

Destin des signes énigmatiques des atteintes neurologiques précoces dans l'enfance : trace, mémoire, stigmaté ?

Lisa Ouss-Ryngaert

J'évoquerai le destin d'enfants ayant présenté précocement dans leur enfance, une atteinte neurologique, relativement cicatrisée, et qui présente, à l'adolescence, des symptômes du registre conversif, traduction du travail – ou de l'échec d'un travail élaboratif autour de l'atteinte organique. Ces symptômes nous donnent à penser, entre trace, mémoire, stigmaté, le devenir de ces avatars des premières inscriptions corporelles des processus de pensée.

À partir d'un cas clinique, nous proposerons des pistes de réflexion concernant le devenir de ces maladies.

Une clinique singulière : entre cerveau, soma, psyché

L'exemplarité de l'histoire d'une jeune fille de presque 18 ans, suivie pendant plus de deux ans, fera la trame de mon propos.

Son histoire neurologique se constituera en deux temps. À 15 mois, elle fait un état de mal épileptique fébrile, avec atteinte neurologique objectivée, dont elle gardera des séquelles hémiplegiques droites.

À l'âge de 7 ans, elle développe une nouvelle forme d'épilepsie de type absence. Un traitement médicamenteux contrôle parfaitement ses crises dans un premier temps. Elle garde toujours des séquelles d'hémiplégie droite.

Son développement est sensiblement normal, avec cependant une baisse d'efficacité en CE2, objectivée par un quotient intellectuel un peu inférieur à la moyenne, et un bilan neuropsychologique qui montre des séquelles discrètes avec

une dyslexie, une dysorthographe, des difficultés de construction dans l'espace et quelques signes frontaux. L'IRM objective une atteinte discrète. Sur les conseils de la neurologue, les parents ne parlent ni à l'école, ni en famille des problèmes de la jeune fille. Elle est ainsi « tirée vers le haut ».

À 12 ans, alors qu'elle est une préadolescente gaie, active, sportive, se produit une coupure, qu'elle lie à des événements familiaux, dont elle va porter le deuil. Elle montre un premier épisode dépressif, traité par antidépresseurs pendant deux ans. Elle est adressée dans une école spécialisée au cursus secondaire adapté au milieu des handicapés, qu'elle finira par fréquenter au détriment des « bien portants ». Elle se destine à une formation d'auxiliaire de puériculture. Elle rechute à 15 ans et demi, après d'autres événements familiaux, sur un mode anxiodépressif, traité à son tour.

Elle m'est adressée par sa neurologue à l'âge de 18 ans pour une impotence du membre supérieur droit, du même côté que son hémiplégie précoce, dans l'hypothèse d'une pathologie convulsive.

Cette jolie jeune fille arrive en tenant son bras droit. Elle a beaucoup de mal à venir me voir dans cet hôpital, où « quelque chose qui lui échappe est ici ». Elle me raconte ses troubles, son histoire personnelle et familiale riche. Elle me parle de la perception de ses deux hémicorps : « Le gauche est en acier, le droit en caoutchouc, comme si j'étais déplâtrée toujours. » Elle a le sentiment que son hémicorps droit ne lui appartient plus. Elle décrit par ailleurs ses séquelles motrices, dont attestent des chutes, fractures et entorses répétées : « Je me bute partout. »

La symptomatologie se modifiera en cours de prise en charge. Six mois après, elle ira raconter à l'extérieur que ses parents la maltraitent. Elle dira aussi que je lui faisais, à l'hôpital, des injections qui risquaient de la paralyser. Ces allégations, rapidement critiquées (« J'ai pété les plombs »), trahissent un désarroi et une faille narcissique, une quête affective et d'attention intense et insatiable, une demande de prise en considération de ses troubles. Elle présentera, un an après, une anorexie fluctuante qui ne la mettra pas en danger. Elle se plaindra ensuite de tics, de troubles du sommeil, de céphalées, et présentera un eczéma.

