

THERAPEUTE SANS PATIENT

Introduction

Le thérapeute en formation AIRE est confronté en troisième année à une situation nouvelle : trouver trois patients pour expérimenter le métier de thérapeute en situation réelle, cadrée par une supervision rigoureuse. Certains d'entre nous trouvent assez facilement ces trois patients et le passage de la théorie à la pratique se fait sans heurts. Pour d'autres au contraire la recherche de patients est infructueuse : les démarches entreprises pour se faire connaître ne donnent pas de résultats, le travail de troisième année est bloqué, laissant l'apprenti thérapeute dans l'expectative. Me trouvant moi-même dans cette situation, j'ai été amenée à m'interroger sur les causes de ce phénomène. Ces causes étant cernées, définies, mises en lumière, elles pourront être traitées plus efficacement car il est toujours plus facile de traiter un problème lorsque l'on sait exactement de quoi il s'agit.

Lors d'un précédent article « Etre femme sans être mère », j'ai été amené à présenter la femme inféconde comme présentant un déficit dans sa capacité à fantasmer. Une violence non psychisée serait à l'origine de nombreux cas de stérilités psychiques. La stérilité est alors un symptôme qui prend la forme d'un passage à l'acte.

Le parallèle entre ces deux situations : pas d'enfant, pas de patient m'a semblé intéressant à creuser. Investir un patient serait proche de la capacité à investir un enfant. Le thérapeute qui a des difficultés à développer son bon parent interne, est encore colonisé par une mauvaise mère et cela est en lien direct avec sa difficulté à être co-opté par des patients.

Derrière l'absence de patient existerait-il un désir inconscient de ne pas en avoir ? Et si tel était le cas quel serait le danger si cet élève-thérapeute en avait ?

Quel est le fantasme qui, à défaut d'être symbolisé, se manifeste dans un passage à l'acte par l'absence de patients ?

Y a-t-il répétition d'un traumatisme lié aux troubles de l'attachement ?

- Dans une première partie, je définirai la notion d'attachement.
- Après avoir exposé ma méthodologie, je développerai l'hypothèse selon laquelle le non lien thérapeute / patient répète un traumatisme ancien qui concerne la petite enfance du thérapeute et son lien à la mère.
- Dans une troisième partie, je montrerai comment la cure AIRE en permettant une restauration des imagos parentales permet au thérapeute carencé de nourrir sa bonne mère à l'intérieur de lui.

Définitions

Qu'est-ce que l'attachement ? La théorie de l'attachement s'impose en 1958 avec les travaux d'Harlow et de Bowlby. Elle trouve son origine dans deux traditions de recherche. L'une est celle de l'éthologie animale. En effet, les petits des oiseaux

étudiés s'attachent dès les premières heures de la vie, par une sorte de tropisme, à la mère ou à un substitut de la mère ou même au premier mobile qu'ils voient.

L'autre recherche est celle de Spitz sur le nourrisson et son attachement à la mère dans les années 1940. Celui-ci observe que le bébé séparé de sa mère présente souvent un syndrome grave. Ses observations ont été répétées et confirmées.

Les éthologistes ont repris les observations de Spitz pour étudier les animaux et inversement des psychologues ont repris ce qui était observé chez l'animal pour expérimenter chez l'homme. Ainsi, les chercheurs sont-ils arrivés à dresser un inventaire des différentes réactions de l'enfant envers sa mère (cris, recherche de contacts peau à peau, recherche de la chaleur, suivre des yeux et rôle du sourire). Les chercheurs ont étudié les effets de l'éloignement momentané. Schaffer a mesuré l'intensité des protestations de l'enfant avec comme définition du besoin d'attachement la recherche ou le maintien de la proximité.

Les réactions de l'enfant en présence d'étrangers sont aussi étudiées : à partir d'un certain âge, l'enfant réagit de façon négative ou différente en présence d'un étranger. Les conduites du père et de la mère sont aussi analysées car la création de lien n'est pas de la seule initiative de l'enfant.

Bowlby propose le terme d'attachement pour désigner le lien particulier qui unit l'enfant à la figure maternelle. La figure maternelle fait ici référence à la personne significativement stable que l'enfant choisit au départ en fonction des réponses empathiques données à ses besoins. Ce rôle est souvent tenu par la mère mais peut être joué également par le père, une tante, une mère d'accueil ou toute autre personne significative pour l'enfant. Ce lien sert de base de sécurité à l'enfant pour explorer l'environnement. Dès la petite enfance, l'enfant développerait un modèle d'attachement particulier en fonction de l'attitude de la figure maternelle à son égard. Bowlby prétend que ce lien d'attachement, en devenant intériorisé, servirait par la suite de modèle à toutes les relations intimes et sociales de l'individu.

