



HAL
open science

Place du corps dans la relation. Étude de l'intéroception et de l'attachement

Fanny Brunet

► **To cite this version:**

Fanny Brunet. Place du corps dans la relation. Étude de l'intéroception et de l'attachement. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03129800

HAL Id: dumas-03129800

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03129800v1>

Submitted on 3 Feb 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 177

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Place du corps dans la relation.
Étude de l'intéroception et de l'attachement

Présentée et soutenue publiquement
le 8 octobre 2019

Par

Fanny BRUNET
Née le 18 juin 1991 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Docteur Marion Robin, psychiatre

Jury :

M. Le Professeur Maurice Corcos, PU-PH..... Président

M. Le Professeur Mario Speranza, PU-PH

M. Le Professeur Ludovic Gicquel, PU-PH

Table des matières

Remerciements	5
Introduction	6
Vignettes cliniques	8
A- Cas clinique d'E. jeune homme de 18Ans	8
1-Présentation du cas.....	8
2- Discussion sur le cas	10
B. Cas Clinique de P, jeune fille de 16ans.	10
1- Présentation du cas.....	10
2- Discussion sur le cas	13
C. Cas clinique de L. jeune fille de 17ans.	13
1- Présentation du cas.....	13
2- Discussion sur le cas	15
D- Conclusion sur les cas	16
PARTIE 1 Approche psychanalytique du développement psycho-affectif	17
A- Affect et pulsion : ancrage corporel	17
1- S. Freud : pulsion	17
2- P. Aulagnier première représentation psychique	18
3- D. Anzieu et Moi-Peau : pensée, perception, intéroception	19
B- Place de l'environnement, représentation et symbolique.....	21
1- De M. Klein à W. R. Bion : la relation à la mère, fonction psychique	21
2 – D. W. Winnicott : le corps, l'Etre, soi et l'autre	23
3- J. Lacan et J. Laplanche : place du langage, symbolique réel et imaginaire.....	25
C- De l'attachement à l'intéroception : de inter-perception et intersubjectivité à la différenciation et subjectivité.	26
1- J. Bowlby P. Fonagy, Attachement : Modèles Internes Opérant permettant une exploration et un développement personnel	26
2- A. Bullinger le corps, Soins et Relation affective.	29
3- M. Corcos, B. Golse: co-construction.....	32
PARTIE 2 : Approche Neurobiologique	36
A- Introduction	36
B- Intéroception et Comportements	36
C- Modèle Bayésien et rôle du SNA	39
D- Attachement et Intéroception : MIO et théorie Bayésienne.....	42
E- Rôle de l'ocytocine.....	46
PARTIE 3 : étude clinique : protocole RELADO	48
Chapitre 1 : Socle théorique et hypothèse de travail	48

A- Socle théorique.....	48
B-Retour sur les vignettes cliniques	53
Chapitre 2 : Description du Protocole	55
A- Matériel et Méthode	55
B- Résultats	58
1- Description de l'échantillon.....	58
2- Réponse aux auto-questionnaires RQ et MAIA.....	61
3- Analyses quantitatives	63
C- Discussion, limites de l'étude	66
D- Limites et perspectives.....	72
1- Limites de l'études	72
2- Réflexion thérapeutique	73
Conclusion.....	76
Bibliographie	78
Annexes.....	84
Questionnaire RQ :.....	84
Questionnaire MAIA :.....	85

Remerciements

Aux membres du jury de cette thèse :

A Monsieur le Professeur Maurice CORCOS,

Merci de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie de m'avoir accompagnée dans mon travail, et pour votre éclairage précieux.

Merci de m'avoir permise d'apprendre et de grandir dans votre service pendant plus d'un an.

Je vous témoigne ma profonde reconnaissance et mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Marion ROBIN,

Merci de me faire l'honneur d'être la directrice de cette thèse. Merci d'avoir accepté de m'accompagner et de m'avoir conseillée durant ce travail. Merci de ta disponibilité, de ton temps précieux passé à la correction de ce travail et pour l'ensemble des conversations que nous avons eues.

A tous les membres du Jury, Professeur Mario SPERANZA, Professeur Ludovic GICQUEL, Merci d'avoir accepté de participer au Jury de ma thèse, et d'avoir prêté attention à mon travail.

Aux équipes médicales et soignantes :

Aux Dr Cyril MACH, Dr Alice VIGNES, Dr Jasmina MALLET, Dr Pablo VOTADORO, Dr Isabelle NICOLAS, Dr Julie BRUNELLE, merci de m'avoir accueillie, accompagnée durant mes semestres d'internat. Merci de m'avoir guidée dans l'apprentissage de la clinique, et de la rencontre avec les patients et les équipes.

Aux équipes soignantes merci d'avoir accompagné et participé à ma formation. Aux co-internes, merci pour nos discussions, le temps partagés et notre amour commun pour la médecine et psychiatrie.

A Corinne et Florence, merci pour votre aide, votre gentillesse, et votre bienveillance.

Aux patients et leurs familles,

A ma famille et mes amis :

A ma famille, merci pour votre soutien inconditionnel. A ma mère, et mon père pour votre accompagnement constant. A ma mère pour toutes tes relectures (travail laborieux). Merci à ma sœur Quiterie et mes frères Basile Marco et Constantin, pour votre amour. A Venance qui a rejoint la famille.

A mes grands-parents pour leur regard bienveillant, Anecim, Grand-papa, Mamie et Bomp. Merci Bomp pour tes conseils sur mes choix en médecine et ton œil avisé sur ce travail.

Aux co-sous-khôleurs, merci de votre soutien, d'avoir partagé avec moi ces années de travail, et influencé mes choix. A mes amis d'enfance, et mes cousins, merci pour tous les moments passés ensemble.

A Avner,

Introduction

“Si par le terme de monde nous désignons l’ensemble de l’espace hors psyché, nous dirons que cet espace la psyché le rencontre, en un premier temps, sous la forme de ces deux fragments fort particuliers représentés par son propre espace corporel et par l’espace psychique de ceux qui l’entourent, et , de manière plus privilégiée, par l’espace psychique maternel” (1).

A propos de la relation à l’autre, on voit, on entend, on touche, on sent, on communique, on échange, on se comprend. Alors éventuellement, on peut “s’entendre”, “sentir ou ne pas sentir” une personne, “l’avoir dans la peau” ou “en avoir plein le dos”. Ces expressions françaises tentent de mettre en mots des perceptions, internes, corporelles, qui ont lieu lors de la relation à l’autre, en lien avec la composante somatique des émotions « ça me reste sur l’estomac ». La perception de l’autre, bien plus que sensorielle (audition, olfaction, cénesthésique, vision, gustative), est aussi interne, corporelle, émotionnelle. Ces changements internes inter-actifs engendrés par la relation nécessitent une adaptation pour le sujet. Cette adaptation, modalité de réponse à des changements internes et relationnels est-elle prédictible pour chaque sujet ?

De la relation à l’autre, à la relation à soi-même, quels peuvent être les liens, les similarités ? Y a-t-il des voies communes ? A travers différents courants en psychologie, ces questions (sur la conception de l’Homme, du Sujet) peuvent être abordées avec différentes visions : d’une vision organique, neurobiologique, d’un comportement dicté par une série de réactions neuronales, à un comportement et des choix dictés par des impératifs socio-économiques, ou transgénérationnels, culturels et religieux. Où se situe le moi ressentant, percevant, pensant dans ces différentes visions ? Quelle est la place de la subjectivité, de l’individu, dans l’appréhension qu’il a de lui-même et de l’autre ? Peut-on dichotomiser une réalité interne, subjective, d’une réalité externe, corporelle organique, relationnelle, sociétale et culturelle ? Est-ce que ces réalités externes (stimuli extérieurs, puis sensoriels, et stimuli internes, corporels, perceptifs) seraient appréhendées de façon spécifique à chaque individu ? Y a-t-il une approche individuelle du Je, qui serait similaire pour ces perceptions et les stimuli corporels et relationnels ? Est-ce que l’intéroception, la conscience et les représentations corporelles, pourraient être corrélées avec l’attachement, la relation à l’autre, et ses représentations ? Ceci autant sur le plan des représentations, des anticipations, conscientes ou inconscientes, que sur un plan plus physiologique, corporel ?

L’objectif de ce travail est de mettre en lien une approche psychanalytique et neurobiologique. Ceci au sujet de la réalité interne (subjective) d’un individu sur sa perception corporelle et relationnelle.

L’intéroception est ce que le sujet perçoit de ses organes, de ses viscères. L’enseignement médical en milieu hospitalier, met l’accent sur les difficultés d’interprétation des symptômes physiques ressentis, signes d’appel de consultation médicale. La question de l’organicité ou non-organicité se pose devant chaque symptômes (ex : douleur thoracique qui pourrait être d’origine coronarienne ou anxieuse). En psychiatrie, l’origine organique (réalité externe) est « éliminée » ou prise en charge, et le travail se fait sur la réalité interne, subjective du sujet, qui participe à guider ses comportements. De même, sur le plan relationnel, un travail est souvent proposé sur le vécu et positionnement du sujet dans la relation. Les

perceptions corporelles et relationnelles du sujet prennent souvent une place importante en pathologie psychiatrique

L'intéroception, dans cette thèse est traitée comme ce qu'un sujet perçoit de son corps. Des battements cardiaques, aux mouvements du système digestifs, et contractions mictionnelles... elle est, de fait, influencée par de multiples facteurs (internes au sujet : capacité à percevoir ces sensations, et à les relier à une représentation ; et externes, contextuels (situation de stress, de surprise, de détente, relationnelle). Nous étudierons son développement, précoce, en lien avec les facteurs relationnels et l'étayage de l'enfant.

Nous nous appuierons sur les théories de différents auteurs d'orientation psychanalytique, puis avec des données neurobiologiques pour tenter ensuite de synthétiser et d'ouvrir sur des perspectives thérapeutiques, interventionnelles, relationnelles. Nous avons ensuite soumis notre hypothèse dans une recherche clinique. Nous présentons et discutons des résultats d'une étude menée à l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM) de 2018 à 2019. L'objectif de cette étude est d'évaluer en lien entre attachement et intéroception. Nous avons réalisé une étude clinique observationnelle chez des jeunes adultes qui avaient été hospitalisés à l'IMM en unité de crise entre 2015 et 2018. Il s'agit (i) d'évaluer de façon descriptive les modalités relationnelles et intéroceptives chez ces sujets, (ii) d'évaluer s'il existe une association statistique entre des modalités d'attachement et d'intéroception. Ceci afin de tenter d'évaluer l'hypothèse selon laquelle la relation à l'autre est influencée (par) et influe sur le système intéroceptif.

Vignettes cliniques

Pour fonder notre discussion et réflexion nous proposons trois vignettes cliniques.

A- Cas clinique d'E. jeune homme de 18Ans

1-Présentation du cas

E. 18 ans est adressé pour instauration de clozapine pour une schizophrénie à début précoce résistante au traitement.

E. est suivi depuis l'enfance pour des migraines avec aura (photophobie, paresthésie, vomissements), pour lesquelles il a eu plusieurs traitements et des explorations neurologiques. Une probable dimension psychosomatique était évoquée. Il a été suivi pour anxiété avec des préoccupations somatiques à thématiques sexuelles en début d'adolescence, puis hospitalisé une première fois pour un épisode psychotique aigu. E. présentait alors des hallucinations variées (cénesthésiques, visuelles, auditives, gustatives), et des thématiques délirantes multiples (mégélanie, persécution, empoisonnement...). Un premier traitement neuroleptique a été introduit et arrêté devant une hyperprolactinémie et des dyskinésies aiguës. Un second a été mis en place avec une forme retard et une prise en charge en hôpital de jour a été commencée. Cela s'est arrêté brutalement, suite un syndrome malin des neuroleptiques, (dont le diagnostic aurait été tardif, et sans nécessité d'hospitalisation) ayant obligé l'arrêt des traitements.

Dans ce contexte E. ne peut plus se rendre à l'hôpital de jour. Il reste chez lui, où il vit avec ses parents, son frère et sa sœur. E. est replié à domicile, apragmatique. Il est persécuté et interprétatif autour des comportements de ses proches, ce qui provoque régulièrement des tensions et des conflits, avec des passages au CAC.

Un centre expert a écarté des diagnostics différentiels pouvant expliquer ses troubles. A noter, dans sa famille, il existe de nombreux antécédents somatiques et psychiatriques, aux premiers et deuxièmes degrés : Accident vasculaire cérébral, diabète, infarctus du myocarde, bouffée délirante aiguë chez son père, schizophrénie d'un oncle du côté maternel.

En hospitalisation E. est imprévisible, et présente de nombreuses bizarreries : sourires immotivés, errance du regard, barrage dans le discours, diffluence. Il n'interagit que s'il est sollicité, pour les repas, pour des activités, ou des entretiens. E. est souvent en retrait dans sa chambre, ce qu'il justifie ainsi : c'est pour se reposer, éviter que son cerveau surchauffe. Son discours est relativement hermétique, paralogique. Il est interprétatif, envahi par des hallucinations multimodales (olfactives, auditives, gustatives, intrapsychique). Les thèmes délirants sont multiples et fluctuants, avec une désorganisation idéo affective. Il se persécute facilement, avec un syndrome de référence, un automatisme mental. Il se décrit dans une tristesse vis à vis de sa famille, à cause des tensions familiales qui lui semblent inexplicables, alors qu'il tente d'être "gentil et courageux" avec tous. Il craint de ne jamais trouver d'emploi, et de finir SDF, à lutter contre les personnes hostiles.

Sur le plan somatique, E. a de nombreuses craintes hypochondriaques : perdre sa masse musculaire (alors qu'il est visiblement sportif), crainte pour son transit. Il refuse parfois les traitements et explique avoir des dyskinésies ou tremblements (non constatés). A d'autres moments il ne comprend pas des questions posées sur la tolérance somatique des traitements,

et relate un corps qui lui convient, qui fonctionne et plaît, en particulier aux jeunes filles du groupe.

Initialement rassuré par la séparation avec ses parents, E. se montre, quelques jours après, plus sthénique, désorganisé, et halluciné. Se sentant persécuté par l'équipe, il demande sa sortie. La mobilisation des parents, l'autorisation des visites, la verbalisation du manque de ces derniers à un effet apaisant pour E. Ceci bien que E. n'ait pas mentionné de manque ni de tristesse particulière à cet éloignement.

Pour les repas, E. manifeste des recrudescences anxieuses, avec des manifestations similaires, et il lui est proposé de les prendre en chambre. E. est poreux à l'ambiance du service, et cela influe sur les éléments de désorientation et délirant qu'il présente. A d'autres moments, il explique souhaiter inviter ses nouveaux amis chez lui en permission. Il se sent proche d'eux, et relate de bons moments. Il fait des bilans positifs des activités auxquelles il participe comme modelage mosaïque ou psychomotricité, auquel il demande à revenir. Il souhaite rentrer au domicile familial, et relate un lien fort avec sa famille, en banalisant les conflits. Il se projette, souhaite reprendre une formation, devenir hypnothérapeute, reprendre la musique.

L'instauration de la Clozapine a lieu. Les temps que E. passe avec les autres patients sont plus stables, avec des interprétations et un vécu moins délirant. E. est moins désorganisé. Il paraît plus adapté. Ses demandes de sorties et de retrouver sa famille persistent. Les temps de permission se déroulent mieux.

A mi-posologie, devant un doute sur une modification de l'ECG, un avis cardiologique est demandé, et préconise de réaliser une échographie cardiaque, et de contrôler l'ECG afin de s'assurer qu'il est possible de continuer l'augmentation de la clozapine. E. et ses parents en sont informés, et E. a l'échographie cardiaque (normale) le jour même. Par la suite, la permission au domicile se déroule moins bien, E. est persécuté par son frère à tel point que ses parents le raccompagnent en hospitalisation. E. est aussi plus persécuté par les soignants et les patients. Il a de nombreuses plaintes somatiques, et douleurs physiques. Quelques jours plus tard un doute est émis sur la prise médicamenteuse. E. refuse le traitement pour des dyskinésies, des tremblements et autres motifs non constatés. Ceci malgré les explications afin de le rassurer sur ces traitements. E. verbalise la crainte d'être piégé en hospitalisation, et de ne jamais en sortir. Il accepte cependant de reprendre ses traitements.

Ces symptômes s'amendent avec l'augmentation de la clozapine. Une amélioration significative au quotidien est notée: E. interagit de manière plus adaptée avec le groupe, prend la parole de manière pertinente en réunion soignants-soignés. Il s'adonne à la lecture et participe aux ateliers selon son état clinique. Il passe un certain temps dans sa chambre, pour se reposer mais aussi pour s'auto-hypnotiser. Pendant ses permissions il voit sa famille et fait de la musique. Il montre beaucoup d'initiatives et organise des sorties et des soirées, même si ses fréquentations restent plus familiales qu'amicales. E. s'enquiert régulièrement de l'avancée du projet soins-études qui l'intéresse particulièrement.

Les transitions lui restent compliquées, il se montre systématiquement plus fermé et inaccessible au retour de week-end avant de retrouver son état habituel. Des recrudescences ponctuelles d'agitation anxieuse et délirante sur un mode hallucinatoire et persécutif peuvent avoir lieu dans le service. E. se montre alors très interprétatif avec des hallucinations visuelles, demande à s'en aller de peur qu'on s'en prenne à lui. Ces épisodes sont rapidement résolutifs avec un traitement d'appoint, une réassurance soignante rapprochée et des temps courts à l'extérieur. La critique des éléments délirants et hallucinatoires passés, notamment persécutifs sur sa famille ou l'équipe, reste partielle mais à défaut E. est capable de les mettre à distance. E se plaint d'hallucinations visuelles colorées kaléidoscopiques associées à des céphalées. Un

avis neurologique élimine une participation migraineuse. Il demande fréquemment à baisser le Tercian® et se plaint d'une sédation excessive et d'effets secondaires à type de baisse de la fonction érectile, contrariant ses activités masturbatoires qui semblent jouer un rôle anxiolytique important. La prise de clozapine, elle, ne pose pas de problème.

En entretien familial, les parents sont sensibles à l'amélioration d'E. qu'ils constatent en permission. Ils s'inquiètent de ses fréquentations extérieures et de sa porosité, souhaitant maintenir un cadre protecteur. E. sort avec un suivi ambulatoire et un projet de soin-étude.

2- Discussion sur le cas

Ce cas clinique présente un jeune de 18 ans hospitalisé pour adaptation thérapeutique dans le contexte d'une schizophrénie précoce, avec mauvaise tolérance des traitements précédents. Dans cette vignette clinique on constate que la désorganisation et la symptomatologie délirante, (multimodale), persécutive ou mégalomaniacale se déploient, bien que majoritairement sur le plan relationnel, aussi sur le plan de sa vision du corps, avec des éléments hypocondriaques, peu expliqués sur le plan somatique : des avis cardiologiques et neurologiques ont été sollicités. Dans des moments de stress, E. se sent persécuté et victime : des autres, et de son corps, (l'impression qu'on voudrait le tuer, impression que son corps est malade). Les modifications, corporelles (changement pubertaire à l'adolescence) et relationnelles (changement du cadre et du lieu de vie) sont sources d'angoisses et d'interprétations sur une modalité anxieuse, persécutive, hypocondriaque. A d'autres moments, la vision des autres ou de son corps est plus positive : E. pense avoir un corps qui lui plaît, qui lui permet de faire du sport. Sur le plan social il relate des amitiés et une proximité avec les autres jeunes de l'unité. Ceci de façon imprévisible, sans réel changement "extérieur". Ceci s'amende avec les traitements. Il peut être intéressant de noter que la démarche d'E., sa posture en entretien, ses mimiques participent à son étrangeté. E. est souvent penché sur sa chaise, ou avec une démarche ébrieuse. Cette désorganisation corporelle, spatiale, globale, s'apparente et participe à la désorganisation relationnelle, et à la difficulté à être adapté dans les relations sociales.

E. semble en difficulté pour donner un sens à ce qui lui arrive, et à ce qui se passe autour de lui. Cela se manifeste de façon "similaire" (persécution) sur son vécu corporel et relationnel. Ainsi ses remarques à propos de son corps et de ses relations sont souvent décalées, de manière similaire de la réalité externe. On note que, médiatisées par des soignants, les approches corporelles et relationnelles sont investies par E. mais limitées par l'invasion délirante persécutif.

B. Cas Clinique de P, jeune fille de 16ans.

1- Présentation du cas

P. 16 ans est adressée par sa psychiatre pour une hospitalisation dans le service pour anorexie mentale.

P. a commencé un régime restrictif il y a un an. 6 mois plus tard elle a été hospitalisée en pédiatrie, pour un sauvetage somatique (IMC 11,2), et a été renutrie par sonde nasogastrique. Quelques mois plus tard, une sortie, avec retour au domicile, suivi multidisciplinaire (diététique,

somatique, psychiatrique) et reprise scolaire avec un PAI (Plan d'Accueil Individualisé) à mi-temps a été tentée. Des difficultés apparaissent rapidement, P. stagne à un IMC à 13. Des crises clastiques peuvent survenir à domicile : P. s'en prend à ses parents, peut les griffer, ou abîmer leurs affaires personnelles. Ces comportements sont sous-tendus par un sentiment de persécution. Elle est ré-hospitalisée puis transférée dans notre service. Un contrat de poids est décidé, sans questionnement particulier des parents, et P. est hospitalisée, avec une période de séparation initiale.

P. est décrite comme une enfant calme. Les séparations ont toujours été source d'angoisse, dès la halte-garderie. Elle a vu des pédopsychiatres et psychologues au collège pour une anxiété sociale et une tristesse de l'humeur. Ses parents la décrivent comme une enfant isolée, craignant le regard des autres, et qui se dévalorise. La rêverie était son échappatoire. Ils ont noté, depuis deux ans, un hyper investissement scolaire, et un isolement social : P. ne sortait quasiment plus du domicile familial ; ils décrivent un sentiment d'insécurité à l'extérieur.

P. vit avec ses deux parents. Ces derniers sont enseignants. Elle est la benjamine d'une famille de 3. Son frère et sa sœur, de dix ans ses aînés, ont quitté le domicile familial il y a environ 4 ans. Sa sœur est enceinte de 6 mois lorsque P. arrive dans le service. P. est en seconde et n'a pas d'activité extrascolaire, bien qu'elle aime le chant, la danse et le théâtre.

Dans l'unité, P. est de bon contact, toujours souriante. Elle accepte sans difficulté le cadre proposé et les obligations alimentaires. Elle reste initialement isolée dans sa chambre, ne formule aucune demande, et ne participe à aucun atelier, inquiète du regard des autres. Elle craint qu'ils la critiquent, qu'ils puissent se moquer ou la détester. Cela semble en lien avec une auto-dévalorisation importante. Ses tenues sont souvent inadaptées à la température, et P. ne semble pas s'en préoccuper. Aux remarques des soignants elle se change sans difficulté.

Le week-end, lorsque le groupe est réduit, elle parvient à entrer en relation avec d'autres jeunes. Le dimanche soir du retour des permissions, est vécu difficilement, avec des plaintes corporelles « palpitations, diarrhée, sensation de malaise », qu'elle pourra relier à de l'anxiété en entretien médical. De même, P. décrit des palpitations avant les repas : elle est en difficulté pour reconnaître les émotions qui la traversent. P. relate des angoisses importantes anciennes, avec la crainte de mourir en lien avec des perceptions corporelles étranges. Elle ne peut se fier à ses vécus corporels, émotionnels, et vérifie ce qu'elle sent par d'autres intermédiaires : visuels (se regarde dans le miroir), tactiles (prend son pouls), pour se rassurer.

P. relate une période de harcèlement au primaire, par une amie. Cette dernière était sa seule amie et « lui faisait faire tout ce qu'elle voulait », en la menaçant de l'exclure complètement. P. en faisait des cauchemars et cette période s'est résolue par la verbalisation à ses parents et l'entrée au collège. Cependant cette crainte reste présente et P. n'arrive pas à « faire confiance » dans le discours et le comportement des autres. Elle justifie ainsi ses craintes et inhibitions sociales ainsi que sa fragilité narcissique.

Elle adhère aux soins, se confie doucement plus, et est en demande d'aide. Elle évoque d'elle-même la nécessité d'une hospitalisation prolongée. P. se lie de façon privilégiée avec deux autres patientes. P. est collée au comportement et discours de ces patientes et adhère à leur point de vue. Au fur et à mesure, P. se montre de plus en plus à l'aise dans le groupe, participe aux ateliers, activités et soirées. Elle est plus souriante et fait un constat positif de cela, bien qu'elle attribue cette faculté d'ouverture au soutien et conseils de ses amies. P. a une reprise pondérale très rapide et mal tolérée sur le plan somatique (palpitation, fréquence cardiaque entre 110 et 120/min). Cependant elle ne se plaint pas, et ne semble pas le remarquer. Les apports en calories sont ainsi réduits par les équipes, et P. informée de cette décision.

P. vit douloureusement le manque de ses parents. Elle parle peu de sa fratrie, et décrit une sensation de vide après le départ de sa sœur. P. a une forte crainte des situations

conflictuelles, et explique pouvoir se mordre lorsqu'elle met son père en colère. Elle s'interroge sur sa place dans sa famille, et décrit ses parents comme préoccupés, minutieux, et méfiants. Ces craintes sont ravivées par la grossesse de sa sœur, et l'investissement de cette grossesse par ses parents. P. vit douloureusement le départ en vacances de ses parents durant la période de séparation, avec une sensation d'abandon. Sont alors ravivées les préoccupations alimentaires et pondérales, sans qu'elle ne fasse un lien entre les deux.

Les parents, vus seuls expliquent que la conception de P. était une "surprise". Son père, quelques années avant, avait été traité pour un séminome. Il relate un suivi laborieux, avec une grande attention des médecins sur son poids. Les parents ne semblent pas certains que P. soit informée de cela. Ils discutent de leurs nombreuses préoccupations (grossesse de la sœur, procès en cours avec leurs voisins sur leur lieu de vacances). Ils évoquent le besoin de contrôler. Les parents sont inquiets de la durée des soins, et car ils souhaitent que leur fille soit sortie pour participer à la rentrée scolaire.

Le temps de séparation s'achève rapidement. Les parents, alors en vacances, ne sont pas disponibles pour des visites. P. ne questionne pas cela, et justifie l'importance de leurs vacances car en conflit avec leurs voisins et en procédure ils doivent être sur place. De même le week-end suivant ils se rendent à un événement familial prévu de longue date. Ils demandent alors la participation de P. La permission est refusée, car la tolérance somatique de la reprise pondérale est médiocre et il persiste une surveillance quotidienne de l'état somatique de P. Les parents sont ainsi sollicités pour adapter leur semaine et week-end afin de pouvoir passer du temps avec P., malgré la demande contraire de P. Elle se sent persécutée par cette décision, et ne parvient pas à entendre le choix des médecins, qu'elle prend comme une trahison. Elle est alors fermée et réticente à discuter avec l'équipe médicale. Par la suite les permissions se dérouleront de façon moyenne. P. rentre parfois prématurément en hospitalisation, fâchée contre ses parents, leur disponibilité qu'elle estime moindre et de leur non-compréhension.

Sur le plan somatique, des éruptions cutanées (sur le visage, les paupières, le cou), des épisodes de vertiges ou de malaise, sont remarqués fortuitement, sans que P. ne s'en soit plainte. P. semble toujours étonnée de la préoccupation médicale, "ce n'est rien", "ça n'aurait rien changé". Pour autant elle prête attention à son apparence. Elle passe du temps à décider de ses tenues, à se maquiller et se coiffer tous les jours.

Durant les entretiens familiaux P. semble spectatrice de l'opposition entre le discours de ses parents, (au sujet de la prise en charge, traitement, sortie, permission) et celui de l'équipe médicale. Il apparaît que P. est en grande difficulté à parvenir à identifier ce qu'elle souhaite et ressent, ou bien est persécutée par le discours de l'autre. Les parents reconnaissent la difficulté de leur fille à discuter des sujets potentiellement source de conflit. La réalisation de compromis et la « négociation » sont impossibles et P. évite d'exprimer son avis.

Dans ces moments d'angoisses, elle a recours à des attaques corporelles (elle se scarifie) ou ses préoccupations alimentaires (restrictif, craintes somatiques, ou hyperphagie) se majorent.

Par la suite, P. tente de plus "s'écouter" et se fier à ce qu'elle ressent. P. évoque de nombreux facteurs extérieurs pour justifier ses investissements et projets, en particulier des facteurs émotionnels "je me sens mal ici", "je suis heureuse avec "x". Elle est ainsi peu accessible à la discussion et au compromis et peut se persécuter lorsque les décisions ne vont pas dans son sens. Elle se montre projective et clivée, avec peu d'accès à l'ambivalence. Son contact devient fluctuant : elle peut se montrer méfiante, persécutée, demander sa sortie ou remettre en cause le cadre ; ou au contraire plus ouverte à la discussion et en demande d'étayage.

Sur le plan thérapeutique sont introduits : un traitement antidépresseur puis un anxiolytique de fond. Une poursuite des soins en soin-étude est proposée et refusée par les parents et un PAI avec une prise en charge en hôpital de jour est organisé.

2- Discussion sur le cas

Ce cas clinique d'une jeune fille de 16 ans hospitalisée pour anorexie mentale, illustre des difficultés d'abord relationnelles et corporelles.

En effet on note comment P. perçoit comme sources de danger les informations corporelles (fréquence cardiaque) et relationnelles (sentiment d'insécurité), et présente un contrôle et retrait (désinvestissement) relationnels et corporels similaires. L'incompréhension, le clivage en tout bon tout mauvais, le sentiment d'hostilité a lieu pour P. autant sur des décisions et réactions de ses pairs, de l'équipe médicale et de ses parents, que sur des événements somatiques. P. tour à tour attaque son corps (scarifications) et l'autre (crises clastiques agressivité verbale), ou se place dans une position de soin vis à vis de ces derniers, de bonne élève (soins corporel, maquillage et grande attention de P. pour prendre soin de ses parents). P. peut, au fur et à mesure de l'hospitalisation, créer des liens avec d'autres. L'autre prend plus de "place" dans ses considérations, dans son attention. Se créent alors des liens fusionnels, avec un collage au discours et à l'affect de l'autre. P. parvient difficilement à élaborer son point de vue. Elle le justifie, par une trop grande perception de ses états internes. Ces derniers lui dictent de façon "véridique" sa conduite. La réalisation de compromis est alors impossible, et P. est collée, adhère à ses perceptions internes.

Ainsi dans cette observation, la prise en compte des interactions relationnelles et des perceptions corporelles se fait sous des modalités similaires (éviction, désorganisation, collage et clivage). Les fluctuations de ces modalités influent à la fois sa façon d'être en relation, et s'être à elle-même.

C. Cas clinique de L. jeune fille de 17ans.

1- Présentation du cas

L. est adressée par sa psychiatre, et hospitalisée pour état dépressif caractérisé avec idées suicidaires, dans un contexte familial compliqué.

L. a d'elle-même entamé un suivi psychiatrique 6 mois auparavant, devant un fléchissement thymique, avec anhédonie abolie, idées noires depuis plusieurs mois. Elle date le début des troubles au décès de son grand-père maternel. Suite à cela, sa mère a fait une dépression grave, avec une majoration de ses consommations d'alcool, et L. a décidé d'aller vivre chez son père. Malgré le suivi, les troubles se majorent. L. demande une hospitalisation en confiant une tentative de suicide passée inaperçue à son psychiatre (ingestion médicamenteuse volontaire, paracétamol et Atarax® avec prise d'alcool concomitante). Le père est réticent à cette démarche, que la mère soutient.

L. a comme antécédent un asthme dans l'enfance. Elle a des crises d'angoisses depuis 4 ans pour lesquelles lui a été prescrit de l'Atarax® lors d'un passage aux urgences. Lorsqu'elle arrive en hospitalisation elle est sous antidépresseurs depuis trois semaines.

Sa mère est suivie pour addiction à l'alcool et trouble de l'humeur. Son père a aussi des troubles liés à l'usage de l'alcool, cependant non suivis. Il est suivi sur le plan cardiologique pour une insuffisance cardio respiratoire grave, favorisée par une obésité.

L. est fille unique du couple parental. Ses parents sont séparés depuis qu'elle a trois ans. Elle vit depuis un an chez son père et voit sa mère un week-end sur deux. Elle a une demi-sœur, d'une dizaine d'année son aînée, du côté paternel. L. est en terminale ES. Très bonne élève, elle doit passer son BAC cette année. Elle souhaite faire des sciences politiques par la suite. L. a un entourage amical important et un compagnon depuis plusieurs mois.

A son arrivée, seule la mère est présente car le père est hospitalisé pour des raisons cardiologiques. L. est soignée et explique de façon claire son histoire. Ce n'est qu'en l'absence de sa mère qu'elle relate plus clairement sa douleur morale, ses angoisses, et dévoile des scarifications sur ses cuisses. L. a un IMC à 29, et décrit des variations pondérales fréquentes, alternant entre hyperphagie, restriction, activité sportives et tentative de contrôle pondéral. Elle se dévalorise, n'aime pas son corps ni son apparence physique.