Nous entreprendrons alors un long travail de mise en images, mots puis représentation de ses troubles. Elle passera un bilan neuropsychologique (qui confirme les difficultés du premier bilan), psychomoteur, kinésithérapique, psychologique. Elle revoit sa neurologue qui, sur ma demande, lui réexplique, images à l'appui, la succession de ses troubles.

Plus les consultations avancent, plus elle peut enrichir son discours d'associations sur son histoire neurologique, qu'elle refusait au début d'aborder, tant elle la renvoyait à une énigme : « Le bébé dont on me parle n'est pas moi » ; « C'est comme un cadre vide autour des photos d'enfance » ; « On ne peut pas le combler » ; « Ce que je devrais avoir en mémoire, c'est une autre personne qui l'a. »

La formulation de son symptôme est mouvante, de « mon bras ne marche pas » à « mon bras m'emmerde et me fait mal » à « je ne veux pas utiliser mon bras », traduisant la remarquable avancée du travail associatif.

Elle entreprend, parallèlement à mon suivi, une psychothérapie à raison de une puis deux séances par semaine, une prise en charge en kinésithérapie, un suivi médical multiple pour s'occuper de son corps. Elle est toujours suivie par un autre psychiatre qui lui administre un traitement antidépresseur. Elle aborde une dyna-

mique familiale complexe, de teneur œdipienne. Elle reprend un travail, envisage de recommencer ses études d'auxiliaire de puériculture, et tombe amoureuse.

Une lecture singulière : entre cerveau, cognition, histoire et mémoire

L'histoire de cette jeune fille atteste d'une véritable difficulté à la représentation de ses troubles, mêlant plusieurs dimensions.

1. Une dimension cognitive. Si ses troubles du langage, d'organisation de la pensée, de la mémoire et de l'attention sont discrets, ils restent présents et interfèrent avec ses apprentissages, sa capacité à communiquer, son accès à des notions complexes et abstraites. Le travail en thérapie, en consultation, lui a sans aucun doute permis d'enrichir un accès à une dimension plus complexe de ses difficultés, sa capacité à penser sur elle-même.

2. Une dimension historique. Ce qui est frappant dans cette histoire est la construction en différents temps : premier acte fondateur à 15 mois, second à 7 ans, troisième à 12 ans, à la puberté, quatrième à 18 ans (et épilogue en train de se construire ?). On peut par ailleurs s'interroger sur un prologue, antérieur à 15 mois, où se serait constituée la malformation éventuellement responsable de l'histoire neurologique. Le « trou » historique, lié à la perte de connaissance infantile (dix jours de coma), à l'amnésie infantile, et au silence familial, est le point saillant sur lequel la patiente reviendra constamment, un point aveugle, hors conscience, et qui fait retour dans son histoire jusqu'à la réécriture d'un roman familial : « On s'est trompés à la maternité », quelque chose de son histoire appartient à quelqu'un d'autre. La construction dramatique se fait dans un après-coup, dont on se demande à partir de quelle trace se fera la réélaboration.

3. Une dimension traumatique. On peut également lire la construction temporelle de ces symptômes à l'éclairage traumatique. La « crise » serait l'événement dépassant les capacités d'élaboration de cette jeune fille, provoquant une stagnation au moment traumatique, en rompant la capacité de liaison. La patiente dit être restée, dans bien des domaines, dans un registre infantile, une quête affective et un fonctionnement psychique et cognitif en deçà de son âge. Si on se gardera bien de lire toute la symptomatologie à cet éclairage, il peut expliquer certaines particularités (répétition, temps fixé, régression, dépression et angoisse).

4. Une dimension mnésique : quelle inscription de l'événement somatique ? Nous nous arrêterons plus spécifiquement sur la dimension mnésique. En effet, d'une part les symptômes de cette patiente nous semblent liés à la manière dont s'inscrivent les premières traces des événements somatiques et psychiques, d'autre part son atteinte neurologique touche spécifiquement certains circuits mnésiques (notamment ceux de la mémoire épisodique, celle qui enregistre les événements biographiques). Il nous semble indispensable, pour la compréhension du symptôme et la prise en charge, de pouvoir penser un modèle de la trace.

