Le mérycisme : un lien à éclipses

Claire Squires

► To cite this version:

Claire Squires. Le mérycisme : un lien à éclipses. Revue Française de Psychanalyse, 2016, 80, pp.832 - 832. 10.3917/rfp.803.0832 . hal-01451240

HAL Id: hal-01451240

<https://hal.science/hal-01451240>

Submitted on 31 Jan 2017

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.

Résumé - L'accordage affectif module le lien à l'objet dont la réponse influence la mise en place des auto-érotismes, base corporelle de l'introjection des échanges et des premières symbolisations. Le repli sur soi transitoire d'une enfant souffrant de mérycisme rencontrée à l'âge de huit mois associée à une dérégulation relationnelle avec une mère déprimée, illustre les aléas des « gradient de l'objectalisation » des auto-érotismes dans le développement de la sexualité infantile.

Mots clés – mérycisme-autoérotisme-pulsion-sensorialité

Chez le nouveau-né les sensorialités se répondent, s'accordent et concourent à la naissance d'un langage corporel préverbal. La circulation entre l'intérieur du corps du bébé et l'extérieur du corps de la mère lors du nourrissage trace les premières frontières, les passages dans la vie psychique, base sur laquelle se développeront les auto-érotismes grâce à la dynamique de ces échanges primaires. Mais lorsque le partage des affects n'est pas possible, le lien avec l'autre étant empêché ou aléatoire, le langage des corps reste alors sans écho, la sensorialité demeure orientée vers soi et pour soi. La suspension transitoire de l'attention partagée et le rejet de ses repas stockés dans sa bouche d'une petite fille de huit mois nous semble particulièrement bien illustrer les aléas du «gradient de l'objectalisation» de l'auto-érotisme lors du développement de la sexualité infantile (Seulin, 2015, p.58).

Dans la conception de Jean Laplanche, l'autoérotisme serait un temps de retour sur le corps propre succédant à une relation première à l'objet dans un déroulement séquentiel mais non chronologique : satisfaction d'un besoin/auto-érotisme/narcissisme (2014, p.31). L'organe ou une partie du corps propre est investi par une pulsion partielle qui trouve une satisfaction sur place sans recours à un objet extérieur ou à une image unifiée du corps : «...Le moi doit subir un développement. Mais les pulsions auto-érotiques existent dès l'origine ; quelque chose, une nouvelle action psychique doit donc venir s'ajouter à l'auto-érotisme pour donner forme au narcissisme» (Freud, 1914, p.84). Comment situer l'auto-érotisme dans la conception d'un appareil psychique qui se construit par petites touches en fonction de la réponse de l'objet entre plaisir corporel en lien avec l'attachement et plaisir-

* Psychanalyste en formation à l'APF, je suis également psychiatre en pédopsychiatrie à Melun (77) et maître de conférences à l'Université Paris Diderot. J'ai publié "La folie du ventre, corps de femme-corps de mère (Campagne Première, 2012).

tension demande Christian Seulin; La sexualité infantile s'élabore au fil des expériences de souffrance lorsque l'objet ne répond pas aux attentes de l'enfant ou se trouve désynchronisé par rapport à elles. Les expériences de satisfaction viendront supplanter des épisodes pénibles, qui laisseront néanmoins des traces plus ou moins durables en surmontant le déplaisir sur la voie de l'accomplissement hallucinatoire du désir.

Que se passe-t-il lorsque la pulsion n'investit pas complètement l'objet ou le désinvestit partiellement? Christian Seulin nomme «gradient d'objectalisation» au sein des activités auto-érotiques un investissement plus ou moins intense de l'objet en réaction à une réponse faible ou variable de celui-ci. Certaines activités auto-érotiques paraissant plus ou moins coupées de l'objet n'ont pas pour effet la satisfaction du besoin et le plaisir mais plutôt la défense contre l'excitation et la diminution de la tension de la pulsion partielle sexuelle. L'auteur donne l'exemple des procédés auto-calmants ayant pour but une décharge d'excitation par une activité motrice primaire ou le cas de la stéréotypie, réponse souvent déclenchée par la sollicitation de l'autre, mais qui n'a pas pour but de lui être directement adressée.

