

Mémoire présenté par Anne CONGARD
en vue de l'obtention du diplôme de
PSYCHOTHERAPIE en PSYCHOSYNTHESE.

PATHOLOGIE DU LIEN



RETRAIT AUTISTIQUE

Vivre une nouvelle **RENCONTRE**
pour renaître à la **CONFIANCE**

*Expérience thérapeutique
auprès d'enfants*

Centre Source - Ecole de Psychosynthèse de Paris

Septembre 2003

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont accompagnées tout au long de l'élaboration de ce mémoire, et qui m'ont, chacune à leur façon, stimulée, soutenue et guidée, en particulier :

Liliane Fischer ma directrice de mémoire, pour ses conseils de rédaction et pour la qualité de ses supervisions,

Tan Nguyen pour la profondeur de son enseignement et son accompagnement patient et contenant tout au long de mon propre cheminement thérapeutique,

les psychologues référentes de mes stages pour la confiance qu'elles m'ont accordée et les membres des équipes soignantes avec lesquels j'ai vécu au fil des mois ces riches expériences auprès des petits patients,

ainsi que les enfants auprès desquels j'ai beaucoup appris humainement.

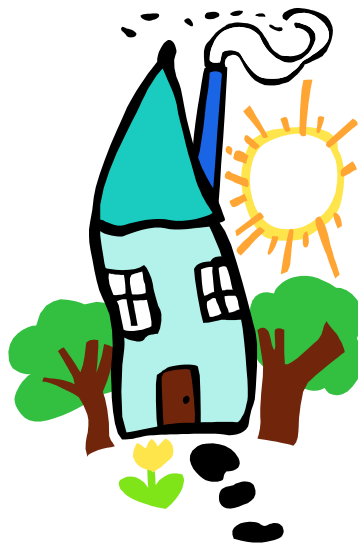
TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	7
MES PREMIERS CONTACTS AVEC DES ENFANTS AUTISTES ET PSYCHOTIQUES.....	11
1ERE PARTIE : CADRE THEORIQUE	15
ELEMENTS DES THEORIES PSYCHANALYTIQUES POST-KLEINIENNES CONCERNANT LE DEVELOPPEMENT PRECOCE ET SES TROUBLES	15
<i>Aperçu synthétique du développement précoce</i>	<i>15</i>
<i>Le sentiment de non-intégration originel et les angoisses primitives.....</i>	<i>16</i>
La fonction positive de ces angoisses	16
Stratégies défensives contre l'angoisse	16
« <i>Un bébé tout seul, ça n'existe pas</i> »	<i>17</i>
« L'environnement suffisamment bon » comme condition du sentiment continu d'exister	17
Défaillance de l'environnement et pathologie	19
<i>Constitution des enveloppes psychiques comme préalable à l'émergence du Je</i>	<i>20</i>
Les contacts peau à peau comme 1 ^{er} organisateur du psychisme	20
Les trois phases du développement du moi-peau ou les trois positions dominantes dans le développement précoce	22
Les défauts de constitution des enveloppes	24
<i>Accession à la réalité</i>	<i>25</i>
De l'illusion à la réalité, en passant par la destructivité	25
L'indispensable séparation	28
<i>Deux formes de développement pathologique : l'autisme et la psychose symbiotique.....</i>	<i>32</i>
L'autisme pathologique	32
La psychose symbiotique	34
Ces deux pathologies signent l'absence d'intériorisation de la fonction contenante et l'échec de la construction du <i>moi-peau</i>	35
MODELE DE LA PSYCHEE ET PATHOLOGIE PRECOCE VUE SOUS L'ANGLE DE LA PSYCHOSYNTHESE.....	37
<i>Le modèle psychosynthétique de la psyché</i>	<i>37</i>
<i>Une synthèse impossible : « un être au plus loin de lui-même »</i>	<i>39</i>
<i>Le SOI bafoué : « pas le droit d'exister »</i>	<i>40</i>
<i>Identifications pathologiques.....</i>	<i>40</i>
LES IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES	42
<i>Le Dispositif thérapeutique institutionnel.....</i>	<i>42</i>
<i>Cadre thérapeutique : définition et fonction.....</i>	<i>42</i>
<i>Une rencontre à revivre, la confiance à rétablir.....</i>	<i>43</i>
Une rencontre d'âme à âme : « écouter le patient au niveau de sa souffrance ».....	43
L'indispensable implication du thérapeute : « accepter d'entrer dans le monde où l'enfant vous entraîne »	44
Accueillir et Contenir : « Survivre à la destructivité » et la transformer	44
Encourager directement la partie saine	44
<i>Médiations et JEU : des outils thérapeutiques clés.....</i>	<i>45</i>
Des espaces d'expression et d'ouverture à la symbolisation	45
Des espaces de rencontre et de transformation	46
<i>Place du corps et facteurs de contenance dans les prises en charge d'enfants psychotiques.....</i>	<i>47</i>
Donner sens aux expressions corporelles de l'enfant : l'accordage affectif du thérapeute	47

Le corps, lieu du dire	48
La régression.....
2EME PARTIE : EXPERIENCES DE THERAPIE EN HOPITAL DE JOUR ET EN JARDIN	
THERAPEUTIQUE POUR ENFANTS.....	54
PRESENTATION DU CADRE THERAPEUTIQUE	54
<i>Présentation des différents lieux.....</i>	<i>54</i>
Un hôpital de jour pour enfants	54
Un jardin d'enfants thérapeutique	56
<i>Mon approche thérapeutique.....</i>	<i>57</i>
Le jeu libre.....	57
La médiation aquatique	57
Une rencontre.....	58
Renaître à la confiance	60
L'indispensable temps d'élaboration	61
<i>Le groupe thérapeutique comme « environnement suffisamment bon »</i>	<i>62</i>
Les atouts des prises en charge institutionnelles pour ce type de pathologie.....	62
Les dysfonctionnements de ces prises en charge institutionnelles et mes difficultés à les gérer.....	63
ETUDES DE CAS.....	67
<i>Présentation :</i>	<i>67</i>
<i>BRICE : un enfant autiste très régressé.....</i>	<i>69</i>
Eléments d'anamnèse	69
Présentation	69
Premiers contacts.....	71
Principaux mécanismes de défense	75
Mon vécu contre-transférentiel comme guide	75
Orientation de la prise en charge thérapeutique :	75
Evolution au cours des séances	77
Bilan de l'évolution.....	81
<i>Juliette : un cas de psychose symbiotique</i>	<i>84</i>
Eléments d'anamnèse	84
Présentation de l'enfant	84
Premiers contacts à l'hôpital de jour	86
Principaux mécanismes de défense	88
Analyse clinique des comportements :	88
Mon vécu contre-transférentiel comme guide	90
Orientation de la prise en charge thérapeutique :	91
Evolution au cours des séances :	92
Bilan de l'évolution.....	94
<i>Norbert : Retrait et emprise</i>	<i>97</i>
Présentation et éléments d'anamnèse	97
Premières observations :	98
Premiers contacts.....	99
Principaux mécanismes de défense	100
Mon vécu contre-transférentiel comme guide	100
Mes modalités de travail thérapeutique	100
Extraits du suivi thérapeutique	101
Bilan de l'évolution.....	108
CONCLUSION.....	110
BIBLIOGRAPHIE	112

INTRODUCTION

« Il y a quelqu'un qui vous attend. Qui vit dans une petite maison tout seul. [...] Il existe quelqu'un d'autre et que vous connaissez, capable de se glisser par cette porte minuscule, tout juste. [...] Il vit aussi dans une petite maison tout seul. La maison c'est vous. [...] »



Trouvez-le en vous et envoyez-le franchir cette petite porte. [...] il faudra alors lui (l'enfant autiste) enseigner à devenir sa propre petite maison lui-même, par ici.

« Aller et venir tout comme vous l'avez appris vous-même [...] il y a longtemps. »

Howard Buten

INTRODUCTION

Voici deux ans maintenant, j'ai rencontré pour la première fois des enfants dénommés autistes, par la psychiatrie. Quelque chose de profond en moi me poussait à me reconnaître en eux, depuis mon adolescence : à m'identifier à leur façon de s'exclure du monde pour se replier en eux-mêmes. Aussi, lorsque j'ai eu à chercher un stage dans le cadre de mon cursus de formation en psychologie clinique, mon choix s'est orienté naturellement vers un lieu où je pourrais travailler avec des enfants autistes. Il s'agissait d'un hôpital de jour pour enfant.

En même temps, je me suis plongée dans les livres de psychologie traitant de l'autisme, m'orientant intuitivement préférentiellement vers les théories psychanalytiques du courant *post-kleinien*. J'ai cherché à comprendre ce qui avait bien pu provoquer le repli de ces enfants, ainsi que ma propre tendance à cela.

Mais, plus profondément, c'est en apprenant à connaître cette partie de moi-même, au cours de mon parcours thérapeutique personnel, à travers mon propre noyau autistique (noyau qui existerait à minima chez chacun selon F. Tustin¹), que j'ai pu aller à la rencontre de ces enfants, par la voie de mon ressenti.

J'ai ainsi mené de front un double cursus, l'un en psychologie clinique et pathologique en faculté, et l'autre en formation de Psychosynthèse. Ces deux voies m'ont paru complémentaires et indispensables pour aborder les pathologies lourdes que sont l'autisme et la psychose.

La psychanalyse a satisfait la part intellectuelle de moi-même et a contribué à me donner des repères et des mots pour tenter d'exprimer et de symboliser les vécus archaïques de ces petits patients, restés fixés au niveau émotionnel et corporel.

La *Psychosynthèse* m'a ouverte à une écoute empathique d'âme à âme, dans une vision globale de l'humain, où corps, émotions et esprit sont à une place égale. Elle m'a appris à lâcher mes anciens repères, pour accéder à une plus grande ouverture d'esprit et à une capacité d'accueil et d'amour.

A travers mon propre parcours *psychosynthétique*, en apprenant à m'accueillir et à m'aimer, j'ai senti que se développait en moi la capacité d'accueillir et d'aimer les petits patients, sans recourir à des classifications réductrices et à des jugements qui maintiennent la distance. Cette traversée de mon désert intérieure m'a permis de lâcher beaucoup de mes défenses qui m'empêchaient de sentir, d'entrer dans des relations authentiques avec autrui, et me coupaient de mon identité profonde – de mon « JE ». En m'ouvrant à moi-même et au monde s'est ouverte en moi la capacité d'aller à la rencontre des enfants souffrant d'angoisses psychotiques.

¹ Tustin F., *Le trou noir de la psyché*. Seuil, 1989.

C'est un travail d'intégration et de liaison des parties de ma personnalité, dont des parties forcloses de mon noyau autistique, qu'il m'a fallu apprendre à traverser et à accueillir. Ce sont ces parties non intégrées que je sens nécessaire d'écouter et d'accueillir chez les enfants psychotiques et autistes, afin qu'ils puissent s'en détacher et reprendre leur développement.

Au cours de deux stages d'une année chacun, dans des institutions de psychiatrie infanto-juvénile, j'ai côtoyé à la fois des enfants autistes et psychotiques, et d'autres dont la pathologie semblait mêler ces deux troubles. Mais chez chacun, j'ai retrouvé un point commun central : une pathologie du lien à autrui. Chez les autistes, le trouble du lien se manifeste par le repli et l'absence de recherche de communication avec autrui, alors que chez les psychotiques le lien m'est apparu distordu par une tentative acharnée de maintenir autrui dans une relation d'emprise, mêlant fusion et agressivité.

Aussi, la problématique que j'ai choisie d'explorer concerne la pathologie des liens précoces, qu'elle se manifeste par une tendance au retrait autistique ou par des troubles psychotiques.

Mon hypothèse de travail est que le trouble s'origine dans la relation précoce à la mère et au monde, et que l'axe thérapeutique doit prendre en compte les éléments du noyau psychotique de ces enfants. Il s'agit de mettre en place avec eux une relation d'étayage nouvelle « suffisamment bonne »², en référence à l'expression de Winnicott, qui leur permette de renaître à la confiance, en vivant une nouvelle rencontre.

Les théories psychanalytiques concernant la genèse et les altérations de l'appareil psychique, à travers des auteurs tels que W.R. Bion, M. Mahler, F. Tustin, D. Anzieu, et D. Winnicott, m'ont explicitée les vécus affectifs et corporels précoces : elles m'ont permis de saisir les subtilités du lien primaire entre le bébé et son objet maternant, en particulier l'importance de sa fonction de contenance et de transformation des vécus corporels et affectifs en éléments psychisés. Les travaux de D. W. Winnicott ont été de précieux guides tout au long de mon travail d'élaboration de ma pratique clinique, et son travail auprès des enfants à travers le *jeu* a été pour moi un modèle. Ses théorisations concernant les *angoisses* « sans nom », *l'utilisation de l'objet*, *la survie à la destructivité*, et *l'espace transitionnel*, m'ont paru d'une grande aide dans le traitement des pathologies précoces. J'ai expérimenté, comme il l'a montré, la richesse de la *fonction du jeu* tant dans le développement de l'enfant que dans le travail thérapeutique.

Il m'est plus difficile de dégager et de décrire en quelques mots ce que m'a apportée la formation en Psychosynthèse, car il a s'agit d'un processus qui a m'a modifiée en profondeur.

Elle m'a ouverte à une vision plus globale de l'humain et de la vie. Dans notre société où corps, émotions et dimensions supérieures de l'humain sont souvent réduits au silence, la Psychosynthèse m'a appris à ne plus avoir peur de travailler avec et elle m'a apportée de nombreux outils pour les prendre en compte dans mon approche thérapeutique. Elle m'a enseignée à repérer le transfert du patient, ainsi que mon propre contre-transfert. Elle m'a sensibilisée à l'écoute du langage du corps, et au travail thérapeutique sur les traumatismes qui s'y sont ancrés en accueillant l'angoisse et la souffrance. Mais le plus essentiel il me semble, c'est qu'elle m'a enseignée l'accueil et l'ouverture, me permettant de développer peu à peu une façon de travailler basée sur l'accueil et l'écoute de ce qui émerge dans la relation thérapeutique.

² Winnicott D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Sciences de l'homme Payot, 1969, p 180.

Dans l'abord de ces pathologies du développement précoce, c'est au niveau des affects, des sens, du corps, du flou des limites et des distorsions relationnelles que les enfants m'ont interpellée. Il m'a semblé que mon travail devait se situer à ces niveaux, pour tenter de favoriser le développement du « symbolisme corporel » en préalable au symbolisme langagier qui leur était encore quasi inaccessible.

En effet, dans les pathologies précoces du développement, le corps semble être le lieu de cristallisation des angoisses et des défenses, en raison des défauts de construction des enveloppes corporelles et psychiques. Il a été le point d'achoppement du développement par manque d'acquisition de la sécurité corporelle primaire, qui se met normalement en place dans la relation avec le premier objet maternant. Lors de ma rencontre avec chacun des petits patients, c'est bien plus avec leur corps qu'avec le langage que ces enfants m'ont dit des choses sur leur problématique, que ce soit au cours des jeux ou des activités à médiation.

Il ne m'a pas été possible, au cours de ma pratique auprès des enfants, d'utiliser des exercices de Psychosynthèse, à la fois en raison du contexte institutionnel dans lequel j'ai rencontré pas mal de limites, mais aussi parce qu'il m'a paru difficile de les proposer à des enfants si en défense relationnellement. Mais ils m'ont sans doute intuitivement guidée dans ma façon d'improviser des réponses au cours de mon travail par le jeu avec les enfants, par exemple en m'incitant naturellement à encourager les expressions émotionnelles de joie ou de frayeur. Plus que des techniques précises, c'est l'essence de la Psychosynthèse qui m'a inspirée dans mon travail de thérapeute, en m'amenant à centrer mon écoute sur l'identité et le potentiel de chacun des petits patients, et sur ce qui les entrave.

Dans ce mémoire, je vais tenter d'exposer mes expériences thérapeutiques au sein des deux groupes « thérapeutiques » d'enfants auxquels j'ai participé successivement, en tant que stagiaire psychologue, co-thérapeute, en exposant leurs richesses, leurs limites et les difficultés qu'il m'a fallu tenter de dépasser.

Aussi, je développerai mon étude en trois parties :

Une première où j'introduirai les éléments clés de ces pathologies, à travers ma première rencontre avec un garçon autiste et une fillette psychotique.

Une deuxième partie, cette fois théorique, me permettra de proposer une compréhension de ces troubles précoces, à la fois d'un point de vue psychanalytique (par un travail de synthèse des derniers travaux psychanalytiques qui traitent du développement précoce normal et de ses ratés), que psychosynthétique.

Dans la troisième et dernière partie, je relaterai mes expériences concrètes d'accompagnement thérapeutique auprès de trois enfants.

1^{ER} CONTACT AVEC DES ENFANTS AUTISTES ET
PSYCHOTIQUES



*Une main tendue vers l'enfant,
à l'écoute de sa souffrance
et de son être profond,
en deçà de ses troubles.*

*Avec l'espoir de le guider
hors de sa prison de solitude.*

MES PREMIERS CONTACTS AVEC DES ENFANTS AUTISTES ET PSYCHOTIQUES

Deux enfants, que j'appellerais Brice et Juliette, ont en quelque sorte marqué mes premiers contacts avec la pathologie autistique et psychotique. Ils m'ont tous deux interpellée et amenée à m'engager dans une relation avec eux, mais de façon quasi opposée.

Brice, garçon de 7 ans, m'a émue par son isolement, alors que, à l'inverse, Juliette venait me solliciter sans cesse et parvenait à me toucher par ses manœuvres de séduction.

J'ai sans difficulté identifié que Brice souffrait d'un trouble autistique grave, alors que j'ai mis plus de temps à identifier les défenses psychotiques de Juliette.

J'ai ressenti en Brice une importante partie bébé, mais un bébé abandonné et perdu en lui-même. Il se tenait si loin et si régressé, qu'il était aussi relativement abandonné par l'équipe d'infirmiers qui prenaient en charge le groupe d'enfant : il leur paraissait difficile d'écouter Brice comme un bébé, à sept ans !

Sa partie bébé prenait vie au moment des repas : il manifestait un plaisir à « patouiller » et à faire des bulles en mangeant son yaourt, montrant même un certain goût pour la provocation face aux injonctions des soignants à manger proprement. Le problème, c'est que dans nos têtes d'adulte, un enfant de sept ans doit se comporter de telle ou telle manière, mais Brice semblait ne pas pouvoir se développer correctement sans que ses besoins de nourrisson aient été suffisamment écoutés. Ce garçon est né prématuré d'une mère psychotique, qui s'est montrée d'emblée très projective vis à vis de son enfant, le voyant comme mauvais ou risquant de l'être. Sans doute que pour cette mère malade, il ne pouvait guère avoir de place en tant que sujet.

Il passait beaucoup de temps terré sous une armoire, suçant une feuille de plante ou un lacet, isolé et semblant se suffire à lui-même dans des activités autosensuelles.

A l'inverse, à d'autres moments, il semblait prendre possession de tout l'espace, grim pant partout avec une agilité de singe et errant dans tout l'hôpital de jour. Il affectionnait d'être en hauteur, comme pour se rendre inaccessible et se placer au-dessus du monde.

Cet enfant, bien que se nourrissant maintenant correctement, avait un corps maigre aux muscles secs et tendus, comme incapable de profiter de l'alimentation et protégé par une « armure » musculaire.

Dans des moments d'excitation ou d'angoisse, il s'agitait dans une répétition interminable de balancements du corps et de « battements d'ailes » avec ses bras, accompagnés de sons rauques.

Mais dans tous les cas, il était loin de nous, le regard « transparent », avec une touche de mélancolie. Il ne nous regardait jamais dans les yeux.

Je me suis sentie touchée par cet enfant « abandonné » par les soignants, qui

impuissants semblaient avoir renoncé à aller vers lui. Je me demandais où il était, et comment aller à sa rencontre ?

Sans doute que je me suis identifiée à ce petit garçon, dont l'isolement me renvoyait à ma propre solitude d'enfant, avec la difficulté de sentir la résonance sans confondre nos deux histoires. Mais je sentais aussi que c'est me connectant à ma propre partie isolée, qui « vit aussi dans une petite maison toute seule » (selon la citation précédente d'Howard Buten), que je serais le plus à même d'entrer dans une compréhension de la problématique de Brice.

Il m'était clair que pour le rencontrer, il me fallait aller moi-même vers lui, c'est à dire apprendre à le rejoindre un peu dans son monde. J'avais le sentiment que si on n'allait pas le chercher dans son retrait, il y resterait sans doute à jamais.

A l'opposé, avec Juliette, 8 ans, c'est elle-même qui est venue d'emblée à ma rencontre. Elle me sollicitait sans relâche pour jouer avec elle, me demandant de faire telle ou telle chose. Il était clair qu'elle me manipulait, qu'elle cherchait à me mettre sous son emprise, ce contre quoi mes collègues infirmiers me mettaient en garde. Mais je sentais qu'il me fallait me laisser manipuler suffisamment, car c'était sa façon d'entrer en relation, et pour moi un moyen d'entrer dans la lecture de sa problématique. Cela laissait transparaître un fort besoin d'attention qui me touchait.

De temps en temps, quittant ses sollicitations séductrices, elle se mettait à me provoquer en m'attaquant plus ou moins directement, cherchant à s'emparer de mes lunettes ou à me frapper du bout du pied tout en riant. Des pulsions destructrices semblaient ainsi l'envahir sans qu'elle puisse les canaliser, ni en parler. Cherchait-elle ainsi à vérifier ma fiabilité et ma capacité à contenir ses débordements ?

Quand elle était punie, et ne pouvait donc plus projeter sur autrui son agressivité, elle retournait celle-ci contre elle-même, s'automutilant en se grattant jusqu'au sang.

Ses manœuvres relationnelles ainsi que son instabilité me paraissaient clairement défensives, contre un manque de cohésion interne et une impossibilité de s'abandonner dans une relation de confiance.

Chez elle aussi, je sentais qu'il me fallait aller à la rencontre de sa partie bébé, partie blessée et ayant perdu la confiance en autrui. A travers ses attitudes de sollicitude à mon égard, elle me paraissait vouloir prendre une position maternante envers moi (mais mêlant amour et haine), alors qu'à l'inverse elle-même fuyait l'affection des adultes. Elle se contentait de régresser seule par moment, le pouce dans la bouche. Et son langage, bien que compréhensible, avait la tournure de celui d'un enfant de 3 ans.

Sa façon de se nourrir goulûment et son obésité m'apparaissaient correspondre à un besoin de se remplir pour tenter de combler un sentiment de vide, en se donnant l'impression d'avoir un corps plein. Son corps paraissait ainsi protégé par une « carapace » adipeuse.

Ainsi, chez ces deux enfants aux pathologies bien distinctes, je constatais une même incapacité à s'abandonner dans une relation de confiance avec autrui. Autrui paraissait dangereux pour tous deux : envers Brice, mon contre-transfert me renvoyait à une peur d'être intrusive, alors que Juliette me faisait craindre de ne pas être capable de contenir

ses montées de provocation et de destructivité.

Je me demandais ce qui avait poussé ces deux enfants à se défendre ainsi, l'un en se coupant de toute relation, l'autre en contrôlant autrui de manière omnipotente. Ces deux enfants, malgré des modalités défensives très différentes, me paraissaient se défendre contre des angoisses vécues précocement et sans doute assez comparables. Mon contre-transfert m'amenait à penser que leurs besoins de bébé n'avaient sans doute pas pu être suffisamment satisfaits, si bien qu'ils semblaient tout à la fois s'en défendre et dans l'impossibilité de s'en détacher. Leur anamnèse respective semblait confirmer cela, faisant état d'importantes difficultés durant leurs premiers mois de vie.

Afin de mieux comprendre les particularités de leur fonctionnement psychique et leurs mécanismes de défense, je me suis penchée sur les travaux des psychanalystes Post-kleinien, qui se sont plus particulièrement attachés à théoriser les étapes du développement psychique précoce et les perturbations qui peuvent mener à l'autisme ou à la psychose.

J'ai alors retrouvé chez eux les traits respectifs de ces deux troubles du développement, tels qu'ils ont été décrits par ces psychanalyses : chez Brice, l'enfermement autistique dans des manœuvres autosensuelles, appelées *formes autistiques*, chez Juliette le maintien dans une relation symbiotique où règne la toute puissance et la destructivité.

Ces concepts m'ont aidée à élaborer ce que j'ai ressenti tout au long de mon accompagnement thérapeutique auprès de ces deux enfants, en particulier ce qui est de l'ordre des sentiments archaïques, difficiles à se représenter à l'aide des mots de la langue courante, car de l'ordre de vécus corporels et émotionnels primitifs. C'est le cas, comme je l'exposerai ci-après dans la partie théorique, des angoisses précoces normales dénommées *agonies primitives*³ par D. Winnicott ou *schizo-paranoïdes*⁴ par M. Klein, et de la construction des limites corporelles et psychiques théorisées par E. Bick⁵, puis par D. Anzieu⁶ sous le terme de *moi-peau*.

Ainsi, au-delà des dysfonctionnements relationnels de ces enfants, c'est l'angoisse et la souffrance colmatées par les défenses autistiques et psychotiques, qu'il me paraissait essentiel de prendre en compte. Je sentais que pour les aider, il me fallait *aller à leur rencontre* au niveau de la partie d'eux même, qui avait été un jour si terrorisée et « perdue », qu'elle s'était repliée, bloquant alors ses possibilités de développement.

J'espérais pouvoir aider ces enfants à moins souffrir de leurs angoisses archaïques et à mieux psychiser leurs vécus, afin qu'ils puissent relâcher un peu leurs défenses psychotiques.

Je sentais en moi une forte motivation et un espoir de parvenir à les sortir de leur pathologie, sans doute empreinte de désirs de réparation et d'illusion de toute puissance. L'expérience m'a peu à peu ramenée à plus de modestie et de réalisme, à prendre en compte mes propres limites ainsi que celles du cadre institutionnel.

³ Winnicott D.W. *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Gallimard, 2000.

⁴ Klein M. *Essais de psychanalyse*. Paris, Payot, 1987.

⁵ Bick E. *L'expérience de la peau dans les relations précoces*, in *Les écrits* de M. Harris et E. Bick, 1987.

⁶ Anzieu D. *Le moi-peau*, Dunod, 1995.

CADRE THEORIQUE

Amour maternel

*Lien d'amour qui donne
sens à la vie,*

*Lien qui protège le
nouveau-né du vide.*

*Deux mains qui le
rattrapent*

*Quand il manque de
tomber*

Dans le puits du néant.

*Deux yeux qui lui
reflètent sa propre
existence.*



Gustave Klimt

*Un cœur qui sait entendre ses moments de détresse,
et accueillir son amour comme sa haine.*

*Une mère qui patiemment l'ouvre au monde
et l'encourage à être.*

1ERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

ELEMENTS DES THEORIES PSYCHANALYTIQUES POST-KLEINIENNES CONCERNANT LE DEVELOPPEMENT PRECOCE ET SES TROUBLES

APERÇU SYNTHETIQUE DU DEVELOPPEMENT PRECOCE

A la naissance, le nourrisson humain encore immature, sur le plan biologique comme sur le plan psychique, a besoin d'un *objet maternant* pour assurer ses besoins physiologiques, mais aussi pour soutenir le développement de son moi et le sortir des angoisses inimaginables dans lesquelles la naissance l'a plongé.

A la suite de Freud, des psychanalystes du courant post-kleinien ont cherché à approfondir le rôle de *l'étayage* sur l'objet dans le développement de la pensée ; ils se sont consacrés à la compréhension des qualités que doit avoir cet objet et des fonctions qu'il remplit pour l'enfant. Freud avait mis en évidence l'étayage initial du psychisme sur les besoins corporels, lors du nourrissage en particulier, puis ses successeurs se sont attachés à détailler tous les processus mis en jeu lors du passage du corps plaisir à la pensée. Ils ont ainsi découvert que l'origine des premiers formateurs du psychisme est corporelle⁷ (la peau, le tonus et les muscles, le regard, les orifices et les zones érogènes, la voix), et que ceux-ci opèrent selon la qualité des soins que la mère donne à son enfant.

W. R. Bion⁸ a insisté en particulier sur l'importance de la *fonction contenant* maternelle, qui contient les angoisses et les émotions du bébé en assurant leur transformation en éléments psychisés.

L'introjection progressive des qualités du bon objet contenant externe serait la condition sine qua none à la construction d'un moi solide et individualisé, en assurant la constitution du fantasme d'espace intérieur et extérieur. C'est dans cet espace interne que va pouvoir se nicher le noyau du moi, et que vont être accueillis les objets internes à l'origine du développement de la pensée. Le moi de l'enfant va hériter des qualités de l'objet contenant externe : D. Anzieu⁹ a cherché à représenter ces qualités à travers les neufs fonctions du *moi-peau* - dont l'une serait de lier ensemble les parties originellement « éparpillées » de la personnalité.

L'installation, dans cet espace interne, d'un objet gratificateur interne va permettre à l'enfant d'acquérir un sentiment de sécurité interne, et ainsi d'abandonner peu à peu sa dépendance à l'objet gratificateur externe. Il va pouvoir consentir, peu à peu, à se séparer de sa mère, condition indispensable à son individuation, et advenir en tant que sujet.

⁷ Luigi-Duggan A. Psychothérapie parents-enfants en piscine, une pratique innovante. Actes des 1ères journées d'études nationales de l'eau. Bastia, PEP, 1996. , p. 34.

⁸ Bion W. R.. *Aux source de l'expérience*. Paris, PUF, 1979.

⁹ Anzieu D. *Le moi-peau*, Dunod, 1995.

L'échec ou l'insuffisance de cette introjection expliquerait bon nombre de pathologies psychiques, dont en particulier la psychose symbiotique et l'autisme infantile¹⁰. En effet, c'est alors comme si l'enfant restait fixé à jamais au sentiment d'insécurité interne dans lequel la naissance l'a plongé, et qu'aucun objet suffisamment bon n'est venu apaiser. Il est contraint d'adopter des défenses qui lui donnent l'illusion de s'auto-contenir et ainsi d'avoir un certain sentiment de sécurité, mais elles sont le plus souvent inadéquates et dommageables à son développement psychique comme à celui de ses relations objectales. Aucun objet externe n'a atteint le statut d'objet digne de confiance, puisqu'il s'est montré défaillant.

LE SENTIMENT DE NON-INTEGRATION ORIGINEL ET LES ANGOISSES PRIMITIVES

La fonction positive de ces angoisses

O. Rank¹¹ voyait dans le moment de la naissance un événement traumatique à l'origine de toutes les angoisses ultérieures ; il a fait l'hypothèse que le bébé garderait une « mémoire » de cette première expérience de séparation sous forme de traces mnésiques visuelles.

E. Bick a fait l'hypothèse que cette étape serait à l'origine d'une *angoisse claustrophobique* vécue lors du passage par le canal utérin, ainsi que d'une *angoisse agoraphobique* liée au sentiment de se répandre dans l'espace infini lors de la sortie du ventre maternel. Différentes expressions ont été imaginées pour tenter de rendre compte de ces vécus précoces terrifiants et inimaginables : *chute incessante, sentiment de liquéfaction ou d'annihilation, faillite de la résidence dans le corps, trou noir...*

Cependant, C. Athanassiou¹² constate que ces angoisses joueraient un rôle essentiel dans le développement humain : « C'est l'angoisse d'une chute sans fin, d'une liquéfaction totale de soi qui pousse le bébé à s'accrocher, à se coller, etc., à se constituer ainsi un fonctionnement moïque et une identité dans son rapport à un objet, si primitif soit-il ».

Quand tout se passe bien, « ces angoisses corporelles primitives, angoisses postnatales normales, sont apaisées, soulagées par une « tenue » adéquate du nourrisson de la part de l'objet maternant, tenue à la fois physique et psychique »¹³.

Stratégies défensives contre l'angoisse

A l'inverse, si ces terreurs ne sont pas contenues par l'environnement, elles marqueraient de manière traumatique le développement psychique ultérieur, provoquant des organisations défensives plus ou moins dramatiques pouvant aller jusqu'à la psychose.

« Les angoisses en question amènent le moi archaïque à mettre en scène les différentes possibilités de retour à l'état antérieur de la construction du corps, la dernière éprouvée

¹⁰ Par souci de concision, j'utiliserais souvent la dénomination *psychotique* au sens large pour désigner à la fois les troubles autistiques et les psychoses symbiotiques, comme le font les psychanalystes qui considèrent l'autisme comme une forme de psychose.

¹¹ Rank O. *Le traumatisme de la naissance*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1968.

¹² Ciccone C., Lhopital M. *Naissance à la vie psychique*. Dunod, 2001, p. 61.

¹³ Ibid, p. 61.

comme solide avant la catastrophe actuelle. Ce couple **angoisse – défense contre l’angoisse** est la base de notre compréhension de la psychopathologie et des possibilités thérapeutiques qui en découlent »¹⁴. Nous verrons un peu plus loin que les modalités défensives psychotiques sont empruntées aux modalités de fonctionnements précoces existant chez le nourrisson normal, telles qu’elles ont été évoquées en particulier par D. Meltzer¹⁵ : le démantèlement du moi, l’identification adhésive comme défense contre les vécus de chute sans fin, la bidimensionnalité de la relation d’objet comme préalable à la tridimensionnalité.

« **UN BEBE TOUT SEUL, ÇA N’EXISTE PAS** »

« L’environnement suffisamment bon » comme condition du sentiment continu d’exister

Sentiment de non-intégration et recherche d’un objet contenant

Esther Bick écrit que « sous leur forme la plus primitive, les parties de la personnalité sont ressenties comme n’ayant aucune force liante entre elles »¹⁶ d’où les fortes angoisses auxquelles le nourrisson est soumis. Celui-ci se vivrait donc comme une série d’organes et n’aurait pas une perception unitaire de lui-même.

N’ayant pas à lui seul les moyens de relier entre elles ses différentes parties, ses éprouvés ou ses expériences, nous verrons que dans un premier temps, le nouveau-né a besoin d’un objet contenant capable d’assurer cette fonction. Ainsi, la vie mentale débute par une indispensable rencontre.

La nécessité que s’établisse un lien privilégié entre le bébé et sa mère (ou son substitut) a été mise en évidence par de nombreux psychanalystes : l’établissement de ce lien serait permis du côté du bébé par l’instinct d’*attachement* (mis en évidence par Bowlby), et du côté de la mère par la *préoccupation maternelle primaire* (théorisée par D. Winnicott). F. Tustin précise que les « dispositions innées du nouveau-né à devenir affectivement attaché à sa mère » sont indispensables et que « de graves processus se déclenchent s’il ne le devient pas »¹⁷, mettant ainsi en évidence le rôle actif du nourrisson dans le bon établissement de cette relation.

Comme nous l’avons vu précédemment, C. Athanassiou mentionne la fonction positive des angoisses primitives normales du début de la vie, dans le sens où elles pousseraient le nouveau-né à rechercher naturellement un objet auquel il peut « s’accrocher » et qu’il peut utiliser comme support à son moi immature.

E Bick appelle *objet contenant* un tel objet, et A. Ciccone et M. Lhopital¹⁸ distinguent deux types d’*objets contenant*s successifs. Le premier, appelé *objet momentané*, correspond à des objets externes purement sensoriels tels que E. Bick les a décrits : « une lumière, une voix,

¹⁴ Delion Pierre, *Corps, psychose et institution*. Erès, 2002, p. 10.

¹⁵ Meltzer & coll. *Exploration dans le monde de l’autisme*. Payot. 1984.

¹⁶ Bick E. *L’expérience de la peau dans les relations précoces*, in *Les écrits* de M. Harris et E. Bick, 1987.

¹⁷ Tustin F. *Le trou noir de la psyché*. Seuil, 1989, p.131.

¹⁸ Ciccone C. et Lhopital M. *Naissance à la vie psychique*. Dunod, 2001, p. 33.

une odeur ou tout autre objet sensuel – qui peut tenir l’attention et de ce fait être expérimenté, momentanément tout au moins, comme tenant ensemble les parties de la personnalité »¹⁹. Ces manœuvres primaires d’agrippement, très développées dans la *position autistique* surtout, réaliseraient le premier niveau d’intégration du moi. Ainsi, les objets sont donc investis avant même d’être perçus en tant que tel.

Le second type d’objet contenant, l’*objet optimal*, ne pourra venir le remplacer que grâce à l’expérience suffisamment répétée et bonne de la tétée sécurisante : il correspond non plus à une unique sensation, mais à une entité complète à la fois sensorielle et émotionnelle qui est constituée du sein dans la bouche accompagné de toutes les sensations concomitantes – chaleur, douceur de la voix, sentiment d’être tenu, de sécurité, de réconfort de sa souffrance... Il s’agit d’une expérience de bien être, *de satisfaction* telle que Freud l’avait lui-même dénommée et décrite comme essentielle ; à mesure qu’elle se répète, le bébé sera progressivement en mesure d’en introjecter les qualités et en particulier la sensation de contenance qu’elle lui procure. A. Ciccone et M. Lhopital précisent qu’il s’agit non pas d’un contenant au sens d’un récipient, mais au sens d’un *attracteur* (reprenant l’expression de D. Houzel) qui attire toute la vie pulsionnelle et émotionnelle du bébé.

L’*objet contenant* est considéré comme jouant un rôle fondateur aussi bien dans le développement de la psyché que tout au long de la vie du sujet : il doit absolument avoir été intériorisé par l’enfant pour que celui-ci parvienne à développer des relations d’objets totales avec des objets réels. C’est l’introjection du « bon objet » qui va permettre à l’enfant de supporter l’absence, de rentrer dans le symbolique, donc dans la pensée.

Mais pour jouer pleinement son rôle d’*objet contenant optimal*, l’objet maternant doit avoir certaines qualités.

Les qualités de l’objet contenant maternel et leurs fonctions dans la genèse du moi-peau

D. Winnicott a développé le concept de *préoccupation maternelle primaire*²⁰ pour rendre compte des qualités que doit avoir l’*objet contenant optimal* pour jouer pleinement son rôle de contenant et de support au développement du moi du bébé. Il désigne ainsi un état de repli temporaire de la mère, dans les mois qui suivent la naissance, qui permet que toute son attention soit tournée vers son nouveau-né et qu’elle atteigne une hypersensibilité qui la rende capable de se mettre à la place de son bébé pour répondre à ses besoins. Cette capacité d’attention de la mère envers son bébé, encore nommée *capacité de rêverie* par W. R. Bion²¹, va en quelque sorte attirer l’attention de l’enfant vers l’existence.

