



**HAL**  
open science

# Aux sources de l'engagement clinique : la place et le rôle du contre transfert corporel

Jérôme Boutinaud

► **To cite this version:**

Jérôme Boutinaud. Aux sources de l'engagement clinique : la place et le rôle du contre transfert corporel. *Revue française de musicothérapie*, 2024, 41 (02). hal-04832661

**HAL Id: hal-04832661**

**<https://hal.science/hal-04832661v1>**

Submitted on 12 Dec 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



# La Revue Française de Musicothérapie



*La Revue Française  
de Musicothérapie*

ISSN : 2107-7150

Volume 41 - numéro 02 - décembre 2024

## Aux sources de l'engagement clinique : la place et le rôle du contre transfert corporel

**Jérôme BOUTINAUD**

*Psychomotricien, psychologue clinicien MCU-HDR, Université Paris Cité Membre titulaire du laboratoire PCPP (UR 4056).*

### Résumé

L'article propose de reprendre de façon synthétique les notions psychanalytiques de transfert et de contre-transfert pour mettre au travail leurs intérêts et leurs limites. Il s'agira ici de s'intéresser aux dimensions corporelles qu'elles impliquent, parfois insuffisamment mises en avant dans le champ de la psychanalyse mais clairement convoquées, par exemple, dans les dispositifs thérapeutiques accueillant des patients présentant des troubles massifs de l'image du corps. S'interroger sur ces éléments invite naturellement aussi à s'intéresser aux ressentis et à l'engagement du clinicien qui s'y implique, grâce à la notion émergente de contre-transfert corporel, dont il s'agira de préciser ici les limites. Une vignette clinique issue d'une thérapie psychomotrice menée auprès d'une enfant autiste viendra illustrer le propos.

### Mots clés

*Transfert, Contre transfert corporel, Psychopathologie de l'image du corps, Dispositifs thérapeutiques à médiation*

La référence au contre-transfert corporel constitue de longue date une réflexion théorico-clinique qui nous apparaît essentielle (en référence à notre expérience clinique et à nos recherches, voir Boutinaud, 2011) mais il nous semble qu'elle gagnerait à se trouver remodelée au contact de champs de pratiques non directement issues des seuls domaines de la psychanalyse et de la psychologie clinique. Les art-thérapies incarnent à notre sens ce sas et ce pas d'ouverture où l'exploration de cette notion pourrait être approfondie, ne serait-ce que parce que la place du corps y demeure centrale, quelle que soit les sous-domaines de spécialités que l'on y rencontre. Il s'agira ici en tout cas de partager avec le lecteur plusieurs idées autour de cette thématique aussi contemporaine que fondamentale.

