

Jean-Marie GAUTHIER *et al.*

L'observation en psychothérapie d'enfants

DUNOD

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

par Jean-Marie GAUTHIER

Le concept d'espace psychique dans la cure analytique des adultes	1
Les enfants disposent-ils d'un espace psychique autonome ?	4
Les questions du corps et de l'altérité en psychanalyse	9
Pour une critique du concept d'archaïque	11
Dialectique de la prise de conscience et de la logique libidinale	13
La cure analytique des patients psychotiques	15
Sous seul le signe de la libido : la conception freudienne du corps	17
Rendre place au visage en psychanalyse	21
	25

PARTIE 1

REGARDER, ENTENDRE, INTERPRÉTER

Chapitre 1. Pour regarder, il faut posséder d'abord un visage

par Annie MASSON

Premières rencontres et mise en place de la thérapie	31
Quelques éléments d'anamnèse	31
Voir sans regarder	33
Échanges de regards à propos d'une séparation devenue possible	34
Le risque des premiers mots : entre issue et répétition de l'impasse	38
L'impasse : il faut et il ne faut pas parler	39
Parler pour ne pas communiquer	43
	45

Chapitre 2. De l'absence du regard à un regard sur l'absence

par Catherine JACQUEMIN

Première rencontre	49
Anamnèse	49
La création/découverte d'un rythme commun	51
Le temps de la découverte de soi : le regard partagé	53
Avoir un visage permet de faire disparaître le regard de l'autre	55
	60

Chapitre 3. Le regard et l'affect

par Jean-Marie GAUTHIER

Aux origines, la relation	65
Pour une psychologie génétique du jeu	65
Avec l'observation, la psychanalyse opère un retour sur le regard	68
L'observation, le groupe et le contre-transfert	72
L'attention thérapeutique	74
Les fondements de l'intuition thérapeutique	76
Les points de précipitation d'une ébauche d'identité	77
De la répétition au regard partagé	82
Le regard partagé autorise l'acquisition d'un visage	84
Avoir un visage donne sens à la séparation	86
Interprétation et impasse thérapeutique	86
	89

Chapitre 4. Se voir et se rencontrer, mais sans se regarder

par Nicole AUTIN

La rencontre	93
Première séance	95
Deuxième séance	97
Troisième séance	100
Quatrième séance	101
Cinquième séance	103
Sixième séance	104
Septième séance	105
	106

Chapitre 5. Impasse relationnelle, regard et identité

par Françoise VERMEYLEN

Éléments d'anamnèse	111
La demande de thérapie	112
Les premières années : répétition et impasse	112
Le corps et les rêves de Sophie pendant ces premières années	113
Travail d'élaboration d'un espace psychique à partir des rêves et de la relation	114
	116
Conclusions	138

PARTIE 2

OBSERVATION ET IMPASSE

Chapitre 6. Le regard confronté à l'impasse

par Berthe EIDELMAN-REHAHLA

Le regard du thérapeute	143
Les signes cliniques	143
Anamnèse	144
Conflit au sein de la relation précoce et constitution d'images du corps	146
Complexité de la dynamique du traitement, vrais-faux liens interprétatifs	148
Complexité du développement cognitif et constitution de l'espace et du corps imaginaires au sein de la relation thérapeutique	152
La relation paradoxale	155
Conclusion	158
	161

Chapitre 7. Le regard dans l'affect paradoxal

par Manuel CAVAT

Anamnèse	163
Les premières rencontres	163
Le premier pont	166
Un point de vue changé sur l'observation	168
Prendre corps	172
La répétition et le refoulement du rêve	175
L'expression de sa peur	177
Sa gestion de l'agressivité	180
Conclusion	186
	195

Chapitre 8. Situations d'impasse et observation

par Jean-Marie GAUTHIER

À propos du regard partagé	199
La création d'une histoire commune	201
Clinique de l'impasse	203
Stress et impasse	205
Formes de l'impasse	206
Groupe et travail de l'impasse	207
	212

PARTIE 3

REGARDER, VOIR ET ÊTRE VU

Chapitre 9. L'observation

par Jean-Marie GAUTHIER

Heurs et malheurs de l'observation psychanalytique	219
L'observation et l'enfant en psychanalyse	221
L'observation et la psychologie clinique	228
Notre pratique de l'observation	232
Regard et réflexion	238
	240

Chapitre 10. Le regard partagé : les voies de l'observation

par Nadine URBAIN et Jean-Marie GAUTHIER

Laetitia : l'observation d'une impasse très précoce	243
Observation de Laetitia à la crèche	243
Première observation de Laetitia à son domicile	245
Romain et la constitution précoce de liens relationnels en forme de cercles vicieux	248
D'un regard incertain au jeu de « coucou », l'observation de Pedro	251
	256

BIBLIOGRAPHIE

265

INDEX

271

INTRODUCTION

DES RAISONS QUI ONT CONDUIT FREUD
À EXCLURE, DU CHAMP DE LA
CURE PSYCHANALYTIQUE, LE REGARD

Par Jean-Marie GAUTHIER

La pratique psychanalytique, que ce soit pour le grand public comme pour les professionnels, reste étroitement associée à un dispositif spatial fort particulier : le patient, allongé sur un divan, n'a pas accès au visage de l'analyste placé derrière lui. Le regard comme forme fondamentale d'échange au sein de la relation entre les hommes, est ainsi exclu, et depuis ses origines, du dispositif psychanalytique. Il n'est, dès lors, pas inutile de s'interroger sur les raisons de la mise en place d'un cadre qui apparaît à la fois comme le signe distinctif d'une pratique déterminée et comme une particularité sans doute étrange et vaguement inquiétante *a priori* pour la plupart d'entre nous. Freud ne s'explique sur ce sujet qu'à deux seules reprises :

« J'abandonnai donc l'hypnose, et ne retins d'elle que la position couchée du patient sur un lit de repos, derrière lequel j'étais assis de sorte que je le voyais mais sans être vu de lui. » (Freud, 1925, p. 48)

Le dispositif spatial de la cure analytique, serait ainsi la survivance de celui adopté par Freud au temps où il pratiquait la suggestion, ce qui ne va pas sans susciter quelques questions. La cure analytique ayant explicitement été conçue dans la volonté de s'éloigner et d'éviter, autant que possible, toute forme de suggestion, la première de ces interrogations serait de se demander tout d'abord pourquoi, seul le dispositif spatial de la cure hypnotique a pu, dans cette perspective, être conservé. Pour quelle raison et de quelle manière, se pourrait-il que le dispositif n'ait, lui, aucune valeur « suggestive », alors même, qu'il semble, à première vue, qu'il ait été choisi de manière assez passive, comme une sorte de persistance adoptée, sans autre précision ; son maintien ne reçoit en tout cas quasi aucune justification technique formelle en fonction du nouvel objectif psychothérapeutique que Freud s'est imposé dès la fin des années 1890. C'est ce qui pourrait faire penser que ce choix se serait en quelque sorte « imposé de lui-même », proposition qui, psychanalytiquement parlant, est, bien entendu, impensable !

Dans un autre texte, Freud tente d'expliquer les raisons de son choix. Elles sont faites d'un mélange assez subtil de considérations purement personnelles, la cure analytique aurait alors été construite « à l'image » de la personnalité de son fondateur, et, d'autre part, de tentatives de justifications théoriques. Il propose, en effet, tout d'abord :

« Je ne supporte pas qu'on me regarde huit heures par jour (ou davantage). »

Mais ajoute aussitôt après :

« Comme je me laisse aller, au cours des séances, à mes pensées inconscientes, je ne veux pas que l'expression de mon visage puisse fournir au patient des indications qu'il pourrait interpréter ou qui influeraient sur ses dires. » (Freud, 1913, p. 93)

Nous postulons que les deux raisons sont intimement liées. Outre l'impossibilité pour Freud de rester sous le regard de l'autre, et donc au-delà de questions purement personnelles, son choix a, en fait, été guidé par un modèle épistémologique implicite qui est le reflet de ses choix relationnels de base ; c'est l'intrication étroite de ces deux logiques qui appelle à la réflexion, car c'est bien ce lien intime qui fait apparaître comme « naturelles » des raisons qui ne sont propres qu'à Freud. Ces deux phrases sont en effet porteuses d'une représentation du fonctionnement psychique, d'un modèle lourd de conséquences, comme nous aimerions le montrer. Si le choix du dispositif peut ainsi apparaître

comme une sorte de mélange entre des considérations purement subjectives propres à Freud et des justifications théoriques, par ailleurs fort peu développées, il nous faut montrer que tout le dispositif analytique est structuré par des choix épistémologiques précis mais implicites qui concernent le fonctionnement psychique ; raisons théoriques et caractérielles se rejoignent évidemment et c'est, sans aucun doute, ce qui a conduit Freud à ne pas estimer qu'il avait à justifier plus clairement ce choix sur un plan théorique.

Cette phrase montre en effet qu'il se représente le fonctionnement psychique comme une production propre, spécifique à chacun de nous et qui se déploie dans un espace autonome, celui de notre espace psychique privé qui, dès lors, pourrait faire l'objet d'une description particulière à l'aide de concepts qui tous porteront, pourtant, l'empreinte de ce choix fondateur : décrire cet espace, sa structure comme son contenu, constituera l'objectif de la psychanalyse. Mais son envie de ne pas interférer avec le psychisme du patient apparaît aussi, d'emblée, comme la rationalisation de ce que furent sans doute certaines de ses dispositions caractérielles. Il existe évidemment un lien entre ces deux propositions de Freud et le cadre analytique peut ainsi apparaître d'emblée comme organisé par une défense ; il est de toute façon le résultat des choix épistémologiques fondamentaux de Freud, résultat d'une élaboration consciente et surtout inconsciente, comme nous allons le montrer.

Freud veut être libre de pouvoir faire ses « associations » comme il l'entend, sans être gêné par le regard de l'autre, son patient. C'est aussi ce qu'il souhaite de la part de ses patients lorsqu'il leur communique la règle fondamentale de la cure analytique : laisser venir et tenter d'exprimer, sans restriction, toute représentation, manifestation psychique ou corporelle dont ils seraient l'objet au moment de la rencontre avec l'analyste. Freud semble ainsi dire : à chacun ses associations et il vaut mieux que celles de l'analyste n'influencent pas excessivement celles du patient. Il semble donc acquis que notre disposition émotionnelle a des conséquences directes sur nos attitudes et comportements de manière telle que, ce qui pourrait apparaître aux yeux des patients comme une forme de réaction à leur propos, risquerait de les empêcher de poursuivre leur recherche librement. La proposition qui vise à supprimer cette interférence peut, à première vue, apparaître comme une garantie fondamentale de scientificité ou, pour le moins, de neutralité. Mais, a contrario, ce modèle implique et suppose aussi, pour pouvoir fonctionner, que chacun des deux partenaires possède un espace psychique suffisamment personnel auquel il puisse se référer en cas d'absence de réponse de l'autre. Il serait d'ailleurs plus juste de dire que « en cas de communication unilatérale », c'est-à-dire dans ces situations où, contrairement à ce qui nous arrive d'habitude, nous

n'arrivons pas à estimer l'impact de nos propos sur notre interlocuteur, chacun des deux partenaires doit pouvoir se référer et se replier sur son seul « espace » personnel. Il est en quelque sorte un peu paradoxal que l'espace psychique individuel tente, en ce cas, de maintenir en vie et coûte que coûte une relation à l'autre. Sinon que ce mode d'échange suppose la mise en place d'un espace imaginaire qui inclut l'autre devenu absent. Toutes choses qui démontrent non seulement la nécessité du lien à l'autre mais aussi, et peut-être surtout au cœur de ce chapitre théorique, ces éléments indiquent à l'évidence une des contradictions fondamentales de la métapsychologie freudienne : elle propose un dispositif organisé sur la base d'un espace conçu, fort réalistement, selon les trois dimensions, mais suppose en même temps que le patient soit à même de se déplacer dans un espace imaginaire.

La métaphore spatiale, omniprésente dans le modèle freudien en particulier lorsque nous parlons « d'espace psychique », est d'une telle importance qu'il ne suffit pas de la considérer comme une simple facilité de langage ; elle détermine l'ensemble du modèle freudien puisqu'elle définit à la fois les dispositions matérielles même de la cure en même temps que le modèle métapsychologique qui sert de guide à l'interprétation. La question de l'espace est ainsi essentielle pour comprendre l'ensemble de la démarche freudienne comme l'a déjà montré Sami-Ali (1998). Qu'on pense tout simplement au fait que le dispositif spatial impose une frustration majeure à nos modes habituels de communication et d'échanges ce qui peut d'ailleurs fonder, en partie, sa validité : la cure analytique mesurerait, de façon quasi expérimentale, la capacité de réponse de nos patients face à cette étrange organisation. Tout ceci revient à dire que le dispositif analytique consisterait, idéalement, à mettre en parallèle deux « psychismes » afin que celui du patient se déployant dans l'espace en creux que lui offre l'analyste, ce dernier en tire des conclusions quant à son contenu et sa structure. La « neutralité » de l'analyse impliquerait bien entendu que l'espace psychique propre du patient existe et se manifeste indépendamment de celui de l'analyste.

LE CONCEPT D'ESPACE PSYCHIQUE DANS LA CURE ANALYTIQUE DES ADULTES

Le concept d'un espace psychique propre est ainsi coextensif au dispositif spatial de la cure : l'un et l'autre sont causes et conséquences réciproques, manifestations symétriques d'un même motif épistémologique : celui de l'autonomie supposée du fonctionnement des deux espaces psychiques posés en parallèle. Et comme ce dispositif

spatial est censé favoriser l'essentiel de la cure puisqu'il permettrait « l'émergence de l'Inconscient », il prend de ce fait une importance considérable dans l'ensemble de la théorie analytique. Il justifie pleinement le modèle théorique qui le fonde ce qui conduit évidemment à une forme majeure d'autoréférence, de cercle vicieux théorique.

On sent en effet poindre ce qui constitue, encore aujourd'hui, une des difficultés de la cure et de la théorie analytique : peut-on penser qu'il existe des espaces psychiques séparés les uns des autres ? Ou bien est-il préférable d'estimer que la pensée est fondamentalement un mode d'échange relationnel qui devrait, à terme, décourager toute tentative de distinction entre ce qui appartient à l'un ou à l'autre de chacun des partenaires d'une interaction ? En ce cas, la pensée serait comme une sorte de produit collectif qui ne serait pas indépendant ni des psychismes mis en présence les uns des autres, ni des conditions matérielles et culturelles qui l'autorisent. Est-il utile d'estimer que la pensée appartient en propre à autant d'espaces psychiques séparés qu'il existe d'hommes ou plutôt de l'envisager comme une production collective associée à certains modes de relations ? Ou, encore, quelles seraient les conditions de cette autonomie psychique supposée et dans quelles conditions peut-elle apparaître ? Un des objectifs de cet ouvrage est de montrer la pertinence de l'hypothèse selon laquelle la pensée est avant tout le produit d'un échange relationnel et, en tout cas, de faire valoir que, si autonomie psychique il y a, loin d'être un phénomène automatique, elle est le résultat d'un long développement psychique. La psychanalyse des enfants et l'extension des cures analytiques à des patients non névrotiques semble le démontrer. De toute façon cette deuxième conception, toute rationaliste de l'activité psychothérapeutique, possède le grand avantage de nous éloigner d'une conception réaliste du fonctionnement psychique. La question qui se pose alors en effet, n'est pas de savoir ce que contient ou recèle le psychisme de notre patient mais bien de savoir comment, ensemble, nous pouvons construire des représentations et hypothèses à son sujet ; cette manière d'aborder le champ du psychisme implique alors toujours et fondamentalement l'analyste, ses propres hypothèses et choix relationnels.

Ce type de question pourrait, par ailleurs, être utilement posé aux sociétés d'analystes pour tenter de déterminer la manière dont elles construisent le savoir psychanalytique. Cette démarche éventuelle achèverait de placer cette théorie, et la pratique qui lui est associée, dans le domaine des constructions et hypothèses. Il est alors possible d'imaginer que ce type d'approche interdirait toute croyance dans un quelconque réalisme des affirmations « psychanalytiques ». De ce point de vue par exemple, la pulsion n'existerait que comme un concept plus ou moins utile cliniquement, ce qui interdirait toute question de savoir si oui ou non, une cure analytique modifie les pulsions ; il ne nous reste-

rait en effet plus qu'à définir pourquoi et comment nous utilisons ce concept, c'est-à-dire pourquoi à certains moments plutôt qu'à d'autres il nous paraît pertinent. Ce qui serait alors discuté ce ne serait pas la nature de l'objet observé mais la manière dont nous restituons nos observations ; les concepts ne seraient plus que des outils destinés à en rendre compte.

Ce n'est pas du tout la perspective de Freud lorsqu'il suggère que l'absence de contact visuel entre l'analyste et son patient permet à ce dernier de ne se référer qu'à son espace psychique personnel. Il suppose en effet que l'Inconscient constitue un réservoir de fantasmes qui existent indépendamment de l'examineur. L'analyste pourra, en effet, toujours croire qu'il atteint la réalité interne du champ qui se déploie (il serait excessif d'ajouter ici « sous ses yeux » !); sa description censée rendre compte de ce qu'il découvre, est réalisée dans la mesure où elle ne tient pas assez compte de sa propre part dans la manifestation de ce qu'il pense mettre en évidence. Pour comprendre certaines impasses actuelles de la psychanalyse, il nous faut comprendre pourquoi et comment cet ensemble de « présupposés » révèle les fondements de l'épistémologie freudienne en même temps qu'ils fondent la cure et donnent validité à des choix qui auraient dû rester purement personnels. Nous pourrions alors constater que, loin d'être une sorte d'incident de parcours, le choix, par Freud, du dispositif de la cure est étroitement associé à son modèle théorique implicite du fonctionnement psychique.

On peut, de plus, se demander s'il est certain que l'absence de contrôle et d'échange visuel ne modifie pas, et de manière importante, le fonctionnement psychique de chacun des protagonistes et la nature de ce qu'ils échangent. Il est certain que le modèle freudien repose sur une sorte d'idéalisation car il est bien évident que les pensées et représentations de l'analyste viennent toujours et inévitablement influencer celles de son patient. Personne ne peut soutenir aujourd'hui, sérieusement, que le déroulement d'une cure est indépendant de l'analyste et de sa personnalité. Bien des textes consacrés à la question de ce qu'on appelle la relation analytique, tentent d'approcher cette dimension. Nous ne voulons pas nier que la psychanalyse a évolué puisque les travaux de Freud lui-même ont mis en évidence, au-delà des hypothèses « économiques », la dynamique du transfert et du contre-transfert comme élément dynamique fondateur de la cure et de son devenir. Mais à chaque fois, on a plutôt tenté, à la manière d'ailleurs du père fondateur, de concilier et d'harmoniser autant que faire se peut, les différentes conceptualisations plutôt que de tenter de mesurer les limites et incompatibilités éventuelles entre ces différentes approches. Pour faire bref, on pourrait dire que plutôt que de s'interroger sur la place de l'Autre dans notre fonctionnement psychique, alors même qu'elle découvrirait toute la dynamique induite par le transfert, la psychanalyse

s'est plus préoccupée de savoir comment on pourrait relier cette nouvelle dynamique à celle que Freud avait d'abord mise à l'avant plan : à savoir, la dynamique parfaitement non-relacionnelle de la distribution et de la circulation de la libido sur certains axes de représentations.

Or nous pensons que les deux dynamiques ne sont pas réductibles l'une à l'autre. La seule question de « l'investissement libidinal de la réalité externe » ne suffit pas à rendre compte de l'importance et de la fonction de l'altérité dans notre fonctionnement mental (Riccœur, 1965). C'est, selon nous, cette difficulté qui a conduit certains analystes à se pencher sur la question de savoir comment on pourrait déterminer la nature exacte du lien qui, dans une cure, unit le patient à son analyste (Van Lysebeth, 1990). Il est devenu de plus en plus évident que celui-ci ne pouvait se résumer à la seule dialectique du transfert/contre-transfert et qu'il fallait, pour en rendre compte utiliser une nouvelle conceptualisation centrée sur la notion de relation analytique. Ce concept tend à montrer l'importance de la réalité de l'analyste, de son inconscient comme de ses choix théoriques et pratiques, pour rendre compte de l'évolution de la cure. La notion de relation analytique déborde ainsi la dynamique du transfert qui ne pourrait en aucun cas être suffisante, elle, pour expliquer la dynamique formidablement complexe que met en route toute psychothérapie (Langs, 1976, 1978, 1988). Elle introduit la place de l'altérité en même temps qu'elle réduit l'importance des facteurs dynamiques attribués à la circulation et « l'économie » libidinale. Mais dans le même temps, ce concept remet en question la notion de « neutralité » des analystes puisqu'il les fait apparaître comme fondamentalement différents. On voit bien alors comment et combien le réalisme conceptuel devient périlleux pour la psychanalyse. Si les différences ne sont pas pensées en termes relationnels, c'est-à-dire en fonction de tel patient particulier face à tel analyste, ces « regards » différenciés vont conduire à des rationalisations de plus en plus complexes, contradictoires, parfaitement privées et personnelles, du fonctionnement psychique. Plutôt que de constituer des assemblées destinées à l'organisation de débats scientifiques, les sociétés d'analyse ont ainsi tendance à se transformer en autant de tours de Babel (Mendel, 1977, 1988, 1992).

Ces différences inévitables ne sont que la conséquence des choix théoriques personnels de l'analyste qui déterminent la manière dont il entend le matériel qui lui est adressé. On peut, de façon assez abstraite, penser que, face à la multitude des manifestations auxquelles il se confronte, le thérapeute place toujours une sorte de « filtre » entre lui et son patient, de manière à dégager les éléments qu'il juge essentiels à la compréhension de ce qui est dit. De cette manière, il interfère dans le dire du patient et court le risque de « gauchir » indirectement le

discours de celui-ci. Ceci est d'autant plus vrai que la cure se prolonge. Il est certain de plus que ses choix théoriques sont liés à ce que nous appellerions son épistémologie de base, sorte de lien de connaissance, le plus souvent implicite, qu'il entretient avec son environnement. Ce lien peut être considéré comme la manifestation de ses traits caractériels les plus profonds. C'est-à-dire qu'ils sont la conséquence des choix effectués de façon très précoce et qui déterminent notre rapport à des notions aussi fondamentales que celles de la temporalité, de l'espace mais aussi à tout ce qui concerne les notions de causalité. Ces choix manifestent la relation que nous entretenons avec la passivité ou l'activité, notre tolérance à l'imaginaire et à la créativité par rapport à l'adaptation et à la place que nous donnons aux autres dans notre fonctionnement psychique. Ils sont donc en lien avec notre capacité de jouer autant qu'avec la forme que prennent nos jeux, ce qui fut et reste sans doute notre premier mode de pensée et de relation à notre entourage comme Winnicott nous l'a montré (1971).

Il est clair par ailleurs que, malgré toutes les précautions qui peuvent être prises, le corps et le regard réciproque apparaissent et se manifestent dans ces moments certes furtifs, mais le plus souvent lourds d'enseignements, que sont les débuts et fins de séances. Au cours de la séance il est inévitable aussi que, par exemple, la voix ou les mouvements de lui que l'analyste donne à entendre à son patient, soient des indicateurs indirects de son état psychique, en d'autres termes, qu'ils soient en relation avec la « gamme » des représentations et affects qui l'habitent à l'écoute de son patient. Cette volonté de non intervention de l'analyste dans l'espace psychique privé de son patient est ainsi une sorte de situation idéale, donc à la limite, et dont il faudrait questionner la pertinence. J. Innes Smith (1990) a bien montré comment la neutralité de l'analyste ne peut être assimilée à une passivité absolue ce qui ramène sans cesse alors la question de la légitimité de ses choix et interventions thérapeutiques. C'est dans ce contexte que nous pensons qu'il est devenu indispensable que la pensée analytique révise ses concepts métapsychologiques. Il faudrait qu'elle s'éloigne du paradoxe qui l'habite puisque conçue dans le cadre d'une relation thérapeutique, la théorie analytique reste prisonnière d'une conception du fonctionnement psychique pensé à partir de l'individu seul. Elle affirme de plus que cet espace psychique peut être considéré comme autonome, puisqu'il dispose grâce à l'énergie libidinale, de toutes les ressources qui lui sont nécessaires à ses manifestations. En fait, la théorie et la pratique devraient pouvoir se rejoindre dans une conception qui prenne en compte la relation et l'interaction réciproque des deux protagonistes.

LES ENFANTS DISPOSENT-ILS D'UN ESPACE PSYCHIQUE AUTONOME ?

Personne, d'ailleurs, n'a jamais imaginé de mettre un enfant sur un divan en lui proposant une cure analytique. M. Klein s'est contentée de montrer que le jeu avait valeur d'association libre chez l'enfant, ce qui lui permit d'établir la validité de ce type de cure. Mais à aucun moment, il n'a jamais été question « d'allonger » un enfant. Il est vraisemblable que si un jour cette proposition était faite, elle serait considérée par la plupart des analystes comme un dispositif extravagant. C'est, sans doute, que nous ressentons intuitivement qu'on imposerait alors une contrainte tellement intolérable au fonctionnement psychique de l'enfant que cela invaliderait ce qui pourrait se produire dans une cure de ce type. Il existe ainsi deux différences essentielles entre la cure-type et une analyse d'enfant : pour ce dernier, l'analyste reste dans la position asymétrique d'un adulte étrange, au début du moins, puisqu'à la fois différent mais semblable à ses parents. La deuxième différence vient du corps, de sa place dans la cure ; il est en effet omniprésent, incontournable chez l'enfant et ce n'est pas pour rien que certains psychanalystes continuent à affirmer qu'à strictement parler, il n'y a pas de psychanalyse d'enfant !

