

THIERRY FRELÉCHOZ

PSYCHOTHÉRAPEUTE FSP

POUR UNE ANALYSE TRANSGRESSIVE

L'apnée thérapeutique
Janvier 2006

Chapitre 1 : Présentation clinique

Introduction

Je vais vous présenter tout d'abord une situation clinique. C'est une situation qui m'a obligé à développer une nouvelle technique de travail.

Pour la clarté de l'exposé, j'ai divisé la présentation de ce cas clinique en phases et je vais vous présenter les trois premières.

I. Demande

Cette première partie du travail, concerne la demande ou ce qui en a tenu lieu.

C'est une jeune femme d'une trentaine d'années qui est venue me consulter avec son ami de l'époque pour un problème de couple. Elle a une trentaine d'année, elle est comptable dans une entreprise de la place, il est exploitant agricole, il a le même âge qu'elle. Ils sont tout a fait affable, bien intégré socialement apparemment.

Après quelques entretiens à trois, je conviens qu'une thérapie de couple n'est pas possible parce qu'il n'y a pas de couple qui existe, il y a juste deux individus en relation. C'est ce que j'appelle la demande initiale.

Ce qui me frappe dans ces quelques entretiens c'est la souffrance qui émane d'elle. C'est une détresse masquée, dissimulée, qui ne se montre pas, qui se dissimule très bien mais que j'ai ressentie et qui m'a beaucoup impressionnée. Je lui ai proposé alors de faire un travail individuel, ce qu'elle a accepté. Nous nous sommes vu une fois par semaine. Ceci est la demande, ou ce qui en a tenu lieu.

Elle dira plus tard avoir tenté à trois reprises des approches thérapeutiques de type analytique mais, à chaque fois, les thérapeutes l'ont renvoyée à d'autres collègues, chacun l'un après l'autre se déclarant incompetents.

II. Tissage du lien

Dans les premiers entretiens, elle livre quelques éléments de sa vie et elle se tait. Elle vient aux séances très régulièrement, toujours très à l'heure, s'assoit en face de moi et ne dit rien. Mais rien de rien. Tout va bien. Aux questions que je pose, elle répond sobrement et elle se tait. Point. Ce n'est pas un silence hostile, fermé ou agressif, c'est un silence d'attente, d'attente muette, un silence qui attend, qui ne réclame rien, qui attend juste qu'on veuille bien s'occuper d'elle, si bien sûr on n'a pas autre chose à faire.

J'ai décidé au bout d'un certain temps d'être plus actif dans le travail avec elle, et cette étape du travail va prendre environ 6 mois.

Dès lors, dans les séances, je lui pose quelques questions sur sa vie actuelle, elle me donne quelques éléments et à partir de cela je brode, je raconte des histoires, des récits, je fais des liens avec des contes de fée qui viennent alimenter nos séances où elle continue de ne pas dire grand-chose mais où elle vient avec beaucoup d'assiduité.

Au point de vue théorique, ma façon d'agir ici s'appuie sur un texte de René Roussilloni, qui définit le travail analytique classique basé sur l'a priori selon lequel le patient « connaît sans connaître » la source de ses maux, et que ce savoir est aliéné, méconnu, déguisé...à ses propres yeux, inconscient. ...Il définit que dans les parties clivées de la personnalité existe un mode de fonctionnement « au-delà du principe de plaisir », et il préconise, non pas « un laisser revenir » mais un « aller chercher » au-delà des superstructures protectrices derrière lesquelles elles sont gardées clivées. Il définit le « aller chercher » de la façon suivante : « il s'agit de repérer le « mouvement furtif » de dégagement, pour établir le « contact », ou du moins pour trouver une manière de signifier au patient que nous cherchons à le contacter et comment nous cherchons à le contacter. De cela nous devons prendre l'initiative : le patient a fait le travail dont il était capable, il nous a fait le signe qui était possible pour lui ; à nous de chercher à partir de là comment le *lien*¹ va pouvoir s'établir ».

Comme on peut le voir dans cette situation, ce n'est pas elle qui directement fait une demande, c'est moi qui la lui propose. Elle était incapable de faire une demande, elle portait la souffrance, et elle n'aurait pas eu la force de me demander quoique que ce soit.

III. Dévoilement

La troisième partie du travail va consister en un travail de dévoilement, et va demander environ 18 mois.

Dans les phases précédentes, elle avait laissé sourdre en moi (c'est-à-dire laisser naître, surgir) l'idée qu'elle est porteuse d'un secret. Porteuse d'un secret secret suis-je tenté de dire. D'un secret tellement secret qu'il ne fallait même pas dire qu'un secret existait.

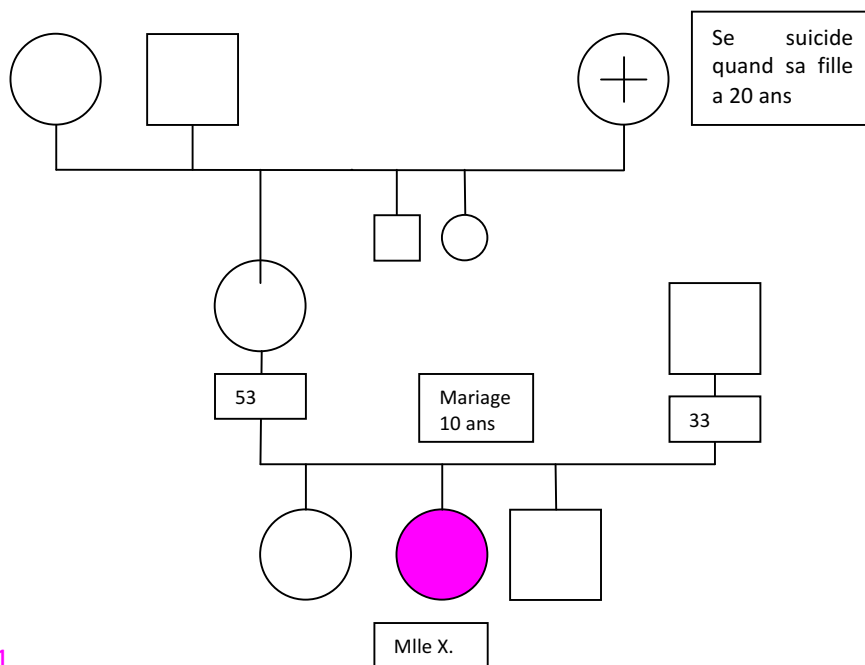
¹ Souligné par moi.

Ce secret, elle finira par me l'écrire. Elle me donnera le texte ou elle le révèle, dans une enveloppe, mais je devrai attendre encore huit mois avant de pouvoir le lire. La séance qui suit son autorisation, elle ne viendra pas, ce qui ne lui est jamais arrivé jusqu'alors. Après coup, elle me dira : « J'étais sûr que vous ne voudriez plus me voir ».

Ce secret, elle va me le livrer par tranche, par petit bout, et c'est comme une descente dans l'horreur par palier, ce sera de pire en pire. Mais toujours elle m'en parlera avec beaucoup de pudeur, avec le soin de ménager ma sensibilité et il lui faudra des mois, voire des années pour en dévoiler tous les aspects. Pour la facilité de l'exposé je vous le livre en un bloc.

Comme on peut le voir ici, ce n'est pas elle qui directement fait une demande, c'est moi qui la lui propose. Elle était incapable de faire une demande, elle portait la souffrance, et elle n'aurait pas eu la force de me demander quoi que ce soit.

