**L'identification dans le travail avec les familles, réflexion clinique**

**Introduction**

Le travail avec les familles est indispensable en pédopsychiatrie, qu'il s'agisse de thérapie familiale proprement dite ou d'accompagnement familial au sens large et que le référentiel théorique soit d'ordre systémique ou psychodynamique.

La présente communication a pour objectif de réfléchir à la place de l'identification projective dans toute rencontre thérapeutique avec une famille en souffrance, sur base d'un travail clinique avec des parents dont un des enfants est gravement handicapé, s'agissant d'un syndrome de Prader-Willi.

Deux questions vont nous accompagner:

* "Suis-je à chaque moment dans un travail psychothérapeutique et sur quoi est-il fondé?"
* "Qu'est ce qui nourrit le mécanisme d'identification projective dans cette situation?"

Cette notion d'identification projective – ô combien classique - subit une profonde évolution depuis son introduction princeps par Mélanie Klein en 1946. Elle s'est notamment étendue à l'analyse du travail psychothérapeutique comme mécanisme contre-transférentiel central.

Comme nous le verrons dans la description clinique, nous sommes confrontés à l'identification projective des parents à l'égard de leurs enfants, mais aussi celle qui nous relie à chaque parent et à l'enfant. Nous précisons "chaque" parent car la présentation fréquente "des" parents ne signifie rien ici, le mécanisme s'appliquant différemment dans notre relation à chaque personnalité.

Parler de contre-transfert suppose par définition une réflexion sur notre implication personnelle au-delà de la neutralité bienveillante classique. Je préfère l'idée d'une "gestion professionnelle des émotions" qui repose, en direct, sur l'analyse et l'explicitation aux patients de notre travail d'identification.

Une précaution s'impose à ce stade, à propos de cette implication personnelle, à la fois dans le travail clinique en général et la présente réflexion: il s'agit de ma manière de travailler, utilisant des notions classiques de façon non classique, dans une "boîte à outils" clinique. Je demande donc l'éventuelle indulgence du lecteur.

**Une psychothérapie?**

Dans un article de 2007, consacré une psychothérapie mère/bébé, G. Diatkine répond à B. Golse s'interrogeant sur les possibilités de parler d'une psychothérapie psychanalytique avant que le patient n'ait acquis le langage. Ce qu'il nomme le "minimum requis" pour un bébé me paraît convenir parfaitement à la situation d'un enfant gravement handicapé.

Pour G. Diatkine, "il faut qu'il ait au moins, du côté du patient, un enchaînement d'événements qui fasse sens pour l'analyste et du côté de l'analyste, une activité interprétative tels que ces événements donnent un sens après coup à des évènements antérieurs, puis à nouveau du côté du patient, un changement de régime associatif qui confirme l'interprétation en l'enrichissant".

Nous verrons que c'est exactement ce qui se passe dans notre exemple clinique, lorsque l'enfant entendant une interprétation de sa relation conflictuelle avec sa mère, va radicalement modifier son comportement, bouleversant l'interaction affective entre elle.

Dès lors, citons encore Diatkine: "la réponse ou l'absence de réponse du patient reste le seul gage de l'exactitude de l'interprétation chez le nourrisson comme chez l'enfant qui utilise le langage. Un bébé ne va pas répondre par "oui" ou par "non", mais sa production prélangagière va se modifier, son interaction à l'adulte va s'enrichir…"

Il me paraît essentiel d'accorder aux enfants handicapés la capacité de nous entendre, de nous comprendre, et d'interagir en conséquence, si nous accueillons en nous leur vécu inconscient.

**L'identification projective**

La définition classique proposée par Laplanche et Pontalis (1967,1997) dans le "Vocabulaire de la Psychanalyse" est, pour rappel: " Terme introduit par Mélanie Klein pour désigner un mécanisme qui se traduit par des fantasmes où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet, pour lui nuire, le posséder et le contrôler".

L'identification projective présente donc un couple de termes associés au sens où il s'agit d'une modalité de la projection, mais aussi d'une identification puisque c'est la personne ou une partie d'elle-même (ses mauvais objets clivés par exemple) qui est projetée.

Il s'agit de désigner "une forme particulière d'identification qui établit le prototype d'une relation d'objet agressive".