Durant la première partie d'hospitalisation, la symptomatologie dépressive est marquée. L. a des idées suicidaires. Elle est ralentie, triste. Devant l'absence d'amélioration avec l'antidépresseur et le refus du père pour un autre ISRS, un traitement par venlafaxine est instauré. L. reçoit de forte dose d'anxiolytiques et semble aller mieux. L. formule des demandes (voir des amis, participer à des activités). Elle est plus détendue et souriante, blagueuse avec son groupe de pairs. Elle souhaite reprendre l'école à l'hôpital afin de passer son BAC. Elle est soignée. Elle se projette, et demande à ne pas retourner vivre chez ses parents à la suite de l'hospitalisation.

L. exprime une ambivalence à l'égard de ses parents : à la fois un sentiment de colère vis à vis d'eux, de vengeance de l'avoir "obligée" à prendre une position de soignante lors de leur période d'alcoolisation, d'intermédiaire lors des conflits, et d'avoir dû être autonome rapidement. Cependant elle tente de les protéger en n'exprimant aucune plainte devant eux. Elle exprime une culpabilité d'être elle-même hospitalisée, et se questionne sur sa légitimité. Elle relate des altercations lors de visites, avec une culpabilisation des parents vis à vis de son état. Elle se scarifie alors et se met en danger. Cependant elle ne parvient pas à se décaler de ces relations.

Lors des entretiens familiaux, le conflit parental est visible. Les parents questionnent la prise en charge thérapeutique, l'efficacité des soins, et la lenteur d'évolution. A d'autres moments ils interagissent peu, ou sont absents, souvent en lien avec leurs propres troubles.

L. présente des malaises dans l'unité, avec des sensations de vertiges, et des palpitations, sans jamais de perte de connaissance. Les explorations somatiques sont rassurantes. Les plaintes somatiques fluctuent, avec des céphalées, des plaintes autour de son poids, autour de douleurs dentaires (imputées à un appareil dentaire), ou des règles douloureuses non soulagées par des antalgiques classiques. L. semble accablée par ces vécus corporels. Elle les anticipe de façons anxieuses, et annule parfois des sorties.

Un traitement anxiolytique de fond est instauré devant la labilité thymique et l'intensité de ses angoisses. Lors de permissions, ou de vacances chez ses grands-parents, L. se prend en main, participe à des festivals, des soirées, s'occupe de ses proches. Elle présente cependant des malaises étranges avec tremblements, et est amenée aux urgences sans qu'aucune étiologie

ni syndrome ne soit reconnu. Le passage du BAC est décalé, à la demande de L. et devant une recrudescence anxieuse importante. Dans ces moments, L. subtilise à plusieurs reprises des cordons et appelle les soignants en se strangulant dans sa chambre ou juste avant. Dans ces moments elle apparaît abattue, incurie, en pyjama lors des entretiens.

A la fois demandeuse d'étayage, par des verbalisations d'idées suicidaires, et des manifestations comportementales, L. revendique un désir d'autonomie, de sortir et reprendre ses études, de participer aux activités avec ses amis. Elle demande à partir vivre chez sa sœur. Dans ces moments-là, sa présentation est soignée, sa tenue vestimentaire adaptée, adultomorphe. Elle explique se sentir différente des autres patients ayant des difficultés (en particulier alimentaires) et accepter son corps, qu'elle trouve féminin.

Le projet, soutenu par la famille, d'aller vivre chez sa sœur, est organisé progressivement, et avec difficultés devant l'ambivalence et les recrudescences anxieuses constatées. Ce travail d'autonomisation et d'individuation, est source d'angoisses importantes. Les plaintes somatiques, et malaises se majorent alors. Elle demande alors aux équipes soignantes de prendre les décisions pour elle, avec une grande ambivalence. De même pour le BAC, L. passe le rattrapage, avec insistance des équipes. Elle obtient des résultats excellents.

Elle sort vivre chez sa sœur, avec le projet de reprendre la faculté et de poursuivre son suivi ambulatoire.

2- Discussion sur le cas

Ce cas clinique, d'une jeune fille de 17 ans hospitalisée pour dépression, illustre comment la relation, corporelle et relationnelle, peut être vécue intensément, de façon douloureuse et anxieuse, avec un agrippement anxieux à des situations connues, malgré une demande de changement. En début d'hospitalisation L. est en retrait de la relation, et n'a quasiment aucune plainte somatique. Lorsque la symptomatologie dépressive s'amende, apparaît une ambivalence à la sortie, une angoisse importante, qui se manifeste autant sur le plan relationnel avec des demandes paradoxales, d'autonomie et de soutien dans une position régressée, que sur le plan corporel avec des malaises obligeant l'équipe à l'accompagner dans sa chambre s'allonger sur son lit, des douleurs diverses importantes. A d'autres moments elle souhaite prendre seule des décisions, refuse l'étayage, ne comprenant pas sa nécessité. Ses plaintes somatiques se modifient aussi. L. semble moins gênée, se plaint moins, ou lorsqu'elle a des douleurs, demande des traitements antalgiques et poursuit ses projets de la journée. Sa présentation est alors soignée, adultomorphe.

Ainsi le rapport de L. à son corps et à l'autre, passe de façon similaire d'un silence douloureux, d'une non-communication, à une relation ambivalente source de stress. A la fois en demande d'étayage, la présence de l'autre est source de stress et d'ambivalence. Demandeuse de voir ses parents et d'obtenir le soutien dans ses projets, et leur avis, elle peut aussi souhaiter ne plus communiquer avec eux. De la même façon avec les soignants, elle peut souhaiter un étayage important, ou formuler et construire des projets de façon indépendante. Dans les deux cas, cela paraît peu adapté, et sa vision de l'autre semble ambivalente : à la recherche de contact et le craignant. A la fois à l'écoute de son corps et attentive et soignant sa présentation, les informations perceptives peuvent rapidement devenir envahissantes et son corps peut être détesté, angoissant ou douloureux selon son état psychique.

D- Conclusion sur les cas

Dans ces trois cas cliniques (de dépression, de trouble du comportement alimentaire et de schizophrénie) illustrent la manière dont la pathologie touchant ces jeunes influe de façon similaire autant sur leur vision de l'autre que de leur corps.

Un jeune déprimé pourrait vivre de façon douloureuse et inquiétante des informations des deux milieux (relationnels et corporels), avec une plus grande faculté à remarquer, retenir, ou vivre les stimulations (corporelles et relationnelles) comme douloureuses. Un autre psychotique comprendra les informations venant des différents milieux (relationnels et corporels) de façon désorganisée, avec un sens particulier, qui lui est propre, et hermétique pour les autres (persécution, hypocondrie). Une recherche d'autonomie, et un refus de la relation de dépendance, ou des comportements d'éviction pourront se manifester sur la relation au corps et à autrui.

Ainsi les sujets verraient, percevaient, interpréteraient les informations venant des milieux qui les entourent, sous un prisme et une modalité commune. Ceci peut être relativement intuitif, et on peut se demander comment l'individu se construit ainsi ? Par ailleurs, on peut se questionner sur l'apport thérapeutique, clinique de cette vision des choses. En quoi cette vision peut influencer l'approche thérapeutique, clinique, d'un thérapeute ? En quoi une théorisation du "comment l'individu se construit ainsi" peut apporter des outils cliniques pour le praticien ?

PARTIE 1 Approche psychanalytique du développement psycho-affectif

A- Affect et pulsion : ancrage corporel

1- S. Freud : pulsion

Pour S. Freud Le Moi et les pulsions ont un ancrage corporel et se dirigent vers l'objet selon le principe de plaisir. Pour lui, il existe toujours un substrat biologique, organique.

La recherche de réassurance au danger, pousse l'être humain à chercher la relation, "le facteur biologique instaure donc les premières situations de danger et crée le besoin d'être aimé, qui ne quittera plus l'être humain". (2). En effet, le danger est aussi un signal d'alarme d'origine biologique et corporelle.

S. Freud distingue deux types de pulsions : d'autoconservation et la libido. "A propos de ces notions, S. Freud précise que pour lui, la libido du moi et de l'objet correspond à l'investissement sexuel du moi et de l'objet. Il différencie cet investissement libidinal avec la pulsion du moi, d'autoconservation, d'attachement." (3)

Nous pouvons réfléchir ainsi au terme de S. Freud, en lien avec notre sujet d'étude : ces deux pulsions naissent d'une origine corporelle. Ainsi la nécessité d'autoconservation et la libido tournés vers l'objet, peuvent aussi bien être tournés vers la relation à autrui que vers la relation à soi-même, à son propre corps. Il n'en reste pas moins des libidos et des pulsions de "nature" similaires. En cas de pathologie, lorsque, pour suivre la terminologie Freudienne, la pulsion ou libido change, cela pourrait-il être interprété comme des changements concomitants, de même nature, vers l'objet corps, intéroceptif, et vers l'objet "autre", relationnel ?

Enfin d'après lui, le moi se construit comme un feuillet d'identification à l'objet. Ainsi, le moi a à voir avec l'objet (corporel, ou l'Autre). Il intégrerait ainsi, en se construisant, des identifications à son corps, vécu corporel, et à l'autre. "Le Moi tel que le développe Freud en 1922 dans Le Moi et le ça conjugue des origines différentes : d'une part il est dérivé des sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps, ce qui fait dire à Freud que le Moi est avant tout un Moi corporel, qui n'est pas seulement un être de surface mais lui-même la projection d'une surface, et il représente la surface de l'appareil mental ; et d'autre part, il est un précipité des objets incorporés et introjectés. Le Moi, pour Freud, rassemble le corps et l'empreinte de l'objet". (4)

2- P. Aulagnier première représentation psychique

D'après P. Aulagnier, le monde extérieur, "ensemble de l'espace hors psyché", ne peut être accessible à la psyché que s'il peut être représenté. Ces représentations permettent au sujet d'investir le monde extérieur et d'éprouver du plaisir ou du déplaisir. Cet affect, de plaisir ou déplaisir est la qualité partagée avec l'autre, dans la rencontre avec le monde extérieur. En effet, cette rencontre avec le monde extérieur, se fait, dans un premier temps pour l'infans "sous forme de deux fragments forts particuliers représentés par son propre espace corporel et par l'espace psychique de ceux qui l'entourent, et, de manière plus privilégiée, par l'espace psychique maternel." (1)

Concernant le traitement psychique (la métabolisation) des éléments, il est constitué de trois processus. Le premier est l'originaire, qui donne le pictogramme, une pré-représentation inscrite dans le corps, représentée dans l'inter-action, dans le partage de sensations avec la figure de soin "image d'une chose corporelle, la mise en forme d'un schéma relationnel", et du fait d'éprouver un affect. "L'affect lié à l'éprouvé corporel, se manifeste dans et par sa représentation pictographique". P. Aulagnier explique que devant une situation, il se produit un delta, un "X inconnaissable" dans le corps de l'individu, qui peut être, suite au processus originaire, transformé en une première représentation. Cela se passe de mot, comme un émoticône n'a pas besoin de mot mais permet de se représenter une situation, par un affect.

L'affect est toujours empreint d'amour (Eros) et de haine (Thanatos) et donc d'ambivalence. Cela fait le lit du désir. Le désir, source de création peut aussi être source d'aliénation à l'objet de désir, d'où le désir de non-désir. Cette ambivalence de tout investissement concerne le corps qui est lui aussi source de zones érogènes, de plaisir, d'investissements narcissiques, et qui est aussi aliénant, car dénonce les limites de la psyché, de sa dépendance à ses perceptions, de son incapacité de démentir "la légende de l'hallucination sur la non existence d'un hors psyché". Cela concerne de la même façon la relation à l'Autre, source de plaisir et d'investissement narcissique, et d'une dépendance, d'attachement nécessaire à une vie. P. Aulagnier parle d'un *phénomène de specularisation* : "toute création de l'activité psychique se donne à la psyché comme reflet, présentation d'elle-même [...] la psyché rencontre le monde comme un fragment de surface spéculaire, dans laquelle elle mire son propre reflet"(1).

Ainsi la place du corps, d'une perception corporelle est nécessaire, d'après Aulagnier, pour l'appréhension du réel, mais insuffisante pour sa mise en forme, en mot, en représentation plus élaborée. D'où l'existence des processus primaires et secondaires.

Les représentations de la figure de soins, s'inscrivent dans un contexte socio-économique et aussi historique, religieux et transgénérationnel et vont teinter le partage d'affects et représentations de l'infans. "Il existe un décalage entre les deux acteurs, l'un répondant à des besoins "instinctuels" et l'autre y donnant un sens en lien avec un contexte personnel, culturel, religieux, social, transgénérationnel". D'après P. Aulagnier, le discours de la mère est teinté de sa propre psychopathologie, de son ancrage culturel, influencé par le père et son amour pour l'infans.

Même si la métabolisation du monde extérieur, par le processus originaire donne un pictogramme, un affect qui est une image corporelle et relationnelle pour l'infans, cet affect est reconnu, partagé, nommé par la mère selon ses propres représentations, qui guideront ses choix. La définition, l'expression et la signification de l'affect est quelque chose d'indéfinissable, qui n'est nommé qu'en sentiment par le biais des représentations culturelles, et du partage de ces perceptions corporelles.

Ainsi pour notre sujet, P. Aulagnier nous permet d'arriver à la réflexion suivante. Un sujet, face à ces éléments de réel (corporel ou relationnel) a un ressenti X indéfinissable qui, s'il est métabolisé par le processus originaire, devient pictogramme, affect ancré dans le corps et dans les représentations relationnelles. L'appréhension de son corps, intéroception, et des relations pourrait se faire sous ce même prisme, sur ce même "réservoir pictographique". "Le rejet de l'objet, son désinvestissement impliqueront un même rejet et désinvestissement de la zone complémentaire. Le désir de détruire l'objet s'accompagnera toujours, dans l'originaire, du désir d'anéantir une zone érogène et sensorielle, et aussi l'activité dont cette zone est le siège : l'objet vu ne peut être, en cette phase, rejeté qu'en renonçant à la zone visuelle et à l'activité qui lui est propre".

Le sujet aurait donc une appréhension et des mouvements affectifs similaires vers son corps et l'objet, la relation, dans la mesure où ils sont liés. En effet ils émanent initialement d'un vécu, un ressenti corporel, teinté des interprétations maternelles. On voit ici l'importance, et du corps, et de la relation (dans ce qu'elle influe de la perception corporelle, de la perception de l'affect) dans l'appréhension des objets externes (objet corporel ou relationnel).

3- D. Anzieu et Moi-Peau : pensée, perception, intéroception

D'après D. Anzieu, le Moi-Peau se constitue à partir des perceptions corporelles, et son intégration correcte est dépendante de la relation. "Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps." "C'est, selon moi, la pulsion d'attachement, si elle est tôt et suffisamment satisfaite, qui apporte au nourrisson la base sur laquelle peut se manifester ce que Luquet (1962) a appelé l'élan intégratif du Moi." Le corps du bébé, est lieu et instrument d'émission de messages : "être un Moi, c'est se sentir la capacité d'émettre des signaux entendus par d'autres"(4). Et donc son corollaire, d'être capable de recevoir les signaux émis par les autres.

A la naissance l'infans (désigne l'enfant avant l'acquisition du langage selon S. Ferenczi) est peu différencié du monde extérieur. Il existe cette illusion d'une peau commune avec la figure de soin. A travers cette peau commune se font des échanges communicatifs, sur des informations sensorielles (tactiles initialement) et affectives, qui sont directement associées pour la mère, à une pensée, signification ou représentation.

L'infans va petit à petit prendre conscience qu'il sent tactilement. Cette conscience sera en lien avec la perception corporelle du corps à corps, et donc perception de la relation, et probablement influencée par la représentation maternelle. Ces perceptions corporelles, dans ces moments relationnels, seront vécues et enregistrées, "surface d'inscription des traces laissées" comme base future mnésique corporelle et relationnelle, avec une ébauche de réflexivité.

Par la suite, le "double interdit du toucher" va obliger l'infans et la mère à se séparer, à délimiter ce qui est de soi et de l'autre. L'infans va apprendre à communiquer autrement. Par l'émission de sons, de gestes, ou la perception auditive, visuelle c'est le début d'une communication inter-sensorielle. De la même façon la réflexivité va se faire. Cela ira jusqu'à l'apparition du langage, forme ultime de la communication, avec une réflexivité de sa propre pensée. Cela toujours sur une base sensorielle. "C'est le champ sensori-moteur qui est ici au premier plan, tant au niveau de l'éprouvé qu'au niveau des premières formes de « partage d'affect » et de communication." (5)

Par ailleurs lors de l'absence, de la séparation, l'infans, pour survivre psychiquement - sans se vider comme s'il avait une peau trouée-, va devoir symboliser cette absence, ou

symboliser sa persistance. Cela pourra avoir lieu grâce à la fonction d'inscription mnésique du Moi-Peau. L'enfant va garder une unité en reliant (symboliquement) ses perceptions connues, ses sensations.

Ainsi cette continuité physique et psychique se fait sur sa capacité à symboliser l'absence en fantasmant une peau commune, sur la base des expériences déjà vécues. C'est l'intériorisation des éléments corporels et relationnels, s'ils sont reliés symboliquement- symbolisation- par l'enfant, qui lui permet de former une enveloppe physique et psychique contenant des contenus psychiques, affectifs et sensoriels : le Moi Peau.

La réflexion de D. Anzieu peut éclairer notre propos. Cette symbolisation, à partir des signaux perceptifs et relationnels, influence la perception de l'autre et des signaux corporels. « Tous les processus de pensée ont une origine corporelle. C'est donc la spécificité des expériences corporelles qui va se traduire par la spécificité des processus de pensée et par les angoisses et les inhibitions correspondantes. » (4)

Dans cette conception du Moi Peau, l'intériorisation, (et la conscience, l'attention, la représentation...), des perceptions sensorielles et internes va de pair avec l'intériorisation de la relation à autrui. Ceci car d'une peau commune perceptive, relationnelle avec indistinction moi/non moi, on arrive à une différenciation relationnelle et perceptive. Ce qui serait ensuite intériorisé et réactualisé par la trace sur le Moi Peau serait un état corporel et relationnel intimement liés.

La réflexivité de l'enfant va dépendre de plusieurs facteurs : de ses capacités sensorielles, d'attention et de perception. Et elle va aussi dépendre des capacités réflexives de l'entourage, soit de sa capacité à penser que l'enfant se sent, se perçoit puis se pense d'une façon qui lui est personnelle. Cela implique une "séparation et une différenciation" dans les perceptions sensorielles, qui fait le lit d'une séparation psychique "je pense qu'il sent- qu'il pense- différemment de moi". A ce point de rencontre, entre le relationnel et le perceptif, l'enfant va créer une réflexivité propre, (l'enfant perçoit qu'il se sent tactilement, qu'il s'entend émettre un son, se sent olfactivement). Et, en prenant conscience qu'il ne perçoit pas comme son entourage tout en pouvant être perçu par eux, finit par leur attribuer une pensée différente de lui.

De la perception corporelle à la perception relationnelle, le partage des sensations, des représentations, des affects seraient co-influents. Par leur trace mnésique, ils influenceraient ensuite, sous un prisme commun, l'appréhension des perceptions corporelles et relationnelles, avec une influence toujours réactualisée de l'un et l'autre.

Autrement dit, à un âge précoce, et toujours d'actualité à l'âge adulte :

- Des perceptions corporelles trop peu perçues, ou trop intenses ou peu systématisées, influenceraient probablement un peau-à-peau similaire et une relation semblable "je ne le sens pas", "je ne comprends pas", "qu'est-ce que ce flot d'informations". Ce "trop (peu) perçu" peut "venir" du sujet ou de l'entourage, et des ressources dont chacun dispose (disponibilité physique et psychique, à soi-même et à l'autre).
- Des perceptions de signaux, des affects ou des représentations, perçues ou comprises de façon "trop" erronées de la part de l'entourage (désorganisation, faible disponibilité psychique par exemple) influenceraient probablement un retour interactif et donc une intériorisation relationnelle et perceptive similaire : en inadéquation avec les perceptions initiales. Ceci en fonction des capacités de l'enfant, sensorielles internes et des autres figures de soins dont il dispose.
- Un affect intériorisé (entre perception interne et sensorielle et relation), sera un des prismes de la perception de soi et de l'autre, comme un Modèle interne. Ainsi un sujet déprimé aura des plaintes douloureuses corporelles et relationnelles, un sujet clivé

clivera ces deux types d'informations, un sujet amoureux ne sera pas inquiet de perception interne ou relationnelle qui auraient pu le tourmenter.

- Cet affect sera toujours en réactualisation, en relations influentes de l'autre sur soi et soi à soi-même : Comment tomber amoureux seul, sans rencontre ? Comment rester amoureux, sans reconnaissance et adaptation par l'autre à ce changement ? Comment se déprimer seul ? Comment se déprimer sans changement interne corporel ?

B- Place de l'environnement, représentation et symbolique

1- De M. Klein à W. R. Bion : la relation à la mère, fonction psychique

Pour M. Klein, il n'existe d'objet qu'interne. L'enfant, dans son développement psychique va passer par deux stades : schizo paranoïde puis dépressif. Les jeux de projection, d'identification, puis d'identification projective sont les mécanismes en œuvre.

Au stade schizo-paranoïde, l'enfant va projeter ses objets internes, bons ou mauvais sur un objet extérieur, qui sera tout bon ou tout mauvais. Tout est clivé : le moi et l'objet. Ce mécanisme est nécessaire car le soi peut être menacé de l'intérieur par des pulsions agressives. De même il va s'identifier à l'objet et se construire en fonction de cela. Par la boucle projection, puis identification projective il va se construire. A ce stade n'existent que des paradoxes, d'un objet entièrement bon et entièrement mauvais. Par la suite, l'enfant va prendre conscience qu'il s'agit du même objet, bon et mauvais, détesté et aimé. De même qu'il est lui-même fait de ce bon et mauvais. D'où une position plus dépressive, désillusionnée, d'une perte d'une toute puissance, pour un accès à la prise en compte d'un objet total qui implique une ambivalence, et un compromis.

Ses structures mentales se constituent à partir d'une diversité d'objets internes-fantasmes qui changent de nature au fur et à mesure que l'enfant se développe. Les fantasmes sont modifiés par l'expérience réelle d'interaction à l'environnement.

Nous pouvons noter que ces mécanismes, interactifs, sont de nature non verbale, et prennent appui, en premier lieu sur une pulsion corporelle. Cela laisse à supposer l'importance du corps et de la proximité physique du donneur de soin.

A partir de ces concepts, W. R. Bion appuie sur l'importance de la réalité externe, en particulier avec son concept de "fonction alpha" de la mère. La mère est socle de ces projections non digests, violentes (éléments bêta ou "choses en soi"), les reçoit, les perçoit, les représente, et les renvoie de façon plus digeste : alpha ("impressions sensorielles transformées en image mentale"). Ces éléments bêta et alpha partent de perceptions sensorielles, et reviennent chargés de la relation, d'affects et représentations. W. R. Bion parle d'une barrière alpha de contact, entre le sujet et la réalité externe, lui permettant de donner un sens et d'appréhender sereinement les choses. Au contraire, sans cette fonction alpha, les éléments bêta, bruts sensoriellement, faisant effraction, rendent indigestes, incompréhensibles les éléments perçus dans la réalité : il s'agit d'un écran Bêta.

La mise en place de ce système dépend des capacités de l'enfant et de l'environnement. L'enfant doit pouvoir supporter la frustration (facteur endogène), pour accepter de pouvoir

penser, penser un sens, penser qu'il pense. La mère doit être suffisamment accordée à l'enfant et capable de se donner à une rêverie maternelle (facteur environnemental) pour offrir un sens suffisamment juste pour qu'il soit intégrable et suffisamment rêvé pour qu'il ne soit pas "cru", indigeste. Il s'agit d'une fonction de filtre interprétatif onirique de la mère. "Comme on vient de le voir, le développement des pensées et du "penser" dépend donc de deux grands groupes de facteurs en interaction. Il existe des facteurs innés (capacité ou non de supporter la frustration) et des facteurs de l'entourage (aptitude de la mère à la rêverie) qui déterminent le développement et l'évolution ultérieurs de la capacité de penser, capacité qui, dans le cas d'une évolution positive, augmentera peu à peu à mesure que se forment par exemple des concepts, des abstractions et des systèmes d'hypothèses." (6)

Ainsi grâce aux réflexions de M. Klein et W. R. Bion, nous pouvons continuer notre réflexion. Pour une appréhension sereine de la réalité (douleur corporelle, accélération du cœur, expressions de visages, réactions de l'entourage), qui s'impose au sujet (avec un vécu corporel initial "cru"), il faut que le sujet puisse lier ce vécu à un sens, un récit, une représentation, suffisamment proches et suffisamment décalés pour être acceptable. Pour cela il se base sur ses expériences relationnelles lorsqu'il n'est pas lui-même en mesure de créer ce sens, puis acquiert cette autonomie.

Qu'est-ce qui permet à la mère de donner un sens au ressenti de son infans? Est-ce une façon de sentir véritablement son enfant, senti au sens corporel? Aurait-ce un lien avec la gestion de 9 mois préalable? S'il y a projection d'éléments, à un sens physique (d'une force sur un matériel), cela modifie l'état de l'objet (de la mère) sur lequel la projection a eu lieu (et crée un état de stabilité avec une force retour). A partir de ce ressenti, elle (la mère) utilise sa propre fonction alpha (sur elle) pour se donner un sens, s'apaiser (modifier son propre état corporel) puis le transmettre à l'enfant? Est-ce par cet état corporel que les pensées, vont se créer chez l'infans, pour lier l'état de départ et celui d'arrivée, grâce à l'intervention d'un tiers? Ce sens que l'infans perçoit, avant d'accéder au langage, n'est-ce pas un sens corporel, d'un vécu perceptif accepté et modifié et retourné par la mère. Est-ce que l'infans peut accepter, intérioriser, l'interprétation alpha pensée sans la sentir, la vivre? Est-ce là un échange affectif, corporel et empathique dont il s'agit?

Ainsi la création d'un sens aux choses qui l'entoure, pour l'infans, dépendrait de la figure de soin, et d'un échange qui se fait par le corps, par l'affect. Qu'en reste-t-il à l'âge adulte? Le partage de représentations, la communication de sens, la perception de l'autre en présence, en particulier pour les personnes en détresse, se font-ils de la même façon? Un sujet, en relation, perçoit-il, consciemment et inconsciemment des modifications, dans son propre corps, en lien avec ce que ressent l'autre en face de lui? Parvient-il à les reconnaître, les discriminer, y attribuer une fonction alpha? Y-a-t-il un retour, "corporel", du nouvel état physique de ce sujet, qui influence à nouveau celui du premier sujet? Et ceci "en plus" des mots, d'une communication verbale et non verbale? Le sujet a déjà un système de représentation, et une capacité de penser, une fonction alpha. La fonction alpha du sujet, lui sert donc peut-être plus à lui-même, pour donner un sens aux choses qu'il(s) ressent(ent) qu'au sujet directement. Ce dernier pourrait peut-être se servir de la fonction alpha du sujet ou de son nouvel état physique (influencé par l'état corporel modifié par le sujet). Un système de représentation commun aide-t-il à la création d'un lien, d'un sens, corporel et psychique, commun, digeste pour les deux sujets? Les rites, les rituels, la musique, ont-ils une utilité au partage et à la communication d'un état corporel partagé, modifié, avec un sens commun proposé et aussi partagé de tous? Cela crée-t-il une barrière alpha à des éléments bêta de la vie, d'autant plus importante qu'elle est partagée, dans les croyances, et physiquement par ces rites?

Ainsi W. R. Bion et M. Klein, à partir des conceptions vues précédemment, peuvent nous aider à voir comment les affects se transmettent, se communiquent, s'influencent. Et ceci par les deux protagonistes, acteurs de la relation, leur sensibilité corporelle propre et leur système de représentation. Ce "tout" (corporel et représentation) s'échange et s'influe dans la relation. Et l'affect modifié, modifie pour chacun des sujets (modification des pulsions dans leur essence au sens de S. Freud) la vision de chacun d'eux et de leur corps.

2 – D. W. Winnicott : le corps, l'Être, soi et l'autre

D. W. Winnicott insiste sur le rôle de l'environnement et plus particulièrement des mères dans le développement de l'enfant. "Le moi ne peut s'organiser contre l'échec de l'environnement dans la mesure où la dépendance fait partie de la vie."(7). Il décrit trois fonctions de la mère : holding, handling et object presenting. Ces fonctions favorisent l'intégration physique et psychique de l'enfant, l'accès à l'autonomie, la personnalisation.

Le holding permet l'intégration du moi. C'est tenir l'enfant. Cet échange privilégié, permet à l'enfant de se sentir, Being, Je, exister. Le handling a lieu lors de la manipulation de l'enfant pour ses soins (douche, couche..). "La réalisation de soins favorise la cohésion du corps du nourrisson en soutenant la mobilisation de son activité physique"(7). Ces soins, adaptés à l'enfant, et réalisés avec affect, permettent un ancrage corporel sécurisé pour l'enfant : In Dwelling. L'object presenting : la capacité de la mère d'être là au bon moment, de présenter les objets ni trop tôt ni trop tard à son enfant, ce qui favorise sa toute-puissance infantile initiale et l'intériorisation progressive de l'absence.

D. W. Winnicott parle de l'espace transitionnel. Entre la mère et l'enfant, dans le jeu, se crée un espace, qui est à la fois celui créé par l'enfant et celui créé par la mère. La rencontre de deux subjectivités, de deux Moi différents, se fait à ce point de jonction, cet espace transitionnel. L'espace transitionnel, entre l'objectif et le subjectif, se crée et se façonne entre les deux protagonistes. Dans cet espace commun chacun peut expérimenter une scène et l'intérioriser. Pour qu'il soit équilibré, il s'agit que chacun des acteurs respecte sa 'part de l'espace', et ainsi que la mère ne soit ni trop importante ni trop effacée. Que l'enfant puisse y confronter son fantasme, son désir, sa subjectivité, et que cela puisse être suffisamment perçu reconnu entendu aimé et retourné. Que la mère y survive s'il s'agit de fantasmes destructeurs. Ainsi l'enfant peut y mettre en scènes différents fantasmes, et la façon dont la mère y réagit, y survit, y adhère sans empiètement, seront des éléments clés pour l'expérience de l'enfant, qui va l'intérioriser et se l'approprier. L'enfant, a un « concern », une sollicitude innée, et c'est la façon dont la mère va traiter et laisser se déployer cet affect, cette réparation, qui va lui permettre d'intérioriser ses capacités. "Le vrai soi ne peut se développer qu'en présence d'un autre non empiétant, qui n'interrompra pas la continuité de l'expérience de soi." (D. W. Winnicott, 2000).

Ces expériences, "équilibrées", sont particulières pour l'infans. Les réactions et affects de la mère à l'égard de l'infans sont en lien avec ses identifications croisées : "ainsi son approche à l'enfant, dans une situation donnée, comporte autant d'aspects de soins primaires, que de symbolique, de représentations qui vont teinter l'approche corporelle et relationnelle qu'elle a avec son nourrisson." (D. W. Winnicott, 2000). Au contraire, l'infans n'a pas encore ces capacités d'identifications, et n'est ainsi que le réceptacle d'identifications de la mère. La mère s'identifie ou identifie son enfant à des proches, des situations, et réagit en fonction. Cependant l'adaptation suffisante de la mère avec son enfant, est nécessaire. Cette adaptation est favorisée par la préoccupation maternelle primaire qui provoque une sensibilité accrue de la mère envers elle-même, son corps et le bébé. Elle pourra alors donner sens et affect aux expériences faites, ce qui pourra être intériorisé. Ainsi il prend l'exemple de l'enfant nourri, qui

ressent une satiété agréable, pas seulement d'un estomac rempli, mais aussi d'une interaction nourrissante.

Par l'intériorisation de ces expériences, suffisamment adéquates et bonnes, le bébé va pouvoir se différencier, se subjectiver et s'autonomiser. Il acquiert la sensation d'être Being : qui comporte une part corporelle, et une part des identifications croisées. "La personnalisation a sans doute beaucoup d'importance à partir du moment où l'enfant doit être porté par des personnes dont le développement affectif entre en ligne de compte, de même que leurs réactions physiologiques." "La partie du développement du nourrisson que j'appelle personnalisation ou que l'on peut décrire comme une habitude de la psyché à l'intérieur du corps, a ses racines dans l'aptitude, chez la mère ou la figure maternelle, à adjoindre son engagement affectif à l'engagement qui, à l'origine, est physique et physiologique." (D. W. Winnicott, 2000).

La personnalisation permet à l'enfant d'acquérir une autonomie. D'avoir une sécurité suffisante pour ne pas avoir à se préoccuper de s'agripper relationnellement, et s'intéresser à d'autres choses. De même, sur un plan de préoccupation corporelle : Si le bébé "est « handled », manié de façon satisfaisante : il s'intéresse plus à l'esprit et à la signification qu'à la préoccupation sur ces propres besoins physiques." (D. W. Winnicott, 2000).

Par ces processus il passe d'un infans indifférencié et dépendant, à indépendant : "la foi en la fiabilité entraîne l'acquisition d'une fiabilité personnelle- facteur important de l'état qu'on peut appeler état "conduisant à l'indépendance"".(D. W. Winnicott, 2000).

Concernant la pathologie psychiatrique, pour D. W. Winnicott : les sujets névrosés sont bien ancrés dans leur corps et la relation objectale, et les sujets psychotiques au contraire, détachés de ces éléments, avec une non-différenciation soi /non-soi. Ainsi, il dit ceci de la psychose : "on peut voir que le patient n'est pas intégré, ou qu'il se sent irréel, ou qu'il a perdu le contact avec son propre corps ou avec ce que nous, observateurs, appelons réalité externe" "en contraste, dans la psychonévrose le patient existe en tant que personne, c'est une personne tout entière, pour qui les objets sont entiers ; il est bien logé dans son corps et sa capacité d'établir des relations objectales est bien assurée". (7).