Anamnèse



1

Enfance :

- Départ du père de la maison
- Départ de la mère avec un nouvel amant (« Je dois vivre ma vie ») et retour du père.
- Première « nounou » qui l'oblige à faire « plaisir » à son ami. (fellation).
- Retour de la mère, sans qu'aucune explication ne soit donnée et re-départ du père.
- Nouvelle « nounou » sadique qui joue sur la crainte de la séparation (« comme ton père et comme ta mère ont déjà fait. »).
- Fugue pour retrouver le père, qui la ramène à la maison, après lui avoir acheté un cadeau. Aucune question sur le pourquoi. On agit, on ne parle pas.

Adolescence

- Tentative de suicide, déguisée en chute dans l'escalier, multiples fractures. Ni l'hôpital, ni les parents n'en font cas.
- Initiation très tôt à la toxicomanie.
- Relations sexuelles basées sur « cela lui fait plaisir à lui, au moins il me prend dans les bras ». On est là dans la promiscuité sexuelle et non dans une vie sexuelle d'adulte.

Adulte

- Départ à l'étranger pour quitter son milieu. Elle a environ 20 ans.
- Se sèvre seule pendant son voyage.
- Retour pour faire des études en vue d'un travail. Comptable.
- Gros problèmes de boulimie qui apparaissent.
- Quand elle vient me voir, elle a un travail, un ami, et elle part toujours seule en vacances, ce qui est le seul espace où elle peut être elle-même.

En terme de diagnostic nous avons ici le choix entre abandon infantile, maltraitance sexuelle, toxicomanie ou problématique alimentaire.

Ce qui va me poser le plus de problème dans cette partie du travail, c'est la honte et la culpabilité primaire. C'est-à-dire tout est de sa faute. C'est Roussillon, à la suite de Ferenczi, qui parle de deux types de culpabilité :

- un premier type de culpabilité est lié à l'expérience de menacer *un bon objet* (le sujet aime l'objet mais comme il en est dépendant il le hait, il craint alors que sa haine ne détruise l'objet qu'il aime, etc. ; cette culpabilité peut être consciente, secondaire, elle est due à l'ambivalence (dépressive ou œdipienne) ;

- un second type de culpabilité est lié à l'expérience non pas de menacer un bon objet mais de créer un *mauvais objet* ; cette expérience remonte à l'époque où l'objet n'est pas encore différencié du sujet, où l'environnement n'est pas encore reconnu par l'enfant comme extérieur à lui, et cette culpabilité est due à une non-adaptation suffisante de cet environnement aux besoins de l'enfant (l'objet n'est pas suffisamment adapté aux besoins du sujet à cette époque du narcissisme primaire, le sujet découvre alors un mauvais objet qu'il a l'illusion d'avoir lui-même créé, il ne peut créer que du mauvais car le mauvais du dehors s'impose à lui, à ce stade de non-différenciation, comme du mauvais du dedans, le sujet est donc lui-même foncièrement mauvais) ; cette culpabilité est inconsciente, primaire, issue de l'indifférenciation sujet/objet ; elle accède très difficilement à la conscience, en tout cas en ce qui concerne les raisons qui la justifient.

Hypothèse

Par rapport aux hypothèses que j'ai pu formuler dans cette partie du travail, la plus importante est la suivante : Toute cette famille est dominée par la figure de la mère. La mère

est intouchable, non questionnable, porteuse d'une immunité qu'il nous faudra du temps pour mettre à jour. Cette mère est intouchable, car elle a une souffrance plus grande que tout les autres, une souffrance plus grande que la plus grande des souffrances, souffrance qui justifie tout ses comportements et interdit toute remise en question de son attitude, sous peine d'être désignée comme responsable de sa mort.

En effet, cette mère a perdu sa propre mère qui s'est suicidée quand elle avait 20 ans. Au nom de cela, elle a vécu la plus grande de toutes les souffrances et les autres doivent s'incliner. Beaucoup plus tard, viendra à jour le secret à savoir que c'est la fille qui a permis à sa mère de sortir de l'asile contre l'avis de sa propre mère. Peu après sa sortie de l'hôpital cette femme, se tuait.

On peut voir cette problématique dans le sens de la crypte ou du fantôme de Torok.

Ceci pour donner un petit aperçu des confusions dans lesquelles était ma patiente au niveau affectif. Si elle dit la moindre des choses à sa mère, celle-ci va se suicider et elle en sera responsable.

Mettre à jour tous ces éléments nous a demandé plus de deux ans et demi de travail (en 30 mois).

Arrivé là, j'ai le sentiment que les choses vont pouvoir avancer.

J'ai tenté jusqu'ici, comme Roussillon le suggère à la suite d'autres auteurs, (Ferenczi le premier, Balint et Winnicott ensuite...) de nommer, de faire des hypothèses autour de ce qui se jouait dans sa vie, ses habitudes. Elle ne pouvait pas le nommer elle-même car elle n'avait pas conscience de ce qui s'était joué pour elle. Cette démarche, plus active, a permis que certains niveaux soient atteints, et que certaines difficultés se résolvent. Elle est moins à la merci des caprices de sa mère, elle ne s'engage plus dans des relations amoureuses les yeux fermés, elle peut parfois prendre position et ne plus être juste hyper accommodante pour les autres.

Je pensais à ce moment que l'indicible, ayant été énoncé, le secret mis à jour, ses conséquences élaborées, ce qui s'était vécu pouvant se reconnaître, que nous allions pouvoir poursuivre selon un cursus typiquement analytique.

Malheureusement les choses ne vont pas se passer comme je pensais et je vais atteindre là les limites de mon travail.

IV. Le mur ou la pulsion de mort.

En effet, à ce moment du traitement, elle me dit avoir repris des drogues dures et elle me parlera pour la première fois de son désir de mourir. Tout est déjà prévu. Elle aime marcher dans la nature, elle a repéré un endroit idéal dans la montagne, un pierrier, elle pourra glisser... et tout sera fini.

Tout le monde pensera qu'il s'agit d'un accident, elle aura dérapé, ce ne sera la faute à personne, personne ne sera coupable, ce sera un coup du destin, une fatalité. Toutes ces affaires seront en ordre, elle ne laissera aucun désordre ou souci pour quelqu'un d'autre. C'est sur un ton timide, suppliant qu'elle me demande – non pas de la retenir- mais de la laisser partir. Pas de colère, pas de rage, juste une supplication, « Laissez-moi faire ! Ne me retenez pas, c'est trop dur de vivre, je n'y arrive plus, ne soyez pas cruel avec moi ! ». C'est un souhait. Et dans les semaines qui suivent, ce même discours : « laissez-moi partir, permettez-moi de quitter cette vie là ».

La persistance de son désir de mort, le désespoir qu'elle montrait, sa fatigue de vivre m'ont amené à la question d'un internement non volontaire. Mais comme elle ne présentait pas les signes extérieurs d'agitations, d'angoisses, qu'elle continuait son activité professionnelle et qu'elle ne présentait aucun signe de négligence, ni aucune demande, ceci ne m'a pas paru possible. Elle était tout à fait capable de masquer sa détresse devant quelqu'un d'étranger.

Je lui ai proposé de faire appel à un médecin pour un appui médicamenteux, mais elle l'a refusé d'une manière qui a attiré mon attention. En creusant un peu, je me suis aperçu qu'elle ne consultait jamais de médecin et qu'elle semblait terrorisée à l'idée de devoir le faire. J'ai senti qu'elle était prête à ne plus revenir si je maintenais ma proposition. J'ai donc aménagé une rencontre entre elle et un médecin d'un service d'urgence dans mon cabinet pour établir le traitement que son état nécessitait.