La méthode de recherche la plus répandue pour évaluer la qualité de l'attachement entre l'enfant et sa mère a été développée par Ainsworth, Blehar, Waters et Wall (1978). Quatre modèles ont ainsi été définis. Le modèle sécure résulte d'une disponibilité de la figure maternelle et surtout d'une sensibilité aux signaux de son enfant. Le modèle anxieux-ambivalent semble associé à une incohérence des réponses maternelles, alternant entre la disponibilité et le rejet. Le modèle anxieux-évitant serait lié à des interactions intrusives ou rejetantes de la part de la mère, surtout lorsque l'enfant présente une vulnérabilité émotionnelle. Le modèle évitant-ambivalent appelé aussi le modèle désorganisé-désorienté chez un autre auteur, concerne des réponses parentales qui ont tendance à susciter de l'effroi chez l'enfant, certains parents ayant été maltraitants.

La capacité d'établir un lien sélectif avec une figure d'attachement est reconnue comme un facteur décisif dans le développement normal puisque l'échec à former un tel lien dans la petite enfance est associé à des troubles permanents et, en dépit des traitements, difficilement réversibles de la socialisation. En effet, l'enfant qui n'a pu bénéficier dans les premières années de vie d'une présence maternelle apte à favoriser

l'apparition de liens d'attachement (soit en raison de ruptures répétées ou encore de l'incapacité de la figure maternelle à être sensible à ses besoins) risque de se détourner peu à peu de la relation pour devenir complètement détaché.

En 1979, Rutter soutient que l'échec à former un lien sélectif durant la première enfance entraîne plus tard toute une série de comportements sociaux inadéquats.

En 1995, il précise que plus la période passée sans substituts maternels stables et adéquats est longue, plus les possibilités de rattrapage sont limitées. En effet, l'enfant ne cherchera pas à établir de nouveaux liens d'attachement. Il se détournera de la relation pour réinvestir en lui-même l'amour d'abord destiné aux figures parentales. Tout se passe comme s'il avait abandonné l'idée qu'on puisse répondre à ses besoins. Il se montre peu disposé à aimer et à se laisser aimer. Il se lie de façon superficielle aux adultes qui deviennent facilement interchangeables à ses yeux.

Selon Steinhauer, un enfant qui n'aurait pas développé avant deux ans sa capacité d'attachement conservera de graves séquelles, tant au plan social que cognitif.

Loeber (1991) affirme qu'il existe une période critique durant l'enfance qui assure l'apprentissage d'habiletés sociales et que des situations de privation durant cette période par des événements comme la séparation d'avec la mère, la succession de figures maternelles ou la pauvre qualité des soins, préfigurent des comportements antisociaux ultérieurs.

Bowlby dès 1969 établit un lien entre des symptômes tels que la délinquance ou la propension au suicide et la rupture fréquente de liens affectifs durant l'enfance.

En 1990, Goldberg met en évidence que les bébés présentant un lien sécurisant étaient plus compétents intellectuellement et socialement que ceux dont l'attachement était anxieux et désorganisé.

Les recherches en neurophysiologie ont montré que les bébés d'un an dont on s'est occupé de manière constante et chaleureuse produisent moins de cortisol, une hormone de réponse au stress qui inhibe la croissance. Des chercheurs ont démontré que les nourrissons maltraités et négligés sont plus susceptibles de produire une forte réaction au stress et ce, même si celui-ci est minime.

D'autres études récentes mettent en évidence l'importante stabilité des patterns d'attachement de la petite enfance tout au long de la vie de l'individu : le type d'attachement de l'enfant dans sa première année de vie prédit le développement de ce dernier durant toute sa vie. Bowlby a développé l'idée de modèles de travail internalisés pour expliquer la tendance qu'a l'enfant de faire progressivement siens les modèles d'attachement. Ceci expliquerait pourquoi le modèle d'attachement en bas âge est si déterminant et qu'il se caractérise davantage par la continuité que le changement tout au long de la vie. 70% des sujets étudiés présentent à l'âge adulte le même type d'attachement qu'à un an.

Le type d'attachement noté chez un parent dans le cours de la grossesse prédit de façon significative le pattern d'attachement du bébé au delà de l'âge de un an.

L'étude de Fonagy (1996) montre que les défauts de réponse de la mère à l'égard des besoins de son enfant proviennent de ses propres défenses contre la reconnaissance et la compréhension d'affects négatifs en elle-même.

Steinhauer propose une grille de facteurs suggérant des troubles de l'attachement.