La patiente n'a aucun souvenir de ce qui lui est arrivé, ni à 15 mois, ni à 7 ans. Elle n'a même aucun souvenir d'avant 7 ans : « Je me demande d'où je viens. » Cependant, on est en droit de relever une contradiction entre ce qui est « oublié » sur le plan de la mémoire épisodique, et ce qui est « mémorisé » sur le plan physique. En effet, les séquelles motrices et sensibles témoignent en permanence de l'épisode inaugural. L'« amnésie infantile » de cette patiente s'étend jusqu'à 7 ans, au deuxième épisode neurologique. Jusque-là, elle a organisé son premier développement dans un nécessaire clivage entre un vécu corporel d'asymétrie, d'étrangeté, et un environnement qui n'a jamais évoqué cette dimension : pas de prise en charge, pas d'évaluation d'éventuelles séquelles.

On peut reprendre les conceptions de Kandel qui propose, avec le modèle de la mémoire procédurale (ou implicite, qui concerne les habitudes, les réflexes, les émotions ou les réponses motrices), « un exemple biologique d'un composant de la vie mentale inconsciente » (p. 48). Il distingue ainsi trois types d'inconscient :
– réprimé ou « dynamique », inconscient des analystes : « L'information concernant le conflit et la pulsion est empêchée d'atteindre la conscience par de puissants mécanismes de défense comme la répression » ;
– « procédural » : « La partie inconsciente du moi qui n'est pas réprimée n'est pas concernée par les pulsions inconscientes ou les conflits. Elle n'est jamais accessible à la conscience, même si elle n'est pas réprimée » : elle concerne les souvenirs enregistrés dans la mémoire procédurale ;
– « préconscient inconscient » (de Freud) : « Activités mentales, la plupart des pensées et tous les souvenirs qui entrent dans la conscience. »

Tassin (2002) propose qu'en raison de l'immaturité des systèmes de neurotransmetteurs qui permettent l'inscription « cognitive » des événements, jusqu'à l'âge de 3 ans, les événements ne s'inscrivent que de manière « analogique ».

Mais le deuxième épisode, à 7 ans, n'a pas été non plus inscrit dans sa mémoire. Cet « oubli » relève très probablement autant de son inconscient procédural que dynamique. Si on peut parler de refoulement, d'oubli, on peut également se demander comment cette petite fille, avec son bagage cognitif et psychique, a inscrit ses premiers éprouvés sensoriels et somatiques : probablement sous une forme procédurale, non consciente, comme un « corps étranger » à elle-même, même ce qui aurait dû s'inscrire sous forme épisodique.

Ainsi, on peut entendre la symptomatologie convertive, à 18 ans, à un âge charnière, comme la réactivation d'un événement engrammé sous forme procédurale, une remémoration, une mise en représentation sous forme imparfaitement aboutie.

Ces questions renvoient, de manière plus générale, à la manière dont peuvent se constituer les processus originaux ou les systèmes préreprésentationnels chez les bébés porteurs de lésions neurologiques, lorsqu'on sait que ces processus s'ancrent dans le corps (Golse, 1995). On peut alors interroger l'influence des perturbations des rythmes, de l'interaction, des systèmes perceptivo-moteurs, conséquences de l'atteinte neurologique, sur l'organisation de la pulsion, des traces, des frayages. Ainsi, il nous semble particulièrement important de prêter attention à la manière dont vont se constituer les processus de pensée, de secondarisation chez ces patients avec perturbation des modalités procédurale ou déclai-

native de la mémoire. Pour aller plus loin, et à l'éclairage des recherches récentes sur les notions d'épigenèse interactionnelle (influence de l'environnement sur les programmes génétiques régissant le développement), on peut se demander quelle part existe entre un déterminisme neurologique des troubles futurs du développement neurocognitif, et une influence des processus psychiques et interactionnels colorés par le trouble neurologique qui influeraient, à leur tour et dans une spirale transactionnelle négative, sur les troubles neurologiques (L. Ouss-Ryngaert, 2004).