Le médecin a bien sûr diagnostiqué un état d'angoisse aigu et il lui a proposé des anxiolytiques, qu'elle a acceptés. Dans les semaines qui ont suivi, j'ai servi d'intermédiaire entre ma patiente et le médecin pour l'adaptation du traitement, ce que sa prise de drogue n'a pas facilité. Les médicaments n'ont pas eu d'effet miracle, mais ils nous ont permis de tenir, le temps d'aménager une solution pour elle. Pour la petite histoire, c'est bien plus tard qu'elle retrouvera le souvenir d'une visite chez un médecin, avec ses parents, qui semblent avoir mené des investigations gynécologiques, mais ceci restera très brumeux. Plus tard, j'ai dû l'accompagner chez un médecin installé en ville pour qu'elle accepte des soins.

Au niveau théorique je me suis beaucoup interrogé à ce moment là. Et s'il s'agissait juste d'une réaction thérapeutique négative ii: « qui est un type de résistance à la guérison particulièrement difficile à surmonter... comme si certains sujets préféraient la souffrance à la guérison. » Freud rattache ce phénomène à un sentiment inconscient inhérent à certaines structures masochiques ».

Que voilà une définition qui aurait pu convenir à cette situation ! Le masochisme primaire, issu de la pulsion de mort, est plus forte que les mots, il ne me reste qu'à m'incliner et à accepter mon impuissance à l'aider.

Pour ma part, cette question de la pulsion de mort m'a toujours interrogé. La détresse qu'elle me manifestait, ses supplications pour que je la laisse partir, avaient plus à voir avec du désespoir, une lassitude, qu'une volonté délibérée de mourir. Ce qui m'a fait revenir au texte de Freud sur « Au-delà du principe de plaisir », avec sa découverte du mécanisme de répétition mais je n'ai pas le temps de développer cet aspect des choses.

J'ai négocié avec elle un contrat ou elle acceptait de différer son désir de disparaître, le temps que je trouve une solution à sa souffrance. Elle a accepté d'attendre « jusqu'à Pâques ».

J'ai alors choisi de lui proposer, en ultime recours la technique que je vais vous présenter maintenant, à savoir : l'apnée.

CHAPITRE 2

A. Présentation de l'apnée

L'apnée est l'arrêt volontaire de la respiration.

C'est une activité millénaire utilisée par tous les plongeurs du monde. Elle a connu un développement spectaculaire depuis le film de L. Besson : « Le Grand Bleu » qui relate la vie romancée de J. Mayol, le premier homme à avoir franchi la barre des 100 mètres sous l'eau. Il faut noter d'emblée qu'à la fin du film, le héros choisit de s'enfoncer à des profondeurs où règne l'obscurité, où il sera rejoint par des dauphins, plutôt que de rester à terre où une femme qui porte son enfant l'attend. Un message de mort donc !

Depuis, cette activité est devenue un « sport ». Certains de ceux qui la pratiquent ont fixés des règles de prudence qui sont dans le respect de la vie. D'autres, adeptes des sports extrêmes, réclament le droit d'en faire ce qu'ils veulent, et ils sont accompagnés il est vrai par des sponsors partisans du « no limit », ce qui provoque l'intérêt des médias. C'est dans cette catégorie que les accidents mortels se produisent le plus souvent, et ils ont été jusqu'à homologuer un record de profondeur d'une championne du monde, qui est morte lors de la remontée. Les jeux du cirque romain ne sont pas si loin qu'on le pense.

Mais ce n'est pas de cela qu'il sera question ici, mais vu le retentissement médiatique de cette activité, il fallait le préciser.

Beaucoup de gens pratiquent l'apnée pour le plaisir, en étant conscients des limites de la nature humaine. Beaucoup de techniques de méditation, de yoga et d'éveil utilisent la respiration comme exercice.

Décrivons maintenant ce qui se passe du point de vue physiologique.

Physiologie

La respiration est nécessaire pour que les cellules brûlent des sucres, des graisses et des protéines, et cette combustion chimique nécessite de l'oxygène O₂ et rejette du gaz carbonique CO₂ et de l'eau H₂O. Je vous fais grâce des formules chimiques.

L'approvisionnement en oxygène et l'élimination du gaz carbonique sont assurés par deux systèmes complémentaires :

1. -La circulation sanguine qui véhicule le gaz carbonique et l'oxygène sous forme dissoute et liée à l'hémoglobine
2. -Le système respiratoire qui épure l'excès de gaz carbonique dans le sang et l'enrichi en oxygène.

Pendant l'apnée, la pression d'oxygène diminue dans les alvéoles pulmonaires. L'air est consommé par les cellules, tandis que la pression de gaz carbonique s'accroît. Cette différence de pression produit un changement de la composition du sang. Lorsque la teneur en gaz carbonique augmente et atteint un seuil critique, des récepteurs neurologiques préviennent le système nerveux central du déficit en oxygène. C'est donc le niveau de gaz carbonique qui enclenche le signal. Ce stimulus hypoxique déclenche l'envie de respirer sous forme de réflexe thoracique et de la glotte. Ce sont les spasmes du diaphragme. Poursuivre l'apnée au-delà expose à la syncope. Et donc à la noyade si l'on est sous l'eau. A l'air libre la personne perd conscience et les mouvements réflexes du diaphragme font repartir la respiration.

La capacité à retenir sa respiration est individuelle, mais elle peut être augmentée par l'entraînement. Une personne peut facilement tenir 2 ou 3 minutes, le record mondial en apnée statique (dans une piscine la tête à la surface de l'eau) est au-delà des 9 minutes. Ces records ne sont validés que si l'apnéiste, au sortir de son exercice, ne présente aucun symptôme de syncope : phénomène de lambda : l'apnéiste semble se réveiller soudain, il perd momentanément l'équilibre, il a des spasmes musculaires... Les règlements des fédérations d'apnéistes exigent, pour valider un record, que le prétendant enlève lui-même ses lunettes et se touche le nez avec un doigt de la main, preuve qu'il est lucide.

Etudions maintenant ce qui se passe dans un exercice d'apnée.

Dans un premier temps l'apnéiste va procéder à des exercices de respiration qui vont l'amener à se détendre le plus possible, abaisser son rythme cardiaque pour consommer le moins d'oxygène possible. Il existe deux façons de respirer.

- La première est la respiration « tarzan », ou thoracique: ce sont les muscles intercostaux qui sont sollicités, ce qui provoque un gonflement de la poitrine, ce qui va saillir les pectoraux, le ventre se rentre par l'effet de la remontée du diaphragme dans les poumons, le bas des poumons est comprimé. L'effet est spectaculaire et plaît aux dames mais son efficacité en terme de volume respiratoire est très pauvre.

- La seconde est la respiration « bouddha » ou ventrale : le ventre se gonfle sous l'effet de la descente du diaphragme, le bas de la cage thoracique s'élargit, le volume pulmonaire augmente.

La respiration la plus efficace est bien sûr celle qui combine ces deux façons de respirer. D'abord la respiration ventrale, puis celle de la poitrine. Visuellement cela peut se traduire par l'image d'une vague, qui naît au bas du ventre et se propage jusqu'à la gorge. Ceci suppose un apprentissage, la plupart des gens, même les sportifs, ignorent bien souvent ces possibilités de la respiration.

Dans la préparation à l'apnée, il peut y avoir la tentation d'hyperventiler, ce qui abaisse le taux de gaz carbonique dans le sang et retarde d'autant le réflexe de la respiration, et augmente le taux d'oxygène dans le sang. Mais ceci perturbe les récepteurs qui signalent que la limite est atteinte et la syncope survient sans prévenir. C'est donc un exercice à pratiquer sous contrôle. Un des signes de saturation de l'oxygène dans le sang peut se manifester par des picotements aux extrémités. Pendant cet exercice, l'organisme déclenche une hématoze préférentielle des organes nobles (système nerveux central, cœur...). C'est-à-dire que le corps privilégie la circulation sanguine dans ces organes au détriment du reste du corps.