#### Autour de la notion de transfert : un concept communément établi :

Il paraît ici tout d'abord essentiel de reprendre quelques termes clés afin de planter le décor de notre réflexion. Du côté du transfert tout d'abord, notion qui a connu des heures de gloire légitimes mais qui est parfois actuellement maniée tous azimut, donnant le sentiment qu'un consensus existe concernant le sens que nous pouvons y donner alors que cela n'est pas forcément toujours le cas lorsqu'on y regarde de plus près. Juste rappeler donc qu'il s'agit d'un mécanisme psychique, décrit et découvert par Freud dans les premières étapes de la naissance de la psychanalyse, au regard de sa compréhension de la logique des névroses mais aussi de l'élaboration du cadre de la cure analytique. Le terme en tant que tel n'est pas issu du registre de la psychologie ou de la médecine mais bien de celui de la comptabilité. Il désigne en allemand le report d'une somme d'argent d'une ligne à une autre sur un document. C'est cette dimension de déplacement d'un contenu d'un espace à un autre et à l'identique qui semble parler à Freud. Selon le Dictionnaire International de la Psychanalyse, « le terme « transfert » désigne la transposition, le report sur une autre personne – et principalement le psychanalyste – de sentiments, désirs, modalités relationnelles jadis organisés ou éprouvés par rapport à des personnages très investis de l'histoire du sujet » (De Mijolla, 2001, p 1744). Appliqué à un phénomène psychique, le processus consiste donc en une réédition ou une re-convocation de représentations et d'affects à priori en lien avec un passé déjà ancien, ancré dans l'enfance le plus souvent. Il est aussi important de noter que ce mouvement s'effectue le plus souvent sur des modalités inconscientes, soit que le sujet ne s'en rend pas forcément compte. Il débouche alors sur une logique de *qui pro quo* comme le propose Michel Neyraut (2004). Cela signifie que la personne que le transfert prend pour objet ne va pas juste être envisagée comme un sujet ayant son identité propre mais aussi comme une autre, voire plusieurs autres figures reconvoquées sur un plan psychique via un mécanisme de projection. C'est ainsi que Freud découvre qu'il est investi par ses patients à bien d'autres places et rôles symboliques que celui du médecin qu'ils viennent consulter. Comme si les enjeux relationnels se déroulaient dès lors sur plusieurs scènes dans le même espace-temps de la séance. La découverte de ce phénomène étaye largement l'émergence de la psychanalyse tant sur le plan théorique qu'au niveau du *setting* progressivement pensé par Freud. Envisagé comme une résistance, le transfert est aussi perçu comme un outil, avec l'idée que le cadre doit même le faire se condenser de façon intensive : la neutralité de l'analyste, la règle d'abstinence, le positionnement en retrait et hors du champ de vision, l'interdit du toucher sont tout autant d'éléments qui favorise un appel au transfert. Les contenus ainsi mobilisés sont bien entendu ensuite utilisés par l'analyste et l'analysant pour mieux comprendre certains enjeux psychiques forts liés à ce dernier (souvent en lien avec la thématique de la sexualité par ailleurs), permettant leur repérage, facilitant parfois la compréhension de certains symptômes, leur remaniement et favorisant une reprise, une réappropriation de certains éléments historiques forts.

Plusieurs éléments nous semblent devoir être mis en avant au regard de ce que nous venons de dire :

- Le premier concerne la nature des éléments psychiques transférés. On remarquera que, dans une logique d'appréhension de la problématique de la névrose, il est bien ici question de sentiments, de désirs, d'expériences relationnelles soit de représentations certes inconscientes mais, si on les regarde en détail, finalement très inscrites dans un champ symbolique élaboré, construit, porté par un solide étayage à un langage opérant. Il n'est pas ici fait référence à des formes plus primitives et moins abouties de symboles, ancrées elles du côté des éprouvés corporels bien qu'éventuellement la référence à l'affect puisse être envisagée comme jouxtant quand même ce dernier périmètre. Mais il est aussi évident que cet état de fait s'explique par le contexte de la découverte du transfert qui fait la part belle à la névrose, dont la logique ne met pas forcément en avant la place d'éléments plus archaïques ;
- Le second concerne le positionnement du psychanalyste, avec cette idée d'une posture tout en retrait et en réceptivité, permettant justement au transfert de se déplier. Le terme de « neutralité bienveillante », formule discutable à notre sens et par ailleurs assez paradoxale, a pu parfois servir de balise pour tenter de qualifier cette attitude. Elle pose la question de savoir jusqu'à quel point une forme de retenue est à attendre d'un analyste qui doit en effet veiller à ne pas envahir de sa présence, de ses interventions et de ses projections l'espace du patient mais tout en évitant de devenir froid, distant voir absent dans la rencontre. Ce questionnement fondamental a par la suite et comme on s'en doute ouvert le champ pour aborder la thématique du contre-transfert, posant la question de ce que l'analyste peut éprouver de son côté et de ce qu'il conviendrait ou non d'en faire ;
- Enfin, le transfert mobilise dans son sillage des contenus psychiques hautement explosifs et notamment lorsqu'il charrie des éléments liés à la sexualité infantile (relatifs aux stades psychosexuels ou au complexe d'Œdipe). Lorsque Freud invente son dispositif divan/fauteuil, l'idée n'est ici pas que de mettre le corps au repos pour créer un frayage plus important du côté du recours au langage. Il s'agit aussi de tamiser la mise en jeu du corps qui risquerait de faire jaillir une forme d'excitation que le transfert porte et génère déjà de fait. Bien qu'on puisse trouver ici une forme de logique qui n'est pas non plus sans lien avec la part hautement érotique des symptômes corporelles auquel Freud a été confronté du côté de l'hystérie, le principal dommage collatéral de ce point demeurera pendant très longtemps que la référence au corps dans la psychanalyse sentira le « souffre » et fera l'objet de nombreuses méfiances et réticences...