Bion (1966) et à sa suite Meltzer (1980) vont faire évoluer considérablement cette notion pour en élargir le champ bien au-delà de la dimension agressive, et l'intégrer comme élément essentiel de la communication, singulièrement pour le bébé et le patient, ce qui nous concerne précisément ici.

On parlera alors d'identification projective normale et identification projective pathologique.

Ainsi Meltzer, s'appuyant sur Bion, écrit-il en 1984: "Lorsque le bébé - ou le patient - se trouve dans un état de confusion et d'incapacité à penser au sujet de l'expérience émotionnelle qu'il est en train de vivre, il clive et projette cette partie de lui-même qui se trouve dans un état chaotique et confus.

En recevant cette partie de la personnalité du bébé - ou du patient - qui se trouve en état de détresse et de chaos, la mère - ou le thérapeute - contient cette partie et, avec ce que Bion a appelé "rêverie" commence le processus de formation de symboles et de la pensée. A certain point de ce processus, le bébé - ou le patient - devient alors capable de réintégrer cette partie de lui-même et de poursuivre le processus de pensée".

Dans cette perspective, Bion évoque un travail de "détoxification" et nous verrons combien la maman de notre exemple peut être sensible à ce travail, mais avec quelle difficulté!

Si nous poursuivons notre regard sur l'évolution historique de l'identification projective, nous rencontrons Cramer et Palacio Espasa (1993) qui en parlent comme d'un "mécanisme naturel du fonctionnement parental" et ils précisent: "entre les différentes fonctions décrites chez les parents et notamment chez la mère, contribuant à la structuration et au développement psychique chez l'enfant, la "fonction d'identification" par la mère tient ici une place essentielle. La mère commence à "identifier" à partir de ce qui lui est connu - ses objets internes et les aspects d'elle-même en tant qu'enfant - ce que le bébé représente d'étranger et d'énigmatique".

Nous verrons, dans les petits scénarios fictifs proposés plus loin combien cette réflexion est utile pour la compréhension de l'identification projective "positive".

Rapprochons nous davantage encore de la clinique des familles, A. Ciccone nous présente comme quasi incontournable une réflexion et un usage de l'identification projective (1997 et 2013; 1999 et 2012) en affirmant: "Je considère l'identification projective comme une modalité centrale d'interaction psychique constitutive de toutes transactions intersubjectives produisant une transmission inconsciente". Dans la "Transmission Psychique Inconsciente", il nous livre un remarquable chapitre sur la Clinique du Handicap que nous évoquerons plus loin, notamment à propos de "l'empiètement imagoïque".

Enfin, plus récemment, dans le "Divan Familial" en 2011, A. Rissone s'appuie sur les réflexions de Ciccone pour expliquer: "L'identification projective apparaît encore aujourd'hui comme un concept riche et fécond en raison de sa double fonction de mécanisme de défense et de vecteur de communication. Elle permet de se débarrasser de sentiments déplaisants, de contrôler certains aspects du psychisme de l'autre, d'éviter la séparation, les sentiments de dépendance et de perte, de colère et d'envie; elle permet aussi la communication et l'empathie.

Ce deuxième aspect implique un caractère communicatif intersubjectif et dans la réalité (le patient fait quelque chose à l'analyste et l'analyste fait quelque chose au patient)".

Ces différents apports théoriques, chacun largement illustrés par la clinique de leurs auteurs nous permettent à présent de nous interroger sur notre propre pratique et d'analyser comment ils peuvent l'enrichir.

Le but essentiel me paraît être de "débloquer" certaines situations familiales lorsque les membres en sont enfermés dans une impasse de pensée qui répète à l'infini le conflit, et la souffrance qui en résulte. La souffrance face au handicap d'un enfant est particulièrement illustrative d'un tel blocage.