Winnicott²² reconnaît aussi une *fonction de miroir* au visage de la mère. A un stade où le nourrisson ne fait pas encore la distinction entre le moi et le non moi et se vit comme faisant un avec sa mère, c’est lui-même qu’il verrait dans le visage de celle-ci. Le bébé aurait alors besoin que l’environnement lui réfléchisse quelque chose de lui-même, réfléchisse ce qu’il est en train de donner, son « soi » propre, pour qu’il puisse commencer à se voir lui-même et

¹⁹ Bick E. L’expérience de la peau dans les relations précoces, in *Les écrits* de M. Harris et E. Bick, 1987.

²⁰ Winnicott D. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Science de l’homme Payot, 1992, p.285-291.

²¹ Bion W. R. *Aux source de l’expérience*. Paris, PUF, 1979.

²² Winnicott D. *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975.

même plus : pour se sentir exister. C'est le sentiment d'être reconnu par un objet maternel qui serait une des sources du sentiment d'exister.

Winnicott en déduit le passage de l'aperception à la perception : « Quand je regarde, on me voit, donc j'existe. Je peux alors me permettre de regarder et de voir. Je regarde alors créativement, et ce que j'aperçois (aperception), je le perçois également »²³.

Ainsi le bébé existerait d'abord au travers de sa mère. A travers cette relation privilégiée, la mère permet au bébé de se découvrir lui-même et elle l'introduit peu à peu au monde : elle a de la sorte déjà *une fonction symbolisante* auprès de son enfant. « Le reflet par l'autre doit rendre représentable, il doit ouvrir à un monde dominé par la représentation symbolique, dégagé hors de l'affect premier, de sa passion totalitaire »²⁴.

Défaillance de l'environnement et pathologie

Dans son article «angoisses psychotiques et images du corps »²⁵, F. Joly décrit les enfants psychotiques comme sujets à des «angoisses primitives qui ne pouvant être mentalisées et subjectivées, le sujet s'en trouve «habité » faute d'une instance subjective à même d'en assurer la gestion psychique »²⁶. Il semble que les angoisses primitives qui sont normalement contenues par *l'objet optimal*, sont au contraire restées particulièrement actives, soit parce que l'objet contenant a été déficient, soit parce que le bébé était trop sensible ou encore parce que les expériences traumatiques ont été trop importantes. L'objet optimal n'a pas pu assurer sa fonction de contenir les parties encore non intégrées du bébé notamment en transformant les *éléments bêta* en *éléments alpha*²⁷, ce qui a eu pour conséquence l'impossibilité pour l'enfant d'intérioriser un objet suffisamment contenant et sécurisant. Cette absence d'objet interne contenant donnerait un sentiment de vide au sujet psychotique, source d'importantes angoisses corporelles. Ses expériences subjectives n'ayant pas été rendues représentables, elles gardent un statut actuel dans sa psychée, un mode de présence quasi-hallucinatoire.

Winnicott²⁸ considère la psychose comme une conséquence d'une perturbation dans la relation entre la mère et son bébé avant la constitution du moi (self), alors que c'est le moi de la mère qui doit servir d'appui au moi du bébé pour lui garantir un sentiment continu d'exister. Si l'adaptation de la mère au bébé n'assure pas cette fonction de support au moi, cela risque d'entraîner un envahissement de l'environnement sur l'enfant, qui en conséquence peut déclencher des angoisses terribles de type paranoïde et des défenses extrêmes en réaction à celles-ci. Quand la mère ne partage pas les mêmes affects que son nourrisson (qu'il y a échec de la relation en double), elle n'est plus intelligible pour lui : l'autre est vu alors comme non saisissable. Winnicott avait compris ce sentiment de perte de l'enfant psychotique et l'avait appelé *dépression psychotique*. Il caractérise la détresse ressentie par l'enfant lors d'une perte physique d'une partie de la mère qui est vécue comme étant intolérable.

²³ Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975, p 158.

²⁴ Bayle G. & coll. *La séparation*. In Press, 2003, p. 29.

²⁵ Joly F. *Angoisses psychotiques et images du corps*, Neuropsychiatrie Enfance Adolescence, 1996, n° 44 (11), 581-590.

²⁶ Ibid, p.585.

²⁷ Bion W. R. *Aux source de l'expérience*. PUF, 1979.

²⁸ Winnicott D. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Science de l'homme Payot, 1992.

CONSTITUTION DES ENVELOPPES PSYCHIQUES COMME PREALABLE A L'EMERGENCE DU JE

Les contacts peau à peau comme 1^{er} organisateur du psychisme

Pour D. Anzieu²⁹ comme pour Esther Bick³⁰, la constitution précoce du moi du bébé, dénommé *moi-peau* par D. Anzieu, se développe à partir des premières expériences corporelles, essentiellement tactiles, entre le nourrisson et sa mère.

« La surface d'ensemble de son corps et de celui de sa mère fait l'objet, chez le bébé, d'expériences aussi importantes, pour leur qualité émotionnelle et pour leur effet de stimulation du plaisir et de la pensée, que les expériences liées au fonctionnement des orifices ou à la présence imaginaire d'objets internes étayés sur les sensations provenant des organes internes »³¹.

Grâce à leur *préoccupation maternelle primaire*³², les mères *normalement dévouées*³³ ressentent naturellement l'existence de plaisirs de peau chez leur nourrisson et y répondent volontairement à travers leurs jeux, leurs chatouilles et leurs caresses, les portages et les étreintes. « Le tout petit reçoit les gestes maternels d'abord comme une excitation puis comme une communication. »³⁴.

D. Anzieu décrit ce plaisir de l'excitation de la peau comme étant diffus et global, non-sexuel mais érotique, et souligne le rôle clé de ces communications préverbaux précoces dans le développement ultérieur de la parole que dans la qualité de la vie sexuelle adulte future.

L'effet principal et normal de la stimulation de la peau par la mère est le sentiment de sécurité qu'acquiert alors l'enfant. L'attachement apporte au tout petit (à condition toutefois d'ajouter : s'il fait l'objet d'expériences agréables) le sentiment de protection, de sécurité dans son corps et dans la vie, base sur laquelle peut se manifester l'élan intégratif du moi.

En plus de cette double fonction de plaisir et de pensée, cet auteur attribue à la peau un rôle d'enveloppe et de barrière, de premier lieu d'échange avec autrui, de surface d'inscription ... : « La peau est le sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein de l'allaitement, les soins, le bain de paroles y ont accumulés [...], l'interface qui marque la limite avec le dehors [...] et un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations significatives ; elle est de plus une surface d'inscription des traces laissées par ceux-ci. »³⁵

En déduction de toutes ces observations, D. Anzieu a développé le concept de *Moi-peau* qui repose sur l'hypothèse que « la première différenciation du moi au sein de l'appareil psychique s'étale sur les sensations de la peau et consiste en une figuration symbolique de celle-ci ».

²⁹ Anzieu D. *Le moi-peau*, Dunod, 1995.

³⁰ Bick E. *L'expérience de la peau dans les relations précoces*, in *Les écrits* de M. Harris et E. Bick, 1987.

³¹ Anzieu D. *Le moi-peau*, Dunod, 1995, p. 60.

³² Winnicott D. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Science de l'homme Payot, 1992, p.285-291.

³³ Ibid.

³⁴ Anzieu D. *Le moi-peau*, Dunod, 1995, p. 60.

³⁵ Ibid, p. 61.

Ce seraient les expériences de la surface du corps qui serviraient de « 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»³⁶

Ainsi, le *Moi-peau* se constitue d'abord à partir de l'expérience tactile et « hérite » sur le plan métaphorique des fonctions de la peau elle-même.

L'auteur souligne aussi que ce premier lien à sa mère fait vivre au nourrisson l'expérience de la globalité : globalité de son corps et de celui de sa mère, globalité de ses sensations, globalité du sentiment d'amour partagé avec sa mère...

Le bon développement du *moi-peau* est donc conditionné par la qualité des soins maternel, c'est à dire par la capacité de l'objet maternant à procurer à son bébé un vécu suffisant de bien-être et de sécurité. C'est à cette seule condition qu'il pourra acquérir la sensation qu'il est contenu à l'intérieur de sa propre peau, percevoir celle-ci comme une surface délimitant un espace intérieur et un espace extérieur, et ainsi de se figurer un contenant. Ce psychanalyste en a déduit que le premier objet contenant externe était ressenti comme faisant office de peau, par le nourrisson.

C'est en s'identifiant progressivement à son objet contenant externe que le bébé va peu à peu développer son propre *moi-peau*, héritant des mêmes fonctions que cet objet et devenant capable de lui-même contenir les parties du *Self*. L'objet contenant externe relayé peu à peu par « l'instauration du *Moi-peau* répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base »³⁷.

En conséquence, l'objet maternel, la peau et le *moi-peau* auraient un certain nombre de fonctions communes, dont en particulier :

- La fonction de soutien du corps du bébé par la mère, appelé *holding* par D. Winnicott, assure au bébé un sentiment d'unité et de solidité à la fois physique (soutènement du squelette et des muscles) et psychique (liaison des parties éparses de sa personnalité qui maintient le psychisme en état de fonctionner). La qualité de ce soutien maternel conditionne la capacité de l'enfant à développer un moi fort et autonome, capable de s'appuyer sur un centre solide.

- La fonction contenante de la mère est assurée essentiellement par l'ensemble des soins adaptés (qui comprennent les échanges ludiques et affectifs) qu'elle prodigue à son nourrisson : cela correspond au *handling* de Winnicott. La qualité de ces soins dépend de la capacité de la mère à comprendre les besoins et les émotions de son bébé, et à y répondre de manière adaptée et vivante. W.R. Bion³⁸ explique en détail cette fonction de la mère qu'il dénomme *capacité de rêverie maternelle* : il s'agit pour la mère de donner sens aux vécus corporels et émotionnels que son bébé évacue en elle du fait de son incapacité à les gérer lui-même; elle permet ainsi que ces éléments douloureux ne demeurent pas inchangés « choses en soi » ou « éléments bêta » mais soient métabolisés en « éléments alpha ». (C'est à dire en des entités psychiques, images visuelles, schèmes auditifs ou olfactifs, qui peuvent donc être dirigés par le psychisme). La mère réalise cela au travers d'interactions ludiques le plus souvent. C'est ainsi que le bébé apprend à lier la haine à l'amour, et qu'une intégration pulsionnelle s'effectue. Cette transformation par l'objet optimal est nécessaire au

³⁶ Ibid.

³⁷ Ibid.

³⁸ Bion W. R. *Aux source de l'expérience*. Paris, PUF, 1979, p 24.

développement de la pensée ; sans elle les vécus « bruts » de l'enfant demeurent actifs sous forme de *terreur sans nom*.

L'intériorisation de cette fonction permet au moi d'acquérir le sentiment d'avoir un *moi-peau* qui enveloppe la psyché et permet ainsi de contenir l'ensemble des sensations et excitations.

- La mère réalise encore une fonction de *pare-excitation* en se montrant capable de protéger son bébé de stimulations extérieures excessives et d'apaiser ses sentiments de malaise interne. En intériorisant cette fonction, le bébé deviendra à même de lui-même filtrer et gérer les stimulations externes et internes.

Ainsi, la condition essentielle au développement du *moi-peau* est, comme l'écrit Esther Bick³⁹, l'introjection (c'est à dire la construction à l'intérieur de soi) d'un objet externe vécu comme étant capable de tenir ensemble les différentes parties du Self : cette introjection constitue donc une première base à l'intégration de la personnalité.

Les trois phases du développement du moi-peau ou les trois positions dominantes dans le développement précoce

Ciccone et Lhopital (1991) établissent un parallèle entre les trois positions essentielles, distinguées par M. Mahler (1970) dans le développement psychique précoce, et les 3 étapes d'intégration du *moi-peau* décrites par D. Anzieu.

Pour cet auteur, le *moi-peau* commence à se développer à partir de la constitution des enveloppes sensorielles (tactile, sonore...) au cours de la *position autistique*, puis se poursuit dans la *position symbiotique* par le fantasme d'avoir une peau commune avec l'objet symbiotique (la mère en général), pour s'achever au cours de la *position dépressive* grâce à l'introjection de la *fonction contenante* de l'objet maternel.

La position autistique normale : 1^{ère} étape d'intégration du moi-peau

Durant les deux premiers mois de la vie, le fonctionnement psychique dominant du nourrisson correspondrait à un « état mental autistique »⁴⁰, selon la terminologie de A. Ciccone et M. Lhopital. Cet état se caractériserait par la prévalence d'un mode primitif de relation avec les objets externes ou internes, sous tendu par deux processus mentaux appelés respectivement *identification adhésive* et *démantèlement*.

L'*identification adhésive*, met en jeu une forme de dépendance par « collage » aux objets, dans laquelle l'existence des objets n'est pas reconnue. Selon F. Tustin, de cette façon « Les objets ne sont pas distingués du flot de sensations qu'ils produisent et donnent à l'enfant le sentiment de son existence. »⁴¹ Lors d'une montée d'angoisse, il permet au bébé de préserver son homéostasie interne en s'agrippant à une sensation (par exemple à une contraction musculaire des yeux ou des poings, à un reflet, à un son...).

³⁹ Bick E. *L'expérience de la peau dans les relations précoces*, in *Les écrits* de M. Harris et E. Bick, 1987.

⁴⁰ Ciccone C., Lhopital M. *Naissance à la vie psychique*. Paris, Dunod, 2001, p. 102.

⁴¹ Ibid, p. 99.

Dans *l'identification adhésive* à la mère, la peau intervient à un niveau de pure sensorialité, en deçà de la fonction limitante et contenant qu'elle acquiert par la suite. Le nourrisson se place en contiguïté avec sa mère, comme s'ils ne faisaient qu'un, comme s'ils avaient la même peau : il se fond à l'objet en restant dans une dépendance en surface. Par ces illusions, le bébé évite la prise de conscience de l'extériorité, et donc de la séparation, source de souffrance et d'angoisse que son système psychique tout juste naissant serait incapable de supporter : il s'agirait donc d'un mécanisme défensif primitif normal. L'objet n'est alors reconnu qu'à travers l'unique sensation qu'il offre à l'enfant.

Le mécanisme désigné par le terme *démantèlement*, défensif lui aussi, correspondrait à un mécanisme de clivage passif qui consiste en « une suspension de l'attention qui conduit les sens à errer chacun vers leur objet le plus attractif de l'instant ». En conséquence, tout objet n'est pas perçu en tant qu'entité mais éparpillé en une multitude de facettes. Ce mécanisme serait utilisé à des fins de simplification perceptive de l'environnement et de régulation du niveau de vigilance. D. Meltzer⁴² précise que l'enfant évolue alors dans un monde à deux dimensions, ne permettant pas la définition d'espace interne ni de contenant, donc sans activité mentale.

Les objets sont donc alors utilisés comme *objets momentanés*.

Pour D. Anzieu, l'état mental autistique serait régi par un fantasme qu'il nomme « intra-utérin » et qui correspond au désir de retourner dans le ventre maternel. Ce fantasme pousserait le bébé à développer des mécanismes tels que les enveloppements-formes autistiques pour reproduire les sensations éprouvées dans la matrice et prolonger l'indifférenciation intra-utérine.

Ces processus permettent à l'enfant de se procurer lui-même du bien être et de se protéger du monde extérieur en fonctionnant en système fermé, autosuffisant, « enveloppé dans une sorte de « matrice postnatale » protectrice »⁴³. On voit que s'ils fonctionnent en excès, ils entravent l'ouverture du bébé au monde et en conséquence son développement psychique.

La position symbiotique normale ou position Schizo-paranoïde : 2^{ème} étape d'intégration du moi-peau

Le passage de la position autistique à la position symbiotique m'apparaît merveilleusement exprimée par la phrase suivante de P. Payez : « Sortir de la position autistique, c'est rassembler son attention grâce à la séduction du monde maternel, c'est entrer dans ce jeu de l'amour et de la tendresse qui se conjugue dans l'intimité de la peau »⁴⁴.

Au contraire de la position autistique, la position symbiotique, qui dominerait du 2^{ème} au 8^{ème} mois, voit se différencier un moi psychique ainsi qu'un objet symbiotique qui commence à être perçu et désiré en tant qu'objet de satisfaction des besoins. Mais celui-ci n'est encore perçu que comme objet partiel car clivé en un objet idéal – le bon sein avec lequel le sujet cherche à fusionner – et un objet persécuteur – le mauvais sein – qu'il cherche à dénier absolument. Ce mécanisme de clivage prend le pas sur celui de démantèlement.

⁴² Meltzer & coll. Exploration dans le monde de l'autisme. Payot. 1984.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Prayez P. *Le toucher en psychothérapie*, EPI, Hommes et perspectives, 1994.

Le processus d'*identification projective* prend le relais sur celui d'*identification adhésive* : il maintient l'illusion d'une frontière commune entre le sujet et l'objet ainsi que le sentiment d'être hébergé dans la psyché de son objet.

Pour D. Anzieu, le fantasme alors actif est celui de « peau commune » qui maintient les partenaires dans une relation empathique réciproque qui se passe de tout intermédiaire, qui exclu le tiers. Il s'agit donc d'un « état mental dominé par une fusion hallucinatoire à l'intérieur d'une frontière commune entre le moi et l'objet symbiotique »⁴⁵.

Mais cette peau en étant vue comme une frontière permet que le bébé se représente l'objet comme ayant un espace intérieur susceptible d'accueillir ses identifications projectives, de servir de contenant à son moi naissant.

L'utilisation des objets comme *objets momentanés* cède la place à la recherche de *l'objet contenant optimal*.

La phase d'individuation-séparation : 3^{ème} étape d'intégration du moi-peau

Peu à peu, au fur et à mesure que le moi du bébé se renforce grâce au soutien psychique et physique de la mère, les mécanismes de clivage en bon sein/mauvais sein s'affaiblissent, ce qui permet à l'enfant de commencer à percevoir sa mère comme un objet total et séparé de lui. Il entre dans la position dépressive décrite par M. Klein.

Dès lors, il ressent de la souffrance et de l'angoisse dépressive car il prend conscience que cet objet peut-être perdu. De plus, ayant peur d'avoir lui-même détruit l'objet par ses pulsions destructrices, il développe des désirs de réparation et de restauration du bon objet.

Cela le conduit à tenter d'intérioriser son lien à l'objet, à introjecter les fonctions contenantes de celui-ci et à créer une représentation du bon objet dans sa psyché (prémices de la symbolisation). C'est le processus d'*identification introjective*, autour duquel sa personnalité va se constituer peu à peu, qui devient alors dominant.

Ce travail d'intériorisation devrait permettre à l'enfant de faire le deuil de la possession de sa mère, condition nécessaire au développement de l'autonomie et à l'individuation.

Les défauts de constitution des enveloppes

Les travaux de synthèse de A. Ciccone et M. Lhopital, à partir des études sur le développement précoce de différents auteurs, essentiellement d'obédience post-kleinienne tels que E. Bick, G. Haag, F. Tustin, D. Meltzer, W.R. Bion, D. Anzieu, me paraissent particulièrement éclairant pour comprendre ce qui se passe dans la pathologie psychotique et autistique. Ils parviennent même ainsi à faire le pont entre différentes pathologies en partant de la découverte par E. Bick des défenses « seconde peau ».

Selon E. Bick, « une perturbation dans la première fonction de la peau peut conduire au développement d'une « seconde peau » par le biais de laquelle la dépendance à l'objet est remplacée par une pseudo-indépendance, par l'usage inapproprié de certaines fonctions

⁴⁵ Ibid, p.120.

mentales, ou peut-être de talents innés, dans le but de créer un substitut à cette fonction contenante de la peau. »

« Un mauvais développement de ce premier contenant ou de cette fonction-« peau » peut survenir du fait de défaut de l'objet ou du fait d'attaques fantasmatisques qui détériorent la forme dans laquelle il est introjecté »⁴⁶.

Il existerait différents modes de recours à des « secondes peaux » psychiques dont la fonction serait de remplacer « la dépendance envers l'objet par une pseudo-indépendance grâce à l'utilisation pathologique des modalités identificatoires primitives (identification adhésive et identification projective) »⁴⁷.

Leur fonction au niveau du monde interne du sujet consisterait à maintenir un éprouvé d'identité et de continuité d'être, sans doute afin de compenser une défaillance de contenance du premier objet maternel.

Différents types de « secondes peaux » ont été mis en évidence en fonction qu'elles s'appuient sur des modalités sensorielles, musculaires, mentales ou intellectuelles.

L'effet de contention de la « seconde peau » peut soit desservir le développement (par exemple si, comme dans l'autisme, il provoque un repli narcissique dans un monde autosensuel par agrippement aux objets, formes et manœuvres autistiques), soit au contraire le soutenir en donnant le sentiment d'une étanchéité au monde interne qui contient et maîtrise les angoisses archaïques.

Lors d'une faillite dans l'adaptation active de l'environnement aux besoins du nourrisson, qui a pour conséquence un empiétement de l'environnement sur le nourrisson, le bébé est poussé à réagir contre cet empiétement qui trouble son sentiment de continuité d'existence. « La continuité d'existence soutient le développement du « vrai-self » », ou du Soi en terme psychosynthétique. Le sentiment d'exister du nourrisson dépend de la capacité de sa mère à s'identifier à ses besoins, et permet le déploiement du « vrai self ». Mais à l'inverse, « si la mère n'est pas « suffisamment bonne », l'enfant commence par réagir au lieu d'exister »⁴⁸.

ACCESSION A LA REALITE

De l'illusion à la réalité, en passant par la destructivité

Les modes de relation à l'objet : de l'investissement à l'usage

Dans le développement psychique, Winnicott a insisté sur la capacité du sujet à entrer en relation avec les objets, capacité qui se dessine en plusieurs étapes.

- Le premier mode de relation à l'objet, qu'il désigne sous le terme « investissement de l'objet », correspond à une relation essentiellement projective, où les objets sont

⁴⁶ Ibid, p.

⁴⁷ A. Ciccone & M. Lhôpital, *Naissance à la vie psychique*. Dunod, 2001, p. 268.

⁴⁸ Ibid.

subjectifs. Quand le sein apparaît aussitôt à son appel, le bébé a l'illusion qu'il crée le sein. Cette période d'illusion primaire, durant laquelle l'enfant se croit créateur des objets externe, est nécessaire : elle permet que l'enfant accorde un sens à l'idée d'une relation avec un objet. En vivant répétitivement cette expérience omnipotente de créer le sein (plus généralement l'ensemble des soins de la mère), l'objet sein devient significatif et acquiert une valeur subjective pour le bébé. Le sein est ainsi la première possession non-moi. Mais comme on le voit, ceci est conditionné par la qualité de l'adaptation de l'objet maternant, qui doit être presque totale au début. « Si tel n'était pas le cas, l'enfant ne pourrait développer la capacité de vivre une relation avec la réalité externe ou même de se faire une conception de cette réalité. »⁴⁹. Cette phase correspond à ce que l'on a coutume de qualifier de « phase d'illusion omnipotente », durant laquelle la réalité interne prime sur la réalité externe. A travers l'adaptation quasi totale de sa mère à ses besoins, le nourrisson « vit alors une expérience de contrôle magique »⁵⁰, sur les objets externes.

- Le second mode de relation d'objet est celui de « l'usage de l'objet ». Ce mode implique que l'enfant reconnaisse la nature réelle de l'objet, son existence indépendante en dehors de son contrôle omnipotent. « Pour utiliser un objet, il faut que le sujet ait développé une capacité d'utiliser les objets, ce qui fait partie d'un changement intervenant dans le principe de réalité. »⁵¹. Les objets sont alors reconnus comme faisant partie d'une réalité partagée.

Mais le passage du mode de *l'investissement* à celui de *l'usage* est source de fréquentes difficultés, et ses ratés seraient à l'origine de nombreuses pathologies.

Transitionnalité et paradoxe de l'objet « trouvé-crée »

D.W. Winnicott a développé les notions d'objet et de phénomènes transitionnels pour décrire le processus en jeu dans le passage de *l'investissement* omnipotent des objets à *l'utilisation* des objets réels. Il désigne ainsi « l'aire intermédiaire d'expérience qui se situe [...] entre l'érotisme oral et la véritable relation d'objet »⁵² et « à laquelle contribue simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure »⁵³.

A mesure que l'enfant acquiert la confiance en la fiabilité de sa mère, il s'ouvre un terrain de jeu entre eux : « un espace potentiel entre le bébé et la mère »⁵⁴, « un terrain de jeu intermédiaire où l'idée de magie prend sa source dans la mesure où le bébé fait bien là *l'expérience* de l'omnipotence »⁵⁵.

L'aire transitionnelle désigne ainsi un espace intermédiaire d'expérience entre le monde interne et la réalité extérieure, où l'enfant apprend à utiliser l'illusion (inhérente à la capacité de jouer, puis chez l'adulte, à l'art et à la religion). L'essence de l'illusion naît de la première relation à la mère dont l'adaptation totale aux besoins de son bébé donne à celui-ci l'illusion qu'il crée le sein. La rencontre avec le monde extérieur se fait donc d'abord à travers l'illusion

⁴⁹ Winnicott D. W. *Jeu et réalité*. Gallimard, 1975, p. 20.

⁵⁰ Ibid, p.67.

⁵¹ Winnicott D. W. *La crainte de l'effondrement*. Gallimard, 2000, p. 235.

⁵² Winnicott D. W. *Jeu et réalité*. Gallimard, 1975, p. 8.

⁵³ Ibid, p. 9.

⁵⁴ Ibid, p. 59.

⁵⁵ Ibid, p.67.

d'en être le créateur, que le sein lui appartient et même qu'il fait partie de lui : le bébé doit faire l'expérience illusoire de son contrôle omnipotent sur le monde extérieur avant de pouvoir reconnaître peu à peu la réalité séparée des choses. Le sein est paradoxalement un objet « trouvé-crée » par l'enfant : le bébé crée l'objet, mais l'objet était là, attendant d'être créé et de devenir un objet investi.

Par la suite, un *objet transitionnel* est en général choisi, trouvé-crée par l'enfant, entre le 4^{ème} et le 12^{ème} mois, et constitue sa « première possession non-moi »⁵⁶ ; il lui attribue une grande importance, en particulier pour apaiser ses angoisses dépressives. Cet objet se situe à mi-chemin entre monde interne et réalité ; il est à la fois objet de réconfort et cible des attaques destructrices de l'enfant. Prémices du symbolisme, cet objet a pour valeur symbolique de représenter et de prendre la place du « bon sein » externe. « Les objets et les phénomènes transitionnels font partie du royaume de l'illusion qui est à la base de l'initiation de l'expérience »⁵⁷.

Naissance du jeu et développement du Je

Freud, à travers sa description du célèbre « jeu de la bobine »⁵⁸, a été le premier à mettre en évidence la fonction maturante du jeu, dans le développement de l'enfant. La mise en scène par le jeu de la disparition/réapparition la mère, a une fonction réparatrice. En effet, la maîtrise par le jeu de la situation traumatique aide le bébé à surmonter la position dépressive, à l'âge où il prend conscience que sa mère est différente de lui et qu'il peut donc la perdre.

Par le jeu, le jeune humain commence à s'appropriier les objets du monde externe, à en acquérir la maîtrise. D.W. Winnicott situe le jeu dans l'espace intermédiaire entre le monde interne et le monde externe, qu'il a dénommé *aire transitionnelle*. Le jeu marque le passage de l'état d'union avec la mère à l'état où l'enfant est en relation avec elle. Il prend sa source à partir du terrain de jeu qui s'instaure entre l'enfant à sa mère.

Dans cette aire intermédiaire entre lui et sa mère, entre son monde interne et la réalité externe, l'enfant apprend à manipuler peu à peu les phénomènes extérieurs en les mettant au service de son monde interne. Si la mère réfléchit en miroir la créativité de l'enfant, celle-ci s'intègre à la personnalité individuelle et donne au sujet un sentiment d'être. Au travers du jeu, dans la relation de confiance à sa mère, l'enfant fait peu à peu l'expérience d'être lui-même, en découvrant sa créativité propre.

D'un côté, le jeu favorise la mise en scène à l'extérieur des pulsions et fantasmes internes, il permet l'expression libre de la créativité, et de l'autre, il représente un moyen d'appriivoiser la réalité. Il serait un premier mode de symbolisation avant même l'apparition du langage.

Selon Winnicott, le jeu est un processus créateur et d'intégration de soi, car « c'est en jouant, et seulement en jouant que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et peut utiliser sa personnalité tout entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi »⁵⁹.

⁵⁶ Ibid, p. 8.

⁵⁷ Ibid, p. 25.

⁵⁸ Freud S. *Essais de psychanalyse. Au-delà du principe de plaisir*. Petite Bibliothèque Payot, 1997, p. 52.

⁵⁹ Winnicott D. W. *Jeu et réalité*. Gallimard, 1975, p. 76.

Le jeu évolue du jeu mère-enfant dans l'espace potentiel, à la capacité de jouer seul en présence de la mère, jusqu'au jeu partagé avec autrui. « Nous expérimentons la vie dans l'aire des phénomènes transitionnels » et « c'est sur la base du jeu que s'édifie toute l'expérience existentielle de l'homme »⁶⁰.

La valeur positive de la destructivité

Il revient à la mère d'aider son enfant à passer du mode de relation *d'investissement* à *l'usage* de l'objet. Ce passage est conditionné par la capacité du sujet à assigner une place à l'objet en dehors de son contrôle omnipotent, ce qui implique « que le sujet détruit l'objet »⁶¹ dans son monde interne.

Une poussée destructrice précoce anime l'enfant, dans l'optique positive de mener à l'objectivation de l'objet. L'enfant a besoin d'expérimenter sa destructivité sur l'objet, pour que celui-ci acquiert un statut réel. Le sujet pourra alors *utiliser* l'objet à condition que celui-ci ait survécu. Survivre signifie que l'objet conserve ses caractères : il n'applique pas de représailles, ni ne se retire de la relation, il contient les poussées pulsionnelles de l'enfant (en les transformant en *éléments alpha*).

Winnicott voit donc dans la destruction le principe même de la prise de conscience de la réalité externe et de la capacité d'utiliser les objets externes : en survivant aux fantasmes destructeurs de l'enfant, l'objet révèle à celui-ci sa constance et ainsi son existence propre, en dehors du monde interne de l'enfant. En étant répétitivement détruit sur un mode interne, l'objet qui survit fait ressentir à l'enfant sa réalité. L'objet pourra ensuite être utilisé en tant que tel. « Ainsi se crée un monde de réalité partagée que le sujet peut utiliser et qui peut envoyer en retour dans le sujet une substance autre-que-moi »⁶².

A l'inverse, si l'objet ne survit pas à la destructivité, l'enfant reste dans la croyance de la toute puissance de ses fantasmes destructeurs et de leur dangerosité : il n'accède pas à la séparation entre le fantasme et la réalité. L'accession à la réalité est alors compromise dans le sens où elle symbolise la perte effective de l'objet, qui n'a pas survécu, et l'enfant risque alors de mettre en place des défenses contre ses pulsions destructrices et contre la crainte de perdre de nouveau l'objet. Cela peut mener à la psychose s'il y a envahissement de la psyché par les fantasmes destructeurs, et défense par intensification des processus de clivage du moi et de clivage des objets.

L'indispensable séparation

Séparation maturante

« La tâche ultime de la mère est de désillusionner progressivement l'enfant, mais elle ne peut espérer réussir que si elle s'est d'abord montrée capable de donner les possibilités suffisantes d'illusion »⁶³. En relâchant peu à peu son adaptation aux besoins de son enfant, la

⁶⁰ Ibid, p. 90.

⁶¹ Winnicott D. W. , *La crainte de l'effondrement*, Paris, Gallimard, 2000, p. 236.

⁶² Ibid, p. 242.

⁶³ Winnicott D. W. *Jeu et réalité*. Gallimard, 1975, p. 21.

mère amène celui-ci à prendre conscience qu'elle existe en dehors de son aire de contrôle omnipotent.

C'est lorsqu'il est contraint d'attendre un peu la satisfaction de ses besoins que l'enfant est amené à halluciner l'objet de satisfaction, prémices de son activité psychique. C'est pourquoi la mère doit relâcher progressivement sa « préoccupation maternelle primaire » envers son enfant, et réinvestir peu à peu ses intérêts propres. Mais elle doit être vigilante à adapter le rythme de ce relâchement aux capacités de l'enfant à supporter son absence.

C'est l'étape particulièrement délicate de l'accession à la position dépressive et à son élaboration, comme nous l'avons vu précédemment.

Elle se prépare antérieurement selon Golse⁶⁴, à travers les premiers éléments de tiercéité qui existeraient d'emblée entre l'enfant et sa mère : car celle-ci est là avec ses propres désirs en tête, et aussi à travers les objets médiateurs qu'elle introduit peu à peu dans les jeux avec son enfant.

Séparation traumatique et défenses psychotiques

Un enfant privé d'expériences suffisantes de séparation n'accéderait pas à une pensée autonome. L'hypothèse de certains auteurs au sujet de la psychose symbiotique est que l'enfant psychotique se maintient dans la relation fusionnelle omnipotente où il possède sa mère. Mais cette hypothèse n'explique pas la raison de ce maintien et me paraît dangereuse dans le sens où elle peut pousser soignants et parents à adopter une position caricaturale consistant à vouloir éduquer l'enfant à tout prix. Ils risquent alors d'adopter eux-mêmes une position toute puissante, consistant à maîtriser le patient ou à le réduire à n'être qu'un objet éduicable : c'est le cas me semble-t-il des conceptions et traitements purement comportementalistes, tels que le programme TEACCH⁶⁵ qui centre son action thérapeutique sur développement adaptatif des enfants autistes, laissant de côté leurs souffrances psychiques, et les transformant en petits robots polis mais privés d'affects.

La vision des pathologies autistiques et psychotiques, adoptée par Ciccone et L'hôpital, comme étant provoquée par un vécu traumatique de la séparation, me paraît plus propre à favoriser une écoute empathique des angoisses des patients et à le prendre en compte dans sa globalité psychique. Selon eux, ces pathologies correspondraient à des états défensifs se mettant en place en raison de l'échec à supporter la douleur dépressive et l'angoisse déclenchée par la prise de conscience de la séparation. C'est l'absence d'un bon objet suffisamment intériorisé pour atténuer cette douleur psychique qui serait à l'origine de cet échec.

Cette vision réintroduit le rôle de l'environnement dans l'accession de l'enfant à une individualité autonome. Si l'environnement n'est pas à même de tenir compte des capacités de l'enfant à supporter des moments de séparations trop longs, il risque d'induire chez l'enfant des défenses pathologiques contre la séparation.

⁶⁴ Golse, médecin psychiatre spécialiste de la 1^{ère} enfance à l'hôpital Necker, Paris.

⁶⁵ Programme développé par Eric SCHOPLER en Caroline du Nord, et adopté par plusieurs associations de parents d'enfants autistes en France.

D'un autre côté une mère qui ne permettrait pas à son enfant de vivre des expériences progressives de séparation, ne permet pas à celui-ci de s'y adapter peu à peu, d'où le risque qu'il soit précipité dans l'angoisse lors de l'entrée à l'école, moment d'émergence de nombreuses psychoses. Ces mères d'enfants psychotiques sont souvent décrites comme entretenant un lien d'amour ambivalent, le maintien dans une relation fusionnelle visant à les protéger de sentiments de haines ressentis envers leur enfant. Mais dans cette illusion d'aimer leur enfant, elles en font en réalité un objet aliéné, qu'elles seules peuvent satisfaire et qui a pour fonction de conforter leur propre narcissisme défaillant. Elles se montrent incapables d'accepter l'enfant réel tel qu'il est et tel qu'il peut devenir.

Chez l'enfant, « Le destin de cette douleur dépressive, autrement dit sa transformation en angoisse autistique ou paranoïde, sera inhérent à l'état mental lors de l'expérience dépressive »⁶⁶. « Si l'angoisse dépressive est vécue comme une terreur sans nom, l'enfant l'évacuera par la rigidification *autistique*, et l'évacuation émotionnelle sera garantie au prix du démantèlement de l'appareil psychique et perceptuel, démantèlement qui ne pourra pas transformer les angoisses catastrophiques. [...] Si l'angoisse dépressive est vécue comme une désintégration, la psyché s'organisera selon les aménagements *paranoïde-schizoïdes*, évacuant l'émotion au prix du clivage, lequel nourrira les angoisses persécutoires »⁶⁷. Ces angoisses de nature narcissiques concernent le moi lui-même et attaquent les objets internes jusqu'à les détruire.

« Autrement dit l'évitement de la douleur dépressive convoque des défenses – spécifiques à chaque état de maturation psychique – responsables d'angoisses encore plus dommageables »⁶⁸.

⁶⁶ Ciccone C., Lhopital M. *Naissance à la vie psychique*. Dunod, 2001, p. 157.

⁶⁷ Ibid, p. 157-158.

⁶⁸ Ibid, p. 158.



Trou Noir

*Un nouveau-né non relié à une mère aimante et
présente psychiquement,*

*A le sentiment qu'il va tomber indéfiniment dans la
béance d'un trou noir,*

Dans le vide sidéral et sidérant.

*Angoisse inimaginable d'être aspiré dans un
tourbillon qui mène à l'annihilation.*

DEUX FORMES DE DEVELOPPEMENT PATHOLOGIQUE : L'AUTISME ET LA PSYCHOSE SYMBIOTIQUE

L'autisme pathologique

Fixation ou régression à la position autistique

Comme je l'ai déjà mentionné ci-dessus, l'autisme pathologique correspondrait à une fixation ou une régression à la position autistique normale, en réaction à la terreur « sans nom » provoquée par une prise de conscience trop précoce et brutale de l'extériorité, donc de la séparation d'avec la mère. Selon F. Tustin⁶⁹, les expériences de séparation corporelle si elles ne sont pas contenues par la mère, confrontent le nourrisson à un environnement où s'ouvrent des « trous noirs ». De telles angoisses s'expliquent par le fait que la perte de l'objet maternel est vécue alors par le bébé comme la disparition de lui-même, comme une annihilation générant la terreur de ne plus exister, du « non être ».

L'enfant autiste demeure habité par la terreur du non-moi et s'en défend par les manœuvres autistiques.

Les défenses : construction d'une barrière défensive contre le non-moi

L'enfant autiste se défendrait du non-moi en amplifiant les mécanismes d'identification adhésive et de démantèlement, afin de se maintenir dans un monde dominé par la sensation. Ce monde bidimensionnel fait d'objets plans (*objets momentanés*) est sans limite et donc sans rupture : il le protège donc de tout risque de revivre la terreur de se perdre dans le non-moi, mais bloque l'émergence de la pensée. Ces mécanismes conduiraient le bébé à utiliser de plus en plus les sensations de son propre corps, à manipuler-engendrer des objets autistiques et à créer des formes autistiques.