Les idées de D. W. Winnicott nous guident sur l'importance de la mère dans la construction de l'enfant, et plus largement dans l'importance de la relation, et du jeu relationnel dans l'expérience de soi, de l'autre et son intériorisation. Ceci permet l'accès à une autonomie, qui est sous tendue par une confiance suffisante en ses capacités de perception de soi-même et de l'autre, et une fiabilité en ses capacités prédictives.

La place de la mère est privilégiée dans les représentations, le sens et les identifications qu'elle va attribuer aux situations et qui vont influencer ses affects et comportements, et ainsi l'expérience vécue entre les deux.

D. W. Winnicott ne délaisse pas le corps. En effet cette expérience à lieu sur un mode inter-sensoriel, corporel : le holding de l'enfant n'implique-t-il pas un échange corps à corps ? Cet échange privilégié pourrait permettre une synchronisation des tonus, affect, rythme et favoriser cet échange dans une quasi indifférenciation. Le handling introduit une activité : lors de la manipulation de l'enfant pour ses soins. Il s'agit alors d'accompagner l'enfant, sur une modalité sensorielle différente, qui n'est plus du corps à corps, mais à travers des communications sensorielles, sonores, visuelles. La mère, en adaptant les soins, à ce qu'elle perçoit de l'enfant, lui montre, non seulement une attention relationnelle, mais aussi corporelle, aux ressentis et expressions de l'enfant. On pourrait imaginer que l'enfant intériorise conjointement la relation à la mère et la relation à son corps : d'attention, de tendresse, de soin, ou de rigidité, de désintérêt, de désorganisation.

Ainsi au sein d'une relation, multi-sensorielle privilégiée, de corps à corps, puis plus éloignée sensoriellement et enfin avec une absence, l'infans fait l'expérience de lui-même, dans son corps, ayant un impact sur son environnement. Ceci seulement si la mère lui laisse l'opportunité de prendre sa place, de prendre conscience de son "poids dans la balance", en adaptant le sien. A ce moment, par ses présentations et les absences il peut intérioriser et recréer-remanier l'objet. Il peut se mettre à penser, à revivre ces scènes intériorisées, se les approprier, s'y identifier et continuer à se construire vers une autonomie. A travers les expériences communes, le jeu relationnel, l'enfant prend confiance en ses ressentis internes et relationnels, et dans sa capacité prédictive d'anticipation et à agir sur le milieu relationnel.

D. W. Winnicott, à travers son concept d'identification croisée, introduit les tiers pour la mère : les figures, scènes, inscriptions culturelles, religieuses, auxquelles elle peut se rattacher pour se rassurer, ou aimer ou haïr. Cet environnement réel et intériorisé lui permet de puiser des ressources internes et de les proposer à l'enfant.

3- J. Lacan et J. Laplanche : place du langage, symbolique réel et imaginaire

D'après J. Laplanche la situation anthropologique fondamentale définit le rapport entre l'enfant et l'adulte. Il existe une asymétrie fondamentale : l'infans cherche la satisfaction de besoins instinctifs : corporel (alimentation, gestion d'un inconfort) et d'attachement. Son but initial est l'autoconservation. Il arrive dans un monde, dans un système (culturel, psychopathologique, anthropologique) qui lui préexiste. La mère, pour les mêmes comportements, d'alimentation, de soins, a des représentations, et n'est pas dans un système uniquement d'autoconservation, mais dans un système déjà sexualisé. Il s'agit de la théorie de la séduction généralisée. Ainsi J. Laplanche parle d' "Infans traducteur", qui doit effectuer un travail de liaison, de symbolisation des "messages énigmatiques" que son entourage lui implante. L'adulte, avec son inconscient imprégné de sexualité, vient en aide au nourrisson. Il parle le langage de la "passion", l'enfant ne parle que le langage de la "tendresse". Il demeure des restes non traduits, qui constitueront l'inconscient et sont pour J. Laplanche "l'objet source de pulsion". Progressivement l'enfant, par le fantasme, intériorise non seulement une satisfaction physique des faits et des interactions, mais aussi une satisfaction psychique, qui sera ensuite idéalisée et recherchée. J. Laplanche conçoit l'être humain comme un individu auto-traducteur.

J. Lacan parle aussi du langage, comme un ensemble de mots, captif du signifiant et du signifié. Pour lui, ce qui nous échappe au discours représente le désir, le symbolique. Le sujet s'inscrit dans le monde symbolique en atteignant le stade du Je, de sujet parlant. Le Sujet n'existe que comme Désir de l'Autre, dans le symbolique. Avant cela il parle de sujet "assujéti à son image". Avec le stade du miroir où l'enfant se reconnaît, et reconnaît que cette image n'est pas lui. Par la parole, et son expression, il tente de se dégager de cette image et de devenir sujet. (8)

J. Lacan parle de trois concepts concernant l'appréhension du monde :

Réel : Le réel est l'indicible, la limite du savoir, auquel l'individu cherche à donner un sens. La réalité ne reste qu'un discours sur le monde construit à partir des 5 sens, et est donc limitée. Le réel est l'inaccessible pour J. Lacan.

L'imaginaire, est le sens, l'ensemble des représentations données au réel, pour le sujet. Cela représente les fondements, personnels pour un sujet, lui permettant de combler l'inaccessible du réel.

Le symbolique est pris dans le langage, et lui échappe. L'individu y est plongé, car ses pairs y sont déjà. Le symbolique permet la communication et compréhension des individus, qui reconnaissent ce même symbolique. Ce sont des enveloppes de mots, (signifiés), dont les chaînes donnent le signifiant, propre à chacun. Il s'agit d'une "Chaîne signifiante" de J. Lacan.

Ainsi le symbolique, pour ces auteurs, est ce qui nous échappe du discours. C'est une liaison entre des messages énigmatiques implantés, chaîne signifiante entre des mots. Plus que dépendant d'une relation, ce symbolique dépend largement d'un système préexistant. C'est l'entrée dans le symbolique qui permet à l'autre d'être en tant que sujet. Le langage, ou les messages énigmatiques sexualisés, préexistent à l'infans et s'imposent à lui. La façon dont il va les lier, leur donner du sens, se les faire siens, sera une modalité d'être au monde, sans être assujetti à son image, mais sujet pour les autres, donc en relation. C'est en entrant dans ce symbolique qu'il entre en relation.

Or pour D. Anzieu, ce symbolique est lié aux perceptions corporelles. Une façon de leur donner un sens permet la continuité d'être, sans être assujetti à la moindre perception.

Cette capacité de symbolisation, de l'absence de sens initial (entre des mots, entre des sensations, entre des comportements, entre des faits de réel), ouvre, pour l'un à une symbolisation des perceptions corporelles qui constituent le moi (Peau), et pour l'autre à une symbolisation des relations humaines qui constitue le Moi, comme objet non assujetti à son image, objet du désir de l'Autre, Je parlant et désirant. Dans les deux cas, ce sens symbolique, partagé par l'autre, permet d'être au monde, en tant qu'individu parmi d'autres individus, en lien et différent.

Se pourrait-il que le Symbolique s'applique de la même façon au Corps et au monde, et soit influencé, et par le discours de l'Autre, et par le discours du Corps ? Comment la perception, entre réel ("impossible"), symbolique et imaginaire ("l'inappréhensible" pour l'Autre, extérieur) prend place pour chacun, et s'applique-t-elle au corps, et à l'Autre ? Est-ce d'une façon similaire ? Pourrait-on imaginer que les "trous" du Moi Peau, soient les mêmes "trous" que pour le Réel ? Qu'une prédominance de l'imaginaire, des représentations internes s'appliquera de façon hermétique (carapace), sur ces éléments ? Qu'un accès au symbolique, se fasse sur une modalité commune ? Quel est alors le rôle de l'Autre -et de ce qui préexiste-, et le rôle du Corps -et des signaux internes dans la création-, dans la genèse et la re-modulation permanente de ce symbolique ?

C- De l'attachement à l'intéroception : de inter-perception et intersubjectivité à la différenciation et subjectivité.

1- J. Bowlby P. Fonagy, Attachement : Modèles Internes Opérant permettant une exploration et un développement personnel

J. Bowlby est considéré comme le premier théoricien de l'attachement. D'après lui, l'attachement dépend d'un système motivationnel, darwinien, nécessaire à la survie de l'espèce. (9) J. Bowlby formule l'hypothèse que l'attachement peut se comprendre dans la perspective évolutionniste, avec un avantage sélectif : un homme en groupe est plus protégé des dangers extérieurs. Ainsi les comportements liés à l'attachement se manifestent dans les moments où la figure d'attachement s'éloigne et ont pour but de maintenir le lien. Pour J. Bowlby, chaque individu aurait un modèle interne opérant, qui serait un modèle interne mental qu'il a de soi, d'autrui et d'attachement guidant l'interprétation et la production du comportement.

L'attachement se fonde sur un système de contrôle comportemental et motivationnel dont le but est la sécurité ressentie. Le havre de sécurité ou base de sécurité est représenté par la figure d'attachement accessible.

Le bébé par ses comportements d'attachement produit des effets sur son entourage. Il manifeste ces comportements lorsqu'il se sent « en danger » c'est-à-dire lorsque la figure d'attachement s'éloigne. L'enfant repère, dès 2 mois, une figure d'attachement, qui est en générale la figure de soin privilégiée. Il intériorise ses propres Modèles internes Opérant (MIO) à partir des réactions et du modèle de mise en relation de cette figure. Une figure d'attachement sécuritaire est accessible et réactive à la demande. Une figure d'attachement insécure est imprévisible. L'enfant déduit de ces interactions : une vision de l'autre (fiable et aimant), et une vision de lui-même (suffisamment « digne » d'attention et de Soins). Ces MIO seront des modèles de fonctionnement et d'appréhension de lui-même et des relations ultérieures. L'attachement se transmet, et les modalités d'attachement privilégiées de la mère, seront statistiquement celle de l'enfant « la façon dont une mère donnée traite un enfant donné est un produit complexe qui reflète la façon dont ses propres tendances originelles ont été confirmées, modifiées ou amplifiées par l'expérience qu'elle a eue avec le nourrisson » (10). La stabilité de l'attachement, permet à l'enfant d'intérioriser la présence de la figure de soin, et ainsi d'explorer plus sereinement ce qui l'entoure. « L'attachement ne sert pas à une dépendance émotionnelle, mais une indépendance de l'individu vis-à-vis de ses figures d'attachement » (Peter Fonagy 2019). Elle favorise des conduites plus autonomes, des meilleurs estime de soi, développement cognitif et gestion émotionnelle.

J. Bowlby décrit 4 grands types d'attachements : Sécuritaire, insécure évitant, résistant/ambivalent et Inclassifiable. Ces types d'attachement peuvent être testés, pour l'enfant, à travers la strange situation (D'Ainsworth : appréciation et évaluation que l'enfant fait du départ de sa mère), et chez l'adulte à travers l'Adulte Attachement Interview (Main).

- L'attachement sécuritaire : l'enfant se montre confiant envers des parents disponibles et sensibles à ses signaux. Il les sollicite et recherche leur réassurance dans des situations difficiles.

- L'attachement insécure évitant : l'enfant n'a pas d'attente vis à vis de ses parents. Dans les situations difficiles, il ne cherche pas leur protection. Il ne vaut pas l'amour de ses parents, et la recherche de relation ne vaut pas la peine.

- L'attachement anxieux ambivalent : l'enfant n'a pas confiance envers ses parents tout en cherchant leur présence en cas de difficulté. Il peut en conclure qu'il ne vaut pas l'amour de ses parents.

- L'attachement Inclassifiable, désorganisé / désorienté. Le système d'attachement est désactivé d'après Bowlby. L'enfant n'a pas un style d'attachement permettant de prédire ses comportements.

A noter que chaque individu possède différents MIO qui sont utilisés de façon préférentielle dans différents contextes ou moments de la vie. Un attachement sécuritaire serait corrélé avec une meilleure estime de soi, une plus grande confiance en autrui, avec des attentes plus positives des autres, une meilleure régulation émotionnelle, en lien avec un havre de sécurité (parents) internalisé, et enfin des capacités d'exploration interne (émotion) et externe plus importante (11,12). Il y aurait une association entre qualité de l'attachement et les représentations de soi et des autres (13).

Pour P. Fonagy et ses équipes, plus que l'expérience relationnelle, c'est son mécanisme psychique qui est important. La capacité réflexive de la mère donne accès à l'enfant à la mentalisation (capacité à reconnaître ses propres états affectifs et mentaux, ainsi que ceux des autres ; capacité à donner du sens à un événement (14,15)). L'enfant va s'équiper d'un système

d'élaboration mentale, à travers la représentation mentale de ses relations et va ainsi acquérir ses compétences sociales.

A un stade précoce, l'enfant ne fait pas de distinction entre la réalité externe, perceptive, interne, et psychique. Il ne lie pas non plus ses états mentaux, car n'est pas doté de capacité de représentation. Pour le jeune enfant un événement du monde extérieur, physique, n'est pas différencié d'un événement mental (*Equivalence Psychique*). C'est grâce à la mère, qui va elle lui attribuer des pensées et les lui refléter qu'il va pouvoir réaliser qu'il a des affects, pensées qui lui sont propres, qu'il peut les distinguer. La mère centre (en fonction de sa disponibilité, son attention) l'attention du nourrisson sur ses expériences internes, en leur donnant une forme plus significative et maniable. Cela demande à la mère d'avoir la capacité de reconnaître son état initial, puis celui de l'enfant et de lui attribuer de façon légèrement décalée.

“Les représentations primaires de l'expérience s'organisent en représentations secondaires de ces états mentaux et corporels. L'expérience de l'affect est le bourgeon à partir duquel peut éventuellement croître la mentalisation, mais seulement si la relation d'attachement est continue, sécurisée. Le parent qui ne peut pas penser à l'expérience mentale de l'enfant le prive de la base d'un sens de soi viable”. “Au sein d'une relation sécurisée ou contenant, les signaux affectifs du bébé sont interprétés par le parent, qui est capable de penser les états mentaux sous-jacents à la détresse du bébé. Pour guider le bébé, cette réflexion doit associer de façon subtile le renvoi de l'image en miroir et la communication d'un affect contrasté, et cet écart constitue le début de la symbolisation. Le langage est bien adapté à cette tâche.”(10)

Pour lui l'explication de la transmission trans-générationnelle de l'attachement serait en lien avec la mentalisation et la conscience réflexive de la mère. (16)

D'autres théoriciens ont eu des approches différentes.

L'expérience subjective du nourrisson envers ses soins a un rôle central pour J. Sandler (plus que les soins donnés par la mère). Les états internes des individus, chargés de souvenirs, de fantasmes et d'affects façonnent et déforment les expériences du quotidien. “Les interactions mère bébé sont le creuset des mises en forme les plus précoces des représentations de soi et de l'objet, et offrent l'unité de base de la représentation de soi.” (J. Sandler) (10)

D. Stern 1985 met en lien les “états subjectifs de base” avec des événements physiques. Un sens de soi émerge chez le bébé, avant 2 mois, et entre 2 et 6 mois apparaît un “noyau de soi en relation”, fondé sur un soi physique cohérent et une organisation subjective de base. Entre 6 et 15 mois émerge le domaine de relations intersubjectives, qui après 15 mois pourra s'exposer dans le langage. Elle parle d'une intégration subjective de tous les aspects de l'expérience vécue (comportement, affect, perception sensori-motrice et intéroceptives...), qui aboutissent à des représentations sur la base de cette “trame d'éprouvés”. Ces schémas forment un réseau “schéma d'être avec” qui implique une perception subjective du nourrisson dans la relation.

M. Malher porte un intérêt pour l'expérience des frontières corporelles pour le bébé, la conscience des parties du corps et le développement du soi corporel. Elle conçoit le développement de la représentation du corps comme une fonction de la relation mère bébé. Ainsi dans les premiers mois, le bébé est indifférencié de l'autre. Un début de différenciation commence vers 4 mois, et, avec l'émergence de la locomotion et son développement ; entre 9 et 18 mois l'enfant se représente soi et l'autre, et intègre le “je”, en lien avec ses expériences, ses actions physiques de sa propre initiative, et le soutien de la mère dans ses expériences de contrôle de l'environnement. Ce n'est qu'à 15 mois que l'enfant prend conscience de la séparation et du besoin d'être avec sa mère.

Ces théories de l'attachement rejoignent notre réflexion. Les modèles internes opérant proposent un schéma permettant de “prédire” une façon, pour un individu, d'être en relation avec l'Autre. Ceci en fonction de son environnement (rôle de la mère- J. Bowlby et P. Fonagy),

et de son développement moteur et corporel (M. Malher, D. Stern, J. Sandler). J. Bowlby et P. Fonagy, insistent sur le rôle de la mère, dans ses comportements et réactions, sa disponibilité, prévisibilité et dans sa capacité réflexive permettant l'accès à un attachement sécure qui garantit autonomie, et capacité de mentalisation, offrant au sujet une expérience plus positive et apaisée de lui-même et de la relation à l'autre. M. Malher, D. Stern et J. Sandler proposent le passage d'un stade indifférencié à un stade différencié. L'enfant intègre un soi physique et psychique, différent de l'autre, subjectif, grâce à son développement moteur et psychique et le soutien relationnel, lui-même en lien avec son développement psychomoteur.

Ces modèles s'appliquent à la relation, et semblent donc en lien avec le développement moteur. Ces modèles peuvent-ils s'appliquer à la relation qu'a un individu à son propre corps ? Comment cela s'articulerait ?

2- A. Bullinger le corps, Soins et Relation affective.

Pour F. Poinso, c'est par sa mère que l'enfant se reconnaît et s'investit : "Chronologiquement, le bébé reconnaît sa mère qui le tient dans les bras, il reconnaît que dans le miroir, c'est une image et non la réalité. Puis il est désigné par sa mère dans le miroir, sa mère identifie son image, et le bébé connaît sa forme globale et ses traits par la désignation et la nomination que sa mère en fait. Cela va contribuer au développement du narcissisme, à la fois indispensable (en tant qu'il soutient notre identité et nos investissements) mais aussi aliénant, par les pièges que le narcissisme tend à tout un chacun, en particulier par ses facettes d'identifications imaginaires et idéales" (17). Le corps de l'enfant aussi se construit dans la relation. Les parties du corps, une fois nommées, prennent une place différente pour l'enfant. Il en va de même pour les différentes sensations, nommées, non parlées ou interdites. F. Dolto parle d'un investissement corporel, différent pour chacun des parents, aboutissant à un corps métaphorique. Il souligne que le bébé est actif dans l'expérimentation de son corps, et de la relation, qu'il expérimente à travers des mouvements, puis des buts corporels et relationnels. A travers les soins, il apprend à recevoir, plus ou moins passivement. Ces soins sont plus ou moins adaptés, et chargés d'affects, c'est d'après lui "ce qui se construit dans la relation" (17).

A. Bullinger, (18) a porté sa réflexion sur le processus par lequel l'organisme produit les représentations, prémisses de la construction d'une subjectivité. La matière dont nous sommes faits génère notre pensée, c'est ce qu'illustre son concept d'approche sensori-motrice du développement (ASMD). Il distingue les objets matériels (dont l'organisme fait partie), et la connaissance que nous pouvons en avoir. L'intégration fonctionnelle des moyens sensori-moteurs, permet d'exécuter un projet spatial ("instrumentation" de l'organisme). Du fonctionnement à la représentation, et à la connaissance de l'organisme, il y a l'idée d'un processus, de consolidation et de remaniement. Les interactions humaines y participent, avec la part essentielle des signaux associés au dialogue tonique dans le processus de subjectivation.

L'enfant acquiert un "sens de soi", le sens de son existence, en tant que tel, différent de celui de l'adulte. Il découvre deux "milieux" : son corps, et le milieu extérieur, l'environnement, et établit des relations physiques entre eux.

Par les variations de flux, internes et externes, et par leur répétition, suffisamment similaires, les milieux vont pouvoir se connaître, se différencier, se représenter la provenance des stimulations et les anticiper de façon sécurisante, et consistante. Ce ne sont pas les signaux, mais leur couplage, spatial et temporel qui renseigne l'enfant sur ce qui caractérise l'objet auquel il a affaire, et ce qu'il est capable de faire. Il s'agit donc plus d'une synchronisation de

rythmes différents. Un cercle vertueux s'installe avec une stabilisation des objets de connaissance (corporels et de l'environnement). Le couplage, dans un espace défini et appréhendé, permet la communication entre ces deux entités distinctes, l'orientation de geste, la planification d'action. En même temps que les deux milieux se différencient et se stabilisent, les frontières de l'espace se définissent.

L'enfant se connaît comme une entité permanente (malgré les fluctuations de son fonctionnement viscéral, la diversité de ses affects, des stimulations externes et les fluctuations toniques) par le jeu du dialogue tonique dans la mesure où il peut s'encorder sensoriellement à ses proches, grâce à la répétition, et à l'accordage rythmique. Il peut transformer ces variations de flux sensoriels, en fonction de l'interaction physique qu'il a avec son entourage, en des affects, des émotions. Cet accordage tonique, encordage affectif est théorisé par d'autres (dialogue tonique ou tonico-émotionnel, intersubjectivité primaire, miroir ou accordage émotionnel, psychologues (H. Wallon, 1934 ; C. Trevarthen, 1978 ; D. Stern, 1977), psychiatre (de J. Ajuriaguerra, 1962) ou psychanalystes (D. W. Winnicott, 1974 ; F. Dolto, 1984)), comme "L'idée de liaison des signaux sensoriels et toniques permet de concevoir ce qui se passe non seulement en termes comportementaux ou psychologiques, mais aussi physiques et physiologiques."(19)

La rencontre entre ses perceptions corporelles, et les perceptions externes, est donc la condition qui permet à l'individu d'exister de façon différenciée.

L'enfant, pour l'acquisition, l'ancrage dans son corps et ses capacités motrices, a besoin d'un adulte pouvant s'affilier à ses perceptions tonico-affectives, s'y accorder, les doter d'un sens, en adéquation avec ce que l'enfant perçoit, et le lui rendre de façon plus digeste. Ainsi il pourra se développer et explorer son (ses) milieu(x). Des conduites exploratoires, existent dès la naissance et se manifestent chez le bébé dès qu'on lui apporte un soutien postural. Plus l'enfant va grandir moins il dépendra de l'assistance d'autrui. Par le recrutement tonique, il peut explorer et se développer, de façon conjointe et soutenue par l'adulte. Les acquisitions se feront, avec d'autant moins de troubles instrumentaux que le corps, les perceptions corporelles, seront acceptées et fiables et ainsi "maîtrisées" dans leur prédiction pour l'enfant. Ce qui passe par le soutien et l'apprentissage dans la relation.

Le nourrisson est dépendant de l'autre non seulement pour son soutien physique, tonique et également psychique. Il a besoin de l'adulte pour donner un sens aux événements qui lui arrivent, quelque que soit le milieu dont ils proviennent ; il est donc plus à risque de désorganisation précoce, car ne peut mobiliser seul des représentations. Si les vécus de l'enfant ne sont pas dotés de sens, cela majore des situations de stress, et l'enfant s'agrippe d'autant plus à ce qu'il connaît : à des sensations, des perceptions, en se coupant de l'exploration, de la rencontre. Les "comportements d'agrippement" figent, autant sur un plan tonique, corporel, émotionnel que rationnel, cognitif, ils figent l'action, la prise d'initiation.

Ces comportements se voient chez le bébé, lorsqu'il ferme les poings, fixe la lumière dans des moments stressants. Chez l'enfant, ils se voient avec des conduites de maîtrise, des crises de colère, des tensions empêchant l'endormissement, ou provoquant des symptômes psycho-somatiques. Ces régressions, tonico-affectives, sont visibles aussi chez l'adulte, dans des moments d'angoisse, de débordement, de désorganisation. Il est capable de s'agripper à des comportement automatiques, toniques, stéréotypés, qui lui permettent de se rassurer (tourner une mèche de cheveux, piétinement...). Cet agrippement, apaisant, prend fin, lorsqu'un sens est donné à la situation, qu'une narration est possible, avec une causalité, un affect associé. Il peut alors se "ressaisir", se réorganiser toniquement et psychiquement.

Loin d'être délétère en soi, l'agrippement est donc d'abord un recours, une ressource, il donne une contenance et protège "d'être décontenancé". Cependant, ne donnant pas accès à une élaboration représentative, les conduites d'agrippement ne peuvent être que répétées. On peut

voir comment ce gel à lieu, pour l'individu, autant dans son corps physique que social, avec cette incompréhension partagée, autant du langage corporel que verbal, comportemental.

D'où, le rôle primordial de l'adulte. S'il est sensible aux mouvements et variations, toniques de l'enfant, il va noter un changement et une situation de stress et d'agrippement. S'il peut différencier ce vécu du sien, et lui donner un sens, qui va être métabolisable et faire sens pour l'enfant, cela peut permettre à l'enfant de se défaire de ces éléments d'agrippements toniques, de ne pas se désorganiser, et de saisir de ce que l'adulte lui propose pour organiser sa conception de ce qu'il se passe.

Avant le langage verbal, avant le sentiment, c'est par le tonus, l'accordage tonique, et affectif, que cet échange aura lieu. Or s'il ne pense pas à proposer des appuis sensoriels, physiques, les réponses éducatives priment sur le dialogue tonique et l'aménagement du milieu. Les comportements, réactions de l'adulte trouvent leurs racines dans le cadre culturel, psychologique, social auquel il appartient et s'affilie ; le cadre de ses représentations. Ainsi l'adulte devra être suffisamment disponible et libre de ses propres représentations, perceptions, affect pour pouvoir avoir ce rôle. "Conscients de nos expressions émotionnelles et attentifs aux conditions physiques dans lesquelles il les perçoit, il nous est plus facile de les lui proposer comme harmoniques à sa détresse ou à son emportement, et par là, comme supports à penser ce qu'il vit." "Les signaux internes consécutifs à ses mouvements et à son fonctionnement viscéral trouvent dans le comportement des personnes qui s'occupent de lui des échos adaptés à la connaissance de lui-même, bien plus que dans le contact des objets qu'elles mettent à sa portée. Leurs réactions lui sont nécessaires pour « comprendre » les signaux issus de ses tensions, les « détoxifier » aurait peut-être dit Bion (1962), les « connaître », se connaître dans l'ASMD. Pourvu qu'un proche ait cette disponibilité et qu'il soit en capacité de bénéficier de cette fonction miroir, le bébé se découvre comme « un » dans la psyché de l'autre, non pas malgré mais grâce à la variété de ses états toniques."(19).

A. Bullinger apporte à notre réflexion la notion de "sens de soi". Le "sens de soi" naît donc au carrefour entre perception corporelle et perception relationnelle, dans un espace donné, et un tempo donné. Ce sens de soi se construit et se maintient dans le temps, d'une part par la persistance et par la variation des flux. Il se maintient comme unité, grâce à la relation tonique et affective qui permet à l'enfant de se connaître comme entité permanente. Le sens de soi, tout comme l'exploration des différents milieux, dépendent à la fois du corps (et de ses capacités) et de la relation. La relation apporte à la fois un aspect corporel (soutien tonique, accordage affectif) et psychique (mise en sens, partage de représentations).

On pourrait appréhender le modèle de l'ASMD comme celui du MIO. En effet l'acquisition d'un sens de soi propose l'acquisition d'une connaissance de son corps, et de l'environnement menant à une instrumentalisation de ces derniers, une fiabilité dans les prévisions faites par l'individu. Cela permet une autonomisation et un accès aux apprentissages et acquisition de compétences. Cela passe surtout par le développement moteur et corporel, et dépend aussi de la relation. Ainsi il semble directement corrélé au MIO qui passe par la relation et dépend du développement moteur et corporel.

Comme les MIO, ces modèles permettront à l'infans de percevoir et anticiper, recevoir et donner un sens à ce qu'il ressent dans son corps. Cela ne peut se faire qu'accompagné de l'adulte, et donc dépend aussi de la psychopathologie et de la formation des MIO. Nous pouvons imaginer que ces deux modèles, se formant simultanément ou l'un influencé par l'autre, sont similaires. Qu'aux vues de nos précédentes réflexions, le lien pourrait être, -dans l'accordage et le partage de relation et de perceptions corporelles- l'affect.

Ainsi le sujet se situe au carrefour entre perceptions corporelles et environnementales. Sujet qui, lorsqu'il est bébé, infans, a besoin de l'adulte pour s'accorder, donner un sens, recevoir ce qui se passe autour de lui, (corporellement entre autres). Ce sens, et l'acquisition d'une fiabilité et d'une capacité d'anticipation sur ses capacités et perceptions corporelles lui permettront de s'appuyer sur ces derniers pour expérimenter, apprendre, de façon autonome. Ainsi, il s'agit non pas d'une relation de dépendance à des imputations corporelles ou environnementales, mais d'une connaissance et d'une fiabilité en ses ressources permettant une meilleure gestion de soi-même et une meilleure autonomie.

L'accordage de l'adulte permet à l'infans d'entrer dans le sens de ce qui l'entoure, et de composer avec. L'adulte a donc comme un rôle : et d'un chef d'orchestre, et d'un musicien, qui peut reconnaître les notes envoyées par les milieux de l'enfant, les jouer afin de s'y appaier, au même rythme, même tonalité, même note, et puis de l'inviter à les entendre, les reconnaître, les discriminer, les enchaîner, afin de tisser et lier les sonorités harmonieusement. L'enfant entre donc dans la relation, dans le sens, dans son corps, en étant acteur, musicien, et réceptacle, auditeur, spectateur. Il apprend en jouant. Il apprend si on l'écoute suffisamment et qu'on joue suffisamment avec lui, de façon suffisamment accordée, rythmée, harmonieuse, et parfois silencieuse, désaccordée afin de lui apprendre à faire ses partitions, entendre son propre son, apprendre à se ré-accorder. Il apprend dans la relation. Autrement l'infans peut être assourdi d'informations non dotées de sens, émanant de son corps ou de l'environnement ou de l'adulte, et rester à la même note, qui assourdit non seulement lui, et aussi l'autre. L'adulte, lui-même parfois dérouté par ce qu'il perçoit, devra pouvoir retrouver son "do", son "la", avec les sons et mélodies qu'il connaît, qu'il côtoie au quotidien. Il devra être suffisamment à l'écoute pour reconnaître les notes jouées, et aider à leur lien, dans la mélodie individuelle entamée par l'infans. Ainsi seulement l'infans pourra lier ce qu'il perçoit de son corps et de l'environnement, et s'y accorder, s'y raccorder. Se faire suffisamment confiance pour comprendre et prédire les notes qu'il perçoit au quotidien, et jouer et apprendre de ces dernières.

Cette métaphore est limitée par son aspect uni ou oligo sensoriel et sa simplicité d'élaboration, et on y voit déjà pourtant la complexité et le fabuleux de la capacité d'harmonisation et de compréhension, de partage de l'indicible, l'in-discriminable, de l'être humain. Cet indicible qui pourrait être l'affect. Indicible qui influence l'harmonie, la tonalité, la mélodie dans laquelle le sujet intègre les éléments sonores que son corps et que la relation lui envoient. Un do, et un autre do, exactement les mêmes, n'ont rien en commun selon les mélodies auxquelles ils appartiennent, joyeuses ou tristes, saccadées ou harmonieuses. Ils influent la suite de la mélodie. Mélodie d'un instrument qui, soit joue solitairement, ou s'accorde aux autres. Cet accordage n'est possible que dans une similarité suffisante. Alors les mélodies s'influencent. Les affects, une fois partagés, corporellement, psychiquement, peuvent s'accorder et s'influencer.

3- M. Corcos, B. Golse: co-construction

B. Golse résume ainsi : à la naissance (qui est une manifestation corporelle) le bébé s'ancre dans un monde qui lui préexiste, de langage et de psychosexualité. Ses besoins vitaux d'autoconservation et d'attachement, vont s'ancrer dans cette réalité extérieure, ambiguë. Le bébé, être non fini (néotélie), particulièrement immature, va poursuivre son développement après la naissance dans ce monde qui lui préexiste : système familial, anthropologique, culturel. Avant sa naissance, il a été objet de désir, d'un projet parental. La grossesse, période de rêverie maternelle, est pour la mère un moment de régression et ré-émergence de conflits antérieurs. Cette période lui permet probablement, à la naissance de l'enfant, de s'identifier plus

facilement au bébé, et ainsi de mieux l'accompagner dans une différenciation et une subjectivation, avec le respect de ses besoins, et de son rythme et sa temporalité.

A la naissance, la "folie maternelle primaire" favorise une particulière synchronie entre la mère et l'enfant. Il existe une synchronisation des rythmes, fréquences (vocales, attention, stimulations multisensorielles) et un accordage : sensoriel, comportemental, tonique, imitation, affectif, empathique, entre la mère et l'enfant. Cela fait le lit d'un partage des fantasmes (par identification projective). L'objectif est de co-manteler, de se rencontrer sur des flux, rythmes synchronisés pour le partage d'une expérience multisensorielle et donc intégrable.

Si l'accordage est suffisant il permet la narcissisation, la satisfaction du bébé et de la mère : dans leurs rôles respectifs, dans la recherche de satisfaire le désir de l'autre : "bon/mauvais bébé/mère". Ces plaisirs partagés sont plus que physiques, (plus qu'une satisfaction "alimentaire" pour le bébé). Il intègre l'expérience (Being), les messages énigmatiques, la communication (réflexivité) à travers cet accordage de flux. (20).