Nous pourrions étendre le champ des auto-érotismes atypiques à la maltraitance ou aux négligences précoces, lorsque l'enfant recherche des sensations régressives, violentes ou étourdissantes, auto- ou hétéro agressives. Peut-être pourrait-on aussi rapprocher ces expériences des ratés des identifications intra-corporelles chez l'enfant autiste ne pouvant se représenter l'objet et ayant recours à une sensorialité de surface apparentées au collage ou à des sensations résistantes. Geneviève Haag donne l'exemple chez l'adolescent de l'enfermement dans des expériences d'isolement sonore bruyant (2006).

Une forme singulière d'auto-érotisme, le mérycisme dont je souhaite parler, lutte contre l'absence de l'objet par un déni de celui-ci et donc s'apparente selon Michel Fain, au fétichisme, sous la forme d'une activité partielle qui remplace le tout de la relation tout en conservant l'aptitude à reprendre contact avec l'objet. De nombreuses hypothèses nosographiques sont évoquées pour ce trouble complexe comme la psychose, l'agressivité, la perversité, la psychosomatique. «L'enfant méryciste se sépare de sa mère au contact de laquelle il éprouve un état de malaise, se constitue un pare-excitation autonome l'isolant notamment de cette mère, ce qui lui permet de développer d'une façon monstrueuse un système auto-érotique liant Eros et Thanatos jusqu'à extinction. »(Fain., 1971, p.326).

Le mérycisme survient en général chez un enfant très jeune (entre quatre à six mois) au moment où les relations objectales se mettent en place. La nourriture absorbée goulument puis «rendue» est stockée dans la bouche ou relâchée passivement par une cavité orale atone, empruntant une voie inhabituelle. Le péristaltisme intestinal inverse le mécanisme des fibres

lisses de l'estomac en faisant remonter le bol alimentaire. Durant l'épisode méryciste, l'enfant s'isole de l'ambiance, rompt le lien à ce moment pour s'absorber dans un repli autistique aussi impressionnant que transitoire. Or ce plaisir incongru, qualifié de « jeux interdits du nourrisson » (Brunod, 1984) ne contente ni celle ou celui qui nourrit et qui devrait se satisfaire de donner quelque chose de bon, ni l'enfant qui n'est pas apaisé. Il se crée alors un mécanisme vicieux car le symptôme empêche que le parent se sente reconnu dans sa fonction protectrice et relationnelle qu'il désinvestit.

Comment se fait-il qu'au lieu d'halluciner le sein manquant comme une expérience de satisfaction et de désir lui permettant d'attendre le retour de la tétée et de la mère par le suçotement des lèvres, l'enfant s'évertue à contracter les muscles diaphragmatiques pour faire remonter le contenu gastrique? Cette activité qui semble lui apporter un certain soulagement et décharge peut-être un excès de stress. Le conflit s'est déplacé sur la sphère orale instinctuelle, cavité primaire-œsophage-estomac, excluant la sensorialité érogène labiale et visuelle, par une fermeture pulsionnelle sur elle-même en excluant l'objet.

Michel Soulé (1966, p. 738) avance l'hypothèse d'une protorégression auto-érotique du lors de la mise en place de relations objectales par l'effet d'absence de stimulation ou par suite de stimulations contradictoires ; le nourrisson trouve dans son corps un objet auto-érotique (bol alimentaire) et érotise également un dysfonctionnement musculaire qui lui procure une certaine maîtrise et le soustrait à la passivité (le mécanisme du rejet). L'auteur souligne la capacité de contrôle extrêmement précoce du mécanisme oral de déglutition faisant disparaître l'objet et surtout de l'activité musculaire qui le fait réapparaître.

