que la perte d'appétit doit être conçue de la même manière que la perte de sommeil et l'arrêt des menstruations. La question du rythme nous offre de plus la possibilité de faire fonctionner en même temps et

une hypothèse psychodynamique et une hypothèse biologique : les sécrétions hormonales se produisent suivant une rythmicité corporelle précise, calée elle aussi sur un rythme nyctéméral. L'anorexie peut ainsi être vue comme une pathologie essentiellement corporelle associée à une difficulté pour ces jeunes filles de pouvoir investir leur corps propre, de tolérer la passivité, de se laisser aller au sommeil ce qui a comme corrélat de perturber gravement les cycles circadiens hormonaux. L'anorexie sur le plan strictement alimentaire, serait ainsi non pas le « primum movens » de cette forme de pathologie mais une des conséquences du déséquilibre hormonal engendré depuis de longues années par des troubles de l'organisation rythmique du corps propre ; la perte d'appétit aurait plus à voir avec le fonctionnement de l'hypothalamus qu'avec l'oralité. La pathologie survenant soit par épuisement soit en raison de la surcharge corporelle que représente l'instauration des menstruations ; il est d'ailleurs vraisemblable que les deux facteurs déclenchant s'additionnent.

Il s'agit là bien sûr d'une hypothèse que je trouve très utile au niveau des la compréhension de ce qui se joue au cours des entretiens que nous pouvons avoir ensemble ; c'est ainsi que je trouve très utile d'introduire dans le décours de la thérapie des interventions corporelles qui permettent à ces jeunes filles de mesurer à quel point elles ne tolèrent pas la passivité, combien elles sont hypertoniques dans un univers dont la structure temporelle les contraint à un rythme effréné ce qui les empêche d'investir leur corps. Il faut donc leur permettre d'investir un corps qui devienne le leur et permettre un échange verbal qui entre toutes les autres dimensions de l'espace thérapeutique tienne compte de ces réalités corporelles. S'il semble a priori évident que le travail corporel doit être dissocié du travail psychique chez les patientes anorexiques en raison de leur âge et des risques d'érotisation, il n'est pas interdit de penser que ce type de travail doit être associé dans ces formes de pathologies à la psychothérapie.

Mes interventions en cas d'anorexie, sont des interventions qui concernent aussi le corps réel, le corps propre, la capacité d'organiser un rythme qui ne soit pas toujours le rythme des autres. On connaît bien d'ailleurs ce que l'on appelle l'oblativité des patients anorexiques et c'est vrai qu'elles sont tout le temps en train de s'occuper des autres et de n'être jamais en repos. Quoiqu'il en soit cet exemple de l'anorexie mentale visait à montrer l'intérêt que nous avons comme psychanalystes, à envisager des hypothèses qui sortent de nos cadres habituels des représentation du corps et combien nous devons sortir d'un certain imaginaire à son sujet, pour essayer de le repenser à travers toutes ces dimensions que je vous ai citées au début de ce texte que sont la rythmicité, la motricité, l'oralité bien sur, la nourriture, l'activité, la passivité, etc... Il y a beaucoup de dimensions dont nous ne tenons pas compte à l'intérieur de notre travail thérapeutique. L'avantage de proposer cette hypothèse qui a priori n'est pas plus valide que celle de l'oralité serait aussi d'ouvrir un vrai débat entre diverses hypothèses pour éviter que constatations cliniques en mains et comparables, la psychanalyse de l'enfant ne s'enferme dans une sorte d'auto-référence qui ne peut que nuire : que ce soit aux enfants en traitement mais aussi aux analystes et à la théorie analytique. Pour moi, la psychanalyse est avant tout une méthodologie d'investigation du fonctionnement psychique avant que d'être un corpus plus ou moins défini de théories métapsychologiques.