Il est vrai qu'imposer l'immobilité à l'enfant est impensable. Que le corps soit acteur de la cure signifie que tout ce qui s'y produit, doit être repensé en fonction de concepts qui tiennent compte de ces deux dimensions que sont le corps et l'altérité immédiate ; il est, dans ce contexte, inévitable de penser que les concepts utilisés dans la « cure-type » destinée aux adultes ont, au passage, perdu quelque peu de leur validité. Est-il encore pensable de se représenter la cure comme la rencontre de deux espaces psychiques séparés ? De plus, le corps de l'enfant se meut dans l'espace et dès lors il implique non seulement le regard mais le corps, le temps et l'espace de l'analyste lui-même. Nous avons montré (Gauthier et coll., 1999) que c'est bien cette dynamique particulière qui doit nous introduire à la notion de contre-transfert corporel. Notre corps dans ses gestes, sa mimique, sa sensorialité, sa motricité, bref dans toutes ses dimensions, est en lien direct avec ce que nous ressentons ; il manifeste nos idées les plus intimes, notre contre-transfert le plus profond. Le corps est ainsi notre premier véhicule relationnel auquel nous ne pouvons échapper face à un enfant en raison même de son mode de « fonctionnement psychique ». Nous savons aussi que toutes ces postures restent le plus souvent inconscientes et surtout non maîtrisables. Elles risquent donc de nous dévoiler à notre insu et de la manière la plus précise qui soit. C'est ce qui constitue la matière de ce que nous appelons l'intuition du patient, qui n'est sans doute rien d'autre que la lecture attentive, et la plus souvent incons-

ciente aussi, de ce que notre corps dévoile inévitablement de notre contre-transfert et de notre personnalité.

Ce pouvoir du corps est remarquablement attesté par deux études récentes parues dans *Nature*. Une première recherche (Pettito et coll., 2001) a montré que des enfants qui ne sont pas sourds mais qui sont élevés par des parents sourds et muets qui ne s'adressent à eux que par la langue des signes, présentent des particularités intéressantes sur le plan psychique. Testés entre l'âge de 6 à 12 mois, ils présentent une mobilité gestuelle particulière, puisqu'elle serait absente du comportement d'enfants entendant qui restent au contact de parents qui leur adressent la parole. Leurs mouvements de mains sont animés d'une fréquence lente équivalente à celle d'un babillage normal qu'ils ne produisent pas par ailleurs. De plus, ces mouvements se produisent dans un espace frontal qui correspond à celui grâce auquel l'adulte communique avec eux puisque cet espace restreint est nécessaire à l'échange dans la langue des signes. Cette expérience, qui tend à prouver l'importance de la sensibilité de l'enfant aux aspects rythmiques de la communication, ce que cliniquement nous avons souvent mis en évidence, montre l'intrication étroite qui existe entre le donné neurobiologique et l'interaction sociale. L'enfant est prédéterminé à être attentif et stimulé par une communication rythmique avec l'adulte mais la forme que prend son comportement est fortement dépendante de son environnement. Ces enfants, comme les enfants élevés par des parents qui parlent et qu'ils entendent, présentent par ailleurs des mouvements rapides des mains qui ne se situent pas forcément dans un plan frontal. Seul le mouvement lent est spécifique des enfants élevés par des parents sourds et muets.

Une autre recherche (Kampe et coll., 2001) a démontré que les yeux jouent un rôle prépondérant dans l'activation du lien social. Le contact visuel augmente l'attractivité d'un visage sympathique quel que soit le sexe des personnes. Sur un plan neurobiologique, cette attractivité a des répercussions directes sur la zone du striatum ventral du cerveau, zone importante dans le système de recherche et prédiction de récompenses au service des besoins élémentaires de survie mais aussi dans l'évaluation des stimuli sociaux. Les neurones dopaminergiques qui se projettent dans cette zone sont activés par toute prédiction d'une récompense. La perception du regard et du visage possède donc une importance neurophysiologique directe qui favorise ou non la rencontre en créant des bases biologiques de la motivation. L'activité de ces neurones, en effet, s'accroît quand une récompense est attendue et diminue dans le cas contraire. On a pu montrer que la perception d'un visage sympathique active des neurones par elle-même mais que cette activation est augmentée lorsque le regard est dirigé vers celui qui regarde. À l'inverse, l'activation de ces groupes neuronaux est diminuée quand le

regard n'est pas dirigé vers le sujet de l'expérience et ceci d'autant plus que le visage est *a priori* sympathique. On peut donc penser que la sympathie et son association au regard partagé, ont une interaction étroite sur le plan neurophysiologique qui fait que leur association augmente notre désir de rencontre mais que leur dissociation pourrait faire craindre le pire à celui qui nous perçoit. Cette expérience démontre en fait parfaitement ce que nous avons mis en évidence à propos du contre-transfert corporel, dès 1999, à partir de notre travail avec les enfants psychothiques. Notre échange avec ce type d'enfants est sans doute déterminé avant tout par la qualité de notre contre-transfert qui inévitablement se traduit sur le plan de l'échange par des gestes et attitudes que nous ne pouvons maîtriser ; point de vue qui donne une importance primordiale à l'analyse et la prise en compte de nos propres perceptions internes dans les tentatives d'accrochage que nous effectuons à leur égard.

LES QUESTIONS DU CORPS ET DE L'ALTÉRITÉ EN PSYCHANALYSE

Le corps, chassé de la théorie analytique sinon qu'à y apparaître sous le sceau de l'hystérie (Gauthier, 1993), refait surface dans le contexte de la psychanalyse d'enfants. Il réapparaît aussi, et de plus en plus souvent, dans les écrits d'analystes sous forme de ce que beaucoup appellent l'identification projective. Il n'est pas étonnant, après tout ce que nous venons de proposer, de constater que le corps est réintroduit dans la cure analytique grâce à un concept pour le moins paradoxal voire contradictoire. Il est certain en effet que la plupart des phénomènes, classés sous ce vocable, ne sont repérés qu'à travers des manifestations corporelles déconcertantes et/ou violentes vécues par l'analyste. Comment comprendre qu'on ait tenté d'en rendre compte en associant projection et identification ? Le corps et l'Autre, tous deux rejetés de la métapsychologie freudienne, sont ici, en fait, intimement associés. Que ces phénomènes soient de nouveau réduits à n'être que des manifestations indirectes de processus psychiques inconscients démontre à quel point la théorie et la pratique analytique ont bien des difficultés à prendre en compte le corps. À la suite des théories freudiennes au sujet de l'hystérie, il fait de nouveau l'objet d'une sorte de refoulement redoublé. L'altérité, elle, est ramenée à une violence introduite par le patient dans l'espace psychique et corporel de son analyste.

D'un certain point de vue, Freud a donc bien eu raison de se méfier du corps et de ce qu'il apporte et traîne avec lui de contacts visuels. Il vaudrait mieux les éviter si on veut tenter d'interférer le moins possible

avec le psychisme du patient, à condition que celui-ci dispose d'un espace psychique suffisamment autonome pour lui permettre de se retrouver seul sans être « perdu ». Il faut de plus supposer que cette absence de regard n'induit pas dans l'espace psychique supposé du patient des modifications telles que ses attitudes et comportements ne seraient que des formes de réaction au dispositif inhabituel que propose la psychanalyse. Il devient ainsi évident que, d'une part, la cure-type n'est accessible qu'à certains patients et que ce qui s'y produit, doit être lu en priorité en fonction du dispositif qui a été proposé. Dans ce cadre, ne seraient considérés comme « névrotiques » que les patients capables de faire face et de reprendre à leur propre compte, sur un mode imaginaire, les réalités et nécessités d'un espace psychique en double qui tend à disparaître. La création, par le patient, d'un autre imaginaire est ainsi la condition de la constitution de la névrose de transfert. La cure n'est plus alors la mise en parallèle de deux espaces psychiques mais bien de quatre « espaces imaginaires » : celui du patient et ce qu'il suppose de son analyste, d'un côté, et les deux espaces réciproques de l'analyste d'autre part. Ce sont les conditions de la construction de cette autonomie qui doivent être interrogées ; ce qu'on peut dire, *a priori*, c'est qu'elle suppose la constitution d'un imaginaire tel qu'il permet au patient de faire des hypothèses sur l'état mental de son thérapeute, ce qui correspond à l'ébauche de la construction d'une névrose de transfert dans le sens freudien du terme ce qui n'exclut pas par ailleurs la construction d'une relation analytique.

Une nouvelle fois, il n'est pas impossible que des questions simples posées à partir des cures analytiques d'enfants puissent éclairer certaines impasses et difficultés du travail avec certains adultes ; ceci serait d'autant plus vrai depuis que la psychanalyse a tenté d'étendre son champ de compétence en dehors de celui de la névrose. Il est donc vraisemblable que, à l'instar de ce qui se passe chez les enfants, certains de nos patients ne tolèrent que très mal le dispositif analytique classique et au prix de distorsions trop coûteuses en terme de déformation de leur fonctionnement psychique. Mais il est réducteur alors de se contenter de ne penser le fonctionnement de ceux-ci qu'à partir d'une théorie conçue pour d'autres types de patients comme par une sorte d'extension analogique : c'est l'ensemble du modèle et des questions qu'il pose sur le plan épistémologique qui doit être revisité. Ces interrogations auraient l'avantage de redimensionner un cadre thérapeutique et des théories de la pratique qui semblent faire l'impasse sur certains points litigieux de la psychanalyse. Nous aborderons ici essentiellement celui qui voudrait nous faire croire que tous nos patients disposent d'un espace psychique autonome.

POUR UNE CRITIQUE DU CONCEPT D'ARCHAÏQUE

Que les analystes aient eu recours à un « approfondissement » de la métaphore spatiale concernant l'Inconscient, leur a permis d'échapper à ces questions. Cet espace psychique a été découpé en superficiel, névrotique d'une part et, de l'autre, profond dont le caractère d'archaïque est censé indiquer la difficulté qu'il y a à la fois à le déboucher et le dépasser. Nous connaissons tous cette sorte de présupposé qui voudrait que plus le trouble psychique est grave, plus il correspondrait à une fixation précoce dans la vie du patient et plus celle-ci (qualifiée alors d'archaïque) serait profonde, enracinée et difficile à surmonter. L'Inconscient pourrait dès lors être figuré comme un espace stratifié et hiérarchique en fonction de la gravité (ici strictement synonyme de précocité) des troubles supposés. Plutôt, donc, que de questionner la validité de l'Inconscient comme concept, on le présente comme une sorte d'espace à plusieurs niveaux au cœur de cet autre espace potentiel que serait le psychisme en général. On voit bien comment, en même temps, la question du temps en psychanalyse est pensée sur un mode strictement linéaire ; cette dimension fondamentale de notre vie mentale et de la psychanalyse, est à nouveau ramenée et réduite à une métaphore spatiale (Gauthier et coll., 1999) ce qui n'est sans doute qu'une des raisons qui rend périlleuse toute réflexion sur le temps en psychanalyse. Les difficultés de l'analyse sont, en effet, conçues comme une difficulté de ramener à la surface du psychisme ce qui est censé y résider en « profond » ; plutôt que d'interroger la validité des concepts utilisés, ces différences supposées de niveaux apparaissent comme une justification naturelle de la difficulté « de la mise au jour », alors qu'elles n'expliquent rien. La difficulté technique semble pourtant aller de soi : c'est dans la pêche en eaux profondes, et d'autant plus troubles, que résideraient nos difficultés.

Comme souvent, face à des difficultés théoriques, la psychanalyse a opté pour une solution réaliste qu'on pourrait résumer comme suit : le matériel psychique du patient existe, il est quelque part dans cet univers obscur et sans cesse en mouvement qu'on a choisi dorénavant de nommer Inconscient. La théorie analytique reste insensible aux critiques que lui adressait pourtant dès 1928 G. Politzer. Plutôt que d'interroger ses concepts et leur validité, elle semble opter pour une conception où elle suppose, *a priori*, que ce qu'elle met en évidence chez les patients, existerait indépendamment de la présence de l'analyste, bien avant et indépendamment de toute intervention de celui-ci. L'Inconscient est alors conçu comme un réservoir trouble de pensées « refoulées » qu'il faudrait « remuer », « faire réagir » pour les faire apparaître, s'en saisir et les interpréter. Le thérapeute tel un archéologue, ou un détective, part à la recherche des traces des conte-

nus de l'Inconscient au sein du psychisme de son patient. La pulsion refoulée existe bien à l'intérieur de ce lieu obscur à partir duquel elle se manifeste dans le champ de la conscience du patient ; c'est ce qui explique au moins les petits drames de la psychopathologie au quotidien, que sont les lapsus et autres actes manqués.

C'est cette sorte de profondeur (métaphore ici d'une temporalité précoce) des éléments enfouis qui expliquerait la difficulté devant laquelle n'importe quel analyste risque de se retrouver lorsqu'il tente d'identifier des contenus situés dans des lieux d'autant plus obscurs que le temps a pris la peine de les recouvrir au point de les rendre méconnaissables. Les métaphores concernant un parallélisme entre le travail de l'analyste et celui de l'archéologue sont légion chez Freud. La conception réaliste de la psychanalyse suppose que les objets à découvrir sont depuis longtemps présents à l'intérieur de l'individu et le travail thérapeutique correspondrait alors à un travail de mise à jour. Cette conception rend, en fait, la tâche de l'analyste assez peu claire puisqu'elle laisse en suspens toute la question de la prise de conscience comme un processus progressif. Nous pensons que notre question est, à ce sujet, fort proche de celles qui furent défendues par S. Viderman (1977, 1982). Cet auteur a bien démontré les écueils d'une conception selon laquelle la psychanalyse viserait à retrouver la source historique réelle des « fixations » ; tout souvent dans la cure, comme toute interprétation de la part de l'analyste, sont avant tout des créations, des constructions dont la validité ne peut être séparée de la relation analytique qui s'est nouée. À nouveau, Michel Neyraud (1974) a joué un rôle de pionnier face à ces interrogations, bien que ses travaux aient finalement reçu peu d'écho depuis lors.

C'est qu'au réalisme de la conception de l'Inconscient vient se greffer une métapsychologie solipsiste qui explique toute transformation psychique par un jeu d'échanges énergétiques ; c'est-à-dire par une circulation particulière et repérable dans le temps, des affects et donc de la libido. Tout dans la cure analytique est relationnel mais, en revanche, tout dans la métapsychologie freudienne se réfère à une hypothèse d'économie des affects qui explique toute pathologie par un blocage et tout effet thérapeutique potentiel par une remise en libre circulation de cette même énergie hypothétique, puisque son existence fut supposée pour les besoins d'une théorie des névroses. À nouveau on court à tout moment de grands risques d'autoréférence mais, surtout, à une pratique relationnelle, s'oppose point par point une métapsychologie centrée sur le seul individu censé contenir une libido suffisante à rendre compte de toute pathologie. L'économie supposée de la libido s'oppose en tout point à une explication relationnelle de l'origine des névroses alors que la thérapie, elle, suppose un pouvoir de l'interlocuteur, analyste, à faire bouger les « fixations » infantiles ; on est décidément proche d'une

sorte de paradoxe en continuant à maintenir cette sorte de clivage au cœur même de la théorie analytique. Comment en effet l'analyste pourrait-il remettre en circulation cette stase libidinale, sinon de manière fort indirecte ce qui ouvre la voie à bien des interprétations théoriques variées et contradictoires des « effets potentiels » de la cure analytique ?

DIALECTIQUE DE LA PRISE DE CONSCIENCE ET DE LA LOGIQUE LIBIDINALE

Ricœur (1965) a déjà montré que la difficulté majeure pour la psychanalyse était de situer la place de l'Autre dans notre psychisme. Les théories concernant l'identification, la sublimation ou la formation du Surmoi sont parmi les pages freudiennes les plus obscures. C'est que la théorie des affects et des blocages supposés de la libido laisse peu de place à l'introduction de l'Autre dans notre espace mental puisque sa présence ne peut entraîner *a priori* ni surplus ni déficit « énergétique » ; la théorie économique de la libido est parfaitement solipsiste. Si toute pathologie est « économique », comment expliquer tout effet de transformation ? Penser notre fonctionnement psychique à la lumière de ce seul aspect économique, c'est opérer une étrange réduction dont la justification est aujourd'hui de nature idéologique : maintenir coûte que coûte le monisme de l'étiopathogénie sexuelle des névroses. C'est ainsi qu'on peut considérer que la conception réaliste de notre fonctionnement mental, la métaphore et le dispositif spatial qui lui sont associés dans la cure, sont trois manifestations d'une seule et même conception épistémologique censée décrire notre vie psychologique ; trois perspectives d'un seul et même point de vue qui autonomise le fonctionnement psychique de la relation où pourtant, il se manifeste. C'est de la stricte association de ces trois points de vue que la métapsychologie freudienne reçoit une surcharge d'inertie supplémentaire et la puissance de résistance à toute tentative de transformation des pratiques autant que de la théorie. La théorie apparaît en effet ici parfaitement redondante puisque chaque point de vue reçoit sa légitimité du point de vue qu'il est censé expliquer ou justifier.

On pourrait, en revanche, dire que si tout dans la cure est relationnel, toute prise de conscience doit être comprise comme le résultat de la mise en parallèle de deux « espaces psychiques » : celui de l'analyste et celui du patient. La prise de conscience ne résulterait alors pas de la remise en circulation de représentations qui traitent de l'Inconscient vers le Conscient du patient mais devrait être conçue comme la conséquence, à long terme, des nombreux échanges qui se sont produits entre

le patient et l'analyste à tous les niveaux de leurs espaces psychiques réciproques : conscients, inconscients et préconscients, pour reprendre les termes classiques. On pourrait, en d'autres mots, s'interroger et tenter de savoir pourquoi au moment où les analystes insistent sur les échanges dynamiques entre transfert et contre-transfert pour expliquer l'évolution de toute cure, aussi peu de recherches aient été consacrées aux effets de cette mise en parallèle pour expliquer la prise de conscience. Comme nous l'avons déjà montré (Gauthier, 2001b), le maintien de la théorie « économique » de la libido est la clé de voûte de l'étiologie sexuelle des névroses, chère à Freud ; hypothèse qui continue toujours à être affirmée telle quelle par certains analystes : au solipsisme métapsychologique correspond un monisme étiologique des névroses, ce qui n'est pas fait pour nous surprendre.

Nous ne voulons pas nier ici l'importance de la sexualité dans la vie relationnelle, l'établissement du lien social, le développement et la psychopathologie chez l'homme. Il n'est d'ailleurs pas sans intérêt de noter que certaines recherches éthologiques viennent aujourd'hui confirmer l'importance des pratiques sexuelles au sein même du lien social et ceci déjà chez les primates (Morris 1968 ; Wickler 1967 ; De Waal 1982, 1996, 1997 ; Taylor 1996). La sexualité, sans aucun doute, et bien plus encore que chez nos cousins mammifères, occupe dans l'espèce humaine une place privilégiée. Notre morphologie générale tend à accentuer l'importance de la perception visuelle et augmente ainsi l'attractivité potentielle des organes sexuels, étant par ailleurs bien entendu que nos comportements à ce sujet ne sont plus limités comme chez l'animal aux seules périodes de réceptivité des femelles. Mais ces démarches éthologiques, qui associent aussi de plus en plus souvent des données d'anthropologie paléontologique, mettent en évidence d'autres instincts qui entrent en combinaison avec ce qui appartient en propre à la sexualité : l'attachement, la socialisation, la territorialisation/dominance, l'agressivité pour ne citer que les principaux. Ce qui est dès lors mis en cause c'est le caractère univoque de la sexualité comme fauteur potentiel de troubles psychiques. À chaque pathologie, comme à chaque personnalité, correspondrait un (dés-)équilibre particulier de ces différents instincts, alors que pour Freud, tout se ramène aux destins de la pulsion, ce qui, en définitive, reconduit inévitablement à la seule libido comme énergie pulsionnelle, sexuelle.

On voit bien que si représentations et affects, selon la théorie freudienne, connaissent en cas de refoulement des destins séparés, le caractère univoque de l'étiologie sexuelle ne peut être maintenu que si on y adjoint une seule source d'énergie psychique : la libido. Ce n'est évidemment pas pour rien que même si Freud a introduit le concept de pulsion du Moi, il n'a jamais réussi à lui faire une quelconque place dans sa théorie des névroses. On peut d'ailleurs se demander, dans ce

contexte, comment cette théorie libidinale pourrait expliquer la prise de conscience : de quelle nature est l'énergie psychologique que nous utilisons pour savoir et comprendre ? Il serait trop simple de parler de sublimation puisque ce terme suppose la reconnaissance de l'Autre qui reste problématique. Il n'est en tout cas pas exclu de penser que si Freud est resté si discret à propos de la prise de conscience et de ses effets thérapeutiques (qui eux aussi devaient faire l'objet d'une circulation libidinale), c'est bien qu'il a perçu que ce chemin risquait de se révéler fort malaisé si du moins, et quoiqu'il arrive, il voulait confirmer le monisme de l'origine sexuelle des névroses. Une chose est de souligner l'importance de la sexualité infantile, autre chose est d'y voir la cause unique de tous nos maux.

La conception réaliste de l'espace psychique comme entité séparée de son environnement relationnel, organisé par les variations et cours éventuels de la libido, participe ainsi à la défense de ce monisme sexuel. Il n'est donc pas étonnant de constater que ce qui aujourd'hui apparaît comme une sorte de dogme idéologique, ait interdit toute remise en cause de la métapsychologie et toute discussion du dispositif thérapeutique qui lui est parfaitement adapté.

LA CURE ANALYTIQUE DES PATIENTS PSYCHOTIQUES

Cette fiction d'un appareil psychique, qui serait autonome, a des conséquences directes sur le mode d'intervention psychothérapeutique. Freud donne en 1905, quelques indications sur l'intérêt, le maniement et les indications de la psychanalyse. Il écrit à ce propos :

« Si l'on veut agir à coup sûr, il convient de limiter son choix à des personnes dont l'état est normal puisque dans le procédé psychanalytique, c'est en partant de l'état normal qu'on arrive à contrôler l'état pathologique. Les psychoses, les états confusionnels, les mélancolies profondes – je dirais presque toxiques – ne ressortissent pas à la psychanalyse, du moins telle qu'on la pratique jusqu'ici. Il ne serait pas du tout impossible que ces contre-indications cessassent d'exister si l'on modifiait la méthode de façon adéquate et qu'ainsi puisse être constituée une psychothérapie des psychoses. » (Freud, 1905, p. 17)

Il est difficilement contestable que dans ce texte, Freud doute assez largement de la validité de son modèle s'il devait être appliqué en dehors du cadre des « névroses normales » (c'est nous qui ajoutons ce qualificatif). Il suggère aussi de réfléchir à la méthode pour, éventuellement, la modifier et donner ainsi accès à la psychothérapie des psychoses. En 1913, il poursuit dans la voie de la prudence, en recommandant

à ses éventuels confrères un traitement d'essai de deux semaines, de manière à affiner le diagnostic et la validité de l'indication d'une cure.

« Quand le patient est atteint non d'hystérie ou de névrose obsessionnelle mais de paranoïa, le médecin est dans l'incapacité de tenir sa promesse de guérison et voilà pourquoi il a tout intérêt à éviter une erreur de diagnostic. En pratiquant un traitement d'essai de quelques semaines, certains doutes peuvent quelques fois déterminer le psychanalyste à ne pas poursuivre la tentative. Malheureusement, je ne saurais affirmer que celle-ci permette toujours de se former un jugement sûr, néanmoins elle constitue une utile précaution de plus. » (Freud, 1913, p. 82)

Freud reste attentif à exclure des indications de la psychanalyse les patients atteints d'une affection psychiatrique sévère mais il ne fait référence à aucune éventuelle modification technique qu'il appelait de ses vœux en 1905. D'ailleurs, un an plus tard, en parlant du traitement psychanalytique des patients schizophrènes, il précise dans son texte consacré au narcissisme :

« Ces malades que j'ai proposé de désigner sous le terme de paranoïas, présentent deux traits de caractère fondamentaux : le délire des grandeurs et le fait qu'ils détournent leur intérêt du monde extérieur.

Il semble que ce malade (le paranoïa) ait réellement retiré sa libido des personnes et des choses du monde extérieur, sans leur substituer d'autres objets dans ses fantasmes. » (Freud, 1914, p. 82)

Loin d'aboutir à une modification du dispositif, la difficulté dans le traitement des patients psychotiques est, de nouveau, rapportée à une particularité de leur fonctionnement psychique : ils retireraient vers eux la libido auparavant investie dans le monde et les objets environnants. La métaphore spatiale, qui tend à identifier le psychisme à un « espace » particulier, prend ici tout son sens. Le fonctionnement psychique est identifié à une sorte de réservoir libidinal qui enverrait vers l'extérieur la quantité de libido qui lui conviendrait « d'investir » ainsi dans l'environnement. Bien que ce terme d'espace psychique reste bien sûr sur un plan métaphorique, il enracine et en quelque sorte matérialise cette hypothèse selon laquelle il serait possible de délimiter cet « espace mental » par rapport à ce qui l'entoure ; il pourrait, de plus, fonctionner sur des ressources propres et se manifester à partir du jeu de ses motivations internes grâce à son énergie libidinale. L'espace est conçu par Freud sous le seul angle de l'évidence perceptive : il se résume à n'être que ce réservoir d'objets environnants auquel l'individu destinerait des quantités choisies de libido. D'une façon symétrique et en accord avec cet espace fonctionnant d'emblée comme espace à trois dimensions capable, donc, d'engendrer la séparation, le psychisme

formerait lui aussi un espace clos, parce qu'il appartient à un corps repérable et séparé des objets du monde extérieur. C'est ce qui définit une conception réaliste de l'espace dont Freud ne peut se défaire. Ce sont les propositions qui étaient déjà celles de Freud, dans l'analyse du texte du président Schreber : dans les névroses narcissiques, la cure serait rendue difficile par le fait que les patients ôtent au monde environnant la dose de libido qu'ils avaient coutume de lui attribuer, et par là même, ils enlèvent tout intérêt aux propos éventuels d'un analyste.

Il faut noter ici combien cette conception est difficilement tenable : il est certain en effet que tous les paranoïaques restent préoccupés par ce qui les entoure, ne fût-ce que par le fait que celui-ci, le plus souvent, les persécute. Il est donc bien difficile de faire le lien entre une projection initiale par laquelle le patient tenterait de se libérer de son conflit en le projetant vers l'extérieur et son absence d'investissement de ce même monde externe. Tout d'abord, il ne parvient jamais à s'en libérer, mais comment dans cette perspective, mettre sur le même pied, projection, repli « narcissique » et production délirante telle que celle de Schreber dont le moins que l'on puisse dire est qu'elle traite, bien sûr à sa façon, du monde externe. Il ne peut suffire d'expliquer ces manifestations comme des moments différents d'une pathologie qui évolue, et qui serait dominée par une tentative de maîtrise de la libido qui une fois serait repliée et d'autres fois en butte au monde externe. Il faut, si du moins on recherche une certaine cohérence dans nos hypothèses, rendre compte de la logique interne qui présiderait à l'établissement de ces différents moments de retrais suivis de résinvestissements. On ne peut expliquer le délire à partir du retrait du monde puisque ce délire est bien une tentative pour réinterpréter ce même monde, donc est une manière de l'investir. Comment dès lors expliquer ces mouvements de flux et de reflux ?