Nous rencontrons une petite fille de cinq mois qui s'isole de l'entourage, se fait vomir puis rumine, interpellant violemment par son comportement inhabituel sa mère déprimée. Une thérapie conjointe, hebdomadaire, permettra d'accompagner le mouvement dépressif maternel et d'introduire une dimension plus ludique dans les échanges en retrouvant un plaisir partagé avec sa fille, ce qui diminuera les symptômes alimentaires. Ce travail thérapeutique montre comment la sexualité adulte infiltrée par le propre vécu traumatique maternel est projetée sur l'enfant, paralysant l'érotisme oral de cette dernière. C'est autour l'oralité perversie de l'enfant que l'éloignement de la mère a pu être mis en évidence. Les deux séquences évoquées ici se déroulent dans un service de pédiatrie où les deux jumelles de huit mois, Marine et Rose, sont hospitalisées parce que la première a perdu du poids et vomit sans raison précise. Le personnel a noté que Marine est plutôt délaissée, tandis que la seconde est très investie par sa mère. Mme T. a un fils de deux ans et demi et a connu une forte dépression

après la naissance de son premier enfant, pour laquelle elle a été hospitalisée et a reçu un traitement.

J'entre dans la chambre où Marine, beaucoup plus pâle que sa sœur, semble dormir. Couchée sur le dos, elle paraît flotter entre le sommeil et l'éveil léger, elle a les yeux ouverts et les bras écartés. Puis, Marine est installée sur un petit tapis avec sa tétine dans la bouche qu'elle suce faiblement. Elle paraît un peu perdue, sans expression, mais le regard et les doigts s'avancent timidement vers une peluche puis vers un hochet. On sent une petite fille fragile mais présente, elle s'intéresse à la surface d'un jouet qui réfléchit son image. La thérapeute commente : « Mais tu es vraiment très intéressée par les jouets, comme tu as envie de découvrir le monde, toi ! » Marine me regarde brièvement, puis se met à babiller et esquisse un sourire. Mme T. pense que sa fille a un « problème psychologique » qui expliquerait ce qu'elle nomme des « ré-ingurgitations ». « Au début Marine était la plus éveillée mais sa sœur s'est imposée », constate-t-elle puis poursuit : « J'étais contente d'être enceinte, cette grossesse était désirée, surprise d'avoir des jumelles et même si ça m'a un peu choquée lors de l'échographie, j'ai fini par être assez contente. C'était dur au début avec deux enfants, mais ça allait. Ensuite, tout a dégringolé ».

A cet instant, Marine tente de se mettre à quatre pattes en poussant sur ses mains car elle est sur le ventre, mais Mme T. ne la remarque pas, le visage de l'enfant est tourné vers la fenêtre sans échange possible avec nous. La thérapeute, encourageante s'efforce d'animer la scène : « On dirait que tu veux montrer ta force, n'est-ce pas ? ». Puis le regard de l'enfant part dans le vide, elle s'absente brusquement, ses yeux ne captent plus la scène et elle ne s'intéresse plus aux jouets. Elle place ses bras en arrière. Mme T., presque en riant : « On dirait qu'elle plane, comme un avion ». Je suis plutôt inquiète de voir Marine s'isoler et manifester ce réflexe archaïque d'un enfant plus jeune. Des gargouillis intestinaux se font alors entendre, la petite fille tend son buste en avant et le repas ressort de sa bouche sous la forme d'un mélange un peu grège. La thérapeute s'adresse à l'enfant : « Alors Marine, quelque chose ne t'a pas plu ? Tu n'étais pas confortable sur le ventre ? » ; Puis à sa maman : « On dirait qu'elle régurgite pendant qu'on parle toutes les deux et qu'on ne s'adresse pas à elle ». Mme T. semble d'accord avec ce constat. A mon invitation, elle installe Marine sur le dos, mais sans lui parler, en lui tirant un peu sur les jambes alors que sa fille semble plutôt souhaiter se lover près de sa mère, ce que je lui fais remarquer. Mme T. essuie le liquide lacté avec le bavoir, toujours sans parole, sur le dos Marine semble apprécier qu'on la regarde.

Pendant que sa mère loue les progrès de sa sœur, Marine glisse son pouce dans la bouche et se fait vomir, les yeux dans le vague. Je tente de la distraire, mais ce scénario de détresse se

répétera plusieurs fois. Le désarroi est communicatif, je finis par ressentir moi-même un écœurement. « Tu dois te sentir bien mal pour te faire vomir de la sorte alors que tu nous as montré à quel point tu étais éveillée et curieuse. » De retour dans sa chambre, Mme T. change sa fille sur une surface réservée aux soins près du lavabo sans lui parler, de façon mécanique et sans douceur.