Lorsque nous bloquons la respiration on peut diviser ce qui se passe en quatre phases :

- I. La cage thoracique est gonflée à fond, le sang est chargé en oxygène à son maximum, la pression dans la gorge de l'apnéiste est à son maximum, ce qui peut provoquer une sensation d'oppression. Au fil du temps l'oxygène est consommé. Cette phase, sur une apnée de 5' peut durer environ 1 minute.
- II. La pression dans les poumons a diminué, un équilibre est atteint, c'est la phase agréable de l'exercice. Un sentiment de bien-être s'installe, c'est le calme avant la tempête. Cette phase peut durer 2 ou 3 minutes.
- III. Les premiers signes du besoin de respirer apparaissent. Une tension se fait jour au niveau du diaphragme qui très vite va se contracter. Pour celui qui a l'habitude il est tout à fait possible de conduire ses spasmes, de les rythmer, et de prolonger les moments de contraction et de relâchement par la force de sa volonté. Inutile de dire que l'angoisse est au rendez-vous. Si l'exercice est poussé très loin, chez certains sujets, on peut voir apparaître des doubles spasmes du diaphragme. Ici la perception de ses propres limites est fondamentale, le but est d'aller aussi loin que possible, en repoussant la limite, sans jamais la franchir.
- IV. Quand il le souhaite, l'apnéiste reprend sa respiration, avant de tomber en syncope. Et c'est le moment le plus important de l'exercice, celui de la récupération, celui qu'il ne faut pas escamoter. C'est celui de la détente, du bien-être, du plaisir à respirer, redécouvrir cette satisfaction primitive, primale et vitale de la respiration au dehors de toute contrainte.

La durée des phases citées ci-dessus est très variable d'une personne à l'autre. Certains ont une première phase très longue, d'autres pas, d'autres tiennent quelques secondes les spasmes, alors que d'autres peuvent tenir 1 voire 2'. La condition physique, l'état de tension interne, la fatigue de l'apnéiste, le fait d'avoir mangé avant ou pas, ont bien sûr une influence très grande dans les performances. C'est la raison pour laquelle le temps n'est pas un but en soi ni une finalité, mais un indicateur.

Pour ma part, c'est d'abord en tant que technique sportive et de relaxation que je l'ai apprise. Je l'ai utilisée dans un cadre professionnel très stressant- la prison- pour faire face à la tension nerveuse très importante générée par l'environnement. En effet, c'est une technique qui permet d'évacuer rapidement la tension nerveuse accumulée. Elle permet, au travers de la prise de conscience de la respiration, du sentiment d'oppression au niveau du plexus, de repérer le niveau de tension émotionnel qui nous habite. Dans ces milieux très chargés émotionnellement, c'est un outil précieux pour ne pas « pêter les plombs ». C'est une technique qui permet également l'évacuation de la tension nerveuse, comme les techniques de relaxation classique (Schultz, Training autogène...), mais de façon plus concentrée, plus rapide. J'ai transmis cette technique dans le cadre de l'école de formation des gardiens, qui appréciaient sa pertinence. En effet, elle permet à chacun de ressentir la tension qui l'habite, et de l'évacuer, et ce sans devoir être dans un environnement calme, paisible et harmonieux, difficile à trouver dans ce milieu, on s'en doute.

B. Apnée thérapeutique

C'est au cours de ce travail avec elle, qui était d'abord un travail centré sur la relaxation, l'apprentissage d'un bien-être dans l'ici et maintenant, pour qu'elle soit moins angoissée, paniquée, submergée par ses émotions, que je me suis aperçu progressivement qu'émergeaient des émotions, et des sentiments très profonds.

Je vais vous parler maintenant de cette dimension que j'ai découverte, re-découvert, et développée à partir de l'apnée et c'est une technique que j'ai appelée « apnée thérapeutique ». Je ne développerai pas ici l'aspect personnel pour des raisons de timing.

Je suis conscient que la respiration est un mode d'approche qui a été souvent utilisé (Rebirth, Yoga, sophrologie...).

L'apnée, dans sa dimension thérapeutique, va permettre un accès à des zones du psychisme hors de portée sans cela, et ce, au travers de deux facteurs :

- *La première parole humaine est un cri respirant.*

1.- Vécu personnel

L'apprentissage de l'apnée donne accès à une technique de relaxation qui permet au patient de se centrer sur son corps, sur les muscles qu'il actionne pour respirer, la différence entre la respiration diaphragmatique et la respiration de la poitrine. Il y a là un effet de centration et cela permet la prise de conscience d'automatismes autour de la respiration, des tensions musculaires etc.

Ensuite le fait de retenir sa respiration est un exercice relativement facile pendant tout un temps. Le corps peut supporter sans difficulté plusieurs dizaines de secondes sans respirer. Au-delà de cette première étape, un sentiment de tranquillité peut même s'installer, le mélange oxygène - gaz carbonique est équilibré, et un état de bien-être, de calme peut s'installer pour autant que l'état de l'apnéiste le lui permette, qu'il ne se fasse pas de souci,

qu'il connaisse ses capacités et qu'il ait donc l'esprit tranquille. Nous sommes là dans la zone de l'effort physique, dans la zone de sport, de l'exploit.

Mais la phase qui suit, qui est délimitée en gros par le début des spasmes, mouvements automatiques du diaphragme qui signalent que le manque d'oxygène commence à dépasser un seuil et que le réflexe naturel de la respiration aimerait s'enclencher. Et c'est là que la résistance psychique entre en jeu.

Si jusque là le calme, la décontraction permettait à une consommation d'oxygène minimale de se faire, ici le corps réclame son dû ! Et les spasmes, au départ tranquilles, vont aller en s'accéléralant, la contraction du diaphragme se fait de plus en plus forte. La panique, l'angoisse, la peur de mourir plantent leurs griffes dans l'esprit. La raison voudrait qu'on respire, et la volonté voudrait poursuivre encore quelques temps. Le combat est titanesque entre l'angoisse et la volonté, l'instinct de survie et le désir de repousser la limite plus loin. On est là au niveau de l'instinct de conservation.

Ici, où plutôt dans ce moment là, l'instinct de vie est activé. Le fonctionnement psychique tout entier est concentré autour de la respiration. Rien d'autre n'a d'importance. Nous arrivons là dans un registre très primitif du fonctionnement humain. C'est la lutte entre Eros et Thanatos.

- *Si une émotion peut couper le souffle, couper le souffle peut réveiller une émotion.*

Et le moment le plus important est bien sûr celui de la reprise du souffle, de la réouverture à la vie.

Il m'est arrivé de dire à ma patiente, dans certain moments de désespoir : « Vous voulez ne voulez plus vivre, alors commencez par essayer d'arrêter de respirer »

- *Comme le disait F. Dolto « ...son contrat de vivant, d'inspiration en inspiration, après que, d'expiration en expiration, il ait risqué, en confiance, ce contrat de vivant. »*

2.- Vécu transférentiel- Accompagnement...

On l'a vu, le premier facteur est un facteur personnel, de découverte de soi et de ses limites. Le deuxième facteur résulte du contact corporel que j'établis avec mon patient. En effet, je pose ma main sur le diaphragme de mon patient dans ces exercices d'apnée.