Le succès remporté par la notion de transfert a par la suite amené des cliniciens à se questionner à son égard hors du cadre de la cure type. Freud l'avait décrit comme un phénomène presque universel qui est susceptible de se réveiller dans bon nombre de situations impliquant des interactions humaines : il est en effet aisé de voir comment il peut émerger notamment dans des contextes où l'interlocuteur qui en devient l'objet possède certaines qualités symboliques fortes qui peuvent participer à le générer (comme lorsque ce dernier est une figure d'autorité comme un supérieur hiérarchique, ou encore un soignant ou bien un enseignant). Dans le cadre de suivi thérapeutique autre que psychothérapique (nous avons par ailleurs travaillé la question dans le champ de la psychomotricité il y a plusieurs années), deux points de vue se dessinent : celui selon lequel il n'y aurait pas de transfert et que la question n'aurait même pas à se poser. Et le second qui affirme lui le contraire, ce qui ouvre sur des considérations très complexes. Oui il nous semble que le transfert peut se déplier dans un suivi orthophonique, psychomoteur, psychopédagogique et, en fait, dans tout cadre se situant symboliquement du côté du soin et de l'accompagnement du sujet, même s'il s'appuie sur

une logique rééducative. Il nous paraît évident que les pratiques d'art-thérapie le mobilisent plus que certainement, et d'autant plus qu'elles sollicitent des zones de fonctionnement psychiques et corporelles très intimes, renvoyant la personne à des enjeux sensibles de sa personnalité mais aussi de son histoire, y compris à un niveau archaïque. La reconnaissance qu'il y ait transfert est une chose : comprendre sa nature dans ces cadres et composer avec est une autre. S'agit-il d'un transfert identique à celui de la cure ? Probablement non car le *setting*, de par ses qualités, vient mobiliser des enjeux différents et ses buts ne sont pas les mêmes. Se pose alors la question très subtile de ce qui se transfère alors et peut éventuellement être mis au travail. D'autre part, si le psychanalyste assume de convoquer le transfert et possède la compétence pour le traiter, quid du positionnement d'autres cliniciens à ce niveau ? Qu'ils puissent repérer le transfert est une base indispensable. Mais que faire du coup dans ce type de cadre lorsqu'on ne peut agir dessus en l'interprétant ? Lorsque le transfert est positif et tire les wagons du suivi, la situation est bien entendu plus simple. Mais lorsque ce dernier prend une teinte plus mortifère et que l'on n'a pas la compétence pour désarmer le phénomène, comment se positionner au mieux ?

### Une notion plus polémique : le contre-transfert :

Accepter de discuter du contre-transfert, c'est déjà abandonner l'image, peut-être au final fortement idéalisée, d'un psychanalyste qui ne serait qu'une surface de réception vierge, neutre, entièrement disponible pour accueillir le transfert de l'analysant, à un tel point qu'il remiserait l'ensemble de sa subjectivité de côté pour ne pas empiéter sur l'expression de celle du patient. On peut ici comprendre qu'il s'agirait de ne pas mélanger les registres et que l'analyste soit vigilant à ne pas être laisser ses propres projections et affects personnels s'inviter dans le périmètre de la séance. Exiger de lui qu'il s'en coupe, les cadenasse et se force à coller à un positionnement dit neutre et bienveillant est une autre affaire. C'est en tout cas dans cet entre-deux que la notion de contre-transfert vient pourrait-on dire jouer les trouble-fêtes.