Initialement l'interne et l'externe sont peu différenciés, et avec cette synchronisation et le double interdit du toucher, apparaissent des prémices de communication, dans une intersubjectivité initiale (fondée sur ce qui préexiste à l'enfant), et qui fait le lit de la subjectivité. Va apparaître un Moi thétique, pensant, conscient de son existence, ainsi que celle de l'autre en tant que mon objet et sujet dont je suis l'objet. Cette différenciation toi, non moi, (qui se fait par la variation des flux, leur synchronisation, désynchronisation, et l'apparition d'un sens, dans une intersubjectivité) impose et est imposée par la communication. Cette communication, avec le double interdit du toucher, ne peut rester corporelle et devient verbale.

La capacité de symbolisation de l'enfant, de représentation se développe avec l'absence, en ayant suffisamment intégré la présence de la mère, l'attachement.

Ainsi dans le moi : il existe un mélange du moi perception, intuitif, avec ses besoins vitaux, ses sensations corporelles et de l'introjection de la relation : ambiguïté du langage. Il y a donc confusion, mélange, entre un ressenti physique-concept au sens du pictogramme- et une situation affective, relationnelle.

Pour M. Corcos, le corps de l'enfant entre en résonance avec son appartenance au corps familial. Les adolescents qui attaquent leur corps, et se questionnent s'il leur appartient, s'ils en ont la jouissance, se posent des questions similaires sur leur corps familial. Ce corps se construit dans l'enfance : c'est un corps imaginaire, corps du désir, investi, libidinalisé, aimé, validé, pensé, regardé, parlé par la figure de soin. La mère est médiatrice de l'environnement, transmettrice de ce que le monde transmet à l'enfant, et de ce que son corps lui transmet. Cette médiation a lieu à travers une relation trans-corporelle entre elle et l'enfant.

D'un début corporel, d'une impulsion corporelle, naît une sensation puis un affect, puis une représentation, une émotion, un sentiment, une idée, un mot, un symbole. Dès l'affect naît le partage, l'ancrage dans la relation, qui se fait en fonction de la lecture, de la reconnaissance de l'impulsion corporelle, devenue sensation. La construction de l'identité corporelle fait le lit du développement de l'identité psychique. "C'est le corps qui inspire à l'esprit les pensées qu'il peut avoir. L'esprit ne s'exprime au mieux que s'il est amené à se rencontrer dans le corps. Si cette identité corporelle est trouée, anesthésiée, alors le sujet n'a pas l'impression que son corps, son émotion, son esprit lui appartiennent, ni ses pensées." (21)

Ainsi le sujet a besoin d'un miroir réfléchissant pour se construire, se reconnaître. La mère est ce miroir, miroir soutenu par ses relations, son milieu affectif, social, culturel, représentationnel. Ce corps n'est pas qu'un corps anatomique, mais un corps qui sent, un corps affectif, libidinal. La mère ne lui reflète pas qu'une réalité anatomique, mais aussi tonique, émotionnelle, une image de ce qu'il éprouve, et va lui permettre de se constituer. Samuel Becket

1953 “dites-moi ce que je sens, je vous dirai qui je suis, ils me diront qui je suis, je ne comprendrai pas”.

Nous pouvons donc retenir de ces réflexions, l’ambiguïté entre corps et relation, entre ressenti physique et relation affective. On peut conceptualiser, à la vue des réflexions précédentes, que l’affect serait entre la sensation physique, et la relation. L’affect naît entre représentation et ressenti corporel. Il influe sur la vision de soi-même, de son corps, de l’autre, de la relation. D’où une boucle auto régulatrice, à deux acteurs. En effet chaque individu de la relation a son système de représentation, son corps d’appartenance (social et physique). Ses sensations, lorsqu’elles sont partagées (affect) sont modifiées et influées par l’autre individu de la relation et par ses propres perceptions corporelles et représentations.

Cet affect est à la fois « réel » physiologiquement, et « réel » relationnellement. Il est influencé, modifié par la relation, par l’autre en relation, par le corps et le rythme de l’autre.

Lorsqu’un sujet reconnaît un affect, il se construit subjectivement, en fonction de son histoire. L’affect implique une réalité organique, corporelle. Il implique aussi qu’initialement il soit reconnu par ses pairs et par lui-même pour exister. Que ses pairs « voient », « sentent », ce quelque chose chez l’individu, et le soulignent, lui donnent son existence, dans un sens « qui préexiste » à l’individu. La synthèse des deux, l’expérience, fait que l’affect prend « sens » pour l’individu. L’affect est en-dessous du mot, et difficile à expliquer, à généraliser ou objectiver d’un individu à l’autre, une émoticône particulière associée à cette situation. Il influe sur la vision du sujet de lui-même et sur sa vision de l’autre. Il influe sur la façon dont le sujet va vers -et reçoit les informations de- l’objet. Il influe ainsi le jeu de projection et d’identification projective et donc la façon dont le sujet se construit par « feuillet d’identification ». Plus un affect s’exprime, plus ces feuillets d’identification seront teintés par cet affect, et plus le sujet s’y identifiera.

Le sujet, à travers les différents affects qu’il expérimente, partage -en fonction du rôle qu’il a dans chacun des cas, et du jeu de projection introjection qui s’y passe- intériorise ses expériences. Il les fait siennes. Il se construit ainsi par « feuillets d’identification », par accumulation d’un réservoir de ses expériences. Ces mémorisations sont mnésiques et corporelles. De ce fait l’expérience est vécue dans son corps et partagée avec l’autre. L’autre influencé lui-même (dans son corps) par l’affect du sujet.

Plusieurs affects sont ainsi expérimentés, au cours de différents moments, d’expériences de vie et plusieurs types relationnels le sont aussi. Chacun de ces affects a été partagé et reconnu avec d’autres, et par lui-même, autrement il ne serait pas. A chacun de ces affects sont associées des anticipations, conscientes et inconscientes, des « certitudes » sur son corps et sur les autres. Ces certitudes sont des équivalents de Modèles Internes Opérants qui seraient associés à chacun des affects. Elles lui permettent de continuer à jouer, à prédire l’avenir, et à rester sujet influent et acteur, capable d’instrumentaliser l’objet (relationnel et corporel).

Autrement dit, en fonction du point d’équilibre entre sensation et cognition, le sujet peut être dans différents ‘affects’ qui de fait dépendent de ‘cognitions’ ou de ‘sensations’ plus ou moins mobilisables ou dominantes qui modifient leur façon d’anticiper, prévoir et leur croyance à ceux qui l’entourent. Ceci en fonction des expériences et apprentissages réalisées par le passé dans un état similaire.

La capacité d’un sujet à percevoir, exprimer et donner un sens à un affect est sûrement liée à de nombreux facteurs. A l’existence de cette sensation corporelle (intensité, localisation, sensation pathologique). A la capacité de la reconnaître. Au sens donné à cette sensation. Une sensation plus intense, plus marquée corporellement sera associée à plus d’expérience, à plus

de feuillet d'identification. Une sensation plus perçue (corporellement ou reconnue par l'entourage) dans l'enfance, sera peut-être plus prégnante plus tard. Une sensation dotée d'un sens angoissant, ou rassurant le sera plus naturellement plus tard.

Ce sens peut être influencé par le nouvel entourage social amical, culturel, à condition que l'individu s'y soit identifié. Que l'entourage soit suffisamment similaire et différent. Ainsi l'affect a, à la fois une origine corporelle, et relationnelle, transgénérationnelle. De même l'affect « pathologique » en a une similaire.

Cet affect influence l'énergie, (en quantité, et qualité), la façon dont l'individu est au monde, et le perçoit. Si cet affect est douloureux, alors le prisme du réel sera pris dans cette douleur. Si cet affect est angoissant ou heureux il en va de même. Ce réel est autant son corps, que la relation.

L'affect influence la façon dont le sujet perçoit, est attentif et traite les informations que son corps lui envoie. Il influe aussi la façon dont il se comporte avec les autres, interprète, est attentif et présent à la relation. Indifférence, désorganisation, hostilité, hyper réactivité, chaque affect est un « rôle » différent, une façon de donner la réplique différemment, et de recevoir, d'interpréter les répliques et les informations des objets extérieurs différemment. Cela influe donc nécessairement la réaction, et les réponses des objets extérieurs.

Lorsqu'il devient pathologique le sujet reste « coincé » dans un affect qui le coupe de la relation aux autres et à son corps, agrippé à un modèle d'anticipation qui le rassure car fait de « bonnes » prédictions. Le jeu de rôle se fige, le sujet ne percevant les choses que sous une modalité. Il se « coupe » ainsi de la relation à l'autre et à son corps, s'isole, ce qui fixe d'autant plus les choses. Ainsi le sujet est, non seulement débordé par son affect, mais il est peu accessible « aux tentatives » de son corps, de lui envoyer des signaux « contradictoires » avec l'affect. Il est aussi peu accessible aux tentatives des autres qui cherchent à entrer en relation avec lui. Le sujet perçoit et anticipe tout sous un même prisme. Il n'entend pas leurs rationalisations, explications, informations. Les comportements du sujet semblent dénués de sens communs.

PARTIE 2 : Approche Neurobiologique

A- Introduction

L'anatomie physiologie du système nerveux végétatif (SNV/SNA) ou autonome s'est longtemps résumée aux données cliniques et expérimentales qui opposaient deux composantes, l'une de l'appareil sympathique, l'autre parasympathique ou vagale. Les relations avec le système nerveux central (SNC) et en particulier les états émotionnels et la conscience n'ont fait l'objet d'analyses et de recherches que depuis une époque récente.

Leur approche expérimentale chez l'homme rencontre des difficultés et des études d'imagerie IRM fonctionnelle sont peu nombreuses. Elles ont permis une progression dans la compréhension de la physiologie des afférences sensorielles et leurs relations avec l'ensemble des structures du SNC.

Il y a tout lieu de penser que le « traitement » central des afférences intéroceptives s'effectue de façon séquentielle et hiérarchisée, engageant des réactions efférentes aux niveaux médullaire, mésencéphalique et diencephalique, et finalement cortical. Les projections corticales primaires se font sur l'insula et également vers l'amygdale, le cingulum et le cortex orbitofrontal, zones associatives multimodales. En effet ces zones sont moins intéressantes en tant que telles, que par leur aspect multi-connecté. Chacune de ces zones reçoit non seulement des informations intéroceptives, mais aussi sensorielles diverses. La hiérarchisation et le traitement différentiel ou simultané de ces informations, soit la partie dynamique de ces zones, est particulièrement intéressante pour comprendre l'intégration à la vie émotionnelle.

B- Intéroception et Comportements

L'intéroception désigne le processus par lequel le système nerveux détecte, interprète et intègre les signaux provenant de l'intérieur du corps. Cela permet d'intégrer les états et besoins physiologiques du corps et d'induire des pensées et conduites qui assurent le contrôle homéostatique et la survie. Par exemple elle perçoit la distension, mobilité, pression dans les organes viscéraux, les vaisseaux sanguins et induit des comportements tels que la faim, la soif, la modification de la respiration. Ce sont donc l'ensemble des signaux afférents qui rapportent l'état interne du corps et permettent son contrôle par un feedback. Une définition plus large et de plus en plus acceptée attribue à l'intéroception le rôle de détection et d'intégration de tous les aspects de l'état physiologique et des besoins de l'organisme.

L'awareness est la conscience intéroceptive, de son corps et de ses états internes. Ces états comprennent les sensations physiques, émotionnelles et de soi-même dans son propre corps, « embodied self ». L'awareness englobe de fait une composante plus subjective que l'intéroception. Elle pourrait être la conscience de son « intériorité », d'être et d'exister, le moi pensant. Un individu doit d'abord faire l'expérience subjective et objective de lui-même pour ensuite pouvoir appréhender le monde extérieur.

L'intéroception permet de fournir une cartographie instantanée du paysage interne du corps, de façon consciente et inconsciente. (22) Elle contribue au maintien du fonctionnement homéostasique. Elle permet, par la régulation (ou un contrôle) des états corporels, d'assurer la survie. En effet elle induit des comportements, des modifications hormonales et physiologiques (système nerveux autonome) sous-tendus par des perceptions telles que la faim, la soif et la dyspnée.

Les signaux intéroceptifs sont de plus en plus reconnus comme ayant un impact omniprésent (encore incomplètement caractérisé) sur la cognition, influençant l'attention et la perception, guidant la prise de décision et façonnant la mémoire et le traitement des émotions. Ainsi, l'intéroception est un phénomène complexe qui présente plusieurs dimensions différentes. Les déficits intéroceptifs sont maintenant reconnus comme des facteurs importants dans l'expression et le maintien de nombreux troubles psychiatriques et neurologiques, y compris l'anxiété et la dépression, la toxicomanie et l'anorexie. Enfin l'intéroception a été récemment liée à la conscience corporelle.

L'intéroception est intimement liée aux processus permettant les expériences cognitives et émotionnelles et les réponses adaptatives. Des études récentes pensent l'intéroception comme le support de l'émotion et de l'individualité.

L'attention et la focalisation d'un sujet sur la perception de son rythme cardiaque (qui est une perception intéroceptive) a retenu l'attention de plusieurs équipes. D'une part par sa facilité d'accès, d'autre part parce que plusieurs études trouvent un lien entre la capacité d'attention et de perceptions des battements du cœur et l'expérience émotionnelle, la prise de décision, et des manifestations cliniques telles que l'anxiété ou la dépression. La précision/sensibilité intéroceptive (ici centrée sur le cœur) est associée à une plus grande intensité émotionnelle, capacité mnésique et capacité de prise de décision adaptative(23). D'autres résultats montrent que la perception (sensibilité à la perception) du rythme cardiaque est corrélée à une plus grande sensibilité aux émotions des autres. Les personnes ayant une sensibilité intéroceptive élevée, (pour qui les signaux physiologiques sont plus facilement accessibles), éprouvent moins d'incertitude au cours de l'expression publique et peuvent ainsi ajuster leurs processus émotionnels plus adéquatement(24).

Ces constatations sont conformes à l'hypothèse du marqueur somatique de Damasio (25), qui suggère que le raisonnement, la prise de décision et le comportement social sont optimisés par des signaux liés au corps dans des situations complexes.

Ainsi une meilleure sensibilité, attention et perception interne est liée à une meilleure attention aux émotions et une meilleure capacité de décision. Elle influe donc la dimension relationnelle d'un sujet.

Cependant chez certaines personnes, en particulier des patients suivis en psychiatrie, les perceptions internes peuvent avoir un effet inverse, et paraître, non pas rassurantes et aidantes (tout juste prises en compte) mais inquiétantes et menaçantes. Ainsi d'après certains auteurs ces patients auraient tendance à "éviter" ces sensations et ainsi pourraient avoir plus de difficulté à faire des choix, être plus indécis(26). Les difficultés seraient plutôt secondaires à une évaluation pathologique de ces perceptions, plutôt qu'une perception pathologique(27).

Plus les informations intéroceptives perçues par un sujet lui paraissent fiables, rassurantes, plus ses représentations internes (la confiance dans son corps) seront stables(28). Et vice versa, plus un individu a un système de représentation, de prédiction et d'anticipation stable, plus il sera disponible aux informations qu'il perçoit, et les intégrera à son système de représentation.

En revanche s'il reçoit des signaux intéroceptifs erronés, inhabituels, il pourra faire deux choses. Soit faire confiance en ses perceptions intéroceptives et remettre en question son système de croyance et de représentation de son corps : 'imprévu non expliqué'. Sinon il pourra faire confiance à son système de représentation et ajuster ses comportements et actions pour maîtriser la perception qu'il a. Si le système intéroceptif et son intégration (ses représentations) sont fonctionnels alors cet ajustement sera suffisant et l'individu apprendra.

Sinon il y aura codage d'erreur d'une erreur. Cela "affaiblit" alors un système de représentation, et de perception intéroceptive, et la fiabilité que l'individu leur attribue. Cela majore donc un stress, car ses représentations et anticipations sont peu fiables. Cela affaiblit sinon (ou aussi) la fiabilité qu'il attribue à son système perceptif (intéroceptif ou extéroceptif) et donc son attention/traitement/acceptation de ces informations... Ainsi cela biaise les processus cognitif, attentionnel et émotionnel, affectif et de stress du sujet.

Cette perte de confiance peut favoriser une méfiance, une hypervigilance au système intéroceptif, des inquiétudes et des réactions accrues à la moindre erreur (ou écart) de prédiction, ou à la moindre perception intéroceptive d'intensité, de localisation, de fréquence inhabituelle.

Une inadéquation entre intéroception et attentes/représentations est donc source de stress, mais aussi source d'apprentissage.

D'après ces informations, des croyances adaptées aux perceptions corporelles facilitent l'intégration "automatique", inconsciente des informations corporelles. Elle permet donc de maintenir une vigilance, une conscience et une attention vers d'autres informations.

Un message "erroné" intéroceptif résulterait de l'inadéquation entre perceptions internes et représentations pour un sujet. Cela peut avoir de multiples causes, entre réalité « objective » et « subjective ». Nous pouvons imaginer que l'inadéquation puisse : soit provenir de perceptions intéroceptives erronées (en intensité, en localisation, en consistance : origine corporelle), soit d'un système de représentation erroné (en intensité, en rigidité, en restriction...).

Ainsi il peut y avoir des provenances différentes du stress (corporelles : perceptions ou environnement : sens et représentations données au sujet) avec une constante : l'inadéquation entre les deux réalités est source de stress. Les capacités de traitement du sujet de ces informations (à tous les niveaux : des arcs réflexes (« capacités » corporelles, neurophysiologiques ; aux capacités d'élaboration, d'inhibition) peuvent aussi influencer sur le stress. L'entourage peut aussi influencer dans sa capacité à réduire cette inadéquation et donc à aider à la mise en sens à partir de(s) la réalité(s) du sujet (rôle de la figure de soin et de son adéquation suffisante à l'enfant).

Les dysfonctions de l'intéroception sont de plus en plus reconnues comme composante importante de problèmes de santé mentale. Plus particulièrement ils sont liés aux troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles de l'alimentation, symptômes somatiques. La mise en œuvre et le déploiement des signaux intéroceptifs contribuent aux troubles psychiques. Plusieurs modèles conceptuels ont lié les dysfonctionnements de l'intéroception aux problèmes de santé mentale(29). Plus précisément, les troubles de l'humeur et anxieux sont alors associés à l'incapacité d'anticiper correctement les changements d'états intéroceptifs. Les troubles du comportement alimentaire sont associés à des anomalies comportementales et intéroceptives tel le cas dit d'anticipation calorique. Dans la toxicomanie il existe un chevauchement des circuits neuronaux concernés par cette pathologie et des réponses anormales aux signaux intéroceptifs. D'autres troubles psychiatriques présentent également un chevauchement des symptômes intéroceptifs. Il n'est pas déterminé si cela est dû à une modification de la signalisation afférente, du traitement sensoriel central, ou à des représentations et métacognitions

particulières. Enfin d'autres troubles, non psychiatriques, sont concernés par cette réflexion. La fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique, le syndrome du côlon irritable et les troubles psychosomatiques de la médecine (douleur thoracique non cardiaque) et certains troubles médicaux (p. Ex. Le reflux gastro-oesophagien, l'asthme) font ainsi "partie" des affections à caractères psychiatriques, ou avec des difficultés qui pourraient s'inscrire dans ces difficultés du système intéroceptif.

C- Modèle Bayésien et rôle du SNA

D'après des chercheurs, l'intéroception se manifeste comme une "conversation" entre corps et cerveau. Cette conversation a lieu via de multiples boucles de rétro-actions afférentes et efférentes. Identifier l'état du corps représente un problème qui ne peut être résolu par une simple détection. Les signaux afférents des capteurs corporels (intérosensations) sont non seulement bruyants (bruit de fond permanent), mais souvent ambigus. Les théories informatiques récentes suggèrent que l'intéroception utilise l'inférence bayésienne pour résoudre ce problème. Le cerveau doit résoudre l'ambiguïté des intérosensations pour choisir les actions appropriées et protéger l'homéostasie. Le cerveau est supposé construire un modèle dit génératif d'intérosensations, combinant une cartographie prédictive (d'états corporels cachés à intérosensations) avec des informations préalables (croyances ou attentes concernant les états corporels représentés sous forme de distributions de probabilité). Cette opinion est corroborée par les constatations selon lesquelles la perception intéroceptive est fortement façonnée par les attentes. Ainsi le but du cerveau est de maintenir les états corporels dans une fourchette homéostasique (29).

Pour cela le cerveau doit, d'une part être informé de l'état corporel, et d'autre part pouvoir estimer la résolution des futurs états corporels.

Pour maintenir l'homéostasie il provoque des actions qui minimisent la surprise, et restaurent l'homéostasie. Ces actions modifient l'état corporel et par conséquent les intérosensations. Il y a donc une boucle fermée, de rétrocontrôle. Ces boucles de contrôle agissent sur des petites unités de calcul pour leur prédiction, erreur de prédiction et précision. Il y a sûrement plusieurs boucles de rétrocontrôles, les unes agissant sur les autres à différents niveaux. Il existerait une sorte de hiérarchie. La surprise (information non conforme à la prédiction) peut être appréhendée de deux manières : en ajustant les croyances (codage prédictif) ou en engageant des actions qui répondent aux croyances, relatives aux états corporels (inférence active). Les croyances sont alors comme des représentations probabilistes des états corporels souhaités. La précision des croyances détermine la force et le rythme des actions correctives. De la même façon plus les perceptions sont importantes- intenses moins le système de croyance sera efficient, ou plus vite il sera remis en question.

L'intéroception comporte plusieurs facettes. Il faut détecter, interpréter, intégrer des informations sur l'état des systèmes internes du corps.

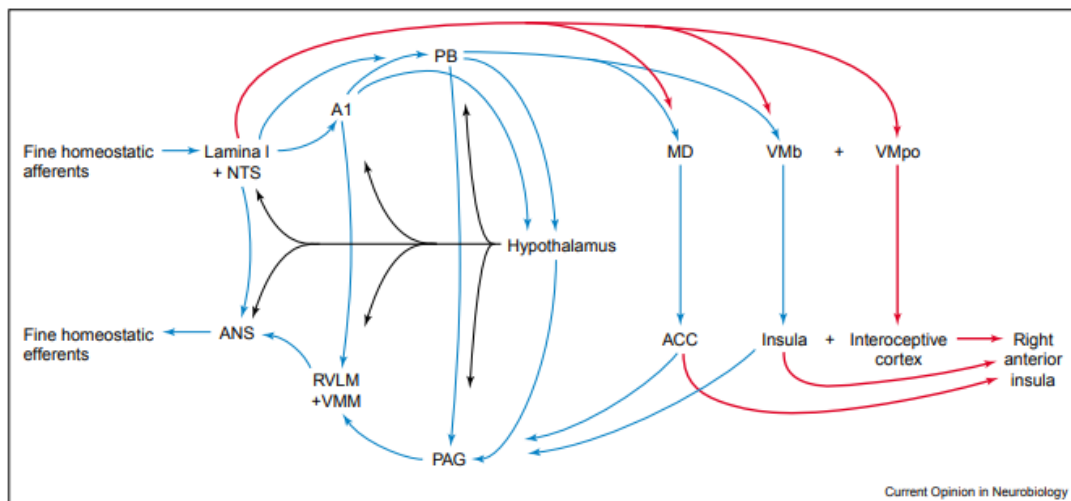
Cela peut être lié à l'attention, la détection, la discrimination, la précision, la sensibilité, et l'autodéclaration. Cela reflète probablement des processus neuronaux distincts. La plupart des processus intéroceptifs se produisent en dehors du domaine de conscience. La signalisation intéroceptive implique des entrées afférentes et efférentes issues de multiples hiérarchies de systèmes nerveux autonomes et du système nerveux central. Il est difficile aujourd'hui de

déterminer avec exactitude son fonctionnement et les origines des dysfonctionnements. Cependant des explications peuvent être proposées.

Les structures anatomiques encore mal connues sont représentées dans ce schéma tiré de l'article de Craig(30).

Interoception: the sense of the physiological condition of the body Craig 501

Figure 1



An organizational map of the homeostatic afferent system and its extension into the forebrain of primates. The afferent limb is shown in the top row and the efferent limb in the bottom row. The hierarchy consists of input-output loops at several levels, all of which are modulated by the hypothalamus (black lines) as well as the limbic sensory (insula) and limbic motor (cingulate) cortices (not shown). The red lines indicate the phylogenetically new pathways in primates that provide a direct thalamocortical input reflecting the physiological condition of the body. In humans, re-representations of the interoceptive cortex lead to a meta-representation of the state of the body in the right anterior insula that is associated with the subjective awareness of the 'feeling self'.

NTS : noyaux du tracus solitaire, PB parabrachial nucléus, MD : medial dorsal nucleus VMb : basal ventral medial nucléus, VMpo : postérieur ventral medial nucléus, ACC anterior cingulate cortex, PAG periaqueducal gray, ANS : autonomic nervous système, RVLm : rostral ventrolateral médullaire, VMM: ventro médullaire

Schématiquement il semble que l'intégration des informations neuroviscérales se fasse à différents niveaux, avec un traitement de l'information plus ou moins élaboré. (31) Dans les "premiers niveaux", le contrôle a lieu de façon rapide, inconsciente, sous forme d'arc réflexe. L'intégration des informations intéroceptives dans un contexte plus général, et l'éventuelle prise de conscience de ces données se fait à des niveaux "supérieurs". L'ensemble des structures du SNC qui relèvent de l'intéroception et de sa régulation a pour effecteurs périphériques les voies sympathiques adrénérergiques d'une part, le nerf vague d'autre part, parasympathique et cholinergique.

Le premier niveau se passe au niveau intra et inter organique. Cela se fait de façon non consciente, par régulation physique ou chimique et autonome. Puis l'information passe par les noyaux du tronc cérébral qui régule l'attention aux signaux.

L'hypothalamus ensuite, se charge de l'intégration du contrôle viscéro moteur, et d'une régulation endocrinienne. C'est une sorte de centre de contrôle du rythme circadien, de la reproduction, de l'appétit, de la régulation thermique. Il implique donc des processus métaboliques et le système nerveux autonome, dans un contrôle des "conduites instinctuelles".

Un contrôle des “émotions instinctives” se ferait dans l’amygdale. De nouveau il s’agit d’un système autonome, avec des réponses automatiques, qui gère des affects tels que la peur, le dégoût. Son fonctionnement est en lien avec la mémoire, et sa réponse est rapide.

Le tronc cérébral et l’amygdale peuvent induire une inhibition cérébrale et donc jouer sur la vigilance de l’individu. Ainsi dans certaines situations, le cerveau peut être “éteint”, fermé aux évènements qui pourraient lui parvenir. En effet ils peuvent être actives des neurones GABA dans la zone Gabaergic Basal Forebrain. Le tronc cérébral et l’amygdale ne nécessitent pas de contrôle conscient, autrement dit qui ont un fonctionnement autonome, instinctif.

La mise en lien des informations intéroceptives avec le contexte se fait dans le cortex cingulaire antérieur associatif (ACC, qui pourrait être responsable de l’awareness). (32) En fonction du système de prédiction attendu et de ce qui est perçu, ces zones commandent les fonctions exécutives, et perceptives. Il peut y avoir adaptation des fonctions exécutives ou régulation des perceptions. Si le décalage est trop important entre perçu/attendu, alors l’information est soumise au système suivant. Ainsi selon cette valence, cela crée un focus attentionnel conscient de la part du sujet. Une pleine conscience des organes internes n’arrive que lorsqu’il y a “violation”, déséquilibre homéostatique (ex: brûlure de l’œsophage) qui intègre alors l’aspect cognitif et affectif de la douleur. L’insula antérieure semble générer un signal anticipatif “d’intensité de stimulation attendue” et peut donc avoir une fonction préparatoire pour intégrer les dimensions affectives et sensorielles. (33). Cette anticipation module l’intensité du signal perçu dans l’insula postérieure. L’insula antérieure pourrait être l’interface entre l’état interne motivationnel guidé par le statut physiologique, la conscience émotionnelle et les comportements interpersonnels. C’est dans l’insula que seraient intégrés les ressentis, avec les préférences individuelles et les informations contextuelles pour produire un état de sensation global. Ceci sur la base des expériences antérieures pour relier les intentions et les motivations à une tâche spécifique. (34)

La mise en lien avec le contexte (interne et externe) et avec les expériences passées et le contexte émotionnel des informations intéroceptives et extéroceptives, se fait au niveau cortical : cortex pré-frontal, cortex temporal, cortex cingulaire antérieur et postérieur. C’est dans ces zones que la contextualisation est possible. Il y a des boucles de contrôle cognitif, attentionnelles qui permettent d’évaluer les attentes “à priori” apprises. Le délai de traitement des informations est conscient et plus long. Il s’agit d’un choix attentionnel, en fonction du but et des sollicitations des systèmes intéro et extéroceptifs. C’est dans ce système qu’a lieu la capacité d’apprentissage, de reformater les systèmes de croyance, et de maintenir de façon sélective des représentations internes, ou de les oublier.

Il existe donc plusieurs niveaux de filtre et d’adaptation automatique, avant un choix intentionnel et conscient. Le passage à une attention consciente, se fait s’il y a nécessité ‘d’apprentissage’, soit un décalage entre les perceptions intéroceptives et le contexte (intéroceptif et mnésique, affectif). Une inadéquation entre intéroception et attentes/représentation est donc source de stress, et éventuellement d’apprentissage.

Avec ce modèle on peut voir que des croyances adaptées aux perceptions corporelles facilitent l’intégration “automatique”, inconsciente des informations corporelles et une vigilance, conscience et attention tournées vers d’autres informations.

Lors d’un stress (message “inhabituel” intéroceptif : codage « erreur »), il peut y avoir deux extrêmes selon cette théorie.

- Ceux qui se couperaient de leurs croyances, et capacités de prédictions, et se focaliseront sur des perceptions internes inhabituelles ou inexplicables. Ils pourraient alors entamer des actions, réactions, éventuellement anarchiques car

n'appartenant pas à un système de prédiction, afin de s'apaiser, avec une difficulté à trouver du sens.

- Ceux qui, au contraire, ne prendraient pas en compte leurs perceptions réelles internes, s'en couperaient, et resteraient dans un système de croyance. Ils chercheraient alors à s'adapter pour éviter ou contrôler leurs perceptions.
- On peut aussi noter qu'un stress trop grand (intéroceptif, ou émotionnel) entraînerait une décharge GABA qui "éteindrait" le cerveau (et donc le corps) à toute réaction et élaboration. Cela couperait donc le sujet de ses perceptions et de ses cognitions.

Concernant le développement du sujet, des enfants, pour qui le système de représentations serait en inadéquation avec leurs perceptions internes, pourraient être dans des situations de 'stress' et devoir 'choisir' un système préférentiel (intéroceptif ou de représentation) afin de s'apaiser. Ces enfants auraient une moindre fiabilité en leurs perceptions et croyances. Ils auraient aussi moins de disponibilité psychique pour l'exploration de leur environnement et l'apprentissage.

L'inadéquation entre leurs perceptions internes et leurs représentations pourrait avoir de multiples causes. Soit provenir de perceptions intéroceptives erronées (en intensité, en localisation, en consistance...: origine corporelle), soit d'un système de représentation erroné (en intensité, en rigidité, en restriction..). Ainsi il peut y avoir des provenances différentes du stress (corporel, perceptions ou environnement, sens et représentations données au sujet avec le rôle de la figure de soin et de son adéquation suffisante à l'enfant), avec une inadéquation source de stress.

Ces enfants pourraient alors : soit hyper investir leur système de représentation et se couper de leurs perceptions corporelles, (moins s'y fier). Au contraire ils peuvent être envahis ou se fier aux perceptions qu'ils perçoivent à un moment t, et y réagir de façon réflexe sans chercher à les recontextualiser dans un système de croyance, de représentations cognitives, plus long. Un stress trop important pourrait favoriser un shut down long du cerveau, et des sujets coupés : et de leurs capacités perceptives et de leurs capacités d'élaborations.

D- Attachement et Intéroception : MIO et théorie Bayésienne.

“Les représentations primaires de l'expérience s'organisent en représentations secondaires de ces états mentaux et corporels. L'expérience de l'affect est le bourgeon à partir duquel peut éventuellement croître la mentalisation, mais seulement si la relation d'attachement est continue, sécurisée. Le parent qui ne peut pas penser à l'expérience mentale de l'enfant le prive de la base d'un sens de soi viable”(10)

Les Soins prodigués par la figure d'attachement procure des « sensations » qui feront le lit des émotions, dans l'expérience relationnelle initialement, puis que l'individu pourra penser de façon autonome. L'attachement a une part émotionnelle, corporelle, qui, à travers la relation, va pouvoir être mise en sens pour l'enfant.