- Ruptures, déplacements multiples, négligences sévères ou abus à long terme.
- Refus de dépendre de l'adulte, centration sur son propre plaisir, ne compte que sur lui-même, ne cherche pas le réconfort lorsqu'il est anxieux.
- Absence de réactions manifestes à la séparation, aux changements.
- Sociabilité sans discernement : trop familier avec les étrangers, aucun adulte ne semble plus significatif qu'un autre, recherche excessive d'attention, incapacité de changer de comportement pour protéger la relation à l'adulte.
- Relation superficielle à l'autre : sourire artificiel et absence d'émotions véritables, se relie de façon mécanique, fait et dit ce que les autres attendent de lui, manipulateur et centré sur ses intérêts.
- Incapacité de conserver les bons moments sans les détruire par la suite : réagit mal aux compliments, aux récompenses; détruit activement le lien avec l'adulte après un bon moment passé avec lui, intolérant à toute attente de l'adulte à son égard.
- Réaction à toute limite ou exigence comme à une attaque ou à une critique : difficulté à admettre ses torts même pris sur le fait, se montre inatteignable même lorsqu'il est puni.
- Apprentissages difficiles : besoin de la proximité de l'adulte pour fonctionner.
- Relations conflictuelles avec ses pairs : contrôle excessif, manque d'empathie et de chaleur, manipulation et hostilité lorsqu'il n'a pas ce qu'il veut, partage difficilement l'attention de l'adulte.

Lieberman et Zeanah (1995) proposent une classification clinique des troubles de l'attachement spécifique aux jeunes enfants. Ils distinguent trois types de pathologies

- les pathologies de non-attachement
- les pathologies d'attachements désordonnés
- les pathologies des attachements interrompus.

Méthodologie

J'ai envoyé un questionnaire aux membres en formation AIRE de troisième année.

La première partie concerne leur aisance à trouver des patients :

« En 3ème année AIRE, j'ai eu de grosses difficultés pour trouver des patients. »

Le deuxième élément du questionnaire se rapporte au type d'attachement qu'ils pensent avoir établi avec leur mère :

- (1)Le modèle sécure (mère disponible et sensible aux signaux de son enfant).
- (2)Le modèle anxieux-ambivalent (alternance entre la disponibilité et le rejet de la mère).
- (3)Le modèle anxieux-évitant (interactions intrusives ou rejetantes de la mère).
- (4)Le modèle évitant-ambivalent ou modèle désorganisé-désorienté (les réponses parentales suscitent de l'effroi chez l'enfant, parents maltraitants).

En troisième partie du questionnaire, j'expliquais l'hypothèse de mon article : il y a un lien entre la facilité ou la difficulté à trouver des patients et le type d'attachement à la mère. J'invitais chacun à développer son cas à la lumière de ce qu'ils connaissent de

leur histoire et de leur fonctionnement.

J'ai envoyé 16 questionnaires ; avec moi, cela fait 17 cas.

Chacun a eu la gentillesse de me répondre et je les en remercie.

Dans une première lecture des réponses, je dirais qu'il n'est pas facile de dégager des généralités car chaque personne est unique et les causes recherchées peuvent être multiples. Certaines personnes vont confirmer totalement mon hypothèse mais il y a des cas plus difficiles à traiter, plus flous.

De plus, chacun étant engagé dans un processus thérapeutique de type cure AIRE, on peut penser que chez certains les traumatismes de l'enfance ont été suffisamment traités pour que ceux-ci n'influencent pas ou peu la dynamique de recherche de patients.

Néanmoins, je peux trier les réponses de la manière suivante :

- le groupe A : ceux qui ont trouvé facilement des patients. Dans ce groupe, personne n'a coché le modèle d'attachement (4) évitant-ambivalent ou modèle désorganisé-désorienté. Ce groupe comprend 6 personnes.

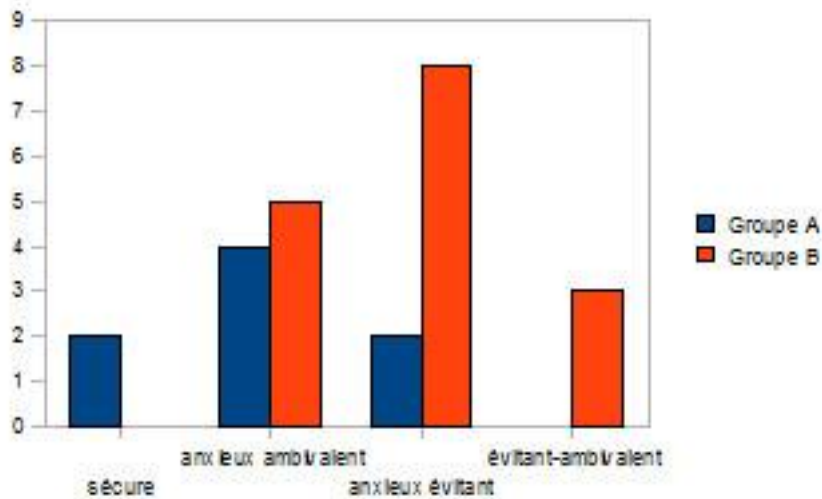
Il y a cependant une différence d'appréciation concernant la notion de difficulté à trouver des patients. Certains ont un seul patient, trouvé facilement et ils cochent « NON » à la première question : pour eux, ils n'ont pas eu de grosses difficultés à trouver un patient. Pour d'autres qui ont trouvé un seul patient, n'étant pas satisfaits car il leur est demandé d'en avoir trois, cochent « OUI » à la première question : ils ont eu des difficultés à en trouver trois mais n'ont pas eu de difficultés à en trouver un. Si la personne n'a pas ressenti de difficultés, je prends le parti de la personne, et ce, quel que soit le nombre de patients qui, dans mon étude, ne sera pas pris en compte.