Comme l'on peut s'en douter, le terme a été vivement critiqué par certaines mouvances, avec bien souvent des arguments assez lapidaires : le psychanalyste doit avant tout s'intéresser aux mouvements psychiques de son patient et non aux siens ; si c'est le cas, c'est que sa propre analyse n'a pas été assez approfondie ; et de surcroît il ne doit pas utiliser l'espace de la séance avec son patient pour justement mettre au travail des éléments personnels qui viendraient à émerger, poursuivre son analyse via le travail avec son patient pourrait-on dire. Tout autant de formules surmoïques invitant à raidir la posture, à forcer le contrôle et à faire fi de la tendance naturelle de l'inconscient, et y compris celui du clinicien, à forcément s'inviter sans prévenir ! Nous profitons ici de l'occasion pour rapporter une petite anecdote vécue lors d'une soutenance d'une étudiante en Master de psychologie qui avait eu envie justement de faire son mémoire sur ce sujet du contre-transfert. Son directeur de mémoire lui avait concédé la possibilité de le réaliser mais s'est montré plus que critique à la soutenance, où nous étions nous-mêmes co-jury. Lors de la discussion, il avait affirmé de façon très radicale que tout psychanalyste qui se mettait à rêver d'un ou plusieurs de ses patients devait impérativement retourner sur le divan pour régler ce qui apparaissait être un problème personnel majeur. Nous avons alors fait le choix de ne pas évoquer de ~~mon~~ notre côté à ce moment la façon dont un rêve que nous avons fait à propos d'une de nos patientes que nous suivions en psychodrame analytique individuel nous avait considérablement éclairé sur sa problématique et sur ce qui se jouait entre nous transférentiellement : pas question toutefois de mettre ici ladite soutenance sous tension et l'étudiante dans l'embarras !

Cette notion de contre transfert peut se définir comme « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste au transfert de son patient, y compris les sentiments projetés en lui par celui-ci » (De Mijolla, 2001, p 365). Elle a été portée et convoquée au fil des décennies par de nombreux auteurs : Freud en première instance et qui en dessina les premiers contours d'une façon un peu ambiguë. Puis par d'autres, et notamment Paula Heimann (1949), élève de Mélanie Klein, et qui lui a donné ses premières lettres de noblesse lorsqu'elle affirmait que la réponse émotionnelle de l'analyste à son patient à l'intérieur de la situation analytique constitue un véritable outil de travail et même un instrument de recherche à l'intérieur du psychisme du patient.

Ce vocable a bien entendu ouvert le champ à une réflexion d'ensemble qui vise à s'intéresser à ce qui se joue du côté de l'analyste, à ce que le transfert produit sur lui et ce qu'il en fait. Il apparaît comme évident que le propre travail analytique qu'il a lui-même effectué est indispensable pour lui permettre de trier, au cœur de ses éprouvés, ce qui vient de lui et ce qui vient de l'autre. Bien plus facile à dire qu'à faire cependant comme on peut s'en douter, avec tous les lots d'erreurs et de confusion qui peuvent s'inviter dans le périmètre et toute la vigilance qu'il convient d'y porter. Même si la notion tend à faire consensus de façon un peu globale chez ceux qui sont prêts à l'accueillir, la formulation porte parfois à critique, notamment du côté du « contre ». Ce dernier terme tend à renvoyer à tort à une image de « résistance » face au transfert ou bien peut paraître trop limitative par rapport aux phénomènes qu'elle prétend analyser. Du coup, cela donne le sentiment que l'on utilise ce terme faute de mieux et pour tout dire, il ne nous satisfait pas tout à fait non plus ! D'autres tentatives ont pu être faites en la matière comme cette notion de « transfert du thérapeute » mais ne semblent pas non plus forcément toujours satisfaisantes. Nous sommes toujours donc à la recherche d'une terminologie plus fine mais bien difficile à ciseler !

Cette reconnaissance même ambivalente de la place du contre-transfert et parce qu'elle s'intéresse à ce que vit le psychanalyste de l'intérieur comporte en elle un implicite certes masqué mais bien réel : le fait que l'analyste a aussi un corps et que ce dernier n'est pas si inerte et absent dans le cadre des séances et de la rencontre avec le patient. S'ouvre ici donc la voie vers la référence au contre-transfert corporel ou alors (si l'on veut jouer avec les mots mais pas que) à la part corporelle du contre-transfert.

### Du contre transfert corporel

Nous pensons aussi que la prise en compte de ces aspects a grandement bénéficié d'apports situés en périphérie du premier périmètre dessiné par Freud et voici plusieurs pistes possibles :