### *Le troisième interprète*

Le troisième interprète du corps sera le thérapeute. Je devais écrire plutôt devra être le thérapeute. Ce que je propose n'est ni plus ni moins qu'une proposition visant à définir la place du corps et de son interprétation dans le champ de la psychanalyse d'enfant. Trop souvent nous laissons en suspens ces manifestations corporelles que nous ne comprenons pas ou nous en confions le traitement à des thérapeutes psychomotriciens, pour nous réserver le droit dans un deuxième temps de reprendre le cours de la thérapie où nous retrouverons nos repères métapsychologiques les plus habituels. Le corps risque donc de continuer à passer inaperçu à force de ne pas être compris.

Pour être clair, il me faut donc affirmer que nous pouvons avoir une pensée/interprétation du corps qui ne soit pas une interprétation fantasmatique du corps. Puisque le corps a une histoire relationnelle et que cette histoire relationnelle est peut-être liée à l'histoire fantasmatique mais pas nécessairement, il peut y avoir rupture entre les deux histoires. Notre corps manifeste notre histoire relationnelle ce que notre mère nous a donné autant que ce que nous avons ajouté, modifié ou refusé. Il peut ainsi manifester des contradictions, des ambivalences ou des impasses, il peut représenter une seule histoire au détriment de l'autre, etc... C'est-à-dire que toute cette histoire du corps c'est aussi une histoire que l'on peut interpréter comme une histoire sur la manière dont les gens ont été capables ou non de s'approprier leur propre corps. Car il est bien évident que derrière tout cela, ce qui se profile c'est de savoir quelle est la capacité pour une maman d'effectuer ce travail tout à fait paradoxal qui est qu'elle transmet un corps à l'enfant qu'elle façonne à son image et que l'enfant s'approprie. C'est là quelque chose qui est toujours de l'ordre d'un certain mystère. La créativité ne se développe que grâce à l'activité de la mère, grâce à l'interprétation que la mère fait de son propre corps aussi. Le développement de l'identité de l'enfant comme de ses capacités de paroles ne peut faire l'impasse sur ce paradoxe fondateur.

Le thérapeute, pour moi, doit ainsi avoir une position particulière : il doit faire vivre le corps, il doit aussi autoriser la récréation imaginaire de ce corps par son patient et il doit surtout penser le corps au travers les avatars de l'histoire corporelle. L'histoire corporelle des individus est toujours une histoire relationnelle puisque notre corps à d'emblée été façonné par notre environnement. Donc de cette manière là, on peut penser le corps pour le patient et pour le thérapeute sans faire nécessairement appel à une certaine complexion fantasmatique qui peut être soit omniprésente soit même totalement absente. Le corps est une réalité plus complexe, plus historique que celle qui n'apparaît habituellement quand on la limite à n'être que l'histoire du développement des stades oraux, anaux, phallique.

Retrouver ce corps des patients, leur permettre de le recréer, c'est aussi la tâche à laquelle nous devons nous confronter comme thérapeutes sur un plan autant pratique que théorique ; c'est aussi un « mouvement » dont je souhaite avoir pu vous faire ressentir toute l'importance mais aussi toute la richesse et la responsabilité auxquelles il nous confronte.

Penser le corps consiste donc bien pour moi, à pouvoir se tourner vers ce que j'appelle le corps relationnel. Dès les premiers instants de notre vie,