F. Tustin⁷⁰ précise que les objets autistiques, qui sont le plus souvent des objets durs ou même la musculature de leur propre corps, leur servent à créer une carapace, une sorte de muraille défensive, une « formation d'une seconde peau » (selon E. Bick), dont la fonction peut être comparée à un pare-excitation extrême. Les formes autistiques, quant à elle, peuvent être comparées à des enveloppements doux ayant une fonction calmante, constructions substitutives au réconfort maternel.

F. Tustin traite cela « d'illusions (qui) leur ont donné l'impression d'avoir une barrière artificielle, inerte, et non une peau humaine qui respire, qui vit »⁷¹. Cette « mise en capsule » comme elle l'appelle est une façon de se créer artificiellement leur propre contenant, en

⁶⁹ Tustin F. *Le trou noir de la psyché*. Seuil, 1989.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Ibid, p. 144-145.

faisant donc l'impasse du 1^{er} contenant naturel : la mère, et donc aussi du « contenant plus souple des relations humaines »⁷².

De ce fait, le sujet est resté au stade de l'utilisation de *l'objet momentané* : c'est à dire à l'utilisation d'un objet sensuel qui a pour seule fonction de contenir son attention sur une unique modalité sensorielle, qu'il continue à faire fonctionner séparément des autres modalités par le processus de *démantèlement*. Le rapport à l'objet est sur le mode de *l'identification adhésive*, c'est à dire un mode de collage à l'objet.

Ainsi, en réaction à cette expérience traumatisante de l'espace tridimensionnel, l'enfant se maintient dans un *espace bidimensionnel* dans lequel il n'a pas conscience de l'existence séparée des objets .

Echec du développement des relations d'objet

Les défenses sont au service d'un processus antiobjectal qui a pour fonction d'empêcher la prise de conscience de la différenciation Soi/non Soi : il y a agrippement ou « adhésivité » aux objets ou plutôt à une sensation procurée par l'objet – l'enfant « se colle » en quelque sorte à cette sensation et ne fait plus qu'un avec elle. « L'objet autistique n'atteint pas le statut d'objet, il représente une sensation destinée à boucher le « trou noir », à éviter à l'enfant l'éprouvé dévastateur lié à la perte du mamelon senti comme faisant partie intégrante de sa bouche »⁷³.

L'enfant autiste se protège pour ne pas risquer de revivre cette expérience traumatique en évitant toute dépendance à l'objet maternel qui risquerait de le précipiter dans le vide de nouveau : il y a ainsi « un échec dans l'établissement d'un premier contact humain capable de soulager l'enfant des terreurs normales auxquelles est confronté tout nouveau-né »⁷⁴. Mais en compensation, il est conduit à utiliser les sensations de son propre corps à défaut de pouvoir s'étayer sur ses rapports sensoriels avec la mère et sur le moi de celle-ci : à l'aide des formes et des objets autistiques, il se crée un artefact de bonne mère toujours disponible.

L'utilisation presque exclusive de ces modes de fonctionnement enferme l'enfant dans un monde idiosyncrasique, où toute son activité consiste à mettre en œuvre une autosensualité réconfortante, qui lui donne un sentiment d'autosuffisance, d'intégrité et de satisfaction totale.

« L'autisme pathologique signe donc une non-rencontre entre l'enfant et son objet maternel »⁷⁵ et du fait des défenses construites en compensation, le monde lui-même n'est perçu par l'enfant qu'à travers des sensations-objets et perd son caractère stimulant pour le développement.

La mère n'a pas pu jouer son rôle de « passerelle » entre l'enfant et le monde, et l'enfant selon l'expression de B. Bettelheim est resté enfermé dans une « forteresse vide »⁷⁶.

⁷² Ibid.

⁷³ Ciccone C., Lhopital M. *Naissance à la vie psychique*. Dunod, 2001, p. 40.

⁷⁴ Ibid., p 38.

⁷⁵ Ibid, p. 38.

⁷⁶ Bettelheim B. *La forteresse vide*. Gallimard, 1976.

La psychose symbiotique

Fixation ou régression à la position symbiotique

L'enfant atteint de psychose symbiotique, faute d'être parvenu à créer une image intériorisée de sa mère lui permettant de supporter les expériences de séparation, se maintiendrait défensivement dans la fusion, donc dans une relation omnipotente avec son objet symbiotique maternel. Toute séparation d'avec celui-ci est dès lors ressentie comme une atteinte envers son moi fragile en construction, car il la vit comme un arrachement d'une partie de lui-même : il y réagit par des états de colère ou de destructivité.

On retrouve ici la modalité identificatoire de « l'identification projective », existant dans la position symbiotique, qui a pour fonction de maintenir le sujet et son objet dans l'illusion fusionnelle, en procurant le sentiment d'avoir une « peau commune » et donc d'habiter le même corps et la même psyché.

Mais à la différence de la position symbiotique normale, la psychose symbiotique se caractérise par le fait qu'ici « la relation fusionnelle est investie en grande partie d'énergie destructrice » et « les pulsions destructrices et les craintes d'attaques sont projetées à l'extérieur »⁷⁷.

Ciccone et Lhopital avancent « l'hypothèse selon laquelle dans la symbiose normale c'est le pôle idéalisé qui attire la plus grande partie du moi, alors que dans la symbiose destructrice c'est autour du pôle persécuteur que s'agglutine le moi, soit par défaillance du pôle idéalisé, soit par incapacité des noyaux du moi à discriminer le pôle idéalisé »⁷⁸.

Il s'ensuit des angoisses de persécution intenses telles que la peur d'engloutissement ou de dévoration par la mère, et une utilisation à outrance du mécanisme de clivage.

Pire encore, « le clivage du moi et des objets internes aboutit au sentiment que le moi est en morceaux »⁷⁹, avec pour conséquence des angoisses de morcellement voir de désintégration.

Le processus d'identification projective lui aussi utilisé en excès entraîne « la projection exagérée des parties bonnes idéalisées dans la mère [...], ce qui appauvrit et affaiblit le moi. La projection exagérée des vécus persécuteurs et la fuite vers l'objet interne idéalisé, lorsqu'elle est excessive, perturbe le développement des relations objectales. »⁸⁰

J.L. Chauvet⁸¹, d'après les écrits de Férenczi, définit la psychose comme un trouble de la réflexivité, c'est à dire un trouble du lien à soi-même. Sous l'effet des expériences d'angoisses agonistiques, et pour survivre, la psyché et le corps s'amputent d'une partie d'eux-mêmes (coupure du système de sensation, corps inhabité, intelligence clivée...). Le sujet, pour se retirer de son vécu, se coupe ainsi de parties de lui-même.

⁷⁷ Ciccone C., Lhopital M. *Naissance à la vie psychique*. Dunod, 2001, p 122.

⁷⁸ Ibid, p. 124.

⁷⁹ Ibid, p. 181.

⁸⁰ Ibid, p. 181

⁸¹ Chauvet J.L. Directeur d'un hôpital de jour parisien et enseignant de T.D. sur l'entretien clinique, en Dess de Psychologie Clinique et pathologique, à l'Université Paris V.

Ainsi, alors que les défenses avaient pour but de protéger le moi contre l'angoisse de déchirement provoqué par la séparation, elles aboutissent à des conséquences pires sur le moi – affaiblissement et appauvrissement - et elles sont sources d'angoisses plus fortes encore.

Persistence des relations d'objet partiel

Comme dans l'autisme pathologique, les défenses sont au service d'un processus anti-objectal qui a pour fonction d'empêcher la prise de conscience de la différenciation Soi/non Soi.

Du fait du clivage, les parties bonnes et mauvaises ne peuvent donc pas être liées, et en conséquence, les objets demeurent perçus comme des objets partiels.

Ces deux pathologies signent l'absence d'intériorisation de la fonction contenante et l'échec de la construction du moi-peau.

Qu'il soit atteint d'autisme ou de psychose symbiotique, l'enfant n'a pas pu intérioriser un bon objet – support du moi- et accéder à une existence séparée marquée par la distinction d'un dedans et d'un dehors, donc de limites entre soi et autrui.

Dans les deux cas, on n'est pas dans le domaine du conflit et du refoulement comme dans la névrose, mais dans celui du non représentable et de la forclusion.

Psychosynthèse



Gustave Klimt

De la graine à l'arbre.

*Processus qui vise l'accomplissement de l'individu,
en libérant le flux de ses énergies vitales,
et en reliant l'humain à son centre unificateur.*

MODELE DE LA PSYCHÉE ET PATHOLOGIE PRECOCE VUE SOUS L'ANGLE DE LA PSYCHOSYNTHESE

LE MODELE PSYCHOSYNTHETIQUE DE LA PSYCHE

La *Psychosynthèse* est une conception globale de l'être humain introduite vers les années 1910, par le psychiatre italien R. Assagioli.

Elle repose en particulier sur l'hypothèse que la personne humaine comporte originellement une âme, une essence de base, qui représente l'identité profonde de la personne. Elle part ainsi de l'idée qu'il existe une unité première chez tout humain, et elle se distingue donc de la théorie freudienne qui suppose que tout est dualiste.

Jean Hardy précise que « la personne a une personnalité et est une âme »⁸². Cette essence, appelée le « SOI » par Assagioli, est ce qui nous différencie des autres en nous donnant un sens d'identité, et nous permet ainsi de devenir des individus. Elle s'exprime à deux niveaux qui sont le « Soi personnel » ou « JE » et le « Soi transpersonnel ».

« Le dessein du Soi est de manifester, incarner et réaliser les qualités spécifiques et uniques dans l'essence de l'homme »⁸³. Le déploiement du Soi nécessite un travail : il s'agit de la croissance humaine, qui démarre dès la naissance et se poursuit à travers les différents âges de la vie. Il mène de l'indifférenciation initiale au sentiment d'identité, de la dépendance vers l'indépendance. De plus, il dépend non seulement du sujet lui-même, mais aussi de l'environnement, surtout au tout début de la vie.

L'environnement a le pouvoir d'autoriser ou non, de favoriser ou d'entraver plus ou moins, ce déploiement de l'âme. Car le déploiement du Soi se réalise à travers la relation qui lui est donnée à vivre avec l'environnement, notamment au début avec la personne qui assure la fonction de mère pour l'enfant. C'est à travers la relation à sa mère que le bébé commence à se sentir exister. Il a besoin d'être validé par quelqu'un avant de pouvoir se valider lui-même ; il commence par se sentir exister à travers un autre qui existe et qui lui donne un statut d'existence ; il a besoin « d'être pensé » par un autre qui donne sens à ce qu'il ressent avant de pouvoir penser lui-même à ce qu'il vit et ressent. A travers l'expérience d'avoir une personne (sa mère) qui est là pour lui et qui partage ses sentiments, le bébé fait l'expérience primaire de « confiance en autrui ». C'est dans cette relation de confiance, d'amour et d'abandon que l'enfant exprime son âme : l'âme de l'enfant s'exprimant dans cet élan de confiance où il s'abandonne.

Le modèle de la Psychosynthèse vise à représenter le sujet dans son rapport à l'extérieur mais surtout dans son rapport à lui-même, c'est à dire au niveau des relations entre les différents éléments de sa psyché, et entre sa psyché et son corps.

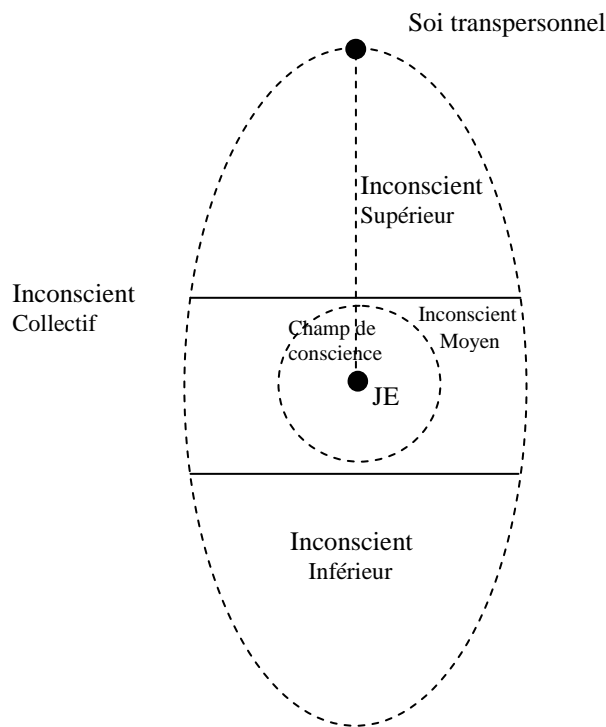
Assagioli a défini la Psychosynthèse comme « une conception dynamique de la vie psychique, comme un combat entre une variété de forces conflictuelles et opposées et un

⁸² Jean Hardy, *Une psychologie qui a de l'âme*. Séveyrat, 1989.

⁸³ Docteur Massimo Rosselli, « *Le cœur de la synthèse. Psychosynthèse et psychopathologie* ».

centre unificateur qui tend à les mettre en synthèse harmonieuse »⁸⁴. Cela se résume cela en terme de conflit entre le Soi et le non Soi : « entre être ce qu'il (elle) est et être différent de ce qu'il (elle) est, entre être ici et ne pas être ici, entre la vie et la mort,...entre la tendance à la synthèse et celle de la dissociation »⁸⁵.

Il a donné une représentation synthétique de la psyché sous la forme du diagramme « de l'œuf », où sont figurés différents niveaux de conscience ainsi que les relations entre ces niveaux.



- Diagramme de

En tant que seule partie immuable, permanente à l'intérieur de la psyché, le « JE » ou « SOI personnel », s'il lui est permis de s'exprimer, peut fonctionner comme un centre unificateur et de volonté, capable de réguler et coordonner les différents éléments de la personnalité du sujet, tels que les sentiments, sensations, et sous-personnalités. Il assure à la personne un sentiment de permanence, et ainsi une garantie de son sentiment d'exister.

La Psychosynthèse peut ainsi être vue comme un processus visant à favoriser l'intégration des éléments de la psyché, qui n'ont pas pu être suffisamment intégrés au cours du développement du sujet. Pour parvenir à cela, le travail thérapeutique en Psychosynthèse vise à favoriser la conscience du soi par des expériences d'identité, et la prise de conscience des éléments épars de la personnalité qui fonctionnent de façon conflictuelle voire clivée.

⁸⁴ Alberto Alberti, *La souffrance psychotique*.

⁸⁵ Ibid.

UNE SYNTHÈSE IMPOSSIBLE : « UN ÊTRE AU PLUS LOIN DE LUI-MÊME »

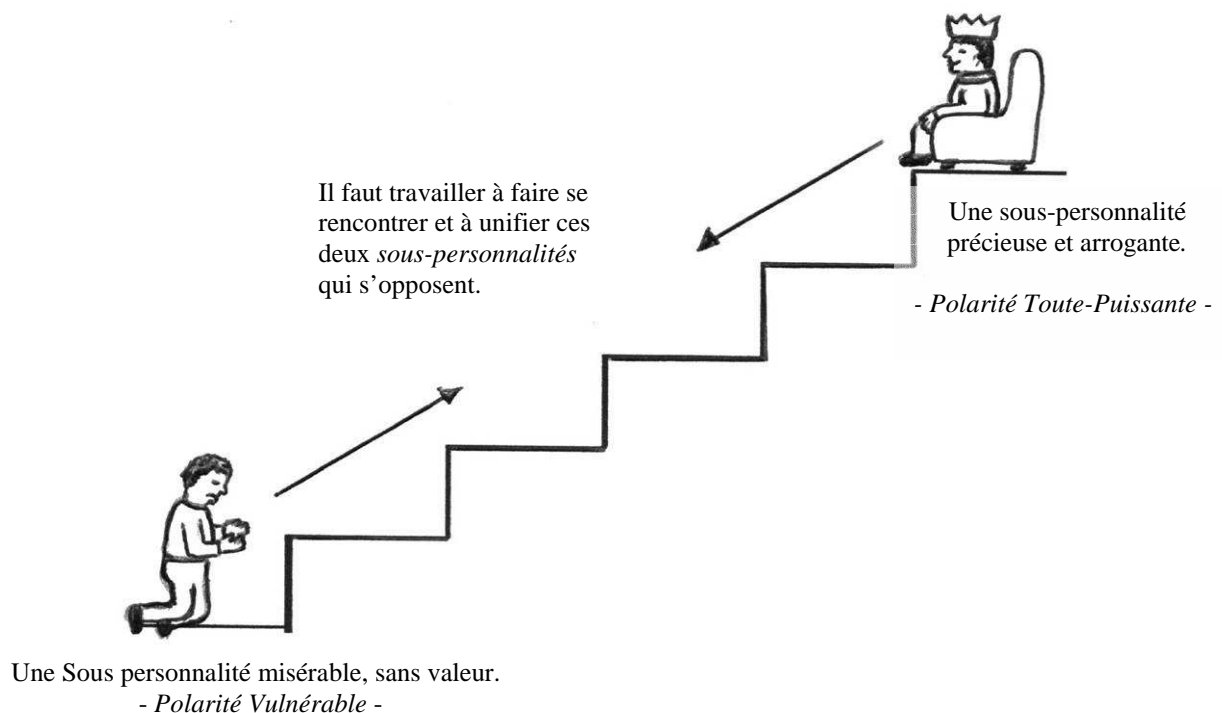
Selon ce modèle de la Psychosynthèse, la pathologie naît de l'impossibilité laissée au Soi de s'exprimer, et en particulier de la scission que cela provoque au sein de la personne. C'est « la suprématie de la tendance entropique vers la division et la multiplicité »⁸⁶.

Il se crée une scission entre la personnalité en développement et l'essence même du sujet. Cette scission est source de souffrance et d'angoisse, et le sujet est susceptible de générer des défenses plus ou moins pathologiques contre celles-ci.

Dans l'autisme et la psychose, c'est le sentiment d'exister lui-même qui est vécu par le sujet comme étant menacé.

Alberto Alberti parle de « scission originelle de l'homme entre l'angoisse de n'être rien et le désir d'être Dieu »⁸⁷. Ceci est bien illustré par les délires de filiation divine des patients psychotiques adultes. Mais on peut aussi faire l'hypothèse que cette tentative de se donner une nouvelle origine et une nouvelle identité est en soi une lutte inverse par rapport à des angoisses de néantisation ou de dislocation : l'obligation de se voir plus grand afin de tenter de se sentir exister, ou du moins de ne pas être pris par le sentiment de n'être rien.

Il décrit le principe de la division humaine en terme de dichotomie entre « l'humiliation de se sentir une nullité, de l'autre, la présomption d'être quelque chose de très important »⁸⁸.



⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Ibid.

Ces deux pôles existeraient en chacun de nous, mais atteindraient le maximum de distance et de séparation chez le psychotique. Chez celui-ci, la défense elle-même aggrave la division, car l'arrogance défensive contre le sentiment de nullité pousse le sujet à s'exclure du monde, à refuser sa condition d'homme. Ceci aboutit à ce que les psychanalystes appellent la rupture des liens ou encore la désobjectivation : séparation d'avec le monde extérieur, mais aussi division au sein de lui-même entre corps, émotion et intellect.

LE SOI BAFOUE : « PAS LE DROIT D'EXISTER »

Si la relation de confiance primaire avec la mère n'est que partielle, voire absente, c'est alors comme si l'enfant perdait quelque chose de son âme, qui reste là repliée. Car le bébé sent un risque de ne plus être aimé par son parent s'il existe tel qu'il est. Alors souvent, les rôles sont inversés : au lieu que ce soit l'environnement qui s'adapte à l'enfant, c'est le bébé qui est contraint de tenter de s'adapter en étant conforme aux attentes extérieures. Par exemple, il doit s'empêcher de pleurer s'il sent que cela met trop en danger ses objets d'étayage. Mais c'est alors tout un pan de lui-même dont il est contraint d'empêcher l'expression, et dont il risque de se couper.

Quand le sentiment même d'exister de l'enfant est défaillant, le Soi perd son rôle de centre unificateur et au pire sa capacité à assurer la cohésion de la personnalité. Dès lors le sujet ne peut fonctionner qu'au plus loin de lui-même, en recourant à différentes défenses pour maintenir un simili sentiment d'existence.

Par exemple, il peut développer une personnalité en faux-self, en s'identifiant aux désirs conscients ou inconscients de son environnement, ce qui lui permet d'obtenir une simili validation : une validation de ce qu'il fait plutôt que de ce qu'il est profondément.

Ou encore, dans la psychose, l'enfant se défend contre le sentiment de se disloquer en recourant lui-même à des défenses dissociatives : il se met à fonctionner de façon clivée, il fragmente son attention et ses activités en passant d'une tâche à l'autre, il se coupe de son corps...

L'enfant autiste se défend en simulant le sentiment d'harmonie de l'état fœtal, grâce à des défenses autocentrées, empêchant par là même toute possibilité de développement vers l'extérieur, donc tout déploiement du Soi.

Ces défenses elles-mêmes enferment le sujet dans un cercle vicieux de fonctionnement, où développement et synthèse sont maintenues impossibles.

IDENTIFICATIONS PATHOLOGIQUES

Lorsque le sentiment d'identité du sujet est trop faible et qu'il a le sentiment d'être menacé, le risque est l'identification excessive à un aspect de lui-même, à un état psychique ou physique.

C'est le cas en particulier quand le sujet s'identifie à un état d'angoisse, ou à un sentiment de déprime, et dans lequel il se trouve alors emprisonné.

Selon ce modèle, on peut penser que dans la **psychose**, le sujet se retrouve tellement identifié à l'angoisse de morcellement ou de néantisation, qu'il perd plus ou moins tout contact avec les parties saines de sa personnalité. Et toute son activité se retrouve orientée vers la défense contre cette angoisse.

Le sujet paraît « « hypnotisé » par ce rien qui feint être quelque chose »⁸⁹ et complètement identifié à lui. C'est flagrant dans les hallucinations psychotiques, mais sans doute aussi chez l'enfant autiste dont le regard est transparent, ou encore chez certaines anorexiques qui expriment le rêve d'être transparentes et le revendiquent même comme une qualité supérieure.

L'enfant **autiste** n'aurait pas suffisamment accédé à l'expérience d'exister dans un rapport continu avec sa mère, et serait envahi par des angoisses d'annihilation. Sans doute qu'il n'a pas atteint la capacité de s'identifier à minima à son essence, et est resté identifié à la phase autistique du début de la vie, où il s'assure à lui-même un sentiment de continuité par des défenses autarciques (autosensorialité), non orientées vers l'extérieur.

La thérapie, selon la Psychosynthèse, consiste à opérer un travail de *désidentification* en inhibant la stratégie de survie, qui avait été mise en place pour se défendre contre le risque que l'identification fait ressentir. Il s'agit d'aider le sujet à sortir du système de croyance induisant des défenses, en revenant à l'émotion marquée dans la mémoire de l'enfant, pour en permettre l'expression et écouter le besoin qui est derrière.

Dans le cas de l'autisme et de la psychose, c'est de l'angoisse catastrophique qu'il me semble devoir opérer un travail de *désidentification* progressive, en tentant de rendre ces vécus de chute libre ou de fragmentation moins effrayants pour le sujet.

Alberto Alberti écrit que le travail du thérapeute est de recevoir en lui-même une partie de la souffrance du patient psychotique, afin de la ressentir, « de la faire sienne et de la résoudre à l'intérieur de lui-même »⁹⁰. Le psychanalyste Bion⁹¹ a théorisé cela en terme de transformation des éléments *bêta* non psychisés du sujet, en éléments *alpha* qui leur donne un sens : travail de « digestion » qui est naturellement fait par la mère envers son bébé, quand la relation est de qualité *suffisamment bonne*⁹².

En utilisant les termes de la Psychosynthèse, il s'agit pour le thérapeute de résoudre en lui-même cette déchirure entre le sentiment de n'être rien et le désir d'être tout, puis de transmettre au patient ce vécu digéré par lui.

Ce travail de digestion et de désidentification permet d'aider le patient à faire se rejoindre les deux pôles de la déchirure, afin que le sentiment mégalomane devienne une saine dignité, et le que le sentiment de nullité prenne la forme d'une conscience de ses limites humaines. Il s'agit alors d'une personnalité qui a intégré ces deux extrêmes.

⁸⁹ Ibid

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ Bion W. R. *Aux source de l'expérience*. Paris, PUF, 1979.

⁹² Winnicott D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Sciences de l'homme Payot, 1969, p 180.

LES IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES

Beaucoup de choses mériteraient d'être amplement développées concernant le traitement des enfants atteints de troubles autistiques ou psychotiques. Par manque de place, je me contenterais d'en jeter les bases qui me paraissent les plus essentielles.

LE DISPOSITIF THERAPEUTIQUE INSTITUTIONNEL

Il est couramment admis que le traitement des patients aux pathologies si graves ne peut se suffire d'une prise en charge individuelle en face à face, et qu'un dispositif thérapeutique complet est souhaitable afin de prendre en charge le développement de l'enfant sous différents plans : éducatif, thérapeutique, social, psychomoteur et langagier.

Cependant de grands psychanalystes tels que M. Klein et G. Haag ont mené avec succès des psychothérapies individuelles d'enfants autistes ou psychotiques.

Selon C. et P. Geissmann, la prise en charge institutionnelle devrait « proposer à l'enfant une psychanalyse ou une psychothérapie psychanalytique avec un psychanalyste ou un psychothérapeute à raison de trois à cinq séances par semaine, et un cadre approprié qui est l'institution thérapeutique... L'institution, ou cadre externe de l'analyse, a un rôle différent. Elle doit assurer à l'enfant un minimum de sécurité psychique, un environnement si possible compréhensif, le soutenant avec chaleur humaine, un environnement qui analytiquement serait qualifié de neutre, et surtout qui ne chercherait pas à mobiliser l'inconscient du patient en particulier par l'interprétation. Le travail du leader institutionnel n'est pas de transformer les soignants en psychanalyste, mais de leur permettre de cerner et de saisir la qualité du fonctionnement psychotique des enfants. Ainsi pourra être intériorisée par les soignants une *fonction maternante* qui offrira aux enfants psychotiques la possibilité d'entendre, de reconnaître, et de recevoir les gestes et les paroles institutionnelles des soignants afin qu'à son tour elle puisse être introjectée par les enfants »⁹³. Ainsi, le cadre institutionnel se devrait de fournir aux enfants un « *environnement suffisamment bon* », visant à garantir leur sentiment de continuité interne, à contenir leurs angoisses et leurs pulsions destructrices, et à restaurer leur capacité à établir des liens.

CADRE THERAPEUTIQUE : DEFINITION ET FONCTION

J. Broustra définit le cadre comme associant « l'espace matériel d'un atelier et ses règles de fonctionnement » et comme étant « l'équivalent d'un contenant somato-psychique [...], il permet la mise en jeu de l'expression »⁹⁴. D'où l'importance du cadre dans toute psychothérapie.

⁹³ Geissmann Claudine et Pierre, « Etude psychanalytique des modèles identificatoires en institution thérapeutique pour enfants psychotiques », in Journal de la psychanalyse de l'enfant, n°10, Identifications, Centurion, 1991.

⁹⁴ J. Broustra. 1996, p. 265.

Ainsi, le cadre s'associe à l'*accordage affectif* du thérapeute pour « envelopper » le psychisme immature de l'enfant.

Winnicott applique aussi le terme de *holding* à l'environnement et à la sécurité dont a besoin le patient en consultation thérapeutique, car cette action de contenir de la mère se retrouve dans la technique thérapeutique au niveau de la stabilité du cadre, de la parole et des attitudes du thérapeute. Pour lui, de par ses caractéristiques, le cadre invite le patient à la régression.

Une des fonction clé du cadre est, qu'en résistant à la destructivité du patient, il désillusionne celui-ci quant à sa puissance destructrice ; il l'assure ainsi de sa fiabilité et le sécurise. De plus, de la sorte, le cadre amène une frustration qui va permettre à l'enfant de quitter son omnipotence, sa toute puissance, pour aborder une phase de désillusion nécessaire à la prise en compte de la réalité.

D. Winnicott insiste également sur le fait que le cadre introduit une distance nécessaire entre le patient et le thérapeute. Cette distance s'illustre dans les concept *d'aire transitionnelle* et *d'espace potentiel*, distance qui doit permettre au thérapeute comme au patient de reconnaître les « objets-moi » et les « objets autres que moi » pour éviter les dangers de fusion entre patient et thérapeute.

Bion, quant à lui, utilise essentiellement la notion de *contenant* pour parler du cadre thérapeutique : pour lui la fonction essentielle du cadre est donc celle de contenance.

A travers ces différents concepts et fonctions du cadre, on retrouve de nombreux points communs avec les fonctions que doit remplir la « mère suffisamment bonne » puis le *moi-peau* dans le développement normal : contenant, contenu, pare-excitation, soutien, ressenti de continuité, permanence.

C'est donc à travers ses qualités que le cadre permet de retravailler au niveau primitif du développement : en assurant les mêmes fonctions que celles qui étaient dévolues à la mère, il permettrait d'aider à la constitution des fonctions du *moi-peau*.

UNE RENCONTRE A REVIVRE, LA CONFIANCE A RETABLIR

Une rencontre d'âme à âme : « écouter le patient au niveau de sa souffrance »

Alberto Alberti disait que quand il arrive, le patient est identifié à sa maladie et qu'il se trouve ainsi enfermé dedans : elle est devenue en quelque sorte son centre unificateur. Le thérapeute doit approcher le monde du patient et en partie y entrer, afin de guider le patient vers la périphérie de sa problématique. Il s'agit de déplacer le « Je » du patient de la pathologie à un projet de soi plus mature (plus confiant pour le psychotique).

Il situe le point essentiel dans la rencontre, qui permet au patient de ne plus se sentir seul dans sa souffrance. Le thérapeute a un rôle de guide qui tente d'accompagner peu à peu le sujet hors de sa pathologie.

Trois étapes se dessinent :

- Réussir à entrer en contact ,
- Digérer en nous le problème du patient,
- Et le lui rendre digéré.

L'indispensable implication du thérapeute : « accepter d'entrer dans le monde où l'enfant vous entraîne »

Entrer en contact signifie entrer en contact avec le problème du patient : avec les patients ayant un noyau psychotique important, rien ne bougera si on ne va pas à la rencontre de cet espace.

Avec l'enfant peut-être plus encore qu'avec l'adulte, la rencontre implique le thérapeute dans son être tout entier : au niveau psychique, au niveau émotionnel, mais aussi au niveau corporel. Le corps du thérapeute est rapidement investi par l'enfant pour exprimer ce qu'il n'a pas encore la capacité de dire ni par le jeu, ni par le langage.

Accueillir et Contenir : « Survivre à la destructivité » et la transformer

Par ailleurs, une part importante du travail thérapeutique consiste à sécuriser l'enfant, ce qui implique selon Winnicott⁹⁵ de lui montrer qu'on a les possibilités de survivre à ses attaques et à ses fantasmes d'agression et de destruction.

Nous avons vu combien l'enfant psychotique se défend contre ses pulsions destructrices intolérables et l'angoisse inimaginable qu'elles suscitent ; il est donc nécessaire qu'une part du travail psychothérapeutique s'attache à relier l'enfant à sa destructivité. Pour cela, le thérapeute doit être capable de se mettre à l'écoute de ses angoisses, de les recevoir, pour ensuite leur donner un contenant (un sens et une expression symbolisée par le jeu par exemple) : son rôle est donc d'assumer la « fonction alpha » qui a fait tant défaut à l'enfant psychotique et dont la carence est à l'origine d'éléments bêta non assimilables. Mais une des conditions à cela est qu'il soit lui-même capable de survivre à cette destructivité, qu'il ne se sente pas lui-même attaqué et mis en danger ; Winnicott précise que « dans ce contexte, « survivre » signifie, et c'est important, ne pas appliquer de représailles »⁹⁶.

Encourager directement la partie saine

En parallèle au travail sur ce qui emprisonne, Alberto Alberti souligne l'importance de développer directement la partie saine qui est enfermée.

Avec les enfants, il m'a paru essentiel de valoriser tout signe de progrès, d'accompagner le développement de leur autonomie : par exemple, en guidant délicatement Norbert dans la

⁹⁵ Winnicott D. W. *Jeu et réalité*. Gallimard, 1975.

⁹⁶ Ibid, p. 127.

tâche d'attacher lui-même ses sandales. C'est une facette de la thérapie en Psychosynthèse qui est d'ordre éducative.

Un des fondements du travail thérapeutique en Psychosynthèse est de chercher à favoriser « l'expérience de l'identité, c'est à dire une prise de conscience du *Je* comme instance unique différente de tous les contenus de la personnalité »⁹⁷.

Avec les enfants autistes et psychotiques, cette expérience de l'identité sera ressentie peu à peu par le patient à travers la relation thérapeutique, si le thérapeute le guide peu à peu de la position régressive défensive dans laquelle il s'est réfugié, vers la position de sujet. Dès le début, il me paraît important que le thérapeute contacte la partie saine du patient, son essence, au-delà de ses comportements pathologiques. Comme le bébé commence à se sentir exister au travers du désir et du regard de sa mère, si celle-ci porte sur son enfant un regard d'acceptation et d'encouragement de ses potentialités, le patient psychotique a besoin de se sentir reconnu par quelqu'un d'autre afin d'accéder au sentiment d'exister.

MEDIATIONS ET JEU : DES OUTILS THERAPEUTIQUES CLES

Des espaces d'expression et d'ouverture à la symbolisation

D. Winnicott et M. Klein, grands psychanalystes d'enfants, ont vu, dans l'utilisation du jeu comme outil thérapeutique, le moyen d'entrer en contact avec l'inconscient de leurs petits patients. Winnicott décrit la position du thérapeute comme devant quitter sa position digne d'adulte pour se proposer comme un partenaire à part entière dans le jeu de l'enfant : « la psychothérapie s'effectue là où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. »⁹⁸ Il précise que bien sûr le thérapeute doit lui-même être capable de jouer, et que si l'enfant ne sait pas jouer, ce qui est souvent le cas lorsque des angoisses psychotiques entravent les processus langagier et de jeu, il devra le lui apprendre.

M. Klein⁹⁹ a montré que les associations ludiques de l'enfant correspondent à l'association libre de l'adulte, et qu'il s'agit pour le thérapeute, tout en participant au jeu, d'être à l'écoute des fantasmes et des défenses qui y transparaissent.

Dans les institutions psychiatriques pour enfants, des ateliers à médiation variés leur sont proposées, dont la finalité n'est pas toujours clairement posée, c'est à dire s'ils sont occupationnels ou thérapeutiques. Souvent, la seule finalité de ceux-ci est l'expression du patient à l'aide du médiateur : or, par le seul fait de la mise en jeu d'une expression, il a été observé que ces pratiques pouvaient entraîner des effets thérapeutiques.

Selon A. Luigi-Duggan, c'est en particulier le cas lorsque la médiation est proposée comme un moyen pour le sujet de « dire », à travers elle, quelque chose de lui-même et de son histoire ; alors la présence d'un psychothérapeute peut être essentielle pour utiliser ce langage non verbal à des fins de représentation et d'interprétation symbolique. Elle écrit : « Est thérapeutique tout espace qui inclut un médiateur favorisant la réouverture d'un « espace potentiel » de jeu bloqué entre un enfant et ses parents ou entre un enfant et le thérapeute et

⁹⁷ Pellerin Monique et Brès Micheline, *La psychosynthèse*. Presse Universitaire de France, 1994.

⁹⁸ Winnicott D. *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975, p 76.

⁹⁹ Klein M. *La psychanalyse des enfants*. Quadrige, Presse Universitaire de France, 2001.

vice versa. Le médiateur en rupture avec le vécu quotidien possède des caractéristiques spécifiques :

- Qui permettent de mobiliser différemment les systèmes viciés en place et d'introduire un peu de « jeu » dans le système défensif contre les angoisses internes ou la réalité.

- Qui font des parents et des enfants ou des enfants et des thérapeutes des partenaires de jeu.

- Qui favorisent une élaboration de la souffrance mise en scène à travers les échanges corporels, interactionnels puis progressivement verbaux.

- Qui permettent au thérapeute d'apporter une aide à « jouer » toujours accompagnée d'une mise en mots dont le niveau dépend de la fonction du thérapeute. »¹⁰⁰

Si la médiation est un proposée comme espace ludique, et non pas éducatif, elle peu permettre que patients et thérapeutes se *rencontrent* au niveau de leur plaisir respectif et qu'un partage se crée ainsi, ce qui permettra que se développe un *espace de jeu*.

La distinction entre psychothérapie et effets thérapeutiques dépend donc de l'utilisation qui est faite de la médiation et de la formation des personnes qui l'encadrent.

Des espaces de rencontre et de transformation

Jeux et médiations quels qu'ils soient, ne prennent sans doute une valeur thérapeutique que s'ils se font dans la relation à d'autres. Car, comme nous l'avons vu, la conscience d'être, émerge peu à peu à partir de la relation à autrui, la mère en l'occurrence quand tout se passe bien. Par exemple, la conscience des limites corporelles ne naît qu'à travers les soins et le portage proposé par un autre.

Dans le jeu ou avec les médiations, le thérapeute est amené à se laisser aller à une grande disponibilité psycho-corporelle : « Il s'agit de ressentir et de se déstructurer suffisamment pour être sensible à ce qui se passe sans toutefois perdre sa capacité à faire fonctionner son « œil du cerveau » »¹⁰¹. Il s'agit d'être suffisamment près et disponible psychiquement pour le patient, comme une mère *suffisamment bonne* envers son nourrisson, mais sans se perdre ni se laisser hypnotiser par l'indifférenciation dans laquelle baigne l'enfant. Aline BIASSE précise qu' « être dans une dimension maternante...ne veut pas dire vouloir remplacer cette mère ou réparer un structuration défailante. Il s'agit plutôt, me semble-t-il, d'utiliser ma mémoire corporelle, mes capacité de rêverie (au sens de Bion), mes capacités « d'accordage » au niveau tonico-émotionnel pour me mettre le plus entièrement possible à la disposition des capacités » du patient dans ce registre, puisqu'il « n'a pas les miennes dans un niveau plus élaboré »¹⁰².

¹⁰⁰ Luigi-Duggan A. *Psychothérapie parents-enfants en piscine, une pratique innovante*. Actes des 1ères journées d'études nationales de l'eau. PEP, 1996..

¹⁰¹ BIASSE Aline, in Delion Pierre, *Corps, psychose et institution*. Erès, 2002, p. 250.

¹⁰² Ibid, p. 249-250.

Elle décrit la rencontre comme une recherche permanente de la bonne distance. « Autre, qui introduit la relation, qui introduit la distance, la séparation et qui permet donc la constitution d'un être séparé, d'un humain à part entière »¹⁰³.

En favorisant la prise de conscience de soi, à travers la relation au thérapeute et par l'encouragement de l'expression et de la créativité du sujet, l'espace thérapeutique amène le déploiement de la transitionnalité et l'émergence du *Je* créateur. Il peut ainsi être un réel vecteur de transformation pour le patient, de l'indifférenciation primordiale dans laquelle il est resté empêtré, vers un début de conscience en tant que sujet.