- le groupe B : ceux qui ont eu des difficultés pour en trouver ou bien qui n'en ont pas trouvé. Je rajoute dans ce groupe ceux qui ont trouvé un patient mais ne l'ont pas gardé et ceux qui n'en ont pas cherché.

Dans ce groupe, je constate que personne n'a coché le modèle d'attachement sécure. Dans ces réponses, je sélectionnerais celles qui livrent des éléments exploitables, des faits précis mis en relation par la personne avec sa petite enfance. La confidentialité des informations est conservée : je ne nommerais personne précisément.

Une des difficultés de mon travail est bien qu'il cherche à rendre conscient des mécanismes psychologiques qui sont depuis longtemps refoulés et inaccessibles à la conscience. Qui peut se souvenir comment s'est comporté sa mère aux tous premiers temps de sa vie ? Il y a les faits précis dont on a gardé la trace (un décès, un éloignement provenant du travail etc...) et il y a tout le reste qui est très difficile à élaborer avec certitude.

Beaucoup insistent sur leur hésitation entre deux modèles. Plusieurs personnes ont répondu deux types d'attachement, je les ai comptés tous les deux.

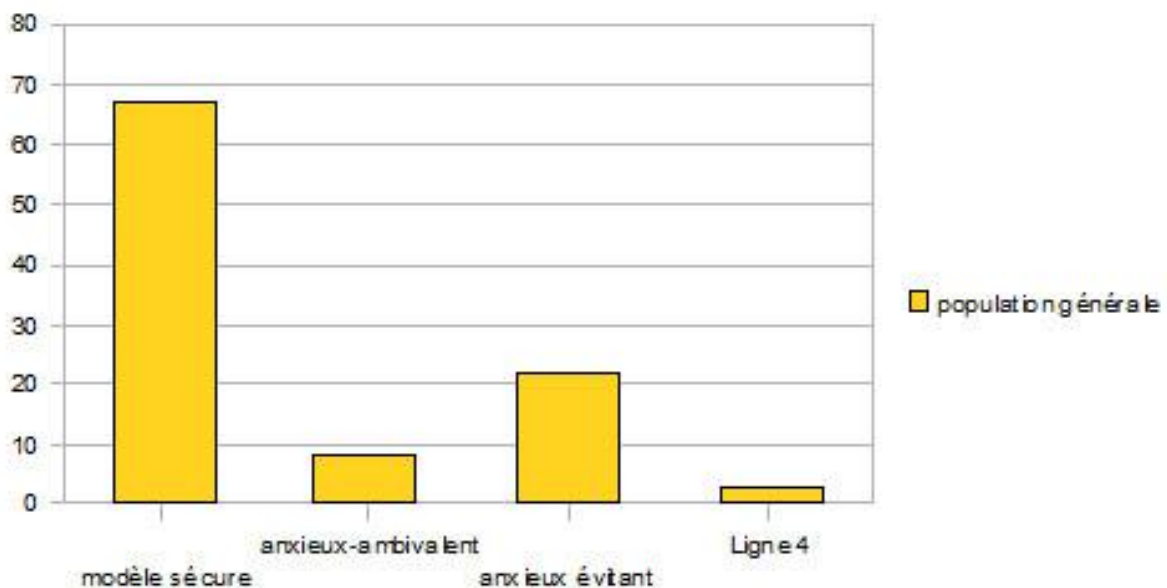


Type d'attachement selon les groupes

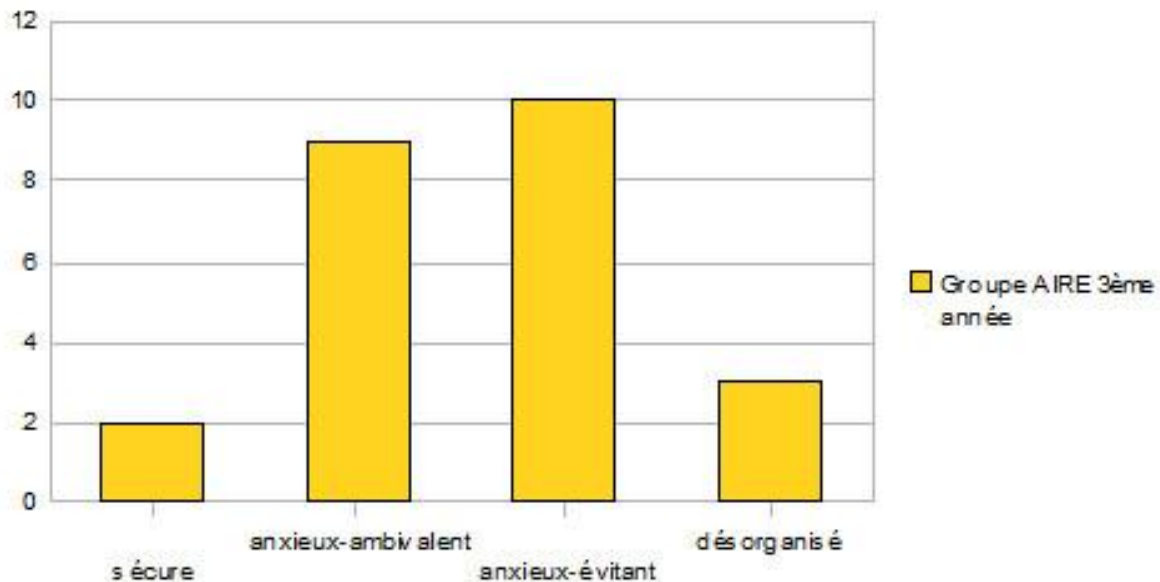
Je peux donc dire que mon hypothèse se vérifie dans les extrêmes (très bon lien et très mauvais). Le modèle anxieux-ambivalent semble présent de manière équilibrée dans les deux groupes. Le modèle anxieux-évitant est très présent dans le groupe B.

67% de la population générale présente un type d'attachement sécuritaire. C'est la personne qui peut, veut et entre, de fait, en relation habituellement avec autrui parce que la relation est, pour elle, source de bien-être, de plaisir et de satisfaction. Pour notre groupe étudié ici l'attachement sécuritaire est coché 2 fois sur 17, soit 11%. Je suis frappée par la très grosse différence entre le pourcentage d'attachement sécuritaire dans la population générale (67) et celui de notre groupe de formation (11).

Le pourcentage d'attachement désorganisé est aussi plus important dans notre groupe de thérapeutes (17,6) que dans la population générale (3%).



Type d'attachement dans la population générale