notre corps dans la réalité biologique a été travaillé, transformé par la mère : le corps relationnel est ce corps biologique traité et interprété par la mère en fonction de la socio-culture à laquelle elle participe. Que ce soit en ce qui concerne les rythmes, la nourriture, la balance du couple activité/passivité, la motricité, la sélection des canaux sensoriels privilégiés, notre corps est d'emblée façonné par notre mère et ce n'est pas le moindre des paradoxes de l'identité de devoir constater que c'est sur ce socle d'altérité que se constitue ce qui nous apparaît comme la source fondatrice de notre identité. Ce corps relationnel porte ainsi la marque de ces premiers échanges dont il est bien difficile de se séparer ; pensons simplement à la difficulté que nous pouvons rencontrer lorsqu'il est impératif de changer de régime alimentaire : c'est qu'il s'agit ni plus ni moins de se séparer de sa mère et cela représente sans aucun doute comme une sorte de changement catastrophique équivalent à la perte de la langue « maternelle ». Le corps est ainsi porteur d'une histoire relationnelle dans toutes les dimensions que je viens de citer ; histoire dont nous pouvons reconstituer les aléas propres à chaque individu en particulier, dans les mouvements d'autonomie, de soumission ou de révolte qu'il a pu vivre par rapport à ces identifications primaires. C'est à mon sens la source d'autres significations possibles des vécus de nos patients, en accord, rupture ou conflit avec leur histoire fantasmatique : une ouverture pour la pensée analytique.

Jean-Marie Gauthier  
Rue des Peupliers, 106  
5100 Jambes

## BIBLIOGRAPHIE

- Gauthier, J-M. (1992). L'autisme et la pensée du temps, Rev. Bel. de Psychan. Bxl, n° 20.  
 (1993). L'enfant malade de sa peau, Dunod, Paris.  
 (1995). Le temps entre individu et sujet., in Thérapie Psychomotrice, « Troubles du rythme et risques somatiques chez le petit enfant. », n° 102.  
 (1996). Espace magique et pensée de rêve., in Cahiers de Psychologie Clinique, Bxl, n° 4.  
 (1996). Au delà du principe de plaisir., Revue Belge de Psychanalyse, Bxl, n° 28.  
 (1998). Figures de l'étrangeté et formes du rêve, communication non encore publiée faite au Colloque de la Société Belge de Psychanalyse.
- Sami-Ali, M. (1980). Le banal, Gallimard, Paris.  
 (1984). Le visuel et le tactile, Dunod, Paris.  
 (1987). Penser le somatique, Dunod, Paris.  
 (1990). Le corps l'espace, le temps, Dunod, Paris.  
 (1997). Le rêve et l'affect, Dunod, Paris.
- Stengers, I. (1995). La volonté de faire science, Les empêcheurs de penser en rond, Paris.

## RESUME

*A travers l'exposé de situations d'observations du bébé mais aussi de la clinique des patientes anorexiques, l'auteur montre tout l'intérêt qu'il peut y avoir en clinique infantile à penser le corps pour pouvoir interpréter et penser nombre de manifestations cliniques. Ceci passe par un redéploiement de la notion d'étayage déjà présente chez Freud mais qui fut quelque peu délaissée au seul profit de l'organisation fantasmatique ce qui s'accompagne d'une méconnaissance excessive en psychanalyse de l'enfant, des problèmes du développement psychique où le corps occupe une place non seulement importante mais centrale.*

## SAMENVATTING

*De auteur wijst er op hoe belangrijk het is zich de rol van het lichaam te kunnen voorstellen in het begrijpen en interpreteren van heel wat klinische verschijnselen. Observaties bij babies maar ook onze ervaringen met anorectische vrouwelijke patiënten kunnen ons daarbij helpen. Daarbij moeten we terug de notie van aanleuning benadrukken, notie die reeds bij Freud aanwezig was, maar die later verwaarloosd werd in het voordeel van de fantasmatische wereld. Het gevolg was een grote miskennis in de kinderpsychoanalyse van de problemen die zich stellen in de psychische ontwikkeling. Daarin neemt het lichaam niet alleen een belangrijke maar zelfs een centrale plaats in.*

## SUMMARY

*Through the situations of baby observation but also from clinical work with anorexic patients, the author shows the very great importance which infant clinical data may have for taking into consideration the body in order to enable the interpretation and conceptualisation of a number of clinical manifestations. This takes place by the re-utilisation of the notion of anaclisis already present in Freud but which was somewhat neglected to the entire profit of fantasy organisation which has been accompanied by an excessive ignorance in child analysis of the problems of psychic development where the body occupies a place which is not only important but central.*