Le seul fait que le patient ne puisse se débarrasser de son conflit interne doit nous conduire à interroger la conception réaliste de l'espace qui fut celle qui permit à Freud de construire toute sa psychopathologie. Comme le montre Sami-Ali (1970, 1974, 1990, 1997), la projection ne peut être conçue comme une mise à l'extérieur de ce qui se trouverait à l'intérieur du patient. La projection est corrélatrice de la mise en route d'un espace imaginaire où c'est l'ensemble des rapports spatio-temporels de l'individu à son environnement qui subissent une transformation radicale au point que le corps et l'espace ne sont plus dans une relation d'exclusion mutuelle mais dans un rapport d'inclusion réciproque. Nous avons nous-même montré (Gauthier, 1999) que la pensée magique de l'enfant n'est rien d'autre que la manifestation de cette forme d'organisation initiale de la pensée qui ne se déploie pas dans un espace où la troisième dimension a valeur de séparation. Notre propos est de ce point de vue fort proche de celui de B. Cyrulnik

(1997), lorsqu'il insiste pour montrer que notre relation au monde est faite d'une sorte d'inévitable ensorcellement. Le monde n'est pas tout d'abord et toujours dans un rapport d'extériorité par rapport au corps propre et il est réducteur et simpliste de penser que notre rapport au monde environnant est le résultat de l'investissement d'une quantité de libido qui lui serait adressée à partir de notre corps comme point d'origine.

On voit en fait comment cette métaphore d'espace psychique conduit directement, dans les conceptions de Freud, à un réalisme des concepts qui tend à confondre définitivement l'imaginaire avec le réel, l'outil d'analyse avec l'objet de l'étude. La métaphore est prise pour réalité d'autant plus facilement qu'elle se base sur des évidences perceptives et qu'elle fait l'impasse sur l'analyse précise des conditions psychologiques qui président à l'instauration de certaines expériences psychiques telles que le rêve et le délire. Remarquons d'ailleurs que c'est de cette manière que Freud échoue à expliquer les fondements de la paranoïa. Il ramène en effet celle-ci du côté de la névrose en montrant l'importance de la sexualité dans cette forme de psychopathologie. On connaît son hypothèse : la paranoïa serait la conséquence de désirs homosexuels refoulés. Les trois manières différentes de projeter ce désir, par ailleurs nié, dans la réalité externe formeraient le moule des diverses formes de la paranoïa. Fidèle à montrer les ponts qui existent entre les diverses formes de la psychopathologie, Freud, en formulant cette hypothèse, laisse dans l'ombre l'essentiel de la question : comment se fait-il que des désirs homosexuels donnent une névrose alors que d'autres conduisent à la paranoïa ? Ou encore, comment se fait-il que certains désirs homosexuels conduisent à la constitution d'un délire et d'autres pas ? Seule l'interrogation des rapports que le sujet entretient avec son environnement tant au plan de son organisation spatiale que temporelle, pourra répondre à ces questions, la seule évocation d'un désir particulier est insuffisante à expliquer les différences qui inévitablement doivent être constatées entre le fonctionnement psychique du névrosé et celui du « psychotique ». Il faudrait donc en ce cas ne plus se limiter à l'analyse des contenus de l'Inconscient mais aux diverses formes du fonctionnement psychique. À une analyse des contenus, il faudrait ainsi substituer une analyse des « contenants » pour reprendre des formulations psychanalytiques classiques. Quelles sont les formes habituelles ou exceptionnelles que prend le fonctionnement psychique et en fonction de quelles circonstances ? Ce qui revient à interroger la manière dont nous traitions/transformons la réalité interne et externe à la fois.

Autre chose, en effet, aurait été de se demander ce qui dans le dispositif pouvait rendre difficile voire empêcher la cure de ce type de patients. Il eût été utile de se demander en particulier si l'absence de contact visuel aurait pu être à l'origine de cette difficulté. Mais le dispo-

sitif spatial de la cure fut sans doute très vite conçu, dès cette époque, comme naturel puisque fondant la particularité de la cure analytique et justifiant indirectement l'origine sexuelle des névroses. C'est sans doute ce qui a poussé Freud à oublier ses espoirs et interrogations de 1905. Il a semblé dès lors légitime et inévitable de penser que chaque patient disposait d'un « espace psychique » délimitable car capable de fonctionner en autonomie par rapport à son entourage. C'est, de plus, ce qui pousse peut-être les analystes, encore aujourd'hui, à penser que ce dispositif est une sorte de gage de scientificité puisqu'il leur donnerait accès à ce monde particulier et très personnel qui serait celui du patient. Il leur suffit alors de penser qu'en étant suffisamment neutres, ils n'interfèrent que très peu avec ce qui se produit dans cet espace, de telle façon qu'ils autorisent celui-ci à se déployer sous leurs yeux, en toute pureté.

Il ne faut pas oublier qu'au moment où Freud écrit *Pour introduire le narcissisme* (1914), le mouvement qui aboutira à sa séparation de Jung bat son plein. Il n'est pas invraisemblable de penser que ces turbulences, « narcissiquement », peuvent avoir conduit Freud à survaloriser l'originalité de son travail face à ce qui peut, dès ce moment, apparaître comme diverses formes de dissidences. Le problème, c'est que cette originalité dans la méthode et les hypothèses, va être associée à l'affirmation de l'identité des psychanalystes freudiens ce qui conduit tout droit à une sorte de mélange et de confusion entre des considérations qui ont trait à une identité groupale et des questions plus strictement scientifiques. C'est aussi ce qui complique désormais considérablement toute remise en question de ce dispositif. S'il est vraisemblable que les enjeux institutionnels de la Société psychanalytique internationale, aient crispé les positions de Freud, il nous faut cependant montrer que ce mouvement, qui, de 1905 à 1913, va aboutir à la définition du fonctionnement mental à partir de l'espace psychique du seul patient, était présent dès le début de la démarche freudienne.

SOUS SEUL LE SIGNE DE LA LIBIDO : LA CONCEPTION FREUDIENNE DU CORPS

Il est hors de notre propos de rediscuter l'ensemble des positions et choix épistémologiques de Freud (Assoun, 1976, 1981, 1993), mais il est certain que sa formation de neurologue a eu une importance décisive dans cette conception ; son texte sur les aphasies (1891) est, à cet égard, déjà décisif. Freud y combat les perspectives « localisationnistes » du fonctionnement cérébral en faisant état du fait qu'il est impossible de ne pas considérer que le fonctionnement du cerveau forme un tout, un

ensemble indissociable, à moins de dénaturer sa manière même de fonctionner. Toute stimulation, toute forme d'excitation, implique à tout moment l'ensemble de ses structures. Il est impossible d'isoler une activité cérébrale sans évoquer un traitement de la question par l'ensemble des structures cérébrales. L'influx neuronal aurait la vertu de diffuser ainsi inévitablement dans l'ensemble des zones cérébrales, ce qui rendrait caduque toute volonté d'analyse qui ne prendrait pas en compte cette particularité. Freud fait appel en fait à une notion qui deviendra celle de système bien que ce terme et sa conception ne verront le jour que bien des années plus tard. Il semble clair, en tout cas selon Freud, que « l'influx », l'excitation neuronale possède une vertu de diffusion à l'ensemble du « système cérébral », ce qui imposerait une méthodologie d'approche spécifique à la psychologie. On comprend ainsi que Freud ait toujours voulu accrocher la psychanalyse à une « *naturwissenschaft* », puisque les particularités du fonctionnement psychique et des méthodologies de son examen, découleraient des particularités biologiques du fonctionnement cérébral.

La conception freudienne des pulsions va confirmer et accentuer cette tendance présente pourtant dès les premiers moments de l'œuvre. Freud situe l'origine des pulsions du côté du corps propre, comme source exclusive de celles-ci. Dès la première version des *Trois essais* (Freud, 1905a), il insiste sur le caractère privé de la source pulsionnelle :

« La succion nous a fait connaître les trois caractères essentiels de la sexualité infantile ; elle ne connaît pas encore d'objet sexuel, elle est autoérotique et son but est déterminé par l'activité d'une zone érogène. Disons, en anticipant, que ces caractères se retrouvent dans la plupart des manifestations érotiques de l'enfant. »

En 1915, il ajoute au milieu de ce paragraphe :

« Celle-ci se développe en s'étayant sur une fonction physiologique essentielle à la vie. » (Freud, 1905, p. 76)

Cette phrase est exemplaire de la démarche freudienne et il importe de la suivre pour en comprendre l'épistémologie implicite. On voit bien comment Freud opère : il propose une sorte de subversion des instincts de base par la libido, c'est-à-dire par la sexualité. La succion qui est d'abord activée pour des raisons de besoins physiologiques, est mise au service de la pulsion sexuelle sans que nous ne sachions comment s'opère cette subversion, sinon par une forme d'envahissement, par la pulsion sexuelle, de tout le fonctionnement corporel. Si toute forme de satisfaction a le pouvoir ainsi de devenir sexuelle, il nous manque alors de savoir sur quel type de satisfaction reposerait le plaisir physiologique qui ferait pourtant le lit de l'étayage. Il n'y a en effet pas d'équiva-

lence *a priori*, sinon dans la tête de Freud, entre le plaisir éprouvé dans la satisfaction de la faim et celui dû à une décharge supposée d'énergie libidinale. À moins bien sûr de ramener toute forme de plaisir corporel à n'être qu'une décharge énergétique (c'est la démonstration à laquelle va s'employer Freud), mais alors on perd la référence au corps réel :

« Il semble bien aussi que l'enfant, quand il suce, recherche dans cet acte un plaisir déjà éprouvé et qui maintenant, lui revient à la mémoire... Nous dirons que les lèvres de l'enfant ont joué le rôle de zone érogène et que l'excitation causée par l'afflux du lait chaud a provoqué le plaisir. Au début la satisfaction de la zone érogène fut étroitement liée à l'apaisement de la faim. [L'activité sexuelle s'est tout d'abord étayée sur une fonction servant à conserver la vie, dont elle ne s'est rendue indépendante que plus tard (ajouté en 1915)]. » (Freud, *op. cit.*, p. 74)

De ses observations de bébés, il ne retient que le bébé seul. La mère, le rythme, la qualité, la constance de ses soins semblent sans importance, puisque tout le développement psychique de l'enfant est décrit sans qu'il y soit fait référence. Il met en exergue une sorte de plaisir du bébé à reproduire une expérience de satisfaction passée mais il évite de rechercher et de comprendre s'il en est toujours ainsi et si certaines conditions du maternage permettent ou non cette tentative de recreation de la satisfaction. De plus, il quitte le domaine de l'observation pour passer à celui de l'interprétation des comportements de sucotement, pour passer à la pure hypothèse qui est déjà celle d'un fonctionnement psychique tourné et se retournant sur lui-même, sans la mère, organisé par l'autoérotisme et cette fameuse circulation libidinale. Le plaisir d'abord lié à la satisfaction d'un besoin organique essentiel à la survie, acquiert une sorte d'autonomie ; le bébé chercherait à le reproduire indépendamment du besoin qui l'avait initialement suscité et Freud oublie que cette première satisfaction fut obtenue dans le cadre d'une relation. Le plaisir spécifique lié au besoin est donc nié une première fois, en même temps que les conditions relationnelles de sa satisfaction. Il lui suffit alors de poser que le plaisir est lié à un flux d'excitation et non à l'apaisement de la faim, pour transformer la bouche en zone érogène : le corps est ainsi complètement transformé par l'hypothèse de l'excitation sexuelle. Le plaisir devient indissociable de toute forme d'excitation à décharger ce qui prouve à quel point le corps, selon Freud, est *a priori* le lieu d'exercice de la libido. Ce qui démontre à quel point le corps freudien ne peut être qu'hystérique. Il n'est pas étonnant dès lors que quelques pages plus loin Freud affirme que toute zone corporelle peut devenir le lieu de projection d'une excitation sexuelle et accède ainsi au rang de zone érogène : c'est son modèle qui le prédit puisqu'il passe sous silence le lien qui pourrait exister entre apaisement de la faim, et plus généralement de toute satisfaction biologique, d'une

part et plaisir autoérotique de l'autre. Tout le corps est sexuel et libidinal puisqu'il est impossible de penser toute autre source d'affect sans remettre en question le dogme de l'origine sexuelle des névroses.

L'expérience clinique nous a appris maintenant que ces activités autonomes de succion chez l'enfant n'ont pas toutes la même valeur de plaisir, qu'elles ne se déroulent pas toutes dans les mêmes conditions et donc qu'elles n'ont pas la même « valeur » psychique. À l'érotisation généralisée du corps, Freud ajoute l'hypothèse que, « *in fine* », le fonctionnement psychique dépend aussi du plaisir autoérotique. La réaction par le bébé de ses expériences passées de satisfaction se fonde sur l'hypothèse de la satisfaction hallucinatoire du désir comme forme première et primordiale du fonctionnement psychique. C'est dans cette sorte de creuset que l'enfant trouverait l'énergie à re-créer et activer les voies de la représentation mentale comme source de satisfaction. La vie psychique toute entière serait ainsi sous la dépendance de l'activation de la sexualité infantile. Mais là aussi des questions se posent. Il n'est pas sûr tout d'abord que ce type de satisfaction hallucinatoire puisse se reproduire sans le concours de facteurs externes. Il n'est pas sûr non plus que ce mode de satisfaction aille dans le sens du développement psychique. La question que ce modèle pose est en effet de savoir comment il pourra être dépassé s'il est mis en place pour faire face à toute forme de frustration. Il est en tout cas insuffisant de penser que ce sont des frustrations ultérieures qui seraient aptes à y parvenir puisque ce mode de réaction est censé déjà faire face aux risques de la frustration ; ici encore, le modèle freudien semble trop général et ne donne pas accès à une analyse fine des conditions psychologiques et d'environnement qui donnent lieu au développement psychique du bébé.

Si, malgré tout, on cherche à admettre le modèle freudien, bien des interrogations restent en suspens. Si le bébé cherche à reproduire, que cherche-t-il au fond à retrouver ? La satisfaction d'organe seulement, ou les plaisirs d'être dans les bras et sous le regard de sa mère. Lorsqu'il parle d'autoérotisme, Freud tend évidemment à privilégier le plaisir d'organe. De nouveau, tout dans cette conception de la libido tend à évacuer non seulement l'Autre mais le corps au seul « profit » de la libido. Nous retrouvons ainsi à tout moment et quel que soit l'angle sous lequel on examine et la théorie et la pratique analytique, les choix épistémologiques de base qui ont conduit à la conception d'un corps complètement envahi par une libido qu'il faudrait avant tout et prioritairement décharger, conception qui fait l'impasse sur toute autre considération. Freud suppose donc que ce corps sera investi par l'enfant sur le mode autoérotique ce qui revient à dire que l'enfant se satisfait sur le mode hallucinatoire. Il n'est dès lors pas difficile de comprendre comment il se fait que Freud ait inventé un modèle qui suppose l'existence d'un espace psychique autonome propre à chacun de nous ; toutes

choses qui expliquent que le dispositif analytique et l'absence de regard qu'il suppose, est parfaitement congruent avec l'épistémologie de base de Freud en ce qui concerne le corps et les principes du fonctionnement psychique. C'est pourquoi nous pensons que ces deux conceptions sont complémentaires et qu'elles renvoient l'une à l'autre au sein d'une circularité dont la redondance rend la critique difficile, car c'est à l'ensemble de l'édifice qu'il faut alors toucher.

RENDRE PLACE AU VISAGE EN PSYCHANALYSE

Supposer que notre fonctionnement psychique est séparable des objets et relations qui nous entourent, c'est, à la façon de Freud, s'inscrire dans une conception réaliste de l'espace. Il en est de même en ce qui concerne les rapports qui unissent énergie neuronale et « énergie psychique », ils sont abordés sous un angle réaliste alors que si énergie psychique il y a, elle est quand même avant tout une manifestation subjective. Nous avons montré comment et pourquoi ces deux aspects se recouvrent en permanence ce qui en rend la critique malaisée et bloque toute rediscussion des fondements de la métapsychologie freudienne. L'association étroite entre cette spatialisation du fonctionnement psychique et le monisme supposé de l'origine sexuelle des névroses transforme toute remise en question en menace car d'emblée, une recherche de ce type risque de passer comme trop radicale puisqu'elle semble « attaquer » l'ensemble de la construction freudienne. Ceci est accru par le fait qu'à des questions scientifiques, s'associent et se confondent des prises de positions qui renvoient à une identité professionnelle et groupale.

Si l'espace ne fut conçu par Freud que sur le mode réaliste d'un espace de « séparation », c'est-à-dire fonctionnant d'emblée selon les trois dimensions, la question du temps en psychanalyse qui aurait pu conduire à une interrogation approfondie du modèle freudien, a été spatialisé sur ce même mode linéaire (Sami-Ali, 1990, 1997 ; Gauthier et coll., 1999 ; Gauthier, 2001a et b). Nous avons montré que cette perspective est extrêmement réductrice à l'égard de cette dimension essentielle de notre expérience psychique, dont on aurait intérêt à prendre en considération la richesse et la complexité qui lui donnent sa véritable importance (Gauthier, 2001). Cette conception explique en tout cas l'omniprésence du concept de régression dans l'explication du processus thérapeutique ; les difficultés associées au processus de « prise de conscience » sont ramenées à une réapparition, toute linéaire, d'éléments auparavant enfouis dans l'Inconscient. Nous avons déjà critiqué ce réalisme qui associe étroitement la gravité d'un problème à la « profondeur » (entendue ici comme précocité) de son enlèvement.

On voit bien en tout cas comment cette question du temps est elle-même « spatialisée » par le modèle freudien. Qu'il nous suffise de montrer, pour terminer cette introduction, comment, à son tour, cette conception spatiale du temps ne laisse aucune place à la question du corps, du visage et du regard en psychanalyse.

Il a toujours été malaisé et il reste encore aujourd'hui difficile de distinguer la cure analytique classique des traitements psychothérapeutiques. Il est vrai que, quel que soit le critère qu'on choisisse pour les distinguer (durée de la cure, la nature du travail de l'analyste ou encore la « profondeur » potentielle des transformations), il est clair pour tout le monde que ce qui se produit dans une cure de quelque type que ce soit, est, *a priori* imprévisible. Il est possible que des psychothérapies analytiques donnent lieu à un travail « en profondeur » ; tout comme il est tout aussi vrai d'estimer que, parfois et même dans les dispositifs les plus classiques et les plus « purs », le travail n'aboutit vraiment jamais à une transformation psychique digne de ce nom chez le patient. En tout cas le dispositif ne peut à lui seul présager de ce qui se produira dans telle ou telle cure. Malgré la rigueur avec laquelle est affirmée la nécessité d'installer, si possible, un cadre type très strict au début d'une cure, il est gênant de devoir constater que cela ne constitue en rien une garantie d'un bon déroulement de la cure. On pourrait alors se demander pourquoi distinguer les cures-types des psychothérapies et surtout pourquoi indiquer l'une plus que l'autre ? Voilà en tout cas des questions techniques précises auxquelles il faudrait que la psychanalyse tente de trouver réponse.

Il y a sans aucun doute bien d'autres dimensions de la psychothérapie, d'autres variables qui peuvent expliquer les formes diverses d'évolution des cures et qui ne sont pas prises en compte par la mise en place systématique, et *a priori*, d'un même dispositif. Il est vrai que le plus souvent, la psychanalyse évite ces questions en idéalisant le modèle de la cure-type auquel, et quoi qu'il arrive, il faudrait exclure tout écart qui aurait, à tort, été toléré. De nouveau, il faudrait s'interroger sur la valeur assez défensive que ce soit sur un plan théorique ou personnel, que peut avoir cette sorte de ritualisation dans la mise en place d'un cadre dont la valeur explicative ne peut être assurée. Puisqu'aucun lien sûr ne peut être établi entre ce dispositif et ce qui se produit à l'intérieur de lui, sa valeur expérimentale n'est en effet pas démontrée. Si ni le devenir du patient, ni le travail de l'analyste ne permettent de distinguer une cure classique d'une psychothérapie, seuls deux critères permettent de distinguer sûrement la psychothérapie analytique d'une cure classique : la fréquence des séances et le fait qu'en psychothérapie, le patient se retrouve face à face avec son analyste.

Spontanément, quand un patient présente une structure psychique qu'il ressent fragile (qu'on appellera, par exemple psychose ou borderline), l'analyste va lui proposer une psychothérapie en face à face. Cette proposition contient, en fait, un paradoxe car si d'un côté la position allongée est censée favoriser la régression (rendre le matériel enfoui accessible à la conscience du patient) lui proposer le face à face semble lui interdire d'emblée tout accès à un matériel assez profond. Or les hypothèses étiologiques reposant sur cette fameuse théorie de la fixation, supposent que plus un trouble est grave plus la fixation est précoce et plus le matériel est « profond ». Proposer un face à face peut ressembler ainsi à une façon d'invalider d'emblée le processus thérapeutique éventuel. Pour accéder au matériel fort « archaïque », cause de son trouble, il aurait en effet besoin d'une régression intense à la mesure de la précocité de son trouble ce qu'on évite en proposant le face à face. Or on propose le face à face car celui-ci serait censé diminuer les risques de régression.

Ce sont en tout cas des conceptions classiques qu'on lit encore dans des écrits récents tels que ceux publiés dans une monographie publiée en 1998 sous l'égide de la *Revue française de psychanalyse*, sous le titre de « Psychothérapies psychanalytiques ». Si on reprend la majorité des textes qui figurent dans cet ouvrage, la psychothérapie n'est considérée que comme une sorte de pis-aller qui ne peut être pensé qu'à l'aune de la cure-type. En ce qui concerne la distinction entre psychothérapie et cure-type, on tend d'ailleurs à estomper les différences ; il faudrait que dans tous les cas, les psychothérapies soient effectuées par des analystes certifiés ce qui conduit à ne reconnaître entre les deux processus que des différences mineures, de style plutôt que de fond. Quand l'analyste propose une psychothérapie, il opérerait un changement plus tactique que stratégique. Le fond commun serait constitué de la cure-type à laquelle il faut absolument se référer sinon se diriger en orientant le patient dans cette voie dès que possible. Seuls les articles de Ph. Jeannet et de R. Roussillon plaident pour la nécessité d'une meilleure compréhension des processus spécifiques qui se déroulent dans une psychothérapie. Comme le montre brillamment R. Roussillon, par comparaison, cette meilleure intelligence devrait évidemment favoriser celle de la cure-type en retour.

En fait, il semble bien que l'absence de contact visuel risque de déstabiliser ces patients fragiles, provoquant des phénomènes et des réactions violentes tant dans les comportements que dans les affects. Mais s'agit-il en fait à ce moment d'une régression ou du moins parler-t-on de la même régression que celle dont il est question pour expliquer le dynamisme de la cure ? Ne pourrait-on penser qu'il s'agit simplement de la manifestation pour ce type de patients de leur difficulté à avoir un espace psychique suffisamment autonome que pour pouvoir

l'explorer en dehors de toute référence à l'espace psychique de l'autre. Les textes qui figurent dans cette monographie ne s'interrogent pas du tout sur les questions du regard, du visage ou de l'organisation spatiale de la cure et de la métapsychologie freudienne. Les conceptions réalistes de ces dimensions de l'expérience clinique ne semblent pas poser problème.

Ne serait-ce pas là que l'analyste d'adulte touche, et de façon quasi tangible, à la réalité infantile, pourtant supposée et inévitablement, nous habiter ? C'est pourquoi, à notre avis, et pour éclairer les débats techniques, il conviendrait de proposer que l'analyste soit, lorsqu'il est confronté à des patients fragiles, assimilé à un thérapeute d'enfant. L'espace psychique chez ces patients ne peut exister sans le regard de l'autre. Comme pour un enfant dont le corps dans sa globalité participe à la relation thérapeutique, le fonctionnement mental de ces patients ne peut être séparé de ses fonctions de perception. Ou plutôt la perception ne peut encore se séparer de l'ensemble du fonctionnement dominant accès peu à peu à des représentations qui pourront dans la relation au thérapeute devenir autonome. L'autonomie de l'espace psychique n'est pas constituée mais à construire dans la relation à l'autre, tout comme le bébé a besoin du regard et des paroles de sa mère pour apprendre son propre corps et à partir de là se constituer des représentations. Les situations cliniques que nous proposons dans ce livre sont toutes exemplaires à ce sujet : elles démontrent qu'il faut avoir un corps pour pouvoir représenter et qu'il n'est possible d'acquiescer ce corps que dans une relation à l'autre qui lui sert en quelque sorte d'interprète. Avoir un corps dans ces conditions suppose la constitution entre les deux partenaires d'un espace d'échange imaginaire, constitué par des projections réciproques, ce qui rend caduque toute conception réalistes de l'espace qui fut celle de Freud. C'est à l'étude de ces moments constitutifs que nous avons destiné notre recherche dont ce livre est une sorte de compte rendu.

PARTIE 1

REGARDER, ENTENDRE, INTERPRÉTER

LE REGARD ÉCHANGÉ

Chapitre 1

POUR REGARDER, IL FAUT POSSÉDER D'ABORD UN VISAGE

Par Annie Masson

« Être dans le monde humain, c'est être vivant à la lumière du soleil, voir les autres et être vus par eux, vivre en réciprocité, se souvenir de soi et des autres. »

Jean-Pierre VERNANT

PREMIÈRES RENCONTRES ET MISE EN PLACE DE LA THÉRAPIE

Vincent arrive au CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce) en novembre 1997. Il a 19 mois. Il est accompagné de ses deux parents et rencontre le psychiatre de l'équipe. Ses parents se disent inquiets de son retard : il ne marche pas. Si la mère se montre plutôt chaleureuse, le père reste plus fermé. Vincent se déplace à quatre pattes et il porte les objets à la bouche ; il ne regarde pas, n'émet aucun son, paraît enfermé « dans sa bulle ». Il utilise peu les objets, sinon pour renverser la corbeille à papiers et s'amuser à frapper dessus. La grossesse et l'accouchement se sont bien passés, encore que ce dernier ait été « rapide et douloureux ».

Les premières inquiétudes des parents sont apparues très tôt, lorsqu'ils remarquent que leur bébé « ne regarde pas les jouets ». Cette angoisse grandit quand Vincent tarde à s'asseoir, puis à se mettre debout. Face au retard de développement psychomoteur et à l'absence d'échanges possibles avec ce bébé, le pédiatre qui le suit met en route le bilan neuropédiatrique habituel : l'IRM, l'EEG et le caryotype sont normaux, aux examens ophtalmologiques on découvrira une légère hypermétropie et aux examens auditifs, une petite hypo-acousie. Il a un an lorsqu'on lui pose des aérateurs et qu'il commence à porter des lunettes. Il est gardé à la maison par sa mère qui a souhaité prendre un congé parental de trois ans pour élever son enfant. Le premier fils, Thomas, âgé de 7 ans, fut, lui, confié à sa grand-mère maternelle durant la journée au moment de la reprise du travail de la mère. Il avait 4 mois.