Nous avons vu précédemment que l'intéroception participe au codage de l'information corporelle et émotionnelle. Les deux s'influencent donc, en particulier à travers le SNA qui est actif dans la vie émotionnelle

Plusieurs études (35) montrent que les expériences familiales précoces (liées aux styles d'attachement des enfants) permettent de prédire de manière cohérente les réponses au stress du système sympathique-surrénal-médullaire (SAM). Par exemple les symptômes dépressifs de la mère interagissent avec l'attachement insécurisé du nourrisson pour prédire une dérégulation du SAM (étude de l'arythmie sinusale respiratoire-RSA) chez le nourrisson. Cette dérégulation du SAM du nourrisson interagit avec l'attachement insécurisé pour prédire une augmentation des comportements problématiques. Chez l'adulte, l'attachement évitant et ambivalent anxieux sont associés à une réactivité accrue du SAM. Plusieurs études montrent que les individus très évitants ont une activité accrue du système nerveux autonome lors de "stress relationnels" (conflit de couple...). Cependant ils sont moins susceptibles de signaler subjectivement leur détresse, ce qui suggère une régulation affective défensive ou dissociée chez ces individus. Cette constatation fait écho aux résultats mentionnés précédemment dans la littérature récente concernant l'enfance, qui démontrent un attachement insécurisant associé à un plus grand écart entre les réactions psychologiques et physiologiques au stress.

Par ailleurs, en plus d'une régulation individuelle physiologique, il existe une influence physiologique directe du SNA du partenaire sur le sujet. La revue de la littérature *Interpersonal Autonomic Physiology (PIA)*, (*Physiologie Autonome Interpersonnelle*) décrit une co-influence des réactions et fonctionnements physiologiques de deux individus en relation (36). Plus exactement, d'après eux, il existe une relation dynamique physiologique entre deux personnes. Ces affirmations sont corroborées par des analyses interpersonnelles du SNA qui ont trouvé des similarités (statistiquement significatives) de l'activité entre plusieurs individus en relation avec une synchronisation physiologique.

Le fonctionnement, et la transmission des MIO (Bowlby) pourrait se lire à la lumière de la physiologie de l'intéroception. Concernant l'organisation de l'intéroception sous forme de modèle bayésien, la mise en place de MIO, forme « d'anticipation » est similaire.

Le nourrisson ne peut se représenter symboliquement quelque chose qui n'est pas dans sa réalité immédiate. Il fait donc des déductions causales sur ce qui a lieu à un instant *t*. Ses réactions sont dépendantes des séquences d'interactions ayant lieu à l'instant *t*. De fil en aiguille le nourrisson est capable d'intérioriser des séquences d'événements (mémoire procédurale), et peut se faire une représentation interne des objets et des interactions. Il se forme ainsi des Modèles Internes Opérants (MIO) qui l'aident à comprendre, interpréter et anticiper les comportements et réactions d'autrui. Ces MIO déterminent les cognitions sociales et la vision de soi-même et ainsi « sous-tendent » des comportements et des réactions. En fonction des erreurs de prédiction, (ou des nouvelles interactions avec des nouvelles personnes), les MIO s'étayent, à partir du MIO initial, qui serait basé sur la relation avec la figure d'attachement préférentielle. Ainsi le MIO se formerait en deux temps, tout d'abord il s'accommode aux interactions vécues pour se constituer ; puis les nouvelles expériences sont assimilées, parfois sans remettre en question le MIO. La mise à jour, se fait de façon progressive et n'est pas aisée. Elle nécessite de « métaboliser des expériences émotionnelles », et pour cela l'élaboration d'un récit, d'une narration de cette nouvelle expérience, qui lui redonne du sens. Si la correspondance est imparfaite, entre le MIO et l'expérience, des biais d'exclusions sélectives (défensives) peuvent entraver une « mise à jour » de ce MIO.

Ainsi ces modèles ont des similarités avec le modèle Bayésien, dans le sens où l'individu cherche à anticiper ce qui va se passer. Il pourra assimiler une expérience si elle est suffisamment proche de son MIO. Autrement, la situation sera stressante et sa narration, son sens, plus difficiles.

Concernant la physiologie de l'attachement, elle emprunte des voies cérébrales et périphériques de l'intéroception. L'intégration de l'information implique toutes les structures cérébrales et effecteurs périphériques du SNA. Cependant l'information traitée est de nature différente, ou reconnue différemment par le sujet. Par exemple ce qui est sur le plan intéroceptif de l'ordre de la douleur physique, sera sur le plan relationnel plutôt lié à l'empathie, et à la douleur psychologique, elles ont pourtant des conditions afférentes similaires et les mêmes structures cérébrales sont en jeu.

Un attachement sécure et des interactions sociales non pathologiques impliquent que les sujets soient capables de reconnaître les émotions des autres, et de leur attribuer des pensées, différentes des leurs. Entrer en relation implique donc de faire l'expérience d'un point de vue, d'un système de représentation différent, de distinguer son expérience (corporelle) de celle de l'autre, et ainsi de faire l'expérience de sa pensée différente de celle de l'autre (37). La cognition sociale est donc analogue à l'ensemble des processus cognitifs. Elle relève de processus automatiques, dictés par des stimuli corporels, et des processus de contrôle dirigés vers les buts, les intentions de la personne (Théorie sur la Prise de décision et du marqueur somatique de Damasio 1994, montre que les choix délibérés sont influencés par des processus automatiques, émotionnels).

L'empathie et la théorie de l'esprit sont deux systèmes mis en jeu en ce qui concerne la relation. Ces systèmes ont une part cognitive et une part automatique, et impliquent à la fois un traitement de l'information ascendante et descendante, soutenue par des systèmes neuronaux spécifiques et en interaction (38).

Par exemple, au niveau de l'insula, sont représentés les états corporels du sujet (intéroception), comme par exemple la douleur. L'insula est aussi activée lorsqu'un sujet ressent de l'empathie pour un autre sujet, comme par exemple lorsqu'il l'observe avoir mal. Ainsi la capacité à comprendre, et se faire une représentation des états physiologiques, affectifs, émotionnels des autres, en inclue l'expérience interne, personnelle de la douleur ou des émotions (39). C'est ainsi que cette région semble médier la relation entre la "sensibilité au corps" et la crainte sociale. Pour certains cela paraît être la traduction d'une représentation cognitive de l'état physique subjectif en un trait de personnalité individuel qui influe sur l'interaction sociale. (40)

De même concernant l'amygdale une étude portant sur des rats, un rat observateur naïf qui n'avait été soumis à aucun stimulus aversif présentait néanmoins une activation discriminante au sein de l'amygdale lorsqu'il interagissait avec un autre rat, selon que cet autre rat avait ou non subi un choc électrique.

Ainsi des sujets ayant des attachements « pathologiques » ont des particularités de régulation au niveau du SNA. Il est admis et montré que les individus qui ont un attachement sécure ont moins de risque pour leur santé (35). Bien que les mécanismes sous-jacents ne soient pas élucidés, cela peut s'expliquer par des comportements, des stratégies adaptatives, une gestion émotionnelle et cognitive plus adaptée et par un niveau de stress moins élevé. Les styles d'attachement peuvent influencer les réponses au stress physiologique. Des schémas et modélisation de régulation physiologique du stress, en fonction du type d'attachement, sont proposés par certains auteurs (35).

Concernant le système nerveux sympathique, ils reposent sur la théorie selon laquelle les individus activent différemment ce système en fonction de leur type d'attachements.

- Les individus anxieux ambivalents, s'appuient sur des stratégies hyperactivantes -hyperactivation du système nerveux autonome sympathique- les amenant à détecter les menaces potentielles avec vigilance, à signaler de manière persistante leur détresse et à rechercher une assurance / un soutien excessif.

- Les individus insécures évitants ont des stratégies de désactivation du système de stress qui les amènent à minimiser leur détresse et à se démarquer des autres.
- Les personnes solidement attachées sont généralement capables de gérer la détresse de manière efficace et flexible, et au besoin, ils se tournent vers leurs partenaires pour les rassurer et les soutenir.

Le nerf vague aurait un rôle clef dans les interactions sociales et la régulation émotionnelle via notamment le concept de Vagal Brake (frein vagal), (Polyvagal théorie de Stephen Porges)(41) . La théorie polyvagale associe le système nerveux autonome à l'expérience affective, et plus précisément à l'expression émotionnelle, aux gestes du visage, à la communication vocale et au comportement social contingent. Ainsi, la théorie fournit une explication plausible de plusieurs comportements et troubles sociaux, émotionnels et de communication. Le nerf vague fonctionne comme un frein qui inhibe activement les influences du système nerveux sympathique sur le cœur et atténue l'activité de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HPA). En modulant l'état viscéral, il permet à l'individu de s'engager et de se dégager rapidement d'autres individus et de promouvoir des comportements auto-apaisants et des états calmes. Le frein vagal serait donc augmenté pour favoriser les comportements d'engagement social.

Plusieurs études évaluent le lien entre attachement, comportements sociaux et régulation du nerf vague, et vont dans le sens de cette théorie, chez l'adulte comme chez l'enfant. Des sujets qui ont un "low vagal tone" auraient une plus grande réactivité émotionnelle et des comportements de coping au stress plus inefficaces. Les sujets qui présentent un high vagal tone auraient des réponses aux stress plus adaptées. Ces réactions adaptées du SNA et du sujet, le seraient d'autant plus qu'une figure d'attachement est présente. Au contraire chez des sujets ayant des troubles de l'attachement, la présence d'une figure d'attachement ne change rien (42).

Le positionnement d'un sujet vis-à-vis des informations intéroceptives à traiter pourrait donc se superposer à son positionnement relationnel. Un sujet évitant ses perceptions intéroceptives, informations médiées par le SNA, serait plus évitant de la relation. Une appréhension « négative », avec des biais d'anticipation négatif de la relation, serait aussi applicable à une appréhension négative des informations corporelles. Cela va dans le sens d'études utilisant la reconnaissance émotionnelle faciale (qui est une tâche régulièrement utilisée dans les études pour évaluer l'empathie). Un biais négatif dans la reconnaissance des émotions est retrouvé chez les sujets ayant des attachements pathologiques (et donc des particularités dans l'appréhension d'eux-mêmes), avec aussi une plus grande difficulté à reconnaître des émotions non exprimées pleinement.(43–46) Les sujets ayant un attachement insécure reconnaissent plus facilement et souvent des affects comme la peur, la colère et attribue des pensées hostiles à leurs interlocuteurs.

Il est intéressant de noter une étude qui retrouve que les enfants avec des difficultés motrices ont des scores plus faibles en ce qui concerne leurs capacités à reconnaître des expressions faciale émotionnelle (statiques et changeantes) (47).

De même, les personnes percevant mieux leurs battements cardiaques perçoivent plus les émotions faciales d'autres personnes (48). Cette meilleure perception n'est pas en termes de valence, mais en termes d'excitation, d'intensité.

L'attachement est, d'après Coan, « la clef de l'équilibre psychosomatique précoce ».

On peut se demander quel est le rôle de la relation dans la modification du SNA et donc de l'intéroception (et donc de la gestion du stress). On peut aussi se demander le rôle de l'intéroception dans les modifications du SNA et donc dans les modifications de la relation.

Quelles sont les conséquences de l'un sur l'autre ? Est-ce que la construction des modèles de perception, d'attention, d'attente, de croyance de l'intéroception et de l'attachement seraient les mêmes ? Or en ce qui concerne les capacités intéroceptives, plusieurs études notent que les sujets ayant des capacités de percevoir leur fréquence cardiaque, et respiratoire (variation physiologiques induites par le SNA) sont plus à même de réguler leur stress et leurs émotions et d'avoir des métacognitions sur leur insight (49). Au contraire, une moins bonne attention ou sensibilité d'un sujet aux modifications internes régulées par la SNA favorise le stress. Ainsi on note qu'une dissociation, une moindre attention ou compréhension de ces états internes, régulés par le SNA, sont pourvoyeurs de stress, et donc de régulation différente du SNA. Cette dissociation peut être d'origine relationnelle (attachement insécure) ou interne (moins bonne sensibilité, attention, intéroception inadaptée) et pourrait donc influencer ces deux paradigmes : attachement et intéroception.

Autrement dit comment l'affect, plus ou moins reconnu par le sujet, ancré dans son corps et influant sa façon de penser, influe et est influé par la relation. Et comment ces deux systèmes sont sous-tendus, entre autres, par le SNA.

E- Rôle de l'ocytocine

L'ocytocine est un polypeptide sécrété dans l'hypothalamus à action hormonale. Elle a une action analgésique au niveau cérébral, de la moelle épinière, et au niveau périphérique (50,51). L'ocytocine présente un puissant effet analgésique médié par les récepteurs OT (OTR) exprimés dans les systèmes nerveux périphérique et central (52). Elle module la perception douloureuse en jouant sur des aspects subjectifs, cognitifs et émotionnels de l'expérience passée, réduisant la perception de la douleur en modulant l'expérience émotionnelle et cognitive.

L'ocytocine pourrait moduler la perception sensorielle et la sensation de "body ownership", ou la sensation d'appartenance de corps. (53) Cette perception, sensation semble en lien avec la sensation de fiabilité du corps, de confiance dans les messages qu'il envoie, d'acceptation et d'attention sereine.

L'ocytocine périphérique module aussi les organes cibles viscéraux du SNA, dont beaucoup synthétisent localement l'ocytocine et expriment des récepteurs à l'ocytocine (54). Pour certains auteurs cette synthèse périphérique peut être source de stress. En effet l'ocytocine est aussi une hormone pro sociale, visant à établir des liens entre individus. Une sécrétion locale d'ocytocine, par des organes, peut être en inadéquation avec cette réalité relationnelle : l'individu est isolé socialement, affectivement.

Ce même article cite l'expérience : l'injection d'ocytocine chez des souris. Après provocation de comportements agités initiaux, ils notent des comportements de léchage et de soin corporel de la part des rats. Ils interprètent ceci comme des comportements de coping (se calmer) et de bonding (créer des liens).

Ainsi sur le plan intéroceptif, l'ocytocine participe à apaiser des sensations douloureuses et favorise des comportements de Soins, d'auto-apaisement médiés par le corps.

L'ocytocine est classiquement liée à l'attachement. Son rôle est montré au moment de l'accouchement, dans la lactation et dans le comportement maternel, dans la formation de liens et dans les comportements sociaux (55). Elle permet de réguler des comportements sociaux

chez les hommes, la prise de décision dans un contexte social, l'évaluation et la réponse à des stimuli sociaux, la médiation des interactions sociales, et la formation de souvenirs sociaux.

Les taux d'ocytocine semblent corrélés lorsque deux individus sont en relation (amoureuse, ou en famille) (56). Ainsi dans une famille avec des liens non pathologiques les taux sont similaires chez les parents et l'enfant (57). Au contraire si la mère est déprimée, les taux sont moindres. Le taux d'ocytocine semble donc influencé par le type de relation, et par leur aspect corporel. Des études montrent que le taux d'ocytocine augmente avec des caresses chaleureuses, avec la pratique d'une activité sexuelle et physique(58,59). Les taux d'ocytocine sont plus élevés chez les individus sécures que chez les individus insécures (patient borderline), dépressifs ou anxieux.

L'ocytocine agit sur deux régions cérébrales cibles : l'amygdale et l'insula. L'ocytocine en intra-nasale diminue l'activité amygdalienne et augmente la réponse de l'insula chez des femmes exposées à un enfant qui pleure. L'insula est impliquée le switch d'attention, dans l'anticipation des récompenses et dans l'intégration d'informations intéroceptives des états corporels pour signaler l'équilibre homéostatique. Donc l'ocytocine biaise le matériel mnésique (négatif, anxiogène), et semble augmenter l'impact de l'information sociale en augmentant la réponse empathique à une information douloureuse (souffrance).

Elle renforce l'attention aux signaux sociaux. Les biais attentionnels liés aux signaux sociaux, à leur reconnaissance ou leur mémorisation sont dépendants et de la personne et du contexte.

L'ocytocine pourrait donc être une hormone prosociale. En effet elle pourrait renforcer et augmenter la saillance des informations sociales pour un sujet. Il semble qu'elle réoriente l'attention de façon préférentielle sur ces informations externes plutôt qu'intéroceptives (55). Des études montrent que l'ocytocine a un effet général calmant sur le cerveau et le corps pour réduire la menace et l'agression dans la plupart des contextes de lien sociaux. L'ocytocine pourrait améliorer les capacités de reconnaissance émotionnelle faciale et la confiance en autrui (partenaire)(60). L'ocytocine diminuerait les biais attentionnels (focalisation de stimuli négatifs dans la rencontre) pour augmenter l'attention et la capacité de reconnaissance des émotions faciales exprimées par l'autre (61). Elle pourrait permettre de mieux et plus identifier des émotions positives/avenantes sur le partenaire social, et de moins lui attribuer des affects hostiles et négatifs (62).

Ainsi l'ocytocine favoriserait l'attention et l'empathie, le lien à l'autre. Et ceci en agissant sur des modalités attentionnelles et physiologiques. L'ocytocine semble moduler des informations négatives, anxiogènes, liées à la rencontre et à la relation. Ceci de façon similaire à son rôle sur la nociception. Au même titre qu'elle semble aider à la perception de soi-même, elle semble aider à la perception et attention à l'autre.

PARTIE 3 : étude clinique : protocole RELADO

Chapitre 1 : Socle théorique et hypothèse de travail

A- Socle théorique

Il existe donc des points communs entre intéroception et attachement. Ces deux systèmes interviennent dans la survie de l'individu, et se régulent de façon plus ou moins consciente, à partir de modèle d'anticipations qui se mettent en place tôt dans la vie de l'individu, et ceci soutenu par ses expériences relationnelles. Les modalités de traitements au sein du SNC sont similaires (même localisation cérébrale, informations passant par le SNA et l'ocytocine), et co-influentes.

La littérature psychanalytique étudiée soutient la vision d'une appréhension commune du corps et de la relation par un sujet donné. L'enfant va explorer deux milieux, sur lesquels il a une influence, une action, et qui ont eux-mêmes une action et une influence sur lui : le milieu corporel et le milieu relationnel. Sur le plan corporel, l'enfant va dépendre de ses capacités physiques, et des réactions et de l'étayage de l'environnement (A. Bullinger, D.W. Winnicott). Sur le plan relationnel, il dépend de la figure de soin, qui répond plus ou moins à ses attentes et sollicitation en le soutenant physiquement et psychologiquement (D. Anzieu, P. Fonagy, J. Bowlby). La figure de soin agit, dans l'inter-action avec l'enfant, et donc avec ce qu'il déploie, fonction de ses capacités corporelles et psychiques (B. Golse). L'enfant soutenu va pouvoir explorer, et par ses explorations, créer un sens de lui-même, une subjectivité, au carrefour entre milieux corporel et relationnel. Une pensée, des représentations vont conjointement émerger, influencées par, et dirigées vers ces deux milieux (P. Aulagnier, A. Bullinger, J. Lacan).

Ainsi on voit à quel point : le corps, la relation et l'environnement sont liés. Ils sont liés à la fois dans leur exploration commune et contemporaine par l'enfant (des deux milieux, qu'il va tenter de théoriser, sous forme de modèle interne, afin de pouvoir mieux les prédire, les appréhender, (les internaliser)), que dans leurs influences réciproques. Leur influence réciproque souligne l'importance de ce qui préexiste à l'enfant, et de ses modalités de transmissions, narratives, et comportementales, corporelles, toniques, et donc de la figure de soin.

La littérature plus récente propose des explications au fait que la relation à autrui (l'attachement) modifie la relation à soi-même (l'intéroception) à travers le partage et la synchronisation de rythme, de vie, de comportement, d'interaction, d'échange et des SNA, d'ocytocine. Et ceci à lieu dans un vaste spectre d'autres interactions et afférences diverses. En effet chacun des effecteurs et acteur peut être envisagé dans un fonctionnement dynamique avec un rôle non uniquement dévolu aux émotions, à l'intéroception et à l'attachement.

Ainsi en dehors des informations intéroceptives, émotionnelles, qui dépassent ou pas un seuil de discrimination, ces informations ne seront prises en compte que si d'autres informations (visuelles, auditives...) ne sont pas « prioritaires ». Ainsi une étude note que les mêmes réseaux neuronaux (réseau frontopariétal dorsal dominant de l'hémisphère droit) sont utilisés pour focaliser l'attention du sujet sur les informations externes (environnement) ou internes au sujet (34). D'après ces auteurs, seules des informations « significativement pertinentes » permettent le switch attentionnel (activation du réseau dorsal), et une focalisation préférentielle sur des informations environnementales.

Cela peut rejoindre la vision de D. Winnicott et W. R. Bion, sur l'importance des soins de la mère, du holding, handling, et de l'aire transitionnelle, de sa psychée, permettant de limiter, filtrer des informations « autres », polluantes, des diversions, empêchant l'intégration harmonieuse des données relationnelles, intéroceptives, affectives et émotionnelles.

Ces informations, plus ou moins prioritaires, notées en fonction de leurs attentes, sont conformes à la vision de A. Bullinger et J. Bowlby, avec l'importance de la répétition, et du rythme, permettant l'apprentissage, et ainsi le traitement 'automatique » de ces informations par les régions cérébrales. En effet elles ne considèrent plus l'information ascendante comme surprenante ou anormale, mais y sont accoutumées. L'adoption de codes sociaux, pour un individu, prend ainsi logiquement le temps d'une habitude intéroceptive, émotionnelle et cognitive à travers la relation.

La synchronisation des différents facteurs physiologiques, biologiques, humains, pourrait être l'affect. Affect dans ce qu'il a d'individuel : corporel (physiologie : rythme cardiaque, sensation corporelle) et partagé, relationnel, liant ces deux milieux : partage d'affect, accordage affectif, inter physiologie (M. Corcos, P. Aulagnier). L'affect appartient au symbolique, aux représentations pré existantes aux individus (J. Laplanche, D.W. Winnicott, P. Aulagnier).

Un affect modifié, tristesse, anxiété, modifierait alors simultanément la relation au corps et à l'autre. Il modifierait aussi l'autre par le partage d'affect, corporel (inter physiologique) et relationnel. Par ailleurs, « dans » un affect « stable » pour un individu, il existerait une « gamme de variation », s'appliquant de façon similaire aux deux milieux.

Par la répétition des stimulations (corporelles et relationnelles) et leur mise en sens, à travers une relation suffisamment sécurisée, le sujet peut former ses modèles d'anticipation qui lui permettent d'appréhender et d'explorer le monde environnant. Ces modèles d'anticipations seraient similaires pour les informations relationnelles (l'attachement) et corporelles (intéroception).

Sur la base des MIO, on peut proposer une application de ce système de traitement de l'information (relationnelle) non seulement dans le domaine de la relation à l'autre, et aussi de la relation à son corps. Les deux étant en développement « en même temps », s'influencent, et sont influencés par les comportements maternels, et les comportements de l'enfant.

La Figure 1, tirée et adaptée de Bartholomew (63), est un schéma qui présente, à partir des conceptions de Bowlby sur le modèle interne opérant, les différents types d'attachement, sur deux variables : le modèle de soi et le modèle d'autrui. D'après Bowlby il existe deux variables dans l'attachement : « si oui ou non la figure d'attachement est jugée comme une personne qui répond en général aux besoins de protection et d'être supporté, et si oui ou non le Self est jugé comme être le type de personne envers qui n'importe qui, et en particulier la figure d'attachement, est susceptible de répondre de manière aidante. Ces deux modèles se

construisent en interaction. Chez les jeunes enfants, la disponibilité de la figure d'attachement vis-à-vis d'eux est confondue avec leur propre valeur à être aimé ».

Le modèle de soi est signifié dans les relations interpersonnelles comme étant relatif à la plus ou moins grande anxiété de ne pas se sentir aimé par autrui « anxious attachment ». Il peut être dichotomisé en positif : soi-même vaut d'être aimé et source d'attention, ou négatif : soi-même ne vaut pas d'être source d'attention ou d'amour, n'a pas de valeur. La variable modèle de soi peut être mise en lien avec l'individuation, l'autonomie et la dépendance sur un plan de « réponse sociale ». Plus le modèle de soi est mauvais plus le sujet est dépendant, il a besoin d'une validation externe dans ce qu'il fait, de l'acceptation d'autrui.

Quant au modèle d'autrui, il est traduit dans les relations interpersonnelles par un plus ou moins grand évitement dans les relations « avoidant attachment ». Il peut aussi être positif : les autres sont dignes de confiance, disponibles et prennent soin des autres/de leur entourage, ou négatif : les autres ne le sont pas. La variable modèle d'autrui peut être mise en lien avec la « connectivité », l'intimité, ou l'éviction. Plus le modèle d'autrui est mauvais, plus le sujet est évitant, il minimise les effets de la perte relationnelle, ou du rejet.

Ces modèles de soi et d'autrui pouvant être positifs ou négatifs, nous obtenons quatre styles d'attachement. Les styles d'attachement correspondent à la combinaison des deux dimensions : l'anxiété (modèle de soi) et l'évitement (modèle d'autrui) (64).

L'attachement Ambivalent correspond à « Préoccupé », l'attachement Insécure évitant correspond à « Craintif » et « Détaché », en fonction respectivement : de la crainte (sous entendant l'envie) de la relation ou de son déni (sous entendant son détachement). L'attachement désorganisé n'est pas représenté. Les correspondances avec différents termes utilisés pour décrire les styles d'attachement sont dans le Figure 2.

Par la suite, par souci de clarté nous utiliserons les termes présentés dans la Figure 1 : Sécure, Préoccupé, Craintif et Détachés.

Les quatre styles d'attachement représentent des prototypes théoriques, idéaux. L'image / le modèle de soi et des autres, dérive de nombreuses expériences qui sont différentes au cours de la vie d'un individu. Aucune personne ne se reconnaît uniformément dans un style d'attachement représenté dans la Figure 1. De la même façon aucun individu n'est sensé n'avoir qu'un unique type/modalité d'attachement. Au contraire, chaque individu sujet a différents degrés de similarité avec un ou plusieurs prototypes d'attachement. Un sujet peut dire quelle description le représente le plus, cela reflète le type d'expérience relationnelle qu'il a le plus vécu.

Figure 1 : Styles d'attachement chez l'adulte.
modèle des autres

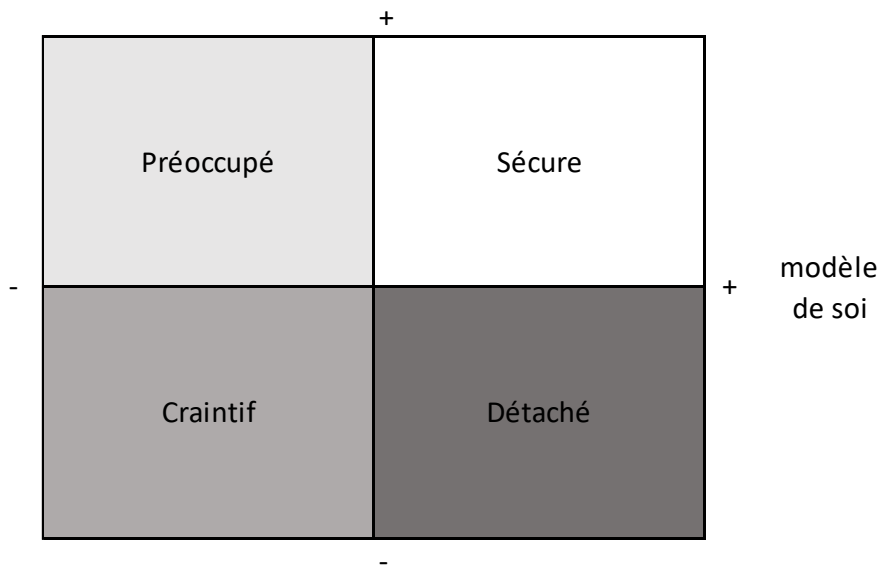
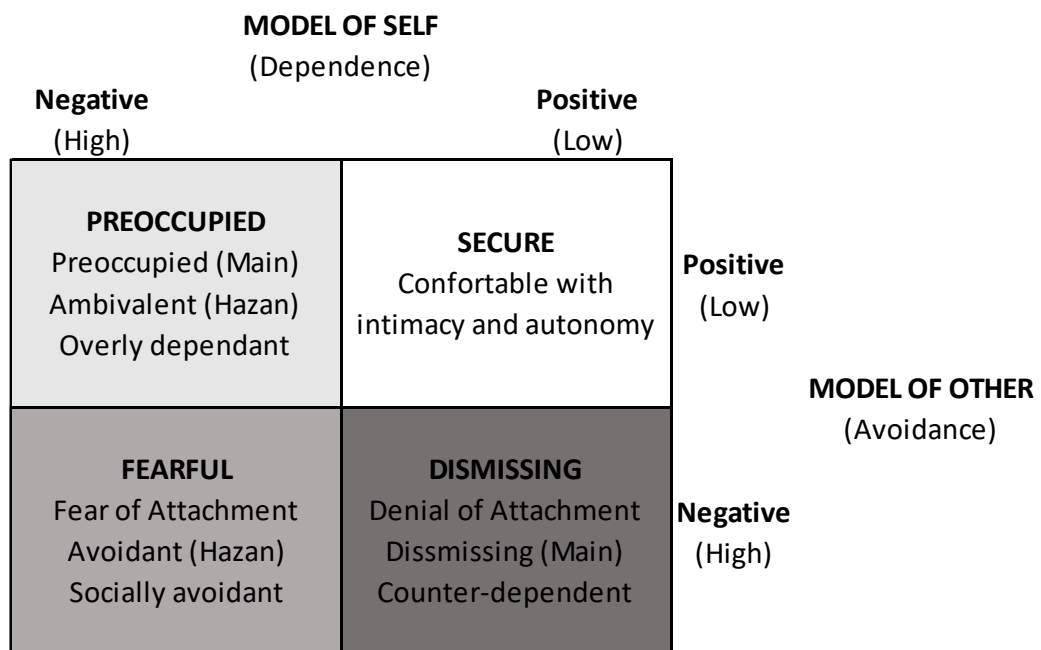


Figure 2 : Correspondance entre différents termes d'attachement.
Figure tirée de l'article de Bartholomew, 1990



Ainsi on pourrait imaginer que les sujets traiteraient de façon similaire l'information relationnelle et intéroceptive :

- L'attachement séure : l'enfant se montre confiant envers des parents disponibles et sensibles à ses signaux. Il les sollicite et recherche leur réassurance dans des situations difficiles. Il a un modèle de lui-même et d'autrui positif. Il considère les relations à autrui comme étant positives et constructives. Il croit en la disponibilité des autres, tout en n'étant pas inquiet de se retrouver seul.

De la même façon on suppose qu'il est confiant vis à vis de ses perceptions corporelles. Il a un meilleur accès des souvenirs de perceptions agréables (pour un coping) et peut réguler, accepter tolérer et appréhender des situations de ressentis plus inhabituels, confiant de ses ressources corporelles. Il est plus à même de donner un sens à ce qu'il ressent. Il intègre de façon fluide les informations internes, intéroceptives et les attentes qu'il a. Cela suppose une capacité de remise en question d'un système et de l'autre, pour pouvoir intégrer des données différentes. Cela suppose aussi que les données soient suffisamment harmonieuses pour que le sujet ait une fiabilité en ses perceptions internes et représentations.

- L'attachement Craintif, inséure évitant : l'enfant n'a pas d'attente vis à vis de ses parents. Dans les situations difficiles, il ne cherche pas leur protection. Il a un modèle de lui-même et d'autrui négatif : il ne vaut pas l'amour de ses parents, et la recherche de relation ne vaut pas la peine. Il est méfiant vis-à-vis des autres par peur d'être rejeté. Néanmoins, il ressent le besoin d'établir des relations affectives. En outre, la mauvaise image qu'il a de lui-même ne lui permet pas de pouvoir compter sur ses ressources propres.

De la même façon on suppose qu'il serait détaché de ses perceptions physiques, n'y accordant pas de crédit et n'a pas d'attente vis à vis de sensations qui pourraient être informatives, ou utiles. Il a un vécu plus hostile et craintif de ces dernières. Le comportement d'éviction aurait lieu sur des perceptions des milieux : corporels et environnementaux. Eviction qui peut être de sources multiples : perceptions internes, sensorielles indigestes, avec peu de partage de flux qui pourraient permettre de donner du sens de soi et d'entrer en relation. Il pourrait y avoir aussi peu de partage de représentations qui pourraient permettre l'investissement d'un sens ancré dans une réalité partagée, corporellement et environnementalement. L'éviction des sensations internes, qu'ils vivent avec détachement et peu de confiance, entretient l'évitement par plusieurs biais : un moindre accès à une réassurance corporelle et un moindre encodage mnésique d'une expérience (positive entre autres), avec un repli dans une « carapace » de représentations et attentes. Ces sujets appréhenderaient le monde externe et interne de façon « similaire » : une information (céphalée, rencontre), serait peu prise en compte et banalisée, avec un investissement émotionnel moindre et de nombreuses rationalisations. Ainsi la voie descendante serait prédominante, avec le schéma cognitif prédominant. Il y aurait peu de place aux perceptions corporelles et relationnelles médiées par le SNA et l'ocytocine ; avec contrôle immédiat, une mise à distance, peu de fiabilité des variations corporelles, réalité cognitive dominante.

Les sujets évitants auraient ainsi plus tendance à l'intellectualisation, à une expression et perception émotionnelle faible ou non prise en compte, malgré une réalité émotionnelle physiologique forte. L'élan vital, la pulsionnalité, seraient régulées de façon cognitive, mettant à distance les éléments plus corporels, internes et relationnels.

- L'attachement préoccupé (ambivalent) : l'enfant n'a pas confiance envers ses parents tout en cherchant leur présence en cas de difficulté. Il peut en conclure qu'il ne vaut pas l'amour de ses parents, et a un modèle de lui-même faible et des autres bon. Il cherche des relations de dépendance et d'intimité pour pallier à la faible estime de lui-même et à son anxiété. Par ailleurs, il est inquiet du devenir des relations et craint constamment d'être abandonné.