**De la pédagogie par scénario?**

Afin d'illustrer de façon sans doute quelque peu caricaturale les concepts évoqués jusqu'ici, ainsi que leur implication clinique, je propose ci-dessous plusieurs scénarios fictifs qui leur correspondent:

La projection:

*Je lui en veux,*

*Non ce n’est pas moi qui lui en veux, c’est lui qui m’en veut,*

*Donc je peux lui en vouloir.*

L’identification projective de base:

*Je ne m’aime pas, je me sens très agressif,*

*Non, c’est lui qui ne m’aime pas et qui est agressif,*

*Donc je ne l’aime pas et j’ai le droit d’être agressif envers lui.*

Relation parents-enfant:

Identification projective annexante

*C’est mon enfant,*

*Je sais ce qui est bon pour moi, et donc ce qui est bon pour lui,*

*Il doit être comme je veux,*

*Je vais ainsi être un bon parent.*

Identification projective expulsante:

*Je n’étais pas méchant, j’étais gentil,*

*Mes parents étaient bien injustes d’être méchants avec moi.*

*Mais mon enfant, lui, il est méchant,*

*Et moi, je suis juste de le punir.*

*Je dois le faire pour me protéger, sinon il va me détruire comme mes parents m’ont détruit*

Identification projective annexante et expulsante:

*Je suis un bon parent comme j’ai été un bon enfant,*

*Je sais ce qui est bon pour moi, donc ce qui est bon pour mon enfant.*

*Il sera (bon) comme je le veux, et je serai un bon parent.*

*Mais il n’est pas comme je veux, donc il est méchant.*

*Mes parents étaient injustes parce qu’ils croyaient que j’étais méchant,*

*J’aurais pu (voulu) les détruire de me traiter comme ça,*

*Je dois me fâcher sur mon enfant qui est vraiment méchant, lui, sinon il va me détruire.*

Scénario positif

Identification projective externalisante:

*Je m’aime comme bonne mère (et j’ai été un bon enfant aimé de ses parents),*

*Il m’aime comme bonne mère,*

*Je l’aime comme mon enfant.*

Autre scénario positif:

*Il est comme moi, je connais ses besoins,*

*Il me le signifie, je le vois bien,*

*Je vais y répondre.*

Et encore,

*Mon enfant est en plein désarroi,*

*Je le sens, c’est mon enfant,*

*Je vais l’apaiser,*

*Et il va à nouveau jouer (penser!)*

Remplaçons à présent enfant par patient dans ces scénarios positifs, et nous arrivons à notre travail thérapeutique, et à notre sujet!

**Situation clinique**

1. Anamnèse et premier entretien

Les parents de Florence (8 ans et demi) me sont envoyés par la pédiatre endocrinologue qui suit cette famille pour un syndrome de Prader-Willi. Le problème particulier vient de ce que, contrairement à la règle de l'hyperphagie, Florence est quasi anorexique et présente un retard staturopondéral marqué.

Florence est une petite fille plutôt souriante, légèrement dysmorphique. Elle ne parle pas, sauf quelques onomatopées comprises par les parents. Par contre, elle s'explique par gestes de désignation et d'approbation/refus ainsi que par rapprochement physique (réassurance, câlin ou petit coup). Elle obéit plus ou moins. Le retard intellectuel est plus sérieux que la règle...

Fait particulier, elle est "scotchée" à son père, chaque comportement exploratoire se terminant par le rapprochement physique avec ce dernier qui se montre assez neutre dans son attitude.

Dès le premier entretien, la maman évoque cette situation qui l'interpelle bien davantage que l'anorexie: le papa est tout, elle n'est rien; plus encore, elle, est comme le frère ainé (11), la cible d'une grande agressivité de Florence (frapper, mordre, etc, …).

Ce problème va occuper l'ensemble des entretiens. La maman exprime la plus grande souffrance à ce propos; elle pleure, ne comprenant pas le pourquoi de cette hostilité. Le papa opine sans guère parler: il n'en peut rien, ne veut pas ça.

Le pire est quant il part car alors, Florence hurle, se roule par terre, trépigne … sans pouvoir être calmée. Le couple est clairement en difficulté.

La maman a fait une grave dépression à l'annonce du diagnostic, avec une tentative de suicide; cette annonce a eu lieu environ un mois après la naissance, ce qui correspondrait au début des troubles de Florence (?, un peu tôt sans doute, mais c'est le scénario familial). Sa culpabilité est absolue.