Trois mois plus tard, Marine subit une nouvelle hospitalisation pour une gastro-entérite. Au cours des séances qui se sont poursuivies chaque semaine, Mme T. a toujours des propos négatifs et redondants sur sa vie quotidienne, tandis que Marine un peu renfrognée au début accepte d'être surprise par l'interlocutrice ; très active, elle se retourne et tente de se dresser sur les bras au risque de perdre l'équilibre, tout en manipulant les hochets et les peluches. Puis elle découvre mon écharpe de couleur rouge soyeuse, enfouit son visage dedans et se met à y régurgiter un peu. L'éclat de rire qui a échappé à la thérapeute, est repris par la maman et surprend alors l'enfant qui se met à souffler et à rire, constatant que ce n'est pas si grave. Un jeu de caché-trouvé au moyen de l'étoffe fait dire à sa mère qu'elle aussi adore les étoffes douces et qu'elle dort toujours avec ses doudous (à plus de trente ans). « Marine adore les tissus, les peluches, elle est si sensible, douce et observatrice. Je me reconnais tellement en elle ! » L'échange entre Marine et sa mère revêt alors une tonalité extrêmement joyeuse avec chatouilles et caresses. Ultérieurement, Mme T. pourra évoquer sa propre maltraitance en tant qu'enfant battue par son père, la froideur parentale, le ressentiment aussi qu'elle a conservé depuis tant d'années. Cette séquence permettra à la mère de s'identifier à sa fille, surmonter en sa présence la crainte d'être à son tour une « mauvaise mère » et de mettre à distance la dépression térébrante qui a suivi ses accouchements.

Cette thérapie parent-bébé s'inscrit dans la perspective de la situation anthropologique fondamentale où le sexuel adulte imprime son influence inconsciente sur la mise en place de la sexualité infantile de l'enfant et vice et versa. L'ajustement du parent aux soins et aux désirs de son bébé peut être difficile par suite de scénarii narcissiques actualisés par la naissance, conflit focalisé ici sur l'oralité. En adoptant la conception d'un double courant aux issues différentes, d'une part celui de la satisfaction du besoin et de la décharge sexuelle indifférenciée et d'autre part celui de l'érotisme du lien à l'objet, prémices de la satisfaction hallucinatoire du plaisir psychique, Christian Seulin apporte une graduation de la quête et de la réponse de l'objet à travers les liens d'attachement et de la pulsionnalité. En outre, par l'exploration des « gradients d'objectalisation des auto-érotismes », avec l'idée d'une pulsion source très proche du soma, proche aussi de l'objet, l'auteur permet d'introduire la notion d'accordage de l'objet aux attentes de l'infans, travail d'adéquation contribuant à la mise en place de la dynamique plaisir/déplaisir et du narcissisme.

BIBLIOGRAPHIE

Anzieu D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod,.

Brunod R. (1989), Jeux interdits du nourrisson, à propos de six cas de mérycisme, *La Psychiatrie de l'enfant*, Vol 32, N°2, 451-494,.

Fain M. (1971), Prélude à la vie fantasmatique, *Revue Française de Psychanalyse*, vol 2-4, t. XXXV, 291-364,

Freud S. (1914), « *Zur Einführung des Narzissmus* », *GW*, vol. X, pp.137-170 ; trad.fr. « Pour introduire le narcissisme », in *La Vie sexuelle*, Paris, Puf, 1985, pp. 81-105

Haag G. (2006), Clivages dans les premières organisations du moi : sensorialités, organisation perceptive et image du corps , *Le Carnet psy* , n° 8, p. 112.

Laplanche J. (2014), *Sexual, La sexualité élargie au sens freudien*, Quadrige, (2), Paris, Puf,

Seulin C. (2015), Rapport du 75è congrès CPLF, Le sexuel infantile et ses destins, *Bulletin de la SPP*, 2015-1.

Soulé M. (1966), Le mérycisme du nourrisson, *Revue Française de Psychanalyse*, vol 1, t. XXX, p.735-743.