Importance d'une lecture multiple

Elle permet de ne pas lire le symptôme conversif dans une structure, « hystérique » comme cela est souvent rapporté, mais plutôt une conjoncture, à mettre en lien avec les processus d'adolescence et la gestion d'une conflictualité interne (Cramer, 1977 ; Ouss et coll., 2002). Ici, la conversion n'est pas l'oubli d'une fonction, comme cela a été décrit, mais bien plutôt la remémoration d'une inscription précoce. Il existe, dans cette histoire, deux manières d'envisager le symptôme ; comme un échec à la symbolisation, ou comme une symbolisation archaïque ou remémoration. Selon qu'on choisit l'une ou l'autre option, la démarche thérapeutique ne sera pas la même.

Elle permet de ne pas porter de diagnostic structurel devant la multiplicité et la fluctuation des symptômes présentés par cette patiente.

Elle permet de penser le soin dans une perspective de mise en représentation d'une fonction corporelle clivée, non pas oubliée, mais engrammée différemment.

Il faut citer là les travaux du groupe d'études de Boston sur les processus de changement en psychothérapie (Tronick, 1998 ; Lyons Ruth, 1998 ; Stern, 2004). Ils s'inspirent des théories systémiques et de la complexité, et font état de ce « quelque chose de plus » qui manque pour expliquer les changements lors des psychothérapies « verbales » :

- « connaissance relationnelle implicite » (Lyons Ruth, 1998), hors de l'expérience consciente ; c'est un système représentationnel sans traduction symbolique ni langagière, qui se situe dans l'aire de l'inconscient procédural ;
- relation vraie : elle renvoie à un champ inconscient, constitué par l'intersection des connaissances relationnelles implicites du patient et du thérapeute, au-delà du transfert et contre-transfert, incluant l'engagement personnel authentique et les « manière d'être avec » ;
- le « moment de rencontre » est l'événement transactionnel qui réarrange la connaissance relationnelle implicite du patient en réarrangeant le champ inconscient entre patient et thérapeute, passant par la reconnaissance spécifique de la réalité subjective de l'autre.

Pour Stern (2004), ce processus ne requiert pas d'interprétation et n'a pas besoin d'être verbalement exprimé.

Ce serait donc dans un modèle de changement procédural, dans l'expérience nouvelle d'une « manière d'être avec », secondairement internalisée, que nous pourrions comprendre le travail autour de la réinscription psychique proposé à cette patiente.

Nous avons déjà proposé un essai de modélisation de telles prises en charge chez les patients porteurs de lésions cérébrales (Ouss-Ryngaert, 2003 ; Ouss-Ryngaert et Fayada, 2001). Il s'agit d'une lecture multiple des symptômes et de la dynamique interactionnelle pendant le temps des séances, permettant de travailler sur les niveaux psychodynamique et neuropsychologique. Ainsi tel « événement » ou acte de parole dans une séance sera travaillé dans sa dimension transférentielle, sa valeur dans l'économie psychique du sujet, alors que tel autre sera compris comme l'expression directe d'un trouble neuropsychologique appelant un autre type d'intervention du thérapeute (demande d'explicitation, reprise, rappel, facilitation...). Nous proposons une « contextualisation de la communication ». La construction progressive d'un implicite communicationnel entre le patient et le thérapeute permet au patient de faire l'économie psychique et cognitive d'un ajustement conversationnel permanent, qui est pris en charge par le thérapeute. Le patient expérimente ainsi un mode différent de relation avec l'autre, qu'il internalise dans un second temps de manière « procédurale », lui permettant une plus grande disponibilité, fluidité psychique, et donc un travail sur les propres contenus psychiques.

Les questions posées par les patients neurologiques nous invitent donc à repenser les liens entre apports des neurosciences et de la psychanalyse, dans une perspective clinique et surtout thérapeutique, pour aller au-delà d'une simple confrontation des modèles.