Les interrogeant sur la responsabilité génétique du papa, les parents m'expliquent savoir que l'anomalie vient de lui, et cela très vite après l'annonce.

|  |
| --- |
| *Syndrome de Prader-Willi* |
|  |
| *Maladie génétique rare liée à une anomalie du chromosome 15, entraînant un dysfonctionnement de l’hypothalamus.* |
|  |
| *Cliniquement, les symptômes majeurs sont:* |
| * *hypotonie néonatale sévère,* |
| * *- hyperphagie majeure avec développement fréquent d’une obésité morbide,* |
| * *retard psychomoteur,* |
| * *déficience intellectuelle légère à modérée,* |
| * *hypogonadisme* |
| * *troubles divers du comportement, tels que, humeur variable, contrôle difficile des émotions, entêtement…* |
|  |
| *Etiologie: Problème (surtout absence) au niveau d’une région du chromosome 15 paternel, par 3 mécanismes possibles,* |
| * *70% impliquant uniquement le père,* |
| * *20% impliquant les deux parents,* |
| * *5% par non expression de cette région* |

En "scientifique", comme il se décrit lui-même, le papa sait qu'il n'en peut rien; il ne se montre pas rigide (mais peu actif) en expliquant qu'il voudrait que sa femme soit moins malheureuse.

Pendant ce temps, Florence a des mouvements positifs envers sa mère, repart, revient… ; si celle-ci l'accueille avec réticence, elle manifeste cependant une réelle envie de se laisser aller à accepter ces mouvements.

**Nous avons affaire à une quasi concordance chronologique qui s'établit dans l'enchainement suivant: annonce du diagnostic, effondrement dépressif de la maman, responsabilité du papa, trouble du comportement de Florence.**

Vu le contexte empathique installé (Florence toujours près de sa maman), je leur propose une hypothèse que je leur qualifie d' "un peu folle" qu'ils peuvent rejeter mais que je crois plausible.

Cette hypothèse repose sur une triple identification, à chaque parent, et aussi à Florence, et elle est basée tant sur mon analyse directe de la situation que, sans doute, sur mes propres modèles internes.

L'annonce du diagnostic a provoqué l'effondrement dépressif de la maman qui, "comme toutes les mamans", se sent coupable de ce qui arrive à son enfant, même si elle n'en est pas responsable: spécialement ici, c'est le papa qui responsable (mais pas coupable) du problème génétique et du handicap de sa fille; de ce fait il est pourtant aussi "responsable" de la grave dépression de son épouse. Que faire quand on est un époux et un père "responsable"? (au sens positif du terme cette fois), on répare, on compense et on s'occupe beaucoup de sa fille, d'autant plus que la maman dépressive ne le pouvait plus.

Après un détour théorique par l'attachement au donneur de soins, je propose l'idée que Florence se soit alors massivement attachée à lui en réponse, mais surtout, qu'à présent, elle-même se soit approprié le scénario, et qu'elle le maintienne à tout prix, comme garantie de sa sécurité. A ce moment, la maman pleure sans rien dire et le père remarque: "je veux bien, mais c'est inconscient quand même" signant par là sa probable acceptation.

Florence est à présent "collée" à sa mère qui rit en pleurant: "elle n'a jamais fait ça", mais elle me regarde (et pas sa fille), sans oser se laisser aller; "vous pensez que ça ne va pas durer" dis-je. Florence continue pourtant, va vers son père et revient, en souriant largement à sa mère qui ne peut répondre: "Je n'y arrive pas". Toujours active, Florence revient encore vers elle, la caresse, et la maman répond enfin. Soudain, Florence frappe (légèrement) le bras de sa mère: "Vous voyez! Ca recommence." Mais elle se reprend aussitôt et reconnaît qu'elle exagère; la scène se termine par un "jeu de nez" où chacune prend beaucoup de plaisir manifeste, "ça n'est jamais arrivé".

Lors des entretiens ultérieurs, la maman revient à chaque fois sur le constat que "tout recommence" parce que Florence répète ses comportements agressifs à son égard et d'attachement excessif à l'égard de son père.

Je dois poser explicitement la question pour "découvrir" qu'en réalité, si les comportements négatifs existent encore, ils ne sont plus seuls, et sont accompagnés de mouvements très positifs comme ceux de la séance alors que, rappelons le, ces comportements n'apparaissaient jamais auparavant. " Elle ne le voit pas" constate le papa qui encourage Florence à se rapprocher de sa maman.