- Le fait, tout d'abord, que l'on se soit mis à explorer des domaines de pratiques différents (notamment avec des populations tels que les bébés, les enfants, les adolescents) mais aussi des psychopathologies différentes, en continuant à utiliser la psychanalyse comme fil d'Ariane, mais en s'éloignant du champ de la névrose. L'exploration des troubles graves (tels que les TSA, psychoses, TCA, pathologies borderline) a clairement mis en avant la présence de l'échec de la mise en place des processus névrotiques et de certaines faiblesses dans la mise en œuvre du rapport au langage. Ont pu aussi être découverts à cette occasion des failles narcissiques primitives majeures, là où l'installation de la psyché dans le soma dont nous parle Winnicott semble avoir profondément été entravée, livrant le sujet à des éprouvés étranges, paradoxaux et anxiogènes qui l'empêchent de pleinement habiter son image du corps. La nécessité de prendre en compte la question du corps (parfois escamotée en psychanalyse) refait donc surface et s'impose ici de fait ;

- Ensuite, on notera que la prise en compte de ces dimensions a généré ensuite la nécessité de créer et d'inventer de nouveaux types de *settings* psychothérapeutiques, radicalement différents de la cure type ou de la psychothérapie en face à face, pour justement traiter et prendre en charge ces déficits majeurs en termes de symbolisation. Tout ce qu'il convient d'appeler les dispositifs thérapeutiques mais aussi les différentes formes de travail en art thérapie utilisant la psychanalyse comme référence prennent en effet entre autres base de travail l'idée qu'il s'agit de donner formes et contenants à des contenus psychiques confus en attente de symbolisation et souvent issus d'une faille dans le sentiment d'habitation corporel ;
- Enfin, ces mêmes cadres ont amené à questionner la nature de l'engagement des cliniciens qui les animent. Qu'ils soient psychanalystes ou aient une autre formation de base, leur positionnement revêt des caractéristiques différentes de celle de la posture adoptée dans la cure type. Étayage plus direct voire suggestions face au patient, participation du clinicien lui-même à la médiation, soutien d'un travail de co-construction symbolique plutôt que réellement interprétatif : tout autant d'éléments essentiels mais qui n'évacuent pas la question de la place du transfert et du contre-transfert...

Il apparaît ici évident que l'association de la nécessaire prise en compte des troubles de l'image du corps chez ces patients dans un dispositif qui se propose de les mettre au travail aux côtés d'un clinicien qui prend le parti d'adopter une posture originale pour accompagner le mouvement implique le propre rapport de ce dernier à son corps dans le cadre de ces séances. Au-delà des initiatives corporelles directes, c'est bien aussi à la part corporelle du contre-transfert qu'il s'agit alors de s'intéresser...

Notons que de nombreuses théorisations ont je pense ouvert le chemin vers l'acceptation contemporaine de ce vocable : on peut ici penser à l'énaction et l'empathie métaphorisante de Serge Lebovici (1983), à l'identification narcissique de base décrite par René Roussillon (2012) voire même, sur un plan plus neurologique, à la mention des fameux neurones miroirs découverts par Rizzolatti et Sinigaglia (2008).

Il n'existe pas actuellement une définition type du contre-transfert corporel mais on pourrait ici proposer plusieurs éléments pour tenter une sorte de délimitation :

- Tout d'abord l'idée que, dans les interactions partagées avec le patient, un certain nombre d'éléments infra-verbaux et donc corporels viennent à émerger de sa personne, dans le registre des communications corporelles (au sens où l'entend Éric Pireyre, 2011) mais aussi de façon bien plus inconsciente. Ils se situent dans un registre de symbolisation que l'on pourrait qualifier de primaire, en-deçà de la sphère du langage. Ces mêmes éléments peuvent de plus se trouver teintés d'aspects pathologiques plus ou moins marqués. La régularité avec laquelle ils s'invitent de façon répétitive dans le cadre et leur caractère ancien faisant parfois écho aux toutes premières étapes de développement autorisent à parler ici de transfert ;
- Ces émergences sont captées et perçues par le clinicien, de façon inconsciente ou préconsciente, provoquant chez lui un certain nombre d'éprouvés corporels en lien avec la propre problématique corporelle du patient donc. Il ne s'agit pas d'une réédition à l'identique d'un ressenti du patient (et on parlera encore moins de communication d'inconscient à inconscient !) mais plutôt d'un écho généré par sa réception ;
- Le repérage de ces éprouvés peut ensuite faire l'objet d'un travail d'élaboration et de transformation chez le clinicien, qui le renseigne alors parfois sur des enjeux forts du rapport de son patient à son corps, permet de lui en interpréter verbalement quelque chose ou d'ajuster des éléments du cadre pour s'adapter à ses besoins en la matière...

