



De l'objet transitionnel à la transitionnalité en psychiatrie

Une rubrique bimestrielle pour comprendre les concepts utilisés en psychiatrie... de la pratique vers la théorie et de la théorie vers la pratique. Un double mouvement.

Sophie BARTHÉLÉMY

Psychologue clinicienne, chargée d'enseignement à l'université d'Aix-Marseille I.

■ Arold, 11 mois, garde en permanence un petit chat au corps souple. Il le mâchouille et colle un bout de la peluche pleine de bave sur son nez. Il respire alors bruyamment comme un bébé à la recherche du mamelon de sa mère. Par moments, Arold tord ou écrase le corps du chat, puis l'étale et y pose sa joue avec tendresse. À d'autres instants, le petit chat est projeté à l'autre bout de la pièce, Arold le fixe alors avec insistance, finit par aller le chercher, collant la peluche sous son nez.

L'AVÈNEMENT DE LA PENSÉE

À ce stade de son développement, Arold pose les jalons d'une pensée symbolisée. Son petit chat est l'objet transitionnel que

sa toute-puissance. Les phénomènes transitionnels accompagnent cette « désillusion ». Le passage par l'objet concret (le doudou) permet à l'enfant de jouer activement la séparation avec la mère (rapprocher, éloigner, câliner...). L'enfant manipule ainsi les phénomènes extérieurs en les mettant au service de la pensée, afin que l'objet prenne une place dans la psyché. Il peut alors penser à la mère en son absence. Le jeu devient un organisateur symbolique.

L'intérêt de cette théorie réside surtout dans la question de la transitionnalité, comme étant inscrite dans la symbolisation de l'expérience. En effet, nous veillons toujours à maintenir séparées et reliées notre réalité interne et la réalité externe.

Les processus psychiques ont besoin d'objets concrets qui fonctionnent comme interprètes entre le dedans et le dehors, soi et l'autre.

Winnicott (1971) définit comme première « *possession non-moi* », apparaissant entre 4 et 12 mois. Celui-ci a une valeur privilégiée pour l'enfant au moment où s'effectue la transition entre la relation à la mère et celle inscrite dans la séparation. Jusqu'alors, les cris du bébé entraînaient une réponse immédiate de la mère : le sein de la mère se situe alors à l'endroit où son bébé le crée par son appel (« trouvé-créé ») marquant l'état d'indifférenciation. Cette aire d'« illusion », nécessaire pour créer une sécurité interne, permet à l'enfant de faire progressivement face à la frustration que la « *mère suffisamment bonne* » introduit. L'enfant peut alors distinguer les réalités externe et interne, et accepter de perdre

L'« aire transitionnelle » correspond ainsi à un registre intermédiaire d'expérience qui se maintiendra tout au long de l'existence, l'objet transitionnel laissant alors place aux activités culturelles, artistiques, à la religion, la vie imaginaire ou encore la créativité scientifique. L'aire transitionnelle est celle de la dotation de sens.

SOINS ET TRANSITIONNALITÉ

La prise en charge soignante doit permettre au patient de développer le lien avec le monde social, mais aussi de rester en contact avec son éprouvé. Cette articulation transitionnelle lui permet de mettre en résonance son monde interne et le monde événementiel. C'est dans ce sens

que la prise en charge institutionnelle peut être pensée : les différents lieux d'un pavillon intra-hospitalier (chambres d'isolement, espaces communs...) sont autant d'espaces permettant de passer d'un cadre ferme, propre à rétablir une aire d'illusion, à un temps de désillusion inscrit dans l'articulation des « *dedans-dehors* » (Sassolas, 1999). Le quotidien de l'hôpital peut donc être utilisé comme matériel transitionnel. Le patient fait alors l'expérience d'une réalité contenante dans le cadre d'une « *réalité partagée* » (Hochmann, 1986). Ce travail s'étend aux confins de la structure hospitalière lors de la sortie de l'hôpital et du suivi en extra-hospitalier. Il s'agit de permettre aux patients une reprise transformatrice des limites dedans-dehors.

Les processus psychiques ont besoin d'objets concrets qui fonctionnent comme interprètes entre le dedans (soi, l'hôpital) et le dehors (l'autre, la réalité sociale). Tel est par exemple le cas de la médiation thérapeutique : le patient y expérimente une aire transitionnelle. Selon Winnicott (1971), le travail du thérapeute vise à conduire le patient à un « *état où il est capable de jouer* ». Le médium artistique peut par exemple être utilisé pour symboliser les traces archaïques sensorielles ; le psychodrame pourra être l'occasion d'une théâtralisation des pulsions... La médiation ne saurait donc être réduite à un simple outil technique, elle doit être pensée comme porteuse de symbolisation. Sans accompagnement thérapeutique, certains ateliers peuvent d'ailleurs être angoissants pour les usagers, comme ce patient qui se sent absorbé par le trou qu'il a creusé dans l'argile. La médiation n'a de sens que dans une parole et une pensée qui émergent dans le lien intersubjectif. Elle devient un « *embrayeur de processus associatifs* » (Kaës, 2002) lors de l'accompagnement par l'écoute du soignant qui fait fonction de psyché maternelle.

BIBLIOGRAPHIE

- Hochmann, J. (1986) *Réalité partagée et traitement des psychotiques*. Revue française de psychanalyse, 50, 1643-1662.
- Kaës, R. (2002). *Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires*. In : Chouvier, B. (Éd.) *Les processus psychiques de la médiation* (p. 11-28). Dunod.
- Sassolas, M. (1999). *Le Groupe soignant : des liens et des repères*, Eres.
- Winnicott, DW. (1971). *Jeu et réalité*, Gallimard.