PLACE DU CORPS ET FACTEURS DE CONTENANCE DANS LES PRISES EN CHARGE D'ENFANTS PSYCHOTIQUES

Donner sens aux expressions corporelles de l'enfant : l'accordage affectif du thérapeute

Comme nous l'avons vu précédemment, dans les pathologies psychotiques, la prise de conscience du non-moi par l'enfant a bloqué toute possibilité d'intériorisation du bon objet maternel. La mère en tant que telle est évincée par des processus de défense anti-objectaux.

Les analystes post-Kleinien estiment donc nécessaire, avec ces enfants, de travailler au niveau du lien primaire à la mère : niveau où la relation entre mère et enfant passe essentiellement par les modalités sensorielles, le maintient corporel, sans oublier l'affect.

F. Tustin considère que c'est le développement de la relation au thérapeute qui est le moteur du traitement des enfants autistes : « l'intérêt et l'entière attention du thérapeute constituent une sorte d'ambiance psychique »¹⁰⁴, un support au moi de l'enfant, une fonction contenant, qui va pouvoir remplacer l'enveloppement par les défenses autistiques de « mise en capsule » et les « amener à modifier leurs réactions brutes face au monde extérieur »¹⁰⁵.

Mais elle précise que ceci n'est possible qu'à condition que l'analyste soit capable d'atteindre un niveau élevé de compréhension du fonctionnement psychique de l'enfant à partir des signes non verbaux qu'il transmet inconsciemment à travers son corps – c'est donc à un niveau de communication psycho-corporel-affectif que la relation peut s'établir.

En soutenant le moi immature de l'enfant, comme la mère le fait normalement pour son bébé, le thérapeute aide le patient à relier entre elles ses expériences : il doit se rendre capable de ressentir les états physiques de celui-ci pour parvenir à leurs donner un sens qu'il verbalise alors.

A la manière du miroir que représente le visage de la mère pour son bébé, comme l'a décrit Winnicott¹⁰⁶, ces auteurs considèrent que le fondement du processus thérapeutique lui-même serait de réfléchir au patient ce qu'il est, afin de lui permettre de trouver son propre soi, et ainsi d'exister et de se sentir réel. Ils n'hésitent pas à désigner par le terme de *maternage*

¹⁰³ Biasse Aline, in Delion Pierre, *Corps, psychose et institution*. Erès, 2002, p. 250-251.

¹⁰⁴ Tustin F. (1992). *Autisme et protection*. Paris, Seuil, p88.

¹⁰⁵ Ibid, p93.

¹⁰⁶ Winnicott D. (1971). *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975.

l'attitude que doit adopter le thérapeute durant la première partie du traitement d'enfants psychotiques.

En partageant l'état affectif de l'enfant, le thérapeute parvient alors à partager un peu le monde de celui-ci, et à l'inverse peut parvenir à partager des choses de son propre monde à l'enfant, à la condition qu'il sache rester en contact avec sa propre subjectivité et sa séparation.

Les médiateurs de communication avec ces enfants sont les mêmes que ceux de la mère avec son nouveau-né : les sons et les chants, le regard, le mouvement, le maintien corporel ou « holding », les rythmes...; la parole venant ensuite s'y adjoindre pour penser, associer et construire souvent pour deux (de la même façon que la mère qui introduit le langage symbolique en même temps qu'elle s'occupe de son bébé). L'imitation en miroir des gestes, des mimiques, des sons et des cris de l'enfant peut permettre au thérapeute d'entrer un peu dans son monde. Il tente de créer un rapport ludique à partir des expressions de l'enfant, tout en y insufflant peu à peu des variations issues de sa propre créativité.

Le corps associé à d'autres communications pré-verbales est ainsi ce qui permet de rencontrer l'autre en deçà d'une parole.

Le corps, lieu du dire

Les théories développées dans les premiers paragraphes nous ont montré le rôle fondateur des vécus corporels précoces du nourrisson sur le développement de son moi ; les thérapies à médiation corporelle, en particulier, cherchent à mobiliser les premiers constructeurs corporels du psychisme pour tenter de soigner les blessures psychiques laissées par les carences dans les 1^{er} échanges corporels du nourrisson avec sa mère.

Comme nous l'avons vu, selon le modèle théorique de Bion¹⁰⁷, chez l'enfant psychotique les vécus corporels et émotionnels seraient restés peu métabolisés en raison de l'échec de la constitution d'une *fonction alpha*: ils ne peuvent donc guère être pensés par le sujet. C'est donc le *ça* qui s'exprime le plus souvent librement selon les processus primaires; l'énergie non liée ne permet pas que les expériences soient vécues dans la continuité et que des liens soient établis entre celles-ci.

En particulier dans l'autisme pathologique, nous avons vu que le corps est souvent érigé comme un rempart entre l'enfant et le monde extérieur, en défense contre des angoisses de dissolution, de désintégration...et que chaque modalité sensorielle est vécue comme étant séparée des autres.

Ce corps doit donc être retrouvé dans son unicité, sa globalité, sa sécurité.

M-R Le Grand Septier exprime « la nécessité, le devoir, d'être au plus près de l'autre, surtout quand la parole est absente. Car c'est alors le corps lui-même qui est le « lieu du dire »... Quelle que soit la forme de ce dire, ..., c'est notre travail « élémentaire » de l'accueillir et d'en être le porte-parole »¹⁰⁸.

¹⁰⁷ Bion W. R. *Aux source de l'expérience*. PUF, 1979.

¹⁰⁸ Le Grand Septier M-R.

Par ailleurs, F. Tustin a constaté, qu'au début du travail thérapeutique avec les enfants psychotiques, les communications les plus significatives pour l'enfant sont les communications préverbaux du thérapeutes : ses actes, le ton de sa voix, et ce que cela éveille en lui. De ce fait, le travail avec la médiation corporelle va permettre de mettre en forme, en actes, ce qui ne peut être directement évoqué et représenté par le langage. C'est le corps qui s'exprime, ressent, et se souvient.

Le thérapeute doit chercher à lire le langage du corps, voir même à entrer dans la monde sensoriel de l'enfant, afin de parvenir ensuite par sa parole à secondariser ce qui émerge ainsi.

Ainsi les pensées du thérapeute aideront le patient à distinguer progressivement son corps de celui du thérapeute et à développer ses propres pensées.

La médiation corporelle va permettre d'abord de créer des sensations corporelles supportables pour le patient, accompagnées de sens. Il semble essentiel d'aider le sujet psychotique à reconnaître ses sensations, qui autrement en restant incommunicables renforcent ses terreurs. Cela lui permet d'apprendre à distinguer celles qui viennent de l'intérieur ou de l'extérieur, et aussi à prendre une distance avec celles-ci : à ne plus rester dans un collage adhésif à ses sensations agréables et en défense vis à vis des sensations désagréables.

La médiation a ainsi pour but de favoriser la constitution d'une enveloppe contenant permettant à l'enfant de s'ouvrir à des sensations structurantes

Comme l'explique D. Anzieu¹⁰⁹, c'est l'investissement du corps ayant des limites qui va permettre à l'enfant psychotique de différencier ce qu'il perçoit.

Ainsi, dans la relation à autrui, le corps peut être un support permettant l'expérience et l'émergence d'un sens – comme dans la relation primaire du bébé avec sa mère où celle ci donne sens aux émois du bébé et l'introduit au monde qui l'entoure.

M. Mahler estime qu'au fur et à mesure que l'enfant abandonne ses défenses corporelles du fait qu'il s'ouvre à des vécus supportables voir même agréables, l'environnement va perdre peu à peu son caractère menaçant.

De ce fait, l'espace de travail sur le corps va permettre à l'autiste d'évoluer vers la phase fusionnelle sans trop craindre de se sentir arraché, de ressentir de nouveau le « trou noir » décrit par F. Tustin (1985). Pour les enfants ayant déjà évolué vers cette phase symbiotique, l'espace corporel permet de sortir de la fusion sans se précipiter dans le vide de la solitude absolue.

La régression

Théories :

Laplanche et Pontalis décrivent la régression comme un phénomène selon lequel le sujet fait une sorte de retour au passé « à des étapes dépassées de son développement (stades

¹⁰⁹ Anzieu D. *Le moi-peau*, Dunod, 1995.

libidinaux, relations d'objet, identifications, etc.) »¹¹⁰, « à des modes d'expression et de comportement d'un niveau inférieur du point de vue de la complexité, de la structuration et de la différenciation »¹¹¹, comme « une remise en jeu de ce qui fut inscrit »¹¹².

Ferenczi suppose même que l'homme serait naturellement poussé à chercher « perpétuellement à rétablir la situation qu'il occupait dans le sein maternel. »¹¹³

D. Winnicott voit la régression comme un moyen de recontacter une situation infantile de carence, et il pense que lors d'une nouvelle expérience, « la situation de carence sera alors dégelée et revécue, l'individu ayant régressé dans un milieu qui accomplit l'adaptation nécessaire »¹¹⁴.

Pour lui, elle peut donc être thérapeutique, et il considère que dans toute psychothérapie ou psychanalyse, un des principes de base est que le patient doit pouvoir régresser en toute sécurité afin d'atteindre et de tenter de résoudre ses conflits infantiles inconscients. Même dans la psychose, cette possibilité de dégel serait présente et peut s'actualiser si le psychothérapeute maintient et contient le patient sur le plan psychique.

Selon M. Mahler, l'enfant psychotique « doit poursuivre son évolution par les phases de développement auparavant manquantes ou non satisfaisantes (présymbiotique, symbiotique et séparation-individuation) avec le thérapeute qui remplit une fonction substitutive par l'apport d'un moi auxiliaire aisément disponible. »¹¹⁵ En particulier, le travail thérapeutique doit viser à « impliquer l'enfant dans une expérience symbiotique corrective »¹¹⁶, car « en refaisant l'expérience des premiers stades du développement, l'enfant devrait être en mesure d'atteindre un degré plus élevé de relation d'objet »¹¹⁷. Ce travail passerait nécessairement par « un contact avec un objet d'amour humain »¹¹⁸ et des moyens progressifs et indirects de contact humain à l'aide de médiations qui lui font vivre la stimulation agréable de ses organes sensoriels. Mais elle met le thérapeute en garde contre tout forçage de la relation et contre tout contact corporel excessif en rappelant que cela peut être vécu comme une intrusion dans son monde qui le précipiterait alors dans ses angoisses.

Par ailleurs, D. Winnicott estime que les dangers de la régression ne résident pas dans la régression elle-même, « mais dans le fait que l'analyste n'est pas prêt à faire face à cette régression et à la dépendance qui l'accompagne »¹¹⁹. La régression renvoie en effet à des demandes très archaïques. Elle sera bénéfique si le cadre mis en place est suffisamment contenant et limitant.

¹¹⁰ Laplanche J. et Pontalis J.B.. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, 1994, p. 400.

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Ibid, p. 402.

¹¹³ Luigi-Duggan A. *Psychothérapie parents-enfants en piscine, une pratique innovante*. Actes des 1ères journées d'études nationales de l'eau. PEP, 1996.

¹¹⁴ Winnicott.D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Science de l'homme Payot, 1992, p. 254.

¹¹⁵ Mahler M. (1970). *Psychose infantile*. Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2001.

¹¹⁶ Ibid., p. 225.

¹¹⁷ Ibid.

¹¹⁸ Ibid., p. 223.

¹¹⁹ Winnicott D.W.. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Science de l'homme Payot, 1992, p. 230.

Accompagner la régression : une métaphore du maternage

F. Tustin précise qu'il ne s'agit « pas d'essayer de « rattraper » ce que nous pensons avoir pu être les défaillances de leur petite enfance » mais plutôt « de les aider à passer par des processus primitifs de deuil, qui soigneront la blessure de leur trop précoce sentiment de perte et relâcheront les tensions associées au traumatisme ». Il convient donc de revenir à un état antérieur où la séparation avait été vécue comme un « trou noir » pour travailler à ce qu'elle devienne supportable et puisse être représentée.

Selon Balint¹²⁰, lorsqu'un patient recontacte des souffrances appartenant à la *zone du défaut fondamental*, « il faut que l'analyste réponde à la demande qui lui est faite de remplir le rôle d'un objet primaire et d'en avoir les qualités »¹²¹. Pour Winnicott¹²² aussi, il est nécessaire que le thérapeute soit animé en quelque sorte de la « préoccupation maternelle primaire » envers son patient, afin d'apporter un soutien et une reconnaissance au Moi de celui-ci. L'analyste doit donc adapter son attitude au niveau de régression du patient, et même répondre à ses besoins (d'une façon symbolique); dans le cas contraire, il ne fera que reproduire la situation de carence initiale qui a été à l'origine des défauts de constitution du moi. Repasser par l'expérience de satisfaction grâce au maternage métaphorique du praticien, « peut être indispensable pour en finir et en arriver, certes, à ce que « l'autre maternel s'efface » »¹²³.

Balint comme Ferenczi et Winnicott, dans leur pratique, ont considéré important d'utiliser le toucher avec leurs patients quand ceux-ci atteignaient un certain niveau de régression qui les mettait face à des douleurs psychiques insupportables et incompréhensibles. Ferenczi avait l'idée qu'un contact appliqué avec tact (tel qu'une main posée sur le front ou tenir la main du patient) pouvait faire « « lien » en passant par la réalité corporelle pour permettre que de l'émoi reconnu se dégage du sens, que l'émoi se transforme en mots en favorisant la reprise de la chaîne associative »¹²⁴. Le toucher adéquat d'une partie du corps du patient peut permettre à celui-ci de recouvrer ses limites corporelles perdues lors une phase profonde de la régression ou même représenter pour celui-ci l'équivalent du portage tout entier par sa mère.

A l'inverse, il écrivait que « si nous gardons une attitude froide et pédagogique, même en présence d'un patient en opisthotonos, nous brisons le tout dernier lien qui nous rattache à lui [...]. Si cette bienveillance vient à manquer, il se trouve seul et abandonné dans la plus profonde détresse, c'est à dire justement dans la même situation insupportable qui, à un certain moment, l'a conduit au clivage psychique, et finalement à la maladie »¹²⁵.

Cependant, « Winnicott précise bien qu'il ne s'agit pas de couvrir un patient, ce qu'il pourrait ressentir comme une agression, et il nous pose, finalement, la question du « minimum indispensable » dans l'attitude clinique tout en différenciant nettement ce contact de celui qui pourrait découler du propre désir de fusion ou d'omnipotence de l'analyste alors que le besoin fusionnel du patient doit être accepté, lui, quand il se présente. »¹²⁶

¹²⁰ Balint M. *Le défaut fondamental*. Petite Bibliothèque Payot, 1991.

¹²¹ Paumelle H. *Le rôle du corps en psychothérapie*. Dunod, 2001, p. 45.

¹²² Winnicott D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Science de l'homme Payot, 1992.

¹²³ Paumelle H. *Le rôle du corps en psychothérapie*. Dunod, 2001, p. 12.

¹²⁴ Ibid, p. 41.

¹²⁵ Ferenczi S. *Psychanalyse IV. Œuvres complètes*. Tome IV : 1927-1933., Payot, 1982, p. 129.

¹²⁶ Paumelle H. *Le rôle du corps en psychothérapie*. Dunod, 2001, p. 52.

La phase nécessaire de présence soutenue du thérapeute, comme le précise Balint, doit être suivie d'un inévitable sevrage qui permettra au patient d'exprimer sa haine refoulée envers l'objet primaire insatisfaisant. Haine difficile à supporter à la fois pour le patient et l'analyste qui devra absolument « y survivre » (c'est à dire être capable de l'accueillir sans rejeter le patient, et de l'aider à lui donner un sens), s'il veut permettre à son patient de faire le deuil des défauts de son objet maternel et des carences affectives qu'il a subies.

Au niveau du traitement, on voit que pour cette lignée d'analyste, il est important « de théoriser à partir de l'observation et de s'engager humainement, personnellement, dans la relation clinique en cherchant à s'adapter, au mieux, aux besoins du patient et à son niveau de régression dans sa recherche de guérison»¹²⁷, quitte à accepter de remplir, pour un temps, une fonction maternante vis à vis d'un patient profondément régressé. Dans ce cas, le thérapeute se trouve métaphoriquement en situation de devoir adopter une attitude équivalente à celle de la mère *suffisamment bonne*.

En fait, H. Paumelle précise que dans la situation analytique, les fonctions paternelle et maternelle sont conjointement à l'œuvre, dans les fonctions respectives de faire lien ou de faire limite, de rassembler ou de séparer: par exemple, les limites du cadre introduisent inmanquablement la fonction paternelle alors que l'attention et l'écoute soutenue et bienveillante du praticien symbolisent la fonction maternelle.

Accompagner une régression nécessite donc que l'analyste garde toujours en point de mire l'idée d'aboutir à mener le patient du non analysable vers l'analysable, de l'innommable vers la parole. La régression n'est pas une fin en soi, mais un possible nouveau départ pour un développement plus harmonieux.

¹²⁷ Ibid, p. 42.

PARTIE CLINIQUE

Accueil



*Accueillir l'enfant tel qu'il est,
dans sa globalité,
avec ses qualités et ses troubles.*

*Au dessous de ses couches protectrices,
de son manteau d'angoisse et d'agressivité,
son essence attend, intacte.*

2EME PARTIE : EXPERIENCES DE THERAPIE EN HOPITAL DE JOUR ET EN JARDIN THERAPEUTIQUE POUR ENFANTS

PRESENTATION DU CADRE THERAPEUTIQUE

PRESENTATION DES DIFFERENTS LIEUX

Un hôpital de jour pour enfants

Ma première expérience auprès d'enfants autistes et psychotiques s'est déroulée dans un hôpital de jour pour enfants. J'y ai été stagiaire psychologue, une demi-journée par semaine durant une année, en immersion au sein d'une équipe de trois soignants¹²⁸ ayant la charge de quatre enfants, âgés de 6 à 8 ans.

Cette expérience en immersion me paraissait importante pour acquérir une compréhension intérieure du mode de fonctionnement psychique de ces enfants, en entrant directement en relation avec eux. Je souhaitais ainsi développer mes capacités d'écoute et de ressenti des problématiques archaïques afin de commencer à me préparer à la thérapie d'enfants. Je n'y ai donc pas eu le statut de thérapeute à proprement parlé, mais à travers deux ateliers à médiations, l'un en piscine et l'autre « d'expression corporelle », il m'a été donné la possibilité d'engager avec ces enfants un travail au niveau relationnel, émotionnel et corporel.

Ces deux ateliers se sont déroulés tout au long de l'année dans des lieux distincts, aménagés spécifiquement pour l'activité, à des heures fixes, ce qui donne des repères aux enfants et contribue au cadre.

J'ai choisi ici de parler plus spécifiquement de mon expérience thérapeutique, auprès de deux enfants, au cours de l'atelier en piscine. Il s'agit de Brice et Juliette que j'ai déjà rapidement présentés au début de ce mémoire.

J'ai participé à cet atelier une fois par semaine, avec deux de mes collègues infirmiers psychiatriques (un homme et une femme), et trois enfants.

Les séances se sont déroulées chaque semaine en groupe fermé, le jeudi, de 11h45 à 13h20 (horaires de départ de l'hôpital de jour, et de retour), de la mi-octobre 2001 jusqu'à la fin juin 2002. Le lieu était le petit bassin de la piscine municipale. Ce bassin comportait une partie peu profonde délimitée par une ligne flottante.

Outre les temps de trajets en minibus, l'activité était découpée en différentes phases : arrivée, déshabillage, passage aux toilettes, douche, 30 à 40 minutes dans l'eau, shampoing,

¹²⁸ Je désignerais par le terme de « soignants », comme il est maintenant coutumier de la faire dans les institutions, les différents professionnels qui s'occupent des enfants, qu'ils soient infirmiers, psychomotriciens, éducateurs de jeunes enfants, psychologues,...

séchage, rhabillage et départ. La succession de ces phases toujours identiques contribuait à instaurer un cadre sécurisant pour les enfants car prévisible ; de plus l'observation des comportements des enfants et de leur évolution, au cours de chacune de ces phases, m'a permis d'appréhender différents aspects de leur développement (autonomie, respect des limites et tolérance à la frustration, gestion des angoisses, relation aux autres,...).

Mon étude portera sur l'évolution de ces deux enfants au cours de cet atelier à médiation aquatique, sur la période des 8 mois et demi de leur suivi.

Présentation de l'atelier

Son objectif

Un objectif thérapeutique n'était pas posé en tant que tel par les soignants qui avaient mis en place cette activité, mais s'inscrivait dans l'idée que l'ensemble de la prise en charge des enfants à l'hôpital de jour constituait un dispositif thérapeutique. Pour ma part, étant donné ma fonction de stagiaire psychologue achevant par ailleurs une formation de psychothérapeute, je me situais dans une relation d'ordre thérapeutique avec les enfants, ceci avec l'accord de ma psychologue référente.

La phase d'activité dans la piscine elle-même était libre. Un matériel succinct était mis à disposition des enfants, limité volontairement à quelques objets contenant (arrosoirs, petits pots) et quelques supports en mousse, afin d'éviter la dispersion de leur attention.

Ce temps d'activité, sans forme prédéfinie, sans contrainte autre que celles dictées par le cadre, en faisait une *zone neutre*, hors temps hors espace, c'est à dire selon la description de Winnicott un espace qui donne « une chance à l'expérience informelle, aux pulsions créatives, motrices et sensorielles, de se manifester »¹²⁹.

Son cadre

Le cadre était établi en fonction du lieu et de la gestion du groupe, entraînant un certain nombre de règles élémentaires.

Il respectait en outre la « règle des 3 unités », c'est à dire : l'unité de temps, l'unité de lieu et l'unité de personnes. Règle de base qui fait du cadre lui-même un bon moyen de réassurance et de repérage spatio-temporel.

D'autres règles, propres au fonctionnement en groupe et au milieu aquatique étaient posées ; il s'agit de règles relatives à la sécurité des personnes et de bienséance (interdiction de plonger, de faire mal à autrui, de déranger les autres nageurs, de toucher les zones sexuelles d'autrui...) et à l'hygiène (interdiction d'uriner ou de déféquer dans l'eau).

Ce cadre, au contraire de la situation analytique classique, incluait le toucher comme une médiation à part entière dans la prise en charge des enfants : il s'agissait bien sûr d'un toucher

¹²⁹ Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975, p. 90.

respectueux soumis à l'acceptation des enfants et s'inscrivant essentiellement dans des activités de soutien et de soin lors de la sortie du bassin.

Le bassin, clairement délimité par ses bords, constituait un contenant doublement matérialisé pour les enfants : matérialisé à la fois par ses bords et par la nature contenante de l'eau. Il s'y ajoutait la contenance par les limites du cadre(ses règles), et la contenance psychique des soignants.

Tout en m'appuyant sur ce cadre, je me suis laissée guider et surprendre par chaque enfant afin de ressentir les besoins profonds de chacun d'eux, et de tenter de favoriser leur expression à travers le jeu avec la médiation aquatique.

Un jardin d'enfants thérapeutique

Le troisième enfant, dont j'ai choisi de parler, est un petit garçon que j'ai rencontré au cours de mon stage de Dess de Psychologie Clinique et Pathologique. J'ai eu l'opportunité de le réaliser dans le cadre d'un Jardin d'Enfants Thérapeutique (J.E.T en abrégé), structure d'accueil à temps partiel qui dépend d'un secteur de Psychiatrie infanto-juvénile de la région parisienne.

Le J.E.T fonctionne 3 matinées par semaine et a accueilli, cette année, un groupe de 5 enfants, âgés de 2 ans ½ à 6 ans, atteints de troubles du développement plus ou moins importants : retard voir absence de langage, intolérance à la frustration, retard d'acquisition de l'autonomie, quasi absence de jeu, repli autistique...

Chaque matinée est « animée » par une équipe pluridisciplinaire composée de 2 infirmières fixes, d'une personne qui varie d'une matinée à l'autre (1 infirmière, 1 orthophoniste, 1 psychomotricienne), et de moi-même : stagiaire psychologue d'octobre 2002 à juin 2003. Cette équipe a été mise en place par une psychologue (ma référante de stage) qui « anime » la réunion de parents chaque mardi en fin de matinée, en présence des enfants. Chaque membre de l'équipe a une fonction de co-thérapeute.

Cette prise en charge groupale vise à produire des effets thérapeutiques à travers le cadre, les activités médiatisées par le jeu, le corps et la musique, la vie en groupe, l'écoute individualisée et les liens affectifs qui se tissent, ainsi que grâce au travail d'élaboration psychique de l'équipe de professionnels qui s'occupent des enfants (une réunion de synthèse à propos d'un des enfants a lieu chaque semaine, en plus des discussions informelles après chaque séance).

Le lieu comporte une entrée, une salle équipée de matériel de psychomotricité, une autre destinée aux jeux libres et au goûter, ainsi qu'une cuisine et une petite salle de réunion. Dans la salle de jeu, les enfants ont à disposition une petite maison, une « piscine à balles », des petites voitures avec un garage, quelques poupées et matériel de dînette et de nursery, des ballons, des ardoises magiques pour dessiner, ...

MON APPROCHE THERAPEUTIQUE

Le jeu libre

Comme l'avait découvert D. Winnicott¹³⁰ bien avant moi, c'est par le *jeu*, que j'ai pu approcher peu à peu la problématique de chacun des enfants, tenter de repérer leurs angoisses psychotiques et travailler dessus.

Pour la plupart, ces enfants n'étaient guère capables de jouer, aussi mon premier travail a été d'encourager le développement du jeu. Pour cela, je me suis mise à jouer moi-même afin de guider leurs expressions pulsionnelles vers des activités ludiques. J'encourageais le « passage par l'acte » (à différencier du passage à l'acte) à travers le jeu ou une médiation, afin de permettre ainsi l'expression des pulsions et angoisses, tout en étant en contact avec l'émotion. Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, le passage par l'acte ludique est considéré par Freud (dans le jeu de la bobine) comme un premier niveau de symbolisation, préparant à la symbolisation langagière.

La médiation aquatique

« Sur ce divan aquatique le travail psychologique semble précipité. Comme dans un précipité chimique, l'eau rend plus visibles, plus concrètement perceptibles toutes les cicatrices corporelles laissées par un vécu précoce difficile et douloureux »¹³¹

A. Luigi-Duggan

D'après A. Luigi-Duggan, l'élément aquatique lorsqu'il approche la température du corps reproduit bon nombre des qualités du premier objet maternel, en particulier par les stimulations de la peau qu'il procure. C'est en cela qu'il serait favorable, lorsqu'il est utilisé dans un contexte thérapeutique, à la restructuration des fonctions corporelles du moi, c'est à dire du *moi-peau*. Comme elle, j'envisageais que la *zone neutre*, définie par le bassin, constituait un terrain commun propice au jeu, où l'eau elle-même est le média de jeu principal (laissant le thérapeute libre de toute préoccupation matérielle et ainsi plus disponible psychiquement).

La relation que j'ai établie avec les enfants dans l'eau a été guidée par l'eau elle-même. Chez chacun, sa façon d'investir le milieu aquatique m'a semblé être un bon révélateur de sa problématique, ainsi que favorable à l'expression de ses besoins et de ses angoisses. Les deux enfants autistes ont investi d'emblée l'eau en tant que contenant, appréciant de s'immerger totalement. Ainsi contenus par le médiateur, et alors sans doute moins repliés et défendus dans leur carapace autistique, j'ai pu aller à leur rencontre *sous* l'eau. Comme si, dans ce milieu fluide et enveloppant, la rencontre devenait moins dangereuse. Le médiateur eau, en éveillant les sensations corporelles, a sans doute participé au relâchement des cuirasses musculaires.

¹³⁰ Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975.

¹³¹ Luigi-Duggan A. Psychothérapie parents-enfants en piscine, une pratique innovante. *Actes des 1ères journées d'études nationales de l'eau*. Bastia, PEP, 1996, p. 245.

Le milieu aquatique a facilité mon travail thérapeutique au niveau des vécus précoces des enfants. Il a favorisé des moments de holding physiques grâce à son effet régressif, à l'allègement des corps dans l'eau, à la plus grande permissivité accordée au toucher dans ce milieu.

Il a permis plus aisément l'expression de l'agressivité : l'eau pouvant être projetée sans danger, et sa densité semblant offrir un contenant à cette agressivité.

Seul bémol, le lieu public de l'atelier impliquant la présence de quelques personnes étrangères au groupe ne permettait pas de garantir une totale intimité et confidentialité, ce qui a sans doute un peu influencé mes modalités d'intervention (en limitant ma liberté d'expression, et ma disponibilité psychique envers les enfants).

Une rencontre

Avec ces enfants, mon approche thérapeutique a été basée avant tout sur la relation. Avec chacun, le fondement de mon travail a été d'apprendre à me mettre à l'écoute de ce qu'il exprimait, à travers son comportement et son langage psycho-corporel, afin de parvenir à aller à sa rencontre.

Aller à la rencontre de l'enfant signifie oser me laisser guider par lui dans son monde, ce qui implique d'accepter de me laisser manipuler. Selon l'expression de Roussillon¹³², me laisser être un objet suffisamment *malléable* pouvant être utilisé par l'enfant, mais en veillant à revenir régulièrement à moi-même, pour ne pas me perdre dans son monde.

Il s'agissait de créer une relation de confiance suffisante afin que l'enfant ose « *m'investir en tant qu'objet* »¹³³, selon la terminologie de D. Winnicott, pour parvenir peut-être ensuite à ce qu'il puisse « *m'utiliser comme objet trouvé-créé* »¹³⁴.

Je me suis laissée être *utilisée* par l'enfant, avec pour seules limites mes propres limites concernant mon intégrité psychique et corporelle, ainsi que le respect du cadre. A partir de la façon dont l'enfant m'utilisait, je tentais de mettre simplement des mots sur ce qu'il était en train de faire, en veillant toujours à le faire sans jugement et avec beaucoup de bienveillance. Dans le travail thérapeutique avec un enfant autiste ou psychotique, une grande tolérance envers les expressions de l'enfant m'apparaît essentielle. Cette tolérance consiste à autoriser, donc à « supporter de la part de l'enfant toute sorte de manifestation de haine et d'agressivité ou au contraire de l'amour le plus intense ; cette dernière éventualité n'étant pas plus facile à supporter que la précédente »¹³⁵. Ce passage par l'acte permet que se rejouent les traumatismes, que les émotions viennent à la surface, et donne la possibilité d'opérer un travail de transformation par le jeu et l'élaboration. La tolérance se différencie pourtant de la permissivité dans le sens où elle s'exerce dans un cadre bien défini, dont les limites sont l'interdiction de détruire, de faire des actes dangereux pour soi ou autrui ou de perturber le fonctionnement du groupe.

¹³² Roussillon R. *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. PUF, 1991.

¹³³ Winnicott D.W. L'utilisation de l'objet.

¹³⁴ Ibid.

¹³⁵ Geissmann C. & P. *L'enfant et sa psychose*. Dunod, 1984, p. 200.

L'aménagement régulier du cadre en fonction du comportement des enfants me semble important pour qu'il puisse assurer indirectement sa fonction limitante sans que les soignants aient trop besoin d'intervenir. Il facilite chez le thérapeute le maintien d'une écoute neutre et bienveillante, en évitant qu'il ait à adopter un rôle trop actif et trop limitant.

De plus, les théories sur le développement précoce, ainsi que ma propre sensibilité, m'ont portée à entrer dans l'écoute des problématiques archaïques, et à repérer en particulier les besoins régressifs.

Pour favoriser cela, j'ai commencé par me mettre au niveau de l'enfant en m'asseyant au sol près de lui et j'ai cherché à entrer en relation en partageant ses activités, tout en y associant des verbalisations. Ex : avec Brice, à la piscine, en accompagnant ses gestes de vocalises et de verbalisations, et en m'immergeant moi-même près de lui, tout en cherchant à partager ses expressions émotionnelles de joie, d'excitation, ou de malaise.

Je me suis par ailleurs beaucoup servi de mon ton de voix pour m'accorder à ce que je ressentais des besoins de l'enfant.

Conceptuellement, cette attitude thérapeutique me semble se relier à la notion d'*accordage affectif* développée par D. Stern¹³⁶, pour représenter le fait que la mère normalement dévouée cherche à se rapprocher de l'état émotionnel de son bébé, et qu'elle répond aux expressions de celui-ci sur une modalité sensorielle.

Peu à peu, certains enfants en sont venus à m'investir préférentiellement, cherchant à m'attirer dans leurs activités afin que j'en sois la spectatrice, celle qui encourage et donne du sens; puis de plus en plus, ils en sont venus à se servir de moi. C'est en entrant dans le rôle d'*objet trouvé-créé*¹³⁷, tel que l'a décrit Winnicott, que j'ai pu sentir la fonction que je tenais pour l'enfant, quel besoin il cherchait à satisfaire, qu'est-ce qu'il me semblait vouloir exprimer à travers la place qu'il me faisait prendre. Une fois cette position « d'objet investi » atteinte, le thérapeute peut commencer aussi à se positionner en guide, qui tente à la fois d'aider l'enfant à élaborer ses angoisses et qui soutient en parallèle son développement vers l'autonomie et vers l'accès à une position de sujet.

Ex : Norbert en venant vers moi tout en imitant des miaulements de chaton, m'invitait à prendre une position maternelle protectrice vis-à-vis de lui. En acceptant cela, c'est à dire en répondant verbalement et corporellement sur ce mode (« le petit chat veut un câlin » tout en lui caressant les cheveux), ce petit garçon a pu entrer un peu plus dans son besoin de régresser dans une position de vulnérabilité et relâcher ses défenses de maîtrise relationnelle.

A travers ces interactions essentiellement comportementales, j'ai pu me mettre à l'écoute des traumatismes de l'enfant, afin de chercher à ressentir le besoin non satisfait qui y est lié. Ex : Maeva, petite fille toute fluette comme transparente, mettait beaucoup en scène des histoires de chute brutale d'une poupée, et elle-même se cognait souvent en se déplaçant sans manifester la moindre douleur. Derrière cela, je ressentais un grand manque de sécurité et de protection corporelle, contre lequel elle se défendait en jouant bruyamment...

Avec certains enfants, c'est l'agressivité qui s'est exprimée par moments dans la relation avec moi. Chez une fillette dénommée Christina, cette agressivité m'évoquait une

¹³⁶ Ciccone C. & Lhopital M. *Naissance à la vie psychique*. Dunod, 2001, p. 73.

¹³⁷ Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975.

destructivité primaire archaïque propre à la position schizo-paranoïde décrite par M. Klein, où Amour et Haine s'expriment parallèlement, sans liens entre eux. La fillette venait se blottir contre moi, puis brusquement se mettait à tenter de me frapper sans prévenir. J'ai été confronté ainsi à la question de « *survivre à la destructivité* »¹³⁸, car l'agressivité imprévisible de cette enfant m'a mise, sur le moment, dans la réaction de m'en écarter, de fuir la relation, par crainte d'être attaquée de nouveau. J'ai pris conscience qu'en agissant ainsi, je n'aurais fait que lui confirmer la dangerosité de ses sentiments destructeurs. J'ai ajusté alors ma relation à cette fillette en cherchant la bonne distance (ni trop près, ni trop loin), en lui posant des limites, et en essayant de développer des stratégies de transformation par le jeu, pour favoriser une expression plus canalisée et symbolisée de ses pulsions.

J'avais le souci de m'engager dans la relation avec chacun, en veillant à donner des temps d'attention à tous. Mais ce souci de m'impliquer était sans doute aussi motivé par une crainte personnelle « d'abandonner », en écho à ma propre histoire de non-investissement maternel.

J'ai par ailleurs choisi, comme H. Paumelle, D. Winnicott, M. Mahler et bien d'autres thérapeutes d'enfants psychotiques, d'adopter un certain degré de permissivité pour ce qui concerne le contact physique par le toucher, le flairage voir même le goût, par les enfants. La peau elle-même a ainsi été une médiation à part entière dans l'établissement d'une relation privilégiée avec chaque enfant, en étant le vecteur d'expression de besoins archaïques existant dans la relation précoce mère-nourrisson.

Ainsi, c'est en m'engageant avec toute ma personne, tant psychiquement que corporellement, dans les interactions avec ces enfants, qu'une relation transférentielle a pu être favorisée : s'engager dans un dialogue à la fois corporel et sensoriel me paraît incontournable avec ces enfants, surtout tant que la parole n'a pas acquis la valeur de communication et que le jeu symbolique avec des objets n'est pas suffisamment développé. Ma parole est venue d'emblée s'adjoindre à cela pour accompagner, encourager et introduire peu à peu une symbolisation langagière. J'ai ainsi constaté moi-même dans la pratique l'antériorité de la symbolisation corporelle sur la symbolisation verbale.

Renaître à la confiance

Je veux signifier par-là le fait, pour ces enfants ayant vécu un lien primaire non garant d'un sentiment de sécurité et de confiance, de pouvoir refaire l'expérience d'une relation de confiance avec quelqu'un.

Ces enfants, qu'ils aient des traits autistiques ou psychotiques, n'ont pas acquis un sentiment suffisant de sécurité envers le monde extérieur, et en particulier envers autrui : leur enfance a été marquée d'un vécu fantasmé ou non de rupture ou de rejet de la part de leur objet maternant, vécu catastrophique contre lequel ils se défendent en tentant d'empêcher toute nouvelle expérience comparable.

J'ai tenté de travailler à rendre moins angoissant ce vécu archaïque, en essayant peu à peu d'approcher l'angoisse à travers le jeu. J'ai constaté que les enfants en viennent eux-mêmes à mettre en scène d'une façon ou d'une autre leur angoisse, quand ils sentent qu'ils vont pouvoir être accompagnés dedans. Ex : Maeva, petite fille de 3 ans ½ que je présenterais plus loin, s'est mise à me demander, chaque matin à son arrivée, de monter sur le gros ballon de

¹³⁸ Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975.

psychomotricité pour s'y mettre debout, comme pour tenter d'appivoiser peu à peu la perte d'équilibre. J'ai senti que mon rôle était alors de lui permettre d'expérimenter en sécurité le risque de chute et le sentiment de perte de repère, et de « renaître à la confiance » d'être tenue et rattrapée par une personne fiable, quand elle risquait de tomber.

L'attention et la compréhension que j'ai essayé de porter à leur moi profond, à leur partie souffrante et angoissée, ont été à l'origine de l'instauration rapide d'une relation transférentielle entre ces enfants et moi.

