

Corps et réflexivité dans la clinique de la déficience

Olivier Maniez

Pour une approche métapsychologique de la cognition et de ses troubles

L'exercice en IMP, accueillant un public d'enfants déficients m'a amené à me confronter, depuis maintenant quelque temps, à des difficultés théoriques et pratiques. Ce cadre institutionnel, centré sur les apprentissages, m'a conduit à m'interroger sur les modes de pensée ou les modalités du penser de ces enfants en situation de déficience légère.

La première difficulté, et non des moindres, est de pouvoir nommer, formuler, bref problématiser ces questions à l'aide d'un modèle métapsychologique de ce qui achopperait dans l'organisation cognitive d'un sujet.

J'aimerais tout d'abord partir de certains constats, simples, issus de mon expérience :

Le premier constat est l'extrême difficulté à penser et évoquer les enjeux de la déficience autrement qu'en terme déficitaire. En effet, on ne voit que ce qui manque, ce qui ne fonctionne pas, ce à quoi l'enfant n'a pas accès, etc. Il me semble par ailleurs, que les cliniciens qui se sont penchés sur la problématique des enfants déficients, cherchent, au moins dans un premier mouvement, à débusquer tout ce qui peut se manifester sous forme déficitaire, mais relève *in fine* d'autres enjeux, c'est-à-dire on chercherait à réduire à la portion congrue la « problématique pure » de la déficience, mais de celle-ci, consubstantiellement, on ne peut rien en penser.

Le vide auquel cela nous confronte me semble activer certaines réactions pédagogiques, théoriques ou pratiques et parmi celles-ci, la plus évidente semble être le *contre-investissement* dans l'action. Je ne ferai pas la liste des rééducations plus ou moins élaborées et spécifiques que nous rencontrons dans ce contexte où les apprentissages se réalisent totalement clivés de leur source pulsionnelle et ne répondent à aucun besoin interne direct. Le résultat étant que ces enfants sont incapables de transposer ou d'appliquer leurs acquis sur un autre objet ou dans un autre contexte. Ils sont incapables de jouer avec ces « contenus » que l'on aurait du mal à qualifier d'idées.

Après quelque temps de pratique, j'ai pris conscience du fait que je me trouvais également pris dans le « bain »

institutionnel qui poursuit un but de normalisation/réparation, que je partageais implicitement en considérant que l'abord thérapeutique était plus pertinent que l'approche pédagogique dans cette perspective de réparation.

Concernant le clinicien, il me paraît que celui-ci compense souvent le manque de modèle opérant, mais surtout identifiable par des théories implicites, « non déclaratives », mais qui sous-tendent des tentatives de conceptualisation. Une de ces théories est que la déficience mentale serait une sorte de psychose de l'intellect. J'avais été très marqué par une remarque de ma référente de stage en DESS qui, à partir du nonaccès au sens métaphorique d'une adolescente (mis en évidence par un protocole de WISC) avait conclu qu'elle était psychotique, cette jeune ne manifestant cliniquement aucun signe qui puisse de manière évidente évoquer la psychose.

Mes efforts pour penser la situation de certains enfants butent souvent sur un biais identique que je n'ai perçu que très récemment : j'aborde systématiquement la psychopathologie cognitive par analogie ou transposition littérale du modèle métapsychologique.

Or si cette analogie fonctionnait, il y aurait une interdépendance totale par exemple entre permanence de l'objet libidinal et « cognitif » et entre fonction sémiotique et accès à la pensée dite « symbolique et métaphorique ». Ainsi, cette approche de la déficience est liée à une conception développementaliste génétique qui associe implicitement approche piagétienne et théorie en stades du développement psychoaffectif. Ce prisme de la pensée nous amène à envisager le handicap intellectuel en terme de fixation. Une autre manière d'exprimer cela serait de dire que l'on a tendance à homogénéiser les différents aspects de la personnalité de l'enfant, de ses compétences, de s'en construire une représentation congruente, logique et homogène.

Pourtant, la clinique montre de façon évidente et contrastée la grande polymorphie des profils des enfants, avec tout le spectre psychopathologique possible ; mais cette polymorphie s'exprime aussi dans le profil cognitif et les performances scolaires qui témoignent la plupart du temps d'effets surprenants (d'incapacité ou de réussite d'ailleurs). Tout comme les protocoles au WISC ne se ressemblent à mon sens que rarement.