Au cours de ces premières rencontres au CAMSP, et faute de place en psychomotricité à ce moment précis, le psychiatre propose aux parents que Vincent soit suivi par une éducatrice de l'équipe et qu'il soit, par ailleurs, accueilli deux demi-journées par semaine dans une halte-jeux de son quartier. Je le rencontre pour commencer une prise en charge psychomotrice en mai 1998. Il a alors 26 mois. Entré en halte-jeux en décembre, il s'est mis à marcher dès le mois suivant. C'est donc sur ses deux pieds qu'il entre dans ma salle, pliant les genoux à chaque pas. Vincent a alors la morphologie d'un enfant de 18 mois. Sa tête est un peu grosse par rapport à son corps. Il a le teint pâle, le visage inexpressif. Des lunettes trop grandes lui « mangent » le visage et je ne peux à aucun moment croiser son regard. Au cours de cette première séance, il déambule sans fin à travers la pièce. Il adore grimper, descendre les pentes ; il se montre d'une grande agilité pour un enfant ayant acquis la marche depuis si peu de temps. Toutefois, il ne semble tenir aucun compte ni de sa mère, ni de moi. Il ne regarde pas, n'écoute pas, n'accroche à aucun échange, même par jouet interposé. Il n'émet aucun son.

Pendant l'entretien avec sa mère, je suis assise sur un tabouret bas qui me met à la hauteur de Vincent. Or vers la fin de la séance, lui qui n'a semblé ni nous voir, ni nous entendre, vient s'accrocher à mon dos et prend grand plaisir à se faire balancer. Au cours de cette première rencontre, la mère revient sur leur inquiétude commune, lorsque leur fils n'avait que quelques mois, en raison de son absence d'intérêt pour les jouets : « Il ne cherchait pas à attraper les jouets qu'on lui tendait. » Inquiétude aussi devant le retard qu'il semblait prendre : « Je me demandais si je savais faire. » Elle ne semblait pourtant pas avoir rencontré de difficultés avec Thomas, l'aîné : « Oui, mais lui c'est ma mère qui s'en est occupée lorsque j'ai repris mon travail. » Ce doute quant à ses capacités maternelles devrait être douloureux et pourtant elle l'a exprimé sans émotion apparente. Et puis elle se situe du côté du

savoir-faire, mais qu'en est-il de « l'être mère » ? N'exprime-t-elle pas là aussi sa difficulté de se sentir mère d'un enfant avec lequel on ne paraît pas pouvoir communiquer ?

Je l'interroge justement sur la façon dont Vincent communique avec eux, à la maison ; les regarde-t-il, par exemple ? Elle, si bavarde, marque un temps d'arrêt, comme si cette question ne s'était jamais posée à elle, puis elle répond en évoquant sa propre difficulté concernant le regard : « D'ailleurs, mon père me dit toujours que je ne regarde pas en face. » Pourtant elle me regarde bel et bien en me parlant ; en revanche elle n'a pas un regard pour son fils qui déambule sans discontinuer. Lors de ces premières rencontres, je suis frappée par la façon dont Vincent utilise l'espace : ou bien il arpente sans répit toute la salle, comme s'il s'y trouvait seul, sans relation avec moi ; ou bien – en fin de séance – fatigué peut-être, il vient se coller à mon dos pour être bercé, ou colle sa bouche à mon cou, ou à mon avant-bras nu, et se met à têter. Mais je dirais que, dans les deux cas, je n'ai pas alors l'impression d'exister pour lui : nous nous trouvons dans quelque chose qui paraît tantôt être une absence de relation, tantôt un collage, une adhésion sans regard, sans réaction, à quoi que je dise, ou fasse. Au terme des premières rencontres, j'ai proposé aux parents de voir Vincent une fois par semaine. De le recevoir seul pendant une demi-heure, ou trois quarts d'heure, selon ce qui paraîtrait lui convenir, et d'inviter sa mère – ou ses parents – à nous rejoindre pour un deuxième temps d'une durée comparable. À cette époque, quitter sa mère pour me suivre ne paraissait pas gêner Vincent, de même qu'il ne manifestait ni joie, ni intérêt particulier lorsqu'elle venait nous rejoindre. Tous les adultes paraissaient interchangeables pour lui, voire inexistants. Au moment de la mise en place de la thérapie, le père est venu me rencontrer. Il le fera d'ailleurs de façon ponctuelle, mais régulière, tout au long du suivi de son fils. Il se montre alors très tendu, posant sur Vincent un regard peu amène ; inquiet, blessé, disant son ressentiment à l'égard du pédiatre qui avait mis tellement de temps à prendre en compte leur inquiétude, pour s'affoler tout d'un coup et les précipiter dans une série d'exams médicaux qui les avaient malmenés, eux et leur fils. Il se montrait moins à l'aise et s'exprimait moins facilement que sa femme. Il ne savait pas parler de sa relation à son fils, du quotidien partagé, exprimant là sans doute son désarroi face à cet enfant étrange.

QUELQUES ÉLÉMENTS D'ANAMNÈSE

Vincent, 26 mois, est donc le second de deux garçons. Son frère, Thomas, a 5 ans de plus que lui. Les grossesses et les accouchements se sont bien passés. Monsieur est fils unique. Il a encore ses deux parents.

Madame est l'ainée de deux enfants. Son frère a 5 ans de moins qu'elle. Ce cadet a une petite fille de 18 mois qui rappelle sans cesse à madame combien Vincent « prend son temps pour grandir ». Elle aussi a encore ses deux parents. Ils vivent dans la même cité qu'elle, de même que sa grand-mère maternelle, et ils peuvent se voir d'une fenêtre à l'autre de leurs appartements. Le père de madame est invalide depuis plusieurs années déjà. Il est atteint d'une grave maladie musculaire évolutive qui le fait souffrir et le cloue souvent au lit. La mère de madame a « fait une dépression » quelque temps avant la deuxième grossesse de sa fille. C'est elle qui a « élevé » Thomas quand madame a repris son travail.

À l'issue de ces premières rencontres, au moment où je leur propose un cadre de travail, j'ai l'impression de me trouver en présence de parents sidérés par l'état de leur petit garçon : la souffrance du père est tangible, visible, mais il est dans l'incapacité de mettre le moindre mot sur cette souffrance ; quant à la mère, elle dit beaucoup de choses, mais sans affect apparent, comme s'il lui était impossible de reconnaître sa douleur, ou son désarroi. Et que penser de Vincent à ce moment-là ? Il se montre apparemment inaccessible et assez étrange, tant physiquement que dans sa façon de se déplacer dans l'espace. Mais quel diagnostic poser qui ne risque de réduire la complexité de la situation et tout autant ma disponibilité et ma capacité de penser ? Je préfère m'interroger avec le moins d'*a priori* possible sur le faisceau de circonstances complexes, tant personnelles que familiales, et même de hasard, qui ont concouru à l'empêcher de se construire harmonieusement et d'entrer en relation avec son entourage. En tant que thérapeute, il me revient de lui offrir un espace et un temps à partager avec moi autant que ce lui est possible et en partant de là où il en est.

VOIR SANS REGARDER

Pendant les premiers mois, Vincent a consacré ses séances à déambuler dans notre salle. L'aisance qu'il manifestait avait quelque chose d'inadéquat : il se déplaçait sans jamais regarder où il posait les pieds, ni tourner la tête pour accompagner un changement de direction. Il se déplaçait un peu à la façon d'un somnambule sans paraître tenir compte des obstacles, mais sans non plus ni trébucher, ni se cogner, ni tomber, aussi accidenté que fût le parcours. Vincent percevait donc parfaitement l'espace dans lequel il se déplaçait et maîtrisait totalement ses déplacements, mais sans regarder où il posait les pieds en somme. Il s'agissait d'une sorte d'appropriation de l'espace hors relation, et comme presque « hors corps ». Mais, chose étrange, j'ai presque tout de suite eu la conviction qu'il ne pourrait se faire mal. Tout se passait alors comme si je n'existais pas pour lui, aussi, pour essayer de créer un embryon de

relation avec Vincent : je tentais d'attirer son attention sur la piscine à balles, par exemple, ou sur la balançoire, il tournait alors la tête vers le bruit des balles que j'agitais, ou vers le mouvement de la balançoire, mais il ne me regardait jamais directement. Il pouvait interrompre sa marche en restant à distance, vaguement inquiet ou intéressé par le bruit, ou par le mouvement, jamais par ma voix, puis il reprenait sa déambulation un instant interrompue.

L'entrée de sa mère n'interrompait pas davantage sa balade ; puis au bout d'un temps, fatigué peut-être, ou prenant enfin conscience de sa présence, il venait vers elle, contre elle, qui ne le regardait pas, ne l'accueillait pas, ne se penchait pas vers lui, ne le prenait pas sur ses genoux et n'interrompait pas son discours, comme s'il n'était pas là pour elle non plus. Vincent repartait alors sans se plaindre et finissait par venir se coller à mon dos, ou se blottissait dans mes bras, collant sa bouche contre ma peau qu'il tétait.

Je me retrouvais donc sur mon tabouret bas, bercant ce petit garçon en écoutant sa mère se plaindre de son retard, des caprices de son fils aîné, ou de ses maux à elle, totalement prise dans ce qu'elle disait, ne voyant littéralement pas son fils. Parfois tout à coup son regard se posait sur lui, il me semblait que le tableau que nous formions lui et moi lui apparaissait tout à coup ; son regard remontait de lui vers moi, son discours se suspendait une seconde, puis tout reprenait au point que je pouvais douter de ce qui venait de se passer. Elle pouvait parler de ce qui se passait à la maison avec Vincent, mais toujours en réponse à mes questions, jamais spontanément, et je n'y sentais guère d'émotion, ni de relation avec l'enfant « en chair et en os » présent là auprès d'elle. Elle décrivait un petit garçon la suivant partout à la maison, mais partant à la découverte sans plus du tout tenir compte d'elle lorsqu'ils se trouvaient à l'extérieur. J'y reconnaissais ce que je constatais moi-même : ou bien il faisait corps avec l'autre, ou bien l'autre n'existait plus. Dans les deux cas, qu'en était-il de sa propre identité ? Et de la nôtre ? En somme, Vincent percevait l'espace, il le voyait, mais il ne le regardait pas, et moi, moins encore. On se trouvait là face à toute la différence entre voir et regarder, entre non-relation et implication dans la relation.

Qu'avais-je à offrir à ce petit garçon au début du travail ? Ma présence, mon corps, souvent installé sur le tabouret bas dont j'ai parlé, afin de constituer un repère sans être envahissante, ni trop intrusive pour lui ; mon regard posé sur lui ; l'espace de ma salle et les objets qui le meublent. J'ai presque envie d'écrire que ma présence dans cet espace, mon regard posé sur Vincent, ma disponibilité constituaient mon outil de travail. C'est vrai avec tous les enfants, mais ce genre de petits si peu dans la relation nous le fait d'autant plus ressentir. C'est un peu comme s'ils nous contraignaient à être plus attentifs encore à eux, mais aussi à nous-mêmes, à ce qu'ils nous donnent à voir, mais aussi à ce que nous

pressentons et leur proposons. C'est cet espace relationnel, ce regard posé sur eux, qui auront valeur thérapeutique, qui seront structurants. Du moins est-ce notre souhait, ou notre hypothèse.

Progressivement, au fil du temps et de façon variable suivant les séances, Vincent est de plus en plus souvent venu vers moi regarder ce que je faisais, comme pour voir comment j'utilisais un jouet ; il est venu m'écouter chanter et mimer une comptine. Il semblait alors qu'il pouvait commencer à voir sans que nous puissions nous regarder. Il a commencé à m'imiter et à me jeter de brefs regards. Il alternait ainsi déambulations et « partages » fugitifs avec moi ; ces rapprochements devaient cependant rester à son initiative, toute insistance de ma part se soldait par une rupture apparente de relation et par la reprise de sa pérégrination.

Ces moments de rapprochement et d'imitation représentaient une ébauche de relation, un début de prise de conscience corporelle, ou du moins d'appropriation de l'espace. J'ai reçu confirmation de cette impression le jour où, entrant dans notre salle, il est allé directement s'asseoir sur « mon » tabouret et m'a tourné le dos, comme s'il nous assignait à chacun un espace, m'indiquant ainsi qu'il commençait à s'en construire un propre distinct du mien. Certes, il me tournait le dos et ne me regardait pas, me remplaçant dans cette sorte de situation de passivité obligée des premières séances, pourtant s'installer à « ma » place est déjà bien autre chose que venir s'y coller contre mon dos. N'était-ce pas aussi me signifier qu'il se savait regardé par moi ?

Nous travaillions depuis un an ensemble, il venait d'avoir 3 ans, lorsqu'il a franchi une étape importante en ce sens. Il consacrait une grande partie de ses séances à jouer à l'eau depuis quelques semaines lorsque pour la première fois, alors que je m'éloignais de lui pour aller chercher un objet et alors que ma présence dans le jeu avait paru ne pas compter pour lui jusqu'ici, il s'est interrompu et s'est retourné pour me chercher se déjouant à peine, eût-il croisé mon regard. À cette même époque, lorsqu'il se promenait dans notre salle, il prenait grand plaisir à taper des pieds en se regardant faire. Pour ce faire, il baissait donc la tête et dirigeait son regard vers ses pieds, cessant de se déplacer la tête droite, le regard balayant l'espace à sa seule hauteur. À la maison, il lui arrivait de se cogner ou de tomber. Toutes ces observations indiquaient un rapport moins étrange à l'espace ; Vincent donnait l'impression de commencer à habiter son corps, à avoir des limites corporelles et à les expérimenter. C'est la période où il a commencé aussi à s'intéresser au miroir. Restant lui-même « hors champ » il s'amusait à y faire apparaître et disparaître des objets ; puis progressivement il s'est mis à s'y regarder agir, sans toutefois y regarder l'ensemble de son reflet, ni croiser son regard. Cela reviendra plus tard.

J'ai déjà évoqué l'inquiétude des parents en raison du fait que Vincent bébé ne regardait pas les jouets alors qu'ils ne parlaient pas du fait que Vincent ne les regardait pas eux-mêmes. De la même façon, comme la mère affirmait ne pas regarder en face, elle, non plus, j'ai abordé cette question en lui disant avoir l'impression qu'elle me regardait en me parlant. Elle me répondit : « Oui, je vous regarde, mais je regarde l'ensemble » comme si je n'avais pas de visage, pas de regard en somme, moi non plus. Pourtant, les choses évoluaient pour Vincent sur le plan du regard et en parlant avec sa mère, nous avons évoqué Vincent tout bébé. C'est alors qu'elle me dit : « Quand il était petit, je le tenais contre moi, pas en face de moi ». Ce que la mère évoquait là et ce dont j'étais le témoin aujourd'hui encore, m'aidait à me représenter l'impasse précoce à laquelle avait été confronté cet enfant : comment dans ce contexte se construire un visage, une identité corporelle, un espace propre ? Je comprenais mieux son visage si peu expressif, son regard si peu soutenu. Ne pas regarder, mais aussi ne pas écouter, ne pas parler, faisait écho à l'attitude de sa mère à son égard depuis toujours. Ce bébé n'avait sans doute pas connu de face à face à distance adéquat avec sa mère, pas plus que d'échanges de regards, les yeux dans les yeux. Si, face à son bébé, elle regardait aussi « l'ensemble », sur quoi pouvait converger le regard de cet enfant ? Comment pouvait-il construire une relation avec une mère dont il ne rencontrait pas le regard ? Si Vincent n'était pas regardé, comment aurait-il pu lui-même regarder ?

Notre travail se situait au cœur même de cette impasse précoce. Plus précisément – et je cite ici Sami-Alli :

« En ce qui concerne la convergence visuelle, force est de remonter à la relation précoce mère-enfant, afin d'insérer la genèse d'une fonction dans la problématique fondamentale du visage. Visage qu'on n'a pas au départ, mais qu'on acquiert ensuite en tant que visage de la mère qui est aussi visage de soi. Premier visage partagé sans sentiment de partage, avec la certitude... d'être l'autre parce que l'autre est entièrement soi. La vision binoculaire naît dans cette circularité d'échanges où les yeux sont à la fois les siens et ceux de l'autre, où regarder est en même temps être regardé, où la distance peut surgir sans perte de soi et de l'autre. En focalisant la vision, la mère accomplit ce miracle. » (1987, p. 58)

La mère arrivait au terme de son congé parental. Elle disait s'ennuyer à la maison, tourner mille choses dans sa tête, avoir le souhait de reprendre une activité professionnelle, mais se sentait coupable de reprendre son travail alors que Vincent avait encore besoin d'elle pour l'accompagner dans son suivi médical et sa thérapie. Son sentiment de culpabilité – ou du moins sa difficulté – s'aggravait du fait qu'un congé parental correspond à une durée de trois ans au terme desquels l'enfant est censé entrer à l'école maternelle. Or il était bien évident que Vincent

n'était pas prêt encore à franchir cette étape. Quelle que doive être sa décision, il me semblait important de l'aider à la prendre le plus sereinement possible. Son mari et son fils aîné l'encourageaient à retraiter.

ÉCHANGES DE REGARDS À PROPOS D'UNE SÉPARATION DEVENUE POSSIBLE

Ce furent des semaines très fécondes parce qu'il était question de séparation mais aussi parce qu'elle se trouvait confrontée à une date butoir incontournable ; je dirai aussi quelques mois à propos du temps et de la rythmicité. La mère de Vincent parlait beaucoup et éprouvait de grandes difficultés à accepter qu'il soit mis un terme aux séances. Il fallait littéralement la pousser dehors. Son ton, uniforme et élevé ne manifestait pourtant que fort peu d'émotion. Le temps semblait se dérouler pour elle sans scansion significative. Or il est fort probable que cette limite dans le temps, contraignante du point de vue administratif, lui ait servi d'étai d'une certaine façon : elle qui me parlait de ses insomnies a retrouvé le sommeil à cette occasion, de même que ses menstruations sont devenues plus régulières. Comme si, sans représentation interne du temps, il fallait que la temporalité lui soit imposée de l'extérieur pour qu'elle puisse jouer son rôle de stabilisateur des rythmes.

Quant à la perspective de la séparation, elle l'associait à la mort, manifestant pour la première fois beaucoup d'émotion pour dire : « J'ai peur de la mort parce que, si je mourais, mes enfants m'oublieraient » et d'ajouter que son « esprit cartésien » était mis à mal ces derniers temps parce qu'elle se sentait « envahie par les émotions » et du coup avait l'impression que son corps était comme « pris dans un étau ». Elle exprimait ainsi la fragilité de son sentiment d'existence, son angoisse de se perdre en se séparant et la nécessité pour elle de geler ses émotions pour ne pas être submergée. Au terme du délai impart, elle choisit de reprendre son travail à mi-temps. Un bon compromis, en somme puisque Thomas déjeunerait le midi à la cantine et Vincent, après ses matinées passées en halte-jeux, attendrait sa mère chez une nourrice. De la même manière que l'entrée en halte-jeux avait coïncidé pour Vincent avec l'acquisition de la marche, la reprise du travail de la mère s'accompagna d'une évolution importante. Lui que la présence ou l'absence de sa mère avait jusqu'ici laissé indifférent, lui qui ne paraissait faire aucune distinction entre les adultes, a commencé à s'accrocher à elle au moment de la séparation, le matin. Sa mère le remarquait et me le rapportait du ton neutre que je lui connaissais bien,

ne manifestant ni plaisir, ni déplaisir. Ce qui pouvait paraître paradoxal puisqu'elle-même avait posé la question de la séparation et de la souffrance que cela représentait pour elle en réfléchissant à une éventuelle reprise de son activité professionnelle. Autrement dit, son propre ressenti ne pouvait lui servir pour imaginer celui de son fils, pour lui donner un sens, pour s'identifier à l'autre, comme si la relation était unidirectionnelle.

Beaucoup plus tard, elle évoquera la joie de son fils au moment des retrouvailles et, là, elle pourra dire son propre plaisir à le constater. Il est très difficile bien sûr de se sentir parents d'un enfant si étrange mais le gel des émotions chez cette mère me paraissait dépasser la situation présente et la relation à son enfant ; ou plus exactement se situer en deçà, et remonter sans doute plus loin dans le temps, autour de la construction de sa propre identité précocement. À la halte-jeux, Vincent a commencé à tenir compte de la présence des autres enfants, à les regarder jouer, sinon encore à partager des jeux avec eux. Lorsque je l'accueillais au CAMSP, il venait vers moi en me regardant et me tendait les deux mains pour me dire bonjour. Il fallait toutefois – et c'était nouveau – que sa mère l'accompagne jusqu'à la porte de notre salle pour qu'il accepte d'y entrer avec moi. Au cours des séances, les déambulations n'occupaient plus qu'un temps limité et elles étaient devenues l'occasion d'expérimentations corporelles auxquelles Vincent prenait visiblement plaisir et intérêt ; il passait notamment devant le miroir et s'y regardait agir comme pour trouver dans son reflet confirmation de ce qu'il était en train de ressentir corporellement. Il occupait le plus clair de son temps à jouer à l'eau, me sollicitait pour échanger, mais reproduisait surtout en séance des scènes de la vie quotidienne : il imitait sa mère en faisant le ménage du lavabo avec adresse et précision ; il buvait sous le jet d'eau, comme il le lui voyait faire lorsqu'elle se rinçait les dents. Il commençait donc à s'identifier à elle et la qualité de l'imitation prouvait, par ailleurs, la précision de son observation. Et puis surtout, lui qui avait été longtemps totalement mutique, il s'est mis à babiller un peu – mais toujours « hors relation », comme pour lui-même. Alors que nous ne nous intéressions pas à lui, il dit ses premiers mots.

LE RISQUE DES PREMIERS MOTS : ENTRE ISSUE ET RÉPÉTITION DE L'IMPASSE

Sa mère nous avait rejoints, je m'étais donc rendue disponible à elle, laissant Vincent jouer seul au lavabo. Elle se plaignait de son fils aîné, Thomas, qui depuis sa reprise du travail, se comportait comme son

frère : il ne l'écoutait pas. Vincent prononça alors, sur un ton de grande détresse : « Maman... Maman ». Je suis restée « en suspens », touchée d'entendre les premiers mots de Vincent, émue par le ton et soucieuse de laisser la mère entendre ce qui venait de se passer. Or elle n'a pas réagi. Elle n'a pas entendu, ni suspendu un instant son discours. Tout à ce qu'elle disait, elle n'a pas enregistré la voix de son fils que nous entendions pour la première fois, ni perçu mon changement d'attitude, la modification de mon écoute à cet instant d'avantage tournée vers Vincent. Du coup, je lui dis ce que je venais d'entendre. Elle jeta un regard à son fils et me dit : « Ah ! oui, en effet, il a dit "maman-bobo", ce matin, et tout à l'heure en arrivant chez vous, il parlait. » Et de reprendre aussitôt le fil de ce qu'elle était en train de dire auparavant ! Si Vincent se montrait ainsi sensible à la souffrance de sa mère, il était évident que sa compassion n'était pas accueillie, ni reconnue par celle-ci, comme si sa souffrance à lui, exprimée là restait lettre morte. Elle attend avec impatience qu'il parle enfin et, lorsque cela se produit, elle ne l'entend pas, ni ne peut y voir la réalisation de son attente. J'avoue que je me suis sentie alors extrêmement touchée en imaginant ce à quoi se heurtait sans cesse Vincent, en comprenant ce que j'imaginais des déceptions répétées auxquelles il devait être soumis depuis toujours. Mais en même temps comment ne pas être sensible à l'extrême détresse que cette femme manifestait là par son attitude ?

J'apprendrai, quelques semaines plus tard, qu'à la maison Vincent accueillait son père, le soir, en le nommant et qu'il réclamait son bain : « bain, bain ». Au cours des séances avec moi, il accompagnait parfois ses efforts de « oh ! là ! là ! », et une fois même d'un « tétu », pour « c'est dur ». Un jour, en fin de séance, alors que je lui disais que j'allais chercher sa maman, il m'accompagna joyeux en répétant : « ma Maman » (et non pas « ta Maman », en écho à mes paroles). Et puis il commençait à comprendre les blagues et à en rire, tandis que ses jeux devenaient plus complexes, plus élaborés. Il frappait du pied et pleurait lorsqu'il était frustré. Parallèlement à l'enrichissement de sa relation, à l'expression d'émotions, ses capacités se développaient. Il avait désormais un corps, il habitait l'espace et un sentiment d'identité s'ébauchait.

Les vacances d'été allaient interrompre momentanément nos rencontres. Nous nous connaissions depuis une année. Avant d'évoquer la suite du chemin parcouru par Vincent, je souhaiterais m'arrêter un moment sur l'accompagnement des parents. Je recevais donc la mère, chaque semaine en présence de Vincent. Le père n'est jamais venu seul. En revanche, après m'avoir rencontrée deux fois avec sa femme et ses fils dans les premiers temps de notre travail, il a accepté que nous nous rencontrions sans les enfants à peu près tous les deux mois. C'est lui-même qui a fixé le rythme des rencontres, et il s'y tient aujourd'hui

encore. Longtemps il a eu beaucoup de mal à imposer sa parole face à sa femme qui « envahissait » l'espace de la sienne. J'ai dû parfois l'y aider avant qu'il n'y parvienne lui-même. Alors qu'elle s'intéressait peu à ce que je pouvais dire concernant Vincent, lui au contraire avait besoin que je lui parle de son fils, de ce que nous faisons, de ce que j'observais de son évolution. Il était sans doute perplexe face à cet enfant, mais ne savait pas le dire. En revanche, son angoisse, le fait qu'il soit blessé par la situation me touchaient beaucoup : que Vincent soit suivi au CAMSP par une psychomotricienne, le rangeait du côté du handicap, ce qui le faisait souffrir.