Dans l'exercice d'apnée, ma main est posée sur le diaphragme de mon patient. Il n'est pas seul, isolé. Nous sommes en lien, un lien physique, au travers de ma main, témoin des spasmes qui l'agitent et mes paroles l'accompagnent dans son cheminement. Je traduis ce dont ma main est témoin. L'état de détente du ventre, les crispations du diaphragme, le rythme de la respiration, j'encourage la conduite des spasmes, bref, je suis en phase avec ce qui se vit dans l'ici et maintenant. Dans cet effort que mon patient fait, il n'est jamais seul, dans cet état de panique d'angoisse, je suis présent à ses côtés, j'assure une continuité psychique.

En résumé donc, dans l'apnée, le patient fait un exercice qui le pousse jusque dans les limites de son fonctionnement corporel, il se met artificiellement dans une situation de survie, de recherche de ses limites physiologiques et il met à l'épreuve sa capacité de résistance à l'angoisse à l'état pur. Dans cette situation, il est libre de respirer quand il veut, et il n'est pas dans la solitude parce qu'il est « porté » par moi.

On arrive dans des zones où ce sont les couches primitives, primaires du fonctionnement qui sont sollicitées et qui apparaissent.

Il y a dans l'apnée un facteur très fort, très intense qui peut faire peur. C'est un traitement qui va dans l'intime, le corporel, le primitif, le premier, le très personnel de l'autre et qui fait du thérapeute le témoin privilégié de la force et de la faiblesse du patient. Que voilà une relation difficile à gérer, délicate surtout.

Dans la situation clinique dont j'ai parlé, on s'imagine bien que de mettre ma main sur le plexus de cette patiente ne s'est pas fait sans certaines précautions et beaucoup de souci de ma part. Je n'aurais jamais osé le faire si elle n'avait pas été dans cette dernière extrémité.

A ce jour, je ne sais pas ce que j'aurai fait si à Pâques, elle avait maintenu son projet de disparaître.

Ici, je n'ai pas eu à répondre à cette question, nous avons franchi cette limite sans qu'elle revienne sur la question. Dans la suite du traitement, nous avons refait ce type de contrat, elle acceptant de sursoir à son projet de mettre un terme à ses souffrances en échange de ma garantie de me creuser la tête pour tenter de comprendre l'obstacle qui nous faisait piétiner.

Alors, psychanalyse ou pas ?

Et maintenant examinons ensemble en quoi une telle technique relève d'un traitement analytique ou pas. Pour ce faire, je vais m'appuyer sur quelques références théoriques et je vous invite à faire avec moi un voyage au travers de différentes références analytiques pour tenter de la situer.

C'est Winnicott qui propose une répartition des patients en analyse.ⁱⁱⁱ

La sélection des cas implique une classification. Pour le présent objectif, il groupe les cas selon l'équipement technique qu'ils exigent de l'analyste. Il distingue trois catégories de cas.

En premier lieu, il y a les patients qui agissent en tant que personne totale et dont les difficultés appartiennent au monde interpersonnel. La technique pour le traitement de ces patients relève de la psychanalyse telle qu'elle a été élaborée par Freud au début du siècle.

Puis, en deuxième lieu, viennent les patients chez lesquels on peut tout juste commencer à considérer comme établie l'intégrité de la personnalité. En fait on peut dire que l'analyse s'occupe des premiers événements relatifs à la réalisation de cette intégrité et qui la suivent

par inhérence ; ces évènements se rattachent aussi à la rencontre de l'amour et de la haine et à la prise de conscience progressive de la dépendance. C'est l'analyse du stade de la sollicitude ou de ce que l'on est venu à connaître comme la « position dépressive ». Ces patients requièrent l'analyse de l'humeur. Dans ce travail, la technique ne diffère pas de ce qui est nécessaire aux patients de la première catégorie, néanmoins quelques nouveaux problèmes dans les modalités de la cure (*management*) surgissent en raison de la plus grande étendue du matériel clinique abordé ; ce qui est important c'est l'idée de la *survie de l'analyste* en tant que facteur dynamique.

Dans le troisième groupe, il place tous les malades dont les analyses doivent **aborder les premiers stades du développement affectif avant et jusqu'à l'établissement de la personnalité en tant qu'entité, antérieurement à l'acquisition de l'élément espace-temps**. La structure de la personnalité n'est pas encore bien ancrée. En ce qui concerne ce troisième groupe, l'accent porte plus sûrement sur le *management*, et il arrive parfois avec ces malades que, pendant de longues périodes, le travail analytique reste en suspens pour céder le pas à l'attitude de *management*.

Pour résumer en fonction de l'environnement, on peut dire que dans le premier groupe nous avons à faire à des malades qui éprouvent des difficultés dans le cours habituel de leur vie familiale, en supposant une vie familiale dans la période de pré-latence et en supposant un développement satisfaisant dans les stades infantiles primitifs. Dans la deuxième catégorie- l'analyse de la position dépressive- nous avons à faire à la relation mère-enfant, surtout autour de la période où le sevrage devient un facteur significatif. La mère maintient (*holds*) une situation dans le temps. Dans la troisième catégorie, entre en jeu le développement affectif primaire, celui pour lequel il est nécessaire que la mère assure effectivement le maintien (*holding*) du petit enfant.

Dans la situation décrite ci-dessus on est visiblement dans cette troisième catégorie de patient où c'est le développement affectif primaire qui est en jeu.

Certains analystes, garant du cadre et de l'orthodoxie analytique classique, peuvent estimer que le cadre proposé n'est plus un cadre analytique et que donc ce travail ne peut pas être considéré comme analytique au sens « pur » du terme. Alors reprenons les définitions de base d'une demande d'analyse.

Dans la situation qui nous occupe ce soir, on est bien loin de la définition que Freud donnait de la demande pour faire une analyse : « Quelqu'un, par ailleurs maître de soi, souffre d'un conflit interne auquel il ne peut mettre fin tout seul, si bien qu'il finit par venir chez un psychanalyste à qui il se plaint de la chose et demande son aide.^{iv} »

Freud on le sait a eu à faire ou a choisit les cas « de ceux qui avaient été convenablement pourvus dans la première enfance ». Il supposait acquise la « situation primitive de maternage »^v. Dans la situation qui nous occupe, les conditions de base d'un maternage n'ont pas eu lieu et nous nous tournerons donc vers d'autres références.

On l'a compris dans cette technique d'apnée, on est dans ce que G. Rosolato^{vi} a nommé « la psychanalyse transgressive ». L'axe transgressif est défini par : « les prises de conscience du

psychanalyste qui, lorsqu'elles se produisent, entraînent une modification importante dans la manière de conduire les cures, avec le sentiment de devoir opérer une révision par rapport aux modes de fonctionnement antérieurs ». L'auteur classe dans ce type de thérapie Ferenczi, Reich et Winnicott.

Pour rappel, la racine commune de transgression, de régression, progression ou agression est *gressus* qui signifie *un pas*.

Ferenczi écrit^{vii}, que s'il a souvent enfreint les conseils techniques de Freud, non sans grands scrupules jusqu'au moment où il lui fut confirmé par son intuition que les conseils en question étaient essentiellement des recommandations pour débutants et qu'il fallait laisser une grande liberté à l'analyste, mais il précisait toutefois : « ... dans la mesure où il pouvait s'expliquer les conséquences métapsychologique de sa conduite ».

Cette réflexion est à souligner, car elle seule est la justification possible de la transgression analytique.

CHAPITRE 3

Métapsychologie de l'apnée

Alors essayons de définir ce qui fonctionne dans l'apnée et en quoi cette technique peut être rattachée à la métapsychologie.