L'indispensable temps d'élaboration

Dans un second temps, après les séances, le temps de partage de mes observations avec celles de mes deux collègues était aussi l'occasion d'une certaine réflexion productrice de sens: celle-ci a favorisé sans aucun doute le travail d'élaboration clinique de chacun de nous. Elle m'a permis de prendre du recul par rapport à ce qui s'était passé pendant la séance, en m'efforçant de mettre en mots mes échanges avec les enfants, échanges essentiellement ludiques, corporel, infra-verbaux. Cela ne m'a pas été facile, car du fait de l'orientation professionnelle différente de mes collègues, j'ai eu le sentiments que ceux-ci ne comprenaient souvent pas le sens que je donnais aux comportements des enfants, et n'y accordaient que peu d'importance.

Les différents processus et étapes du développement psychique décrits dans les théories psychanalytiques du courant post-kleinien m'ont servi de ligne directrice tout au long de la prise en charge thérapeutique de ces enfants.

Ce travail d'élaboration permettait que des liens se dessinent d'une séance à l'autre, avec pour effet l'amélioration de notre compréhension des enfants. Il favorisait aussi une prise de recul, d'autant plus nécessaire pour mes collègues infirmiers de l'hôpital de jour, dont l'implication quotidienne dans la prise en charge d'enfants générait un certain enfermement dans la routine - source de lassitude et parfois même de découragement.

L'élaboration a favorisé ainsi notre « capacité de rêverie » de thérapeute, qui, comme le décrit F. Tustin ¹³⁹, constitue une sorte d'ambiance psychique assurant une fonction contenante pour le moi immature de l'enfant psychotique. Elle m'a permis aussi de rester vigilante à mes mouvements contre-transférentiels.

¹³⁹ Tustin F. *Autisme et protection*. Seuil, 1992.

LE GROUPE THERAPEUTIQUE COMME « ENVIRONNEMENT SUFFISAMMENT BON »

Les atouts des prises en charge institutionnelles pour ce type de pathologie.

Le groupe comme contenant corporel et psychique

Le groupe thérapeutique en tant que tel assure une fonction de cadre contenant pour les petits patients, de même qu'il peut favoriser des identifications entre enfants.

A travers la permanence de lieu et de temps, il est porteur d'un sentiment de continuité.

Il se pose comme un lieu plus tolérant que l'école, qui encourage l'expression des problématiques (normalement) plutôt que l'adaptation au fonctionnement d'un groupe.

Mais ce contexte institutionnel a sans doute joué aussi une fonction de cadre rassurant pour moi-même, dans ma découverte du soin thérapeutique d'enfants gravement perturbés et du suivi de leurs familles. C'est d'ailleurs une fonction reconnue de l'institution psychiatrique en général, que de chercher à favoriser l'étaillage mutuel entre ses membres, de par son organisation.

Au départ, je manquais en effet de repères et de sécurité intérieure pour avoir suffisamment confiance en mes capacités de contenir les enfants, lors de moments d'angoisses et de débordements pulsionnels. Le cadre institutionnel, en assurant pour moi-même une fonction de contenant, m'a semble-t-il aidée à progresser dans mon positionnement intérieur, tant vis à vis des enfants que de leurs parents.

Il m'a permis de développer mes propres capacités de contenir les angoisses et débordements.

Le groupe comme réceptacle des angoisses et de la destructivité

Le groupe m'a paru jouer naturellement une fonction de réceptacle des angoisses et de la destructivité.

Il est clair qu'il ne laisse pas les enfants indifférents : sur un plan il joue un rôle apaisant en tant que contenant, mais par ailleurs il peut aussi éveiller des angoisses d'intrusion. Je citerais le cas de Norbert, qui arrivait tout content chaque matin et investissait bien vite le matériel, mais qui néanmoins montrait beaucoup d'opposition à toute activité de groupe.

Le groupe d'enfants peut favoriser la transformation des angoisses et de la destructivité, à travers les jeux improvisés entre les enfants eux-mêmes, les processus imitatifs et identificatoires.

Du côté des soignants, l'étaillage mutuel peut rendre moins angoissantes les émergences psychotiques des petits patients. Si cet étaillage est fonctionnel, le groupe peut effectivement

se montrer capable d'écouter et d'accueillir les émergences agressives et les angoisses.

Par ailleurs, côtoyer les enfants sur des durées relativement longues et dans un contexte de vie sociale, m'a paru avoir des aspects positifs dont celui de pouvoir observer leur fonctionnement dans des situations relativement variées. Mais cela m'a paru amener aussi beaucoup de complications, tels que le manque d'intimité, le risque d'interventions contradictoires entre les différents soignants, la difficulté à gérer plusieurs investissements simultanément...

Les dysfonctionnements de ces prises en charge institutionnelles et mes difficultés à les gérer

Manque de formation des soignants

Pour que la *zone neutre* définie par le lieu de soin joue pleinement son rôle auprès des enfants, il s'agissait que moi-même et les soignants fussions capable de jouer, comme le disait Winnicott¹⁴⁰ et comme l'a repris A. Luigi-Duggan¹⁴¹ dans sa définition de *l'espace thérapeutique*.

Cela s'est avéré moins aisé pour mes collègues infirmiers dont la formation ne leur permettait pas de percevoir pleinement l'intérêt thérapeutique du jeu avec les enfants, ni de réaliser une lecture psychanalytique de leurs comportements.

Sans une sensibilisation suffisante à l'écoute et une connaissance des processus de développement, j'ai constaté que, malgré leur souhait d'avoir une action thérapeutique, les soignants ont eu tendance à se placer dans un rapport plus éducationnel, et dans le maintien d'une distance protectrice vis à vis des enfants.

Je me suis donc rapidement trouvée confrontée à la réalité institutionnelle, prenant conscience que le cadre était plus occupationnel que thérapeutique, bien qu'un effet thérapeutique soit escompté.

Manque d'élaboration de la négativité au niveau de l'équipe

Comme nous l'avons vu, selon C. et P. Geissmann¹⁴², le cadre institutionnel devrait assurer une fonction maternante auprès de ces enfants dont le lien à leur objet maternel a été précocement troublé. Il devrait offrir à l'enfant un environnement « suffisamment bon » lui donnant la possibilité de parfaire la constitution de ses enveloppes psychiques, en transformant en particulier les éléments non liés de sa personnalité en éléments psychisés.

Le problème, c'est que ces enfants gravement perturbés tentent irrémédiablement de rejouer, auprès des personnes qui s'occupent d'eux, les mêmes dysfonctionnements que ceux de leur dyade mère-bébé. C'est le *principe de répétition* que Freud a été le premier à relater,

¹⁴⁰ Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975.

¹⁴¹ Luigi-Duggan A. *Psychothérapie parents-enfants en piscine, une pratique innovante*. Actes des 1ères journées d'études nationales de l'eau. PEP, 1996.

¹⁴² Geissmann Claudine et Pierre, *Etude psychanalytique des modèles identificatoires en institution thérapeutique pour enfants psychotiques*, in *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n°10, Identifications, Centurion, 1991.

selon lequel tout humain est condamné à répéter son histoire infantile précoce. Pour sortir de ce cercle vicieux, il faut que patients et soignants parviennent à « construire ensemble une nouvelle histoire »¹⁴³.

J'ai constaté au cours de mes deux stages en psychiatrie infanto-juvénile à quel point ce n'est pas gagné d'avance, car l'institution se trouve entraînée elle-même dans des fonctionnements psychotiques : tels que le clivage, la recherche d'immuabilité, les fantasmes de toute puissance, les sentiments de persécution et les défenses par projection. Les comportements négatifs des enfants, qu'ils se manifestent par des attaques directes envers les autres ou envers le cadre, ou encore par le refus de répondre aux sollicitations des adultes, semblent faire échos aux propres blessures infantiles des soignants, amenant ceux-ci à y réagir défensivement, selon différentes modalités. C'est là que le cadre institutionnel prend toute son importance, selon qu'il parvient ou non à prendre en charge cette négativité, au niveau des enfants comme au niveau des soignants. Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, il est nécessaire que cette négativité soient parlée et élaborée en équipe ; ainsi pensés et digérés par les soignants, ces *éléments bêta*, selon l'expression de Bion, peuvent être restitués transformés en *éléments alpha*, psychisés, aux enfants.

Au J.E.T. en particulier, j'ai trouvé que cette fonction a été relativement entravée par une tendance des soignants à adopter une position surmoïque consistant à brimer et punir toute expression agressive, au lieu de l'accueillir et d'aider l'enfant à la transformer. Cette agressivité s'est alors exprimée de façon plus larvée, non élaborée au sein même de notre équipe de soin. Il me semble qu'au lieu de permettre une gestion souple des pulsions et angoisses grâce à l'étayage mutuel, le groupe de soignants s'est plus positionné comme une coalition défensive face aux émergences psychotiques des enfants.

L'élaboration de la négativité m'a paru bien insuffisante sur mes deux lieux de stage, soit en raison du manque de temps consacré aux échanges en équipe et à l'insuffisance de psychologue-psychothérapeute aptes à favoriser ce niveau de réflexion, soit en raison de la mainmise du soin par les équipes infirmières qui dans un mouvement défensif cherchent à évincer tout ce qui est psychologique et les psychologues avec. J'ai ainsi vérifié, comme cela me l'avait été indiqué au cours de mes études de psychologie, combien les psychologues en institution sont souvent maintenus à l'écart et critiqués. La tentation est grande pour les équipes, souvent peu formées à la psychanalyse et n'ayant pas résolu leurs propres traumatismes (ceux-là même qui les ont poussés à choisir ce travail), de se réfugier dans des actions éducatives, dont la fonction est de colmater tout ressenti de souffrance et de compenser les sentiments d'impuissance. Le manque d'élaboration par l'équipe des comportements des enfants amènent à répondre par l'agir aux difficultés auxquelles vous confronte la pathologie.

Ces dysfonctionnements institutionnels m'ont confrontée à des sentiments de révoltes par rapport à l'inadaptation des moyens mis en œuvre pour aider ces enfants. Je me suis retrouvée face à ma propre impuissance, et à devoir apprendre à la gérer.

¹⁴³ Chauvet J. L., directeur d'un hôpital de jour parisien et enseignant de T.D. sur l'entretien clinique, en Dess de Psychologie Clinique et pathologique, à l'Université Paris V.

Risque de dérapage vers des positions éducationnelles défensives, risque de reproduction de la pathologie entre soignants

L'insuffisance de formation et d'élaboration des ressentis m'a paru amener les soignants à adopter parfois différentes positions défensives, qui venaient bloquer le travail thérapeutique.

Au jardin d'enfant en particulier, j'ai vite senti les limites du cadre institutionnel pour travailler au niveau des problématiques précoces du développement, alors que je sentais important de travailler sur les niveaux archaïques, en abordant notamment un travail sur l'angoisse, la destructivité, les besoins régressifs tels que la succion orale et le holding. Mais cela indisposait facilement mes collègues, sans doute parce que cela réveillait leurs propres niveaux archaïques douloureux. J'ai dû faire avec les limites de tolérance de mes collègues infirmières en ce qui concerne la bienséance et le niveau sonore. Allant dans des préoccupations éducationnelles (telle que « Il faudrait qu'il soit capable de rester assis, de faire un dessin... »), elles avaient tendance à interdire et à imposer leur volonté aux enfants, ce qui à mon sens a limité le déploiement des jeux libres par trop d'interventions. Ces positions que je qualifierais de surmoïques venaient limiter toute expression jugée incorrecte chez l'enfant. Elles m'ont paru entraver leur propre engagement dans les relations et dans les jeux avec les enfants.

Au début surtout, il m'a été parfois difficile dans ce contexte, aussi en raison de ma position de stagiaire, d'oser suivre pleinement ce que ressentais au cours de mon travail auprès d'un enfant (de suivre le fil de ce qu'il exprimait et de jouer avec cela) et encore moins de l'exprimer à l'équipe par crainte d'entrer en conflit.

Par la suite, les investissements préférentiels que certains enfants m'ont portés ont paru me mettre en position de rivale par rapport à certaines infirmières (titillant ainsi ma propre problématique de rejet), qui m'ont alors semblé réagir en adoptant des attitudes autoritaires vis à vis de ces enfants. J'ai alors fait l'expérience que l'écoute profonde d'un enfant, me rendait plus sensible à ce qu'il vivait, m'amenant à m'identifier à la peine d'un enfant lorsqu'il se faisait gronder, et même à vivre moi-même la soignante comme mauvaise. Je me suis sentie moi-même mettre certaines de mes collègues en place de mauvais parents, à chaque fois qu'elles adoptaient une attitude éducative autoritaire. Sans doute que cet enfant nous a amenés à rejouer son propre clivage amour/haine, au sein de l'équipe : clivage dont il aurait fallu pouvoir discuter ensemble afin de ne pas rester dans la reproduction.

A travers ces difficultés, ce travail en groupe m'a ainsi permis de réaliser concrètement qu'il se joue des transferts latéraux entre l'enfant et les différents soignants, ainsi que des mouvements transférentiels entre les membres de l'équipe elle-même.

Les sentiments négatifs des soignants et des enfants, à défaut de pouvoir être exprimés ouvertement dans l'équipe dès le début, ont eu tendance à se larver et à retentir sur l'esprit d'équipe et sur les modalités relationnelles entre adultes et enfants.

Ayant eu du mal à dépasser cette position conflictuelle (sans doute parce que je n'étais pas encore suffisamment dégagée de cela dans mon propre travail thérapeutique), je me suis sentie souvent parasitée dans mon écoute des enfants par les conflits et les luttes de pouvoir intra-équipe. Ceci m'a montrée que j'ai encore besoin de me *désidentifier* de la *sous-personnalité* « jugée et rejetée » qui m'habite encore trop, au point de me mettre en difficulté face aux attitudes de certains soignants. J'ai besoin d'acquiescer plus de confiance en moi

pour exprimer sereinement mes opinions, et prendre suffisamment de recul face aux résistances et défenses des autres soignants.

J'ai été d'autant plus irritée que la dénomination « thérapeutique » du lieu m'avait laissé espérer un travail d'écoute et d'élaboration plus poussé que durant mon expérience préalable en hôpital de jour. J'avais attendu de mes collègues une meilleure attitude d'écoute et d'autocritique, une plus grande collaboration, dans la place de co-thérapeute qui leur a été confiée au J.E.T.

Il m'a paru assez utopique de vouloir concilier, au sein d'un même espace, des conceptions de travail si différentes, surtout quand les objectifs eux-mêmes ne coïncident pas, entraînant une confusion entre pédagogique et thérapeutique.

Durant mes deux stages, le cadre n'a donc sans doute pas eu toutes les conditions requises pour en faire un cadre thérapeutique au sens strict, selon la définition précédemment citée de C. et P. Geissmann¹⁴⁴.

¹⁴⁴ Geissmann C. & P. *L'enfant et sa psychose*. Dunod, 1984.

ETUDES DE CAS

PRESENTATION :

J'ai choisi de présenter trois enfants, que j'ai suivi chacun durant une année dans le cadre de deux stages en institution psychiatrique pour enfants.

J'ai travaillé avec Brice et Juliette d'octobre 2001 à la fin juin 2002, à raison d'une demi-journée par semaine, dans le cadre d'un hôpital de jour pour enfants. Tout deux y étaient accueillis à temps plein en raison de l'intensité de leur pathologie psychique, qui rendait impossible leur intégration, même partielle, dans le milieu scolaire. Mon travail avec ces enfants s'est fait essentiellement à travers deux ateliers à médiation : l'un musical et corporel, l'autre en piscine.

Le troisième enfant, Norbert, faisait partie du groupe d'enfants du Jardin d'Enfants Thérapeutique, dans lequel j'ai exercé en tant que co-thérapeute stagiaire tout au long de l'année scolaire 2002/2003, dans le cadre de la préparation au Dess de Psychologie Clinique et Pathologique.

J'ai donc assuré ces suivis en situation de petit groupe mené par une équipe pluridisciplinaire, et donc dans un contexte bien différent de la situation thérapeutique individuelle.

BRITZ : Un enfant autiste très régressé

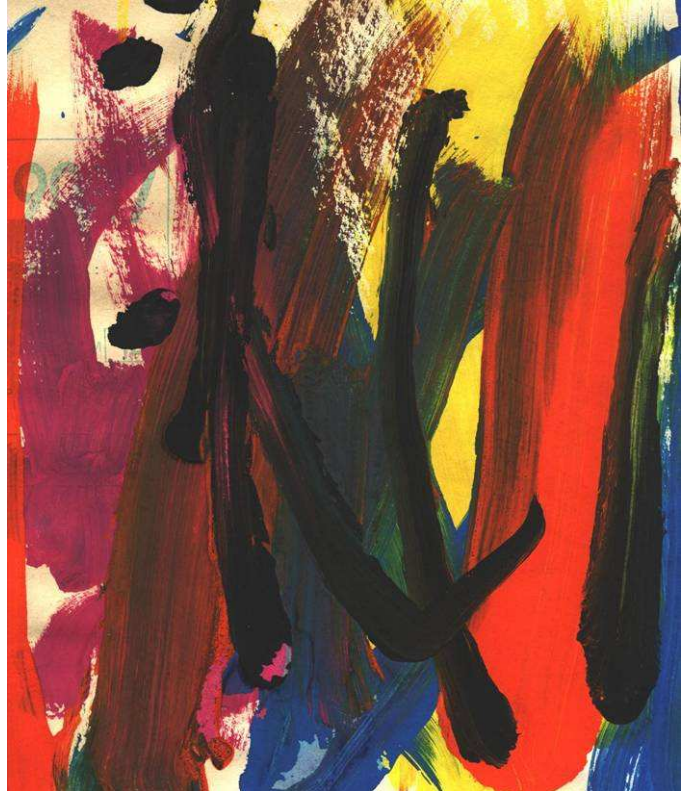
S'en aller en morceaux

Faire une chute sans fin

Mourir, mourir, mourir

*Perdre tout espoir de
voir*

le contact se rétablir.¹⁴⁵



*Un enfant collé aux excitations sensorielles, faute
d'avoir été hébergé dans l'espace psychique d'un
objet l'ayant désiré et attendu.¹⁴⁶*

¹⁴⁵ Winnicott D.W. *Le bébé et sa mère*. Paris, Sciences de l'homme Payot, 1992, p.121.

¹⁴⁶ Ciccone C. & Lhopital M. *Naissance à la vie psychique*. Dunod, 2001, p. 45.

BRICE : Un enfant autiste très régressé

Eléments d'anamnèse

Brice, 7 ans, est pris en charge à plein temps à l'hôpital de jour pour enfant depuis l'âge de 4 ans, en raison de troubles autistiques profonds.

Il est le second d'une fratrie de deux enfants.

Sa naissance s'était déroulée dans un contexte très perturbé : le refus du cerclage par la mère a débouché sur une naissance prématurée, sans doute particulièrement traumatique (extraction difficile par césarienne, en état de mort apparente). De surcroît, sa mère a alors été hospitalisée pour septicémie, pendant un mois, ce qui a eu pour conséquence de perturber gravement les relations précoces. Il a une sœur aînée, elle aussi, née prématurément et suivie en CMP car elle présente des troubles des apprentissages.

Comme chez beaucoup d'enfants autistes, son développement précoce a paru relativement normal jusqu'à 15 mois (*des troubles du lien à autrui préexistent en général, mais ne sont généralement guère visibles à un regard non averti*). Ses troubles n'ont été repérés, comme souvent, qu'à l'entrée à l'école : absence de développement du langage, comportement autistique avec isolement, absence de jeu, besoin d'immuabilité, activités stéréotypées...

Le contexte familial a été longtemps marqué par la démission du père en ce qui concerne l'éducation des enfants et l'incapacité de la mère à tenir une fonction contenante et éducative : aucune limite n'est donnée à l'enfant qui mange ce qu'il veut quand il veut et s'endort à minuit puis se lève à midi. Ces dernières années, sa mère a été hospitalisée plusieurs fois en psychiatrie pour décompensation psychotique et elle se montre projective envers Brice (elle met du vin dans l'eau du bain pour le purifier, évite tout ce qui est rouge car elle considère que c'est la couleur du diable...) Par ailleurs, elle dénie les difficultés de son fils en disant « il est dans son monde comme moi ». Un signalement pour carence est en cours, avec le projet de placer l'enfant en famille d'accueil.

Présentation

A sept ans, Brice ne s'exprime quasiment que par des cris et des sons rauques. Cependant, il émet parfois des syllabes telles que « pa pa pa ».

Il se montre agile dans son corps, grimpant partout. Il utilise aussi parfois le corps d'autrui pour faire des « acrobaties », telle que basculer la tête en bas, les jambes enroulées autour de la taille de l'adulte. [*Avec le recul, il me semble que cela pouvait être un moyen pour Brice d'expérimenter la sensation d'être tenu, en provoquant lui-même des sensations de chute. On peut voir aussi cela comme un moyen (sûrement inconscient) de nous exprimer ses besoins.*]

Il veut toujours avoir quelque chose dans la bouche, pour le sucer et le mâchouiller (un bout de plastique, une feuille de plante qu'il finit même par manger, de la pâte à modeler). *[Si l'on se réfère à l'hypothèse de F. Tustin¹⁴⁷, il pourrait chercher ainsi à boucher le trou noir créé par la perte du mamelon. En ayant toujours quelque chose dans la bouche, il semble rester accroché à la sensation du sein dans la bouche. Il se crée ainsi un substitut de sein.]*

Dans ses moments d'angoisse, Brice entre dans des stéréotypies de balancement du corps, accompagnées de sons rauques.

Il ne joue pas, à part à des jeux de coucou ou à être attrapé. *[Mes collègues m'ont dit avoir cessé d'accepter de jouer à le rattraper, car ce jeu devenait trop répétitif. Cela m'a paru dommage, car cette activité est une ébauche de jeu initiée par l'enfant, qui favorise une interaction corporelle, occasion d'une rencontre entre l'adulte et l'enfant autiste.]*

Face à la frustration ou à l'angoisse, il réagit soit bruyamment en s'agitant dans ses stéréotypies, en criant, et occasionnellement en mordant, ou bien il se retranche dans une activité auto sensuelle. Trop de bruit ou d'agitation dans le groupe l'angoissent. *[Les stéréotypies constituent la défense autogérée de l'enfant autiste contre l'angoisse, car il lui est impossible d'être rassuré par une autre personne, incapable qu'il est de se sentir en lien avec autrui].*

Il est pris parfois d'accès de larmes soudains, et difficiles à apaiser. Les adultes, qu'il connaît pourtant depuis longtemps, ne sont alors guère source de réconfort. *[Brice semble tomber dans un puits de désespoir qui m'évoque l'image de chute sans fin, citées par F. Tustin. Il me vient l'image de lui tendre la main pour le rattraper].*

Ce petit garçon est le moins autonome des enfants du groupe : pris dans une grande passivité, il se montre incapable d'investir une activité quelconque. *[Je me dis que le monde n'a pas acquis de sens pour lui, par échec de la première rencontre avec autrui. Il est occupé à se rassurer dans son propre monde de sensations].*

A la piscine, il se montre complètement absorbé dans la recherche de sensations avec l'eau ou dans les stéréotypies, et en retrait total par rapport au monde extérieur. Il semble indifférent à ce qui l'entoure, que ce soit des objets ou des personnes, et ne répond que très rarement aux sollicitations. Il ne tourne pas le regard vers nous quand nous lui parlons et son regard semble « ailleurs ».

Les rares fois où il nous sollicite, c'est en s'agitant et criant, ce qui rend peu aisée l'identification de son besoin ; il se montre incapable de pointer les objets pour se faire comprendre. Comme beaucoup d'autistes, il prend plutôt notre main pour obtenir ce qu'il veut *[comme une extension de son propre corps]*.

Dans l'eau, il n'occupe pas l'espace (au contraire de l'hôpital de jour où il « se promène » et grimpe partout) et il reste toujours du côté des marches : outre une manifestation de son repli, cela pouvait aussi être le signe que l'eau éveille en lui des angoisses.

¹⁴⁷ Tustin F. *Le trou noir de la psyché*. Seuil, 1989.

Néanmoins, Brice semble apprécier l'élément aquatique. Il répète sans cesse des immersions totales de son corps en quasi-apesanteur, immobile, s'abandonnant totalement et se laissant soutenir et contenir dans l'eau avec une expression de bien-être. Puis il ressort bruyamment, en riant, criant et gesticulant. [*En se référant à l'hypothèse A. de Luigi-Duggan¹⁴⁸, il pourrait reproduire ainsi des vécus corporels intra-utérins, expérience dans laquelle son corps était de la même façon enveloppé de liquide tiède. Cela correspond aussi à l'idée de D. Anzieu¹⁴⁹, qu'au cours de la position autistique normale, le nourrisson serait animé d'un fantasme intra-utérin, et que ce fantasme se retrouve chez les enfants autistes fixés à ce niveau. Cela se réfère à l'expérience d'être contenu dans une peau symbolisée par l'eau.*]

L'expression béate de son visage, sous l'eau, évoque elle-même qu'il cherche à reproduire ainsi les sensations de bien-être total éprouvées dans la matrice : il semble se fondre à une sensation ou à l'eau elle-même, pour reproduire l'indifférenciation intra-utérine.

Ainsi, son intérêt pour l'élément liquide m'a paru porter essentiellement sur les sensations qu'elle lui procurait. [*Il semble s'agripper à une unique sensation et ne plus être capable de porter attention à autre chose, ce qui évoque l'identification adhésive et le démantèlement décrits par D. Meltzer.*] Nous retrouvons donc chez cet enfant ce rapport au monde basé sur la sensorialité, comme nous l'avons vu dans la description théorique de l'autisme.

Par ailleurs, Brice laisse l'eau entrer dans son nez, ses oreilles, ses yeux, sa bouche et se remplissait d'eau en la buvant. [*Peut-être pour éprouver les capacités de contenance de son corps ou encore la fonction de passage de ses orifices : ces expériences, nous l'avons vu, préfigurent la création d'un espace psychique interne¹⁵⁰.*]

Le retrait de cet enfant est si important qu'il réduit quasiment à néant ses capacités d'investissement. Il ne semble s'intéresser à aucun objet concret et a un comportement essentiellement passif par rapport à l'environnement : se contente de suivre le groupe, attendant qu'on l'aide à se déshabiller, que l'on allume la douche... La majorité de son énergie libidinale semble être retournée sur lui-même.

Au niveau tonico-postural, il est hypertonique la plupart du temps : ne semblant se relâcher un peu que lors de ses immersions ou sous la douche chaude. [*Il paraît maintenir ainsi, en permanence, comme l'a décrit E. Bick¹⁵¹, une 2^{nde} peau musculaire en tant que barrière autistique : substitut rigide au contenant normalement assuré par le moi-peau.*]

Premiers contacts

A l'inverse de Juliette, Brice est sans doute l'enfant avec lequel j'ai eu les interactions les plus fugitives au début, tant il était replié sur lui-même.

¹⁴⁸ Luigi-Duggan A. *Psychothérapie parents-enfants en piscine, une pratique innovante*. Actes des 1ères journées d'études nationales de l'eau. PEP, 1996 : Elle a elle-même observé ces comportements d'immersion chez ses patients et les a interprétés comme un désir de retourner dans le ventre maternel.

¹⁴⁹ Anzieu D. *Le moi-peau*, Dunod, 1995.

¹⁵⁰ Ibid.

¹⁵¹ Bick E. *L'expérience de la peau dans les relations précoces*, in *Les écrits* de M. Harris et E. Bick, 1987.

Au début je n'ai fait que l'observer : il m'est apparu comme très régressé et dans un important isolement autistique. Il restait avachi sur le canapé ou terré sous l'armoire, à sucer le lacet de son sweat-shirt ou une feuille arrachée à une plante verte.

Il ne réagissait guère, ni ne me regardait, quand je lui parlais.

Mes premières interactions avec lui ont eu lieu autour de la nourriture, car à table, il m'a paru plus présent. Je me suis rendu compte qu'il comprenait bien ce que je lui disais et s'y montrait réceptif. Au dessert, il a commencé à manger son fromage blanc, en suçant/tétant sa cuillère comme a tendance à le faire un bébé. Je lui ai verbalisé cela à peu près en lui disant qu'il avait l'air d'avoir envie de téter comme un bébé et puis en mentionnant le plaisir qu'il semblait avoir. Un changement dans son attitude et dans son regard m'a laissé pensé qu'il m'avait écoutée.

Souvent, il quittait le repas avant la fin, et il se raidissait comme un bout de bois si je tentais de le ramener en le portant, « devenant très lourd » en dépit de son faible poids. Mais je sentais que derrière ses mouvements de fuite, Brice exprimait un besoin d'être rattrapé en contenu. J'ai alors improvisé un jeu de poursuite, auquel il a montré d'emblée un grand intérêt : riant lorsque je le rattrapais et se laissant ramener à table sans s'opposer. En me positionnant comme quelqu'un pouvant le « rattraper », il me semblait que je travaillais à apaiser ses angoisses autistiques relatives au vide, en lui donnant l'occasion de se sentir être tenu/retenu.

J'ai ressenti beaucoup de joie lors de ces premières interactions : joie d'être parvenue à entrer en relation avec cet enfant qui m'avait semblé si loin dans son univers.

Un autre jour, le repas étant retardé en attendant l'arrivée du quatrième enfant du groupe, Brice s'agitait, poussait des cris, essayait de « chiper » des sucres, de ramasser des chips qu'un enfant avait fait tomber par terre. J'ai verbalisé que je sentais combien il avait faim et l'arrivée imminente du moment du repas. Il m'a alors regardée puis il est venu s'asseoir sur mes genoux, pour la première fois, à deux ou trois reprises ; il a cessé de crier et de chercher à voler de la nourriture. En salle de jeu, il est revenu plusieurs fois sur mes genoux après que je lui ai parlé, semblant montrer ainsi qu'il était réceptif à l'attention que je lui portais.

Suite à cela, je l'ai senti plus présent quand je venais lui dire bonjour à mon arrivée : je devinais souvent un sourire sur son visage, et un accrochage du regard. J'ai eu moins peur d'être intrusive en cherchant à entrer en relation avec lui.

Ces interactions étaient brèves mais m'émerveillaient à chaque fois : car elles m'apparaissaient comme autant de petits miracles, comme autant de possibilité d'ouverture.

Dans la cours de récréation, Brice passait tout son temps à se balancer sur une balançoire : il me semblait rechercher ainsi des sensations agréables et *calmantes* [*des formes autistiques*]. Après que j'ai formulé quelques paroles à propos de son plaisir à se balancer sur un cheval à bascule, il s'est balancé de plus belle en accompagnant cela de sonorisation vocale « oh oh oh oh... ».

Avec lui, j'essayais de plus en plus d'entrer en interaction en reflétant en miroir ses comportements : en imitant ses sonorisations, et mouvements corporels ...en essayant d'introduire ainsi un mouvement interactif de jeu, et en accompagnant cela de quelques verbalisations. Cela m'a rappelé mon comportement de mère avec mes filles

lorsqu'elles étaient bébé : la mère commence naturellement à entrer en interaction avec son bébé à travers des mimiques, des sons...en plus de la verbalisation. Etant donné l'intérêt que portait Brice au sensoriel, j'ai intuitivement privilégié ce type de modalité relationnelle : chansonnettes rythmées en accord avec les gestes de l'enfant, petits massages des pieds, chatouilles...

Je sentais qu'il me fallait, en quelque sorte, aller chercher cet enfant dans son monde : que si on ne faisait pas la démarche volontaire de l'y chercher, il resterait enfermé sans doute à jamais dans ses conduites autistiques.

Un autre jour, après que je lui ai interdit de continuer à manger des sucres, à ma grande surprise il s'est mis à me tester : allant exprès fouiller dans l'armoire, cherchant à toucher à la bouilloire... [*Les comportements de provocation chez l'enfant autiste, généralement isolé et passif, sont considérés comme positifs car ils représentent une façon d'entrer en interaction. Ils montrent aussi que l'enfant investit la polarité « dure », ce qui est un progrès face à la tendance autistique primaire de se réfugier dans les « sensations molles », agréables et protégeant de toute tension. De plus, ils évoquent chez l'enfant une certaine conscience qu'autrui a une volonté différente de la sienne*].

Plus tard, Brice est venu sur mes genoux puis s'est basculé en arrière la tête en bas à plusieurs reprises. J'ai eu le sentiment qu'il commençait de plus en plus à entrer en relation avec moi, mais dans une relation de « corps à corps ». Je n'ai pas su prendre alors un recul suffisant pour comprendre ce qu'il me signifiait ainsi, mais j'ai pu sentir que ce n'était pas à réprimer. [*M. Klein¹⁵² interprète les comportements répétitifs d'un enfant comme une tentative de faire comprendre sa problématique, alors, plutôt que de les réprimer, il faut les écouter jusqu'à ce qu'ils vous deviennent compréhensibles*].

A la piscine :

Sa faible autonomie, m'a poussée d'emblée à devoir m'occuper de lui comme d'un petit enfant, car il fallait l'aider à se déshabiller, l'emmener par la main aux toilettes et à la douche, puis à la fin, le laver, le sécher et le rhabiller. Ainsi j'ai été impliquée d'entrée dans des modalités relationnelles basées sur les soins corporels.

Il me laissait l'accompagner par la main dans l'eau, puis il commençait ses immersions répétées. L'auto suffisance qu'il montrait alors dans cette activité répétée, aurait pu m'inciter, comme mes collègues, à le laisser se débrouiller seul et à profiter de ce temps pour discuter entre nous. Mais, à partir de mon propre noyau autistique sans doute, j'avais le sentiment de l'abandonner en le laissant seul. J'ai donc choisi de rester près de lui un bon moment, à chaque début de séance, et de profiter de l'élément liquide pour tenter peu à peu de créer des interactions.

Il me fallait apprendre à lire son langage corporel, puisqu'il ne communiquait ni verbalement ni gestuellement. Par moment, il poussait des cris rauques accompagnés de mouvements stéréotypés, et j'avais du mal à discerner si son agitation était signe de joie ou d'un débordement d'angoisse (par trop de plaisir ?).

¹⁵² Klein M. *La psychanalyse des enfants*. Quadrige, Presse Universitaire de France, 2001.

Au bout de 10 à 15 minutes dans l'eau, il sortait du bassin et se mettait à s'agiter au bord avec d'intenses mouvements stéréotypés: il poussait des sons rauques, se balançait d'une jambe sur l'autre et agitait ses deux mains devant son visage. J'ai perçu qu'il réagissait ainsi parce qu'il avait froid et j'ai pris alors l'habitude de l'emmener se réchauffer sous les douches, ce qu'il appréciait beaucoup. Il n'acceptait ensuite de quitter l'eau chaude que si je le prenais dans mes bras : cela m'a semblé un moyen de rendre plus progressive la séparation avec la sensation agréable. [*L'enfant autiste semble vivre les arrêts des sensations agréables comme une reviviscence de la séparation traumatique avec le « bon sein », provoquant une nouvelle irruption du non-moi terrifiant*].

La sensation désagréable du froid semblait le déborder : incapable de gérer psychiquement cet éprouvé corporel, celui-ci l'angoissait. Il restait un élément brut *-bêta* - non métabolisé, comme l'a décrit Bion¹⁵³, attestant de l'échec de la construction d'une *fonction alpha*. [*Au vu de son anamnèse faisant état d'une naissance traumatique et d'une séparation précoce d'avec sa mère (ainsi que de troubles psychiques chez celle-ci), il paraît probable que la défaillance de la fonction alpha de cet enfant résultait de l'impossibilité de sa propre mère à assurer elle-même cette fonction, en donnant sens aux éprouvés émotionnels et affectifs de Brice lors des premiers mois de sa vie*].

Comme nous l'avons vu dans la description de l'autisme pathologique, Brice cherchait sans doute à calmer ses montées d'angoisse par le recours aux *stéréotypies*. [*F. Tustin les appelle « leur marque « maison » de tranquillisants »¹⁵⁴ mais elle dit aussi que « les formes et objets autistiques autogénérés que stimulent leurs balancements sont moins destinés à exprimer des sentiments qu'à en faire taire et à en expulser »*]. Cela ressemble plus à une lutte contre ce qui se passe en lui-même qu'à une gestion réussie de ses sensations; les sensations désagréables de son corps pouvaient le remettre en contact avec le « non-moi » étrange et effrayant » et les stéréotypies auraient pour but de détourner son attention de celui-ci. Ainsi, plutôt que d'intégrer ce qu'il vivait, Brice paraissait ne savoir que l'expulser.

Par ailleurs, j'ai remarqué que lorsqu'il allait aux toilettes, son visage exprimait souffrance et angoisse : il fermait les yeux en les crispant fortement, peut être dans le but de s'agripper à cette contraction afin d'avoir la sensation de se tenir à quelque chose [*cela correspond, nous l'avons vu à une identification adhésive fréquente chez le nourrisson lors de la phase autistique normale. « Les agrippements à l'hypertonie de la musculature contractée se révèlent par une carapace musculaire à laquelle s'accroche l'enfant pour se sentir unifié, rassemblé dans sa vie mentale »¹⁵⁵*]. Je lui ai montré que je remarquais sa frayeur, en lui parlant et en lui proposant de le tenir par la main. J'ai interprété qu'il avait peut-être peur d'être entraîné dans la cuvette avec son pipi, et je lui ai expliqué que celui-ci correspond à l'eau qu'il a bu et dont son corps n'a plus besoin. [*Cette angoisse par rapport aux toilettes, souvent observée chez les enfants autistes, est interprétée comme une angoisse de liquéfaction du fait de la non-constitution de limites suffisantes et de la fonction sphincter : la non-distinction entre lui et son urine lui ferait craindre d'être emporté lui-même dans les toilettes*]. Ensuite j'ai ressenti un mouvement de son corps vers moi et je l'ai accueilli dans mes bras. Je l'ai porté ainsi jusqu'à la douche où il a fini de se calmer grâce à la sensation de l'eau chaude coulant sur sa tête.

¹⁵³ Bion W. R. *Aux source de l'expérience.*, PUF, 1979.

¹⁵⁴ Tustin F. *Le trou noir de la psyché*. Seuil, 1989, p.82.

¹⁵⁵ Ciccone C. & Lhopital M. *Naissance à la vie psychique*. Dunod, 2001, p. 41.

Principaux mécanismes de défense

- Retrait autistique : absence de recherche de communication avec autrui, regard transparent.
- Stéréotypies sonores (répétition de sons rauques) et balancement (rythmie motrice ayant une fonction *d'agrippement kinesthésique*¹⁵⁶).
- Accrochage adhésif aux sensations dans la bouche et aux sons (formes autistiques).
- Carapace musculaire : hypertonicité ayant pour fonction de donner l'illusion de s'autocontenir dans son corps.

Mon vécu contre-transférentiel comme guide

Brice me faisait l'effet d'être un vrai petit enfant sauvage qu'il fallait apprivoiser, et, parfois, quand il était plus présent, à table en particulier, d'un enfant qui avait besoin de régresser au stade de bébé et d'être materné.