Son petit garçon incarnait en fait son propre échec puisque, élève en difficulté, il s'était vu « orienté » à la fin de la classe de quatrième du collège vers un BEP d'horticulture qui ne l'intéressait pas et qui se trouve, du reste, extrêmement dévalué dans notre système d'enseignement. Il aurait voulu être médecin mais ses parents, à l'époque, ne lui avaient pas permis de redoubler sa classe comme il le leur demandait. Quand on sait qu'il est fils unique et que ses deux parents travaillaient, il s'agit là sans aucun doute d'une grande violence et l'on est en droit de supposer que ce ne fut pas la seule. Mais de tout cela, je ne saurais rien. Une deuxième « chance » s'est présentée à lui – bien que fort différente. Au terme de son Service militaire qu'il avait effectué dans la Gendarmerie, il avait décidé de s'engager. Or cela lui fut refusé à cause de sa vue jugée insuffisante. Cela représentait sa seconde grande déception. Aujourd'hui, il avait trouvé un équilibre en devenant responsable d'une équipe de jardiniers, d'avantage chargé d'organisation et de gestion et, par ailleurs, il occupait une partie de son temps libre en qualité d'auxiliaire de gendarmerie. Les difficultés de Vincent sont certainement venues raviver sa souffrance et son sentiment d'échec. C'est si vrai qu'il lui a fallu bien du temps avant de dire à ses parents que son fils était suivi, arguant qu'ils le plaindraient, ou peut-être l'aimeraient moins. Il parlait là de Vincent, mais n'était-ce pas de lui dont il s'agissait en réalité ?

Mais il pouvait exprimer tout cela et être en même temps dans la dénégation continue de toute souffrance, faisant comme si elle n'existait pas, rationalisant sans cesse les choses. L'aider à percevoir les capacités de son fils et son évolution concrète afin qu'il le soutienne dans cette évolution me paraissait être un moyen de revalorisation pour lui aussi. Pour le dire autrement, je souhaitais l'aider à assouplir, à modifier les termes de cette identification à un fils « raté ». Lorsqu'il a annoncé à ses parents qu'il allait avoir un enfant, leur première réaction avait été de demander si c'était accidentel, ou s'ils l'avaient réellement souhaité. C'est le même scénario qui s'est répété avant la naissance de Vincent, comme s'ils ne considéraient pas leur fils comme un adulte responsable de ses choix. Ils l'ont du reste confirmé en qualifiant un

jour leur petit-fils aimé de « fils ». C'est madame qui serait alors venue au secours de son mari ; lui s'était tu.

Du côté maternel, la situation familiale n'était pas simple non plus. J'ai déjà indiqué que Madame vivait sous le regard de ses parents et de sa grand-mère maternelle. Sa propre mère a passé son enfance et son adolescence dans un logement d'une seule pièce, c'est-à-dire sans cesse sous le regard de ses parents : elle n'a « pas pu avoir de jardin secret... ». « Et pourtant mes grands-parents auraient eu la possibilité d'habiter un logement plus grand. » Pour cette grand-mère, ce type de situation perdure puisque les fenêtres de l'appartement de sa propre mère plongent chez elle, au point que le grand-père tire systématiquement les rideaux le soir, afin d'échapper aux regards et commentaires de sa belle-mère. Madame rencontre sa mère ou lui téléphone tous les jours. En dehors de son travail, elle sort peu sans elle. Son histoire familiale est jalonnée de deuils dont elle dit qu'ils « ne sont pas faits ». Il s'agit, en fait, de la mort de trois de ses grands-parents. Elle avait 3 ou 4 ans lorsque son père a perdu ses propres parents et, très peu de temps après, il fut victime d'un grave accident du travail qui l'a laissé dans l'incapacité de travailler pendant plusieurs années. Puis autour de la cinquantaine, il a développé une grave maladie musculaire qui l'invalide toujours davantage et l'a de nouveau contraint à cesser son travail. Quant à la grand-mère, elle aurait fait deux « dépressions » qui paraissent correspondre aux périodes de mise en invalidité de son mari. La première alors que madame avait à peine 10 ans, la deuxième peu de temps avant la grossesse de Vincent. C'est aussi à ce moment que meurt son propre père.

Ce sont donc deux familles où le deuil, la maladie, la dépression, la violence sont très prégnants. Famille aussi où les générations ne sont pas à leur place ; Monsieur et Madame restent des enfants pour leurs parents. Madame dit d'ailleurs ne pas se sentir adulte, ne pas savoir mettre de limites à ses fils de peur de perdre leur amour. Elle-même manque de limites, de repères. Chacun de ces parents éprouve de grandes difficultés à aider Vincent à se construire et ceci d'autant plus que ce petit garçon se montre compliqué. Cela était frappant à certaines occasions comme celle qui a tourné autour de l'acquisition de la propreté. Vincent ayant plus de trois ans, j'ai demandé aux parents où il en était de ce point de vue. J'eus pour réponse un silence perplexe. En fait, ni le pot, ni les toilettes ne lui avaient jamais été proposés. Nous en avons parlé, reparlé, je l'ai situé sur le terrain du droit de Vincent à grandir, à être soutenu dans son autonomisation. Le père est resté silencieux tandis que, de son côté, la mère a dit son profond dégoût pour les selles dans le pot, alors que changer une couche sale ne la gênait pas. Comment ne pas penser à sa propre difficulté à s'autonomiser, à se séparer, à quitter, à sa peur de disparaître sans laisser de trace ?

Il m'est apparu alors qu'il serait peut-être plus facile pour eux que nous situons cet apprentissage dans la perspective d'une future scolarisation de Vincent, puisque l'entrée à l'école maternelle n'est envisageable qu'à cette condition. J'ai découvert à cette occasion que ni l'un ni l'autre n'était en mesure de me parler des habitudes de Vincent : à quel moment faisait-il ses selles, ou bien n'avait-il pas d'heure régulière ? Était-il indifférent ou non au port d'une couche sale ? Manifestait-il quelque chose avant, pendant, après, etc. ? À partir du moment où ils lui ont proposé les toilettes, il a accepté d'y faire ses besoins. Il lui est même arrivé deux ou trois fois d'y entraîner sa mère pour lui indiquer qu'il en avait envie. Elle me l'a raconté avec plaisir et fierté, mais je sais aussi qu'elle ne lui a toujours pas acheté de slips pour le laisser sans couche et qu'elle ne lui propose pas régulièrement les toilettes. Autrement dit, elle se laisse guider passivement par son fils ; elle ne prend elle-même aucune initiative, n'anticipe et ne propose pas.

Au cours de cette première année de travail avec les parents de Vincent, il m'a semblé nécessaire de rester au plus près de l'observation concrète de ce qui se passait avec leur enfant, de le leur faire partager, de les prendre à témoin de ce que je constatais et vivais avec lui, de les aider à porter une attention plus grande à ce qui se passait à la maison aussi. Toutefois il est bien évident que si c'est là un préalable, un passage obligé, le travail ne saurait s'arrêter là quand on a affaire à une problématique relationnelle aussi grave. J'y reviendrai bien sûr après avoir relaté l'évolution de Vincent au cours de la deuxième année du suivi.

L'IMPASSE : IL FAUT ET IL NE FAUT PAS PARLER

Il a juste 4 ans. Les séances sont très riches et très remplies désormais. Vincent les partage entre les jeux d'eau, le trampoline et le miroir, et ne me laisse à peu près aucun répit. Lorsque nous nous disons bonjour dans la salle d'attente, il vient vers moi, me regarde dans les yeux, me sourit, me tend la main. Je le trouve parfois en train de pousser une poupée dans la poussette ; sa mère me dit que la nourrice garde un bébé depuis quelque temps et que Vincent est un peu jaloux. Elle prévoit de lui acheter poussette et baigneur pour qu'il puisse jouer ainsi à la maison. C'est là une marque d'attention et de prise en compte de Vincent très nouvelle chez sa mère et je m'en réjouis. L'identification commence à fonctionner dans ce sens-là aussi ! Il entre parfois dans notre salle en pédalant allègrement sur un tricycle qu'il abandonne dès qu'il est entré, comme si quelque chose de la pièce où l'attend sa mère devait l'accompagner. Au lavabo, il aime transvaser l'eau d'un petit récipient dans l'autre. Il boit au verre, il me donne à boire aussi et rit de

plaisir lorsque je déguste avec délectation le bon « café » qu'il m'a préparé. Il est aussi très intéressé par la disparition de l'eau et son trajet dans les tuyaux. Du coup il va en suivre le parcours derrière le lavabo.

Lorsqu'il s'apprête à changer de jeu, je lui tends la serviette pour qu'il s'essuie les mains. Il aime particulièrement bien ce moment et après les mains, il passe aux bras, puis à la tête et au ventre, puis au dos, mimant la sortie du bain. Il y prend beaucoup de plaisir et ses parents me confirment qu'à la maison, il se lave et s'essuie seul, très bien. Il commence aussi à s'habiller le matin. Il aime garder la serviette pour aller recommencer devant le miroir, puis il lui arrive de me demander de l'aider à la fixer autour de sa taille et il s'amuse à vivrevolter et à s'admirer. Il aime aussi tendre la serviette devant lui et la baisser lentement pour faire apparaître son visage dans le miroir et s'observer longuement avant de dévoiler l'ensemble de son corps. De même que prenant conscience de son corps et de ses déplacements dans l'espace, il n'en finissait pas de marcher en tapant des pieds, jamais lassé de cette découverte et de ces sensations nouvelles, de même face au miroir, il n'en finit pas de découvrir son visage, son reflet, et d'y prendre grand plaisir, en dévoilant progressivement l'ensemble de son corps, la découverte du reflet dans le miroir de la verticalité de ce corps dans l'espace. Toutefois, cette observation fait aussi écho pour moi aux propos de sa mère qui, dans le miroir, ne regarde jamais que son visage, et non son corps, dont le reflet lui est rendu insupportable par ses rondeurs. Écho aussi à ce que madame donne à voir dans la salle d'attente. En effet, dès que Vincent entre avec moi pour sa séance, elle se plonge dans un livre dont je ne suis pas certaine du tout qu'elle le lise ; il lui sert plutôt de paravent la protégeant du regard des autres parents présents et qu'elle abaisse au ras des yeux pour ne rien perdre de ce qui l'entoure mais sans risquer d'entrer en relation avec les autres.

Je réalise alors que mère et fils se comportent de la même façon : ils se déplacent droit devant eux, sans regarder ce qui les entoure, sans se regarder mutuellement non plus. Toutefois, à ce moment-là du travail, Vincent n'en est plus là, de toute évidence. Il a besoin, pour ses observations et découvertes devant le miroir que je le laisse seul, sans intervenir. Un peu comme lorsqu'il s'asseyait sur « mon » tabouret en me tournant le dos pour me signifier que j'avais à respecter son espace. Il me fait le témoin de la manière dont chaque enfant se construit, alternant les échanges afin d'apprendre, d'expérimenter, et les nécessaires moments de solitude permettant d'intégrer la nouveauté, de la faire réellement sienne en la répétant de multiples fois. En revanche, la découverte récente du trampoline est pour lui l'occasion d'échanges et de grands rires que nous avons en commun. Il le tire devant le miroir et me demande de lui donner les mains pour sauter ; il est pourtant fort capable de sauter seul. Je me place derrière lui pour lui permettre de se

voir dans la glace. Il voit donc aussi mon reflet. Ce sont cris et grands rires aux éclats. Et lorsque je l'aide à sauter plus haut et qu'il replie les jambes, il disparaît totalement du miroir pour réapparaître ensuite : « Hop ! Plus de Vincent ; et coucou ! le revoilà ! » C'est pour lui un plaisir extraordinaire. Malgré le plaisir de ce jeu face au miroir, il a pu un jour, à ma grande émotion, se retourner vers moi, tournant le dos au miroir, afin que nous continuions à jouer en face-à-face et que nos regards se croisent à chaque fois que son saut amenait son visage à la hauteur du mien. Ce petit garçon qui autrefois avait un visage tellement inexpressif, a maintenant un vrai regard qui peut être parfois très malicieux. Il est capable de mimiques claires : il rit, boude, se fâche, prend l'air attentif ou taquin.

Je découvre (enfin) que Vincent ressemble à son père, ce qui ravit ce dernier. Il ne déambule plus, utilisant passivement l'espace tel quel, non, il le réorganise selon son projet, choisissant le matériel et les objets qu'il souhaite pour arriver à ses fins ; il ne manque ni d'imagination, ni d'à-propos. Quand il part, la salle commence à être en désordre. Il imite beaucoup, notamment son frère, expérimentant, affinant, tentant de comprendre l'utilisation d'un jouet, le sens d'un jeu. À la halte-jeux, il reconnaît son porte-manteau surmonté de sa photo. Il joue peu avec les autres enfants, mais s'installe auprès d'eux pour réaliser les mêmes activités (collages, gommettes). Il s'intéresse aux livres, aime que l'adulte les lui raconte, lui montre les images.

PARLER POUR NE PAS COMMUNIQUER

Au point où nous en sommes, la difficulté majeure reste la quasi absence de langage chez Vincent, et je me pose la question de savoir comment il va pouvoir continuer à avancer sans cette acquisition. Il continue à babiller un peu ; à la maison, il dit toujours : « Papa, Mama, bain-bain. » Il dit « hein » pour « oui » et très nettement, fermement et souvent « NON ». Ce « NON », je l'entends de plus en plus fréquemment au cours d'une séance, et je m'en réjouis, mais plus de « maman » ni de « manan-bobo », ni de « c'est dur ». Vincent a maintenant un visage, un corps, un espace où il se projette en multipliant les expériences afin de consolider et enrichir ses acquis. Il agit désormais dans le plaisir de l'échange et de la relation. S'il se montre de plus en plus joyeux, de plus en plus expressif, actif, curieux, s'il s'affine et grandit pour ressembler davantage à un petit garçon qu'à un gros bébé, le langage lui ne se met pas en place. Du babil, il était arrivé aux mots, puis à l'association de deux mots, sans oublier le « NON ». Et puis de nouveau, retour au babil. Cela paraît d'autant plus paradoxal qu'il se montre dans ses jeux, ses activités, sa manière de communiquer, de plus

en plus « adapté ». Il imite beaucoup, comme tous les petits pour se construire, mais il est capable d'innover, de créer à partir de là.

Alors communiquer par le langage ne prendrait-il pas sens pour lui ? Aurait-il été déçu lors de ses tentatives précédentes ? Le temps ne s'inscrirait-il pas pour lui, comme chez ces enfants dits autistes qui font inlassablement tourner les roues qui leur tombent sous la main, perdus dans la contemplation du mouvement circulaire, répété sans fin de façon immuable ? Pour tenter de mieux comprendre l'impasse dans laquelle il se trouve là, il me faut revenir à sa relation à sa mère. J'ai dit déjà la difficulté rencontrée, par cette dernière, à regarder son petit garçon, à l'écouter, à accueillir ses demandes, et à parler de lui. J'ai bien souvent souffert pour lui, lorsqu'il venait vers elle, s'accrochait à ses genoux pour qu'elle le prenne, ou du moins qu'elle s'adresse à lui ; elle paraissait ne pas s'en apercevoir, ne pas même le sentir, tout occupée à parler d'elle sans discontinuer. La plupart des enfants, dans ce cas, crient ou pleurent, lui, non. Devant l'absence de réaction et de réponse de sa mère, il s'en allait ou venait chercher auprès de moi ce qu'il attendait d'elle. Puis, au fil de la thérapie, il a commencé à se plaindre de cette attitude, à insister, à grogner, obligeant sa mère à s'interrompre, ne serait-ce qu'un instant, quitte même à essuyer une rebuffade. À ce propos, elle me raconta un jour que Vincent avait, à la maison, débranché la prise du téléphone alors qu'elle bavardait depuis un bon bout de temps avec une amie. J'ai ri et ajouté que Vincent avait décidément beaucoup d'humour. Cela ne l'a pas amusée.

Cette anecdote m'a permis de mieux me représenter ce que devait vivre ce petit garçon : sa mère était tout aussi peu disponible pour lui, à la maison, qu'elle ne l'était ici, bien sûr. Et j'imaginai cet enfant baigné dans le ronron du discours ininterrompu et peu modulé de sa mère, comme un fond sonore sans valeur relationnelle : elle parlait, occupait tout l'espace, sans que l'autre existât réellement. Avec moi, aussi, elle éprouvait beaucoup de difficulté à s'interrompre : c'était un flux sans scansion, assez monotone ; un monologue peu rythmé, comme non adressé et apparemment sans affect. Pourquoi Vincent se serait-il mis à parler si l'échange n'était pas possible ? Au cours de nos rencontres, la mère se plaignait : elle se disait « contractée », elle avait mal au dos, à la nuque, elle avait des migraines. Au fur et à mesure que Vincent s'animait, progressait, se séparait, ses angoisses à elle devenaient plus vives. Elle s'est crue atteinte d'un cancer du sein, puis de l'utérus, puis de l'intestin ; chaque examen négatif relançait une nouvelle inquiétude à propos d'un nouvel organe. Elle disait avoir conscience du côté déraisonnable de ses peurs, mais être incapable de résister à la panique qui l'envahissait. Et pourtant cette panique ne se manifestait ni dans le ton employé, ni dans l'expression du visage, ni dans l'attitude, comme si elle me parlait d'un corps qu'elle ne ressentait

pas, comme si l'émotion décrite n'était pas éprouvée. Cette inquiétude continuellement renouvelée et les examens répétés qu'elle obtenait des médecins constituaient peut-être son seul rapport possible à son corps, sa seule assurance qu'il existait réellement : comme si l'imagerie médicale, le fait que les médecins aillent « y voir » donnait en quelque sorte une réalité à ce corps.

Comment ne pas me souvenir de ce qu'elle disait quelques mois plus tôt avec beaucoup d'émotion cette fois-là : « J'ai peur de mourir, parce que j'aurais peur que mes enfants ne m'oublient ? » Comme une équivalence absolue existant entre ne plus être vue et ne pas exister. S'inquiétant de l'absence de langage chez Vincent, elle se demande pourquoi il ne dit pas « maman », alors qu'il nomme son père. Ce sera l'occasion de revenir sur la naissance de Vincent dont elle m'avait dit que l'accouchement avait été « douloureux, violent, mais normal » !

Or en y revenant près de deux ans plus tard, il apparaît que « Vincent avait le crâne de travers, les yeux très gonflés, au point de ne les ouvrir qu'au bout de huit jours et qu'il était "raide et contracté" »... « Il ressemblait un peu à un petit singe » ajoute sa mère. Elle se souvient de la visite de la pédiatre, au moment de la sortie de l'hôpital, notant tout ce qui n'allait pas : « J'ai eu l'impression qu'elle me parlait d'un monstre. » Et puis « l'accouchement a été violent, mais je n'ai pas senti Vincent sortir ; je n'ai pas senti le passage... c'est peut-être pour cela que j'ai du mal à couper le cordon aujourd'hui... c'est comme si il était encore dans mon ventre ». « Comme je ne l'ai pas senti, j'ai été surprise quand on me l'a posé sur le ventre... c'est comme si je ne l'avais pas fini. » D'emblée la naissance de Vincent la place du côté de l'étrange : difficile à regarder (un petit singe aux yeux gonflés et clos), à porter (un bébé qui ne se détend pas dans les bras), impossible à (re)connaître : si elle n'a rien ressenti, est-ce bien le sien ? Comment être la mère d'un enfant « pas fini » ? Ne devrait-il pas être encore en elle pour qu'elle le « finisse » ? Mais, en retour, lui qu'elle n'a pas senti sortir, n'a pas non plus « fini » sa mère, au sens où il ne lui a pas permis de percevoir la limite entre le dedans et le dehors de son propre corps.

La situation d'impasse relationnelle dans laquelle se trouve Vincent se situe là. L'aider à la dépasser suppose d'aider sa mère à se construire, elle aussi. Je dois dire que ce petit garçon me guide en ce sens : bien qu'il prenne grand plaisir à nos séances, il a actuellement tendance à raccourcir le temps qui lui est réservé et à aller chercher sa mère plus vite afin qu'elle vienne « travailler » avec nous. Il a certainement tout à fait raison et elle s'y prête volontiers, bien que je perçoive chez elle une crainte qu'elle ne semblait pas éprouver auparavant. J'y vois le fruit du travail en cours pour elle. J'illustrerai cela à travers deux éléments importants : elle m'a rapporté récemment s'être opposée à sa mère, au contraire de l'habitude, celle-ci lui faisant une demande qu'elle jugeait

excessive, et d'ajouter : « J'ai des limites, tout de même ! » Par ailleurs, elle est revenue sur sa difficulté à regarder autre chose que « l'ensemble » et elle réfléchit à ce que cela représente. Elle repart du fait que son père lui reprochait de ne pas regarder dans les yeux, l'interprétant comme un manque de franchise ; interprétation qu'elle récuse. Aussi loin qu'elle se souvienne, ce père a toujours eu un regard sévère, critique, qu'il n'accompagnait d'aucun commentaire. Il ne montrait jamais ni sa joie, ni sa satisfaction si ce n'est son mécontentement. Son père a toujours eu un regard que l'on ne peut soutenir : « Il dit tout par ses regards. » En revanche, « moi, je ne dis rien avec les miens... c'est peut-être pour cela que je m'exprime autrement (rites)... je parle trop, mon mari me le reproche assez ».

Et justement, il y a désormais des instants de silence dans nos rencontres et ce qu'elle dit commence à prendre une tonalité en accord avec les affects exprimés. J'y vois l'ébauche d'une affirmation d'un espace et d'un temps qui lui seraient propres et d'un début de relation qui suppose enfin une réciprocité. En même temps qu'elle commence à reconnaître sa propre souffrance, elle commence à pressentir celle de son fils. Si bien qu'elle s'interroge, avec moi, sur la souffrance que doit représenter pour Vincent le fait de ne pouvoir communiquer par le langage, le fait de ne pas avoir les moyens de se faire comprendre. « Il doit en souffrir » me dit-elle rougissant d'émotion, le regard embué.

Tout s'est passé comme si mon regard posé sur Vincent, qu'il a accepté, puis échangé, lui avait permis de se construire un visage, un corps, un espace et que c'est par ce biais aussi que sa mère a pu commencer à le voir et le regarder, comme s'il lui avait fallu passer par le regard positif posé par un tiers sur son enfant, pour pouvoir lui donner corps et « l'humaniser » en le faisant émerger du « petit singe » et du « monstre ». Mais c'est le regard de ce même tiers posé sur elle, qu'elle a pu aussi commencer à échanger, qui lui permet aujourd'hui d'approcher ses propres limites, ses propres sentiments. Regard qu'elle peut soutenir parce qu'il n'a pas la sévérité de celui de son père, mais qui ne se montre pas intrusif non plus, comme celui de sa mère.

Chapitre 2

DE L'ABSENCE DU REGARD À UN REGARD SUR L'ABSENCE

Par Catherine JACQUEMIN

PREMIÈRE RENCONTRE

Lorsque je rencontre Laurent pour la première fois, il a 3 ans et demi, il est accompagné de ses deux parents. Je les reçois dans la salle de psychomotricité. Depuis 4 mois, il est suivi par une éducatrice spécialisée qui se rend à domicile une fois par semaine. Le pédopsychiatre, qui rencontre régulièrement les parents décrit Laurent comme un enfant présentant « un trouble envahissant du développement avec un fonctionnement psychotique » (absence de relation, fuite du regard, absence d'une activité ludique). Il leur a vivement conseillé d'engager un suivi en psychomotricité.

Lors de notre première rencontre, alors que les parents débute l'entretien quant à leurs soucis concernant l'absence de langage chez leur fils, Laurent déambule sans but précis, cherche à grimper sur une étagère, se couche dans les coussins. Il ne s'attarde sur aucun objet en particulier. Rien ne semble attirer son attention, ni modifier son va-et-vient. Il n'a pas d'activité ludique. Il émet quelques cris. Son arrivée dans un lieu inconnu et la rencontre avec une personne étrangère ne semblent pas l'interpeller.

Lors de cet entretien, en une fraction de seconde, je croise son regard dans le miroir. Ce « moment flash », presque dépourvu d'une durée car furtif et insaisissable, prend étrangement, dans la séance et dans mes souvenirs, la forme d'un temps vécu. Inscrit dans une réciprocité, ce « regard rencontre », première interrelation, humanise une entrevue si difficile et semble l'inscrire dans une première trace temporelle : je me suis sentie regardée !

Je m'accroche à cet échange visuel (corps réel) pour m'adresser à lui et imaginer le travail avec ce garçon (corps imaginaire). Je prends alors conscience de toute l'importance du regard dans le travail avec un enfant tel que Laurent :

– nos regards qui, en se croisant, subjectivent le moment et le « temporalisent » ;

– mon regard et mon observation comme outil de travail pour me faire une idée de la situation psychique et relationnelle de cet enfant.

À la fin de l'entretien, Laurent marque un deuxième temps d'arrêt, celui-ci plus long que l'épisode précédent. Il est derrière moi, s'approche si près qu'il vient coller sa bouche à mon épaule. Je tourne à peine la tête, je l'aperçois en vision périphérique, image floue : il est trop proche.

– « Coucou Laurent » lui dis-je.

Il recule, sourit, revient se coller, repart, revient. Ainsi s'engage un jeu d'espace rythmé par ses allers et retours.

Rapidement la maman de Laurent m'interpelle et m'incite à la prudence en me disant : « Attention, il va vous mordre. » Je suis surprise par cette affirmation. La qualité humaine de ce moment de rencontre si fragile prend subitement un caractère animal voire cannibale ! Que se joue-t-il dans cet instant entre un enfant qui tente sous le regard de ses parents d'établir un lien avec une personne autre alors que sa mère, par sa parole, vient faire rupture ; Madame, par son interpellation, m'indique qu'elle connaît son fils, qu'elle a plus d'expérience que moi et elle m'informe de ce qui va se passer ; « il va vous mordre » et non pas « attention il pourrait vous mordre ». Comme si Laurent fonctionnait avec tout le monde de la même façon, pas de différence, pas de place pour l'inconnu d'une nouvelle rencontre, celle-ci serait déjà amorcée dans la répétition et l'identité.

– S'agit-il de jalousie au moment où cet enfant, décrit comme absent dans son environnement familial, marque un intérêt et un mouvement vers l'étranger, vers l'autre, vers un lien éventuel ?

– S'agit-il de honte ? leur enfant est présenté à un étranger et il pourrait se montrer terrible ; quelle opinion vais-je avoir de leur fils et par conséquent d'eux ?

– De quelle morsure parle-t-elle ? de celle que je pourrais éventuellement recevoir ou la sienne, de celle qui la fait souffrir d'avoir un enfant comme Laurent, de celle qu'elle souhaiterait donner à tous ces professionnels pour qu'ils vivent son impuissance ?

Je prends mesure de toute l'ambiguïté de la situation et de l'impasse dans laquelle le travail pourrait vite s'engager. Laurent revient, mon tonus a changé, je suis aux aguets. Je me sens différente dans ma manière de l'accueillir. Il ne me mordra pourtant pas. La mère me confirme qu'il mord parfois. Il mord aussi beaucoup ses canards ; objets qu'il affectionne particulièrement. La maman en a acheté plusieurs exemplaires identiques afin d'en avoir toujours à disposition.