C'est chez Michel Balint^{viii} que je vais aller chercher des références et plus particulièrement dans son ouvrage : « Le défaut fondamental ». Il y a un niveau, évolué, familier et moins problématique qui est le niveau œdipien, et l'autre qui est le niveau plus primitif, le préœdipien, le prégénital ou le préverbal^{ix} ». Balint propose de nommer ces deux niveaux d'un nom différent, œdipien pour celui plus élevé et le niveau du défaut fondamental pour l'autre.

A propos du niveau du défaut fondamental il dit :

- a) *Tous les événements qui s'y produisent appartiennent à une relation exclusive à deux personnes ; il n'y a pas de troisième personne présente*
- b) *Cette relation à deux personnes est d'une nature particulière et diffère totalement des relations humaines qui nous sont familières au niveau œdipien*
- c) *La force dynamique qui opère à ce niveau n'est pas de l'ordre du conflit.*
- d) *Enfin le langage adulte est souvent inutile ou trompeur pour décrire les phénomènes qui surviennent à ce niveau, parce que les mots n'y ont pas toujours leur sens conventionnel agréé. »*

Dans le traitement, Balint signale que l'on a atteint ce niveau fondamental chez le patient quand les sentiments de vide et d'apathie sont parfois très intenses, il existe généralement une détermination tranquille d'aller au bout des choses. Ce curieux mélange de profonde souffrance, d'absence de combativité, et cette ferme résolution d'aller de l'avant rend ces patients vraiment attachants- important signe diagnostique indiquant que le travail a atteint le niveau du défaut fondamental.

Il parle de défaut car c'est un terme que ses patients citaient en disant qu'ils avaient un défaut, un défaut qu'il fallait réparer, que ce défaut est le fait de quelqu'un qui lui a fait défaut et que cette zone est inévitablement entourée d'une grande angoisse et que l'analyste ne doit pas lui faire défaut, cette fois.

Le terme fondamental indique que l'influence de ce défaut est considérable et qu'elle s'étend probablement sur toute la structure psycho biologique du sujet, impliquant à des degrés divers aussi bien son psychisme que son corps.

Dans ce cas, on peut dire que cette patiente se situait au niveau de ce défaut fondamental, on dirait actuellement qu'elle a un faux-self, pourquoi pas. En effet, elle était capable de tisser des liens, de tenir son travail, de masquer sa détresse....

A partir de ce constat diagnostique, que faire ? La mise à jour de ces éléments dans la première partie de la cure n'a pas permis une amélioration de la situation puisque la patiente a souhaité mourir. J'ai buté sur ce qu'on appelle la culpabilité primaire et la honte qui lui est concomitante. Et là nous rejoignons l'interrogation de Balint dans la suite de son ouvrage et qu'il formule de la façon suivante :

Il pose la question en ces termes : « Nous savons par exemple que le Surmoi est édifié essentiellement à partir d'introjections, dont les sources les plus importantes sont les objets sexuels de la petite enfance, de l'enfance et de la puberté, objets stimulants mais jamais entièrement satisfaisants. On pourrait dire que le Surmoi est en quelque sorte la somme totale des cicatrices psychiques ^x laissée par ces objets. D'autre part, de nouvelles introjections peuvent modifier le Surmoi jusque dans la vie adulte ; une illustration convaincante en est fournie par la cure analytique ou l'analyste est introjecté, en partie ou même en totalité. » Ce qui nous est connu, mais il ajoute, et c'est là la question essentielle : « nous ne savons pratiquement rien des processus, par contre, qui doivent intervenir pour défaire l'introjection, l'idéalisation ou l'identification. C'est un fait regrettable car il serait extrêmement important pour notre efficacité technique de savoir comment on peut aider le patient à se débarrasser de certaines parties de son Surmoi » ^{xi}.

Dans notre situation, placé au pied de son désir de mort, et malgré une amélioration notable de sa vie, ma patiente ne voulait pas poursuivre sa vie, tant elle était persuadée qu'elle était responsable de ce qu'elle avait vécu. Par exemple elle m'a raconté plus tard, que sa mère avait surpris sa « nounou » en train de faire l'amour avec son ami, devant les enfants. C'est elle, ma patiente, qui a reçu une claque. En effet, elle avait regardé. A la nounou, aucun commentaire. On avait réussi à ancrer en elle qu'elle était la responsable de ce qui lui arrivait. Tout était de sa faute à elle.

Pour en revenir à notre exposé théorique, parlons de la régression. Elle n'a pas bonne presse. Elle a été condamnée par Freud et les expériences de Ferenczi, qui voulait gratifier entièrement ses patients, ne semblent pas avoir été concluantes. Pour Balint^{xii}, les réflexions autour de la régression n'ont porté que sur la psychologie à une personne : le Moi submergé par la régression, la nature du Moi d'un patient dont le traitement donne lieu à une régression, les forces psychiques qui conduisent à une régression...

Il se propose quant à lui de réfléchir à la régression dans une psychologie à deux personnes, et ce qu'il appelle « le pouvoir thérapeutique de la relation ». Pour lui les deux facteurs essentiels d'un traitement sont les interprétations et la relation d'objet.

Le patient, dans la zone du défaut fondamental, est bien comme un *infans*- celui qui ne sait pas parler -ou en tous cas pas le langage des adultes. Ceci crée un abîme, et la question qui se pose est : quelle part de travail pour surmonter cet abîme est réservée au patient et quelle part à l'analyste. L'analyste doit donc traduire au patient, servir d'interprète, dans un langage que celui-ci comprend, les pulsions inconscientes pour que le Soi adulte du patient puisse comprendre.

Certains analystes classiques veulent rester dans une position d'objectivité passive et bienveillante face à leur patient et ils centreront leur travail autour de l'interprétation. D'autres, plus rares, sont conscients que la relation d'objet peut avoir une incidence déterminante pour le traitement. La question alors est quelle sorte de relation d'objet offrir au patient en état de régression ou accepter de sa part.

Il définit un type de régression qui nous intéresse ici, qui est la régression en vue de reconnaissance qui : « suppose un environnement qui accepte et consent à soutenir et à porter le patient exactement comme la terre ou l'eau soutiennent l'homme qui leur confie son poids. » Plus loin il dit « sans eau il est impossible de nager, sans terre impossible d'avancer. » Dans son ouvrage *Thrills and régression*^{xiii} il a appelé ces deux phénomènes fondamentaux : « régresser pour progresser ».

J'utiliserai la définition de Balint^{xiv} à propos de la régression qui dit : « l'apparition, en réponse au traitement analytique, de formes primitives de comportement et d'expérience alors que des formes plus évoluées sont déjà solidement installées ».

Il introduit le concept de « renouveau » qui est : « (a) le retour à quelque chose de primitif, à un point antérieur au début de l'évolution viciée, que l'on pourrait décrire comme une régression et (b) simultanément, la découverte d'une voie nouvelle, plus adéquate, qui équivaut à un progrès. »

« J'estime que le plus important d'entre eux [des agents thérapeutiques] consiste à aider le patient à développer dans la situation analytique une relation primitive correspondant à son modèle compulsif et à la maintenir en toute quiétude jusqu'au moment où il devient capable de découvrir que d'autres formes de relation d'objet sont possibles et où il est à même de les vivre et de les mettre à l'épreuve. Etant donné que le défaut fondamental tant qu'il reste actif, détermine les formes de relation d'objet dont un individu dispose, le traitement a nécessairement pour tâche de neutraliser le défaut fondamental en créant des conditions qui lui permettent de se cicatrifier. Pour que ce soit possible, il est nécessaire que

le patient puisse régresser à la situation- c'est-à-dire à la forme particulière de relation d'objet- qui a provoqué à l'origine l'état de déficience, voire à un stade antérieur. Cette condition préalable doit être remplie pour que le patient soit en mesure d'abandonner, d'abord à titre d'essai, son modèle compulsif. C'est ensuite seulement que le patient pourra « commencer à nouveau », c'est-à-dire développer de nouveaux modèles de relation d'objet pour remplacer ceux qu'il a abandonnés. »^{xv}

Il ajoute : « Le problème principal de ce type de travail est le risque de développer l'idée que l'analyste est omniscient et omnipotent et que cela risque de provoquer des états proches de l'assuétude (dépendance psychique d'un toxicomane à une drogue) en exacerbant le défaut fondamental du patient. »

Soit, attention au pouvoir !