L'aspect très doux et « mélancolique dans son monde » de Brice ainsi que son physique fluide m'ont touché, bien qu'au départ je me demandais comment j'allais pouvoir entrer en interaction avec lui. Il me paraissait si lointain et très régressé.

Mes premières difficultés à oser tenter d'entrer en relation avec lui, étaient liées à la peur que mon intervention retombe dans le vide, me renvoyant sans doute à ma propre peur du vide et du rejet. Je sentais que dans le contact avec cet enfant beaucoup de choses passaient par le corps, le regard et l'affect – et que je devais lâcher mon auto-contrôle et mon auto-jugement pour que mes « libres associations psychiques et corporelles » fonctionnent.

Le travail avec Brice me demandait au début plus d'attention, de présence et de patience qu'avec un enfant comme Juliette, car en raison de son isolement dans l'autosuffisance, il était facile de l'oublier quand les autres enfants me sollicitaient.

Le contexte du travail en piscine me posait la difficulté de devoir faire abstraction du regard des autres, quand je m'occupais de Brice comme d'un petit enfant. Ma collègue infirmière m'a partagé ses quelques réticences à accepter de s'occuper de ce garçonnet de 7 ans comme d'un tout-petit, voyant la régression comme quelque chose de négatif.

Orientation de la prise en charge thérapeutique :

Voyant ainsi Brice enfermé dans son monde idiosyncrasique, il m'a semblé que le seul moyen de l'aider à sortir un peu de sa coquille était de moi-même apprendre à m'introduire dans son monde, en trouvant en moi (comme l'exprime si joliment Howard Buten) celui qui « vit lui aussi dans une petite maison tout seul », c'est à dire en entrant en contact avec ma propre partie autistique [*partie présente chez chacun selon F. Tustin*¹⁵⁷].

¹⁵⁶ Ibid.

¹⁵⁷ Tustin F. *Le trou noir de la psyché*. Seuil, 1989, p.82.

Par ailleurs, au vu de ses manifestations d'angoisse et de l'échec à gérer et intégrer ses ressentis, il me paraissait clair qu'une part importante du travail thérapeutique devait consister à aider cet enfant à métaboliser et lier entre eux ses éprouvés. [*Pour cela, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, F. Tustin¹⁵⁸ et D. Winnicott¹⁵⁹ soulignent l'importance pour le thérapeute de soutenir le moi immature de l'enfant à l'aide de son propre moi, de s'harmoniser par un « accordage affectif » suffisant avec les états affectifs de l'enfant afin d'être capable d'entrer dans son univers et de comprendre ses éprouvés.*]

Entrer dans l'univers de Brice ne pouvait aucunement se faire par la force car il l'aurait vécu comme un empiétement terrifiant du monde extérieur, une invasion par le « non-moi » : lorsqu'une interaction devenait trop intrusive elle déclenchait chez lui des cris rauques et de l'agitation, ou à l'inverse du retrait. J'ai donc commencé à rester près de lui, en m'immergeant moi aussi face à lui en reproduisant à peu près en miroir ses mouvements et expressions émotionnelles, dans l'idée de créer un partage autour de son plaisir éprouvé dans l'eau. Je tentais d'entrer en relation avec lui à travers ce médiateur aquatique qu'il paraissait apprécier pour les sensations qu'il lui procure. Je lui chantonnais des chansons enfantines, je riais et gesticulais comme lui en refaisant surface. [*J'ai sans doute essayé d'assurer ainsi « une fonction miroir »¹⁶⁰ pour Brice en lui reflétant ses propres états internes, en me proposant comme un objet double de lui-même. Le miroir de l'autre a une fonction symbolisante¹⁶¹.*]

Comme le suggère M. Mahler dans sa description de l'étape introductive du traitement de l'enfant autiste, il me semblait que la première étape du travail thérapeutique devait consister à faire sentir à Brice ma présence comme quelque chose d'agréable et de non dangereux, afin qu'il puisse la vivre comme « phénomène apaisant, grâce auquel il se sent mieux qu'il ne l'a été sans lui. »¹⁶²

Par ailleurs je lui parlais, j'essayais de mettre des mots sur ses gestes et ses manifestations émotionnelles, afin d'y apporter du sens et de lui offrir un contenant à l'aide de mes paroles, une sorte « d'ambiance psychique »¹⁶³.

En consacrant toute mon attention à Brice et en cherchant à partager quelque chose de son monde, je me plaçais sans doute ainsi dans un état psychique proche de *l'accordage affectif*, décrit par D. Stern¹⁶⁴ pour représenter les échanges au cours desquels la mère traduit par son comportement un éprouvé du bébé dont elle reproduit les propriétés telles que l'intensité, le rythme ou la forme. [*« Le partage d'affect représente un premier niveau d'intelligibilité de l'autre, il permet de sentir de l'intérieur ce que l'autre éprouve »¹⁶⁵.*]

En concordance avec l'idée de F. Tustin¹⁶⁶ que c'est le développement de la relation qui est le moteur du traitement, je sentais alors qu'une relation exclusive avec Brice était nécessaire, et que je ne pouvais pas partager en même temps mon attention avec un autre

¹⁵⁸ Tustin F. *Autisme et protection*. Seuil, 1992.

¹⁵⁹ Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975.

¹⁶⁰ Ibid.

¹⁶¹ Bayle G. & coll. *La séparation*. In Press, 2003, p. 28.

¹⁶² M. Mahler. *Psychose infantile*. Petite Bibliothèque Payot, 2001, p.259.

¹⁶³ Tustin F. *Autisme et protection*. Seuil, 1992.

¹⁶⁴ Ciccone C. & Lhopital M. *Naissance à la vie psychique*. Dunod 2001, p. 73.

¹⁶⁵ Bayle G. & coll. *La séparation*. In Press, 2003, p. 29.

¹⁶⁶ Tustin F. *Autisme et protection*. Seuil, 1992.

enfant ou un soignant : lorsque ma collègue venait me solliciter pour discuter, il me semblait que je perdais le maigre lien établi, et qu'il repartait loin, en lui-même.

Pour me laisser aller ainsi dans le monde de Brice, il était nécessaire que j'accepte de lâcher un peu mes repères et mes modes de contrôle habituels, pour, comme le cite D. Winnicott, revenir à un « état non intégré de la personnalité »¹⁶⁷ qui seul permet « à l'expérience informelle, aux pulsions créatives, motrices et sensorielles de se manifester »¹⁶⁸. Je me suis laissée aller à « jouer » avec l'eau comme ce petit garçon, en faisant abstraction des regards extérieurs.

Mais il me fallait aussi veiller à revenir à moi-même de temps en temps afin d'avoir le recul suffisant pour observer et ne pas perdre ma capacité de jugement : garder à l'esprit le but du travail - l'ouverture sur le monde -, en restant en contact avec ma propre subjectivité pour parvenir, peu à peu, à partager des choses de mon propre monde avec Brice.

Par ailleurs, je savais qu'il me fallait être patiente et accepter de ne pas recevoir de réponse de la part de l'enfant, ainsi que rester vigilante à tout signe de repli qui indiquerait un sentiment d'invasion à respecter.

Brice a semblé rapidement accepter ma présence près de lui : son repli ne s'amplifiait pas, et à de brefs moments je sentais qu'il me regardait et même que ses rires et gesticulations paraissaient s'accorder aux miens. Je sentais que Brice s'ouvrait à la relation, mais seul des signes psycho-corporels très ténus l'attestaient. Ces signes, même infimes, me permettaient d'avoir confiance en la possibilité d'aider cet enfant à s'ouvrir un peu au monde extérieur.

Ainsi, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, à ce stade du travail avec Brice, ce sont surtout les moyens de communication de la catégorie préverbale (les sons, le regard, le mouvement, les rythmes, l'élément liquide) qui se sont avérés les plus favorables pour entrer en relation avec lui. Leur mise en œuvre devant s'accompagner d'une attention soutenue et d'une grande disponibilité psychique du thérapeute venant s'offrir en quelque sorte comme support à son moi, comme contenant corporel et psychique.

Je cherchais à m'offrir comme support à son moi, afin qu'il puisse renoncer à ses agrippements sensoriels qui le détournent du monde et d'une réelle activité de pensée.

Evolution au cours des séances

Sachant que Brice se refroidissait vite et sortait toujours de l'eau au bout d'une quinzaine de minutes, je m'occupais systématiquement de lui à chaque début de séance, disant à Juliette que j'irais jouer avec elle ensuite. Mes interactions avec lui étaient simples et plutôt répétitives. Je tentais juste de « partager » ses activités tout en tentant d'y introduire du relationnel et du sens.

Comme je l'ai déjà mentionné, je tentais d'entrer en relation en lui procurant des sensations agréables avec l'eau, me servant de sa prédilection pour cela afin d'essayer de le rencontrer. Je lui faisais couler de l'eau sur les cheveux ou des chatouilles sous les pieds, et quand j'arrêtais il reprenait ma main pour me signifier de continuer. Il m'utilisait sans doute

¹⁶⁷ Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975, p.90.

¹⁶⁸ *ibid.*

encore comme un objet autistique destiné à lui procurer des sensations agréables, mais en même temps je profitais de cela pour élargir le champ de ses sensations. J'introduisais des petites variations dans les routines interactives, comme le fait une mère avec son bébé.

Si je laissais un instant, il s'isolait dans son monde. Je sentais que le lien se coupait et je culpabilisais de le « laisser tomber dans le puits sans fond autistique ». Quand je revenais, il me semblait qu'il me fallait aller le rattraper au fond du « trou ». *[J'aurais dû lui dire plus souvent « je te laisse seul un instant, mais je reviens te voir juste après ». J'avais de l'inhibition à exprimer tout ce qui était de l'ordre du lien et à me positionner comme objet privilégié, en partie parce que j'avais senti de la jalousie de la part de ma collègue infirmière. Mais en ne le faisant pas, j'empêchais sans doute que ce lien thérapeutique se déploie totalement, et que la question du lien soit élaborée].* Mais à l'inverse, au bout d'un moment d'interactions avec moi, Brice partait de lui-même et s'isolait ; il se coupait de la relation comme s'il en était saturé et avait besoin de retrouver son monde autistique connu.

Au cours des 3 premiers mois, mon propre ressenti contre-transférentiel m'avait peu à peu guidée vers l'idée que Brice avait particulièrement besoin d'être apaisé, soigné au sens du *holding* et du *handling* de Winnicott. Son histoire, faisant état de carence maternelle dès les débuts de sa vie, venait d'ailleurs confirmer cela. Comme je l'ai déjà mentionné, l'hypertonie de son corps maigre semblait venir compenser le manque de *holding* et de *handling* dans les débuts de son existence *[en constituant une carapace musculaire substitutive de la fonction de contenant somato-psychique maternel]*.

Il me semblait important, de ce fait, que Brice puisse refaire l'expérience d'un maintien qui s'exprime physiquement. Il me paraissait nécessaire qu'il ressente cette contenance physique, pour pouvoir ensuite mieux s'ouvrir au sentiment d'être contenu psychiquement par le psychisme des personnes qui prennent soins de lui.

Le milieu aquatique lui-même, qui invite au portage, ainsi que les soins avant et après le bain, faisaient du toucher un vecteur relationnel potentiel à part entière dans le cadre de cette médiation. D'ailleurs, lors du déshabillage, douche, shampooing, rhabillage ..., j'avais constaté que cet enfant se montrait sensible aux soins corporels impliquant le toucher ; aimant être frotté vigoureusement avec une serviette pour se sentir réchauffé ou être chatouillé, il semblait que les stimulations agréables de sa peau lui procurait un réel plaisir. Cela m'apparaissait donc être un moyen clé pour entrer en communication avec cet enfant et l'aider à lâcher ses agrippements autistiques. En me proposant à lui comme objet maternant, source de sensations agréables, j'espérais l'aider à entrer dans le monde des relations.

Dès lors, il m'est apparu que priver Brice d'un toucher réel, en vertu de l'interdit du toucher dicté par Freud dans la situation analytique, eut été une entrave importante au passage de cet enfant de la position autistique vers la position symbiotique.

Vers la fin du 3^{ème} mois, sentant Brice sans doute prêt à cela, j'ai choisi d'introduire plus directement le contact physique lors de nos rencontres du regard sous l'eau. J'ai simplement pris ses mains lors d'une immersion en miroir face à lui. Il a alors accepté cela sans broncher, manifestement pas trop angoissé par cet empiétement dans son monde.

A partir de cette séance, cet enfant a de lui-même réclamé à être touché ou porté : il portait un intérêt particulier aux jeux dit « de nourrice » tels que les comptines impliquant

un touché doux, ou bien il mettait ma main sur son pied ou son visage pour me demander de lui faire des chatouilles, ou encore il se jetait littéralement dans mes bras, ou dans ceux de mon collègue infirmier, lorsqu'il ressentait un sentiment de malaise ou d'angoisse.

Je ressentais cette recherche de relation passant par le « corps à corps » et les stimulations de la peau comme une évolution vers une fusion saine, comme une régression bénéfique lui permettant de quitter sa fixation à la position autistique. Il me semble que Brice a ainsi suivi le processus évolutif décrit par M. Mahler¹⁶⁹, c'est à dire qu'il est ainsi passé de l'évitement relationnel autistique à la recherche d'un objet symbiotique capable répondre à ses besoins.

Comme le souligne D. Winnicott¹⁷⁰, il me paraissait alors primordial de reconnaître ses besoins régressifs et de les accompagner en acceptant ses demandes : je le laissais donc se blottir dans mes bras, ou s'allonger sur mes genoux tandis qu'il « jouait » avec l'eau. [*Il s'agissait d'accepter de jouer le rôle d' « objet partiel dont l'enfant commence à se servir comme extension de lui-même, [...] comme instrument pour atteindre les objets hors de sa portée, [...] comme surface de soutien »*¹⁷¹].

Chez Brice, cette régression a permis que des besoins fusionnels émergent, en particulier de *holding* : par exemple lors d'une séance, alors que je le ramenais de la douche chaude en le portant, il s'est agrippé à moi lorsque j'ai voulu le reposer. Voyant que j'acceptais son besoin, il est resté blotti dans mes bras pendant 10 minutes, bien détendu. Il a plusieurs fois plaqué sa bouche sur mon épaule ce qui m'a évoqué des mouvements régressifs de succion. Il a semblé être capable alors d'atteindre un niveau régressif de bien-être, accompagné d'une bonne détente corporelle.

Ultérieurement, il a renouvelé ces mouvements de bouche sur un rond de mousse ou sur la planche en mousse, sur lesquels il paraissait sucer l'eau. Il est possible que l'eau représentait le bon lait maternel. A la suite de cette séance, mes collègues infirmiers ont observé qu'il s'était approprié le biberon d'un poupon à l'hôpital de jour pour le sucer (à la place de l'habituelle feuille de plante ou du lacet). Ceci semble confirmer que le travail effectué dans le cadre du milieu aquatique a favorisé un mouvement régressif général susceptible de réparer le lien symbiotique. Je regrette de n'avoir pas su alors faire comprendre à mes collègues l'importance d'accueillir Brice au niveau de ses besoins régressifs, par peur du jugement et manque de confiance en moi. Je pense qu'il aurait été profitable à Brice de lui interpréter cela en terme de recherche du bon sein maternel, afin d'associer ses actes au symbolique.

Je ressentais qu'il était important de laisser Brice explorer le corps à corps, le contact peau à peau avec l'adulte, afin de l'aider à accomplir un processus d'introjection progressif d'un objet gratifiant (introjection échouée chez les enfants psychotiques). [*Selon Sami-Ali, cette introjection de l'image maternelle « se situe aux niveaux les plus archaïques, oral, anal, mais aussi tactile, olfactif, visuel, auditif et moteur »*¹⁷², ce qui expliquerait que les outils les plus adaptés au traitement d'enfants psychotiques soient corporels et sensoriels plutôt qu'exclusivement langagiers. C'est sans doute pour cela que l'eau et le contact peau à peau dans l'eau se sont avérés être des moyens privilégiés pour entrer en relation avec cet enfant si retiré en lui-même].

¹⁶⁹ M. Mahler. *Psychose infantile*. Petite Bibliothèque Payot, 2001.

¹⁷⁰ Winnicott D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Science de l'homme Payot, 1992.

¹⁷¹ M. Mahler. *Psychose infantile*. Petite Bibliothèque Payot, 2001.

¹⁷² Sami-Ali in Paumelle H. *Le rôle du corps en psychothérapie*. Dunod, 2001, p. 85.

Son comportement ne laissait transparaître rien d'incestueux, sa demande me semblait se situer clairement au niveau du maternage. Mais il n'était pas exclu que d'autres niveaux puissent apparaître : H. Paumelle¹⁷³ recommande alors juste de les reconnaître, voir de les limiter si cela devient nécessaire.

Ainsi, avec Brice en particulier, mon contre-transfert m'a guidé vers une relation fusionnelle, car j'ai ressenti « la nécessité de restaurer avant tout autre chose le lien symbiotique quand ont eu lieu des séparations destructrices du liens »¹⁷⁴.

Grâce à l'établissement de cette relation symbiotique, Brice a cessé de répéter toujours les mêmes immersions et a commencé à se laisser guider vers d'autres activités dans l'eau : chansons enfantines, « jeu de nourrice » élémentaires, exploration du bassin en étant porté, soutien et déplacement en position allongée sur le dos, ou sur le ventre. Il immergeait alors souvent entièrement son visage aimant visiblement ressentir l'eau au niveau de ses orifices nez, oreille, yeux.

Il me semble que je commençais à représenter ainsi pour cet enfant, selon l'expression de M. Mahler, un « principe maternant »¹⁷⁵ qui fonctionne non encore « comme un objet humain distinct et séparé » mais « en partie comme source d'une expérience de confort » et qui sert « comme protection contre l'environnement, tout autant que contre l'inconfort et la détresse intérieure de l'enfant ».

Au fur et à mesure des séances, Brice a commencé à avoir recours à l'adulte, de façon encore indifférenciée, lorsqu'il se sentait angoissé, alors que précédemment, il se réfugiait dans le retrait, l'agitation et les stéréotypies sonores et gestuelles. Mes collègues et moi-même sommes aussi devenus plus familiarisés et plus vigilants à ses manifestations de malaise et désireux de tenter de lui apporter un soulagement, plutôt que de le laisser utiliser sa propre « marque « maison » de tranquillisants »¹⁷⁶.

Ce garçon s'est montré capable, peu à peu, de profiter et même de demander le soutien et l'attention des adultes : il prenait parfois notre main pour nous faire comprendre qu'il voulait aller sous la douche ou être frotté avec une serviette, il venait se blottir dans nos bras pour se réchauffer. Il a semblé comprendre qu'il existe d'autres moyens que les stéréotypies pour soulager ses états de malaise, et il est devenu plus capable de se faire comprendre par des gestes. Ceci a été confirmé par la quasi-disparition des stéréotypies durant les séances en piscine.

Parallèlement, ses périodes de retrait autistique ont diminué progressivement : son regard est devenu plus présent, avec des instants net d'accrochage du regard. Par ailleurs, j'ai remarqué qu'il se mettait à observer parfois les activités des autres enfants, et qu'il tentait même de les imiter [*L'imitation entre enfants est une étape normale du développement, qui se manifeste beaucoup entre un an et demi et 3 ans*].

La diminution des stéréotypies et le moindre isolement autistique de cet enfant pourraient aussi être le signe d'une baisse de ses angoisses vis à vis du *non-moi* et d'une ouverture au monde environnant.

¹⁷³ Paumelle H. *Le rôle du corps en psychothérapie*. Dunod, 2001.

¹⁷⁴ Ciccone C. & Lhopital M. *Naissance à la vie psychique*. Dunod, 2001, p. 119.

¹⁷⁵ Mahler M. *Psychose infantile*. Petite Bibliothèque Payot, 2001, p.261-262.

¹⁷⁶ Tustin F. *Le trou noir de la psyché*. Seuil, 1989, p.82.

De plus, il a commencé à émettre parfois quelques lallations telles que « papapa », « dadada », « fougoufou ». Sa capacité à lier ses éprouvés et donc le fonctionnement de sa *fonction alpha*¹⁷⁷ ont sans doute évolué.

Il semble qu'en réfléchissant à Brice ce qu'il était en train de faire, ses états affectifs, ... cela l'a aidé à commencer à ressentir son propre soi, et ainsi, à se sentir plus réel. C'est l'établissement d'un lien privilégié avec ce gamin qui a permis de l'amener vers un début d'ouverture au monde : un lien primaire est indispensable pour que l'enfant parvienne à passer peu à peu du principe de plaisir au principe de réalité.

Au fur et à mesure des séances, son attrait pour les sensations de peau n'a pas diminué, mais il a commencé à s'intéresser à d'autres activités dans l'eau. Son rapport à l'eau et ses activités sont restés encore essentiellement tournés vers la recherche de sensations, mais il a amorcé aussi quelques autres expérimentations, de façon très furtives : remplissage-vidage de récipients, modification de la surface de l'eau en la frappant avec la main ou en agitant les pieds, courir dans l'eau, ainsi que quelques tentatives de flottaison sur le dos. Ces expériences de contenant, contenu et de surface pourraient être le signe que Brice commençait à construire son propre corps (si l'on se réfère aux écrits de A. Luigi-Dugan¹⁷⁸). J'ai juste mis des mots sur ses expériences avec l'eau : « l'arrosoir est plein », « l'eau te porte », ... mais j'aurais pu aller plus loin en faisant un parallèle entre ces expériences avec l'eau et la fonction contenante de son propre corps.

J'ai senti aussi qu'il devenait possible de l'emmener explorer le bassin, en le portant dans mes bras, et j'en profitais pour l'emmener voir ce que faisait un autre enfant. Je relie cela à la notion d'*object presenting*¹⁷⁹ de Winnicott, qui correspond à l'action de la mère d'introduire peu à peu son enfant au monde.

Cependant, au niveau tonico-postural, Brice est demeuré encore hypertonique la plupart du temps, d'autant plus qu'il se refroidissait très vite dans cette eau juste chaude. J'étais contrainte de l'emmener se réchauffer sous la douche, dès qu'il manifestait l'envie de sortir. Il y serait bien resté jusqu'à la fin tant il appréciait le contact de l'eau chaude sur son corps, et, le plus souvent, il ne revenait sans crier que si je le prenais dans mes bras.

Quelques paroles apaisantes suffisaient maintenant à calmer ses angoisses au moment des toilettes. Il a aussi acquis un peu d'autonomie lors de l'habillage et du déshabillage.

Bilan de l'évolution

Les comportements de Brice ont relativement évolué, à l'issue des 8 mois de sa prise en charge en piscine.

Les plus notables concernent la baisse des défenses autistiques et l'augmentation des modalités relationnelles de cet enfant. La baisse des défenses autistiques, nous l'avons vu, a été attestée par un bien meilleur accrochage du regard et la quasi disparition des stéréotypies gestuelles. D'un isolement quasi permanent dans son monde – le regard ailleurs –, il est passé à des modalités relationnelles d'ordre symbiotique avec des demandes de maternage assez

¹⁷⁷ Bion W. R. *Aux source de l'expérience.*, PUF, 1979.

¹⁷⁸ Luigi-Dugan, A. 1996. Elle considère que ces expériences sont propice à la perception du corps comme contenant et à la construction de la fonction contenante du *moi-peau*.

¹⁷⁹ Winnicott D.W. *L'enfant et sa famille*. Payot, 1971.

omnipotentes, faisant intervenir le *holding* et *handling* physiques, exigeant l'implication à la fois psychique et corporelle des soignants.

Nous avons par ailleurs constaté que cette ouverture aux échanges relationnels s'est accompagnée d'une légère amélioration dans la majorité des autres domaines : au niveau des verbalisations (apparition de quelques lallations), au niveau des activités (apparition furtive d'expérimentations plus diversifiées avec l'eau et de l'utilisation adaptée d'objets), au niveau de l'autonomie (habillage, déshabillage presque seul), et au niveau de l'aisance psychomotrice (baisse de l'hypertonie). L'évolution des modalités relationnelles a précédé celle des comportements et activités dans l'eau.

Au niveau des processus de constitution du *moi-peau*, il semble être passé d'une auto-contenance pathologique, réalisée par l'agrippement à une 2nde *peau musculaire* et aux *formes autistiques*, à un début de prise de conscience de la possibilité de se sentir contenu et soutenu par un objet maternant humain, aux niveaux physique et psychique.

Il paraît y avoir eu une évolution dans l'élaboration de sa *fonction alpha*, attestée par ses tentatives pour faire comprendre ses besoins au lieu de recourir aux stéréotypies.

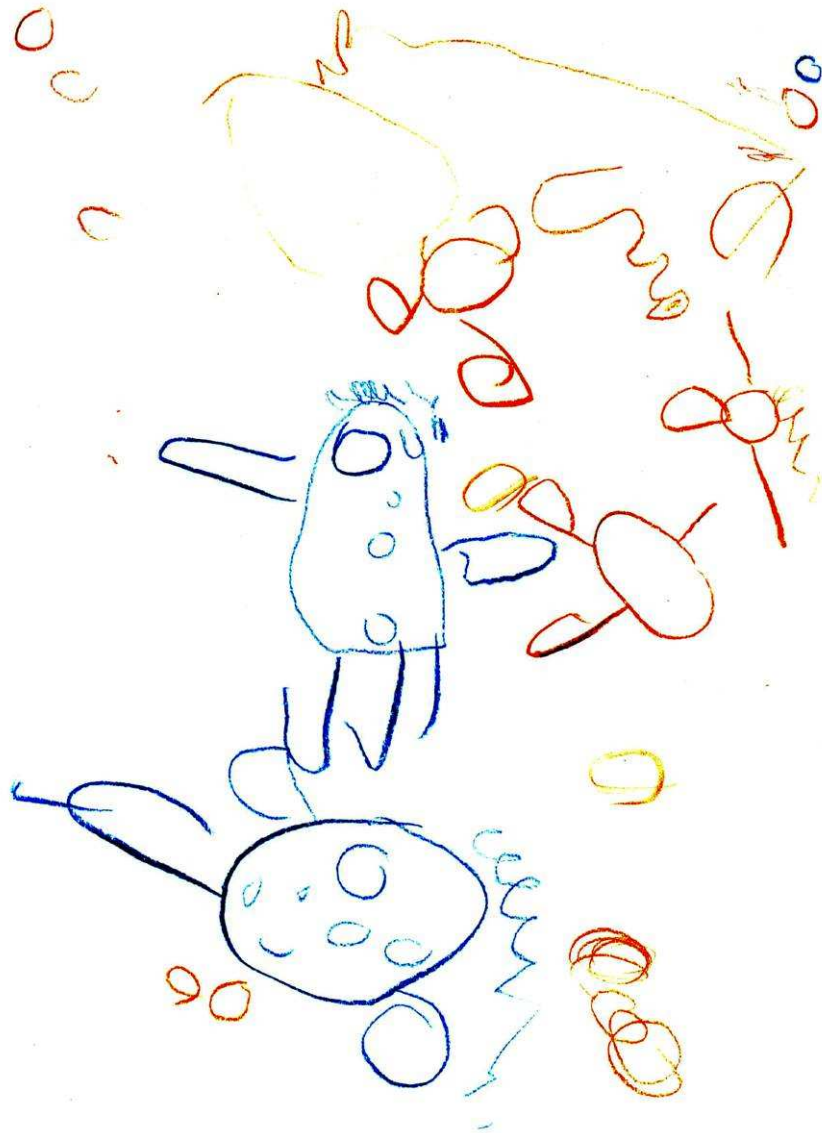
Dans l'évolution de Brice, c'est la dimension régressive maternelle qui semble avoir joué un rôle essentiel, à travers des activités de *holding* et de *handling* physiques concrètes exercées par le thérapeute, et médiatisées par l'eau. L'accompagnement de cet enfant a nécessité de ma part une implication profonde et soutenue. Le milieu aquatique, par son action de stimulation de la peau et du fait de ses qualités « maternante », m'a paru favoriser la régression et la remise en jeu des premiers éléments de la relation primaire mère/bébé.

Cependant, au vu du retard très important de développement de Brice, ses progrès visibles sont restés faibles, mais ils m'ont paru augurer de la reprise d'un mouvement évolutif. Ils évoquent un passage de la *position autistique* à l'entrée dans la *position symbiotique*. La poursuite des expériences symbiotiques sur une plus longue durée m'apparaît nécessaire pour que ce mouvement progrédiant se maintienne, en permettant à Brice d'*introjecter* peu à peu une *fonction contenante*.

Par ailleurs, il ne fait guère de doute qu'une eau un peu plus chaude aurait favorisé une meilleure détente corporelle chez Brice, et donc un plus grand relâchement de sa 2nde *peau musculaire*. En effet, lors d'une sortie réalisée à l'Aqua-Boulevard où l'eau de certains bassins avoisinait les 35°, il était resté dans le bassin et le jacuzzi pendant une heure : il s'était montré beaucoup plus actif dans l'eau, prenant un grand plaisir à ressentir le contact des bulles sur son corps, multipliant les expériences de flottaison, venant de temps en temps chercher un réconfort dans mes bras, cherchant à s'approcher d'une femme aux seins voluptueux. Ainsi, de meilleures conditions de température auraient sans doute rendu le travail « thérapeutique » avec cet enfant plus aisé, puisque, selon M. Mahler¹⁸⁰, c'est le relâchement des défenses autistiques qui conditionnent la possibilité d'une ouverture au monde.

¹⁸⁰ Mahler. M. *Psychose infantile*. Petite Bibliothèque Payot, 2001.

JULIETTE : Éclatée



JULIETTE : un cas de psychose symbiotique

Eléments d'anamnèse

Juliette est une fillette, âgée de 8 ans, placée à l'hôpital de jour depuis plus de 2 ans pour troubles de la personnalité et du comportement (retard psychologique, retard des acquisitions et instabilité psychomotrice).

Elle est fille unique et vit seule avec sa mère, qui s'était réfugiée chez sa sœur quand elle s'est vu enceinte.

Sa mère ne parvient pas à lui mettre des limites et se sent débordée par sa fille qui va jusqu'à la frapper. Cette femme a été abandonnée à la naissance (avec sa sœur jumelle) et semble fragile et plutôt immature.

Juliette a eu plusieurs crises convulsives entre 2 ans et demi et 4 ans environ.

Présentation de l'enfant

Juliette a acquis le langage, bien que très imparfaitement. Elle utilise un langage « bébé », parlant sur un ton enfantin et construisant des phrases par adjonction de mots, sans sujet et souvent sans verbe ; le début des mots eux-mêmes est souvent tronqué. Elle se désigne le plus souvent en disant « moi », très rarement par « je ».

Elle est boulimique et un peu obèse.

Quelques points violacés sur ses joues témoignent de récents comportements d'automutilation par grattage. Son corps marqué par les plis de l'obésité et de multiples traces de grattage me paraît refléter sa pathologie.

Ses dessins du bonhomme correspondent à la maturation d'un enfant d'à peine 4 ans (bonhomme têtard avec un début de verticalisation, mais sans élément attestant d'un appui autour de l'axe médian, tels que nombril ou boutons de vêtement).

A l'inverse de Brice, elle recherche activement le contact avec l'adulte et aussi, parfois, avec les autres enfants.

A la piscine :

Elle est la plus autonome des trois enfants présents : elle s'habille et se lave seule et prend beaucoup d'initiatives. Cependant, elle enfreint fréquemment les règles du groupe en nous devançant dans le vestiaire, en jouant dans les cabines, en se servant sans autorisation du shampoing des adultes... Sa difficulté la plus évidente paraît porter sur l'acceptation des limites du cadre, et celle-ci s'accroît à la sortie du bassin. Ses comportements adaptés dégénèrent très souvent dès qu'un peu de liberté lui est laissée.

Par ailleurs, elle montre un grand désir que les adultes lui portent de l'attention, jouent avec elle dans l'eau, dans une relation exclusive. Pour cela, elle se montre « séductrice »,

arborant un sourire quasi permanent, riant de tout, et elle interpelle activement les soignants.

Elle investit ainsi beaucoup les relations mais sur un mode contrôlant, voire même tyrannique, dictant à l'adulte ce qu'elle veut qu'il fasse : « Viens », « Là ! », « A toi ! », « Encore », « Fais ... ».

Cette fillette semble s'intéresser à tout et à rien, et me demande d'aller avec elle d'un bout à l'autre du bassin dans une excitation assez déstructurante. Par exemple, elle me demande de l'emmener dans une direction, puis aussitôt dans une autre, sans même avoir eu le temps d'atteindre l'endroit précédemment choisi.

Une tonalité agressive imprègne particulièrement certains échanges ludiques, tel que les éclaboussements mutuels : je sens alors que la destructivité envahit Juliette : l'intensité de son excitation et de son exubérance augmente alors beaucoup, et il lui arrive de me frapper par inadvertance (?), en s'approchant trop près.

Tout en souriant franchement, elle adopte un comportement provoquant, enfreignant les règles, lorsque qu'elle se sent frustrée. Cependant, mes collègues infirmiers constatent néanmoins qu'elle ne va pas aussi loin dans la provocation lorsqu'elle est dans le bassin, qu'au dehors ou à l'hôpital de jour.

Il arrive souvent que Juliette cherche à provoquer des interactions avec les autres nageurs présents (des adultes qui apprennent à nager dans ce petit bassin), mais elle le fait sur un mode « se faire remarquer » : par exemple en les bousculant ou les éclaboussant un peu.

Par ailleurs, le rapport de Juliette envers le milieu aquatique semble lui-même mêlé d'ambivalence : elle paraît heureuse d'être dans l'eau (elle vient à la piscine depuis longtemps et se montre désireuse d'apprendre à nager) mais manifeste de la peur dès qu'il s'agit de mettre la tête sous l'eau ou d'essayer de flotter sur le dos. Sa préférence va vers les activités psychomotrices qui lui permettent de décharger son énergie et d'apprendre à maîtriser l'élément liquide : beaucoup de déplacements avec un début de nage, et quelques sauts depuis le bord.

Toujours active, elle ne parvient que très rarement à se laisser porter calmement par l'eau (soutenue par un support en mousse ou par un adulte) : pour elle, les immersions ne paraissent pas source de détente et de plaisir comme pour les deux autres enfants qui participent à l'activité.

Elle utilise le matériel en mousse mis à disposition comme support pour ses explorations motrices, et elle investit l'espace sur un mode exubérant, « conquérant » (comme avec les personnes). Elle s'empare des objets des autres enfants manifestement par jalousie plus que par intérêt pour l'objet lui-même : celui-ci est ensuite bien vite délaissé.

Chez Juliette, ce sont les recherches d'interaction avec les adultes et les activités motrices qui dominent largement ; à l'inverse de Brice, elle ne semble guère porter intérêt aux explorations sensorielles avec l'eau.

Elle a visiblement des difficultés à accepter la fin de la séance, ce qu'elle manifeste en fuyant à l'autre bout du bassin, tout en nous narguant d'un sourire. Ensuite elle poursuit cette attitude de refus et de provocation au cours de la douche et du rhabillage en faisant des

bêtises.

Premiers contacts à l'hôpital de jour

Juliette est l'enfant avec laquelle j'ai eu le plus rapidement des interactions, car elle recherchait avidement le contact avec l'adulte. D'emblée, elle m'a sollicitée activement, me demandant de venir près d'elle, de jouer avec elle ... En quête de la sorte l'attention exclusive d'un adulte, elle m'a donnée l'impression de ne pouvoir exister qu'à travers le regard de l'autre. [*Recherchant le miroir de l'autre, comme si la fonction miroir maternelle avait fait défaut dans sa tâche de lui donner un sentiment d'existence*].

Une de mes premières interactions avec Juliette avait eu lieu dans la salle de jeu, où elle m'avait aussitôt demandée de jouer au Memory. J'avais constaté sa difficulté à respecter les règles dès que le jeu lui demandait trop d'efforts. Ses capacités de concentration étaient alors débordées et elle s'éparpillait dans l'hyperactivité : elle se levait pour aller chahuter avec un autre enfant ou papillonnait vers d'autres jeux, ou même devenait provocante. J'avais interprété cela comme une défense contre l'angoisse et sans doute aussi contre l'émergence de pulsions agressives : une décharge permanente de ses pulsions et angoisses, et un moyen de ne pas les sentir. Il m'avait paru alors difficile de contenir sa montée d'excitation ; j'ai appris à le faire peu à peu en lui donnant des limites fermement, mais avec sollicitude.

A la piscine, elle m'avait sollicitée d'emblée pour participer à des jeux actifs : éclabousser, jouer à se faire attraper, se faire porter sur mon dos, apprendre à nager, plonger ... Par contre, elle s'était beaucoup raidi (riant, battant des pieds et relevant le torse) lorsque je lui avait proposé de la soutenir en position dorsale et de la promener ainsi, dans un but de détente. Ce n'est qu'à la fin de la séance, après avoir déchargé toute son énergie pulsionnelle, qu'elle avait pu, un cours instant, se laisser promener ainsi, la tête bien calée contre ma collègue infirmière avec le pouce dans la bouche.

Juliette était surtout dans une relation active avec moi et les autres adultes et me semblait avoir du mal à se laisser aller dans une relation plus tendre, de se laisser régresser à une situation de dépendance et de maternage. A l'inverse, elle avait plutôt tendance à vouloir jouer elle-même le rôle de mère (inversion des générations) à travers ses comportements de sollicitude ou de contrôle, envers l'adulte. Par ailleurs, mes collègues m'ont appris qu'elle avait un comportement comparable avec sa mère : alternant provocation et soins.

A l'opposé de moments où elle se montrait séductrice et gentille vis à vis de moi, elle pouvait basculer rapidement dans des comportements de contrôle omnipotent, voire dans des rapports de force. Elle cherchait souvent à m'utiliser en me demandant de faire telle ou telle chose (« viens t'asseoir à côté de moi », « Fais ceci... »). Elle réagissait parfois agressivement lorsque je refusais de satisfaire tous ses désirs en verbalisant que j'avais mes propres désirs. Je sentais qu'elle me contrôlait de façon défensive, sans doute par rapport à une peur d'être elle-même contrôlée, mais aussi par peur de se laisser aller dans une relation de dépendance. Le contrôle semblait être un moyen pour elle de garder la maîtrise de la relation, et sans doute ainsi d'éviter de régresser au vécu de la situation de dépendance infantile, qui semblait avoir pour elle une forte valeur traumatique.

Régulièrement, Juliette testait les limites en faisant des bêtises : elle riait alors tout en continuant ouvertement à faire ce qui venait de lui être interdit, et continuait à rire et à

provoquer jusqu'à ce que ce que les adultes lui donnent une sanction. Elle ne semblait pas avoir acquis la capacité de contenir elle-même ses pulsions, aussi cherchait-elle sans arrêt à ce que le monde extérieur lui donne le moyen de sentir des limites.