Toutefois, de manière concomitante certains problèmes constatés et certains aspects de la déficience sont rencontrés de façon quasi-invariable : je pense aux troubles du schéma corporel, aux difficultés de repérage dans le temps et dans l'espace, aux stéréotypies ou à la pauvreté de l'imaginaire de ces enfants et l'impossible accès à la notion de semblable.

À l'approche confusionnelle entre plan cognitif et plan psychodynamique s'oppose une approche clivante de ces deux plans. Ici, la déficience serait pensée comme un « à côté » ou un « en moins » de la structure d'un sujet donné. Cette approche pose également question ; je pense notamment ici à la notion de névrose et d'inhibition névrotique parfois employée et qui n'est pas sans poser problèmes dans un contexte de déficience.

Pour résumer, on peut dire que l'on ne trouve pas deux enfants identiques tout en étant confronté à des caractéristiques ou des traits récurrents ou typiques. On peut dire également que ce qui frappe après coup est l'extrême dissociation possible entre développement psychoaffectif et développement cognitif, sans parler de l'aspect polymorphe dans chacun de ces registres.

Disposons-nous d'outils métapsychologiques *ad hoc* pour pouvoir penser cette articulation entre « développements » cognitif et psychoaffectif qui se présentent comme dissociée, mais non sans liens. À ma connaissance les approches d'auteurs comme B. GOLSE, M. BERGER, G. HAAG ou B. GIBELLO qui abordent ces questions sous l'angle des fondations pré-œdipiennes du penser restent encore marginales. Il me semble que nous sommes encore peu habitués à concevoir qu'un sujet donné peut se trouver dans un mode de fonctionnement très archaïque par certains aspects, sans présenter de troubles psychotiques de l'ordre de la déréalisation ; la notion d'enveloppe psychique étant l'un des rares outils qui permet d'envisager cette possibilité (ce qui explique probablement son succès auprès des cliniciens qui œuvrent dans le champ en question).

Essai de problématisation

Le problème que j'essaie de poser me paraît donc tourner autour des différents statuts de la représentation ou des représentations mentales que l'on peut « entendre » comme une notion ou un concept pont entre la dimension pulsionnelle et la dimension cognitive du psychisme.

Plan des registres de processus secondaires :

Généralement, l'accès au jeu symbolique, au jeu de « faire semblant » fonctionne pour les cliniciens comme une sorte de *divided line* entre un fonctionnement symbolique et un état pré-symbolique du psychisme. Or, si ce repérage est certes fondamental, il me semble impropre à pouvoir discriminer les nuances de la clinique qui (im) pose la question de l'existence de différents registres de secondarité ou de types hétéromorphes de secondarité qui correspondraient à des registres ou des degrés différents d'abstraction. Cette problématique correspond à tout un champ de pensée clinique qui me paraît être ouvert par les

travaux de René ROUSSILLON sur la symbolisation primaire et qui peut se trouver à être formulé ainsi en étant transféré dans le champ de la déficience.

Approche en termes d'organisation de la personnalité : tenter d'approcher la déficience en signe « positif » (par opposition avec le négatif au sens photographique) :

À mon sens, une des caractéristiques de la déficience réside dans le fait que c'est l'« adhésivité mentale » qui est au premier plan. Tout se passe comme s'il y avait un écrasement de l'identité de pensée par l'identité de perception (ce registre étant peut-être dialectisable avec les processus d'accommodation et d'assimilation de l'approche Piagétienne). Je repense là, par exemple, aux descriptions de planches que je recueille souvent au TAT et qui consistent en une mise en tableau et une description sèche où la réponse de l'enfant semble perdre toute originalité dans ce collage descriptif « insensé ». Mais je repense aussi à l'inconsistance et la labilité de la pensée, sans tonus interne, qui peuvent mettre en échec toutes tentatives d'échange. Avec deux repérages cliniques frappants sur le plan du langage ; le nonaccès à la notion de contradiction, d'opposition logique et à la notion de semblable qui se trouve assimilée à la notion d'identique.

Depuis le début de ma pratique, je me demande régulièrement si le fonctionnement avec lequel je suis en présence relève d'un effet de non-organisation, de non-intégration de non-élaboration, ou bien si ce phénomène serait le résultat d'un processus défensif actif.