Il préconise d'offrir au patient « un objet primaire », qui n'équivaut pas à lui donner l'amour primaire. Cette différence entre « donner l'amour primaire » et « s'offrir à l'investissement par l'amour primaire » peut être primordiale pour notre technique. En d'autres mots, l'analyste, dans ces périodes, doit faire fonction de pourvoyeur de temps et de milieu^{xvi}. Il ne doit pas compenser les privations précoces du patient en lui donnant plus de soins et d'amour... mais c'est du temps en suffisance, qui soit exempt de tentations, de stimulations et d'exigences extrinsèques. »

Il termine en disant que le défaut fondamental est cicatrisable mais que la cicatrice est définitive. Ceci nécessite un deuil, un deuil qu'il faut faire dans une relation à deux.

Dans la technique d'apnée qui nous occupe ce soir on est très clairement dans une situation de régression telle que décrite ci-dessus.

Quid du transfert et du contre transfert dans la régression

A. Transfert

Comme nous le savons tous, le facteur principal d'un travail analytique, est la prise en compte du transfert et du contre-transfert. Mais dans ces situations, qu'en est-il ?

Il ne peut y avoir de transfert au sens classique du terme. Alors de quel transfert s'agit-il.

Pour tenter de répondre à cette question, je m'appuierai sur le texte de J. Bleger dans « Symbiose et ambiguïté^{xvii} ». On se rappelle qu'il postule un stade avant les stades décrit par M. Klein- la position dépressive et la position paranoïde-schizoïde- et qu'il appelle la position glischro-carique.

Position	Anxiété	Objet	Défense
Glischro-caryque	Confusionnelle	Noyau agglutiné (Ambigu)	Clivage, Immobilisation, Fragmentation
Paranoïde-Schizoïde	Paranoïde	Partiel	Division

		(Divalent)	
Dépressive	Dépressive	Total (ambivalent)	Maniaques

Dans cette position il n’y a pas de différence entre soi et l’autre, on est au stade de la symbiose, « il y a non différenciation entre l’objet et la partie du moi qui lui est liée, » et lui parle « de noyau agglutiné ».

Il définit : « la symbiose est une interdépendance étroite entre deux ou plusieurs personnes qui se complètent pour maintenir contrôlés, immobilisés et dans une certaine mesure satisfait les besoins des parties les plus immatures de leur personnalité qui exigent des conditions dissociées de la réalité des parties les plus mûres ou les plus intégrées. Cette partie immature et primitive de la personnalité est restée séparée du moi le plus intégré et le plus adapté et forme un tout possédant certaines caractéristiques qui m’ont conduit à la nommer noyau agglutiné de la personnalité^{xviii} ».

Il pense pour sa part que la relation de transfert dans les symbioses présente les mêmes caractéristiques que la relation de transfert psychotique.

De ce fait, selon lui, la technique psychanalytique, sa théorie et ses objectifs peuvent se définir brièvement comme le résultat de deux finalités reliées entre elles, à savoir : a) faire conscient l’inconscient ; b) intégrer les dissociations.

Pour résoudre la symbiose il faut, paradoxalement, une bonne relation symbiotique, c’est-à-dire que la symbiose ne peut se résoudre que dans une bonne relation symbiotique sécurisante et non pas précaire, inexistante, asphyxiante ou claustrophobique.

A propos de la régression il note que « le niveau de régression symbiotique opère et s’installe, essentiellement, à travers le corps, alors que l’esprit peut opérer au niveau logique, au niveau de la réalité et de l’adéquation à cette réalité en faisant fonction d’observateur perplexe qui ne comprend pas pourquoi ce corps ne lui obéit pas et semble avoir sa propre logique^{xix} ».

Je me souviendrai toujours de cette séance où je me suis fait la remarque que ma patiente avait une respiration « particulière », un peu heurtée, pas naturelle. Soudain, j’ai fait le lien et j’ai réalisé que sa respiration avait à voir avec la respiration d’une petite fille qui a quelque chose dans la bouche et peine à respirer. J’ai beaucoup hésité avant de lui faire part de ma constatation, on s’en doute. Mais je lui en ai fait part, elle n’a eu aucune réaction particulière, ni à ce moment là ni à un autre, mais depuis elle a toujours respiré normalement.

B. Contre transfert- Accompagnement- Responsabilité

On s’en doute le contre-transfert est, dans ces situations, aussi particulier.

Dans ces exercices d'apnée, il se passe des phénomènes difficiles à décrire car ils sont plus de l'ordre de la sensation, de l'indicible, de l'intuition mais je vais essayer de le transcrire.

Le fait de m'asseoir et de faire respirer un patient me branche, me fait contacter, des zones de **mon** fonctionnement psychique primitif. Le fait de poser ma main sur le plexus de mon patient ouvre un espace d'images, d'impressions qu'il me faut accepter de ressentir et surtout traduire. Ce sont des impressions fugaces, des idées, des images qui surgissent, parfois des réponses qui jaillissent sous forme d'« Euréka », comme si soudain le brouillard se dissipait et que je voyais clair. Ce ne sont jamais des éléments rationnels, des solutions toutes faites qui surgissent, mais plusieurs indices qui se mettent ensemble et qui forment une image, un ensemble de points disparates qui soudain s'organisent dans une forme reconnaissable.

Nous sommes là dans la question du transfert ou de la projection. Qu'est ce qui vient de moi, de l'autre, de la rencontre.

Cette **intuition**, ou idée, je la propose à mon patient comme une hypothèse, une idée, une image ouverte, une proposition à laquelle il peut réagir, s'opposer compléter, écouter en silence. Dans ce registre, point d'affirmation ou d'interprétation. On est dans le subtil, l'hypothétique, et cela ouvre un espace de dialogue qui nous font co-construire avec mon patient une image, une hypothèse à partir de nos sensibilités respectives. Ici l'image est reine, la précision du langage très importante, il faut que l'image ou la parole traduise au plus près la sensation, le souvenir l'impression qui est travaillée.

Nous sommes ici dans un mode de pensée qui nécessite la collaboration de tous les niveaux de l'esprit. Le côté rationnel et l'aspect émotionnel de la personne doivent travailler ensemble. En effet, les images ou les intuitions ne suffisent pas, encore faut-il les transformer en processus secondaire, en parole, en éléments manipulables (Bion alpha en beta ou l'inverse) pour que chacun puisse s'en saisir et le faire sien. Qu'il devienne un élément du fonctionnement psychique de la personne.

C'est P. Fédida qui parle des images autochtones : « est le matériau imaginaire constitué chez l'analyste par les vécus émotionnels et comportementaux s'exprimant dans un transfert que le patient n'est pas en mesure de reconnaître comme tel et qu'il saurait encore moins dénommer. Ma parole donne une image simple à ces vécus, c'est-à-dire met en contact la patiente avec ce qu'elle vit, cela au travers de ce que j'en reçois. Ici se justifie d'autant mieux le terme d'empathie pour autant qu'il signifie que l'analyste a été pénétré et modifié par le contenu régressif de l'expérience du patient dans le transfert. Ces images autochtones- psychiquement corporelles- sont les matériaux de la construction. ».