Elle avait testé mes propres limites à deux ou trois reprises lorsque je m'étais retrouvée seule avec elle : par exemple en me donnant des coups de pied légers comme pour voir ma réaction – surprise, mon premier réflexe avait été d'y répondre sur le mode autoritaire, défensif – ce à quoi elle avait répondu en commençant à m'insulter (« salope !»). J'ai eu alors le sentiment qu'elle n'attendait que cela : me déstabiliser et provoquer ma colère pour pouvoir m'attaquer encore plus. Ayant pris ce recul, j'avais choisi d'adopter une attitude cadrante (en lui posant l'interdiction de me frapper), tout en restant sereine, et en verbalisant que je reconnaissais son besoin d'exprimer sa colère. J'avais eu alors l'idée de transformer son agression en jeu de bataille, afin de lui permettre d'exprimer son agressivité de façon différente, ludique.

Elle m'avait paru ainsi tester ma stabilité, ma capacité à résister à ses attaques, et sans doute vérifier aussi si je pouvais accepter « la mauvaise Juliette » sans la rejeter. [*J'avais perçu alors l'importance en tant que thérapeute de prendre ces attaques avec suffisamment de recul pour ne pas y réagir par des représailles et d'apprendre à les contenir, comme le mentionne D.W. Winnicott¹⁸¹]. Ces rapports de force m'apparaissent aussi comme une tentative d'imposer son omnipotence et comme le reflet de sa relation tyrannique avec sa mère.*

Par ailleurs, elle aimait beaucoup les jeux de maternage avec une poupée: souvent elle se comportait comme une « bonne-mère » plutôt calme et attentive avec son bébé, puis brutalement elle se mettait à le malmener : le forçant à boire son biberon, le mettant au lit comme pour se débarrasser de lui... Je me risquais à essayer de verbaliser ce que je la voyait faire, mais en évitant de lui donner des interprétations.

Est-ce là le reflet du mode de maternage qu'elle avait elle-même vécu lorsqu'elle était bébé ? Des moments où elle s'est perçue comme étant un bébé objet pour sa mère, dont celle-ci aurait voulu se débarrasser, comme elle-même avait été rejetée ?

Lors d'un atelier terre, au moment où elle manifestait, en provoquant, le désir de finir prématurément, j'ai proposé à Juliette un modelage succinct que je venais de créer à son intention. Il s'agissait d'un bébé. Juliette l'a pris et en riant s'est mise à frapper ce bébé, à le mutiler, à l'écraser tout en s'excitant de plus en plus. J'ai verbalisé ce que je la voyait faire puis je lui ai demandé si ce bébé avait été méchant. Elle a fini par le jeter par terre. Elle a ensuite enchaîné sur des comportements de provocation, faisant mine de vouloir découper un dessin au mur, ..., comme si elle était envahie par un débordement pulsionnel empreint de destructivité. Elle n'a fini par se calmer que « contenue » dans un coin de la pièce assise sur une chaise à côté de l'animatrice de cet atelier.

Sur le moment, j'ai eu peur d'avoir trop mis le doigt sur sa problématique en lui proposant ce bébé en pâte à modeler, et déclenché l'expression d'une rage destructrice difficile à canaliser. Je me suis sentie un peu dépassée et j'ai senti ma pensée trop inhibée pour tenter de mettre des mots sur son ressenti. [*Cette agressivité envers ce bébé peut donner lieu à plusieurs interprétations : un vécu de maltraitance physique réel,*

¹⁸¹ Winnicott D.W. *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Gallimard, 2000.

sa propre agressivité retournée contre elle-même, la haine qu'elle ressent envers des « bébés » rivaux, la représentation de son vécu d'être morcelée].

La semaine suivante, en salle de jeu, elle m'a aussitôt demandée de jouer avec elle au loto puis aux puzzles – pendant presque une heure, elle a participé calmement, exceptionnellement concentrée, sans chercher à me contrôler. Puis pour finir, malgré sa gourmandise, elle a pris soin de tout ranger avant de rejoindre les autres pour le goûter. Une relation transférentielle emprunte de confiance m'a paru se mettre en place.

Principaux mécanismes de défense

Clivage du moi et de la pensée.

Omnipotence.

Hyperactivité.

Autoagressivité.

Analyse clinique des comportements :

Parmi les enfants dont j'ai choisi de parler dans ce mémoire, Juliette est la seule à n'avoir pas de mécanisme de retrait autistique. Elle se situe clairement sur le versant des défenses psychotiques.

Sa relation à l'autre est pathologique, mais par sa distorsion plutôt que par son absence. Son hyperinvestissement des relations sur un mode contrôlant évoque la relation fusionnelle omnipotente des enfants atteints de psychose symbiotique, décrite par M. Mahler¹⁸². Par le contrôle des relations avec autrui, elle semble maintenir à la fois une mainmise sur l'objet et une distance : mainmise qui tente d'empêcher les intrusions de l'objet et qui permet de décider soi-même de la séparation, distance qui évite de ressentir toute dépendance risquant de raviver des affects dépressifs.

Son mécanisme de défense le plus flagrant est le clivage. Le clivage de la pensée paraît tel qu'il provoque un fonctionnement dissocié tant au niveau affectif (Juliette arbore un sourire permanent même quand elle se fait mal ou se fait gronder), que comportemental où elle fait preuve d'une grande instabilité (s'agitant de façon vaine, incapable de se poser et de se concentrer sur une activité). Elle montre des capacités de communication verbale mais ses autres fonctions intellectuelles semblent entravées.

Sa personnalité elle-même m'apparaît clivée : d'un côté sa façon enfantine de parler évoque qu'elle semble avoir gardé une partie bébé qui « refuse » de grandir, alors que de l'autre, elle met en avant une partie omnipotente, pseudo-mature, qui entretient l'illusion de l'indépendance au prix du clivage et en étouffant la partie bébé.

Le clivage amour/haine semble manifeste dans les rapports de Juliette avec autrui : elle passe d'un état de sollicitude pour autrui à celui de contrôle, voire d'attaque agressive. [*Comme*

¹⁸² M. Mahler (1970). *Psychose infantile*. Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2001.

nous l'avons vu¹⁸³, c'est ce clivage du moi et des objets internes qui génère les angoisses de morcellement, dans la psychose symbiotique. Par cette défense, le patient se protège de la reviviscence du traumatisme, mais s'ampute de parties de lui-même, avec le risque de percevoir son propre moi comme étant morcelé].

Elle s'automutile le corps en se grattant jusqu'au sang, semblant retourner ainsi son agressivité contre elle-même.

Son sourire, présent même lorsqu'elle se fait mal ou se fait gronder, évoque une défense par transformation de l'affect. Il pourrait venir masquer une forte anxiété ou dépressivité et s'inscrire, comme le suggère Ciccone et L'hôpital, « dans une relation sadomasochiste, où l'enfant devient comme un partenaire volontaire et enthousiaste dans un jeu sadomasochiste avec sa mère »¹⁸⁴. Son dossier fait effectivement état d'une relation tyrannique avec sa mère, poussant celle-ci à rejeter sa fille.

Son rapport à l'eau, par laquelle elle ne peut se laisser porter ni se détendre, et son rapport à l'adulte, dont elle se défend de tout soutien en s'agitant et riant, me font penser que Juliette a intériorisé la dépendance – à son objet maternant en particulier- comme quelque chose de dangereux. Au contraire des deux garçons, elle ne prend pas plaisir à tester l'apesanteur sous l'eau. [*Quand on se réfère à la symbolique maternelle attribuée à l'eau, il est tentant de faire un parallèle entre la peur de se laisser porter par l'eau et l'angoisse de réengloutissement par la mère de l'enfant atteint de psychose symbiotique].*

Il semble que pour cette enfant, le milieu aquatique a eu au départ une connotation dangereuse - mauvaise mère- et qu'il fallait qu'elle parvienne à le maîtriser. Son rapport ambivalent vis à vis de l'eau a sans doute favorisé l'expression de ses angoisses et de ses pulsions agressives, tout en leurs assurant un contenant. Même lorsqu'elle était très excitée, elle restait le plus souvent dans le cadre délimité par le bassin – ses débordements apparaissaient moindre qu'en dehors du bassin ; de plus, la médiation de l'eau s'est montrée propice à la canalisation de leur « décharge » en permettant qu'elle extériorise sans danger son agressivité sur un mode ludique.

Il est possible que cette enfant ait subi des défauts répétés d'ajustement à ses besoins de la part de sa mère, lors de la phase symbiotique normale : en conséquence, elle a pu perdre la confiance envers celle-ci et se mettre à s'en défendre en l'attaquant et en la contrôlant pour éviter qu'elle ne lui fasse vivre d'autres souffrances. [*L'aspect frustrant d'un tel objet, et l'impossibilité d'introjection d'un bon objet qu'il entraîne, accroissent les angoisses de persécution et d'engloutissement par cet objet, ce qui accroît encore les raisons qu'a l'enfant de s'en défendre.]*

Son hyperactivité elle-même semble résulter ou participer à la défense par clivage. [*Comme l'écrivent Ciccone et Lhopital¹⁸⁵, elle pourrait venir en réponse aux angoisses générées par l'utilisation à outrance du mécanisme de clivage et la non-constitution d'un moi-peau suffisamment fort. Elle me semble correspondre à une formation 2^{nde} peau par agrippement kinesthésique. Sa fonction serait alors « de maintenir un éprouvé d'identité, un éprouvé de continuité d'être », le moi de l'enfant s'étayant sur ce substitut*

¹⁸³ Ciccone C. & Lhopital M. *Naissance à la vie psychique*. Dunod' 2001.

¹⁸⁴ Ibid, p.254.

¹⁸⁵ Ibid, p. 267-268.

« seconde peau » au lieu de s'étayer « sur la fonction contenante de la peau »¹⁸⁶. Son angoisse se traduit par une expression bruyante de type agitation-indifférenciation : elle passe d'une activité à une autre, d'un désir à un autre, sans réellement en investir aucun, et, dans son rapport indifférencié à autrui, elle est à la fois l'adulte et l'enfant et semble mettre l'autre à une place d'enfant qu'elle contrôle à loisir (en lui faisant faire ce qu'elle veut, souvent à sa place...). Il apparaît qu'elle *syncretise* l'objet pour reprendre l'expression de A. Ciccone et M. Lhopital¹⁸⁷.

Le « morcellement temporel » résultant de cette hyperactivité vise sans doute à l'empêcher de ressentir l'intense sentiment de vide intérieur causé par l'absence d'objet interne (comme nous l'avons vu dans la description de la psychose). Mais cette juxtaposition d'activité retirait à cette fillette toute chance de percevoir une continuité dans ses vécus.

Les frustrations pourraient alors être vécues par Juliette comme des « réévocations » du lien frustrant avec son objet maternant et donc comme des sources d'angoisse de persécution. [Ciccone et Lhopital¹⁸⁸ établissent un lien de cause à effet entre le sentiment d'envie et l'intolérance à la frustration : l'un et l'autre venant se renforcer mutuellement, ils ne font qu'entretenir l'indépendance et l'omnipotence des relations d'objet.]

A la piscine, sa façon de tenter d'occuper d'emblée tout l'espace (en allant sans arrêt d'un endroit à l'autre du bassin), ainsi que ses nombreuses sorties au bord et sa tendance à bousculer les autres nageurs lors de ses déplacements, semblent témoigner de sa difficulté à investir des limites claires. Sa propension à enfreindre les règles du groupe et ses comportements provocateurs dès la moindre frustration montrent qu'elle a besoin, sans arrêt, de tester les limites du cadre, comme pour chercher ses propres limites. En raison de cela, malgré que Juliette soient l'enfant la plus autonome du groupe, il était difficile de la laisser exercer librement cette autonomie sans qu'elle dégénère hors cadre.

Cependant, ses réactions de provocation face aux frustrations s'avéraient de moindre ampleur dans la piscine qu'au dehors. On peut supposer qu'en offrant une résistance à ses mouvements, ainsi qu'une sensation d'enveloppe à son corps, l'élément liquide a eu une action contenante sur ses pulsions destructrices.

Dans ses jeux, ce sont les comportements d'imitation qui dominent; elle n'a encore guère accès aux jeux de « faire semblant », qui marquent selon Winnicott l'accès à la créativité et au symbolisme.

Mon vécu contre-transférentiel comme guide

J'ai trouvé d'emblée Juliette très attachante, sans doute a-t-elle réussi à me séduire ; mais en même temps, je la sentais capable de me mettre un peu en difficulté quand elle allait dans la provocation.

Au travers de ses demandes relationnelles, j'ai perçu un grand besoin d'attention, ce qui m'a incitée à y répondre en acceptant ses sollicitations de jeu. Ses demandes d'attention

¹⁸⁶ Ibid.

¹⁸⁷ Ibid, p. 123.

¹⁸⁸ Ibid, p. 263.

exclusive me paraissaient clairement cacher un grand besoin d'être valorisée, aussi ai je pris l'habitude d'encourager ses moindres efforts par des paroles gratifiantes.

Au début, je me suis sentie incertaine quant à la façon de réagir lorsqu'elle allait dans la provocation, c'est à dire quand elle testait les limites et manifestait son omnipotence. J'essayai de formuler à l'aide de mots ce qui transparaissait au niveau de son comportement, afin de l'amener à plus de symbolisation.

Avec cette enfant plus particulièrement, je sentais qu'il me fallait être à la fois contenante, calme « pour deux » et suffisamment cadrante, pour contrebalancer sa tendance à s'éparpiller et à tester les limites. C'est le cadre qui m'a paru le plus délicat à maintenir car Juliette attaquait ce cadre régulièrement : il semblait nécessaire de l'adapter en fonction de l'état de l'enfant, c'est à dire de ne pas non plus poser un cadre trop rigide et d'utiliser au mieux le « cadre environnant » comme appoint. Au début surtout, j'ai eu besoin de m'appuyer sur l'équipe, afin de ne pas avoir à intervenir trop directement lors de ses épisodes de provocation : j'avais peur qu'un manque de neutralité de ma part ne vienne gêner l'instauration du transfert. Pour me positionner à un niveau d'écoute empathique, il m'a fallu être vigilante à ne pas suivre mes collègues dans leurs interventions plus éducatives, afin d'apprendre à écouter ce qui se disait en deçà des comportements négatifs de cette fillette.

Parallèlement, j'ai cherché à encourager l'expression de ses pulsions à travers le jeu, dans le but de l'aider à les externaliser sur un mode canalisé, dans lequel elle ne serait pas aussitôt envahie.

Mais l'essentiel me paraissait d'établir avec Juliette une relation de confiance, sécurisante et contenante (de bon maternage), dans laquelle elle pourrait se laisser aller un peu plus.

Orientation de la prise en charge thérapeutique :

Face aux demandes quelque peu omnipotentes de Juliette, j'ai choisi de jouer le jeu pour faire connaissance avec son monde (alors que mes collègues infirmiers, se plaçant sur un versant plus éducatif, ont eu tendance à me recommander de ne pas me laisser manipuler). Une fois de plus, accepter de quitter momentanément mon « rôle habituel » et mes propres repères [*ce qui revenait à accepter de retourner un peu dans l'état de non-intégration décrit par Winnicott*¹⁸⁹] m'apparaissait essentiel pour mieux comprendre cette enfant et tenter d'établir une relation de confiance profonde.

En réponse à son instabilité psychomotrice, j'ai essayé, par mon propre calme, d'avoir une fonction contenante vis à vis du déchaînement pulsionnel de Juliette.

Même dans nos interactions ludiques (telle que s'éclabousser mutuellement à la piscine) ses pulsions agressives allaient parfois jusqu'à dépasser ses capacités de maîtrise ; il était alors nécessaire que je verbalise les limites afin que cette agressivité reste contenue par le jeu. Il m'apparaissait que cette fillette était débordée par ses pulsions et qu'une part du travail thérapeutique devait consister, comme nous l'avons vu avec les écrits de D.W. Winnicott, à l'aider à transformer sa destructivité, à lier ses pulsions. La médiation aquatique m'a semblé s'y prêter particulièrement bien en permettant une expression sans danger de l'agressivité à travers la projection d'eau vers autrui.

¹⁸⁹ Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975.

« Survivre » à sa destructivité signifie, comme nous l'avons vu, ne pas la rejeter, mais au contraire, d'offrir à Juliette des moyens d'expression, tout en la soutenant par ma propre « fonction alpha », afin qu'elle apprenne à intégrer ses sentiments négatifs. [*Sinon une partie d'elle-même se sent rejetée, et ces sentiments sont alors perçus comme dangereux et demeurent non liés et sources « d'angoisses sans-nom » ; la fillette ne peut pas alors parvenir à sortir du clivage amour/haine de la phase symbiotique dans laquelle elle est restée fixée*].

Au début, il m'est par moment arrivée de me sentir moi-même déstabilisée, mise en danger, car lors de ce premier mois, Juliette a testé ma capacité à survivre à sa destructivité à plusieurs reprises : par exemple en venant me frapper du bout du pied lorsque ma collègue infirmière quittait le vestiaire commun dans lequel nous nous changions après le bain. C'est en prenant du recul que j'ai pu réagir autrement qu'en me sentant attaquée, et transformer ces passages à l'acte par le jeu. Au lieu de réprimer son agressivité, je voyais dans le jeu un moyen de la reconnaître et de lui permettre d'apprendre à la canaliser vers un mode d'expression plus acceptable.

Evolution au cours des séances :

Mon fil directeur dans la prise en charge de Juliette a été, comme pour les deux autres enfants, la reconnaissance de ses angoisses psychotiques et l'établissement d'une relation de confiance – préalable nécessaire, comme dans toute analyse, à l'établissement du transfert.

Chez cette fillette, nous l'avons vu, l'expression symptomatique des angoisses apparaissait dans son incapacité à se concentrer sur une activité, ainsi que par le contrôle omnipotent des relations, signant le maintien dans l'indistinction fusionnelle.

Pendant de nombreuses séances, l'essentiel de mon accompagnement a consisté à offrir un support, un contenant, à l'agitation de Juliette. Je la suivais dans son hyperactivité, tout en tentant de la « ralentir » par mon propre calme psychique et physique, et en l'encourageant à poursuivre les activités qu'elle commençait et abandonnait presque aussitôt.

Son hyperactivité a fléchi peu à peu, faisant place au développement de sa capacité à jouer : au lieu de changer sans arrêt d'intérêt, elle s'est mise à réclamer la répétition : « encore ! ». D'une séance à l'autre, elle me demandait de réitérer les jeux que nous avions improvisés ensemble. De plus, sa façon d'investir l'espace et les activités est devenue moins superficielle : elle a cessé de « courir » en tout sens, et elle a commencé à apprivoiser le milieu aquatique en s'entraînant à aller sous l'eau et à nager sans support.

Ainsi, en assurant auprès d'elle une fonction contenante et en tentant d'inscrire une continuité dans ses expériences, cela lui a apparemment permis de relâcher ses défenses hyperkinesthésiques, sans se sentir envahie par l'angoisse.

Au cours des mois, ses jeux ont évolué vers un début de symbolisation, avec l'apparition du « faire semblant » : elle nommait un coin du bassin comme étant sa maison, elle devenait le loup qui me poursuivait en criant « ouhouh » puis me demandait de l'être à mon tour ... Je me suis prêtée de bonne grâce aux rôles qu'elle m'attribuait, et elle acceptait elle-même de plus en plus mes propres propositions ludiques. Elle a diminué ses exigences envers moi et une plus grande réciprocité s'est instaurée dans la relation. [*Elle est sans doute alors passée de la relation d'investissement à celle*

d'utilisation de l'objet (moi-même) : m'étant montrée capable de survivre à ses pulsions destructrices, il semble que je sois devenue pour elle un objet ayant une permanence, existant hors de son contrôle omnipotent. Entre nous le jeu a commencé à se déployer réellement dans un espace transitionnel].

En acceptant de l'accompagner dans ces jeux, j'ai pu peu à peu ressentir ce qu'ils exprimaient de sa problématique. Ses jeux de « maison » me sont apparus comme une tentative de se sentir protégée, de construire des limites protectrices. Souvent elle m'invitait à venir dans sa maison aquatique : j'y voyais le signe de la confiance qu'elle me portait, mais sans doute aussi de son manque de limites (elle me laissait entrer trop facilement dans son espace). Tout en jouant ainsi avec elle, j'en profitais pour tenter de verbaliser ses actes et les besoins que j'y percevais : « Tu es bien à l'abris dans ta maison, le loup ne peut pas y entrer », « Juliette a l'air d'avoir très peur du vilain requin ».

Au cours du 5^{ème} mois, m'ayant vu soutenir Brice tout en chantonnant « bateau sur l'eau », Juliette m'a réclamé de faire la même chose mais dans une version qui limitait au minimum le soutien de ma part : debout sur l'échelle, elle se balançait d'un côté et de l'autre en chantant, me demandant juste de lui tenir la taille pour accompagner son balancement et la chute finale dans l'eau. Le vif intérêt qu'elle avait manifesté immédiatement, en me voyant m'occuper ainsi de Brice, m'a semblé être le signe de son propre désir d'être maternée. Mais sa version du jeu montrait vraisemblablement que ses angoisses de persécution étaient encore fortes.

Dans la période où Brice a commencé à avoir d'importantes demandes de maternage et à venir souvent dans mes bras ou sur mes genoux, il est arrivé que Juliette vienne ensuite discrètement le frapper en passant à côté de lui. Ceci m'est apparu comme une manifestation de jalousie révélatrice de ses propres besoins.

Elle a beaucoup investi les jeux mettant en scène un « gentil » et un « méchant » (elle ou moi à tour de rôle), qui ont d'abord été un moyen d'expression et d'extériorisation de son agressivité, ses angoisses paranoïdes et le clivage amour/haine. Peu à peu, ce jeu a évolué vers l'introduction d'une tierce personne dans le rôle du méchant « requin » (un nageur qui enchaînait des largeurs de crawl) : je suis devenue alors une compagne qui l'accompagnait dans ses fuites en jouant moi aussi à avoir peur. J'en profitais pour l'inviter à venir se réfugier dans un recoin faisant figure de maison et je verbalisais que là nous y serions en sécurité, afin de l'aider à ressentir son besoin de protection. Celui-ci était mis en évidence par l'incapacité de Juliette à se calmer, même dans cette « maison » symbolique.

Après plusieurs répétitions de ce même jeu au fil des séances, il m'a semblé souhaitable alors d'interpréter sa peur et son besoin de protection (en lui disant «elle a l'air d'avoir encore peur la petite Juliette », « elle semble avoir besoin d'être protégée la petite Juliette »...) et de me proposer moi-même comme personne protectrice, comme « objet maternant » en l'invitant à venir se réfugier dans mes bras. Il m'apparaissait utile de lui permettre de recontacter des expériences de holding apaisantes, dans le but de favoriser le relâchement de sa « seconde peau » hyperkinesthésique, autocontenante, et la perception d'un corps unifié. Je sentais que l'expérience concrète d'un contenant corporel serait favorable à la reconnaissance de ses éprouvés et de ses besoins, et instigateur de sens.

Dans la répétition du jeu, Juliette s'est abandonnée de plus en plus, de tout son poids dans mes bras, lorsqu'elle fuyait le « méchant requin », accédant ainsi à un relâchement de

sa cuirasse kinesthésique. Le soutien de l'eau me permettait de la soutenir sans fatigue, ce qui m'aurait été impossible au dehors en raison de son obésité.

Au cours du dernier mois, cette évolution dans le jeu s'est accompagnée de progrès visibles immédiats lors de la sortie du bassin, alors que celle-ci avait toujours posé quelques difficultés avec Juliette jusque là. A l'annonce de la fin de la séance, elle acceptait de venir après avoir joué encore un peu, cette fois sans adopter d'attitude provocatrice : elle paraissait au contraire faire effort pour respecter le cadre, désireuse de se faire apprécier (s'appliquant à bien faire son shampoing, s'habillant sans traîner, acceptant les limites...et vérifiant auprès de nous si nous étions satisfaits de son comportement : « Juliette gentille ? »). [*Ainsi, comme le mentionne Aline Biasse, à travers la rencontre avec un Autre (le thérapeute), dans la recherche de la bonne distance, la séparation peut apparaître peu à peu, permettant à Juliette de commencer à ressentir le sens de son identité*].

Ceci m'a semblé pouvoir être le signe que le relâchement de sa cuirasse kinesthésique, s'accompagnait d'un affaiblissement du clivage et de la force de ses pulsions destructrices.

Par ailleurs son langage est devenu un peu plus structuré : nous avons noté une amélioration dans la construction des phrases ainsi qu'une meilleure élocution; cependant la persistance de l'omission du Je ou de son prénom attestait encore de sa difficulté à se percevoir comme sujet.

Bilan de l'évolution

Le comportement de Juliette a suivi une lente évolution au cours de l'année pour finir par marquer des progrès plus nets lors du dernier mois du travail en piscine.

Cette évolution a concerné différents domaines de son développement, mais à des degrés divers : relationnel, investissements et développement du jeu, langage, autonomie, adaptation à la réalité (tolérance à la frustration), occupation de l'espace et aisance psychomotrice, qualité des défenses.

Dans mon travail avec cette fillette, les paroles de D. Winnicott (1971) « la psychothérapie s'effectue là où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute » ont pris tout leur sens. Avec Juliette, le bassin aquatique, grâce à l'espace transitionnel qu'il définit¹⁹⁰, m'a sembler particulièrement propice au développement du jeu.

La diminution de ses tentatives de contrôle et de séduction de l'adulte semblent attester que le développement de cette *aire transitionnelle* de jeu a permis à Juliette de progresser vers une meilleure différenciation moi-autrui.

La baisse des défenses psychotiques (clivage, identification projective) a été attestée, nous l'avons vu, par la diminution de l'hyperkinesthésie et de l'omnipotence, et le développement de mouvements identificatoires. Elle s'est accompagnée de la baisse des comportements provocateurs et auto-agressif, indiquant une meilleure tolérance à la frustration.

¹⁹⁰ Luigi-Duggan A. *Psychothérapie parents-enfants en piscine, une pratique innovante*. Actes des 1ères journées d'études nationales de l'eau. PEP, 1996.

Parallèlement, son aisance psychomotrice a progressé dans le sens d'un plus grand relâchement de sa tonicité musculaire et de l'amélioration de sa capacité à se laisser « accueillir » par l'eau.

L'apparition de réels désirs de rendre service et d'être appréciée semblent montrer que Juliette a acquis des capacités de sollicitude¹⁹¹ vis à vis d'autrui: que ses pulsions de vie et ses sentiments d'amour ont commencé à prendre la place sur ses pulsions destructrices et ses sentiments de haine.

Par ailleurs, la diminution de ses attaques envers le cadre nous a permis de la laisser plus libre d'exercer son autonomie. Il m'a semblé important alors de valoriser ses moindres comportements positifs, afin de renforcer son narcissisme et soutenir ainsi l'émergence du sens de son identité. J'ai parfois aussi choisi d'adopter un rôle un peu pédagogique, visant à encourager Juliette vers le développement de nouvelles compétences et de plus d'autonomie.

C'est la mise en scène des problématiques de Juliette, à travers les jeux, qui a été au centre de sa prise en charge dans l'espace aquatique. L'eau s'est révélé être un médiateur malléable et créatif dans ces jeux.

L'évolution de Juliette à l'issue des 8 mois du suivi, peut permettre de penser, qu'à travers le lien privilégié qu'elle a établi avec moi, un mouvement de réparation du lien symbiotique s'est amorcé. Cette réparation a semblé favoriser le développement de processus identificatoires, semblant être le signe d'un début d'individuation.

Par ailleurs, l'amélioration de la construction de son langage et la clarification de son élocution sont des éléments qui permettent d'espérer un progrès dans sa structuration psychique.

J'ai revu Juliette voici deux semaines à l'hôpital de jour ; elle m'a reconnue d'emblée et m'a regardée intensément, puis elle m'a suivie sans que je la vois alors que j'allais dire bonjour à une autre équipe du lieu. Elle m'a paru avoir conservé les progrès acquis à l'issue de l'atelier en piscine, c'est à dire un moindre « éclatement ». J'ai senti qu'entre nous un lien fort persistait encore, ressentant en moi beaucoup de bienveillance à son égard.

¹⁹¹ Winnicott D.W. *Processus de maturation chez l'enfant*. Payot, 1970, p.31-42.

NORBERT: Agrippé au corps de sa mère



Fusion

*Le bébé doit parvenir à quitter
la douce chaleur du giron maternel,
sans quoi il risque de s'y perdre,
et d'y rester à jamais,
indifférencié.*

NORBERT : Retraît et emprise

Présentation et éléments d'anamnèse

Norbert a 4 ans lorsque je le rencontre pour la première fois, en octobre 2002.

Il est le 2ème enfant d'une fratrie de 3, ayant une sœur d'un an ½ plus âgée et un jeune frère de 2 ans. Il est né à terme +2 semaines et l'accouchement avait nécessité d'être déclenché. [*Que signifie cette difficulté à naître ? Est-ce que sa mère voulait garder Norbert dans son ventre, comme une partie d'elle-même ? C'est, d'ailleurs, l'impression qu'elle me donnera à travers sa relation fusionnelle avec son fils*].

Sa mère nous dit avoir décidé d'emblée de le nourrir au biberon, parce qu'elle avait souffert de n'avoir réussi à nourrir sa première fille au sein que peu de temps. [*C'est sa propre souffrance qui semble avoir eu la priorité sur les besoins de son fils*]. D'ailleurs, la nourriture est objet de conflits, voir de chantage entre Norbert et sa mère : celle-ci a jeté les biberons cet été parce que Norbert ne voulait quasiment que cela, n'acceptant qu'une variété très limitée d'aliments. [*Je me demande si ce rapport de force par rapport à la nourriture n'a pas ses racines dès la première décision de ne pas nourrir son nouveau-né au sein. Norbert ne voudrait-il que du lait, comme pour rester au sein maternel. La difficulté de sa mère à le laisser naître semble se prolonger par cette difficulté de l'enfant à abandonner le lait, symbole du lien primaire symbiotique*].

Il a eu pas mal de problèmes O.R.L durant ses 2 premières années de vie. Par ailleurs, il a marché à 13 mois, mais sur la pointe des pieds au début, ce qui est souvent un signe autistique [*Cela peut signifier une impossibilité de s'ancrer au sol en conséquence de difficultés à s'ancrer dans la vie*].

Il paraît ne pas avoir eu d'objet transitionnel, son « doudou » étant l'oreille de sa mère. [*un tel « doudou » ne peut pas assurer la fonction d'objet transitionnel, puisqu'il ne peut pas jouer le rôle d'objet qui symbolise la mère en son absence*].

Norbert, comme son petit frère, rejoint ses parents dans leur lit la nuit, et sa mère accepte cela avec complaisance, en dépit du désaccord de son mari. L'éducation des enfants est visiblement l'objet de conflits dans le couple : madame reproche à son mari de ne pas être assez patient avec Norbert, et du coup elle le tient à l'écart de l'éducation des enfants.

Tout petit déjà, sa mère dit qu'elle avait perçu Norbert comme un enfant différent de son aînée. [*Il est probable que ce soit une de ses propres projections qui l'a fait percevoir Norbert comme différent, et l'a entraîné à lui donner une place spécifique auprès d'elle. A travers la grande promiscuité corporelle qu'elle entretient avec lui, elle semble avoir eu besoin de donner à ce garçon une place de « phallus » destiné à combler ses propres manques*].

Norbert parle mais le plus souvent dans un langage jargonophasique, c'est à dire un

pseudo-langage incompréhensible, au débit rapide, qui semble destiné à lui-même.

Ses identifications sexuelles apparaissent encore floues voir inversées : il affiche une forte attirance pour tous les vêtements féminins, et il cherche à s'emparer des poupées et robes de sa sœur aînée, enfilant quatre jupes les unes sur les autres pour « s'admirer » dans le miroir en dansant. Il oppose une forte résistance lorsque ses parents tentent de les lui enlever. [*Cette identification féminine peut être liée à sa difficulté à se sentir exister en tant que sujet différent de sa mère, qui plus est d'un autre sexe*]. Par ailleurs, Ses parents évoquent une forte rivalité entre lui et son frère, pour la possession de leur mère [*Le petit dernier semble avoir pris la relève auprès de la mère et Norbert a pu se sentir détrôné par ce rival*].

Ce sont ses quelques défenses autistiques (regard fuyant, isolement du groupe) et son comportement très opposant, bloquant toute acquisition, qui avaient alerté l'école où il se trouvait. Il s'en est suivi son intégration au Jardin d'Enfants Thérapeutique, six mois auparavant.

Premières observations :

J'ai été frappée d'emblée par les relations mère-enfant, teintées d'une forte emprise à double sens : Norbert accaparant sa mère, exigeant qu'elle fasse tout à sa place, et se collant à elle dans un rapport qui m'a évoqué la fusion (il lui tripote le visage, lui suce la joue ou l'oreille) – sa mère affirmant que cela ne la gêne pas.

Sa mère semble incapable de l'encourager à acquérir plus d'autonomie, paraît se complaire dans cette dépendance, et semble éprouver elle-même une jouissance dans les moments de corps à corps avec son fils. [*Ceci semble confirmer la difficulté qu'a cette mère à accepter Norbert comme un être à part entière, ayant droit d'existence en dehors de son propre corps. Elle semble séduite par lui et le séduire, et ne pouvoir renoncer à cette relation chargée de plaisir sensuel. Et l'enfant reste lui-même accroché à ce fantasme « d'un corps pour deux », ne parvenant pas à se développer en tant que sujet*].

Son père m'apparaît fragile et en souffrance, mais dans une meilleure qualité de présence auprès de Norbert, ce qui m'a laissé penser qu'il le mettait plus en place de sujet.

Ce petit garçon a une façon particulière de se séparer de sa mère : il lui ouvre la porte pour lui signifier de partir. [*Est-ce là une manifestation d'autonomisation ? Il semble montrer ainsi qu'il a investi le J.E.T. comme un lieu bien à lui, hors de l'emprise de sa mère. Mais peut-être est-ce aussi un moyen de contrôler lui-même la séparation, afin de s'abstraire de la douleur*].

Au J.E.T., les modalités relationnelles de Norbert apparaissent particulières. Bien qu'il ne soit pas encore dans une relation destinée à la communication, il recherche néanmoins le contact avec autrui. Avec les autres enfants, il le fait un peu dans la provocation, leur prenant exprès leur jouet quand il sait qu'ils vont réagir par des cris. Puis il imite leurs cris, tout en riant d'eux, visiblement avec un plaisir quelque peu sadique. Ou à l'inverse, il se prête comme partenaire docile dans une relation masochiste avec une fillette plus âgée qui joue à se jeter violemment sur lui.

Vis à vis des adultes, il m'apparaît à la fois comédien et séducteur, et dans le contrôle de la distance. Il cherche à amuser mes collègues par des mimiques, ou encore il attire l'attention sur lui par des comportements un peu perturbateurs. A la moindre frustration, il adopte une mine plaintive et jargonne d'une petite voix « semblant exprimer son désaccord de façon labile, dans son propre langage », allant parfois jusqu'à « se faire pleurer ». Si l'on tente de le contraindre, il oppose un refus très marqué, jusqu'à éclater dans une grosse colère, se roulant par terre, tapant dans les murs... [*Lors de ses tentatives d'amuser et de séduire les adultes il me semble adopter un comportement en faux self, c'est à dire visant à satisfaire le désir de l'adulte (comme il a pu avoir à séduire sa mère) et non pas en contact avec sa propre essence. Mes collègues infirmières s'y laissent prendre et rient ou à l'inverse y répondent par la moquerie et la critique*].

Il reste toujours en périphérie du groupe, acceptant rarement de participer aux activités proposées par les soignantes, ou en tout cas uniquement lorsqu'il l'a lui-même décidé. Dans le groupe, il cherche alors à être au centre de l'attention des adultes. [*La difficulté de cet enfant à accepter de se joindre au groupe peut avoir différentes raisons. Une hypothèse est que dans la situation de groupe, il perd sa place exclusive, ce qui le confronte sans doute à un vécu de séparation angoissant. Une autre est que le contrôle de l'adulte lui donne un sentiment de persécution*].

Par ailleurs, il ne fait qu'ébaucher quelques « jeux » qui évoquent plus l'imitation mimétique qu'une réelle créativité.

Ses comportements et jeux comme son langage ne sont pas au service de la relation.

Premiers contacts

Fin novembre, après une séance où j'avais dû poser un interdit ferme à Norbert face à ses comportements perturbateurs visant sans doute à tester le cadre, il m'a invité à placer les barrières pour les animaux en plastique [*les limites ! à travers ses provocations, puis ce jeu, Norbert me semble chercher à construire ses propres limites corporelles et psychiques*], m'incluant pour la première fois dans son jeu. Puis il y a posé les animaux un à un, en répétant les noms que je nommais. Il a terminé en renversant tout, ce que j'ai verbalisé en disant « les animaux chahutent ou se bagarrent » ; il en a alors pris deux qu'il a fait se battre ensemble. Puis il est parti s'asseoir sur le canapé en laissant tout en vrac. J'ai alors cherché à poursuivre notre interaction en faisant aboyer un chien en plastique dans sa direction. Norbert s'est mis à rire faisant mine d'être chatouillé, ce qui m'a amené à improviser un jeu de poursuite.

C'est dans ce contexte de jeu, qu'il a accepté pour la première fois le contact physique venant de ma propre initiative, alors que jusque là, il avait semblé vivre cela comme tentative d'emprise. Ensuite, il m'a montré fièrement un jeu qu'il avait inventé, consistant à faire tourner une balle dans un cerceau. Et il a semblé beaucoup apprécier que je l'encourage, que je le félicite et que je joue avec lui.

J'ai senti que je rencontrais alors le vrai petit Norbert, au-delà de sa façade défensive, dans une relation d'intimité.

Principaux mécanismes de défense

Norbert est un enfant dont le mode défensif principal est la mise à distance et le contrôle des relations, sur un mode de grande résistance à toute proposition. Si bien qu'il a été surnommé « Celui qui ne fait que ce qu'il veut ! » par mes collègues infirmières [*Paroles dans lesquelles j'ai perçu une forte connotation de jugement, accompagné du désir d'agir en « cassant » cette défense*].

Retrait : regard évitant avec des moments où il est dans son monde, évitement du groupe.

Refus de toute sollicitation venant des adultes : cela me semble lié à des angoisses d'intrusion, à la peur d'être mis sous emprise et de perdre sa position de toute puissance.

Maintient dans la dépendance à sa mère par agrippement adhésif au corps maternel, et refus de toute prise d'autonomie, au dépend des acquisitions.

Comportement en « faux self » sans doute pour correspondre à l'objet séduit et séducteur que sa mère attend.