Laurent est un enfant au corps lourd, trapu. Certaines de ses attitudes et comportements ravivent en moi un traitement psychomoteur ancien. Je me souviens de Sylvain, ce jeune garçon avec qui j'ai travaillé pendant plusieurs années. Sylvain, absent de tout contact, m'avait profondément troublée dans ma position de thérapeute. J'ai appris avec cet enfant à la fois l'importance et la difficulté de l'observation : être là, présente dans mon regard, mon tonus, ma posture et dans mes pensées sans réponse. Seuls le corps réel et le corps imaginaire sont les points d'appui possibles au travail, les seuls points d'accrochage en ce cas. Je pense que mon travail de psychomotricienne a pris tout son sens avec cet enfant qui par son absence grave de relation m'a posé la question fondamentale de la relation dans le développement de l'enfant. Je note également pour Laurent que son aspect physique ressemble à un enfant de mon entourage personnel. J'ai la sensation bizarre d'être dans du « déjà connu », du déjà-vu, étrange familiarité qui me trouble face à cet enfant inconnu.

ANAMNÈSE

Laurent est le premier enfant de ce couple. L'accouchement a été provoqué une semaine avant le terme, la maman ayant perdu les eaux depuis 4 jours. Ce fut un accouchement long, « trop long » dira-t-elle. L'utilisation de forceps fut nécessaire. Laurent naît avec un eczéma sur tout le corps qui rend les soins corporels difficiles et exige un traitement important. Il a une peau très délicate. Les parents parleront d'un « eczéma héréditaire », le papa en ayant souffert dans son enfance. La ressemblance avec le père sera souvent évoquée ; « bébé facile, tranquille, un peu rêveur comme son père » et de ce fait le retard de développement ne suscitera pas de souci particulier dans un premier temps.

Laurent a marché à 17 mois – sans passer auparavant par une autre forme de déplacement. Il restait là où on le posait, sollicitant peu son

entourage, ayant peu d'intérêt pour les jouets. Laurent allait facilement vers tout le monde, ne montrant aucune angoisse face à l'étranger. Le souci est venu par le biais de l'absence de langage.

Je me pose la question de la dynamique familiale, un milieu où on bouge peu. Les parents de Laurent vivent dans un petit village et habitent dans la même maison que les grands-parents maternels. Madame est très proche de ses parents. Il lui a toujours été difficile de s'éloigner : elle a renoncé, jeune fille, à poursuivre des études qui nécessitaient un déplacement dans une ville voisine. Elle a arrêté son travail à la naissance de leur fils. Elle viendra très souvent accompagnée de son père et semble aussi, dans le quotidien, passer beaucoup de temps avec sa mère. Il y a une grande indifférenciation dans les espaces respectifs (appartements, adresse, téléphone...). Le père me donne d'ailleurs les deux numéros de téléphone sans aucune différence ni préférence me disant que « les grands-parents sont au courant de tout ». Quant au papa, il est d'origine italienne, ses parents ayant immigré en Suisse avant sa naissance et il voit peu ses parents.

Laurent régurgitait beaucoup et aujourd'hui il peut se faire vomir à la moindre contrariété. Les parents parlent d'un bébé gazouillant énormément, si bien qu'ils étaient persuadés que leur fils parlerait bien avant de marcher. Apparemment, la séparation passant par le corps réel de l'enfant avec l'acquisition de compétences motrices n'était pas dans cette famille le préalable imaginaire à la parole. À l'âge de 1 an et demi, Laurent souffre de graves otites aux deux oreilles. Il devient très nerveux et les parents notent un changement important dans son comportement : attitude absente, regard voilé, activités répétitives et stériles. Ils ne comprennent pas pourquoi Laurent s'est arrêté de dire les quelques mots qui existaient auparavant. Les parents consultent leur pédiatre, posent la question de l'autisme après avoir vu une émission à la télévision, s'engagent pendant une année dans de multiples démarches dans et hors de la région (visites ORL qui mettent en évidence une mauvaise ouïe comme conséquence d'otites, EEG, ultrasons, chromosome X fragile, consultations neuropédiatriques, médecine parallèle, écoute Tomatis, etc.). Les résultats à ces examens n'apportent pas d'éléments nouveaux de compréhension mais tous parlent « d'attitudes autistiques ». Finalement, ils consultent un pédopsychiatre, Laurent est alors âgé de 2 ans et demi.

L'eczéma observé à la naissance semble s'être beaucoup atténué. Seules apparaissent encore quelques traces au coude et aux genoux qui demandent des soins réguliers. D'autre part, la mère fait très attention aux produits employés (savon, lessive, crème). Elle n'utilise que des produits pour nourrisson ; et à plusieurs reprises, dans mes rencontres avec Laurent, je serai surprise par son odeur. Lorsque Laurent a alors 3 ans, la famille s'agrandit avec la naissance d'une petite fille.

LA CRÉATION/DÉCOUVERTE D'UN RYTHME COMMUN

Les observations qui suivent porte sur une année de traitement à raison de deux séances par semaine.

Lorsque Laurent arrive en séance de psychomotricité, accompagné par sa mère, il se jette littéralement dans l'espace sans marquer de temps d'arrêt. Son mouvement me donne l'impression d'un élan suicidaire, d'un vide sans spatialité ni temporalité. Il déambule dans la pièce d'une démarche lourde. Son corps semble être comme un bloc avec peu de fluidité. Il ne porte son attention à aucun objet. Je suis là à le regarder, je le vois, il est vu. Je m'accroche à l'illusion que le simple fait de le regarder peut, peut être, nous aider à nous apprivoiser l'un l'autre. Seul mon regard, ma présence restent une constante, un point fixe dans ce tourbillon sans sens apparent. Le regarder avec présence et humanité est dans un premier temps mon seul moyen de susciter et d'encourager une relation à construire.

Je suis alors surprise : Laurent grimpe sur un banc et se laisse tomber uniquement si je suis dans un espace suffisamment proche pour pouvoir le rattraper. Si la distance s'agrandit, il reste prudent. Au cours des premières séances, ce jeu se répète. À aucun moment je ne me sens regardée. Je ne le vois jamais me regarder et pourtant son comportement me prouve qu'il ne m'ignore pas et qu'il m'a bien vue ! Rencontre déroutante. Il se lance mais je le tiens, le rattrape. Il est très lourd comme si son poids réel se multipliait ; une masse, j'ai la sensation de porter tout son être psychosomatique.

Rapidement, Laurent repère de petites balles et les jette sans porter d'attention où elles atterrissent. La maman me dit, qu'à la maison, Laurent fait de même inlassablement puisque le chien les lui ramène. Je m'interroge sur la question de la représentation de l'espace si lancer au loin n'impose pas un déplacement. La distance parcourue par la balle n'est appréhendée que par le temps qu'elle met à revenir (à l'aide du chien) ou par l'effort que l'on fait pour la retrouver. Il me semble que cette expérience pourrait nier la profondeur de l'espace, la distance ne serait alors plus que temps.

J'essaye d'engager un échange. Je le sollicite en lui renvoyant les balles doucement, jusqu'à lui, afin qu'elles prennent le temps de parcourir l'espace et qu'il puisse les voir s'approcher. Quelquefois, je les garde toutes de mon côté et j'attends qu'il n'en ait plus, avant de les lui renvoyer. Ce scénario se répète pendant plusieurs séances, créant une certaine rythmicité, rythmicité qui devient souvent, jusqu'au jour où Laurent suit des yeux une balle, se baisse pour porter son regard sur cet objet roulant sous ses jambes. Il la reprend et la relance dans ma direction. Je poursuis. Laurent reprend dans une rythmicité très décousue. Je reste patiente, je l'attends, je l'appelle pour poursuivre mais

souvent il semble ailleurs. J'ai du mal à être avec lui et à maintenir ma présence. Il me revient à l'esprit le désarroi exprimé par les parents lorsqu'ils voyaient leur fils manipuler le sable sans fin.

La question du rythme, que j'introduis volontairement dans cet échange de balles et la répétition à l'image d'une courbe sinusoidale, me semblent fondamentales. Avant de devenir jeu relationnel, ce moment est avant tout « rythme », rythme partagé dans une continuité, rythme perçu dans la discontinuité. Ce n'est pas encore une expérience, seulement une rythmicité vécue. Dans ce jeu, ce qui est primordial, c'est la rythmicité qui offre une forme de circularité. L'enfant éprouve ainsi répétitivement une forme de conviction interne que ça va revenir, c'est du moins ce que j'espère. Laurent remarque ce rythme lorsqu'il n'a plus de balles, lorsqu'il doit attendre sur mon renvoi pour poursuivre son mouvement, lorsque dans la dynamique mise en place, un vide se fait sentir, un manque, un changement. Ainsi s'établit une sorte de rythmicité de base qui donne à l'action une continuité et à la relation une stabilité et dans laquelle la répétition permet l'anticipation de quelque chose à venir, de quelque chose qui devient prévisible. Une temporalité prend naissance dans cette rencontre entre deux subjectivités. Il est ici question de phénomène temporel, sollicitant la mémoire (celle passant par le rythme et le corps), et qui dit mémoire dit souvenirs.

M. Rodriguez écrit :

« Si le temps est d'abord éprouvé au niveau du corps en tant qu'attente, tension, satisfaction ou frustration, c'est surtout la rythmicité des expériences (étayée par la figure maternelle) qui fonde les conditions essentielles du développement psychique. Pour un auteur comme D. Marcelli (1985) c'est la répétition des expériences qui permet au nouveau-né d'organiser celles-ci selon un repérage basé sur la ritualisation. Si la répétition n'est pas en elle-même porteuse de sens, elle est le cadre continuif permettant l'émergence d'un sens qui ira croissant à chaque répétition. La prévisibilité inhérente à la circularité des échanges associée à ce que l'on nomme la capacité d'attention, permettra au nouveau-né de mettre en correspondance des états affectifs avec des états physiologiques formant ce que D. Marcelli nomme des agglomérats, et déterminera la capacité anticipatrice qui est selon l'auteur la première forme de pensée du type : *après cela, il y aura autre chose.* » (Rodriguez, 1999)

Afin d'élaborer le jeu et de l'inscrire dans une créativité, je propose à Laurent un tuyau dans lequel je mets la balle et la fait ressortir de l'autre côté. Laurent semble intéressé par cet objet incongru. Surpris, il s'approche. Il prend la balle et l'enfile à son tour, je la réceptionne à l'autre bout. J'ai la sensation d'un premier espace nous liant. La distance parcourue par la balle est maintenant matérialisée par le tuyau qui nous relie. Laurent se manifeste, crie, se réjouit de tout son corps à l'arrivée de la balle. Il la regarde s'approcher de lui à l'intérieur du

tuyau. Son tonus se modifie et semble se rythmer entre moment d'attente, d'anticipation et moment d'apaisement lorsqu'il a la balle et prend le temps de me la renvoyer. Je pense alors au bébé qui oscille entre des éprouvés de fain vécus corporellement par une hypertonie, satié, de satisfaction passant eux aussi par le corps réel. Laurent semble corporellement vivre cette même rythmicité entre hypertonie-hypotonie, entre attente-satisfaction, entre contraction-relâchement.

Ce jeu se reproduira avec de gros haricots séchés contenus dans une boîte. Laurent les manipule sans sens apparent. J'en prends quelques-uns et les lui lance. Il réagit en souriant, sans pour autant arrêter son mouvement stéréotypé, mais c'est son premier sourire ! Laurent me regarde alors d'un air interrogateur. Je lui montre mes mains vides et lui dis : « Je n'en ai pas. » Je tends mon bras, lui montre que je ne peux pas attraper les haricots, je suis trop loin. Je l'invite à m'en redonner. À ma grande surprise, Laurent m'en lance. Je les attrape et les lui relance. Ce jeu se poursuit avec une participation irrégulière de la part de Laurent. Mais, en revanche, il réagit à chaque fois que je n'ai plus de haricots et pas ; première communication verbale. Cet échange marque un moment important dans le suivi psychomoteur avec cet enfant ; plaisir partagé inscrit dans un rythme passant en premier lieu par le corps.

LE TEMPS DE LA DÉCOUVERTE DE SOI : LE REGARD PARTAGÉ

Durant toutes ces séances cadencées par l'échange de graines ou de balles avec ou sans le tuyau, Laurent se met très souvent devant le miroir. Lors des premiers mois du suivi, nos interactions visuelles ne seront possibles que par cet intermédiaire, sorte de tiers évitant le regard direct. Il prend des mousses, saute dessus tout en se regardant dans le miroir. À chaque passage, il cherche cette image en même temps qu'il agit. Il semble poser la question de savoir quelle relation existe entre cette action source d'éprouvés corporels et cette image reflétée par le miroir ? Comment ces deux corps peuvent-ils se rencontrer et se lier ? Laurent cherche, répète puis insiste pour me donner la main afin que je sois avec lui dans la même action, avec lui dans le reflet. Le fait qu'il puisse voir dans le miroir son image confirmée par la mienne, soutenue par mon regard et ma parole aidera cet enfant à davantage utiliser sa vision directe par la suite et ainsi investir « un sens qui perçoit l'objet à distance » (Sami-Ali, 1989).

Dans ce jeu où l'image du miroir semble être le point de référence et où nous agissons tel un être unique, je tente de jouer quelque chose de l'ordre d'un décalage, d'un écart entre lui et moi ; je l'incite à aller seul : lui là-bas, moi ici. Je reprends son mouvement après coup. Laurent rit de me voir ainsi, reprend mon rythme de déplacement. Nous alternons entre se regarder lorsqu'il est plus loin et qu'il m'attend (anticipant de la même manière qu'avec le tuyau) et aller voir du côté du miroir. Il est très intéressé par ce reflet, se regarde beaucoup, crache dessus, se colle à la glace, y revient régulièrement. Tout montre ici que la découverte de soi passe par l'autre, c'est-à-dire par l'épreuve vécue et ressentie du corps dans la relation à l'autre.

Cet épisode dans le suivi de Laurent coïncide avec son intérêt nouveau pour le départ de sa mère. À plusieurs reprises et surtout juste après la séparation, il se dirige vers les fenêtres et regarde dehors. Puis il sort de la salle et se retrouve dans un bureau, pièce contiguë à la salle de psychomotricité. Au loin, il me regarde, son visage entre les deux barreaux du dossier d'une chaise. Je l'appelle, Laurent est là-bas, loin, je le regarde et je me sens regardée. Malgré l'espace nous séparant, le lien est maintenu par le regard. Je décide d'en jouer, je bouge mon visage de façon à modifier la vue que j'ai de lui jouant ainsi sur le fait de voir ou ne pas voir son visage derrière ces barreaux (à l'image d'un simple jeu de coucou provoqué par l'adulte avant d'être agi par l'enfant). Laurent jouera par la suite à partir et revenir de la pièce voisine, tout comme allumer éteindre la lumière, présence-absence que je verbalise par des mots simples : « Au revoir Laurent. Tu es parti, je ne te vois pas. Ah, te voilà, bonjour Laurent. » L'exigence que je lui pose de revenir, le « non » que je lui adresse lorsqu'il quitte la pièce de psychomotricité l'amuse beaucoup. Ces échanges s'inscrivent dans une démarche relationnelle. Je le surprends alors à dire « non » avec la même mélodie que moi telle une langue commune.

L'expérience clinique avec cet enfant m'amène à réfléchir sur l'apparition conjointe du regard dans sa fonction interactive et de l'attention portée au départ et à l'absence de sa maman. L'espace ne devient un espace de séparation que lorsque l'échange des regards prend sens dans la relation, parce que l'enfant a acquis un corps qui lui appartient. Progressivement ce moment de séparation avec sa mère s'organise et prend forme dans le travail avec Laurent. Il va d'abord se coucher dans les coussins et de là regarder sa mère s'éloigner et partir. Tout de suite après, il va voir par la fenêtre. Puis les séances suivantes, il reste auprès de sa mère qui me parle. Puis Laurent me prend la main et me tire en direction de la salle. Il émet un son qui ressemble énormément à « au revoir ». Je le fais remarquer à Madame. Elle le comprend ainsi mais semble le vivre difficilement. Elle me dit que son fils « réagit et parle quand ça l'arrange lui ». Je ressens la même déception et la même

surprise que lorsqu'elle m'avait annoncé que Laurent allait me mordre. Dès qu'une expression du lien apparaît, elle ne semble pas recevoir d'écho valorisé. Dans quelle impasse est cette relation pour qu'à chaque tentative de l'un ou de l'autre, l'échange reste ainsi sans suite ?

Madame semble avoir beaucoup de peine à voir les manifestations de Laurent et à accepter les changements chez son fils : le fait qu'il la salue, lui dise au revoir, l'attende au retour, le fait qu'il se manifeste. La séparation semble toujours difficile et douloureuse, d'autant plus que celle-ci peut signifier aussi que Laurent crée d'autres liens avec d'autres personnes et sorte de la relation mère enfant. La maman semble beaucoup donner à son fils, Laurent est là pour recevoir mais pas pour donner. Elle ne semble pas pouvoir recevoir ce que Laurent lui donne.

Les progrès observés dans la thérapie avec Laurent paraissent venir renforcer l'impasse relationnelle mère-enfant. En effet, je remarque que Laurent s'adresse très facilement à moi pour me demander de l'aide (ôter sa veste, ses chaussures). Il choisit « un autre » pour la relation. Je reste prudente, la mère pourrait se sentir « devancée ». La thérapie pourrait elle-même devenir une impasse mettant Laurent dans une situation paradoxale impossible.

Au fur et à mesure, Laurent se manifeste et met en scène le lien. Il m'attend et ne va plus dans l'espace de la salle de psychomotricité seul. Il regarde sa mère, lui dit à plusieurs reprises « au revoir », lui fait signe de la main et insiste pour que ce soit elle qui parte et lui qui la regarde partir. Il ne ferme la porte que lorsqu'elle est hors de son champ visuel. Madame semble souhaiter l'inverse et attend que Laurent entre de lui-même. Chacun semble vouloir être maître de la séparation. Je la ressens insistante, blessée d'être mise à l'écart par son propre fils ; peut-être préférerait-elle partir en douce comme lors de notre première rencontre. « Y a pas » me dit ensuite Laurent après avoir fermé la porte. Je reconstruis là certains de mes mots, mots que j'avais exprimés précédemment dans certains jeux et que Laurent semble s'approprier. Dans le cas où la maman ferme elle-même la porte, Laurent la regarde alors s'éloigner par le trou de la serrure ! Je suis dérouter et amusée. Décidément Laurent est un garçon surprenant. Il se redresse et me dit « pati ». Il va ensuite dans la salle et regarde par la fenêtre comme s'il espérait la voir de nouveau.

La séparation, d'abord agie par la mère, puis jouée en psychomotricité par des jeux d'espace (lumière, tuyau, bureau), permet l'émergence de la conscience de la séparation et par conséquent la conscience de l'autre qui s'éloigne et que l'on ne voit plus. Pendant les séances, Laurent retourne à la fenêtre, verbalise « pati », « y a pas », puis se dirige vers la porte et me dit « auvo ». Il s'enfile dans un coffre, le ferme et me redit « auvo ». L'espace ne devient espace de séparation que si on a d'abord acquis un visage propre.

Après quelques mois de travail, Laurent reprend le même scénario pour me quitter en fin de séance. Il retrouve ensuite sa mère avec joie, s'y accroche, lui prend la main, manifeste une reconnaissance différenciée. Il cherche à fermer la porte ou à me regarder la fermer, nous voir de moins en moins pour ne plus du tout nous voir. Si sa maman est en retard, il est maintenant capable d'attendre. Il va vers la porte d'entrée, s'y colle, crie et manifeste sa colère. Le temps est ainsi éprouvé corporellement en tant qu'attente, tension, satisfaction ou frustration. Cette élaboration de la séparation dans le réel et au sein des séances, nous amène dans une autre dynamique. Laurent va privilégier un espace dans la salle, « le coin coussins ». Il se couche, se tourne, se retourne comme s'il essayait en vain de s'installer sans jamais y parvenir. Afin de l'aider dans sa recherche, j'installe tout autour de lui des blocs de mousse et crée un espace contenant, à l'image d'une petite maison. Il est dedans, je reste à l'extérieur. C'est la première fois que Laurent se trouve dans un espace aussi petit, adapté à sa taille, un espace fermé, métaphore de son espace corporel. Ces séquences se reproduisent pendant plusieurs séances, dans un enchaînement répétitif.

Dans cet espace, Laurent parvient à se coucher en prenant appui sur les mousses disposées autour de lui. Il reste calme, immobile, voire rêveur. Il me fait penser à ces enfants que l'on retrouve le matin collés aux barreaux de leur lit, comme si un appui du corps sur une surface dure leur était nécessaire pour trouver le calme et le sommeil. Quelquefois Laurent mordille les coussins. Je perçois ces mouvements comme une façon de têter, peut-être une activité autoérotique. Il semble s'y amuser, jouer avec ses dents, éprouver la matière. Il émet aussi de drôles de sons comme des ronflements. Serait-ce une ébauche de jeu ? Je reste en dehors de cet espace qui est le sien. Je m'éloigne et vais à l'autre bout de la pièce. Je ne vois pas Laurent, celui-ci étant couché derrière les mousses. De temps à autre, je me couche et je reproduis ces ronflements faisant semblant de dormir. J'attends un moment. Lorsque j'ouvre mes yeux, j'aperçois Laurent, debout, appuyé sur les mousses qui me regarde. Il me sourit, se recouche et refait les mêmes sons. Il semble amusé.

Puis je m'approche de son espace en l'informant verbalement et en faisant volontairement du bruit dans ma démarche (Laurent ne me voit pas). Je me retrouve derrière ces mousses, cachée, appelant Laurent dans un encouragement à un jeu de coucou. Il se redresse, se penche et m'aperçoit. Il se recouche et ce jeu de cachette se reproduit à son initiative. Avec l'absence de regard débute le jeu de coucou et la sollicitation à ce que l'absence (voir et être vu) active et organise les représentations c'est-à-dire qu'elles constituent l'absence comme fait psychique et non comme « pure réalité » puisqu'en aucun cas la certitude de l'absence ne peut résulter d'une perception quelle qu'elle soit. Se cacher aux yeux

des autres et à ses propres yeux, se trouver soi, puis retrouver l'autre et peut-être se retrouver. L'enjeu est la construction d'une première identité primaire qui se joue dans le couple mère enfant.

Puis à un moment, Laurent me dit « auvoï ». Je lui réponds « au revoir Laurent ». Tranquillement, je me retourne et dans une marche ralentie, je m'éloigne de lui. Je m'arrête à l'autre bout de la pièce et je lui tourne le dos. « Laurent, où es-tu ? je ne te vois pas. » J'accompagne mon mouvement de retournement d'un son qui va en crescendo, jusqu'au moment où je peux l'apercevoir, là-bas, dans son espace maison. Il est alors là, debout, en attente, avec un visage expressif et souriant. Laurent semble avoir beaucoup de plaisir. J'éprouve moi aussi dans cet échange un réel plaisir. Plus Laurent se réjouit, plus je joue avec enthousiasme (avec ma voix, mes déplacements, mes mouvements). À travers cet échange, nous nous rencontrons dans le jeu, moment de plaisir partagé. Le plaisir que j'éprouve me fait un instant oublier la complexité de la situation. Notre rencontre m'apparaît simple et familière. Je m'approche très doucement de lui en alourdissant mes pas, ce qui donne un rythme à mon approche, comme une musique que je reprendrai à chaque fois. Alors, Laurent décale son regard, se tourne vers le miroir (proche de « sa maison ») et y suit de très près ma venue. Plus l'espace se rétrécit et plus il se crispe de joie. J'arrive vers lui par derrière et touche son dos. Je répète cette action sur demande. Laurent me fixe et me salue. Il reprendra ma mélodie pour solliciter mon retour.

Lorsque je m'éloigne de lui, il me regarde sans le recours du miroir et attend. Lorsque je reviens vers lui, en revanche, il suit mon approche dans le miroir en me tournant le dos. D'une séance à l'autre, Laurent se souvient et les jeux deviennent plus longs et plus riches en échanges et en plaisir. Il m'imité, reprend mes initiatives tout en me regardant et en m'invitant à poursuivre. En fonction de mon mouvement réduisant ou agrandissant l'espace entre nous, son regard devient direct ou indirect dans le miroir. La manière dont il met en jeu son regard est ici en lien avec un jeu expérimentant la profondeur de l'espace.

Laurent reste dans son espace délimité par les mousses. Il y trouve une balle qu'il lance en dehors et dont il suit la trajectoire. Je la réceptionne et la lui relance. Il la cherche et me la lance. Elle glisse derrière un gros ballon, je la cherche et vais moi aussi derrière le ballon. J'appelle Laurent et je réapparaîs mais ne dévoilant qu'une partie de mon visage : le front, les yeux, la partie droite. Laurent maintient son attention puis sort de son espace pour venir me retrouver. Plus tard, il émet un son, attend, le répète, je réapparaîs alors ce qui le fait rire. Il vient de l'autre côté du ballon et pousse. C'est la première fois que nos deux tons se confrontent et s'opposent, nous nous poussons, entre nous le ballon, il maintient la tension. Auparavant Laurent venait se

poser sur moi, se coller et lorsque je le portais, il semblait n'avoir aucune tenue.

À ce moment-là du suivi apparaissent simultanément :

- la capacité à « se tenir » et à « se confronter à l'autre » physiquement (me pousser) ;
- le jeu autour d'un dedans et d'un dehors ;
- la capacité nouvelle de Laurent de regarder alternativement notre image côte à côte dans le miroir et de se retourner pour me regarder directement. Premier mouvement d'interrogation entre le reflet et la réalité, entre ce visage connu qui est le mien et cet autre inconnu perçu dans le miroir à mes côtés.

Sami-Ali écrit (1977) :

« L'expérience du miroir est une expérience du réel dans lequel sont inclus en tant que visages soi-même et l'autre. La reconnaissance que le visage de l'autre auquel le sujet s'est auparavant identifié puisse être autre crée un sentiment d'inquiétante étrangeté : je suis et je ne suis pas le visage de l'autre. Ce qui équivaut à se poser la question : "Mais qui suis-je alors ?" »

Quelques semaines plus tard, par hasard, en sortant de la salle de psychomotricité, une de mes collègues se trouve dans le bureau, visage inconnu, expérience nouvelle. Laurent s'arrête, la regarde et garde une distance avec elle. Son expression est nouvelle, il est surpris et semble bien percevoir cette étrangeté. Il va chercher sa mère et revient fixer cette femme. Sa mère insiste pour que son fils s'approche et embrasse cette inconnue. Laurent refuse, ne bouge pas de sa position. Je lui fais remarquer alors les progrès de son fils dans cette distinction entre le familial et le non familial. Reconnaître l'étranger, c'est le différencier du familial.