Type d'attachement dans le groupe AIRE de 3ème année

Dans le groupe A (pas de difficultés à trouver des patients), le mot qui revient plusieurs fois est le mot **confiance**.

–« Je suis dans une démarche de confiance. »

–« C'est comme une déclaration de vie avec une confiance dans l'enseignement de l'école. »

–« J'ai la certitude que ma mère a confiance en mes capacités. »

–« Je sais que je peux compter sur l'école en cas de difficulté comme je sais que je peux compter sur ma mère si j'ai des difficultés. »

Il y a aussi la notion d'**engagement** et celle d'**oser y aller**.

–« J'ai un côté un peu fonceur : j'ai osé y aller. »

« Je me sens engagée à devenir thérapeute. »

Que ce soit la confiance en l'école, la confiance en la mère, nous aboutissons à la confiance en soi. Avoir confiance en soi serait croire en un soi fiable, avoir foi en lui, ce qui suppose un Moi bien constitué et suffisamment fort pour à la fois se reposer et compter sur lui pour avancer. C'est la capacité de se vivre aimé et aimable, de ne pas se laisser ébranler par la critique. La capacité à ne pas se laisser déstabiliser par ce qui nous contredit, rester indifférent à la malveillance. C'est oser s'exprimer, oser entreprendre. Ne pas renoncer à soi pour plaire à l'autre. Cela suppose un équilibre entre nos différentes tendances : que l'une ne mette pas l'autre en péril.

Ainsi, l'enfant ardemment désiré par ses parents sera mieux armé que l'enfant né « par accident ». Il est plus facile de s'aimer lorsqu'on a pu intérioriser un fort amour parental. Dénigré par ses proches, dévalorisé, l'individu se met à appréhender toute circonstance qui le mettrait en valeur. L'enfant choyé mais non surprotégé, développe une force qui le rassurera lorsqu'il se trouvera seul. Le bébé découvre son visage dans le regard de sa mère. Il s'y accroche mais à l'âge adulte il doit s'en écarter pour accéder à l'autonomie. L'objet transitionnel de Winnicott, le doudou, facilite ce

détachement et permet à l'enfant de poser les bases d'une confiance en soi, en lui apportant un espace potentiel, un champ d'expérience neutre au sein duquel il se trouve et se retrouve, se crée et se recrée.