Dans le fil de mes constats introductifs et pour se rapprocher de la clinique, j'avancerai la proposition suivante : le sujet n'est pas simplement fixé à un stade archaïque de son développement, il a développé, à partir de ses impasses, de ses impossibilités sensorielles ou mentales un mode spécifique d'organisation de la personnalité, où la logique de l'après-coup intervient, avec des reprises secondarisées ou non, sur certaines lignes de développement, avec de nombreuses combinaisons possibles. Dans cette approche, l'organisation du sujet peut être abordée comme une contre-structuration défensive face à des éléments traumatiques non intégrés du psychisme menaçant de faire retour et dans lesquelles les logiques paradoxales des souffrances narcissiques-identitaires sont à l'œuvre. La structuration du sujet serait à envisager en ce cas en terme de défenses permanentes.

En effet, il me semble que ces enfants cherchent, dans une option auto-plastique, à traiter, faire co-exister ou composer avec le principe de réalité, le lien à l'objet et la représentation de soi avec un outillage rudimentaire.

Une clinique de la pensée adhésive : Arielle

Arielle a aujourd'hui onze ans, mais paraît bien plus jeune à cause de son retard staturo-pondéral, de son apparence chétive, mais aussi de son élocution qui reste malaisée avec une construction immature et qui laisse deviner une maîtrise imparfaite de la cavité buccale : elle semble manger ses mots, ce qui paraît être dû à un effet d'hypotonie linguale.

Arielle a présenté un important retard de langage. À son arrivée à l'IME, lorsqu'elle avait alors sept ans elle mangeait encore une nourriture mixée.

À la dernière passation du WISC IV, elle présente un niveau « limite » entre « déficience moyenne » et « légère » (ICV : non quotable ; IRP: 45, IMT: 64, IVT : 50). Le subtest *Similitudes* déstabilise totalement Arielle qui semble être confrontée brutalement à la menace d'un vide idéatoire. Elle se réfugie dans des auto-agrippements, des demandes de contact maternant ou des digressions ininterrompues. Ce bilan révèle de façon criante que la présence prothétique et l'interaction avec un adulte sont indispensables à initier dans un travail de "co-pensée", pourrait-on dire.

Pourtant, il est intéressant de noter que les professionnels autour d'elle lui attribuent tous « un potentiel », essayant de dire ainsi que cette jeune peut se montrer pertinente dans l'échange et la relation présentant même une certaine *métis* relationnelle.

Arielle peine à tisser des liens objectaux, à être en relation avec ses pairs, elle s'isole fréquemment, tend à s'associer soit avec des enfants très démunis sur le plan de la pensée soit à entretenir une relation de type *nursing* avec des filles maternantes.

J'ai pu observer Arielle au sein d'un groupe à médiation qui avait pour objet de construire des cabanes. Arielle y adopte de façon compulsive une même attitude. Tout d'abord, elle ne peut s'engager dans l'activité aussi bien motrice que mentale sans le co-étayage actif d'un adulte. Ensuite une fois l'abri constitué (bien souvent précaire et menacé d'effondrement), Arielle cherche systématiquement à se réfugier dans l'abri des autres qu'elle demande à partager ou bien échanger. En fait, cette attitude me paraît non seulement dénoter l'incapacité d'Arielle à supporter la solitude, mais surtout, ceci se déroule comme si Arielle perdait le lien avec l'objet créé une fois l'action terminée, l'objet, ici concret, n'étant identifié pour le Moi d'Arielle que dans la mesure où elle exerce une action motrice sur celui-ci.

Au sein du groupe, les moments où l'on s'adresse directement à Arielle pour solliciter ce qu'elle pense provoquent fréquemment des réactions d'évitement. Elle pose par exemple souvent des questions, mais se montre quasi-invariablement indisponible à la réponse qui lui est formulée. De façon tout aussi typique le face-à-face ou la situation d'entretien conjoint mère-enfant provoque la réaction suivante : Arielle commence par interposer ses mains devant ses yeux comme pour faire barrage à toute possibilité d'échange de regard ou d'interpénétration du regard, toute insistance suscite une fuite motrice dans un mouvement phobique.

Plus généralement, toute sollicitation à la créativité personnelle (parole, dessin, jeu, etc.) déclenche soit une réaction d'agrippement à la production de l'autre ou bien le recours à des formes connues, plaquées et répétitives (cf. dessin du bonhomme, noms de personnages...). À la maison, sa mère remarque qu'Arielle demande continuellement de nouveaux jouets, mais ne joue jamais avec, une fois ceux-ci obtenus. Elle dit s'ennuyer et manifeste toujours son envie d'être ailleurs, de faire une autre activité. Bref, l'ici et maintenant n'est presque jamais

marqué du sceau du plaisir et au-delà de la faiblesse des acquis c'est davantage son rapport à la connaissance qui m'apparaît prototypique.