« Percevoir le visage de la mère dans sa différence avec d'autres visages, c'est donc pressentir d'avoir un visage différent de celui de sa mère. »
(Sami-Ali, *op. cit.*)

Ce qu'il voit n'est pas lui. Son regard se différencie.

AVOIR UN VISAGE PERMET DE FAIRE DISPARAÎTRE LE REGARD DE L'AUTRE

Laurent a maintenant 4 ans. Je le connais depuis 10 mois. Il va s'installer sur un plancher instable recouvert d'un drap. Il vient me chercher et me fait comprendre que je dois me couvrir du drap. Il vient

aussi mais n'y reste pas. Il ne fait que passer, sortant à l'autre bout, contournant le plancher par l'extérieur, revenant dessous et ainsi de suite. Je ne comprends pas bien. Son mouvement m'exaspère et me soule. Finalement Laurent reste en dehors, va et vient dans la salle, en profite même pour faire des bêtises ! Premier moment d'existence sans mon regard, expérience de vivre seul.

Je ne le vois pas, il est hors de ma vue. Il vient vers moi et se colle à mon dos. Je ressens son poids et sa chaleur. À plusieurs reprises, il cherchera à me mordre. Pendant plusieurs séances, je reste ainsi cachée alors qu'il poursuit son activité. Il vit cet espace, y fait des expériences seul sans mon regard. Je suis désarmée, « mise hors circuit ». Je ressens à ce moment toute l'importance du regard dans ce travail et dans la rencontre avec cet enfant.

Dans le même temps, Laurent devient sensible aux images et à certaines photos accrochées dans le bureau, représentant, pour la plupart, des visages ou des personnes enfants et adultes. Il regarde aussi certains dessins accrochés au mur. Je lui propose une feuille et des stylos. Laurent commence à faire de petits points puis partant de ces points fait des formes arrondies comme un escargot. Il occupe une bonne partie de la feuille, débordant très peu. Je dessine à mon tour et fais apparaître des visages aux différents affects : un qui rit, un qui pleure, un qui est en colère que j'accompagne de mimiques et de sons. Laurent est particulièrement attentif, et dès que j'arrête me dit très clairement « encore ». Aux cours des séances suivantes il recherche ses dessins, les reprend et se montre impatient. Il me donne un stylo.

C'est à partir de ce moment que Laurent manifestera beaucoup plus ses émotions au cours de nos rencontres. Outre la colère qu'il exprimait depuis le début du travail, Laurent se met aussi à pleurer lorsque je lui refuse quelque chose, ainsi qu'à tirer aux éclats dans certains moments de plaisir. Je remarque aussi qu'il est davantage possible de lui proposer des moments calmes, de sensations corporelles réelles, sur le gros ballon, dans une couverture. Dans ces situations, à ma grande surprise, Laurent semble paisible, rêveur, tout en suçant ses doigts sans pour autant perdre le contact avec l'autre.

Aujourd'hui, Laurent est intégré en école enfantine spécialisée avec d'autres enfants et semble s'y plaire. Je suis heureuse de voir les éducateurs investir rapidement ce garçon et parler de plaisir dans leur relation. À la rentrée, il revient sans couche, Madame a profité de l'été pour les lui ôter. Certes, l'entourage semble le mettre très souvent au W.-C. afin d'éviter tout accident et je me pose la question de l'existence d'un « Surmoi corporel ». Son corps réel par lequel passe cet apprentissage séances, de les interrompre pour amener Laurent aux toilettes. Tout semble se fixer sur cet apprentissage de la propreté. Je suis stressée et

rapidement abandonne ce fait, assumant les accidents au sein du travail ou les remarques de l'extérieur. Il fera plusieurs fois pipi, nécessitant un change avant de le laisser repartir. Cela me demandera aussi d'être plus attentive quand Laurent veut sortir de la pièce. Auparavant je lui refusais, maintenant c'est possible seulement pour les toilettes. Plusieurs fois, Laurent me tirera dehors pour effectivement y aller. Il en a ressenti corporellement le besoin, lui seul dans son corps. Quelquefois il en « abusera » pour sortir et aller voir les enfants à ce moment-là en récréation. Je le rappelle et vais le rechercher pour continuer notre travail.

À la rentrée, Laurent semble bien me reconnaître. Il me prend la main et me tire. Mais rapidement il marque un temps d'arrêt, nous avons changé de maison et par conséquent de locaux. Il repère ce côté nouveau, inconnu et s'avance doucement. Au sein d'une continuité relationnelle et matérielle (il retrouve quelques jeux, granes, tuyau...) il fait l'expérience d'une discontinuité et la remarque. Le fait de retrouver les granes le rassure, il sourit et commence à jouer. Durant les mois suivants, Laurent s'intéressera à des boîtes gigognes. Il essaye de les remettre les unes dans les autres, il fonctionne par essai erreur. Il prend des cubes et regarde les images dessinées dessus. Ce sont des animaux, je fais le bruit de celui qu'il est en train de regarder. Il me regarde et m'écoute. Je prends deux cubes et les empile. Il en prend un troisième et le rajoute à l'édifice. Il a ensuite beaucoup de plaisir à tout casser. Je l'encourage à reconstruire. Premier jeu de construction, il s'agit de faire tenir ensemble différents morceaux, jeu qui suppose une déconstruction. C'est son premier jeu ayant un potentiel de transformation qui serait comme un prototype de la pensée. Le jeu se situe dans l'écart qui va permettre la transformation. Laurent détruit ce qu'au départ j'ai engagé (en mettant deux cubes ensemble) pour ensuite le refaire seul quand il le désire. Au niveau de sa motricité, il y a réappropriation des objets et du corps : construire, casser, éparpiller les différents morceaux, les retrouver pour reconstruire selon un certain souvenir de la précédente construction.

Devant le miroir, l'expérience évolue : il se regarde, s'écarte doucement tout en continuant à se regarder jusqu'au moment de rupture où il sort de l'espace du miroir, puis y revient. Il tire la langue, touche ses dents. Je tire moi aussi la langue, Laurent me regarde, met son doigt dans ma bouche, je le mordille, il regarde dans le miroir ce moment, source d'éprouvés. Il essaye en mettant son propre doigt en bouche et se regarde. Il investit d'avantage cette sphère orale puisque plus tard Laurent jouera beaucoup avec sa langue. Son entourage le surprend à siffler. Nous jouons aussi avec des gommettes devant le miroir ; nous les collons sur nos visages respectifs, sur le miroir, nous ôtons ces gommettes, puis les recollons, etc.

Dès lors et de façon maintenant systématique en fin de séance, Laurent se met devant le miroir pour s'habiller avant de partir. Les séances de psychomotricité se poursuivent, construites de périodes d'enthousiasme mais aussi de moments d'incompréhensions, de répétitions et d'interrogations.

Discuter et écrire ce suivi, m'ont permis de l'appréhender différemment dans sa globalité, de dégager certains mouvements imperceptibles dans le moment présent et dans l'écriture immédiate après chaque séance. Mais ces « prises en charge » demeurent toujours une épreuve pour le thérapeute qui est sans cesse interpellé aussi bien dans sa réalité corporelle que dans sa pensée. Corps réel et corps imaginaire sont sollicités, parfois malmenés ce qui fait partie intégrante du travail avec ces enfants (Gauthier et coll., 1999).

La rencontre avec cet enfant, « cet autre tellement autre » est passée par le regard que j'ai posé sur lui, impression d'un regard à sens unique mais regard observant, regard découvrant, regard qui a toute son importance dans la création des premiers liens. D'une absence de regard qui a rendu la rencontre difficile, Laurent s'est progressivement approprié cette fonction dans sa valeur interactive pour ensuite s'interroger sur l'absence, « le non visible ».

LE REGARD ET L'AFFECT

AUX FONDEMENTS DE LA REPRÉSENTATION

Par Jean-Marie GAUTHIER

AUX ORIGINES, LA RELATION

Les deux textes proposés par Annie Masson et Catherine Jacquemin sont tout à fait représentatifs de notre méthodologie de travail ainsi que des hypothèses théoriques qui le fondent ; bien qu'elles soient elles aussi fondées sur ces mêmes hypothèses, nous réserverons les autres présentations cliniques pour illustrer des questions complémentaires à celles que nous voulons exposer dans cette première partie. Nous allons maintenant présenter ces hypothèses méthodologiques et tenter d'en souligner l'importance et la valeur heuristique dans le champ de la psychopathologie.

Que l'enfant se développe au sein d'une relation est une évidence qu'il pourrait sembler inutile de rappeler. Des psychanalystes, au premier rang desquels figure évidemment Winnicott, n'ont cessé de rappeler qu'un enfant seul, cela n'existe pas. Notre méthodologie de travail suppose, donc, tout d'abord, que ce qui se produit en thérapie,

doive être pensé à partir de la relation thérapeutique. Cela implique, pour le thérapeute d'enfant, que lorsqu'il est face à un de ces jeunes patients, c'est bien l'ensemble non seulement de sa personnalité mais la globalité de sa personne qui est mise en jeu au sein même du couple thérapeutique qu'il forme désormais. Ce dont il sera alors question concernera non seulement les fantasmes et éventuelles représentations mais aussi l'ensemble des réalités corporelles de chacun des deux partenaires. Cela n'est que la conséquence directe de ce que nous disions dans le premier chapitre : il est imaginable de proposer à un enfant de s'allonger sur un divan. Sa communication est corporelle et globale, et il serait dangereusement réducteur pour un thérapeute de ne pas tenir compte de cette totalité relationnelle ; il ne serait plus certain de retenir l'essentiel de ce que l'enfant essaye de lui communiquer. S'il est imaginable d'allonger un enfant sur un divan, il faut pouvoir, au moins *a priori*, accepter de maintenir cette différence essentielle entre lui et l'adulte dans les concepts utilisés pour décoder la signification de cette forme spécifique, infantile de communication ; ceci concerne le point de vue théorique à partir duquel une interprétation pourra être proposée. Sur le plan technique, par ailleurs, cela signifie automatiquement que le thérapeute se verra moins protégé par le cadre que dans des cures-types destinées aux adultes. La compréhension de son contre-transfert prend une valeur thérapeutique fondamentale. Le regard, que peut porter sur lui à tout moment l'enfant, le soumet au risque des manifestations corporelles de son contre-transfert. Le terme de risque n'est, d'ailleurs, à entendre comme tel, que si nous acceptons de nous limiter au modèle freudien qui voudrait que le thérapeute reste passif en ce qui concerne l'origine des représentations mentales de son patient.

Or depuis des années déjà, les travaux de Sami-Ali (1987, 1990, 1997, 2000) ont montré l'importance du nouage de la relation thérapeutique pour comprendre et faire évoluer un patient autant en ce qui concerne sa personnalité que les conflits auxquels il est confronté. Bien qu'issus de démarches fort différentes, ces travaux semblent rejoindre ceux de Robert Langs (1978, 1988) aux États-Unis qui en mettant au centre de ses préoccupations théoriques et pratiques ce qu'il a appelé la relation psychanalytique, ont démontré que la dynamique du transfert/contre-transfert ne pouvait à elle seule expliquer l'ensemble des événements qui ont lieu dans le cadre d'une analyse ou d'une thérapie. C'est aussi dans ce sens de l'établissement d'une métapsychologie duelle, intersubjective et interactionniste, que se poursuivent les travaux d'une école « constructiviste » en psychanalyse dont l'essentiel de la démarche est de mieux comprendre comment l'interprétation vient à l'analyste. Notre démarche s'inscrit dans cette voie, à notre sens fort prometteuse, car quoiqu'il arrive et quel que soit notre choix théorique préalable, il faudra de toute façon admettre qu'il devient décidément

fort difficile, dans le cadre de la psychanalyse d'enfant, d'utiliser les concepts de la métapsychologie freudienne fondés, comme nous l'avons montré, sur le solipsisme supposé du fonctionnement psychique. Avec l'enfant, et comme nous le verrons avec certains patients adultes, le contre-transfert est tellement présent qu'il serait vain et, sans aucun doute, dangereux de penser que les représentations mises en jeu, trouveraient leur origine dans le seul espace psychique du patient. La réalité du fonctionnement psychique de l'enfant impose une révision des concepts à partir desquels nous fondons nos interventions thérapeutiques. Il est, en effet, plus sûr sur le plan scientifique et satisfaisant sur le plan éthique de proposer que fantasmes et pensées diverses trouvent leur origine au sein de la relation entre le thérapeute et l'enfant. C'est-à-dire que ces manifestations psychiques sont *a priori* le reflet de ce qui se produit autant dans l'espace psychique et le corps de chacun des deux protagonistes que dans le seul passé du patient.

La relation au bébé nous sert de fil conducteur, non que nous pensions exclusivement en termes de fixation/régression à cet âge de la vie, mais parce que l'observation du bébé nous a appris à nous pencher sur certaines caractéristiques des échanges affectifs entre l'enfant et son entourage ; l'observation nous a aussi montré le danger qu'il y avait à faire de l'enfant un adulte en réduction. Tout comme le bébé naît à la vie psychique dans la mesure où un adulte se penche sur lui et le regarde, nous pensons que tout enfant pris dans un cadre thérapeutique, ne peut évoluer, grandir, changer que si le thérapeute lui adresse un message de même nature. Il est nécessaire, en effet, que celui-ci, pris dans un affect de sollicitude et de bienveillance à l'égard de l'enfant, se penche vers lui et cherche à le rencontrer, persuadé que son jeune patient est capable d'évoluer. Il faut décidément que nous apprenions à distinguer une neutralité conçue comme une tentative faite par l'analyste pour laisser un maximum de liberté d'expression à son patient, d'une forme de passivité qui conduit le plus souvent à un risque de thérapie en faux self ou comme, l'a bien montré Langs (1988), à l'établissement de mésalliances thérapeutiques c'est-à-dire à l'enlèvement des patients non strictement névrotiques dans des processus thérapeutiques sans issues. Il semblerait que ces questions soient d'actualité puisqu'aux dires de certains, le phénomène d'allongement des cures et l'établissement de situations d'impasses thérapeutiques deviendrait préoccupant. En ce qui concerne l'enfant en tout cas, la neutralité ne peut vouloir dire, en aucun cas, que le thérapeute soit dispensé de prendre des risques en s'impliquant dans la relation thérapeutique. Nous aurons dans la deuxième partie l'occasion de rediscuter de ce que nous entendons à ce propos.

Nous pensons en tout cas que la thérapie d'enfant reste un travail marqué par une asymétrie relationnelle à laquelle il est impossible de

pouvoir échapper. C'est aussi sans doute ce qui a conduit Winnicott à modifier de façon profonde le cadre de son espace thérapeutique lorsqu'il avait à s'occuper de patients adultes dont la problématique les situait du côté de la psychose. Il est certain qu'il se référerait, en ce cas, à sa théorie du *holding*, pour rester disponible jusqu'en périodes de vacances, au patient ; il n'était pas non plus excessivement attentif à la durée ni au dispositif spatial de la cure. Il faut souligner qu'il a d'ailleurs réussi un tour de force, à notre sens, unique en son genre : celui de se faire accepter (ce qui ne se produisit pas sans mal) par le monde des analystes tout en ne faisant que de rares allusions à la théorie de l'Edipe et aucune à la métapsychologie freudienne. Nul besoin, en effet, de se référer à la théorie économique de la libido pour rendre compte de la constitution d'un espace transitionnel. À bien y réfléchir, on serait d'ailleurs bien embêté de tenter de prendre en considération et conjointement ces deux hypothèses de références qui sont, quand même fort différentes l'une de l'autre. L'enfant en créant cet espace transitionnel « investi » le monde extérieur en même temps que son monde interne ; il est bien difficile en ce cas de tenter de déterminer la source pulsionnelle de ce mouvement si du moins on se limite au modèle freudien qui suppose le monisme de l'étiopathogénie sexuelle des névroses. Point non plus de surplus énergétique qui serait associé à ce gain de maturation de l'enfant qui est celui de regarder en dehors de lui. Quel gain économique pourrait en effet lui procurer ce mouvement puisque de toute façon ce travail psychique ne conduit pas à une forme quelconque de satisfaction, si celle-ci reste conçue sur le modèle de la décharge pulsionnelle ?

À la façon de Winnicott, nous pensons que le thérapeute doit être suffisamment bon et disponible à l'enfant pour que se créent entre eux deux une illusion commune, un espace transitionnel psychanalytique. L'asymétrie inévitablement présente en thérapie d'enfant redimensionne d'un coup la question de la neutralité de l'analyse. Comme le montrent les travaux de R. Rousillon (1991) à propos de l'analyse conçue comme « médium malléable », il semble que ce type d'approche et de compréhension du processus thérapeutique, soit de plus en plus à l'ordre du jour en psychanalyse de patients adultes non strictement réductibles au modèle névrotique. Ce point de vue est aussi parfaitement illustré par l'ensemble des contributions cliniques que nous présentons dans cet ouvrage.

POUR UNE PSYCHOLOGIE GÉNÉTIQUE DU JEU

Ni Vincent, ni Laurent n'étaient des enfants qu'on aurait pu adresser d'emblée à une psychothérapie classique, voire à une psychanalyse

d'enfants où l'essentiel du travail est censé transiter par la parole et le jeu. Ce dernier est en effet soumis à l'interprétation de l'analyste qui lui découvre un sens transférentiel en même temps qu'une signification liée à l'histoire personnelle de l'enfant. On se retrouve là dans le schéma classique initié par M. Klein qui avait montré que le jeu pouvait être assimilé à l'association libre des adultes. Selon cet auteur et tous ceux qui l'ont suivi, il suffirait donc d'interpréter le jeu pour se situer dans le droit fil du schéma thérapeutique proposé par Freud pour les adultes. Si on peut comprendre et valider, du moins partiellement, ce lien établi par Mélanie Klein, il n'est pas sans intérêt de se pencher sur les conséquences possibles de cette analogie, puisqu'il est tout aussi certain que le jeu ne peut être réduit à une association verbale. Il possède en effet, en plus, le geste, le corps et pour chacun des deux partenaires. Il ne peut donc se dérouler dans le même dispositif spatial que la cure-type. Si le jeu peut caractériser le monde de l'enfant encore faut-il réfléchir aux dimensions supplémentaires de l'échange qu'il suppose ; il n'est alors pas certain que les concepts utilisés dans la cure-type soient toujours parfaitement de mise.

Mais, de plus, une grande partie des enfants qui nous sont adressés ne peuvent entrer dans cette perspective qui voudrait faire du jeu un équivalent de l'association libre de l'adulte. Ils sont le plus souvent dans de grandes difficultés pour organiser un jeu quel qu'il soit et dans le même temps, présentent de grandes difficultés de développement. Il ne faut pas oublier que si le jeu ne peut être réduit à une association verbale, on ne peut, de la même manière, oublier que l'enfant est un être en développement. Nous nous séparons à ce sujet très nettement des propositions de M. Klein, pour qui il n'existe pas de différence substantielle entre le fonctionnement psychique d'un enfant et celui d'un adulte. Pour nous, dire que l'enfant est un être en développement, signifie que nous devons être attentifs à ses difficultés et retards de développement autant qu'à ses jeux et fantasmes répétés et que nous devons comprendre et connaître sous quelles formes et quelles voies se met en place ce développement. Il est fondamental que nous soyons attentifs au développement de la vie affective et cognitive de l'enfant, de la même façon qu'il est essentiel que nous comprenions mieux les enjeux et fonctions du jeu comme mode privilégié de rapport avec l'environnement. Or l'observation assez élémentaire d'un enfant le démontre, il existe un développement progressif dans les modes et fonctions exercées par l'activité ludique. L'enfant ne peut être conçu comme possédant d'emblée toutes les fonctions psychiques de l'adulte, fussent-elles en réduction.

Il nous semble indispensable d'éviter cette fiction qui nous ferait croire que rien de fondamental ne différencie l'enfant de l'adulte : tout y serait équivalent, si ce n'est l'importance des processus en jeu, la

violence des affects. Outre le fait que cette perspective risque d'introduire un nouveau paradoxe dans la métapsychologie psychanalytique, puisqu'il serait alors paradoxal de continuer à prétendre que tout se joue et s'origine dans l'enfance, il faut bien reconnaître également que cette perspective s'appuie sur une sorte de conviction *a priori* dont le moins qu'on puisse en dire est qu'elle est loin d'être confirmée par les faits. Or il est bien vrai que nous ne disposons pas aujourd'hui de données cliniques suffisantes pour évaluer la qualité et le niveau de développement de tout enfant quel qu'il soit. Qu'il nous suffise ici simplement de rappeler ce qu'il en est pour le jeu : nous ne disposons pas d'histoire « naturelle » du développement de la fonction ludique chez l'enfant. De la même façon que nous savons trop peu de chose sur la place et l'importance des adultes dans ce processus. Les travaux de Winnicott sont essentiels à ce sujet mais une fois encore, ses propositions ont ouvert la voie à trop peu de recherches en cette direction : comment se développe le jeu, quelles sont les caractéristiques générales des premières activités ludiques et quelle place l'adulte occupe-t-il dans ce développement particulier ? Toutes choses qui laissent quand même en suspens la question de savoir comment le thérapeute pourra dès lors intervenir au mieux dans son contact avec son jeune patient. Il n'est pas excessif de penser qu'une fois encore le mode de relation verbal propre à l'adulte a recouvert toute la question d'une technique d'intervention thérapeutique spécifique à la thérapie des enfants. Seul Winnicott (1971) a osé proposer que lorsqu'il ne comprend pas ce qui se passe sous ses yeux, l'analyste d'enfant se contente d'accompagner celui-ci dans son jeu. Mais il est certain que le jeu prend des formes diverses en fonction de l'âge de l'enfant, et il est de plus fort possible que la pathologie gauchisse ce processus en voie de développement ; en connaître les formes dominantes ou principales pourrait nous aider énormément à mieux situer nos interventions. Encore faudrait-il être sûr que le thérapeute, pour pouvoir intervenir sur et par le jeu, puisse y trouver quelque plaisir !

Le plus souvent ces questions sont contournées par le fait que les enfants qui ne peuvent développer une activité ludique suffisamment structurée, sont adressés dans des thérapies dites « à média », ce qui en soi est déjà un terme fort rébarbatif. Tout se passe dès lors comme si on confiait l'enfant à un thérapeute qui grâce à l'utilisation d'une technique « intermédiaire » (psychomotrice, orthophonique, etc.), amènerait l'enfant à un meilleur niveau de développement. Après quoi l'enfant pourrait, si besoin en est, être mis en cure plus classique puisqu'il présenterait alors une symptomatologie plus classique, un langage plus adéquat et des jeux plus « symboliques ». On pourrait donc lui appliquer des interprétations elles aussi plus classiques. N'est-il pas un rien paradoxal de prétendre établir un programme thérapeutique pour des

enfants en continuant à contourner de la sorte cette fonction essentielle à son développement et à son fonctionnement psychique que constitue le geste puisqu'il est inséparable du jeu ? Il est bien nécessaire que les psychanalystes aillent jusqu'au bout de cette intuition qui les empêche d'allonger un enfant sur un divan. Il est évident qu'en ne procédant pas de la sorte, on s'interdit de comprendre ces questions essentielles qui ont trait au développement de l'enfant et on réduit les thérapies « à média » à n'être que des cures supplétives alors qu'elles assurent l'essentiel du travail thérapeutique en clinique infantile. Il n'est pas souhaitable que de tels paradoxes continuent à entraver une meilleure compréhension des processus thérapeutiques à l'œuvre chez l'enfant.

Le thérapeute « à média », à l'instar de ce qui se passe pour la mère d'un nourrisson, est obligé de se pencher sur ces enfants et de les solliciter, en espérant qu'un lien va se nouer. C'est le risque qu'il prend mais c'est sans doute à ce prix que l'enfant va pouvoir commencer à se représenter grâce à la relation qu'il entretient avec le thérapeute. Certes ces enfants sont énigmatiques et l'attente est souvent longue et surtout incertaine. Il n'est pas inutile que le thérapeute s'appuie alors sur quelque savoir technique, secours bien utile que lui offre ce « média ». Celui-ci l'aidera peut-être à repérer et décoder des points essentiels des troubles de développement présentés par l'enfant mais aussi et surtout, cet outillage technique lui permettra de continuer à rester disponible sans se déprimer, ni surtout se fermer. Car à la différence de la plupart des bébés sollicités par leur mère, ces enfants en gros problèmes de développement ont eux quelque peu coupé, biaisé leur relation à l'adulte qui les sollicite ce qui rend l'interprétation des manifestations cliniques plus malaisée. Or comme le montrent bien les deux exemples donnés, ces déformations de la relation à l'autre passent aussi et avant tout par le corporel. Deux questions se posent dès lors : la première est de savoir comment on pourrait définir l'attitude que doit avoir le thérapeute face à ce type de manifestation ; la deuxième serait de mieux connaître la relation qui peut exister entre ces manifestations corporelles de mise à distance de l'autre et ce que la psychanalyse a appelé les mécanismes de défense. Il n'est pas impossible que le modèle de ce qui deviendra plus tard un mécanisme de défense « intrapsychique », puisse se retrouver dans des attitudes, gestes ou mouvements corporels propres à la petite enfance.

AVEC L'OBSERVATION, LA PSYCHANALYSE OPÈRE UN RETOUR SUR LE REGARD

En ce qui concerne l'attitude du thérapeute, elle doit être faite de sollicitude positive tout en évitant de gauchir et de transformer unilatéralement la problématique de l'enfant. Il lui faut en quelque sorte comprendre, être là et manifester sa présence sans occuper la place de l'enfant. Il lui faudra donc observer, mais en même temps tenter de nouer une relation, s'impliquer pour permettre à l'enfant de se manifester. Au fond, son attitude n'est guère différente de celle qu'on sollicite et tente de développer chez les thérapeutes en leur proposant de se former à l'observation directe selon la méthode d'E. Bick. L'observation et le regard occupent ainsi sans aucun doute une place essentielle dans l'issue de tout processus thérapeutique proposé à l'enfant. Nous reviendrons sur cette méthode d'observation directe tout au long de ce livre. Qu'il nous suffise ici d'indiquer que cette méthode est utilisée depuis de nombreuses années dans la formation de la plupart des psychanalystes et psychothérapeutes britanniques et de manière beaucoup moins systématique dans nombre d'autres sociétés psychanalytiques. C'est dire qu'il s'agit d'un mode de formation riche dont l'impact est apprécié dans ces institutions depuis des années.