Toute expérience heureuse renforce le sentiment de sécurité mais une trop grande assurance, le déploiement de forces héroïques et disproportionnées en regard de l'âge, une excellence scolaire allergique à la moindre baisse de niveau peut dissimuler une inquiétude profonde et tendre à rassurer un parent insatiable dont le sentiment d'insécurité serait à l'origine d'une demande implicite mais autoritaire de réparation ou de valorisation.

L'attachement insécurité caractérise la personne qui peut et veut entrer en relation avec son environnement mais qui le fera spontanément d'une manière peu habile, faute de la certitude d'y trouver bien-être, plaisir et satisfaction. Ce type de lien se subdivise en deux sous-groupes.

--- L'insécurité-évitant, 22% de la population générale, éprouve rapidement la peur du ridicule, du mépris, de l'humiliation, de la dévalorisation et du reproche. - - ---

L'insécurité-ambivalent, 8% de la population générale, est habité par la peur du rejet, du refus, de la non-reconnaissance, de la dévalorisation et de la stigmatisation.

L'attachement désorganisé, 3% de la population, concerne la personne qui souhaite entrer en relation mais n'y arrive pas. Cette personne aura tendance à ne pas entrer en relation pour, paradoxalement, assurer sa sécurité car elle est trop certaine d'y trouver de la souffrance.

Le style d'attachement constitue, selon Bowlby, le fondement du mode habituel de fonctionnement de l'individu. C'est la base de tout comportement humain, thérapeutique ou autre. C'est ce qui permet d'affirmer combien il est important, en psychothérapie, d'établir une relation de confiance avec le patient. Et, en corollaire, de disposer soi-même, comme thérapeute, d'une base stable de sécurité dans notre propre vie.

Dans le groupe B (difficultés à trouver des patients), plusieurs personnes ont fait une expérience précoce avec la mort :

-« décès d'un frère »

-« ma mère a avorté de son premier enfant. »

-« ma mère a failli mourir à ma naissance. »

- « mort d'un jumeau in-utéro. »

-« à 8 mois, j'ai failli mourir étouffé. »

-« J'ai été placé trois semaines en nourrice le temps d'une fausse-couche. »

Dans chacune de ces situations, le petit enfant est confronté à une violence destructrice, à un âge où sa maturité psychique ne lui permet pas d'élaborer mentalement ce qui se passe. Il est terrorisé. Cette peur reste imprimée en lui, prête à ressurgir dès qu'une situation viendra rappeler le traumatisme. Ainsi, prendre le risque de tisser un lien avec un patient peut réveiller une angoisse de mort : le patient étant vécu fantasmatiquement comme dangereux ou bien le thérapeute ayant peur de sa propre violence destructrice, il a peur de détruire le patient. Dans le manque de

confiance, il y a un sentiment diffus de non-existence, un fantasme de disparition, une volonté de s'annihiler plutôt que de risquer un échec ou un refus.

Ces éléments font indéniablement penser au narcissisme de mort, concept développé par André Green. Dans un article datant de 1979 intitulé « L'angoisse et le narcissisme », cet auteur présente le narcissisme comme le principal obstacle à la communication avec l'autre. L'angoisse est dite incommunicable. Le Moi trouve en lui-même un objet d'amour, constitué sur le modèle de l'objet. Plus l'objet aura déçu, plus cette narcissisation sera forte. Le sujet cherche alors une compensation dans sa toute-puissance. L'auteur parle d'objet-trauma, à la fois aimable et haïssable, désirable et indésirable. Le désinvestissement d'objet et le repli narcissique exposent alors le Moi aux angoisses narcissiques. La réalité extérieure et la réalité intérieure sont haïes. (Bion). Le bon devient mauvais. De positif, le narcissisme devient négatif. Troubles psychosomatiques ou troubles mentaux peuvent être des solutions. Les traumatismes accumulés sont surmontés en étant niés. La personnalité narcissique a une grande intolérance au deuil car perdre l'objet c'est se perdre elle-même.

Un article datant de 1980 intitulé « La mère morte » traite de l'imgo maternelle qui se constitue dans la psyché d'un enfant dont la mère est en dépression, donc psychiquement morte, souvent à cause d'un deuil (enfant ou parent proche).