Au stade actuel, le travail est chaque fois à recommencer, pour dépasser ce mécanisme de répétition traumatique sur lequel nous reviendrons au dernier chapitre.

1. Réflexion

En ce qui concerne le père, j'ai projeté mes propres mécanismes défensifs, concordant avec ses propos, le scientifique responsable, mais pas coupable, qui veut réparer et protéger.

Ce faisant, je tente de le sortir du rôle passif qu'il présente, pour endosser un rôle actif et responsable, mais en le positivant dans sa démarche.

Pour la maman, au-delà de la projection d'une image de mère, j'ai accueilli ses angoisses, son sentiment de persécution par Florence, et l'hostilité évidente (et coupable) qu'elle lui porte en retour; je l'ai ainsi "détoxifiée": "ce qui se passe entre vous et Florence, et ce que vous ressentez ne font pas de vous une mauvaise mère".

Enfin, en le lui disant, j'ai officialisé le rôle actif de Florence qui a repris le scénario à son compte; ce faisant elle renouvelle le scénario en le changeant car c'est elle qui ira vers sa mère: "elle vous dit que ce n'est pas vrai tout cela, qu'elle vous aime".

Enfin, les trois temps proposés par Diatkine pour établir le minimum requis dans une psychothérapie me paraissent atteints: l'enchainement des événements à fait sens pour moi, mes interprétations ont donné sens après coup aux événements antérieurs, et les patients ont repris et modifié le scénario (surtout Florence!)

**La clinique du handicap**

Le titre est explicitement reproduit du chapitre de Ciccone dans son ouvrage "La Transmission Psychique Inconsciente" (1999 et 2012) sur lequel nous reviendrons plus loin.

Un sous-titre pourrait être: "Comment passer de l'enfant imaginaire, attendu, à l'enfant réel?"

En 2012, F. Grasso nous propose une très intéressante réflexion sur "les effets post-traumatique du handicap sur le système perceptif et sur le psychisme des parents", réflexion qui me paraît particulièrement éclairante pour l'approche thérapeutique de l'ensemble des parents d'enfants handicapés, et singulièrement pour la famille qui nous occupe ici.

L'enfant attendu repose sur une prévision concrète, "perceptive" d'un modèle d'enfant, surtout lorsqu'il n'est pas l'aîné. Ici, ce processus est complètement effracté. Le processus d'identification narcissique est bloqué par l'effarement, la confusion et l'absence d'expériences spécifiques à quoi se référer.

Comme l'indique encore Grasso: "Dans le processus de substitution, ou pour mieux dire de transfiguration de l'enfant du désir (l'enfant idéalisé) en enfant réel, on retrouve une identification projective type narcissique. La mère projette sur l'enfant réel tous les désirs relatifs à son enfance ou mieux tous les désirs concernant la façon dont elle aurait voulu être aimée pendant son enfance, comme un enfant parfait est désiré par ses parents".

Rappelons que dans l'identification narcissique, il ne s'agit pas seulement de s'aimer soi-même mais de s'identifier à l'autre (l'objet), qui aime le sujet (soi). Ce mouvement psychique rappelle celui qui a lieu chez la mère par rapport à l'enfant.

Dans le contexte du handicap, l'accordage affectif est anormal, voire impossible, et la maman de notre cas clinique le montre assez! L'enfant handicapé n'envoie pas les signaux qui permettent l'échange identificatoire.

Notre situation clinique permet d'élaborer le petit scénario suivant pour illustrer l'enfermement de la maman dans une identification projective négative:

*C’est mon enfant, je veux l’aimer (je l’aime?)*

*Elle est si différente de moi (comment est-ce possible?)*

*Elle ne m’aime pas (elle m’en veut d’être handicapée?)*

*Je lui en veux d’être injuste avec moi, en me « disant » que je suis une mauvaise mère (peut-être que je le suis?)*

*J’ai peur d’elle, elle me mord, elle me frappe (elle me punit?)*

*Et il en sera toujours ainsi….*

La déception traumatique bloque l'espoir de la rencontre; elle crée chez la mère les conditions d'une répétition, traumatique cette fois encore, et chez l'enfant, le rejet de l'approche maternelle, une disqualification de son attitude par incrédulité.