De même, sensible à ses perceptions corporelles, il aurait une certaine hyper réactivité. Ses sensations et perceptions corporelles ne seraient pas dotées d'un sens sécurisant, et entraîneraient des réactions anarchiques. Le comportement ambivalent aurait aussi lieu sur les deux milieux, et induirait une difficulté à créer une distance sécurisante, soit trop proche, trop rapide, soit trop loin, trop long. Cette ambivalence, cette non-persistance d'une continuité de flux peut aussi être de sources multiples : perceptions internes ou sensorielles inconstantes, trop importantes, intenses, ou absentes, représentations sans "subtilité", sans place pour voir ce

qu'introduit l'autre dans la relation. Des sujets ayant un attachement de type insécurité ambivalente percevraient les sensations internes de façons plus intenses, plus angoissantes, plus diffuses et quasi permanentes, ayant peu de sens ou avec un biais négatif. Cela favoriserait un attachement ambivalent, de part des perceptions internes peu rassurantes, entraînant des comportements stéréotypés, dans des situations interpersonnelles. Ces sujets appréhenderaient le monde externe et interne de façon « similaire » : une information (céphalée, rencontre) serait vécue de façon intense, éventuellement angoissante et menaçante, avec des cognitions erronées. Les perceptions internes, corporelles et relationnelles seraient prises pour réelles, sans place pour le doute ou la réflexion, induisant des réactions immédiates, instinctives et peu d'élaboration, ou de continuité.

Les sujets anxieux ambivalents auraient ainsi plus tendance à une expression émotionnelle forte. Ceci autant pour leurs émotions que dans la perception de celle des autres. Ils manqueraient d'un cadre cognitif qui permettrait une différenciation avec les objets externes et une recontextualisation. Leur pulsionnalité serait donc perçue comme importante et menaçante.

- L'attachement détaché, démissionnaire, désorganisé. L'enfant ne recherche pas de contact, et ce serait une façon de maintenir une image positive de lui-même. Il a donc une représentation de lui-même adéquate à ce qu'il attend, et se détache de besoins et d'une réalité extérieure, avec un certain déni défensif de ses besoins et envies relationnelles. Il a un modèle de soi positif et d'autrui négatif. Il considère (du fait d'une apparente forte estime de lui-même cachant sa vulnérabilité-perception positive de soi défensive) qu'il n'a pas besoin de compter sur les autres.

De la même façon sur le plan corporel, ses représentations et attentes corporelles seraient éventuellement détachées d'une réalité somatique, sans pour autant l'en inquiéter. Ces sujets auraient peu de demande et d'expression émotionnelle.

Ainsi en fonction de l'état de l'individu, de sécurité, d'éviction ou d'ambivalence, ses MIO prédominants "agissent" autant sur sa perception et appréhension corporelle que relationnelle.

Un sujet qui aurait un modèle d'autrui positif (s'attend à ce que les autres soient fiables, aidants), aurait un modèle de son corps similaire (s'attend à ce que son corps soit fiable, aidant). Il y serait du coup plus attentif.

Ces équivalents MIO sont entre relation et corps, proches de ce que pourrait être l'affect. En effet dans un affect dominant, ils influent la façon dont le sujet appréhende son corps et la relation.

B- Retour sur les vignettes cliniques

Pour reprendre les vignettes clinique, L. dans un affect triste, coupée de toute relation, ne prend plus en compte ni son corps ni la relation. Les perceptions qu'elle en a lui sont indifférentes. Lorsqu'elle va mieux, elle cherche à rentrer en relation, avec un affect plus anxieux ambivalent. Les perceptions qu'elle a, de son corps ou des autres, lui paraissent à la fois dignes d'intérêt, d'envie, de réassurance, d'investissement libidinal et d'autoconservation, et aussi inquiétantes, envahissantes, toutes puissantes. Ceci en lien avec son histoire personnelle. Ces affects dominants ont sûrement déjà été expérimentés (comme pour de nombreux enfants) dans l'enfance. Pour L. on peut imaginer qu'ils l'ont été de façon plus importante et moins élaborée (sans sens, sans fonction alpha) et donc plus inquiétant et

prégnante. Le travail ici peut être centré sur la relation à son corps, pour l'aider à percevoir des erreurs de prédictions, ou travailler sur une approche (par les soignants ou par elle-même) contredisant ses prédictions. Cela implique, de fait, la relation. Prendre soin, panser ses plaies, pourrait avoir le rôle de panser sa douleur relationnelle. D'autant plus que l'action est en relation. Lui demander s'il y a des moments où elle a moins mal, des endroits où elle a moins mal, ce que ça change, pourrait l'aider à élaborer sur des moments où elle se sent mieux, ou elle perçoit des choses différemment. Ramener, prendre soin de ce corps douloureux, c'est travailler la relation différemment, une expérience nouvelle, de perception, de pensée, de partage. Aller chercher le corps, ses perceptions, soigner ses scarifications non douloureuses quand L. est anesthésiée par la douleur, se replie de tout. Pouvoir temporiser, l'autonomiser, l'aider à se rassurer sur corps lorsque celui-ci s'impose à elle, et qu'elle en devient victime dépendante. Un travail sur son système d'attachement peut aussi être intéressant. Le fait de jongler entre les deux peut permettre d'épaissir le travail thérapeutique. Un travail sur l'affect perçu, la nomination, la mise en sens, dans le présent ou en revenant sur l'intergénérationnel peut être intéressant aussi. Enfin le rappel d'autres affects, et des différences qui peuvent exister sur sa perception des choses peuvent aussi être utile.

De même, cette grille de lecture peut être proposée pour P. et E.

E, dans un affect angoissant, est désorganisé. Il lie les faits qui lui arrivent, les informations, de façon indépendante, sans lien entre elles, avec des interprétations erronées, inquiétantes, dans lesquelles il est directement menacé. Ceci peut être en lien avec son histoire. On imagine surtout que cela puisse être en lien avec des perceptions corporelles, qui pourraient être pathologiques, trop fortes, trop peu systématisées : des éléments internes innommables, sans sens possible ; ou une capacité à donner un sens, recevoir et percevoir ces éléments limitant leur intégration et liaison symbolique. Un travail sur la perception des affects, leur mise en sens, en lien avec la situation de vie, peut l'aider. Un travail sur ses perceptions corporelles ou relationnelles peut l'aider. Il est possible que le travail directement sur le corps puisse être moins inquiétant pour E.. Ce travail serait similaire à un travail relationnel : il agirait sur une appréhension commune de ces réalités. Par ailleurs dans cette approche corporelle, le relationnel serait, de fait, introjecté du relationnel. Il s'agirait de l'aider à faire passer ces éléments bêtas non dotés de sens ni de continuité, en éléments alpha ; ceci en reconnaissant la réalité de sa perception interne, de son affect angoissé et morcelé, d'autant plus que l'environnement change ou lui paraît étranger. Sa perception est bien réelle, mais dans l'énergie qu'elle déploie sur l'extérieur elle paraît incompréhensible. Les comportements des autres n'ont pas plus de continuité ni de sens que les informations que son corps lui envoie, et que possiblement il se perçoit dans l'espace. On peut cependant affirmer que pour E. un traitement médicamenteux est indispensable.

Enfin P. semble initialement vidée ou coupée de tout affect. La perception des autres, et de ses sensations corporelles sont directement synonyme de risque important pour son intégrité. On peut imaginer, au vu de son histoire personnelle, que des sensations communes, perçues par P. et ses parents, pouvaient être inquiétantes et menaçantes pour ses parents. En effet chez ces derniers, de façon simultanée, se posait la question de la maladie, grave (séminome). La grossesse de P. était non désirée, non prévue. Ainsi on peut imaginer pour les parents, une mise en sens plus difficile, et l'ambivalence possible vis-à-vis de P. Cela a pu intervenir dans l'intégration similaire de P. vis-à-vis de ses perceptions relationnelles et corporelles. Une sensation pouvait tour à tour être inquiétante et menaçante ou non traitée et banalisée. Le travail sur la continuité et une réponse suffisamment similaire, autant relationnelle que corporelle peut l'aider. Aborder ses sensations, avec empathie, apaisement, distance, et sans éviction ni

dramatisation, peut l'aider à percevoir une façon de se comporter différemment. Une façon pour elle de se confronter à des angoisses importantes, de façon pragmatique, de se rassurer. De la même façon : de s'exposer à d'autre, inquiétant, et de se rassurer sur sa continuité d'être. Le holà mis par un tiers (les soignants) à une prise de poids trop massive, des réactions des tiers lorsque son corps montre qu'il a froid (chair de poule) ou à des éruptions cutanées, avec des soins corporels adaptés vont dans le même sens : lui permet de mettre en mots une réalité physiologique et ainsi de commencer à reconnaître, à appréhender son corps comme une aide nécessaire et non dictat, en créant sa subjectivité. Cela peut l'aider refaire confiance en sa capacité à jouer et à prédire de façon fiable les événements à venir, avec ce qui se présente à elle. Cela peut l'aider à pouvoir accepter, s'intéresser à ses perceptions, aux objets externes, sans craindre leur perte ou d'en être envahie.

Ces trois cas illustrent comment l'affect naît de perceptions corporelles et relationnelles, les deux liées, et influe plus ou moins selon les sujets, sur les comportements, les cognitions, la façon d'être au monde et à soi. Ainsi les perceptions (corporelle et relationnelle) d'un sujet seraient traitées de façon similaire. Cette « modalité » de traitement pourrait, dans une certaine mesure s'appliquer aux objets d'investissement, avec une capacité d'apprentissage et de décalage (désinhibition ?) vis-à-vis des modèles opérants propre à chaque sujet (et à son stade développemental).

L'importance, la fréquence de ces perceptions corporelles dans différentes formes clinique (différents styles d'attachement), nous ont conduit à leur analyse nous intéressés au lien entre ces perceptions corporelle et la perception d'autrui, que nous avons exploré dans une étude clinique.

Chapitre 2 : Description du Protocole

A- Matériel et Méthode

Population : Il est destiné à une population d'adolescents et jeunes adultes qui ont été hospitalisés dans l'unité de crise du département de psychiatrie de l'adolescent et jeune adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM), entre 2015 et 2018. Les critères d'inclusion étaient : d'avoir été hospitalisé à l'unité de crise l'IMM entre 2015 et 2018, le consentement (du sujet majeur ou des parents du sujet mineur), l'absence de contre-indication. Les contre-indications étaient : les sujets dont la symptomatologie était incompatible avec la recherche (incapacité à donner son consentement, état aigu empêchant la participation, décès).

Intervention : Cette étude de recherche quantitative se déroule en deux temps. Le premier permet l'évaluation de la réalité interne, subjective du sujet (à l'aide d'auto-questionnaires). Le deuxième (lors d'un entretien avec des expérimentateurs, internes en psychiatrie : S. Surjous et F. Brunet), permet l'évaluation d'une réalité plus objective à travers la réalisation de « tâches » et l'enregistrement de données physiologiques (fréquence cardiaque par exemple). L'anonymat des participants était garanti par un code secret.

Hypothèse : nous faisons l'hypothèse qu'un individu traite de façon similaire les informations corporelles et relationnelles. Ainsi nous pensons qu'un sujet qui perçoit l'autre comme aidant, soutenant, capable de donner de l'attention (modèle d'autrui positif) aura une vision similaire de son corps et sera donc d'autant plus attentif et rassuré par les signaux qu'il reçoit de son corps. Nous testons donc la vision subjective du sujet vis-à-vis de son corps et vis-à-vis de l'autre.

Pour tester notre hypothèse, nous avons donc choisi de nous focaliser sur l'évaluation subjective du sujet et nous sommes focalisés sur l'intéroception et l'attachement à l'aide de la MAIA (pour l'intéroception, cf. annexe 2) et de la RQ (pour l'attachement, cf. annexe 1).

Nous avons évalué l'intéroception à l'aide de la MAIA (Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness) l'évaluation multidimensionnelle de la conscience intéroceptive (65) un auto-questionnaire de 32 items comprenant huit sous-échelles. La MAIA fournit un profil multidimensionnel de la conscience intéroceptive, chaque sous-échelle en évaluant une dimension différente. Les sujets doivent indiquer la fréquence à laquelle chacune de ces propositions s'applique à eux, de façon générale, dans leur vie de tous les jours. L'échelle de réponse va de 0 (pour "jamais") à 5 (pour "toujours"). Une grille de cotation est ensuite proposée par les développeurs de l'échelle et réunis ces 32 questions en 8 sous items. Les scores les plus élevés reflètent une plus grande conscience intéroceptive.

- 1- Noticing : Prise de conscience de sensations corporelles (inconfortables, confortables et neutres). (4 items; exemple: «Je remarque des changements dans ma respiration, notamment une accélération ou un ralentissement de ma respiration»).
- 2- Not-Distracting : Tendance à ni ignorer ni se distraire des sensations de douleur ou de malaise. (3 items; un exemple d'item: «Je me distrais des sensations de malaise»).
- 3- Not-Worrying : Tendance à ni s'inquiéter ni vivre une détresse émotionnelle lors de sensations de douleur ou d'inconfort. (3 items; exemple: «Je commence à craindre que quelque chose ne va pas si je ressens de l'inconfort»).
- 4- Attention Regulation : Capacité à maintenir et à contrôler l'attention portée aux sensations corporelles. (7 items; exemple: "Je peux faire attention à ma respiration sans être distrait par ce qui se passe autour de moi").
- 5- Emotional Awareness : Prise de conscience du lien entre les sensations corporelles et les états émotionnels. (5 items; exemple: «Je remarque comment mon corps change lorsque je me sens heureux / joyeux»)
- 6- Self Regulation : Capacité à régler la détresse par l'attention aux sensations corporelles. (4 items ; exemple : "quand je suis pris dans mes pensées, je peux me calmer en me concentrant sur mon corps / ma respiration").
- 7- Body Listening : Écoute active du corps pour avoir un aperçu. (3 items; exemple: «quand je suis bouleversé, je prends le temps d'explorer les sensations de mon corps»).
- 8- Trusting : Expérience du corps comme étant sûr et digne de confiance. (3 items; exemple de l'objet: «Je fais confiance à mes sensations corporelles»).

Les scores sur le MAIA ont des niveaux adéquats de cohérence interne et une bonne validité convergente et discriminante (65–67). La MAIA a été traduite et validée en français (68). Cette échelle a été utilisée pour évaluer des effets de thérapies telles que la mindfulness ou à médiation corporelle. Des études ont aussi utilisé la MAIA dans des populations ayant des troubles psychiatriques : trouble de l'images corporelles, des troubles du comportement

alimentaire, troubles de l'humeur. Quelques études ont été réalisées chez des sujets jeunes adultes. (69,70)

Nous avons utilisé l'auto-questionnaire de Perception des Relations (RQ), créé par Bartholomew et Horowitz (71), et traduit en langue française par Lussier en 1992, pour investiguer les styles d'attachement de l'adulte au sein de ses relations interpersonnelles actuelles. C'est un auto-questionnaire évaluant l'attachement adulte. Les différences individuelles observées dans les différents outils de l'attachement adulte posent différents problèmes. Elles sont, soit de nature catégorielle (un sujet a un style d'attachement exclusif), soit dimensionnelle (un sujet a les différents styles d'attachement mais à des degrés divers).

Le RQ n'évalue pas l'attachement général de l'individu ou ses M.I.O (modèles internes et inconscients), mais plus précisément la conséquence que peuvent avoir ces modèles dans la perception et l'établissement des relations interpersonnelles. Le RQ est composé de quatre descriptions, liées aux quatre styles d'attachement. Ces quatre styles d'attachement, issus de la combinaison des M.I.O de soi (anxiété) et d'autrui (évitement), sont les suivants : Style interpersonnel :

- Sécurisé/sécure
- Craintif/Évitant
- Préoccupé/ambivalent
- Détaché/Démissionnaire/désorganisé

Le RQ mesure les styles interpersonnels du sujet à la fois en mesure catégorielle et en mesure dimensionnelle (échelle Likert de 0 à 7). Dans un premier temps il est demandé au sujet de choisir une seule description, parmi quatre descriptions, correspondant à celle qui lui semble la plus proche (les quatre descriptions correspondent aux quatre styles d'attachement). Puis le sujet doit évaluer à nouveau les quatre descriptions, mais en notant, pour chacune d'elles, son degré d'accord (de 0 à 7). Aussi, initialement cela évalue le style d'attachement du sujet dans un registre catégoriel exclusif (1= je suis dans la catégorie d'attachement qui me ressemble le plus ; 0= je suis dans une des trois catégories qui me ressemble le moins) puis cela évalue les styles d'attachement du sujet dans un registre dimensionnel. Il suffit alors de recueillir la note du sujet pour chaque description (entre 0 et 7) afin d'évaluer l'intensité de chaque style d'attachement.

Les coefficients de consistance interne (Cronbach) des quatre styles d'attachement varient entre 0,49 et 0,71, soit 0,71 pour le style sécurisant, 0,49 pour le style évitant, 0,59 pour le style préoccupé et 0,64 pour le style craintif. Ces coefficients sont moyennement élevés. Néanmoins, les styles d'attachement doivent être relativement indépendants les uns des autres puisqu'ils correspondent à la combinaison de deux dimensions principales qui ne doivent aucunement être liées : l'anxiété (modèle de soi) et l'évitement (modèle d'autrui). Aussi, pour s'assurer de la validité de construction de l'outil tenant compte de l'indépendance des M.I.O de soi et d'autrui, les quatre styles d'attachement ont été corrélés au concept positif de soi, lié lui-même au concept d'estime de soi. Les résultats de cette corrélation indiquent que le concept de soi est corrélé positivement et de façon significative avec les styles d'attachement sécurisant ($r = 0,41$, $p < .001$) et évitant ($r = 0,52$, $p < .001$) et négativement corrélé avec les styles d'attachement préoccupé ($r = -0,33$, $p < .001$) et craintif ($r = -0,70$, $p < .001$). Par ailleurs, la deuxième dimension du modèle de Bartholomew et Horowitz, renvoyant au M.I.O d'autrui, est corrélée à des orientations interpersonnelles considérées comme positives ($r = .93$) (64,72).

Statistiques : Les scores de corrélations ont été faits avec le logiciel SPSS (cf. Tableau 5). Il s'agit de la corrélation entre les réponses aux questions A, B, C et D de la RQ (donc entre les scores à l'attachement sécure, craintif, préoccupé et détaché) et

- le score total de la MAIA (corrélation de Pearson)
 - les scores moyens aux 8 items de la MAIA (coefficient : rho de Spearman).
- Il s'agit de corrélations non paramétriques.

Objectif : L'objectif principal de l'étude, est d'étudier les liens entre les capacités d'intéroception d'un sujet et ses modalités d'attachement.

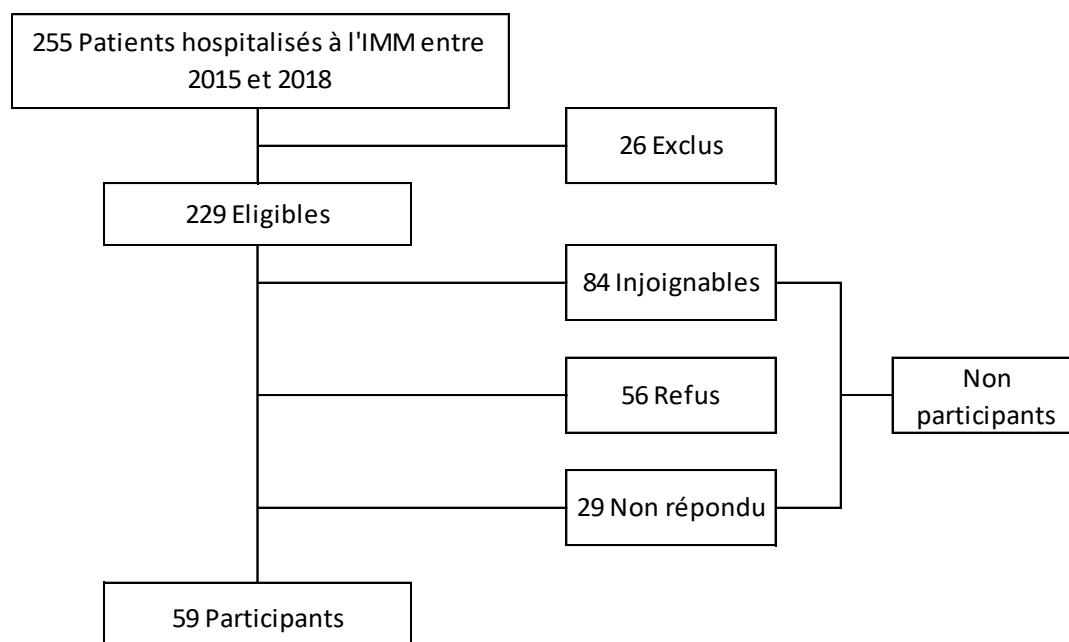
Ce travail s'intègre dans le cadre de l'étude RELADO (RELATIONS ADOLESCENTES : Etude des profils relationnels des adolescents suivis en psychiatrie. Liens avec régulation émotionnelle et intéroception) réalisée à l'IMM, qui étudie le lien entre des marqueurs somatiques et la régulation émotionnelle dans les troubles psychiatriques.

B- Résultats

1- Description de l'échantillon

255 patients ont été hospitalisés dans l'unité de crise de l'IMM entre 2015 et fin 2018. Parmi ces patients (cf. Figure 3), 26(10.2%) ont été exclus (et donc non contactés), en raison de contre-indications. Parmi les 229 sujets éligibles (89,8% de la population initiale) : 170 (74.2%) n'ont pas participé : 84 (36.6%) n'ont pas répondu aux appels et messages vocaux laissés : injoignables. 56 (24.4%) ont refusé de participer. 29 (12.7%) ont accepté au téléphone, ont eu les informations nécessaires pour participer et n'ont finalement pas répondu au questionnaire. 59 (25.8%) ont répondu aux questionnaires en ligne : participants.

Figure 3 : Recrutement des sujets



La population éligible (N=229) est décrite dans le Tableau 1. Il s'agit donc d'une population adolescente urbaine, en mauvaise santé psychique avec des difficultés familiales. La spécificité clinique est celle de la crise, avec une majorité d'états dépressifs caractérisés. Les

pathologies de type ‘schizophrénie’ y sont moins représentées. Le nombre de comorbidités y est important.

La population ayant participé ne diffère pas significativement de la population Non Participant : les deux groupes sont comparables. Il n’y a pas de différence significative entre les deux groupes pour l’âge, le sexe, le lieu de vie, le diagnostic psychiatrique, et la présence de difficultés familiales. Cette population présente uniquement une tendance à avoir plus de gestes auto-agressifs par rapport à la population Non participant (différence à la limite de la significativité).

Le mode de vie des sujets ayant participé est présenté dans le Tableau 2. Une certaine partie de la population ayant participé n’habite plus au domicile parental, bien que le placement en institution ou famille d’accueil soit faible, ce qui distingue cette population des populations adolescentes décrites habituellement par les services sociaux notamment. Dans la population d’adolescent ayant participé un nombre important de jeune est soit déscolarisé soit présente de nombreuses absences durant l’année scolaire.

Tableau 1 : Description de la population Eligible

Description de la population	Participants		Non Participants		Total		Test *
	N = 59	%	N = 170	%	N = 229	%	
Age							
Moyenne	17,9		17,9		-		
Ecart type	1,9		1,7		-		
Min	14		14		-		
Max	22		22		-		
Sexe	N= 59		N=170				0,5
Féminin	43	72,9	116	68,2	159	69,4	
Masculin	16	27,1	54	31,8	70	30,6	
Lieu d'habitation	N=51		N=150				0,44
Paris et départements 92 94	46	90,2	129	86	175	87,1	
Autre	5	9,8	21	14	26	12,9	
Diagnostic psychiatrique (sortie d'hospitalisation)	N=58		N = 166				0,19
Trouble de personnalité émotionnellement labile	15	25,9	43	25,9	58	25,9	
Trouble de l'humeur	26	44,8	51	57,1	77	34,4	
Schizophrénie / TED	8	13,8	37	22,3	45	20,1	
Trouble anxieux/ de l'adaptation	9	15,5	35	21,1	44	19,6	
Comorbidités	N=58		N = 166				0,06
TCA	6	10,3	11	6,6	17	7,6	
Consommation de substances	6	10,3	26	15,7	32	14,3	
Auto agressivité	22	37,9	34	20,5	56	25	
Aucun	20	34,5	75	45,2	95	42	
Au moins deux	4	6,9	20	12	24	10,7	
Difficultés familiales	47	81	130	78,3	177	79	0,66
Durée depuis la dernière hospitalisation (année)	N=58		N = 166				
Moyenne	1,6		1,8		-		
Ecart type	1,1		1,1		-		
Min	0		0		-		
Max	4		4		-		

*Test de comparaison : Khi-deux de Pearson, bilatéral asymptotique

Tableau 2 : Mode de vie des sujets ayant participé

Mode de vie	Scolarisés		Non Scolarisés		Totalié des sujets	
	N	%	N	%	N	%
N	45	76,27	14	23,73	59	100
Niveau scolaire	Actuel		Dernier niveau		Actuel	
Collège (6ème à 3ème inclus)	1	2,22	7	50,00	1	1,69
Lycée (général ou technique)	32	71,11	5	35,71	32	54,24
Etudes supérieures	9	20,00	2	14,29	9	15,25
Formation professionnelle	1	2,22	-	-	1	1,69
Soin étude	1	2,22	-	-	1	1,69
Aucun	1	2,22	-	-	15	25,42
Absences durant l'année scolaire actuelle						
Non	5	11,11	-	-	5	8,47
Oui < de 4 demi journées par mois	14	31,11	-	-	14	23,73
Oui > de 4 demi journées par mois	11	24,44	-	-	12	20,34
Oui > de 10 demi journées par mois	14	31,11	4	28,57	17	28,81
Interruption du cursus scolaire depuis plus de 6mois	1	2,22	10	71,43	12	20,34
Activité professionnelle						
Non	42	93,33	5	35,71	46	77,97
Oui	3	6,67	9	64,29	13	22,03
Mode de vie						
Avec ses parents (ou l'un d'eux)	32	71,11	12	85,71	44	74,58
En foyer ou famille d'accueil (ASE)	1	2,22	-	-	1	1,69
En soins-études, clinique, foyer thérapeutique	3	6,67	1	7,14	4	6,78
Internat, foyer d'étudiants	4	8,89	-	-	4	6,78
Autre	5	11,11	1	7,14	6	10,17

2- Réponse aux auto-questionnaires RQ et MAIA

Les réponses au questionnaire RQ et MAIA sont présentés dans les Tableaux 3 et 4.

Dans la population participante, le modèle de soi est franchement négatif, et le modèle d'autrui franchement positif (Figure 4). La moitié des sujets se retrouvent le plus dans l'attachement préoccupé. C'est aussi le score qui, pour tous les sujets côtoie le plus.

Il s'agit donc d'une population pour qui majoritairement autrui (et plus particulièrement la figure d'attachement) est jugé comme une personne qui répond en général aux besoins de protection et au besoin d'être soutenu.

Pour cette population le modèle de soi, le Self est jugé comme n'étant pas le type de personne envers qui n'importe qui, et en particulier la figure d'attachement, est susceptible de répondre de manière aidante.

La population recrutée a des scores les plus élevés en ce qui concerne le traitement « cognitif » des informations corporelles comme la prise de conscience de sensations corporelles (inconfortables, confortables et neutres) (Noticing) et la prise de conscience du lien entre les sensations corporelles et les états émotionnels (Emotional Awareness). En revanche elle est plus en difficulté dans la capacité à régler la détresse par l'attention aux sensations corporelles (Self Regulation) et dans l'écoute active du corps pour avoir un aperçu (Body

Listening). Ces composantes ont des valences émotionnelles, affectives et introduisent les notions de sécurité, de représentation et d'écoute globale du corps et d'auto-régulation en faisant appel au corps.

Tableau 3 : Résultats Scores RQ et MAIA

RQ : attachement	Scores descriptifs					N total
	MOYENNE	MEDIANE	ECART- TYPE	MIN	MAX	
Sécure	3,27	3	1,59	1	7	59
Craintif	3,95	4	2,03	1	7	59
Préoccupé	4,35	5	2,2	1	7	59
Détaché	3,12	3	1,67	1	7	59
RQ modèle d'autrui	0,55	1	3,64	-8	8	59
RQ modèle de soi	-1,91	-1	4,95	-12	9	59
MAIA						
Noticing	3,21	3,25	0,91	1,0	5,0	59
Not distracting	2,10	2,00	1,13	0,0	5,0	59
Not worrying	2,81	3,00	1,29	0,3	5,0	59
Attention regulation	2,56	2,57	1,28	0,1	5,0	59
Emotional awareness	3,26	3,60	1,19	0,4	5,0	59
Self regulation	1,93	1,75	1,37	0,0	4,8	59
Body listening	1,59	1,33	1,30	0,0	4,7	59
Trusting	2,11	1,67	1,69	0,0	5,0	59
MAIA TOTAL	19,61	19,53	5,37	8,8	31,2	59

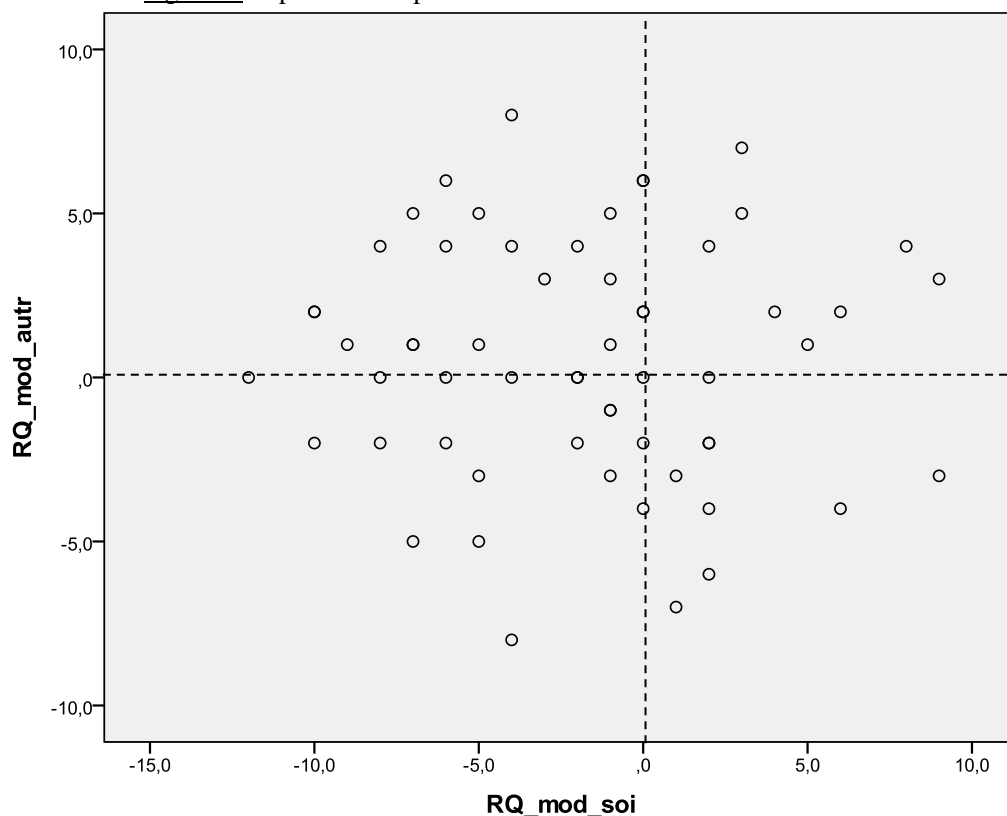
Modèle de soi : somme des score : Sécure + Détaché - (Craintif + Préoccupé).

Modèle d'autrui: somme des scores : Sécure + Préoccupé - (Craintif + Détaché).

Tableau 4 : Répartition dans la question préférentielle RQ

RQ : attache	Réponse préférentielle	
	N	%
Sécure	12	20,34
Craintif	13	22,03
Préoccupé	30	50,85
Détaché	4	6,78

Figure 4 : Répartition des patients selon les modèles de soi et d'autrui



3- Analyses quantitatives

Il existe une corrélation entre l'attachement et l'intéroception (Tableau 5). Plus précisément le score total de la MAIA est corrélé de façon positive et significative au Modèle de Soi. Ainsi plus un sujet à une conscience intéroceptive développée plus il a une vision de lui-même comme étant digne d'attention et de soin de la part d'autrui et réciproquement : plus un sujet a un modèle de soi positif, plus il a une conscience intéroceptive développée.

La corrélation positive et significative entre le score total à la MAIA et les scores aux attachement Sécure et Détachés rend les résultats précédents d'autant plus robustes. En effet dans ces deux types d'attachement le Modèle de Soi est positif. De plus il existe une corrélation négative entre le score total de la MAIA et le score à l'attachement Craintif (limite de la significativité). Dans ce type d'attachement le Modèle de Soi est négatif. Ainsi un score élevé pour l'attachement Sécure et Détachés est corrélé à une meilleure conscience intéroceptive.

En revanche on ne met pas en évidence de corrélation entre le score total de la MAIA et le modèle d'autrui.