Nous pouvons ici compléter ce point de vue en y ajoutant plusieurs idées mises en avant par Catherine Potel dans son ouvrage sur le contre transfert corporel justement, paru en 2015. Cette psychomotricienne évoque la façon dont « le contre-transfert corporel n'est pas l'émotion vécue « en direct » dans la relation, c'est aussi ce qui se réveille chez le thérapeute en présence de son patient, qui transfère sur lui des vécus primitifs, ceux-ci activant ce qui a été depuis longtemps enfoui dans la mémoire du corps du thérapeute et qui est réveillé dans la relation transféro-contre-transférentielle » (p. 123). Elle insiste aussi sur le fait que « l'analyse de son contre-transfert – dans ce dialogue interne actif, simultané puis différencié, que le thérapeute mène avec lui-même – permet de penser non seulement son implication et son positionnement corporel mais également ses effets sur le patient » (p. 123). Elle ajoute « ce travail est un processus actif qui contient en même temps : ce qui s'éprouve dans la relation par le thérapeute et qui a des résonances directes sur son corps : les effets liés à sa capacité d'empathie ainsi que les émotions à valeur positive ou négative ; ce qui se pense en lui, en simultané de l'action au présent ; ce qui se pense après coup, qui fait l'objet d'une analyse. Cette pensée après coup permet de faire le lien entre les trois temps de la séance : ce qui s'est produit, ce qui se passe, ce qui va advenir » (p 123).

Dans ce contexte toutes les données des sens peuvent être impactées et produire des effets corporels parfois forts voire anxiogènes chez le clinicien.

Quelques exemples nous viennent ici à l'esprit : celui d'une étudiante de Master prise d'un vertige tenace lorsqu'elle observe un enfant autiste jouer de façon stéréotypée avec un petit train sur son lieu de stage ; notre sentiment d'avoir été comme traversé par le regard de certains patients psychotiques ; les sensations partagées avec notre équipe de psychodrame d'un froid glacial et d'une raideur corporelle douloureuse lors de séances avec des patientes anorexiques...

Il existe aussi bien entendu (et en lien avec ce qui peut être travaillé en musicothérapie) des enjeux du côté du sonore (les sons produits par le patient, qualités de la prosodie et du timbre de la voix). Un ancien collègue ayant travaillé avec nous en hôpital de jour pour enfants et recroisé dans un autre contexte des années plus tard me racontait que lorsque lui revenait le souvenir d'une petite fille psychotique accueillie dans la structure, il lui semblait entendre de nouveau et de façon marquée les sons très singuliers que cette dernière avait tendance à produire au ras de l'oreille des adultes.

C'est bien en tout cas dans ce périmètre que se situent donc les enjeux liés au contre-transfert corporel, éprouvés par le clinicien. Leur caractère étrange et surprenant pourrait inviter ce dernier à ne pas les prendre en compte voire les esquiver de façon défensive mais il est indéniable que les accueillir et les analyser nous permet de mieux comprendre les logiques corporelles qui traversent nos patients.

Il va de soi que cette dynamique questionne le rapport plus général du clinicien à son corps voire même plaide pour l'accès à des formations didactiques à ce niveau afin de mettre au travail cette sensibilité pour mieux se l'approprier. Rappelons ici que c'est exactement ce que font les psychomotriciens au long de leurs trois années d'étude.

Pour finir ici, nous souhaiterions partager une vignette clinique qui me semble tout à fait en lien avec les processus que nous avons essayé de mettre en avant, en espérant qu'elle parle au lecteur...



*Gwenaëlle est une fillette d'un peu plus d'une dizaine d'années lorsque je la rencontre à son accueil à l'hôpital de jour. Elle se présente comme une grande jeune fille qui se perd souvent dans des explorations autosensuelles, semblant régulièrement hors d'atteinte : alternant entre des déambulations sans fin et à d'autres moments des temps où nous la retrouvons presque effondrée au ras du sol, l'enfant paraît évoluer dans un univers avec peu de repères et de limites, certains stimuli sensoriels semblant parfois faire office de pôles attractifs fugaces.*