Arielle présente une conduite stéréotypée, qui se produit fréquemment à l'occasion d'ébauches d'échanges verbaux qu'Arielle ne manque jamais d'initier dans les espaces-temps interstitiels, mais ces « échanges » n'ont pour but que de capter l'attention de l'objet et une fois celle-ci obtenue, elle ne peut en faire quelque chose. Dans ces moments de frustration, d'excitation ou d'anticipation de la séparation, Arielle se crispe entièrement en levant la tête et agrippant ses mains l'une contre l'autre dans un mouvement hypertonique global. C'est ce que je désigne sous le terme d'auto-agrippement. En dehors de ces moments, Arielle présente une hypotonie globale très importante.

Au cours de la première année de sa vie, Arielle est décrite par sa mère comme une enfant que l'on n'entendait pas, ne réclamant jamais de nourriture, bref ne se faisant ni entendre ni remarquer, voire se laissant oublier. Dans l'après-coup, à l'occasion de regards jetés sur les photos, sa mère se demande comment elle n'a pas pu voir les signes de détresse chez sa fille au cours des premiers mois. (La photo en question se situe lors d'un séjour de vacances : Arielle et sa mère sont dans une piscine et la mère décrit sa fille avec un visage crispé qui fixe le ciel). Plusieurs éléments de ce type laissent à penser que, pendant quelques mois, cette mère s'est située dans un discret fonctionnement de sidération mélancolique (certains évoqueraient probablement un fonctionnement opératoire et une dépression essentielle) dans lequel la rupture identificatoire avec Arielle était totale.

Des problèmes au niveau de la vessie sont décelés à onze mois et nécessitent une hospitalisation de deux mois au cours de laquelle c'est le père d'Arielle qui, ne travaillant pas à cette époque, assure une présence continue auprès de sa fille. Aujourd'hui, Arielle utilise comme doudou les mêmes carrés de draps utilisés à l'hôpital qui servaient à changer son berceau. Arielle a ensuite subi une vésicostomie qui a pour conséquence des sondages plusieurs fois par jour pour vider sa vessie, car ses sensations de vidange ne fonctionnent pas (elle ressent avoir évacué sa poche bien que ce ne soit pas le cas) bien qu'elle puisse encore uriner par les voies naturelles. Jusqu'à son arrivée à l'IME c'est la mère d'Arielle qui la sondait environ toutes les trois heures. À son entrée dans l'établissement une intervention des infirmières est négociée et c'est à partir de ce moment-là que les sondages deviennent un enjeu majeur de conflits entre Arielle et sa mère, dans un (en)jeu d'emprises croisées qui associe opposition et collage passionnel dans le lien mère-fille. La mère d'Arielle a pu par exemple me contacter dans un moment de panique et de crise où Arielle en venait à ne plus vouloir regarder « son trou » par lequel elle se faisait sonder.

Au quotidien, tout se passe comme si l'objet maternel se situait dans une présence flottante, c'est-à-dire qu'Arielle peut à chaque instant demander si c'est sa mère qui est au téléphone, ou si elle sera là à la sortie de séance, prête à rejaillir à chaque instant de sa vie.

Pensées à partir de la clinique

J'ai opté pour cette description très parcellaire d'Arielle, car elle me paraît illustrer un fait clinique fondamental dans les configurations de la déficience mentale qui ne s'inscrivent pas dans un registre psychotique : c'est la question de l'adhésivité à la psyché de l'autre (généralement l'adulte tuteur) et à l'identité de perception. Ici, Arielle peut incorporer des contenus d'apprentissage au même titre que d'autres enfants moins déficients, mais il lui est totalement impossible d'initier un mouvement psychique créatif en dehors de la présence active d'une psyché tutrice ou co-extensive.

Je propose de partir du principe suivant : toutes les informations qui sont présentées à l'enfant, celui-ci doit les (re)créer et il va le faire dans le niveau ou le registre de symbolisation auquel il a accès. Essayons d'explorer l'idée selon laquelle il est possible de repérer différents registres de secondarités liés au mode d'organisation pulsionnel du sujet et, j'ajouterais, de ses affects. On s'approche ici de l'incontournable question de la transitionnalité et de son établissement. Arielle se trouve en présence d'objets qui sont trouvés mais comme dans l'impossibilité d'être créés. Je crois que c'est une manière possible d'évoquer le trouble grave de la signification chez le sujet déficient.