Il existe une corrélation positive et significative entre le modèle de soi et le score total de la MAIA (cf. Figure 5). Cette corrélation positive se retrouve dans certains items de la MAIA. Ainsi plus un sujet a un Modèle de Soi positif, (plus il a une vision de lui-même comme étant digne d'attention et de soin de la part d'autrui) plus il a la capacité de :

- Maintenir et contrôler l'attention portée à ses sensations corporelles (Attention Regulation).
- Régler sa détresse par l'attention aux sensations corporelles (Self Regulation).
- D'écouter activement son corps pour en avoir un aperçu (Body Listening).
- D'expérimenter son corps comme étant sûr et digne de confiance (Trusting).

En revanche cela n'est pas corrélé à la capacité du sujet à :

- Prendre de conscience de sensations corporelles (inconfortables, confortables et neutres) (Noticing).
- La tendance à ni ignorer ni se distraire des sensations de douleur ou de malaise (Not-Distracting).
- La tendance à ni s'inquiéter ni vivre une détresse émotionnelle lors de sensations de douleur ou d'inconfort (Not-Worrying).
- Prendre de conscience du lien entre ses sensations corporelles et ses états émotionnels (Emotional Awareness).

A nouveau ces corrélations sont d'autant plus robustes qu'elles sont retrouvées positives et significative entre les scores Sécure et Détachés et ces items, et négatives et significatives entre le score Craintif et ces items.

La comparaison des réponses à la MAIA entre les deux sexes retrouve une différence significative ($p=0.03$) dans l'item Trusting : les sujets de sexe masculin expérimentent plus leur corps comme étant sûr et digne de confiance (moyenne Trusting 3.17 versus 1.73 pour les sujets de sexe féminin). Il existe une tendance ($p=0.12$) montrant que les sujets de sexe féminin ont une meilleure capacité à prendre conscience du lien entre leurs sensations corporelles et leurs états émotionnels (Emotional Awareness : moyenne 3.40 versus 2.87 pour les sujets de sexe masculin).

Tableau 5 : Présentation des résultats

Corrélation	MAIA									
	Score total MAIA	Noticing	Not distracting	Not Worrying	Attention regulation	Emotional awareness	Self regulation	Body listening	Trusting	
RQ	Coefficient de corrélation	,362**	,008	-,083	,016	,237	-,015	,305*	,366**	,474**
	Sig. (bilatérale)	,005	,950	,534	,903	,071	,911	,019	,004	,000
	N	59	59	59	59	59	59	59	59	59
Sécuré	Coefficient de corrélation	-,229	,060	,004	-,180	-,276*	,136	-,336**	-,072	-,275*
	Sig. (bilatérale)	,081	,649	,974	,173	,034	,305	,009	,587	,035
	N	59	59	59	59	59	59	59	59	59
Craintif	Coefficient de corrélation	-,118	,033	,236	-,205	-,190	,125	-,008	-,125	-,200
	Sig. (bilatérale)	,375	,806	,072	,120	,150	,344	,952	,344	,129
	N	59	59	59	59	59	59	59	59	59
Préoccupé	Coefficient de corrélation	,273*	,141	-,146	,012	,225	,071	,366**	,158	,277*
	Sig. (bilatérale)	,036	,286	,270	,928	,087	,593	,004	,232	,034
	N	59	59	59	59	59	59	59	59	59
Détaché	Coefficient de corrélation	,065	-,091	,194	,002	,008	-,073	,140	-,007	,109
	Sig. (bilatérale)	,627	,495	,140	,989	,950	,584	,289	,958	,411
	N	59	59	59	59	59	59	59	59	59
Modèle des autres	Coefficient de corrélation	,413**	,030	-,161	,177	,378**	-,059	,393**	,294*	,497**
	Sig. (bilatérale)	,001	,823	,225	,180	,003	,659	,002	,024	,000
	N	59	59	59	59	59	59	59	59	59
Modèle de soi	Coefficient de corrélation									
	Sig. (bilatérale)									
	N									

Correlation non paramétrique : pas d'hypothèse sur les distributions

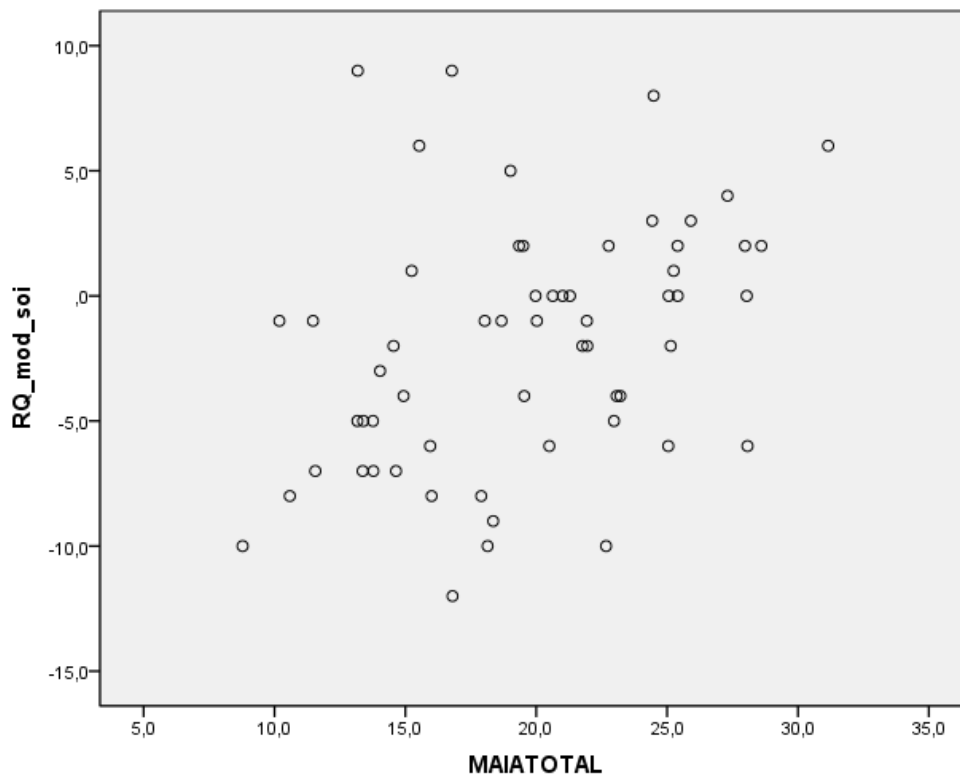
** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Score Maia total : coefficient : Corrélation de Pearson

Les autres : coefficient : rho de spearman

Figure 5 : Corrélation MAIA et modèle de soi



C- Discussion, limites de l'étude

Les corrélations entre MAIA et RQ retrouvent une corrélation positive et significative. Ainsi il y aurait une corrélation pour un sujet entre sa relation à son corps et à l'autre.

Il existe une corrélation positive et significative entre le score total de la MAIA et le Modèle de Soi. Plus un sujet se considère comme digne d'attention et d'être soutenu par autrui plus il est conscient de son corps, soit prêt à lui porter de l'attention et lui faire confiance. Ceci suggère que le soin apporté dans la relation, qui passe par le corps, permet au sujet :

- non seulement d'avoir une vision de lui-même comme étant digne d'être secouru, donc d'avoir « confiance » en sa valeur individuelle, donc en ses ressources et capacités d'exploration,
- mais aussi lui permet d'avoir « confiance » en ses ressources corporelles : de les estimer comme digne d'attention et de confiance.

Nous avons cherché des études évaluant l'intéroception et l'attachement. Il n'en existe que deux à notre connaissance (73,74). Leurs résultats retrouvent des corrélations entre les modalités d'attachement et d'intéroception.

La corrélation entre MAIA et attachement (évaluée par l'échelle ECRSS : Experience in Close Relationship Scale Short) est retrouvée par l'étude réalisée en 2019, (73) en Californie chez 132 jeunes adultes universitaires (moyenne d'âge 23.5ans). Cette étude partait d'une hypothèse similaire à la nôtre. Elle trouve ces résultats :

- le score de la MAIA total est plus élevé (29.35, SD 3.46) que le nôtre. Ces sujets ont de meilleures capacités intéroceptives que les sujets que nous avons recrutés.

- il existe une corrélation positive entre modèle d'autrui et MAIA : plus un sujet est évitant (soit l'inverse du modèle d'autrui) de la relation interpersonnelle, plus il est évitant des informations corporelles (moins il y est attentif, et plus exactement moins il fait confiance à ces informations corporelles – item Trusting).

- il existe une corrélation entre « anxious » (inverse théorique du modèle de soi) et MAIA : plus un sujet est anxieux dans la relation, plus il s'inquiète des informations corporelles désagréables (corrélation négative avec Not Worrying) et plus il prend conscience de sensations corporelles diverses et est capable de les mettre en lien avec ses états émotionnels (corrélation positive Emotional awareness et Noticing). Ainsi d'après les auteurs plus un sujet est anxieux, peu confiant en lui, plus il serait dans un état d'hypervigilance l'amenant à (sur)détecter des perceptions corporelles, à s'en inquiéter et à en faire de potentielle erreurs d'interprétation.

Ainsi ces résultats sont concordants avec nos résultats : il existe une corrélation entre attachement et intéroception, bien que les corrélations soient différentes. On peut se questionner sur les différences entre les deux populations (une saine et une pathologique) qui pourrait expliquer ces différences, car la psychopathologie, le fonctionnement des sujets recrutés est différent.

Concernant la population des patients qui ont participé à l'étude, elle semble similaire à celle des patients non participants. Nous notons que 44,83% de la population recrutée a été coté « trouble de l'humeur ». Ce diagnostic se superpose probablement à « trouble de personnalité » pour un certain nombre d'entre eux. On peut noter la difficulté de catégoriser la population adolescente. Cette catégorisation est plus instable, qu'une classification dimensionnelle, et de concept « d'organisation » de la personnalité, plus stable dans le temps (bien qu'aussi discutable chez l'adolescent). Ces concepts, proposés par la psychanalyse entre autre, permettent d'ajouter plus de cohérence entre la clinique et les soubassements psychopathologiques en présence (75).

Concernant les comorbidités, les sujets participants ont un pourcentage plus de gestes auto-agressifs. Cela peut s'expliquer par le fait que les sujets préoccupés et anxieux ont un Modèle de Soi négatif, et ont ainsi plus tendance à manifester leur agressivité de façon retournée sur eux-mêmes. Ils auraient moins tendance à se sentir persécutés (à avoir recours à des mécanismes projectifs), ce qui pourrait être en lien avec un modèle d'autrui préservé et donc une moindre attaque de l'Autre. Ces sujets représentent une partie importante de la population recrutée. Ainsi on peut formuler deux hypothèses pour comprendre cette importante représentation. Soit les sujets qui ont une pathologie psychiatrique, et qui sont hospitalisés ont plus fréquemment un attachement préoccupé. Soit les sujets qui ont un attachement préoccupé, et un modèle d'eux-mêmes négatif au contraire du modèle d'autrui positif, ont un attrait plus important, surinvestissent la relation, en particulier la relation au corps médical. Ils pourraient donc être plus hospitalisés, et ou avoir plus accepté de participer à notre étude, dont la phase de recrutement se déroulaient sur les lieux de l'IMM. A l'inverse les sujets Détachés, qui ont un modèle d'eux-mêmes positif et un modèle d'autrui négatifs sont peu représentés dans l'étude.

La population ayant participé a des capacités intéroceptives qui semblent relativement faibles, sans pour autant être effondrées. Bien que la question de la concordance entre la réalité physiologique (objective) et leurs perceptions puisse se poser, nous avons cherché à titre de comparaison des résultats à la MAIA dans d'autres populations.

L'étude (65) qui a validé la MAIA, réalisé chez une population majoritairement féminine de 325 sujets adultes (d'une cinquantaine d'année) sensibilisés à leurs perceptions

corporelles (par au moins fois une pratique de Yoga, Tai chi, massage...) retrouve des scores à la MAIA plus élevés, avec un score Total de 29.85.

- Noticing : 3.94 (0.59)
- Not-Distracting : 3.20 (0.87)
- Not-Worrying : 3.27 (0.84)
- Attention Regulation : 3.79 (0.64)
- Emotional Awareness : 4.16 (0.64)
- Self Regulation : 3.86 (0.74)
- Body Listening : 3.50 (0.87)
- Trusting : 4.13 (0.74)

Une étude a validé la MAIA en Italie(69), chez une population majoritairement féminine jeune (moyenne d'âge 20ans). La majorité des sujets était étudiant à la faculté. Les scores à la MAIA sont plus élevés avec un score Total de 22.14 :

- Noticing : 2.84
- Not-Distracting : 2.77
- Not-Worrying : 2.51
- Attention Regulation : 2.69
- Emotional Awareness : 3.37
- Self Regulation : 2.63
- Body Listening : 2.32
- Trusting : 3.01

Une autre étude(70), a été faite en Lituanie dans une population mixte de 376 jeunes adultes (moyenne d'âge 21ans). La majorité des sujets était étudiant à la faculté. L'objectif de cette étude était de comparer l'intéroception entre les deux sexes. Les scores à la MAIA sont aussi plus élevés avec un score Total de 22.62

- Noticing : 3.50
- Not-Distracting : 2.00
- Not-Worrying : 2.33
- Attention Regulation : 2.56
- Emotional Awareness : 3.40
- Self Regulation : 2.50
- Body Listening : 2.33
- Trusting : 4.00

Ils trouvaient que les hommes avaient statistiquement de meilleures capacités dans Not Worrying et Trusting et les femmes de meilleures capacités dans Noticing et Emotional Awareness. Ces résultats sont concordants avec les nôtres.

Ces études nous permettent de constater plusieurs choses :

- D'une part que les scores d'intéroception dans notre population sont relativement faibles, sans être drastiquement chutés.
- Que les scores dans la population entraînée (et plus âgée) sont nettement meilleurs.
- Qu'il existe des modalités d'intéroception qui sont spécifiques en fonction des sexes. Et que les différences constatées sont concordantes avec les stéréotypes sociétaux existant entre les sexes. Ainsi le fonctionnement stéréotypé de ces sujets (féminin et masculin) semble s'appliquer à leur fonctionnement intéroceptif, et ceci même (surtout) dans une population « particulière » c'est à dire souffrant psychologiquement.

Les résultats de notre étude suggèrent que dans le « modèle de soi » une dimension corporelle serait présente. Elle serait double : initialement l'acquisition personnelle d'une valeur (vis-à-vis d'autrui) passerait par le corps, ce qui pourrait expliquer qu'ensuite la valeur qu'un sujet se donne (pour autrui, comme étant digne d'être aidé et aimé), il la donne aussi à son corps (comme étant digne d'attention et de confiance). Il existerait donc un parallélisme entre l'attention qu'autrui a donné au sujet (avec la médiation corporelle) et l'attention que le sujet porte à son corps.

Le modèle de soi est aussi corrélé à la capacité à maintenir et à contrôler l'attention portée aux sensations corporelles, à la capacité à régler la détresse par l'attention aux sensations corporelles, à l'écoute active du corps pour avoir un aperçu, et à l'expérience du corps comme étant sûr et digne de confiance. Ainsi cela voudrait dire que des sujets qui s'estiment valoir être aimés, et être source d'attention de la part d'autrui, et qui ont moins besoin de validation externe, sont plus à même de rester attentifs à eux-mêmes, à leur corps, qu'ils parviennent mieux à s'appuyer sur leurs propres ressources corporelles pour s'apaiser, à avoir une vision globale de leur état corporel et se sentent en sécurité dans leur corps. Il y a dans ces items une part active de l'individu qui doit se tourner vers son corps pour y porter son attention, en avoir une vision globale. Il existe aussi une part d'expérience de confiance, en ses ressources corporelles, y compris pour gérer des situations de détresse.

Ainsi un sujet suffisamment sécurisé sur le fait qu'il puisse être source d'attention et de soin serait plus à même de pouvoir (serait plus disponible pour) être à l'écoute et attentif à lui-même, et à ses besoins corporels.

En considérant le modèle de soi comme l'inverse de « anxiété de ne pas se sentir aimé » (au sens anglosaxon de anxiety attachment) on peut déduire des résultats précédents que l'attention, la conscience qu'un sujet a de son corps, est corrélée à la confiance qu'il a en d'être aimé par autrui.

Modèle d'autrui n'est pas corrélé avec la MAIA. Nous avons été surpris de cette absence de corrélation. L'attention qu'un sujet porte à son corps (liée à la vision qu'il a de son corps) n'est pas liée à la vision qu'il a d'autrui (comme étant fiable, capable de secourir en cas de besoin). Et respectivement la vision qu'un individu a d'autrui, n'est pas corrélée à la vision qu'il a de son corps. En prenant le modèle d'autrui comme « évitement d'autrui » (au sens anglosaxon d'avoidant attachment : inverse du modèle d'autrui) avoidant attachment n'est pas corrélé avec la MAIA et donc non corrélé avec le fait éviter ses perceptions corporelles. La conscience qu'un sujet a de son corps n'est pas corrélée à la notion de confiance « relationnelle » l'amenant à aller vers autrui.

Nous pouvons néanmoins constater qu'autrui est présent dans le modèle de soi. En effet le modèle de soi est dépendant de l'image que le sujet se fait de lui-même « pour l'autre ».

Or notre évaluation est ici subjective, et la majorité de ces sujets, préoccupés, considèrent les autres comme dignes de confiance, disponibles et prenant soin des autres, ce qui, pour la plupart, va à l'encontre de leur histoire personnelle et familiale. Cela peut être majoré par le fait que ces sujets ont un modèle d'eux-mêmes négatif, donc sous-investissent la relation avec leur corps, ce qui majore l'importance de la vision extérieure.

Il existe chez ces sujets un surinvestissement relationnel, une prépondérance de l'autre, au détriment de soi : faille narcissique, dévalorisation et on peut faire l'hypothèse d'une faible de place pour le corps et leurs ressentis corporels. Ces sujets ne « percevaient » rien d'eux, mais seraient très attentif à l'autre, à ce que perçoit l'autre. Ainsi, les réponses à la MAIA sur leur corps seraient peu « incarnées » justement. Ce dernier est peu investi « pour lui-même »,

c'est à dire sans investissement à travers l'autre. Par exemple sur l'Attention régulation (capacité à maintenir et à contrôler l'attention portée aux sensations corporelles) : le corps ne serait pas directement un centre d'intérêt (portant à y maintenir son attention) mais la capacité à maintenir son attention sur le corps serait en fonction de la relation (à travers le lien à l'autre). Si l'autre prête attention au corps du sujet alors celui-ci y sera attentif, à travers cette attention conjointe. Nous pouvons faire un raisonnement similaire pour d'autres items (Trusting, Self régulation, Body Listening, Noticing). Ainsi, cela biaiserait les réponses de ces sujets, car ils seraient dépendants de la relation dans laquelle il se trouve. Cela rejoint l'idée de faux self : ces sujets auraient une appréhension d'eux-mêmes, et plus particulièrement de leur corps à travers l'autre. Cela ne favoriserait donc pas la confiance en leur corps, la rendrait probablement impossible : car elle est dépendante des relations et donc changeante (hétérogène) et non intériorisée. Tout se fait à travers l'autre qui a raison : l'autre est Bien et a raison. Cela rejoint le fait que ces sujets auraient un modèle d'autrui positif malgré des maltraitances avérées. Ainsi cela pourrait expliquer qu'aucun score ne soit corrélé entre la MAIA et le modèle d'autrui. Cela pose aussi la question de la réalité subjective de l'individu, en lien avec la réalité objective à laquelle il semble déconnecté.

Par ailleurs, l'attachement a été théorisé par différents auteurs. Il est parfois difficile d'appréhender les différents termes et concepts. Dans la population participante, le modèle d'autrui est positif, ce qui peut sembler contre-intuitif : l'idée d'une population exposée à des situations familiales et relationnelles compliquées ayant un modèle d'autrui fiable et secourant est surprenante. Cette définition française est plutôt sous tendue par la définition de J. Bowlby. Sous la forme « avoidant attachement » (modèle anglosaxon, inverse du modèle d'autrui) ces résultats sont moins étonnants. Ils évoquent même à leur extrême le syndrome de Stockholm. En effet les enfants ont peu de possibilité d'éviter leurs parents, ne se reconnaissent pas dans cette catégorie. Par ailleurs la RQ a été réalisée par K. Bartholomew. Les questions telles qu'elles y sont formulées parlent plus de dépendance et d'anxiété que de fiabilité. Ainsi nous sommes ici confrontés à une difficulté liée au fait d'un recouplement pas tout à fait exacte avec le modèle de J. Bowlby.

Nous nous attendions à des résultats différents et une corrélation entre modèle d'autrui et intéroception. En effet, nous pensions qu'un individu traitait identiquement les informations/ perceptions relationnelle et corporelles. Nous partions du postulat que l'entrée en relation modifie le corps (interphysiologie) et donc que les modalités de traitement des informations physiologiques par individu étaient identiques qu'il soit en relation ou pas. Par ailleurs nous partions du postulat qu'il existait une intersubjectivité, et donc que dans une certaine mesure la vision subjective de l'individu vis-à-vis de son corps (ce qui aurait lieu caricaturalement avec les sujets Préoccupés), serait influencée par celle d'autrui, et ce depuis très tôt (symbolique commun).

Cela pose donc la question de « la perception de l'autre » : soit de la différence théorique entre la perception de l'Autre dans modèle d'autrui ou dans le modèle de soi, et ceci plus particulièrement chez des sujets Préoccupés (qui représente la moitié des sujets participants).

Cette question peut s'inscrire dans la réflexion plus large de P. Jeammet à propos du conflit dans l'écart narcissico-objectal. L'adolescent est pris dans une double contrainte : s'affranchir de la dépendance aux adultes (apprendre à gérer ses émotions, ses activités, ses projets) tout en apprenant à dépendre, et ne pas verser dans l'autarcie.(76) Ainsi il est confronté à l'ambivalence de la relation à autrui, le confrontant à la relation à lui-même : entre autonomie (autarcie) et relation (dépendance).

Il apparaît que la vision de l'Autre influe le modèle de Soi, car le sujet s'estime digne de soin pour l'Autre. Dans la population participante, ce serait cette vision de l'Autre « être suffisamment bien pour l'autre » qui influencerait sur la relation du sujet à son corps, plus que la vision de l'Autre comme « autrui suffisamment bien, attractif pour moi ». Cela ferait appel à des capacités réflexives du sujet, qui attribue à autrui une pensée et un affect (de façon infra-verbale, non cognitive). Au contraire dans le modèle d'autrui, autrui est la personne évaluée comme fiable par le sujet, sans préjuger des pensées de l'Autre.

Ainsi la conscience qu'un sujet a de son corps serait corrélée à l'attribution à autrui vis-à-vis de soi : d'un élan, d'une attention, d'un affect voire d'une pensée positive(f), (dans le sens d'existant(e)). On pourrait alors se questionner sur la transmission d'une capacité réflexive, et du fait que, pour ces sujets penser qu'autrui « pense (bien) » à eux ; les « conscientise », leur prête une attention (les a en tête), influe sur le fait de qu'ils « se considèrent » et cela y compris sur le plan corporel. Ce serait infra-verbal, non nécessairement pensé/cognitif, mais en lien avec les expériences relationnelles, de portage, d'attention portée, de disponibilité physique et psychique de la figure d'attachement, d'affection donnée, de soins précoces réalisés.

Dans notre population, l'image (qu'un sujet pense qu'autrui a de lui) influe sur l'image qu'il a de lui et sur sa conscience corporelle. En revanche l'image qu'il a d'autrui n'influe pas sur l'image qu'il a de lui-même et sa conscience corporelle : il différencie autrui de lui-même. En revanche sa conscience corporelle est moins différenciée de la pensée qu'il attribue à autrui sur lui. Un sujet se considère comme il pense que l'autre le considère. Il est attentif et conscient de son corps comme il pense que l'autre est attentif et conscient de lui. En revanche il considère autrui comme différent de lui et ce qu'il attribue à autrui est différent de ce qu'il s'attribue.

Ces résultats peuvent s'appliquer à la population de notre étude, qui est une population de jeunes adultes ayant des pathologies psychiatriques, et pour la plupart des attachements insécures préoccupés : leur modèle d'autrui est positif et de soi est négatif. Ainsi ces résultats sont concordants avec le fonctionnement psychopathologique théorique de ces sujets.

Ainsi la psychopathologie de ces sujets s'applique aussi sur leurs considérations et leurs attentions à leurs informations corporelles.

Concernant certains résultats, L'Attention régulation est corrélée de façon négative et significative avec le score Craintif. Plus le score Craintif est élevé moins le sujet est enclin à maintenir son attention portée sur des sensations corporelles. Cela pourrait rejoindre le fonctionnement anxieux, hypervigilant de ces sujets, craintifs d'autrui et d'eux-mêmes, ne permettant pas de focaliser leur attention sur une ressource sécurisée. Cela peut aussi rejoindre la théorie avancée par Bartholomew selon laquelle ces sujets auraient tendance à utiliser des stimuli faisant office de « diversion » pour éviter la relation. De la même façon, ils pourraient éviter la relation à leur corps et éviter les informations corporelles qui leurs sont envoyées, au même titre qu'ils évitent leurs émotions.

Concernant le score Not Distracting, nous nous attendions à ce qu'il y ait une corrélation négative avec les scores Craintifs et Préoccupés, et que ces derniers aient tendance à se distraire de sensations désagréables. Il en sort une tendance inverse (bien que non statistiquement significative). Ainsi nous avons l'intuition que les sujets ayant un attachement Craintif auraient plus tendance à éviter des sensations désagréables et que les Préoccupés les aborderaient avec ambivalence. Ces derniers ont au contraire tendance à rester « plus » attentifs à des perceptions corporelles désagréables. Nous pouvons penser ces résultats à la lumière de la corrélation avec les scores au Body Listening. Cette dernière est négative pour les scores Craintifs et Préoccupés. Ainsi les sujets Préoccupés et Craintifs pourraient rester plus attentifs à des informations

corporelles désagréables et avoir une moins bonne vision globale de leurs corps, ce qui leur demande peut-être de recontextualiser ces informations inquiétantes. Cela pourrait aller avec leur fonctionnement psychique, les amenant régulièrement à focaliser leur attention sur un évènement ayant régulièrement une valence négative, voire à reproduire inconsciemment ces états corporels et avec une difficulté à englober le contexte général.

Concernant le score Not Worrying nous nous attendions à ce que les sujets Préoccupés soient particulièrement enclins à s'inquiéter de perceptions corporelles désagréables. En effet ces sujets semblent avoir régulièrement des plaintes corporelles envahissantes. Aucune corrélation significative n'est retrouvée. Les corrélations avec les scores Sécure et Détachés sont proches de zéro et elles sont négatives avec les scores Craintifs et Préoccupés. Il est possible que les sujets Préoccupés soient moins inquiets par la réalité qu'ils perçoivent que ce qu'ils manifestent. Ainsi il est possible que leurs plaintes, et la manifestation de leurs inquiétudes somatiques soient plus dirigées vers la relation et une manière de la maintenir. Ils seraient ainsi déconnectés de leur réalité corporelle, happés par une réalité et des impératifs relationnels.

Ainsi les modalités de traitement des informations intéroceptives et relationnelles semblent liées au fonctionnement psychopathologique du sujet. Un travail psychothérapeutique sur la relation pourrait être médié par un travail psychothérapeutique (ou corporel) sur l'intéroception.

Une étude (74) fait un constat similaire mais inversé sur le plan thérapeutique : un travail somatique peut être lié à un travail psychique. Cette étude retrouve aussi une corrélation entre attachement et intéroception (MAIA et ASQ : Attachment Scale Questionnaire). Elle a été réalisée chez 40 patients suivis pour des troubles psychosomatiques, par comparaison avec 34 sujets sans troubles psychosomatiques. Les sujets ayant des troubles psychosomatiques avaient statistiquement plus de trouble de l'attachement (insécure). Leurs réponses à la MAIA étaient statistiquement différentes des sujets témoins, en particulier dans les items Not Worrying et Trusting, avec une plus grande tendance de ces sujets à s'inquiéter de leurs perceptions corporelles et à moins leur faire confiance. En conclusion l'auteur souligne l'importance de prendre en compte les difficultés d'attachement des sujets consultants pour des troubles psychosomatiques, et leur tendance à avoir des difficultés à séparer inconfort physique et psychique.

D- Limites et perspectives

1- Limites de l'études

Nous voyons quelques limites dans cette étude dus à :

- La petite taille de l'échantillon qui ne permet pas d'affirmer l'absence de corrélation lorsqu'elles ne sont pas retrouvées. Cependant les corrélations trouvées sont franchement significatives et concordantes avec les résultats trouvés dans d'autres études.

-La question de la RQ : des diverses théories de l'attachement rendant parfois confus les concepts. Par ailleurs se pose la question de sa validité dans cette population « très » pathologique. Les préoccupés représentant la moitié des sujets, ils ont un modèle d'eux-mêmes négatif mais un modèle d'autrui positif, malgré des difficultés familiales objectivées. Cela pose

la question de la non-destitution des parents et des figures de sécurité (vécues comme telles) malgré des faits de maltraitance avérées. Par ailleurs, comme discuté dans l'étude de M. Robin et M. Corcos(77), les sujets ayant subi des maltraitances ont moins tendance à acquérir une indépendance affective, et à avoir peu confiance envers les autres.

Il aurait plus être intéressant de comparer nos résultats avec :

- Un groupe témoin sans pathologie psychiatrique.
- La réalité physiologique, objective des sujets. Notre étude explore une réalité psychique, subjective. Il s'agirait de comparer cette réalité à des données physiologiques, pour voir si cette réalité psychique est sous tendue par des modalités physiologiques (personnelle ou d'une synchronisation physiologique) particulières. Cela permettrait d'explorer s'il explique des réalités physiologiques sous tendant ces modalités de penser (par exemple une tendance à une désynchronisation, hypersynchronisation...). L'étude américaine(73) trouve un lien entre les modalités d'attachement parental (plus particulièrement le rejet des émotions négative de leur enfant) et une moindre congruence entre la mesure objective et subjective de l'émotion par le sujet.
- Il serait aussi intéressant de tester d'autres facteurs confondant comme le niveau socio-culturel, le niveau scolaire et le Quotient Intellectuel. En effet l'intéroception pourrait être corrélée à l'accès au langage, et aux capacités d'élaboration. Par ailleurs la variable culturelle au sens culture religieuse/sociale aurait pu être prise en compte car elle pourrait sous tendre une symbolique éventuellement expliquant des différences intéroceptives.

2- Réflexion thérapeutique

Les résultats de notre étude vont dans le sens d'un lien entre les modalités de traitement des informations intéroceptives et relationnelles. Ces modalités seraient liées au fonctionnement psychique du sujet. Ainsi, la psychopathologie de ces sujets s'appliquerait sur leurs modalités de traiter leurs informations corporelles et relationnelles. Cette considération nous amène à réfléchir sur l'intégration d'une approche « corporelle » en psychiatrie.

Il serait proposé que la situation de rencontre se fasse par un partage inter-corporel, et inter psychique : de sensation, perception, affect, de représentations. Ceci a lieu en plus d'un partage d'actions, et de représentations, de point de vue. Chaque point de vue, représentation, valeur, pour être incarnée et avoir du sens subjectif, ne peut s'inscrire que dans l'expérience partagée relationnelle.

La rencontre en elle-même, par les modifications à différents niveaux qu'elle engendre sur le sujet, apprend la flexibilité, la capacité d'adaptation, d'acceptation de toutes ces informations. Elle demande une flexibilité autant "psychique" que "corporelle". En effet il est probable qu'elle soit source de changement, et donc potentiellement de stress (car d'activation du SNA, des zones cérébral, hormonale intense).

On peut se demander à quel point une rencontre, uniquement "imaginée", vécue psychiquement sans ré-ancrage corporel est enrichissante ? de la même façon : à quel point une rencontre "fusionnelle", vécue intensément corporellement peut être vécue sur la continuité ?

Elaborer un travail thérapeutique de façon similaire tant sur le corps et sur la relation, peut-être source de diversité, et faciliter la façon « d'entrer en contact ». Bien que ne répondant

pas forcément à la plainte, il l'étaye. Et par des mécanismes communs, il aide à enraciner des changements corporels et relationnels.

L'aide, l'étayage psychiatrique pourrait s'appuyer sur plusieurs outils, à la lumière des modalités d'interaction et d'étayage mère-enfant. Le but serait l'expérimentation, permettant d'accompagner le patient à vivre des choses "différentes" lors de la consultation, pour les intérioriser, s'y identifier et en faire des outils disponibles. Il demande alors au thérapeute de réfléchir stratégiquement à son positionnement, afin de pouvoir se positionner, réagir, recevoir, percevoir les informations utiles et nécessaires, et les restituer de façon adaptée, de jouer avec pour que l'individu entre dans ce jeu, s'y accorde et redevienne libre d'imaginer ses mouvements, de formuler des intentions et d'entamer des actions.

- Le thérapeute pourrait étayer le patient pour qu'il ait une appropriation de son vécu corporel et relationnel en travaillant sur ses perceptions corporelles :

- Travail sur l'instrumentalisation (psychomotricité, orthophonie), permettant une meilleure confiance en ses capacités et une meilleure exploration.

- Travail sur son vécu corporel, son affect : hypnose et revisite d'affect sécurisant, vécu corporel et souvenirs agréables, au sein d'une relation suggestive de confiance qui permet un "meilleur" ancrage corporel : un ancrage plus rassurant. En se percevant autrement, un nouveau contexte est proposé, le sujet reprend confiance en ses compétences corporelles et relationnelles et peut appréhender différemment l'environnement. Loin d'être une prise de pouvoir sur le sujet, c'est une aide proposée pour lui proposer de trouver en lui les ressources nécessaires pour l'apprentissage à aller mieux.