La défense la plus importante sera alors un désinvestissement de l'objet maternel (meurtre psychique, accompli sans haine) et une identification inconsciente à la mère morte. Il lui devient interdit d'être.

On comprend que l'apprenti thérapeute dont l'histoire personnelle est proche de cette situation va avoir un long travail thérapeutique de restauration à effectuer.

Et il devient intéressant de s'interroger sur le caractère irrémédiable des troubles liés à l'attachement. Est-ce possible d'atteindre et de réparer ces traumatismes si précoces. En quoi l'outil « Rêve-éveillé » est-il une aide précieuse ?

Les troubles de l'attachement font référence à un niveau très profond et archaïque de la personnalité. Les expériences précoces, infantiles, laissent des traces et sont à l'origine de nombreux traits de caractère, de symptômes, de pathologies. La souffrance psychique la plus intolérable est celle éprouvée par la partie infantile du soi, par l'enfant en soi, le bébé en soi. C'est la souffrance la plus désorganisatrice. Elle est au cœur de la souffrance humaine. L'infantile est toujours actuel : il n'appartient pas seulement au passé, il appartient au présent du sujet.

On peut distinguer parmi les expériences précoces celles qui relèvent de l'archaïque et celles qui constituent l'infantile. L'archaïque concerne le commencement, l'origine, le primaire et laisse des traces sous forme d'angoisses, de mode de défense, de type de relation au monde. L'infantile est une expérience subjective toujours d'actualité, toujours vivante, qui coexiste avec des zones de la personnalité plus matures. Il est mobilisé dans le monde des fantasmes et celui du rêve.

Ne pourrions-nous pas établir un parallèle entre une expérience qui mobilise particulièrement les aspects infantiles, je veux parler de l'expérience de la parentalité et l'expérience du thérapeute qui a des patients.

La parentalité va réveiller l'enfant oedipien en soi et le confronter à une nouvelle expérience de transgression. Devenir parent suppose de prendre la place de son propre parent, de le tuer d'une certaine manière. L'enfant oedipien reste persuadé que la parentalité lui est interdite, réservée à une autre génération.

De même, devenir thérapeute nécessite la même transgression et l'enfant-patient à l'intérieur de l'élève-thérapeute sera face au même interdit.

La parentalité confronte également à des éprouvés plus archaïques de rivalité narcissique. Le bébé est un rival narcissique. Il représente celui qui a accaparé l'attention parentale et qui a fait perdre au sujet l'amour exclusif dont il bénéficiait. Les éprouvés d'envie, de rivalité narcissique, seront à l'origine d'affects comme la haine. De même, le thérapeute peut être possédé par ces mêmes vécus archaïques et cela ne facilite pas la création du lien thérapeute-patient.

Ce temps premier, ce temps des interactions précoces ne peut être reconstruit et la porte est grande ouverte à toutes les projections et les « spéculations imaginatives » comme disait Bion. C'est là où le rêve-éveillé est un outil particulièrement intéressant. Il permet une mise en représentation de l'impensable-impensé.

Ces zones de la pensée sont marquées par le paradoxe. Le rêve-éveillé a une capacité de représentation archaïque du fait même de sa structure paradoxale :

- Les images du rêve-éveillé sont trouvées / créés, comme le sein (je l'ai trouvé et je l'ai créé).

- Seul en présence de l'autre : le thérapeute (comme l'enfant qui peut être vraiment seul car en présence de la mère).

- Détruit / retrouvé : le patient fait l'expérience dans le rêve-éveillé qu'il détruit une figure transférentielle symbolique déposée sur le thérapeute et qu'il la retrouve intacte. Il fantasme qu'il détruit l'autre et il fait l'expérience qu'il ne l'a pas détruit.

- Soi / autre : Le soi intime de la personne est mélangé, tissé avec celui du thérapeute. Le travail psychique du thérapeute aide celui du patient.

- Actif / passif : il faut accepter d'être passif et de se laisser envahir par les images qui viennent et être actif pour les vivre, les formaliser et les dire.

- Réel / imaginaire : l'expérience vécue dans le RE est à la fois imaginée tout en ayant la puissance d'une expérience réelle.

La cure AIRE a deux étapes : la première étape consiste à voir des images, sorte d'hallucinations puis dans un deuxième temps on fait des liens, une mise en pensée. C'est le même processus de symbolisation que celui du psychisme de l'enfant.

Au début, il y a un **acte**, une décharge puis avec l'âge, l'enfant joue. Dans **le jeu** les actes trouvent un cadre et un début de symbolisation. Puis vient **le fantasme**, le jeu est intérieur, il n'y a plus besoin d'actes. Enfin, il y a **la mise en pensée verbalisée**.