En ce qui concerne le niveau d'intimité que cette approche permet, pour ma part, ce que j'ai constaté relève de deux niveaux.

C. Responsabilité

Abandon de l'autre (laisser aller) - Respect.

Tout d'abord, je dois reconnaître que cette proximité physique n'est pas neutre, et qu'elle réveille ou active des sentiments (pouvoir, sexualité...), qui, si ils sont tout à fait naturels, n'ont pas de place à avoir dans ce contexte. Toutefois ils sont là, et à chaque fois je m'efforce de les identifier pour moi et de les reconnaître. Ce type de sentiments sont comme des fantômes. On peut leur tirer dessus, les couper à la hache ou les brûler, ils survivent toujours et nous hantent. Il n'y a qu'une façon de les combattre, c'est de les mettre en lumière. Ainsi ils disparaissent, prêts à resurgir si je les laisse dans l'obscurité et ils sont prêt à m'envahir à nouveau.

Ces sentiments sont très fortement nuancés par la prise de conscience que ce qui se joue dans l'apnée a à voir avec des zones primitives de la personne, donc, en clair, celui ou celle qui est sous ma main est un enfant, ou qu'il s'agit d'une zone infantile de la personne. Et la confiance qui m'est faite, l'abandon de l'autre sous ma main, est une confiance qui m'oblige à me comporter comme quelqu'un de responsable. La personne est d'accord d'être « à ma merci », comme l'enfant qui vient de naître et qui est à la merci des adultes qui l'entourent. Et là l'éthique- indiscutable- ce qui va sans dire mais qui va mieux en le disant- et la délicatesse ont toute leur importance.

CHAPITRE 4

Conclusion

Pour conclure permettez-moi de revenir à la situation clinique présentée en début de soirée.

Cette patiente souffrait d'une problématique de clivages massifs, clivages issus des événements relatés dans son anamnèse. Ce que sa mère a vécu comme une culpabilité inassumable et qu'elle a fait porter à ses enfants a marqué sa vie. Les étapes de sa vie (séparation, abandon) ont été augmentés par l'utilisation que des adultes ont fait d'elle (abus sexuel : « si tu es sage, tu vas être gentille avec mon ami...), ce qui a été confirmé par les premières expériences sexuelles comme adolescente (« cela lui fait plaisir et en plus il me prend dans ses bras..), et la structure familiale qui s'est maintenue au travers du temps donnait plein pouvoir à sa mère dont personne n'osait remettre en question le fonctionnement, le tout encore compliqué par la rencontre avec la drogue et des hommes, pour la plupart très braves mais sans cesse en train de lui dire : « ne te prends pas la tête, ne te compliques pas la vie » et donc bien incapables de comprendre la profondeur de sa demande, bref, tous ces éléments ne pouvaient que la confirmer dans son idée que la vie est impossible à vivre. Ses crises de boulimie, dévastatrices et dont elle a mis des années avant d'oser m'en parler, ne faisaient que la confirmer dans son impuissance à gérer sa propre vie...

Les étapes du traitement ont été les suivantes :

Phase 1 : Apprivoisement.

C'est la phase de l'établissement du lien, du dévoilement du passé. Ici il a fallu environ 2 ans et demi.

Phase 2 : Apnée thérapeutique

L'introduction de l'apnée nous a permis de faire le travail de régression nécessaire pour remonter aux étapes primitives. Cette phase a duré environ 3 ans.

Phase 3 : Séparation-Individuation

Cette phase a commencé par une coupure. Coupure induite en grande partie par moi parce qu'à ce moment elle m'a paru nécessaire. De passer d'une relation fusionnelle, nécessaire, à une phase de séparation pour permettre l'individuation, dans le sens ou l'explique M. Mahler.

Pour sortir de la symbiose induite par l'apnée, nous avons correspondu une année au travers d'e-mails, plus souvent de mon fait que du sien, mais auxquels elle a toujours répondu. On était là là dans la question extrêmement difficile de l'assuétude.

Phase 4 : Exister dans la relation

Cette phase du travail est en cours. On reprend des séances plus régulières pour terminer le travail.

Et presque au terme de cet exposé permettez moi de citer Lacan qui disait :

« Ferenczi....ou ne rien faire ».

Pour terminer, permettez-moi une conclusion. Ce travail aurait pu porter trois titres, chacun faisant référence à un niveau différent. Le premier concerna la situation clinique et aurait pu porter comme titre :

« Mlle X ou les poupées russes »

fait références on l'a compris aux poupées russes, qui s'emboîtent les unes dans les autres, de la plus grande à la plus petite. Dans ce travail, plus d'une fois, j'ai pensé être arrivé aux nœuds du problème, mais jusqu'au bout je dois l'admettre il m'a fallu déchanter, un nouveau symptôme nous obligeant à aller plus loin. Ce qui était montré servait à cacher autre chose.

Le second titre

« Au-delà (ou plutôt en-deçà) du principe de plaisir

fait référence à l'ouvrage de Freud « Au-delà du principe de plaisir » ou il découvre que le plaisir n'est pas le seul moteur du fonctionnement psychique et ou il met à jour le mécanisme de répétition et la pulsion de mort.

Dans cette situation, je vais être confronté à une demande de mort, ou plutôt, une demande de ma patiente de l'autoriser à mourir. J'ai dû accepter, pour maintenir le lien thérapeutique, d'entrer en matière, en échange de son accord de différer son projet de mort.

Le troisième titre

« Travail de ma limite ou limite de mon travail »

illustre mon double sentiment d'avoir été et à la limite de mes compétences et aux limites du cadre thérapeutique que je m'étais donné. Et ces deux limites, j'ai dû les repousser.

Ce travail m'a contraint à adapter mon cadre de travail et mes horaires à une urgence vitale. J'ai dû aller chercher, retrouver, et m'ouvrir à des conceptions théoriques plus larges que celles dont j'avais l'habitude.

Au niveau personnel, j'ai été amené à réfléchir à ce que le lien humain pouvait signifier, comment il se construit, s'entretient, s'élabore, se transmet, se pense et se panse. Et aussi comment moi-même, j'ai été accompagné dans ce chemin.

Thierry Freléchoz

Psychothérapeute FSP

Psychanalyste IIPB

Didacticien SIPSyM

BIBLIOGRAPHIE

ⁱ Roussillon R. dans *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris, p. 51 PUF 1999

ⁱⁱ J Laplanche et J.B Pontalis dans *Vocabulaire de psychanalyse* PUF. 1978 p.388

ⁱⁱⁱ D.W. WINNICOTT *De la pédiatrie à la psychanalyse. Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique (1954)* Science de l'homme Payot 1969 p. 251

^{iv} Freud. (1920), « *Sur la psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine* » dans *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF,1973 p. 248

^v D. W Winnicott dans *Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique* De la pédiatrie à la psychanalyse Paris, Payot 1969

^{vi} G. Rosolato dans *La psychanalyse transgressive* Topique, 26 1980

-
- vii S. Ferenczi dans *Progrès de la technique analytique* Congrès d'Oxford. 1930
- viii idem p.27
- ix Souligné par moi
- x Souligné par moi
- xi M. Balint dans *Le défaut fondamental* Edition Payot. PDB 2003 p.13
- xii idem p 247
- xiii M. Balint dans *Thrills and régressions* London, Hogarth ; New York International Universities Press, *Les voies de la régression 1959* Paris, Payot
- xiv idem p.207
- xv idem p262
- xvi Souligné par moi
- xvii J. Bleger dans « *Symbiose et Ambiguïté* » PUF 1975 p. 96-97
- xviii Idem p. 102
- xix Idem p. 67