- Le thérapeute pourrait proposer un travail sur les Schémas de pensée, avec une fonction alpha du thérapeute : à la différence de l'enfant, l'adulte a acquis sa subjectivité, ses capacités à penser, et donc à avoir une fonction alpha. Des thérapies, par des échanges et des questionnements, peuvent l'aider à recadrer sa vision des choses, à redonner un sens qui permette de se désagripper : une thérapie narrative. Si le "réel" ne peut pas être modifié, la façon dont il est perçu peut l'être. Ainsi il n'est pas question de vérité, mais de regard sur les choses, de choix d'une prise de position pour une liberté constructrice nouvelle et différente d'une destructivité, d'un agrippement connu et ritualisé.

- Le thérapeute pourrait proposer un travail sur la mise en valeur, le regard conjoint, permettant de nommer les objets et de les rendre plus réels, plus importants. La Thérapie orientée solution. Des stratégies conversationnelles peuvent être utilisées pour rendre ces "exceptions" plus réelles, plus présentes dans le souvenir, dans le corps, dans la "tête" des sujets. Qu'ils soient plus enclins à s'y référer, à s'identifier, ou à les répéter.

- Sur le plan médicamenteux, ces approches posent la question de traitement agissant sur le SNA. Les bêtas bloquants sont déjà utilisés pour plusieurs troubles anxieux. Une étude propose un traitement par bêtabloquant chez des sujets souffrant d'arachnophobie. La modification des sensations corporelles (système autonome) provoque une erreur de prédiction, permettant un ré-encodage de l'information sensorielle du milieu environnant et une diminution de la phobie (78).

Ainsi ces différents outils, simplifiés, brièvement présentés, peuvent peut-être rejoindre une vision psychanalytique et d'autres visions thérapeutiques. La théorisation de ce qui aide l'enfant dans son développement, (qui lui, n'a pas de système de représentation), peut aider le thérapeute adulte à sélectionner des outils pour aider l'adulte, l'individu, à poursuivre sa construction, réélaborer son système de représentations. Ceci donc en passant par les deux milieux : le corps, et la relation, qui sont sources privilégiées du partage, de la communication, d'où naissent subjectivité et intersubjectivité, lits de l'action et de l'intention. Si pour un individu consultant la question était moins "pourquoi" il en est là, agrippé, mais "comment"

l'accompagner à se déplacer, quelles sont ses ressources et capacités lui ayant déjà permis d'être là ?

Ainsi, comme il peut l'être préconisé pour des sujets borderline alexithymiques, deux domaines doivent faire l'objet d'une attention particulière : l'identification des liens existant entre les émotions et les réponses physiologiques, et l'amélioration de la prise de conscience des difficultés rencontrées dans l'identification et l'expression des émotions. Les patients doivent apprendre à utiliser leurs émotions comme des signaux pour comprendre les expériences et pour guider l'action (79). La deuxième étape s'oriente vers l'analyse cognitive des croyances de base et des modalités relationnelles des patients. Il s'agit alors d'identifier les schémas cognitifs dysfonctionnels et de travailler dessus.

Conclusion

Leriche dit “Le trouble fonctionnel crée la lésion”. De même la lésion influe sur la fonction. De même environnement et corps influent sur l’individu qui influe sur ces deux milieux.

Après une analyse d’articles appartenant à la littérature psychanalytique et neurobiologique, il apparaît que intéroception et attachement relèvent de mécanismes communs.

Le développement de l’intéroception et celui de l’attachement se met en place après la naissance. L’individu est un être ancré dans un corps, et dans la relation (tous deux nécessaires à sa survie). Il naît particulièrement immature, comparé aux autres êtres vivants et est d’autant plus sensible à l’influence des milieux qui l’entourent. Il doit apprendre à percevoir, recevoir les informations des milieux extérieurs (corporels, relationnels), et à leur donner un sens. Si cela a lieu de façon « suffisamment sécurisante », cela lui permet de rester disponible aux nouvelles perceptions et de continuer à explorer le monde qui l’entoure. Il peut en effet, prédire dans une certaine mesure, et de façon suffisamment fiable, ce qui va se passer autour de lui, ou en lui, et ainsi, avoir une confiance en ses capacités.

Lorsque les perceptions de ces milieux deviennent trop stressantes, importantes, ou sans sens, sans représentation, alors l’individu s’agrippe, revient à ce qu’il connaît, se coupe de nouvelles informations et explorations. Cela peut durer, et ancrer le sujet dans une souffrance, un affect douloureux, anxieux, qui influe sur sa perception et son ouverture sur ces milieux. L’individu est désencordé, désaccordé de lui-même et des autres, et sa souffrance devient inaudible, injouable pour lui-même et les autres.

Les soins prodigués par la figure d’attachement procurent initialement des « sensations » qui feront le lit des émotions, des affects, des expériences pensées à travers l’expérience relationnelle initialement, puis que l’individu pourra penser de façon autonome. L’affect appartient en effet aussi au symbolique, aux représentations pré-existantes aux individus.

Cela se traduit sur le plan neuro-bio-physiologique par le fait que l’intéroception et l’attachement empruntent les mêmes voies (système nerveux autonomes et l’ocytocine) bien que la nature de l’information soit ensuite « comprise » différemment. La situation relationnelle provoque donc des modifications sur le système intéroceptif et ainsi sur la perception que le sujet a de lui-même. Il en va de même pour l’influence de l’intéroception sur la relation.

Le modèle Bayésien est proposé pour modéliser la façon dont un individu a une attente et une anticipation des signaux internes qu’il « va percevoir », et comment cela favorise l’homéostasie et la survie de l’individu. Concernant l’attachement, le Modèle Interne Opérant, utilisé pour prédire les comportements et réactions d’un sujet en relation, dans un contexte de stress, est aussi basé sur l’apprentissage d’expériences passées. Cet apprentissage influe et prédit les réactions du sujet.

En partant de ces constats, nous faisons l’hypothèse que la relation à l’autre influe et est influencée par le système intéroceptif. Ainsi la façon qu’à un individu de percevoir et traiter ses signaux intéroceptifs, modulerait et influencerait la façon qu’il a de percevoir et appréhender la relation.

Pour tester notre hypothèse nous avons réalisé une étude observationnelle, chez des sujets adolescents et jeunes adultes, déjà hospitalisés en psychiatrie. Nous avons utilisé des

auto-questionnaires validés pour évaluer l'intéroception et l'attachement. Les résultats montrent des modalités intéroceptives particulières chez les jeunes ayant participé qui sont corrélées au Modèle de Soi de ces jeunes. Ainsi le modèle de soi, ou la valeur qu'un individu s'accorde (comme étant digne d'attention, de soin et d'amour), est corrélé positivement à plusieurs dimensions d'attention corporelle. La dimension corporelle d'un sujet influencerait ou ferait partie de la façon qu'un sujet a, de se percevoir, d'avoir « confiance » en lui. Notre étude ne montre pas de corrélation entre intéroception et Modèle d'autrui (autres étant fiables, dignes de confiance, sujets à répondre lorsque l'individu les sollicite).

A partir de ce constat, de difficulté de la perception de l'autre et de soi-même, ainsi que du traitement des informations émanant et du corps et de la relation, l'abord thérapeutique de patients en psychiatrie pourrait englober la dimension corporelle et relationnelle en plus de psychique et des représentations erronées. Ainsi en se basant sur la conceptualisation de l'individu, et de la relation d'étayage (corporel et psychique) mère-enfant, on peut proposer un étayage thérapeutique, soutenant des ressources corporelles, relationnelles, et d'élaboration psychique. Ces modèles ne sont bien sûr pas exclusifs. Cette conception oblige aussi le thérapeute à recevoir des informations "cognitives", d'interprétation et d'attention au langage verbal et non verbal, mais aussi une attention particulière aux informations corporelles, perceptives, toniques et affectives. Elles font partie de la relation et peuvent être, déjà une source de soutien, si, en en ayant conscience, le thérapeute s'encorde, s'accorde avec son patient.

Bibliographie

1. Piera Aulagnier. La violence de l'interprétation. Presses Universitaires de France. Presses Universitaires de France; 2003. (Le Fil Rouge).
2. Sigmund Freud. Inhibition symptôme et angoisse. Presses Universitaires de France. Presses Universitaires de France; 1948. (Quadrige. Grands Textes).
3. Sigmund Freud. Pour Introduire le Narcissisme. In Press Eds. In Press Eds; 1914. (Freud en Poche).
4. Didier Anzieu. Le Moi-Peau. Dunod. 1995. (Psychisme).
5. Didier Anzieu D. Le Moi-peau et la psychanalyse des limites [Internet]. ERES; 2008 [cité 22 juill 2019]. (Le Carnet Psy). Disponible sur: <http://www.cairn.info/didier-anzieu-le-moi-peau-et-la-psychanalyse-des--9782749208053.htm>
6. Leon Grinberg, Dario Sor, Elisabeth Tabak de Bianchedi. Introduction aux idées psychanalytiques de Bion. Dunot. Dunot; 1976. (Psychisme).
7. D. W. Winnicott. La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques. Gallimard. 2000. (Connaissance de l'inconscient).
8. [Psycotte] #15. Réel, Symbolique et imaginaire [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=Eb-_PUBKt-4
9. Guedeney N, Guedeney A. L'attachement : approche théorique: Du bébé à la personne âgée. 3^e éd. Elsevier Masson; 2009. (Les âges de la vie).
10. Peter Fonagy. Théorie de l'attachement et psychanalyse. Erès. Erès; 2019. (La Vie de l'Enfant).
11. Contreras JM, Kerns KA, Weimer BL, Gentzler AL, Tomich PL. Emotion regulation as a mediator of associations between mother-child attachment and peer relationships in middle childhood. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div* 43. mars 2000;14(1):111-24.
12. Kerns KA, Abraham MM, Schlegelmilch A, Morgan TA. Mother – child attachment in later middle childhood: Assessment approaches and associations with mood and emotion regulation. *Attach Hum Dev*. 1 mars 2007;9(1):33-53.
13. Ziv Y, Oppenheim D, Sagi-Schwartz A. Social information processing in middle childhood: Relations to infant-mother attachment. *Attach Hum Dev*. sept 2004;6(3):327-48.
14. Fonagy P, Gergely G, Target M. The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *J Child Psychol Psychiatry*. 1 mars 2007;48(3-4):288-328.
15. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1985;50(1/2):66-104.

16. Allen JG, Fonagy P, Bateman A. *Mentalizing in Clinical Practice* [Internet]. 1^{re} éd. American Psychiatric Association Publishing; 2008 [cité 30 déc 2017]. 433 p. Disponible sur: https://www.appi.org/Mentalizing_in_Clinical_Practice
17. F. Poinso F. *Corps en construction, corps en relation* [Internet]. ERES; 2018 [cité 22 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/la-construction-des-representations-corporelles--9782749261553-page-25.htm>
18. A. Bullinger A. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* [Internet]. ERES; 2007 [cité 22 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/le-developpement-sensori-moteur-de-l-enfant-et-ses--9782749203072.htm>
19. Livoir-Petersen M-F. *La représentation de soi dans l'approche sensori-motrice du développement d'André Bullinger : la part de l'autre* [Internet]. ERES; 2018 [cité 22 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/la-construction-des-representations-corporelles--9782749261553-page-61.htm>
20. Golse B, Bullinger A, Barthélémy L. Apport de l'examen sensori-moteur dans l'évaluation du type et de la qualité de l'attachement chez le bébé. *Psychiatr Enfant*. 2004;Vol. 47(1):103-32.
21. Forum Européen de Bioéthique, M. Corcos. *Se voir dans le miroir et croire que l'on peut en maîtriser le reflet.* [Internet]. Youtube; 2019. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=KJrqri22CLE>
22. Tsakiris M, Critchley H. Interoception beyond homeostasis: affect, cognition and mental health. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 19 nov 2016;371(1708):20160002.
23. Schulz SM. Neural correlates of heart-focused interoception: a functional magnetic resonance imaging meta-analysis. *Phil Trans R Soc B*. 19 nov 2016;371(1708):20160018.
24. Werner NS, Duschek S, Mattern M, Schandry R. Interoceptive Sensitivity Modulates Anxiety During Public Speaking. *J Psychophysiol*. janv 2009;23(2):85-94.
25. Bechara A, Damasio H, Tranel D, Damasio AR. Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. *Science*. 28 févr 1997;275(5304):1293-5.
26. Wölk J, Sütterlin S, Koch S, Vögele C, Schulz SM. Enhanced cardiac perception predicts impaired performance in the Iowa Gambling Task in patients with panic disorder. *Brain Behav*. mars 2014;4(2):238-46.
27. Weitkunat R. Cardioception and Psychophysiological Variables in Panic Patients and Healthy Controls. *Cogn Behav Neurol*. janv 1996;9(1):8.
28. Owens AP, Allen M, Ondobaka S, Friston KJ. Interoceptive inference: From computational neuroscience to clinic. *Neurosci Biobehav Rev*. juill 2018;90:174-83.
29. Khalsa SS, Adolphs R, Cameron OG, Critchley HD, Davenport PW, Feinstein JS, et al. Interoception and Mental Health: A Roadmap. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. juin 2018;3:501-13.

30. (Bud) Craig A. Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Curr Opin Neurobiol.* août 2003;13(4):500-5.
31. Smith R, Thayer JF, Khalsa SS, Lane RD. The hierarchical basis of neurovisceral integration. *Neurosci Biobehav Rev.* avr 2017;75:274-96.
32. Craig AD (Bud). How do you feel — now? The anterior insula and human awareness. *Nat Rev Neurosci.* 1 janv 2009;10(1):nrn2555.
33. Lovero KL, Simmons AN, Aron JL, Paulus MP. Anterior Insular Cortex Anticipates Impending Stimulus Significance. *NeuroImage.* 15 avr 2009;45(3):976.
34. Corbetta M, Patel G, Shulman GL. The Reorienting System of the Human Brain: From Environment to Theory of Mind. *Neuron.* 8 mai 2008;58(3):306-24.
35. Pietromonaco PR, Powers SI. Attachment and health-related physiological stress processes. *Curr Opin Psychol.* févr 2015;1:34-9.
36. Palumbo RV, Marraccini ME, Weyandt LL, Wilder-Smith O, McGee HA, Liu S, et al. Interpersonal Autonomic Physiology: A Systematic Review of the Literature. *Personal Soc Psychol Rev.* mai 2017;21(2):99-141.
37. The Social Brain: Neural Basis of Social Knowledge | Annual Review of Psychology [Internet]. [cité 29 oct 2017]. Disponible sur: http://www.annualreviews.org/frodon.univ-paris5.fr/doi/full/10.1146/annurev.psych.60.110707.163514?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed
38. Decety J, Meyer M. From emotion resonance to empathic understanding: A social developmental neuroscience account [Internet]. *Development and Psychopathology.* 2008 [cité 29 oct 2017]. Disponible sur: </core/journals/development-and-psychopathology/article/from-emotion-resonance-to-empathic-understanding-a-social-developmental-neuroscience-account/EA796C031D9FEA355CA9AD4884C54BB0>
39. Lamm C, Singer T. The role of anterior insular cortex in social emotions. *Brain Struct Funct.* 1 juin 2010;214(5-6):579-91.
40. Garfinkel SN, Critchley HD. Interoception, emotion and brain: new insights link internal physiology to social behaviour. Commentary on: “Anterior insular cortex mediates bodily sensibility and social anxiety” by Terasawa et al. (2012). *Soc Cogn Affect Neurosci.* mars 2013;8(3):231.
41. Porges SW. The polyvagal perspective. *Biol Psychol.* 2007;74(2):116–143.
42. Diamond LM, Hicks AM. Attachment style, current relationship security, and negative emotions: The mediating role of physiological regulation. *J Soc Pers Relatsh.* août 2005;22(4):499-518.
43. Harari H, Shamay-Tsoory SG, Ravid M, Levkovitz Y. Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* févr 2010;175(3):277-9.

44. Jones AP, Happé FGE, Gilbert F, Burnett S, Viding E. Feeling, caring, knowing: different types of empathy deficit in boys with psychopathic tendencies and autism spectrum disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 1 nov 2010;51(11):1188-97.
45. Meehan KB, Panfilis CD, Cain NM, Antonucci C, Soliani A, Clarkin JF, et al. Facial emotion recognition and borderline personality pathology. *Psychiatry Res*. 1 sept 2017;255(Supplement C):347-54.
46. Meyer B., Pilkonis PA, Beevers CG. What's in a (neutral) face? Personality disorders, attachment styles, and the appraisal of ambiguous social cues. [Internet]. 2004 [cité 8 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15342321>
47. Cummins A, Piek JP, Dyck MJ. Motor coordination, empathy, and social behaviour in school-aged children. *Dev Med Child Neurol*. 1 juill 2005;47(7):437-42.
48. Pollatos O, Kirsch W, Schandry R. On the relationship between interoceptive awareness, emotional experience, and brain processes. *Cogn Brain Res*. 1 déc 2005;25(3):948-62.
49. Garfinkel SN, Manassei MF, Hamilton-Fletcher G. Interoceptive dimensions across cardiac and respiratory axes. :10.
50. Boll S, Almeida de Minas AC, Raftogianni A, Herpertz SC, Grinevich V. Oxytocin and pain perception: From animal models to human research. *Neuroscience* [Internet]. 28 sept 2017 [cité 23 oct 2017]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306452217306942>
51. Xin Q, Bai B, Liu W. The analgesic effects of oxytocin in the peripheral and central nervous system. *Neurochem Int*. 1 févr 2017;103(Supplement C):57-64.
52. Poisbeau P, Grinevich V, Charlet A. Oxytocin Signaling in Pain: Cellular, Circuit, System, and Behavioral Levels. In: SpringerLink [Internet]. Springer, Berlin, Heidelberg; 2017 [cité 23 oct 2017]. p. 1-19. (Current Topics in Behavioral Neurosciences). Disponible sur: https://link.springer.com/chapter/10.1007/7854_2017_14
53. Ide M, Wada M. Salivary Oxytocin Concentration Associates with the Subjective Feeling of Body Ownership during the Rubber Hand Illusion. *Front Hum Neurosci* [Internet]. 7 avr 2017 [cité 3 déc 2017];11. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5383663/>
54. Hurlemann R, Scheele D. Dissecting the Role of Oxytocin in the Formation and Loss of Social Relationships. *Biol Psychiatry*. 1 févr 2016;79(3):185-93.
55. Yao S, Becker B, Zhao W, Zhao Z, Kou J, Ma X, et al. Oxytocin Modulates Attention Switching Between Interoceptive Signals and External Social Cues. *Neuropsychopharmacology*. janv 2018;43(2):294-301.
56. Gordon I, Zagoory-Sharon O, Schneiderman I, Leckman JF, Weller A, Feldman R. Oxytocin and cortisol in romantically unattached young adults: Associations with bonding and psychological distress. *Psychophysiology*. mai 2008;45(3):349-52.

57. Feldman R, Gordon I, Zagoory-Sharon O. Maternal and paternal plasma, salivary, and urinary oxytocin and parent–infant synchrony: considering stress and affiliation components of human bonding. *Dev Sci.* 1 juill 2011;14(4):752-61.
58. Holt-Lunstad J, Birmingham WA, Light KC. Influence of a “Warm Touch” Support Enhancement Intervention Among Married Couples on Ambulatory Blood Pressure, Oxytocin, Alpha Amylase, and Cortisol. *Psychosom Med.* déc 2008;70(9):976–985.
59. Jong TR de, Menon R, Bludau A, Grund T, Biermeier V, Klampfl SM, et al. Salivary oxytocin concentrations in response to running, sexual self-stimulation, breastfeeding and the TSST: The Regensburg Oxytocin Challenge (ROC) study. *Psychoneuroendocrinology.* 1 déc 2015;62(Supplement C):381-8.
60. Herpertz SC, Bertsch K. A New Perspective on the Pathophysiology of Borderline Personality Disorder: A Model of the Role of Oxytocin. *Am J Psychiatry.* sept 2015;172(9):840-51.
61. Ellenbogen MA. Oxytocin and Facial Emotion Recognition. In: SpringerLink [Internet]. Springer, Berlin, Heidelberg; 2017 [cité 8 nov 2017]. p. 1-26. (Current Topics in Behavioral Neurosciences). Disponible sur: https://link.springer.com/chapter/10.1007/7854_2017_20
62. Leppanen J, Ng KW, Tchanturia K, Treasure J. Meta-analysis of the effects of intranasal oxytocin on interpretation and expression of emotions. *Neurosci Biobehav Rev.* 1 juill 2017;78(Supplement C):125-44.
63. Bartholomew K. Avoidance of Intimacy: An Attachment Perspective. *J Soc Pers Relatsh.* mai 1990;7(2):147-78.
64. Griffin DW, Bartholomew K. Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol.* 1994;67(3):430-45.
65. Mehling WE, Price C, Daubenmier JJ, Acree M, Bartmess E, Stewart A. The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *PLOS ONE.* 1 nov 2012;7(11):e48230.
66. Brown TA, Berner LA, Jones MD, Reilly EE, Cusack A, Anderson LK, et al. Psychometric Evaluation and Norms for the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) in a Clinical Eating Disorders Sample. *Eur Eat Disord Rev.* 2017;25(5):411-6.
67. Mehling W. Differentiating attention styles and regulatory aspects of self-reported interoceptive sensibility. *Phil Trans R Soc B.* 19 nov 2016;371(1708):20160013.
68. Edwige S, Lemaire M, Brunault P, Université François-Rabelais (Tours), Université François Rabelais (Tours), UFR de médecine. Le rôle des perceptions intéroceptives dans les émotions: validation d’une version française d’une échelle de mesure de perceptions intéroceptives. SCD de l’université de Tours; 2014.
69. Calì G, Ambrosini E, Picconi L, Mehling WE, Committeri G. Investigating the relationship between interoceptive accuracy, interoceptive awareness, and emotional

susceptibility. *Front Psychol* [Internet]. 24 août 2015 [cité 4 sept 2019];6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4547010/>

70. Grabauskaitė A, Baranauskas M, Griškova-Bulanova I. Interoception and gender: What aspects should we pay attention to? *Conscious Cogn*. févr 2017;48:129-37.
71. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. :19.
72. Reynaud M. Le modèle de l'attachement adulte dans la perturbation de la régulation émotionnelle et des liens affectifs des femmes hospitalisées souffrant de dépression. :441.
73. Oldroyd K, Pasupathi M, Wainryb C. Social Antecedents to the Development of Interoception: Attachment Related Processes Are Associated With Interoception. *Front Psychol*. 24 avr 2019;10:712.
74. Nyman V. Interoception and attachment patterns within patients with psychosomatic concerns. *J Psychol Psychother* [Internet]. 12 oct 2017; Disponible sur: <https://www.longdom.org/proceedings/interoception-and-attachment-patterns-within-patients-with-psychosomatic-concerns-10840.html>
75. L. Gicquel, A. Pham-Scottez, M. Robin, M. Corcos. États-limites à l'adolescence : diagnostic et clinique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* [Internet]. août 2011;59(5). Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/292127>
76. Corcos M, Jeammet P. Conduites à risque et de dépendance à l'adolescence : la force et le sens. *Psychotropes*. 2006;Vol. 12(2):71-91.
77. M. Robin M, M. Corcos M. Recueil des phénomènes de maltraitances chez des adolescents hospitalisés en psychiatrie : Rapport final –Réponse à appel d'offre ouvert ONED 2014Décembre 2015. 2015;
78. Soeter M, Kindt M. An Abrupt Transformation of Phobic Behavior After a Post-Retrieval Amnesic Agent. *Biol Psychiatry*. 15 déc 2015;78(12):880-6.
79. Speranza M, Loas G, Pham-Scottez A, Perez-Diaz F, Corcos M. L'émotion non advenue. Alexithymie, anxiété et dépression chez les adolescents borderline [Internet]. 2014. p. 287-301. Disponible sur: http://www.cra-rhone-alpes.org/cid/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=22245

Annexes

Questionnaire RQ :

VOS RELATIONS AVEC LES AUTRES EN GENERAL

Vous allez trouver dans le tableau ci-dessous la description de quatre manières différentes d'être avec les autres.

Coter jusqu'à quel point de l'échelle (1, 2, 3, 4, 5, 6, ou 7) vous pensez que chaque description correspond à votre propre manière d'être avec les autres. Reportez le chiffre correspondant à votre réponse dans la case de droite.

Pas du tout comme moi			A peu près comme moi			Tout à fait comme moi
1	2	3	4	5	6	7

A Je me sens facilement proche des autres quand je partage des émotions avec eux. Je me sens bien lorsque je dépends d'eux et qu'eux dépendent de moi. Je n'ai pas peur d'être seul(e). Je n'ai pas peur que les autres ne m'aient pas. **De 1 à 7**

B Je ne suis pas à l'aise lorsque je suis proche des autres. J'aimerais des relations proches lorsqu'il s'agit d'émotions mais je trouve difficile de faire complètement confiance aux gens ou d'être dépendant(e) d'eux. J'ai peur, si je me permets d'être proche des gens, d'être blessé(e) par eux. **De 1 à 7**

C J'aimerais ne pouvoir faire qu'un(e) avec les gens mais j'ai souvent l'impression que eux ne veulent pas être aussi proches de moi que je le souhaiterais. Je ne me sens pas bien lorsqu'il n'y a personne autour de moi dont je me sente proche. Mais en même temps, j'ai parfois peur de tenir plus aux gens qu'eux à moi. **De 1 à 7**

D Je suis bien sans avoir de proches autour de moi. C'est très important pour moi de me sentir indépendant(e) et de me suffire à moi-même. Je préfère ni dépendre des gens ni qu'eux ne dépendent de moi. **De 1 à 7**

Maintenant,

Si vous n'aviez à choisir qu'UNE SEULE des propositions ci-dessus (A, B, C ou D) pour décrire ce qui vous ressemble le plus, laquelle choisiriez vous ?

Reportez le chiffre correspondant à la proposition qui correspond le mieux à votre manière d'être ou qui s'en rapproche le plus :

A = 1 B = 2 C = 3 D = 4

Questionnaire MAIA :

Mars 2012 - LPPR V2.0

1/3

Évaluation multidimensionnelle de la conscience de soi

Traduction: Prof. Dr. T. Similowski et L. Laviolette,

ER10 UMPC, Département de Physiologie, Faculté de Médecine Pierre et Marie-Curie (Laboratoire de Physiopathologie Respiratoire), Paris 6 Université, Paris, France

Vous trouverez ci-dessous une liste de propositions. Merci de bien vouloir indiquer la fréquence à laquelle chacune de ces propositions s'applique à vous, de façon générale, dans votre vie de tous les jours.

L'échelle de réponse va de 0 (pour "jamais") à 5 (pour "toujours")

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Lorsque je suis tendu, je perçois où la tension se situe dans mon corps. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Lorsque je me sens mal dans mon corps, je le remarque. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. J'identifie/je remarque à quel endroit de mon corps je me sens confortable | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Je perçois les changements dans ma respiration, par exemple lorsqu'elle ralentit ou accélère. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Je ne perçois pas (j'ignore) les tensions physiques ou l'inconfort jusqu'à ce qu'ils ne deviennent sévères. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Je me détache des sensations d'inconfort. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Lorsque je ressens de la douleur ou de l'inconfort, je m'efforce de les surmonter. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Lorsque je ressens une douleur physique, cela me stresse | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Je commence à me soucier que quelque chose n'aille pas dès que je ressens le moindre inconfort. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Mars 2012 - LPPR V2.0

10. Je peux percevoir une sensation corporelle déplaisante sans m'en inquiéter. 0 1 2 3 4 5
-
11. Je peux prêter attention à ma respiration sans être distrait par les choses qui arrivent autour de moi. 0 1 2 3 4 5
-
12. Je peux rester conscient de mes sensations corporelles intérieures même lorsqu'il se passe beaucoup de choses autour de moi). 0 1 2 3 4 5
-
13. Lorsque je suis en conversation avec quelqu'un, je peux porter attention à ma posture. 0 1 2 3 4 5
-
14. Je peux rediriger mon attention sur mon corps si je suis distrait. 0 1 2 3 4 5
-
15. Je peux détourner mon attention de mes pensées pour la tourner vers mon corps (vers mes sensations corporelles). 0 1 2 3 4 5
-
16. Je peux conserver la conscience de l'ensemble de mon corps même lorsqu'une partie de moi-même éprouve de la douleur ou de l'inconfort 0 1 2 3 4 5
-
17. Je suis capable de focaliser mes pensées de façon consciente sur mon corps dans son entier. 0 1 2 3 4 5
-
18. Je perçois comment mon corps change lorsque je suis en colère. 0 1 2 3 4 5
-
19. Lorsque quelque chose ne va pas dans ma vie, je peux le ressentir dans mon corps. 0 1 2 3 4 5
-
20. Je remarque que mes sensations corporelles changent après une expérience apaisante. 0 1 2 3 4 5
-
21. Je perçois que ma respiration devient dégagée et aisée lorsque je me sens confortable. 0 1 2 3 4 5
-

Mars 2012 - LPPR V2.0

3/3

22. Je perçois comment mon corps change lorsque je me sens heureux/joyeux. 0 1 2 3 4 5
-
23. Lorsque je me sens débordé, je peux trouver un endroit calme à l'intérieur de moi. 0 1 2 3 4 5
-
24. Lorsque je prends conscience de mon corps, je ressens une sensation de calme. 0 1 2 3 4 5
-
25. Je peux utiliser ma respiration pour réduire la tension. 0 1 2 3 4 5
-
26. Lorsque je suis pris dans mes pensées, je peux calmer mon esprit en me concentrant sur mon corps / sur ma respiration. 0 1 2 3 4 5
-
27. Je suis à l'écoute de mon corps concernant mon état émotionnel. 0 1 2 3 4 5
-
28. Lorsque je suis stressé, je prends le temps d'explorer comment mon corps se sent. 0 1 2 3 4 5
-
29. J'écoute mon corps afin de m'informer sur ce que je dois faire. 0 1 2 3 4 5
-
30. Je suis chez moi dans mon corps. 0 1 2 3 4 5
-
31. Je sens que mon corps est un endroit sûr. 0 1 2 3 4 5
-
32. Je fais confiance à mes sensations corporelles. 0 1 2 3 4 5
-

Titre en français : PLACE DU CORPS DANS LA RELATION
ETUDE DE L'INTEROCEPTION ET DE L'ATTACHEMENT.

Résumé (français) : Ce qu'un sujet perçoit de son corps, peut être défini comme l'intéroception : son apprentissage se fait en partie à travers les premiers soins. De la relation à soi-même, à la relation à l'autre, quels peuvent être les liens, les similarités ? Nous faisons l'hypothèse que la relation à l'autre et l'intéroception s'influencent, et donc qu'il existe des corrélations entre les modalités d'intéroception et d'attachement. L'analyse du développement psycho-affectif et neurophysiologique pointe que l'intéroception et l'attachement interviennent dans la survie de l'individu, et s'organisent à partir de modèles d'anticipation qui se mettent en place tôt, sous-tendus par les expériences relationnelles. Les soins réalisés par la figure d'attachement procurent des « sensations », qui deviennent des « affects » : expériences partagées et pensées à travers la relation. Le sujet peut ensuite se penser de façon autonome, dans le registre symbolique qui lui a été proposé. L'intéroception et l'attachement ont des modalités de traitement similaires (système nerveux autonomes et l'ocytocine) bien que la nature des informations soit ensuite « comprise » différemment. Ainsi la prise en compte des informations intéroceptives peut se superposer à celle des informations relationnelles. Nous avons réalisé une étude clinique auprès de jeunes adultes suivis en psychiatrie, et comparé leurs réponses aux questionnaires d'attachement et d'intéroception. Les résultats nous amènent à considérer comment des sujets suivis en psychiatrie sont attentifs à leur propre corps dans la vie relationnelle.

Mots clés (français) : intéroception, attachement, psychanalyse, neurologie, système nerveux autonome, ocytocine, affect, physiologie.

Titre en anglais : PLACE OF THE BODY IN THE RELATIONSHIP
STUDY OF INTEROCEPTION AND ATTACHMENT.

Abstract : What a subject perceives from his body, can be define as interoception : his learning is partly through first aid. From the relationship to oneself, to the relation to the other, what can be the links, the similarities? We make the hypothesis that the relation to the other and the interoception influence each other, and therefore that there are correlations between the modes of interoception and attachment. The analysis of psycho-affective and neurophysiological development points out that interoception and attachment intervene in the survival of the individual, and are organized on the basis of early models of anticipation, underpinned by relational experiences. The care performed by the figure of attachment provides "sensations", which become "affects": shared experiences and thoughts through the relationship. The subject can then think independently, in the symbolic register that has been proposed to him. Interoception and attachment have similar treatment modalities (autonomic nervous system and oxytocin) although the nature of the information is then 'understood' differently. Thus the consideration of interoceptive informations can be superimposed on the relational informations. We performed a clinical study of young adults in psychiatry and compared their responses to the questionnaires of attachment and interoception. The way in which a subject is attentive to his body is linked to his perception of himself (self-model, depending on the relational modalities). These results lead us to consider the relationship to one's own body of a subject in psychiatry.

Keywords (english) : interoception, attachment, psychoanalysis, autonomic, neurology, autonomic nervous system, oxytocin, affect, physiology

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06**