Mon effort thérapeutique est alors de soutenir la partie blessée de chacune, et de montrer la pertinence d'un effort de rapprochement, comme dans la séance du "jeu de nez".

On a vu que la répétition perdure malgré tout, Florence est captive de son propre comportement, et sa mère, de l'attente de ce comportement.

Plus grave, la maman devient victime, elle quitte le rôle d'agresseur auto-attribué par culpabilité sur le handicap, pour devenir, par le mécanisme de l'identification projective, l'objet persécuté de sa fille.

Ici encore, Ciccone peut guider notre réflexion via "l'empiètement imagoïque" dont il nous dit que "c'est un processus qui peut être activé par la transformation d'un objet idéal (l'enfant rêvé, attendu, porteur du narcissisme parental) en un objet persécuteur (l'enfant abimé, décevant, endommageant les objets internes parentaux)".

Pour comprendre cette notion d'empiètement imagoïque, il faut considérer qu'une image parentale (objet psychique du parent) est imposée comme objet d'identification de et pour l'enfant;

* " de": réincarnation pour la maman dans ses yeux (il y a quelque chose de mauvais en moi, d'où l'handicap);
* "pour": dans les propres yeux de l'enfant (oui je suis mauvais).

Chacun est ainsi piégé dans le besoin de confirmer, les parents comme l'enfant, captifs de cette projection. C'est exactement ce que vivent Florence et sa maman.

**Conclusion**

Comment passer de l'enfant imaginaire à l'enfant réel?

Comment sauvegarder l'intégralité narcissique des parents, tout en s'attaquant à l'exclusion défensive des parties "différentes" (décevantes) de la réalité, c'est-à-dire l'enfant handicapé?

Le recours à l'identification projective positive est sans doute une "voie royale" (Ciccone) pour accéder à la souffrance des parents; il s'agit alors de partir de la représentation parentale même erronée pour tenter de créer une base de réalité partagée, par ce mécanisme d'identification projective, mais aussi une "base perceptive commune" (Grasso) entre patients et nous-mêmes thérapeutes.

**Bibliographie**

1. Ciccone A.: *La transmission psychique inconsciente*, 2012, Dunod, Paris
2. Ciccone A.: *Empiètement imagoïque et fantasme de transmission*, in "Le générationnel" (A. Eiguer), 2013, Dunod, Paris, pp 151-185,
3. Diatkine G.: *Les représentations inconscientes dans les psychothérapies mère/fille,* Psychiatrie de l'enfant, L, 2,2007, pp 373 à 379.
4. Grasso F.: *Effets post-traumatiques du handicap sur le système perceptif et sur le psychisme des parents. Analyse et nouvelle proposition d'accompagnement des parentalités difficiles*, Psychiatrie de l'Enfant, LV, 2, 2012, pp 397 – 484
5. Klein M.: *A propos de l'identification,* trad. franc. in "Envie et Gratitude et autres Essais", 1967, Gallimard, Paris.
6. Laplanche J. et Pontalis J.B: *Vocabulaire de la Psychanalyse*, 1997, PUF, Paris
7. Meltzer D.; *Les concepts d' "identification projective" (Klein) et de "contenant-contenu" (Bion) en relation avec la situation analytique*, Revue Francophone de Psychanalyse, 2/1984, 99, 541-549.
8. Rissone A.: *Identification projective psychanalyse de la famille*, in "Le Divan familial", Revue de thérapie familiale psychanalytique 27/ automne 2011, pp 165-173

**Résumé**

Le travail avec les familles est indispensable en pédopsychiatrie, qu'il s'agisse de thérapie familiale ou d'accompagnement familial.

Dans cette communication, nous réfléchissons à la place de l'identification projective dans toute rencontre thérapeutique avec une famille en souffrance, sur base d'un travail clinique avec des parents dont un des enfants est handicapé par le syndrome de Prader Willi.

Actuellement, l'identification projective est considérée comme un mécanisme normal et important du fonctionnement des parents et des thérapeutes.

La clinique du handicap nous montre la grande difficulté des parents à entrer dans ce processus lorsque leur enfant réel est si loin de l'enfant attendu.

**Mots clés**

Travail familial, identification projective, handicap, Prader-Willi