*Les stéréotypies trouvent leur place dans cet ensemble par le biais de pirouettes giratoires et de manipulations d'objets durs au niveau de la bouche. Son regard présente un strabisme important, tend à se fixer sur des points dont la nature nous échappe et il est bien entendu difficile de pouvoir avoir avec elle un contact œil à œil. Gwenaëlle ne parle pas mais émet parfois des sons brefs et clairement audibles qui peuvent être accompagnés de crachats, sous la forme d'expulsions répétitives.*

*Dans le contact, l'enfant peut venir bousculer l'adulte (par derrière ou sur le côté), le prenant souvent par surprise ou alors l'accompagner dans un de ses déplacements en s'accrochant à lui avec la main agrippée sur l'épaule et l'hémicorps collé contre lui. Cette description évoque les fameuses hémiplésies autistiques et donne le sentiment que Gwenaëlle utilise son interlocuteur comme un tuteur ou une béquille. A ces échanges répétés succèdent même parfois des rapprochés beaucoup plus marqués, notamment quand Gwenaëlle vient se poster auprès d'un adulte assis. Alors que je suis installé sur un canapé de la grande salle d'activité de l'hôpital de jour, l'enfant vient s'asseoir à côté de moi et commence à me pousser, tour à tour avec le coude puis avec la main et avec insistance. Un son émerge, qui m'évoque de suite une forme de plainte sourde. Il m'apparaît tout de suite que ce n'est pas la question que je cède la place ou m'en aille qui est en jeu mais qu'elle essaye de me communiquer quelque chose dont le sens m'échappe. Lui exprimer verbalement cela semble contribuer à provoquer une forme d'agacement chez cette enfant qui semble alors aller plus loin pour tenter de me transmettre ce quelque chose. Elle finit donc par venir sur mes genoux et tenter de se poser dans mes bras, de la même façon qu'un bébé dans les bras de sa mère.*

*Le reste de la séquence reste difficilement descriptible tant Gwenaëlle me fait vivre l'impossibilité d'un accordage tonique adéquat entre nous. Ainsi, l'enfant attrape mes mains, mes bras en semblant vouloir les positionner pour se sentir mieux contenue mais cela ne semble jamais pouvoir l'apaiser. Elle se tortille sans cesse, tandis que la plainte précédemment décrite monte en intensité paraissant traduire une souffrance réelle. Elle paraît aussi essayer de me regarder par instants, rapprochant ses yeux des miens très près comme pour annuler la distance.*

*Les distorsions de son tonus sont alors très impressionnantes, alternant entre une terrible rigidité et de brutales chutes de cette dernière : je note alors que ma propre adaptation tonique durant cet échange subit elle aussi les mêmes variations et je m'aperçois que je n'arrive plus à contenir cette enfant sans savoir même par quel bout l'attraper. Gwenaëlle semble très sensible à mon propre état interne et, après avoir présenté plusieurs mouvements rappelant à s'y méprendre les crises d'opisthotonos du nourrisson, viendra me donner un coup de tête, qui me laissera quelque peu sonné. L'enfant se détachera ensuite rapidement de moi en partant au loin, émettant là aussi une longue plainte douloureuse.*

*Ce type d'échange que je viens de décrire, Gwenaëlle le reproduit à plusieurs reprises de façon quotidienne avec bon nombre de collègues du personnel soignant : demande d'un contact, d'un portage, d'un étayage qui se solde toujours par l'impossibilité de sa réalisation, suivi d'une douleur si grande qu'elle se termine par un arrachement violent. Notre vécu contre-transférentiel est alors*

*mis à rude épreuve face à cette fillette capable de sortir de sa bulle pour tenter activement l'expérience de la rencontre mais qui nous fait vivre des échecs répétés et un sentiment d'impuissance. La peur de la douleur physique qu'elle peut nous infliger n'est elle aussi pas étrangère à nos difficultés à investir le travail avec l'enfant...*