Bibliographie

- CRAMER, B. 1977. « Vicissitudes de l'investissement du corps : symptômes de conversion en période pubertaire », *Psychiatrie de l'enfant*, XX, 1, p. 11-127.
- GOLSE, B. 1995. « La naissance des représentations ; Conceptions psychanalytiques », dans S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, p. 173-187.
- KANDEL, E. 2002. « La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée », *Évolution psychiatrique*, 67, p. 40-82.
- KANDEL, E. 1999. « Biology and the future of psychoanalysis : a new intellectual framework for psychiatry revisited », *American Journal of Psychiatry*, 156, p. 505-24.
- LYONS RUTH, K. 1998. « Implicit relational knowing : its role in development and psychoanalytic treatment », *Infant Mental Health Journal*, vol. 19, 3, p. 282-289.
- OUSS-RYNGAERT, L. 2003. *Prise en charge psychothérapique d'un patient porteur d'une schizophrénie post traumatisme crânien : analyse sur trois niveaux, neuropsychologique, psychodynamique, psychiatrique*, Présentation au séminaire « Neuropsychologie et psychothérapie », APEP.
- OUSS-RYNGAERT, L. 2004. « L'intersubjectivité comme paradigme de l'intérêt des liens neurosciences-psychanalyse », *Psychiatrie française*, n° 1, p. 37-61.
- OUSS-RYNGAERT, L. ; FAYADA, C. 2001. « Prise en charge psychothérapeutique des patients cérébrolésés : spécificités à l'adolescence, apports des référents pédopsychiatriques », *Neuro-psy*, 16, 2, p. 50-55.
- OUSS-RYNGAERT, L. ; MIKAELOFF, Y. ; FAVREAU, D. ; PONSOT, G. ; CLEMENT, M.C. 2002. *Manifestations neurologiques des conversions de l'enfant et de l'adolescent : difficultés de diagnostic et de prise en charge*, congrès de la Société française de neuropédiatrie, Nantes.

- STERN, D.N. 2004. *Le moment présent en psychothérapie. Un monde dans un grain de sable*, Paris, Odile Jacob.
- TASSIN, J.-P. 2002. « La neuropharmacologie de la conscience », *Pour la science*, n° 302, p. 146-150.
- TRONICK, E.Z. 1998. « Interventions that effect change in psychotherapy: a model based on infant research », *Infant Mental Health Journal*, vol. 19, 3, p. 277-354.

RÉSUMÉ : Cet article aborde le destin d'enfants ayant présenté précocement dans leur enfance une atteinte neurologique et qui présentent, à l'adolescence, des symptômes du registre conversif, traduction du travail – ou de l'échec d'un travail d'élaboration de l'atteinte organique. Ces symptômes donnent à penser, entre trace, mémoire, stigmatisme, le devenir des avatars des premières inscriptions corporelles des processus de pensée. L'auteur propose, à partir d'un cas clinique, une lecture multiple – intrapsychique, cognitive, historique, traumatique, mnésique. Elle étaye la notion d'un changement au niveau procédural lors des thérapies d'enfants et adolescents avec blessure cérébrale, et propose une trame permettant l'établissement d'un travail psychothérapeutique.

MOTS CLÉS : épilepsie, conversion, psychothérapie, trace, mémoire, enfant, adolescent, neurologie.

« Il nous faut convenir que la vie sexuelle enfantine (...) présente elle aussi des composantes dans lesquelles d'autres personnes figurent dès le début en tant qu'objets sexuels. Telles sont les pulsions apparaissant de façon relativement indépendante par rapport aux zones érogènes, du plaisir de regarder-et-de-montrer et de la cruauté (...) qui se font déjà sentir au cours de l'enfance en tant que tendances autonomes, d'abord distinctes de l'activité sexuelle érogène. Le petit enfant est avant tout dépourvu de pudeur et montre, à certaines périodes de ses premières années, un plaisir incontestable à dénuder son corps en mettant particulièrement en évidence les parties génitales. La contrepartie de ce penchant (...) ne devient vraisemblablement manifeste qu'un peu plus tard dans l'enfance lorsque l'obstacle constitué par le sentiment de pudeur a atteint un certain développement. »

Sigmund Freud, *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Gallimard, 1987.