Mon vécu contre-transférentiel comme guide

A mon arrivée au jardin d'enfant, les aspects omnipotents du comportement de Norbert m'ont d'abord irritée si bien que ce n'est pas un enfant que j'ai investi d'emblée (sans doute qu'il me rappelait un de mes frères !).

Mais après ces moments de relation privilégiée, j'ai ressenti plus d'empathie envers ce petit garçon. J'ai mieux perçu comment agir en douceur sur ses attitudes d'isolement et de toute puissance, entrevoyant d'autres moyens que la contrainte.

Dans le jeu de chatouilles puis de poursuite, je me suis sentie en contact avec sa « partie enfant authentique », ce qui a fait émerger en moi l'envie de prendre soin de lui.

Suite à cela, mon contre-transfert a évolué jusqu'à ne plus ressentir aucune irritation envers lui, et à avoir de plus en plus de facilité à entrer en relation : en l'accompagnant dans ses « jeux », en improvisant des interactions ludiques, en posant la limite sans m'énerver lorsqu'il testait les interdits.

Une relation privilégiée s'est instaurée peu à peu entre nous, et en milieu d'année, Norbert m'a paru être entré dans un fort transfert positif à mon égard. Je me suis alors sentie devenir de plus en plus à l'écoute de cet enfant, dans un contre-transfert maternel.

Mes modalités de travail thérapeutique

Pour entrer en relation avec Norbert, j'ai commencé par l'accompagner dans ses activités (en verbalisant ce que je le voyais faire et en l'encourageant), et je l'ai laissé faire de moi ce qu'il voulait (ne posant de limites que face aux attaques agressives, mais ce n'est pas un enfant virulent à ce niveau, à part par moment avec sa mère et son frère). Il m'a ainsi introduite dans son monde en commençant à me donner peu à peu un rôle dans ses activités.

Je suis peu à peu devenue une partenaire à part entière dans ses jeux, si bien qu'il s'est mis à réclamer ma présence. J'ai senti alors qu'il m'utilisait de moins en moins comme un objet à son service, et qu'une relation transférentielle commençait à se développer. J'ai alors eu vis à vis de lui une fonction d'étayage, parfois de maternage, le rôle d'une personne qui l'accompagnait dans le sens du développement.

Comme je l'ai mentionné dans le paragraphe consacré à « Mon approche thérapeutique », un aspect auquel j'ai accordé beaucoup d'importance dans ma façon de travailler est la *tolérance* envers les expressions de l'enfant, même lorsque celles-ci sont négatives, sauf lorsqu'elles visent le cadre. Cela a été à l'origine de difficultés avec mes collègues infirmières du J.E.T, qui voyaient plutôt cela comme contraire au développement et à l'éducation de Norbert.

Par exemple, face à ses comportements séducteurs en « faux self », j'ai choisi de laisser faire sans y prêter trop d'attention, tout en verbalisant son besoin d'être regardé. Il m'a paru important de ne pas se laisser piéger dans ce jeu de séduction, mais de ne pas non plus le bloquer. Car cela aurait eu comme conséquence de bloquer le moyen d'expression que Norbert a trouvé pour entrer en relation. J'ai eu confiance dans le fait que Norbert n'aurait plus besoin de se comporter ainsi quand il ressentirait un moyen plus naturel d'entrer en relation, et de combler autrement ses besoins narcissiques.

L'essentiel, de ce que Norbert exprimait, passait par le jeu et les communications non verbales, étant donné que son langage était encore limité et parfois encore difficilement compréhensible. J'ai accueilli ce qui venait, avec empathie et sans y porter de jugement, en essayant d'être à l'écoute du sens de ses comportements et de ses besoins sous-jacents (besoin affectif, besoin de contenance des angoisses, besoin d'accompagnement et d'écoute...). J'ai tenté de favoriser l'expression de ses problématiques et de ses sentiments à travers le jeu, tout en tentant de mettre en mots ce qui se jouait. *[Mais j'ai été relativement inhibée dans ma pensée et dans mes paroles, par peur du jugement de mes collègues infirmières qui instauraient un climat plus éducationnel que d'écoute].*

Par ailleurs, lorsqu'il arrivait avec sa mère, j'ai essayé peu à peu de l'aider moi-même à défaire ses lacets, afin d'introduire du tiers dans cette relation fusionnelle entre lui et sa mère. *[Au début, au niveau contre-transférentiel, je me sentais sous le regard jugeant de cette femme, semblant me dire « Vous n'y arriverez pas, il n'y a que moi qui ai le droit de l'aider ». Et quand Norbert refusait effectivement mon aide, j'avais le sentiment qu'elle triomphait. Lorsque l'on tentait de s'introduire dans la dyade, cette mère semblait se sentir dépossédée de sa fonction maternelle, voire de son enfant en tant qu'objet de sa propre satisfaction. J'ai eu à travailler intérieurement sur l'irritation que me causaient les comportements d'emprise de cette femme.]*

Extraits du suivi thérapeutique

Plusieurs fois, Norbert a réitéré avec moi son jeu avec les animaux : cette fois, après avoir placé tous les animaux dans l'enclos, il les a sortis un à un en disant « au revoir », puis il les a fait entrer de nouveau en accompagnant cela d'un « bonjour ». *[Il m'a semblé mettre ainsi en scène la séparation de façon symbolique].* J'ai accompagné cela de verbalisations « les animaux s'en vont », ..., « Puis ils reviennent ».

Depuis notre jeu avec un petit chien en plastique, Norbert vient souvent vers moi en imitant l'abolement d'un petit chien ou les miaulements d'un chaton en quête d'affection. A d'autres moments, il s'allonge longuement dans la piscine à balle, et il m'interpelle en poussant des petits sons de bébé. Il est alors bien détendu sur le dos. Je le sens dans un mouvement régressif, et je perçois sa demande d'affection. Je parle alors à sa partie bébé en disant sur un ton affectueux « Petit Norbert est bien installé, bien détendu » ou « le petit chat veut un câlin ». Il amplifie ses sons régressifs, je lui caresse les cheveux, ou j'improviser un petit massage en faisant rouler une balle doucement sur son corps.

Quand il est allongé ainsi, s'il est l'heure de partir et d'aller mettre ses chaussures, il me tend les bras pour que je le porte jusqu'à l'entrée. Je sens qu'il est juste d'accueillir cette demande de maternage. Lorsque je l'accompagne ainsi au moment de la fin de séance, il ne s'oppose plus lorsque je le chausse et accepte même d'aller ranger ses chaussons ; il montre aussi de plus en plus le désir d'apprendre à faire par lui-même, voulant mettre ses chaussettes seul sans mon aide.

Je sens qu'en me demandant ainsi de prendre soin de lui, il m'invite à prendre une position maternelle protectrice vis-à-vis de lui. En acceptant cela, c'est à dire en répondant verbalement et corporellement sur ce mode, ce petit garçon a pu entrer un peu plus dans son besoin de régresser dans une position de vulnérabilité et relâcher ses défenses de maîtrise relationnelles. A travers le fait qu'il s'oppose de moins en moins quand je lui demande de faire quelque chose, je sens que j'ai cessé d'être un objet dangereux dont il faut se méfier, et qu'il commence à avoir suffisamment confiance en moi pour accepter mes propres sollicitations. [*Ainsi, après que j'ai accepté d'entrer dans son monde, Norbert à son tour semble accepter de venir dans le mien. J'y vois l'ouverture d'un espace transitionnel : un espace partagé qui permettra peu à peu l'ouverture au monde réel.*]

Cela s'est avéré d'emblée positif sur son développement : son langage est devenu plus compréhensible et plus à visée de communication, ses jeux ont commencé à se développer, et sa participation dans le groupe a augmenté. [*En se référant au schéma d'Alberto Alberti, représentant la dichotomie entre sentiment de nullité et à l'opposé de toute puissance¹⁹², il semble qu'en recontactant d'une part un sentiment de vulnérabilité non synonyme de vide, dans des moments de régression, et d'autre part sa dignité à travers des interactions où je valorise ses moindres inventions, cet enfant a pu commencer à descendre un peu de sa position mégalomane].*

Fin janvier :

Au moment de lui dire au revoir alors qu'il était dans la petite maison, il m'a répondu « non vient » d'une petite voix. Je lui ai expliqué « je dois partir plus tôt comme d'habitude le lundi », et j'ai ajouté « nous avons bien joué tous les deux aujourd'hui » afin de verbaliser le moment de relation privilégiée que nous avons passé ensemble, que j'ai ressenti comme précieux. Norbert a alors levé les yeux vers moi et nous avons, pour la première fois, partagé une rencontre par le regard. [*Au niveau contre transférentiel, je me suis sentie émue : émue par cette rencontre et par sa peine face à la séparation. A travers cette demande relationnelle, j'ai ressenti qu'un lien d'attachement authentique se mettait en place entre nous deux. Une relation où chacun met l'autre en place de sujet qui compte pour lui, à l'inverse de la relation*

¹⁹² Alberto Alberti, « La souffrance psychotique »

omnipotente psychotique où chacun est l'objet de l'autre dans une dépendance qui exclue tout écart].

A partir de ce moment, Norbert a commencé à réclamer ma présence près de lui, venant me prendre par la main pour m'inviter à le suivre, ou m'interpellant par mon prénom.

En parallèle, son développement a semblé avoir amorcé une reprise. Son langage a commencé à évoluer de plus en plus vers une expression destinée à la communication. Et sa capacité à jouer s'est peu à peu développée : il a montré de plus en plus de créativité et un début de symbolisation à travers le jeu. Il a investi un peu le dessin : des cercles fermés qu'il colorie. *[Ceci pourrait être le signe de prémices de construction identitaire avec mise en place d'une limite entre un intérieur plein et l'extérieur. En reconnaissant Norbert en tant que sujet, en prêtant attention à ses besoins profonds, en l'écoutant au niveau de son essence, il semble que celle-ci peut commencer à s'exprimer. Et l'on remarque aussitôt que l'expression de son âme permet que se déploient ses capacités de développement.]*

Il jouait beaucoup avec les balles de la piscine à balle : il les regroupait par couleurs, il les déménageait dans la petite maison puis les rangeait sur la petite table. *[Ceci m'est apparu être une activité nouvelle de maîtrise chez lui, un mouvement de bonne qualité par rapport à son éparpillement antérieur et aussi une activité de liaison, que j'ai commenté en disant « Toutes les balles sont ensemble sur la table »].*

Par ailleurs, il s'est mis à se désigner par son prénom et à nommer tour à tour chaque personne du groupe, montrant ainsi une ébauche de différenciation par rapport à autrui. Il s'exerçait très souvent en pointant successivement l'une de nous puis lui-même : « Anne » puis « Moi, Norbert ». Le « Je » a fait quelques apparitions.

Il s'est montré moins réticent à participer aux moments d'activités en groupe, tels que rondes ou comptines, semblant relâcher ses défenses par rapport aux propositions venant des adultes. *[Je suppose que sa confiance en moi se développant, sa crainte d'être contrôlé par les adultes s'est atténuée].*

Evolution au fil des séances :

Norbert a pris l'habitude, dès son arrivée, de me prendre par la main ou bien de m'appeler par mon prénom pour que je vienne « jouer » avec lui. Je le laisse m'emmener ainsi. Souvent il m'entraîne dans la salle de psychomotricité, car il y a investi différentes activités.

Une séance fin février :

Un jour, Norbert m'a invité à entrer avec lui dans la petite maison, après y avoir lancé toutes les balles de la piscine à balles. « Tu aimes bien que je sois avec toi dans la maison ? ». Il a mis les balles une à une sur la table, je l'ai imité tout en amenant des verbalisations – un bain de paroles. Puis il a fait retomber toutes les balles au sol avant de recommencer. J'ai dit « toutes les mamans balles viennent sur la table » « puis elle s'en vont », puis « elle reviennent ». Je l'ai alors entendu dire « les enfants » *[les balles représenteraient plutôt des enfants : des enfants rivaux qu'il « jette » au sol ?].*

Quand je suis sortie de la maison, Norbert a fermé le volet, je me suis saisie d'un tout petit ours en peluche avec lequel j'ai improvisé un jeu. Le petit ours cherche à empêcher Norbert de fermer le volet car il veut rentrer voir sa maman, et il dit « je veux rentrer », « maman, maman », « je veux rentrer », d'un ton suppliant. Norbert s'est mis à pouffer de rire en bloquant le volet, en rejetant le petit ours quand je parvenais à le faire entrer, prenant un vif plaisir, voir même un peu envahi par l'excitation [*J'ai eu l'impression que cet ours que Norbert maintenait hardiment dehors représentait son propre petit frère*]. J'ai verbalisé « Norbert voudrait garder sa maman pour lui tout seul ».

Après ce jeu, nous avons rejoint le groupe et Norbert s'est mis à dessiner un cercle dont il a colorié tout le pourtour en rouge [*comme si sa limite corporelle était devenue plus épaisse*]. Il s'est ensuite concentré sur des puzzles. Au moment de la fin de la séance il a pour la première fois manifesté le désir de mettre seul ses chaussettes et il a accepté d'essayer de lacer ses chaussures après que je lui ai montré.

Mais son départ a ensuite été particulièrement difficile : sa mère ayant refusé de le prendre dans ses bras et prenant son petit frère aussitôt à sa place, il s'est affalé au sol dans un refus absolu de marcher. J'ai essayé de calmer la situation en lui disant , entre autre, que « quand on est grand, on peut faire des choses que les petits ne peuvent pas faire » [*J'aurais eu envie de suggérer à sa mère de le prendre contre elle un instant en lui expliquant par exemple que même si elle le porte moins parce qu'il devient grand, elle l'aime toujours. Je ne l'ai pas fait par crainte de blesser cette femme qui semble vivre très mal que l'on interfère dans la relation*]. Une de mes collègues infirmière a pris l'initiative d'emmener Norbert de force jusqu'à la voiture, ce à quoi il a cherché à s'opposer en se débattant.

Je me suis demandée si je n'avais pas été trop fort, trop vite dans la mise en scène et la verbalisation de sa jalousie fraternelle, et j'ai eu tendance à culpabiliser.

Mais les progrès de Norbert montrent qu'au fur et à mesure qu'il parvient à exprimer ses émois et fantasmes à travers le jeu, il progresse par ailleurs vers plus d'autonomie et que sa pensée se structure : ses dessins évoluent vers des cercles bien fermés, imbriqués, coloriés, il construit des tours variées, il fait des puzzles, ...de même que son langage est de plus en plus au service d'une réelle communication avec autrui. [*L'expression par le jeu de sa rivalité fraternelle a semblé permettre rapidement le relâchement de ses défenses, montrant ainsi que dès que les conflits internes sont apaisés, cela favorise la reprise des processus évolutifs. Ceci confirme ce qui a été vu dans la partie théorique, c'est à dire que les défenses elles-mêmes enferment le sujet dans un cercle vicieux de fonctionnement, où développement et synthèse sont maintenues impossibles*].

Une séance début mars :

Il pointe son doigt vers moi en disant « Anne », Je le désigne à mon tour « Norbert ». [*Autrui devient réel et non plus un objet dangereux à maintenir à distance et à contrôler*].

Il me fait asseoir à côté de lui et enfile tous les grands cerceaux autour de nous deux, un à un. J'accompagne ses gestes de verbalisations le plus souvent juste descriptives « le vert », « et puis le rouge autour de nous deux »...et puis peu à peu cela prend un sens dans ma tête que je verbalise de façon simple et imagée (même si je ne peux pas en être sûre) : «une

maison pour nous deux » [*Après différentes idées me sont venues : peut-être que Norbert représente ainsi un fantasme de « peau pour deux », ou encore l'expression de l'alliance thérapeutique, de la confiance qu'il me porte*].

Une fillette du groupe est venue enfiler un petit cerceau autour de Norbert, ce que j'ai commenté en disant « Voici une petite maison rien que pour Norbert ». Quand Norbert retire ensuite les cerceaux un à un, je verbalise « nous sortons de la maison « cerceaux » » [*et j'aurais pu ajouter : « nous ne sommes plus collés et nous sommes différents »*].

Il a pris ensuite deux balles lourdes qu'il a fait se cogner ensemble, et j'ai verbalisé cela en disant « Les deux balles se battent » « Aïe, ouille... », car j'ai eu le sentiment qu'il exprimait de nouveau ainsi sa colère envers son petit frère.

Plus tard au cours de cette séance, il a dessiné un cercle bien fermé [*Ce dessin comme le jeu avec les cerceaux semble indiquer que ce petit garçon est en train de prendre conscience de ses limites corporelles*].

[*Ainsi, comme je l'ai mentionné dans le chapitre théorique sur « les implications thérapeutiques », en favorisant la prise de conscience de soi, à travers la relation au thérapeute et par l'encouragement de l'expression et de la créativité du sujet, l'espace thérapeutique amène le déploiement de la transitionnalité et l'émergence du « Je » créateur. Il peut ainsi être un réel vecteur de transformation pour le patient, de l'indifférenciation primordiale dans laquelle il est resté empêtré, vers un début de conscience en tant que sujet*].

Fin mars :

Au fur et à mesure, j'ai eu le sentiment que la relation privilégiée qui s'était installée entre moi et cet enfant devenait un peu difficile à gérer par rapport à mes deux collègues infirmières. Elles jugeaient souvent que Norbert faisait trop de bruit en riant et jouant, mais aussi, j'ai eu le sentiment que j'étais devenue une rivale en réussissant à entrer en relation avec ce petit garçon [*Sans doute que je leur prenais leur petit patient et qu'elles se sentaient atteintes narcissiquement car remises en cause dans leurs capacités. Elles m'ont semblé avoir du mal à accepter que je me distingue dans ma façon de travailler du fait de ma formation de psychologue-psychothérapeute, et se défendre en tentant de tout régenter*].

Des reproches ont commencé à poindre : « toi tu contournes tout par le jeu ! », « il ne faut pas faire comme sa mère », auxquels je n'ai pas su répondre par peur de m'opposer à l'équipe. [*Lors des réunions d'équipe, les échanges restant au niveau de la description des comportements des enfants, sans le moindre questionnement sur nos pratiques, je n'ai pas osé exprimer mon sentiment que ma façon de travailler questionnait voire dérangeait mes collègues. D'autant plus que je sentais une grande difficulté pour ces deux infirmières à m'accepter comme une partenaire de travail à part entière*].

Ce « conflit non verbalisé » en est arrivé à se jouer dans la réalité. Une de mes collègues s'est mise brusquement à adopter un rôle punitif à la moindre opposition de Norbert. Je me suis sentie complètement envahie par mes propres émotions : prise d'un fort sentiment d'injustice par identification à l'enfant, et d'un sentiment d'être directement attaquée dans

mon travail, car c'est la relation privilégiée qu'elle m'a semblée vouloir combattre en adoptant ainsi « une fonction punitive toute puissante » [*Comme pour reprendre du pouvoir auprès de cet enfant, dont elle se sentait dépossédée*]. J'ai été prise d'un contre transfert négatif « de mauvaise mère toute puissante qui m'écrase, qui cherche à détruire ce que je fait » envers cette femme, qui sur le coup m'a laissée dans l'incapacité de réagir. [*Il me semble qu'à travers ce conflit pour la « possession de l'enfant », il s'est joué ainsi dans l'équipe quelque chose de la problématique de la propre mère de ce petit garçon, qui refusait de le laisser grandir par peur d'être dépossédée de son enfant, objet phallique qui la comble au niveau narcissique . Cela n'aurait pas été trop gênant si cela avait pu être élaboré suffisamment après coup*].

Ma supervision m'a alors été bien nécessaire pour prendre du recul par rapport à cette situation. Cela m'a poussée à mieux me situer dans cette équipe, avec mes spécificités, en explicitant ma façon de travailler et en exprimant un peu plus mon avis face à certaines façons d'intervenir. Suite à cela, j'ai senti que ce « travail » sur ma propre place, a pu jouer un rôle dans la capacité de Norbert à acquérir sa propre place dans le groupe et dans sa famille. Il a de plus en plus utilisé le langage pour affirmer sa volonté, affirmant clairement par « Non » son désaccord.

Néanmoins, nos divergences de travail n'ont pas pu être parlées franchement, ce qui fait que les tensions ont perduré dans une sorte de statu quo. J'ai ressenti ensuite plus de difficultés à rester dans une attitude intérieure neutre par rapport aux attitudes éducatives de l'équipe.

Et j'ai le sentiment d'avoir renoncé à m'engager pleinement dans ce lien privilégié établi avec cet enfant, par peur du jugement de mes collègues, manque de confiance en moi et peut-être aussi par peur de la force affective que j'avais commencé à ressentir dans ce lien transférentiel. Par peur d'être trop près, je me suis écartée, sans doute trop ! J'ai perçu cela dans le fait que je ressentais ensuite plus difficilement le sens de ce que Norbert mettait en scène, ne parvenant sans doute plus à *m'accorder* suffisamment à ses états émotionnels et corporels.

En arrivant lors de la séance suivante, Norbert m'a regardée, et j'ai accueilli son regard avec l'impression de lui dire intérieurement « Nous allons poursuivre le travail que nous avons commencé ensemble, le lien n'est pas coupé ». Ensuite Norbert m'a appelée pour que je le rejoigne dans la salle de psychomotricité, et il a recommencé à enfile les cerceaux autour de nous deux, tout en nommant chaque couleur. J'ai verbalisé « Tu m'invites dans ta maison, ton espace » tout en ayant le sentiment qu'il m'exprimait ainsi que sa confiance était intacte et son désir de poursuivre l'alliance thérapeutique.

Cependant, alors que je continuais à l'accompagner dans ses jeux, j'ai eu le sentiment d'être plus à distance. Je lui ai accordé moins de temps et d'attention, d'autant plus qu'une petite fille s'est mise à me solliciter beaucoup à son tour en me prenant par la main pour m'inviter à m'occuper d'elle, comme si elle avait saisi l'occasion pour prendre la place de Norbert auprès de moi. [*Norbert ne m'a pas paru montrer beaucoup de signes extérieurs de dépit face à cette baisse d'investissement. Il me semble qu'il a pu se rejouer ainsi la répétition du traumatisme concernant l'arrivée de son propre petit frère*].

Avril :

Alors que mes collègues ont mis de la musique, je tente d'inviter Norbert à nous rejoindre en faisant danser un ours en peluche devant la maison. Il s'en empare et fait mine de lui arracher la langue, lui écrase les yeux et le museau. Je crie doucement « Aïe, ma langue ! », « Aïe mes yeux ! » puis « eh bien dit donc Norbert n'est pas copain avec l'ours » (j'imagine qu'il exprime ainsi son agressivité envers son petit frère, ou encore envers les adultes qui le contraignent). Il va ensuite fouiller dans le panier à peluche pour rechercher le petit ours utilisé quelques jours avant, il me le donne puis va à l'intérieur pour fermer le volet. Je recommence à jouer à faire supplier le petit ours « je veux entrer, je veux maman... », et Norbert le repousse toujours dehors en pouffant de rire bruyamment. Les cris et rires dérangent mes collègues, si bien que je suis obligée de limiter le jeu. Sans doute du fait du contexte, je n'ose pas cette fois associer cette scène à la jalousie envers le petit frère. *[Ainsi, je n'ai plus osé me laisser aller pleinement dans la relation avec Norbert. Je me suis plus pliée aux pratiques occupationnelles de groupe que mes collègues décidaient, m'autorisant moins à suivre les demandes de jeu des enfants pendant ces temps d'activité. Suite à cela, j'ai senti que ma qualité d'écoute baissait, que mon système associatif fonctionnait moins bien, et que Norbert se mettait à moins me solliciter et à moins me faire confiance.]*

Fin avril :

Norbert a montré quelques attitudes qui m'ont semblé être des signes de jalousie envers les autres enfants. Quand je m'occupe d'un autre enfant, il cherche un peu à attirer mon attention sur lui en poussant des petit cris, ou parfois, il vient s'installer sur mes genoux. Je ressens et reconnais son désir d'exclusivité, sans doute mêlé d'une angoisse d'être abandonné, mais je l'exauce moins rapidement qu'avant : « Tu aimerais que je m'occupe de toi, je ne peux pas pour l'instant mais je viendrais te voir ensuite ». *[Etant plus accaparée par les autres enfants devenus plus nombreux suite à l'arrivée de nouveaux, et me sentant trop limitée par mes collègues pour laisser se déployer librement le jeu, j'ai consacré beaucoup moins de temps à Norbert. Je pense que cette phase de séparation aurait nécessité que je porte plus d'attention aux expressions de cet enfant, afin d'en aider d'avantage l'élaboration]*. Parfois, il grimpe tout en haut de l'espalier, et je me suis demandée s'il cherchait à me faire comprendre ainsi qu'il pourrait se mettre en danger si je l'abandonne.

Il a continué à me solliciter pour mettre en scène des bagarres avec des peluches ou des balles. Il a investi le « livre de la jungle » et semble aimer que je commente chaque page. Après il se met à imiter le tigre de l'histoire et je lui répond de la même façon, si bien que nous en venons à imiter deux tigres qui se mesurent.

Mais aussi, sans doute parce que je lui ai consacré moins de temps, il s'est mis à jouer seul ou avec une petite fille (elle le poursuit avec un gros chat en peluche et Norbert joue à avoir peur). *[Cela m'a paru très positif, montrant que malgré ma baisse d'attention à son égard il était capable de poursuivre le développement de sa capacité à jouer, et de multiplier ses investissements relationnels]*.

Néanmoins, Norbert m'a paru se montrer de nouveau moins coopératif dans le groupe, moins enclin à acquérir plus d'autonomie et m'a semblé verbaliser plus souvent son mécontentement, envers mes collègues et parfois à mon égard. Mais je trouvais ses manifestations de colère plutôt saines, allant toujours dans le sens d'un mouvement

d'individuation. J'ai eu le sentiment qu'il manifestait ainsi son désaccord face aux attitudes de forcing des infirmières. Il n'est pas retourné dans son langage jargon pour autant, mais a affirmé son mécontentement dans un langage clair à visée de communication et d'affirmation. Il se positionnait en sujet face à nous, d'un « Non » ferme, n'entrant plus que rarement dans de fortes colères.

Il a manifesté quelques net mouvements de colères à mon encounter quand je le frustrait (en l'obligeant par exemple de rendre à un autre enfant un jeu qu'il lui avait subtilisé, ou encore quand j'ai refusé de le porter pour le faire monter sur le toit de la maisonnette) : il a eu des mouvements agressifs à mon égard et j'ai essayé de les reconnaître et d'en canaliser l'expression en lui disant qu'il avait le droit d'utiliser des objets mous (peluches, coussins) pour exprimer sa colère à mon encounter. Il m'a envoyé un gros coussin dans la figure, et j'ai alors fait mine de me battre avec lui, en lui lançant aussi les coussins. Il a sourit alors, puis s'est montré capable de supporter la frustration.

Plus tard, il a pris une marionnette et il a fait mine de m'attaquer avec, j'ai alors joué à être la victime. C'est la première fois qu'il prenait ainsi d'emblée le rôle du méchant, et non plus celui qui est poursuivi. *[Il m'a semblé qu'il devenait capable de mieux assumer son agressivité, plutôt que de prendre toujours une position masochiste de victime - une position passive féminine. Il m'a paru exprimer ainsi des éléments de transfert négatif à mon égard].*

Parallèlement, nous avons constaté que sa mère a cessé d'empêcher le mouvement d'individuation de son fils car elle a été poussée à lui poser des limites, irritée par l'agressivité de Norbert envers son petit frère. Norbert va maintenant lui-même ranger ses affaires à son arrivée, sur la demande de sa mère, et il se montre moins agrippé à elle et moins tyrannique.

Sa relation à son père s'est par contre développée et j'ai cherché à valoriser cela. Un jour où Norbert portait une veste en Jean comme son père, j'en ai profité pour mettre cela en valeur : « Dis donc, Tu as une belle veste comme celle de ton papa ». Cet homme m'a répondu qu'il avait lui-même emmené Norbert pour l'acheter, ce que j'ai encore valorisé à l'attention de l'enfant. *[Visiblement, cet homme commençait à reprendre un peu sa place de père, grâce aux encouragements de l'équipe dans ce sens et du fait du travail de distanciation qui s'opérait entre Norbert et sa mère].*

Sa capacité à jouer a continué à se développer : il est devenu capable de jouer seul, construisant des scènes mêlant action et langage, dont certaines mettaient en jeu des éléments de sa vie familiale.

Par contre, ses dessins n'ont guère évolué : il a continué à recouvrir tout ce qu'il dessine et sur l'ardoise magique il passe son temps à noircir minutieusement l'écran, très concentré. Quand je lui demande s'il y a quelque chose de caché derrière il me répond que oui, mais je sens qu'il faudrait du temps et de la confiance pour qu'il puisse dévoiler cela. *[Avec le recul, j'en viens à penser que c'est lui-même qu'il cache. J'imagine que son essence demeure encore trop enfouie, pas assez en confiance, pour pouvoir émerger au grand jour : d'où l'impossibilité de laisser une trace de lui-même sur le papier].*

Bilan de l'évolution

En juin, tout le monde reconnaissait que Norbert avait fait de gros progrès au cours de cette année.

Ses parents nous racontaient qu'il leur posait maintenant pas mal de question sur le monde environnant, montrant une curiosité toute neuve. Ses tendances à se réfugier dans son monde indifférencié ont donc baissé, laissant place à une ouverture vers le monde.

Nous même, nous avons constaté la quasi disparition de ses tendances jargonophasiques, autrefois systématiques quand il était en colère : Norbert exprime maintenant plus clairement ses souhaits par le langage, s'adressant directement aux personnes. Ses pulsions agressives ont sans doute trouvé, grâce au jeu, un support de symbolisation, leur permettant d'être liées et de perdre leur caractère envahissant.

A l'école, il a commencé à investir un peu les apprentissages, se montrant désireux d'essayer de faire les mêmes activités que le reste du groupe. Ses relations avec les autres enfants se sont développées, comme au J.E.T, dans un rapport nettement moins sadomasochiste : il accède à la phase d'imitation, ce qui montre qu'il accède à la reconnaissance de l'existence de ses pairs et un début d'identification à eux.

Il me semble qu'il a bien amorcé un mouvement d'individuation, mais qu'il demeure encore dans une grande méfiance vis à vis des adultes.

Cependant, je garde un arrière goût de déception de n'avoir pas pu et pas su suivre le fil de la relation transférentielle qui avait commencé à bien s'engager, tant j'ai été parasitée par les jugements de mes collègues et la peur des conflits. J'aurais aimé parvenir à aider plus ce petit garçon, dans la confiance qu'il m'avait accordée. En particulier, la poursuite du travail avec le transfert aurait pu me permettre de travailler sur l'expression des vécus de séparation et des sentiments de rivalité entre Norbert et les autres enfants. Nos jeux ont permis un début d'élaboration de la rivalité fraternelle, ce qui apparemment a relancé un peu son mouvement évolutif. Mais il aurait fallu que je sois plus disponible psychiquement pour porter attention aux expressions mêmes infimes de cet enfant, face à la séparation, et que je les verbalise. Mon travail m'a paru insuffisant à ce niveau pour permettre à Norbert de suffisamment élaborer la position dépressive. Ceci m'a paru être confirmé par l'absence de réaction de Norbert lors de mon départ début juillet, à l'issue de mon stage.

CONCLUSION

A l'issue de ces expériences de suivi d'enfants psychotiques ou autistes, dans des cadres institutionnels, je regrette de ne pas m'être suffisamment autorisée à suivre les enfants dans ce que je sentais de l'évolution de leurs besoins, à travers le transfert. Ma propre pensée a été sans doute encore trop parasitée par la peur du jugement, dans ces cadres trop peu intimes et en contact avec des soignants ayant des visions thérapeutiques parfois trop divergeantes des miennes.

Tenir un axe thérapeutique dans ces contextes non purement thérapeutiques était d'ailleurs sans doute une gageure, surtout du fait de mon statut de psychologue stagiaire.

Aussi, ai-je été trop inhibée au niveau verbal pour réellement oser donner des interprétations aux enfants, dans ces lieux où j'étais la seule à le faire. De plus, je me suis sentie trop peu étayée dans ma propre élaboration pour oser la discuter lors des réunions d'équipe, où les échanges restaient de l'ordre du comportemental et de la constatation des faits, sans réelle discussion thérapeutique du soin.

Mais mes supervisions psychosynthétiques à l'extérieur, en individuel ou en groupe, m'ont aidée à cheminer tout au long de ces deux années, dans ces contextes pas toujours faciles. J'ai vu évoluer mes capacités à « écouter » les problématiques des enfants, à ressentir mes vécus contre-transférentiels. J'ai appris à entrer dans la relation thérapeutique à travers le jeu essentiellement, et mes capacités à faire des liens entre pratique et théorie se sont progressivement libérées.

J'ai travaillé à prendre plus de recul par rapport à certaines de mes *sous-personnalités*, grâce au processus dénommé *désidentification* en Psychosynthèse. J'ai appris à observer à partir de mon centre, de mon *JE*, les moments où je m'identifiais trop à un enfant. En particulier ma « sous-personnalité rejetée » m'a donnée du fil à retordre dans mes relations avec mes collègues, me poussant à réaliser mon travail « dans mon coin » subrepticement et assidûment, sans oser affronter les opinions des autres soignants. Mais mine de rien, en dépit de cette sous-personnalité très forte chez moi, ou plutôt en cheminant à travers les difficultés que celle-ci m'a fait parcourir, j'ai su prendre ma place à ma façon dans les équipes. Elle ne m'a pas empêchée de m'impliquer dans mon travail de thérapeute auprès des enfants, et j'ai tout au long des mois ressenti beaucoup de plaisir à être auprès d'eux.

Outre la formation en Psychosynthèse qui est autant théorique qu'expérientielle, je trouve important d'insister sur la nécessité d'avoir suivi une psychothérapie approfondie avant de me lancer dans l'écoute d'autrui. Car il est clair pour moi que c'est en travaillant sur mes propres traumatismes enfouis, que se développe ma capacité d'entendre les traumatismes d'autrui, de façon empathique, en évitant de tomber dans les pièges des identifications excessives ou des projections. Comme me l'ont montré les équipes soignantes que j'ai côtoyée, ni le désir de soigner ni les connaissances théoriques ne suffisent dans ce travail. Je ne cherche pas à blâmer les équipes qui font ce qu'elles peuvent. Mais la trop faible quantité de psychothérapeutes dans ces institutions m'a semblée attester que la réalité psychique humaine a encore tendance

à être relativement niée, même dans les lieux de soins psychiatriques.

Chacun de mes stages s'est vu couronné par une appréciation très positive de mes référentes psychologues, ce qui a aboutit, dès l'obtention de mon DESS de Psychologie clinique et pathologique, à me voir acceptée à un poste de psychologue-psychothérapeute pour enfants en C.M.P¹⁹³.

Aujourd'hui, à l'aube de débiter dans cette profession, riche de ces expériences, je me sens plus sûre pour oser prendre ma place en tant que thérapeute, avec mes spécificités de travail nourries par ma formation en Psychosynthèse. C'est avec cette « appartenance » que je me suis présentée à l'équipe de psychothérapeutes d'obédience psychanalytique avec lesquels je vais collaborer et j'espère parvenir à leur faire connaître la Psychosynthèse, dans un esprit d'ouverture et d'échange.

¹⁹³ Centre Médico Psychologique : Unité de consultation psychologique pour enfant

BIBLIOGRAPHIE

- Anzieu D. *Le moi-peau*, Dunod, 1995.
- Anzieu D. *La peau : du plaisir à la pensée*, in *L'attachement*, R. Zazzo, 1974.
- Balint M. *Le défaut fondamental*. Petite Bibliothèque Payot, 1991.
- Bettelheim B. *La forteresse vide*. Gallimard, 1976.
- Bick E. *L'expérience de la peau dans les relations précoces*, in *Les écrits de M. Harris et E. Bick*, 1987.
- Bick E. *Considérations ultérieures sur la fonction de la peau dans les relations d'objet précoces*, in *Les écrits Harris et Bick*, 1987.
- Bion W. R. *Aux source de l'expérience*. PUF, 1979.
- Bayle G. & coll. *La séparation*. In Press, 2003.
- J. Broustra. 1996.
- Ciccone C. & Lhopital M. *Naissance à la vie psychique*. Dunod, 2001.
- Delion Pierre, *Corps, psychose et institution*. Erès, 2002.
- Ferenczi S. *Psychanalyse IV. Oeuvres complètes*. Tome IV : 1927-1933. Payot, 1982.
- Freud S. *Essais de psychanalyse*. Au-delà du principe de plaisir. Petite Bibliothèque Payot, 1997
- Ferenczi S. *Psychanalyse IV. Oeuvres complètes*. Tome IV : 1927-1933. Payot, 1982.
- Geissamnn Claudine et Pierre, *Etude psychanalytique des modèles identificatoires en institution thérapeutique pour enfants psychotiques*, in *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n°10, Identifications, Centurion, 1991.
- Geissmann C. & P. *L'enfant et sa psychose*. Dunod, 1984.
- Jean Hardy. *Une psychologie qui a de l'âme*. Séveyrat, 1989.
- Docteur Massimo Rosseli. *Le cœur de la synthèse. Psychosynthèse et psychopathologie*.
- Joly F. *Angoisses psychotiques et images du corps*, *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*, 1996, n° 44 (11), P.581-590.
- Klein M. *Essais de psychanalyse*. Paris, Payot, 1987.
- Klein M. *La psychanalyse des enfants*. Quadrige, Presse Universitaire de France, 2001.

- Laplanche J & Pontalis J.B. *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, 1994.
- Luigi-Duggan A. *Psychothérapie parents-enfants en piscine, une pratique innovante*. Actes des 1ères journées d'études nationales de l'eau. Bastia, PEP, 1996.
- Mahler M. *Psychose infantile*. Petite Bibliothèque Payot, 2001.
- Meltzer & coll. *Exploration dans le monde de l'autisme*. Payot. 1984.
- Paumelle H. *Le rôle du corps en psychothérapie*. Dunod, 2001.
- Rank O. *Le traumatisme de la naissance*. Petite bibliothèque Payot, 1968.
- Roussillon R. *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. PUF, 1991.
- Tustin F. *Naissance psychologique et catastrophe psychologique*. in Abensour L., 1981.
- Tustin F. *Le trou noir de la psyché*. Seuil, 1989.
- Tustin F. *Autisme et protection*. Seuil, 1992.
- Winnicott D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Science de l'homme Payot, 1992.
- Winnicott D.W. *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975.
- Winnicott D.W. *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Gallimard, 2000.
- Winnicott D.W. *Le bébé et sa mère*. Sciences de l'homme Payot, 1992, p.121.
- Winnicott D.W. *L'enfant et sa famille*. Payot, 1971.
- Winnicott D.W. *Processus de maturation chez l'enfant*. Science de l'homme Payot, 1989.