*En séance de psychomotricité, je me retrouve de nouveau confronté aux difficultés précédemment décrites : portée dans mes bras, Gwenaëlle se tortille, gesticule, prend mes mains pour les positionner à des places diverses dans une recherche de contact enveloppant qui ne semble toutefois jamais la sécuriser et la satisfaire. Une longue plainte accompagne ces échanges dans un ensemble de mouvement où tour à tour elle vient à m'attirer contre elle puis me repousse, sans toutefois qu'elle quitte mes bras. Ce type de séquence peut durer assez longtemps tandis que l'insatisfaction et l'angoisse de l'enfant ne débouchent plus systématiquement sur un raptus violent suivi d'une forme d'arrachement et de fuite. Je reste toutefois vigilant et sur mes gardes, dans l'attente un peu anxieuse quand même de recevoir un coup lorsque son excitation devient trop forte : cela arrivera parfois encore, ce moment se trouvant immédiatement suivi d'une fuite de l'enfant de l'autre côté de la pièce pour se réfugier dans ses protections autistiques. Mais même après de telles séparations, Gwenaëlle ne tarde guère pour revenir dans mes bras retenter l'expérience.*

*De mon côté, le vécu contre-transférentiel s'avère assez pénible à expérimenter : tous mes essais pour adapter gestes et postures dans ce portage, même infimes dans leur modulation tonique, provoquent chez elle l'apparition d'une raideur extrême. J'ai alors l'impression paradoxale qu'il faudrait que je sois à la fois immobile, le moindre petit mouvement de ma part risquant de provoquer ce type de sursauts, mais aussi que je me montre souple dans l'adaptation de mes gestes : un point d'équilibre me semble alors hors d'atteinte. Je nous perçois alors très à l'affût l'un de l'autre au sein de cet étrange dialogue tonico-émotionnel, tout vigilants que nous sommes au moindre de nos mouvements et sans bien sûr pouvoir arriver à nous détendre.*

*Je m'essaye bien entendu à quelques interprétations qui, dans l'après coup, me sont apparues comme des essais pour canaliser ma propre angoisse et qui à l'époque contribuaient encore plus à en produire chez Gwenaëlle qui se raidissait fortement lorsque je lui parlais. Je traverse aussi un long moment de doute où j'en viens même à questionner la pertinence d'accepter ce type de contact, me demandant si celui-ci n'est pas trop intrusif ou même excitant pour la fillette. Je prends alors le parti de rester assez souvent silencieux et de tenter de trouver quelque apaisement à l'intérieur de moi-même, en essayant de ralentir ma respiration et de me relâcher au niveau corporel. Il m'arrive même parfois de fermer les yeux un petit moment.*

*Après de nombreux essais de ce genre, je sentirai à certains moments Gwenaëlle me suivre dans ce mouvement : sa propre tension se relâche, elle arrive à s'immobiliser calmement et progressivement comme par paliers. La fréquence des raidissements s'espace sous la forme de soubresauts et elle se met à pousser parfois de longs soupirs.*

*Je me surprends aussi à voir de façon fugace mais bien réelle son strabisme se résorber complètement, tandis que ses yeux me fixent avec une intensité soutenue et qu'un sourire s'esquisse.*

*Une petite victoire qui n'aurait certainement pas été possible si je n'avais pas été suffisamment attentif non seulement à ce que me faisait partager Gwenaëlle corporellement mais aussi à mon propre état de réceptivité, qu'il a fallu arriver à moduler pour faire l'expérience d'une rencontre plus apaisée...*

## Bibliographie

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), Haute Autorité de Santé (HAS) (2017). Recommandation de bonnes pratiques. Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte. Méthode Recommandations par consensus formalisé. Argumentaire scientifique. Paris: ANESM, HAS.
- Boutinaud, J. (2011). L'éprouvé corporel aux sources du contre-transfert... en psychodrame psychanalytique individuel avec l'adolescent. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 57, 135-142. <https://doi.org/10.3917/rppg.057.0135>
- De Mijolla, A. (2001). Dictionnaire international de la psychanalyse. Paris : Calmann-Lévy.
- Heimann, P. (1949). On counter-transference. *Classics in psychoanalytic technique*, 139-142.
- Lebovici, S., Stoleru, S. (1983). Le bébé, la mère et le psychanalyste. Paris : Bayard.
- Neyraud, M. (2004). Le transfert. Paris : Puf.
- Pireyre, E. (2011). Clinique de l'image du corps. Paris : Dunod.
- Potel, C. (2015). Du contre-transfert corporel. Ramonville-Saint-Agnes : Érès.
- Rizzolati, G., Sinigaglia, C. (2008). Les neurones miroirs. Paris : Odile Jacob.
- Roussillon, R. (2012). Manuel de pratique clinique. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier-Masson.