Cette dernière étape est une mise en sens, une mise en pensée définitive de la signification du fantasme. Cette mise en pensée est un processus qui met du temps à être acquis. Le thérapeute doit être capable de cette mise en pensée.

Avant la mise en pensée définitive, le thérapeute peut consteller le pré-conscient par l'interprétation métaphorique. Pour certains patients, il faut apprendre à faire un rêve-éveillé, apprendre à mettre en image ce qui est habituellement mis en actes.

Ainsi, l'apprenti thérapeute qui ne trouve pas de patient est-il peut être dans un passage à l'acte. Sa violence destructrice, sa peur, son rejet... tous ces vécus archaïques non encore suffisamment symbolisés, trouvent une expression dans un équivalent d'acting out. La cure AIRE va permettre de sortir de la répétition du traumatisme en permettant de le revivre et de le terminer autrement. Car comprendre ne suffit pas. Il faut revivre la zone de conflits dans le transfert et le RE ce qui suppose une régression et une formalisation des vécus.

La restauration se manifeste surtout par l'expérience vécue de ce qui n'avait pas pu être expérimenté correctement en son temps, l'assouplissement des mécanismes de défense et la recherche de nouvelles voies pour le plaisir et l'affirmation de soi. Ainsi, dans une cure AIRE existe-t-il des rêves-éveillés mutatifs et restaurateurs.

Le rêve-éveillé a un lien avec la fonction alpha de Bion : il permet de vivre l'expérience de la constitution de la fonction alpha interne, celle d'une bonne mère intériorisée et détoxiquante, capable de donner du sens et de structurer la vie psychique.

Le rêve-éveillé a un lien avec la construction d'un Moi-peau (D. Anzieu). Il permet la restauration ou l'instauration de ce qui a manqué : le contenant de la mère. Le rêve devient un contenant pour les affects, les pulsions et les représentations du patient, doublé par le contenant de la séance et la présence du thérapeute. La sécurité interne du patient se renforce au fur et à mesure que le patient contient ses émotions.

Pour conclure, je dirais que la difficulté de trouver des patients est probablement différente d'une personne à l'autre. L'une est trop timide, l'autre trop rejetante, etc... Si nous n'avions pas eu de difficultés dans notre vie, il est bien certain que nous n'aurions pas eu ce projet de devenir thérapeute. Nos difficultés ont visiblement un lien avec nos premières relations, nos premiers attachements, ceux qui sont censés donner la confiance en soi. La réalisation de ce projet (devenir thérapeute) mobilise la personnalité entière et les enjeux sont toujours très importants pour chacun.

Les résistances se mobilisent. Que dire du SDI ?

Des peurs, des angoisses... tous ces freins sont bien là, tapis dans l'ombre.

Ils empêchent les personnes de se réaliser pleinement en les maintenant dans une position infantile. Ils n'ont pas la reconnaissance de ceux qui sont passés dans le monde des grands, celui des adultes. Encore faut-il que ce monde ne soit pas perçu fantasmatiquement comme trop dangereux.

Quelle que soit l'origine du problème, la cure AIRE devrait permettre à chacun de restaurer de bonnes imagos parentales et c'est bien compréhensible que ce soit plus long chez certains. Alors courage, rêvons éveillés, et faisons confiance au processus !

Bibliographie

BALIER, C. **La psychanalyse et les agirs**, article La société psychanalytique de Paris

BOWLBY, J. **Attachement et perte**. vol.1 **Attachement** 1969 PUF

CICCONE, A. **L'archaïque et l'infantile** dans le cahier Spirale n°45

FABRE, N; **Aux origines du rêve...** L'esprit du temps 2007

FILLIOZAT, I. **Fais-toi confiance** éd. JC Lattès

FOUCAULT, P. **Traitement des troubles et des pathologies de l'attachement** selon la théorie de l'attachement, compte-rendu de formation (ploubier@videotron.ca)

GARNEAU, J. **La confiance en soi** article de « La lettre du psy » vol. 3, n°2, février 99

GREEN, A. **Narcissisme de vie, narcissisme de mort**, Les éditions de minuit 2007

HENRIOT, J.M. **L'archaïque et le rêve éveillé** CD n°4, 3ème année formation AIRE

KLEIN, M. **Deuil et dépression** Payot 2004

KLEIN, M. **Le besoin de réparation**. Payot 2001

MEGGLE, V. **Confiance en soi** (étymologie, genèse et généalogie) article de Psychanalyse en mouvement

PIERREHUMBERT, B. **Le premier lien. Théorie de l'attachement** éd. O. Jacob 2003

SAINT-ANTOINE, M. **Les troubles de l'attachement** (Centre jeunesse de Montreal)

SURIN, F. **Passages à l'acte**. Université de Bourgogne, mémoire de DESS.