L'expérience princeps d'une transitionnalité interactionnelle reste à intérioriser chez Arielle. Dans cette absence traumatique de l'expérience du miroir maternel « homosensuel en double », quelque chose de l'espace interne « affectant » ne peut s'instaurer. C'est ici que le collage pathologique à la relation d'inclusion réciproque pourrait trouver sa fonction défensive quant aux expériences non-transformables. Ce fonctionnement adhésif, bidimensionnel est donc formulable en termes d'image du corps qui conjugue rapport à soi et rapport à l'autre comme les deux versants d'une même pièce. J'entends par là qu'en incorporant cette relation vide, Arielle n'intériorise pas uniquement un « affect » dépressif brut, mais intériorise un certain type de « rapport » à l'objet intimement lié à ses possibilités de se penser, ou ici plutôt de se percevoir et de percevoir le monde externe. J'ajoute que me situe ici dans une perspective bien plus paradigmatique qu'étiologique.

L'interposition des mains, « en œillères », dénote l'absence de fonction « sphincter » visuelle et me laisse à penser que l'interpénétration du regard est vécue ici comme menaçante à plusieurs titres. Pour une part, car elle introduit une distance, une différenciation brutale entre Arielle et l'autre qui menace de lui faire perdre le sentiment du contact avec l'objet et signe l'absence de processus hallucinatoires négatifs. Le recours à la présence flottante de l'objet maternel apparaît ainsi comme une lutte visant à contre-investir la possibilité de son effacement.

La défense motrice manifeste donc l'absence ou la faiblesse de l'écran psychique à même de pouvoir refléter sa propre activité et la fragilité de son image corporelle. Ce point interroge les relations complexes entre *espace imaginaire*, *image du corps* et *espace perceptif*. Arielle n'éviterait pas activement tout échange verbal ou toutes

sollicitations de sa pensée, dans l'interpénétration des regards croisés, par seule crainte d'un échec à comprendre ce que l'on attend d'elle, mais plus profondément, **ne pas comprendre** se constitue comme abîme relationnel, rupture du lien qui active les défenses face à une menace primordiale pesant sur son narcissisme, sur la représentation/perception basale d'un Soi unifié *a minima* corporellement.

Dans cette optique, j'avance la proposition selon laquelle les expériences de modification d'environnement, de confrontation à l'inconnu, les passages interstitiels déclinent un cas particulier des vécus d'inquiétante étrangeté chez ces enfants. En effet, les sujets déficients se caractérisent par leur impérieuse nécessité de repères suffisamment fixes, repères indispensables à leur sentiment de connivence, de contiguïté, de suffisante familiarité avec le monde. La faiblesse des projections du sujet en résonance avec un écran psychique qui n'est pas à même d'assurer sa fonction réflexive rend compte à mon sens de ce besoin de stabilité. Ici, se sentir au contact d'un « objet », d'un environnement connu et se sentir « soi-même » ne font qu'un. Au sentiment de rupture avec l'environnement correspond la crainte de rupture du contact avec soi, dans la confrontation de son incapacité à lier des événements successifs. Dans ce type de fonctionnement et pour ces enfants, apprendre constitue un acte répétitif et mécanique aux services des défenses par agrippement. Il s'agit là d'investir un effort de rétention mnésique afin de réifier son rapport au monde à défaut de pouvoir le signifier.

En conclusion, au travers de cette vignette clinique, je tenais à illustrer une certaine conception de la déficience intellectuelle. Une conception selon laquelle ces configurations cliniques d'organisation sur un versant déficitaire constituent davantage un « destin » possible d'évolution psychique, avec ses processus originaux, qu'une simple fixation dans le développement libidinal et cognitif. Le processus qui achoppe à s'organiser est celui de la réflexivité et de la représentation de soi qui ne relèvent pas d'un registre spécifiquement cognitif, mais convoque spécifiquement l'élaboration de l'image du corps et de l'affect qui me semble participer ici d'une même racine.

Tout cela laisse néanmoins encore hors-champ la dimension de l'après-coup et de la temporalité fondamentalement diachronique du psychisme, de ses réaménagements et de sa complexification topique et dynamique croissante. D'autant que celui-ci peut ne fonctionner que par secteurs et produire les tableaux cliniques dysharmoniques bien connus. Mais cela constitue un nouvel horizon.

Olivier MANIEZ
Psychologue clinicien