Ce n'est pas la seule méthode d'observation psychanalytique qui fut mise au point mais c'est celle qui a suscité depuis quelques années suffisamment d'intérêt dans les milieux analytiques pour que, la plupart du temps, quand on parle d'observation psychanalytique, on sous-entende en fait, systématiquement, cette méthode. Il n'est pas sans intérêt de se souvenir que A. Freud a fort insisté sur les mérites de diverses formes d'observation bien que, pour des raisons qui restent à élucider, le mouvement psychanalytique, francophone au moins, semble avoir oublié ses travaux. C'est ainsi que curieusement, au terme du conflit qui opposa A. Freud à M. Klein, l'origine de l'observation psychanalytique peut parfois être confondue avec le mouvement kleinien. De notre côté, dans les limites de cet ouvrage et pour éviter toute confusion, ce que nous désignerons sous le terme d'observation directe, signifiera en fait la méthodologie définie par E. Bick.

Il s'agit pour les observateurs de se rendre une fois par semaine dans une famille pour y observer un bébé dans les premiers mois de sa vie. Il leur est conseillé en outre de prendre des notes de ce qu'ils ont observé mais en dehors de la séance d'observation comme telle. Outre ses capacités d'observations et d'attention, l'observateur est donc censé travailler aussi sur sa mémoire. C'est qu'on va lui demander à la fois d'observer et d'être attentif à ce qu'il ressent et donc de tenter de prendre conscience de ce qui pourrait l'empêcher d'être attentif à certains aspects de ce qu'il est amené à voir. On l'invite, en termes psychanaly-

tiques classiques, à se soumettre, en fait, à l'épreuve et à l'écoute de son contre-transfert. L'exigence de ce travail est encore renforcée par le fait que chaque observateur participe à un travail en petit groupe sous la direction d'un superviseur au rythme également d'une séance par semaine ; chaque observateur y présente sa dernière observation qui est soumise à la discussion de groupe. Il est donc évident que se soumettre à cette formation signifie qu'il faut accepter les rigueurs et exigences d'un apprentissage intensif portant sur la capacité d'observation en fonction de la nature de la situation observée et de notre personnalité de base. Les nœuds éventuels à défaire sont, en effet, du côté des affects et émotions intenses auxquels l'observateur peut être confronté. Le choix de proposer tout d'abord aux candidats d'observer un bébé est la conséquence directe du fait qu'on sait combien il peut susciter en nous d'émotions, les plus intenses comme les plus variées. L'apprentissage est donc situé du côté d'une meilleure perception, par le futur psychotérapeute, de son contre-transfert. Reprenons les termes même grâce auxquels E. Bick présentait la valeur formative de sa méthode :

« L'observateur, quelle que soit son expérience auprès de bébés ou sa pratique de l'analyse ou de méthodes d'observations scientifiques, allait tout de même se trouver au cœur d'un foyer avec un couple parental et son nouveau-né ; l'impact émotionnel d'une telle situation est intense. Pour savoir l'observer il devra prendre du recul par rapport à ce qui se déroule devant ses yeux ; mais en même temps tout comme dans la méthode analytique classique, il devra trouver la place à partir de laquelle il pourra faire ses observations de façon à introduire aussi peu de perturbation que possible dans l'échange au sein de la famille. Il devra permettre certaines choses et résister à d'autres. Plutôt que d'imposer sa personnalité comme un élément supplémentaire dans l'organisation familiale, il devra permettre aux parents, à la mère tout particulièrement, de l'intégrer à sa vie de famille comme elle l'entend. Mais il devra aussi ne pas se laisser entraîner dans un rôle où le transfert infantile — et donc le contre-transfert — serait intense. » (Bick, 1964)

Il n'est pas étonnant de voir comment la réintroduction du regard en psychanalyse remplace les émotions contre-transférentielles au-devant de la scène. Il est tout aussi évident que cette remise en valeur n'a pu se faire qu'en changeant le dispositif de la rencontre ; perspective qui pourrait aussi se formuler en proposant que c'est le changement du dispositif de base de la rencontre analytique qui a permis de comprendre comment et pourquoi l'affect avait été à ce point pourchassé du dispositif freudien. La proposition d'E. Bick démontre, s'il en était encore besoin, à quel point la métapsychologie freudienne est strictement associée à son dispositif thérapeutique. Cette méthodologie montre bien en quoi, comme nous l'avons souligné dans le premier chapitre, le dispositif thérapeutique proposé par Freud peut être consi-

déré comme défensif. C'est à la fois ce qui lui donne toute sa valeur thérapeutique quand il s'inscrit dans une indication adéquate mais c'est aussi ce qui doit nous conduire à en mesurer les limites. Il suffit de se trouver sous le regard de l'autre pour que la maîtrise de la situation devienne plus malaisée. Le futur analyste doit, lorsqu'il se forme à l'observation, trouver sa place entre l'intrusion et la non-existence ; il doit concéder certains rapprochements et en refuser d'autres. Il est donc dans une situation de plus grand risque sur le plan de la neutralité et face à l'obligation de se faire, sinon accepter, au moins tolérer. Il doit donc sans arrêt faire appel à son intuition, ce qui n'est rien d'autre que le fait de faire appel à la perception de son contre-transfert mais comme « sans filet » puisque dans l'immédiat ; il ne pourra prendre de recul que dans la prise de notes et le travail de groupe, deux caractéristiques essentielles qui donnent toute sa valeur à cette formation fort enrichissante en même temps que fort exigeante.

Il est évident que le travail qui est demandé à l'observateur est très proche de la situation à laquelle doit se confronter le psychanalyste ou tout thérapeute lorsqu'il se trouve face à un enfant. Cela est encore plus vrai si celui-ci présente de grandes difficultés de verbalisation et de représentation dans le cadre de troubles graves du développement. Ce thérapeute est lui aussi soumis à la présence du corps, à l'importance cruciale de l'échange des regards et il doit évoluer entre la sollicitude, une certaine forme de présence active d'une part et de l'autre la nécessité d'ouvrir un espace d'expression et l'évitement d'une intrusion destructrice. La ligne de démarcation entre les deux positions est et reste fragile tout au long d'un parcours plein d'imprévus face auxquels le thérapeute devra sans cesse faire appel à son intuition.

Comme nous l'avons déjà souligné (Gauthier et coll., 1999), il nous semble évident que, de plus en plus, tout travail de ce type devra s'appuyer sur un dispositif similaire à celui mis en place dans la formation à l'observation directe où le travail en groupe n'est pas une des moindres ressources à exploiter. Notre collaboration régulière sous forme de groupe d'intervision, depuis maintenant quelque huit ans, nous confirme très régulièrement l'utilité et l'importance d'un travail de ce type.

L'OBSERVATION, LE GROUPE ET LE CONTRE-TRANSFERT

Retenons combien le changement de dispositif et le retour du regard modifient profondément le travail et la culture professionnelle du thérapeute ; il ne peut plus échapper au regard de l'autre et court ainsi plus de risques de voir son contre-transfert dévoilé par ses attitudes et messages corporels. Dans le même temps, c'est bien l'évocation de ce

contre-transfert qui lui sert de guide le plus précieux dans la conduite d'une thérapie pleine d'imprévus où il devra de toute façon utiliser, et largement, son intuition. C'est de la maîtrise de ce contre-transfert que naît cette attitude si particulière qui permet au thérapeute de se sentir disponible et plein de sollicitude vis-à-vis de son patient tout en obtenant l'assurance d'être capable de ne pas empiéter sur le terrain personnel de celui-ci. C'est ce qu'enseigne l'observation directe et qu'on appelle la capacité pour l'observateur de trouver « la juste distance ». Pour y parvenir, il sera, sans aucun doute, utile qu'il sorte de sa culture individualiste qui a fait dire à G. Mendel (1988, 1992, 1996, 1998) que le psychanalyste était un être très appauvri sur le plan de son identité et de son insertion sociale. Ce n'est sans aucun doute pas le fruit du hasard que de constater la difficulté avec laquelle les analystes gèrent les phénomènes de groupe à l'intérieur de leurs institutions. Tout se passe en fait comme si leur grande compétence et disponibilité dans le cadre des relations individuelles, les rendaient particulièrement peu éclairés en ce qui concerne tout ce qui touche au collectif. Il y aurait là aussi quelques questions historiques et culturelles à explorer.

Comme dans l'observation directe, il leur faudra pourtant « réinvestir » la richesse et la logique groupale s'ils veulent étendre et évaluer la qualité de leurs hypothèses théoriques et thérapeutiques ; il deviendrait alors plus facile, en prenant quelque recul par rapport aux désirs et logiques individuels, de comparer, évaluer et critiquer les fondements de la psychanalyse, de distinguer clinique et métapsychologie, de dégager les hypothèses de l'idéologie, c'est-à-dire de dénouer et délier là où pour l'instant tout semble confondu. C'est ce qui explique qu'actuellement rien ne soit anodin et qu'il est très difficile de mettre en question un seul aspect de la psychanalyse sans remettre en question l'ensemble de l'édifice.

Il nous semble important de souligner, dans ce contexte, que le vécu d'un groupe de travail, par les effets de différenciation qu'il peut aussi provoquer, est sans doute un outil essentiel dans le travail psychothérapeutique avec des patients présentant de graves difficultés dans la constitution de leur identité. Il importe en effet de réfléchir sur les dispositifs de groupe qui autorisent l'identité et l'individuation tout en permettant une véritable production de processus de pensées et de réflexions collectives. À nouveau, les travaux de G. Mendel et des groupes de sociopsychanalyse indiquent des pistes importantes dans cette direction. C'est d'ailleurs à G. Mendel que nous sommes redevables de la réflexion sur le lien inévitable qui existe entre tout dispositif de rencontre et ce qu'il peut produire ; perspective qui aboutit, de fait, à une critique radicale de toute conception réaliste des productions psychiques puisque elles sont toujours le reflet du contexte dans lequel elles se manifestent. La valeur du groupe, lorsqu'il favorise l'individuation, est

de permettre aux différences entre les individus de se manifester ce qui, par effet de réflexion, permet à chacun de prendre distance par rapport à ses propres représentations.

L'ATTENTION THÉRAPEUTIQUE

Le thérapeute se doit d'être attentif à toute manifestation, quelle qu'elle soit ; qu'elle trouve son origine chez l'enfant ou dans son propre vécu, elle doit être conçue comme en lien avec la rencontre thérapeutique. C'est pour cette raison qu'on peut dire, qu'avant tout autre chose, la thérapie doit être prise comme un phénomène relationnel à comprendre et interpréter comme tel, c'est-à-dire strictement à partir de ce seul point de vue. Il ne s'agit pas, avant tout, de repérer les manifestations indirectes d'une hypothèse qui serait faite à propos de processus inconscients sous-jacents mais bien de comprendre ce qui se manifeste sous les yeux du thérapeute comme représentant la qualité de la relation en jeu. La seule hypothèse, qui peut être faite *a priori* à ce sujet, est que l'enfant manifeste par là sa manière de traiter la rencontre avec cet adulte étrange et particulier qu'est le thérapeute à ce moment là de leur rencontre. Toute manifestation corporelle, émotionnelle, affective ou toute forme de représentation sont à mettre en relation avec la manière dont cet enfant particulier traite, dès le tout début, l'inconnu de la rencontre thérapeutique. Il tombe par ailleurs sous le sens que cette attitude développée par l'enfant est hautement significative de ses dispositions caractérielles et par là est susceptible d'une compréhension historique.

Encore une fois, nous ne voulons pas prétendre que les processus inconscients n'existent pas ou ne se manifestent pas à cette occasion, ou qu'ils n'auraient aucun intérêt. Ce que nous voulons signifier, c'est que cela ne peut être compris en dehors de la qualité de la relation thérapeutique qui s'est nouée. Ceci d'autant plus que la cure d'un enfant est un travail profondément asymétrique puisque d'une part l'enfant est un être en voie de développement et que pour lui le thérapeute reste un adulte fort différent de ses parents. Cela explique que toute manifestation est aussi en rapport chez l'enfant avec la question de l'étrangeté dont, avec Sami-Ali (1977), nous avons déjà largement montré l'importance (Gauthier, 1993 ; Gauthier et coll., 1999) dans son développement. Ce que nous voulons dire, c'est donc bien que l'enfant est un être en développement et que comme tel tout ce qu'il montre doit également être mis en relation avec ce processus complexe. Pour nous, les représentations psychiques, et plus généralement toute forme de pensée, sont des constructions qui se constituent peu à peu et dont le développement progressif peut faire l'objet d'une histoire. Il est réducteur de ne pas

tenter de reconnaître cette dimension et de faire, ainsi que l'a proposé par exemple M. Klein, comme si un processus de pensées équivalait à celui de l'adulte existait d'emblée chez l'enfant ; toute différence ne résidant que dans l'intensité des forces et énergies en présence. L'enfant n'est décidément pas un adulte en réduction et l'histoire de son développement doit faire l'objet de notre plus grande attention, de même que la « réalité » des différences entre les deux protagonistes ne peut faire l'objet d'un déni.

Tout comme la mère d'un bébé qui, dès qu'elle est sollicitée par son enfant, est prise dans un affect qui modifie totalement son corps (sa tonicité, le rythme et le timbre de sa voix, sa mimique faciale, etc.), de la même manière, le thérapeute est interpellé et dans son corps et dans ses affects ne fût-ce que pour mesurer combien par exemple tel enfant lui semble étrange, énigmatique.

LES FONDEMENTS DE L'INTUITION THÉRAPEUTIQUE

Le thérapeute est très souvent obligé de faire appel à ses ressources internes pour tenter de comprendre son jeune patient. Se pose dès lors la question essentielle de savoir comment il pourra penser, donner forme et représentation à ce qu'il vit et, d'autre part, de s'assurer que cela a quelque chance de ne pas être pure projection de sa part sur l'enfant.

Notre état affectif émotionnel intérieur se manifeste avec grande facilité dans nos gestes, comportements et attitudes. Nous pensons que la variété des manifestations corporelles associées aux expériences émotionnelles suscitées par la rencontre avec nos semblables n'est pas illimitée. C'est évidemment l'hypothèse qui fut celle de Darwin (1872) ; hypothèse qui fut reprise et développée depuis lors par Ekeman (1972, 1992, 1994). Des travaux récents portant sur la langue des signes et sur les gestes dont nous accompagnons nos paroles, laissent entendre que le langage est apparu dans l'espèce humaine d'une façon très progressive (Corballis, 2001). Comme le laisse supposer la quasi-universalité de la langue des signes, on estime actuellement que le langage aurait été précédé par le geste. De la même manière, nos mimiques faciales existent en nombre limité, ce qui en autorise la compréhension au-delà de nos valeurs et apprentissages culturels. Si, comme nous l'avons déjà souligné (Gauthier, 1993), les émotions sont à la fois un vécu des plus personnels en même temps que le forme la plus contagieuse de communication entre nous et notre environnement, c'est, à n'en pas douter, que ce mode de communication occupe une place essentielle dans la constitution de nos liens sociaux et par-là dans la survie de notre espèce. Nous voyons là une deuxième raison de nous

intéresser au vécu de groupal pour rendre compte de notre capacité à décoder ce mode de communication et faire face à des difficultés majeures d'échange auxquelles certains enfants nous confrontent souvent. Ce sont des différences dans notre sensibilité, en fonction de nos histoires individuelles, que peut surgir la compréhension de communications que la psychopathologie a souvent profondément mutilée.

De son côté, K. Lorenz (1973) a montré qu'il serait absurde de ne voir dans ces communications corporelles que des manifestations d'un apprentissage socialisé : ces réponses, mimiques et gestes émotionnels ont une valeur biologique, ce qui donne un fondement de vérité à toute perception d'une communication de ce type. Il est évident de ce point de vue que toute psychologie du geste fonde du même coup une psychologie du regard (Feyereisen et de Lannoy, 1985). Même si d'autres canaux sensoriels que la vision participent de ces formes de communications, il est évident que le regard joue en ces matières un rôle essentiel. Il n'est pas inintéressant de constater d'ailleurs que si les yeux et plus généralement le visage ont une place prépondérante dans ces processus, ils sont aussi des véhicules privilégiés de l'échange émotionnel. Ils sont ainsi des agents d'une communication réciproque dont ils sont à la fois la source et le point d'appel. Ne pourrait-on y voir les racines du processus d'identification ?

Il n'est pas interdit de penser d'ailleurs que c'est sans doute de ce côté des formes élémentaires et innées de nos modes de communication, que devraient se situer les bases biologiques de l'Inconscient. Cette perspective semblait essentielle aux yeux de Freud même si nombre de ses disciples, aujourd'hui, semblent avoir oublié l'intérêt qu'il y a à fonder toute psychologie du côté des origines corporelles et biologiques de nos comportements. L'intuition de ce point de vue ne serait que la tentative de représentation d'un vécu qui se manifeste avant tout par le corps. Il n'est en effet pas indispensable à leur pouvoir que ces échanges passent par un vécu subjectif conscient tant leur traduction corporelle est immédiatement efficace. C'est ce qui explique que le plus souvent lorsqu'un bébé nous sourit, il n'est pas nécessaire que nous devenions conscients de notre état émotionnel, pour qu'aussi-tôt nous lui répondions en modifiant spontanément tout notre tonus corporel ainsi que notre mode de communication verbale ; le bébé modifie spontanément tant nos rythmes que notre tonus, autant notre ton de voix que ce que nous disons. L'intuition n'est sans doute qu'une tentative de rationalisation de processus qui court-circuite justement nos représentations ; elle serait ainsi la forme de représentation minimale, et le plus souvent dans l'après coup, que nous donnons à un vécu subjectif avant tout corporel autant dans sa manifestation que par son efficacité.

Qu'il y ait nécessairement quelque chose d'essentiel à comprendre derrière cette forme de communication corporelle est évident lorsqu'on observe un nourrisson et son processus de développement. Il est très difficile de comprendre cette interaction si on ne fait pas appel à la question de l'intuition maternelle. L'intuition n'est que la réponse maternelle à des messages corporels que son petit lui adresse en permanence. Tous les travaux récents à propos des compétences du nourrisson ont transformé l'image que nous en avions auparavant si bien que nous le reconnaissons aujourd'hui comme un acteur indispensable du lien qui l'unit à sa mère. Celui-ci est, en effet, organisé par des schèmes comportementaux innés d'appel à la relation dont l'objectif est d'assurer la survie de l'enfant et par là celle de notre espèce. Si sur un plan psychanalytique, Winnicott nous a dit qu'on ne peut imaginer ce que pourrait être un enfant seul, de la même manière la biologie évolutionniste actuelle a démontré la nécessité que des liens forts et intenses unissent rapidement la mère à ses petits pour assurer la survie du groupe auquel ils appartiennent. En pensant que ce déterminisme est d'origine phylogénétique, nous avons le sentiment que nous ne faisons d'ailleurs que retrouver une des convictions les plus fortes de Freud, lui qui a toujours voulu inscrire sa théorie dans le droit fil des hypothèses darwiniennes. Son œuvre fait sans cesse référence à un des paradigmes biologiques de son époque qui voulait que l'ontogénèse récapitule la phylogénèse. C'est d'ailleurs sur ce paradigme qu'il a construit ses hypothèses sur l'évolution des sociétés et qu'il se sentait parfaitement autorisé à parler des sociétés primitives en étroite liaison avec les premiers stades de développement de l'enfant.

De la même façon, notre démarche s'inscrit clairement dans une perspective éthologique et évolutionniste autant que psychanalytique. Ce qui revient à dire que nous tentons de tenir compte des apports essentiels de ces trois approches, sinon de les réunir. Que les mécanismes d'interaction sociale aient une valeur phylogénétique, c'est ce que démontre, à notre avis l'œuvre de F. De Waal. Nous avons été très touché qu'au terme de son livre consacré à la pensée du « politique » (1982, 1996) chez les chimpanzés et alors qu'il a observé ce groupe depuis plus de dix ans, il soit devenu capable, à distance et rien qu'en entendant leurs cris, d'imaginer les séquences d'interactions qui étaient en train de se dérouler. Il était à l'égard de ce groupe dans la même disposition psychologique qu'une mère attentive à son enfant. Ne pourrait-on dire qu'il était devenu capable de s'identifier à ces singes qu'il avait appris à connaître et, sans doute, à aimer ? Il est clair que pour nous, ce phénomène n'est que la répétition de ce qui peut se passer entre une mère et son bébé et plus généralement lors de toute communication émotionnelle. Il n'est pas inutile de souligner qu'à cette époque, il lui fallait se protéger les yeux pour pouvoir continuer à

observer les singes habitués depuis de longues années à sa présence. Les chimpanzés, après cette longue cohabitation forcée, tentaient de plus en plus clairement, de le dominer et lançaient tout projectile à leur disposition dans la direction de ses yeux. Est-il exagéré de proposer que d'une certaine manière, ces chimpanzés avaient parfaitement compris l'importance de l'échange visuel ?

De l'éthologie, nous retenons l'importance accordée à l'observation des comportements dans le cadre général des théories évolutionnistes, c'est dire que ces comportements de base, innés, sont indispensables à la survie de l'espèce. Nous nous référons ainsi très clairement à l'œuvre de Bowlby (1969) non seulement en ce qui concerne ce qu'il a mis en évidence à propos de l'attachement mais plus largement, à l'ensemble de la démarche méthodologique qui fut la sienne. Il nous manque, par exemple, bien des informations et des observations sur ce qui suit cette première période d'attachement et qui concerne la période des premiers développements de la motricité et des jeux. Il est certain que, de ce point de vue, la démarche initiée par Bowlby doit être poursuivie et amplifiée.

Pour aborder des enfants présentant de graves retards de développement, le thérapeute doit faire appel à son intuition. Puisqu'on peut considérer que c'est bien la construction de représentations qui est en difficulté chez ces enfants, il ne peut le plus souvent s'appuyer ni sur des jeux, ni sur d'autres formes d'expression qui auraient quelque valeur symbolique. Il doit ainsi prendre conscience de son vécu interne et de ses observations du comportement de l'enfant pour comprendre et signifier à celui-ci, dans un deuxième temps, ce qui est en train de se dérouler. Ceci est à l'origine de la troisième grande asymétrie dans la psychanalyse des enfants : avant que d'appartenir à l'enfant, les représentations doivent être construites par le thérapeute, de la même façon que le bébé doit être interprété par sa mère. C'est sur le même mode que le thérapeute doit « allumer » l'espace des représentations chez l'enfant et surtout lorsqu'il présente des troubles sévères du développement. Si on considère en effet que les pensées se constituent peu à peu, toute pathologie grave du développement a un impact direct sur ce processus. Il est dès lors sans aucun fondement de penser que ces pensées seraient présentes en quelque sorte à l'état latent dans l'inconscient de l'enfant et que le thérapeute n'aurait, en quelque sorte, fait que de les révéler. C'est aussi pourquoi nous pensons que tout chez l'enfant doit être pensé comme en état de construction progressive ou, de manière plus forte, c'est aussi pour cette raison que nous estimons que la pensée est relationnelle : elle n'est que la traduction en représentations, en figures ou en mots, de l'ensemble des manifestations qui sont en train de se produire dans toute rencontre qu'elle soit thérapeutique ou de tout

autre nature. Le thérapeute est ainsi impliqué dans son corps, ses capacités de représentation et de mise en mots de ce qu'il vit.

En thérapie, la situation est d'autant plus compliquée que les troubles que l'enfant a connus l'ont conduit à modifier ses schèmes comportementaux de base. C'est ce qui rend ces enfants le plus souvent énigmatiques au début des rencontres. En plus de son intuition interne, le thérapeute devra posséder une connaissance la plus grande possible des nécessités et des modes de développements de l'enfant pour faire face aux enjeux d'une thérapie de ce type. Son intervention repose ainsi sur deux axes fondamentaux : la prise de connaissance de son propre contre-transfert et de solides connaissances en éthologie du développement et plus généralement dans le cadre de la neurophysiologie du développement. Ce que nous voulons dire par-là c'est que, de toute façon, les comportements et la relation précèdent les représentations. C'est la raison pour laquelle notre attention thérapeutique doit avant tout se porter de ce côté, tout d'abord parce qu'ils fournissent la trame sur laquelle vont éventuellement pouvoir s'inscrire des représentations, si du moins le thérapeute est attentif à les signifier à l'enfant.

Le premier mode, dont le bébé dispose pour éviter une relation, est de fermer les yeux ou de détourner la tête. C'est à partir de ces comportements de base que vont se constituer des attitudes corporelles régulières et répétitives qui sont le fondement de l'attitude caractéristique fondamentale d'un sujet et ceci en fonction de son histoire ; c'est-à-dire en fonction de son potentiel génétique de base et des événements de vie qu'il a eu l'occasion de rencontrer. Nous sommes, de ce point de vue, fort proches de W. Reich qui a mis en évidence ce lien du corps à notre histoire personnelle. Malheureusement, l'entreprise de W. Reich a tourné court car il a voulu tout interpréter en fonction de l'économie libidinale. De nouveau plutôt que de se référer à sa méthode d'observation et aux faits qu'elle lui permettait de mettre en évidence, et en essayant de tout ramener à cette pure hypothèse freudienne, Reich a réduit ses découvertes à ne plus être que la source d'une idéologie. Mais nous pensons comme lui que le corps et ses fonctions relationnelles peuvent faire l'objet d'inhibitions, de répressions, ou au contraire de survalorisation, de surexcitation et de diverses tentatives de compensations éventuelles. C'est ce qui nous autorise à penser que notre corps à travers nos comportements est porteur de notre histoire. Il est donc susceptible d'une interprétation qui donnera la forme d'une représentation à ce que nous qualifierons désormais d'attitude ou de comportement caractériel.

LES POINTS DE PRÉCIPITATION D'UNE ÉBAUCHE D'IDENTITÉ

C'est bien dans cette perspective que sont situées les deux interventions d'Annie Masson et de Catherine Jacquemin. Face à deux enfants fort énigmatiques, surtout d'ailleurs en fonction des particularités de leur façon de regarder, ces deux thérapeutes se sont efforcées, dès le début du travail, de faire face et de supporter cette difficulté tout en restant disponibles à leurs jeunes patients, sur le plan relationnel. Il faut souligner que cette attitude ne va pas sans difficulté puisque, le plus souvent, l'entourage, et avant tout les parents, souhaitent voir des progrès survenir rapidement. Il faut donc lutter contre les interprétations abusives, le plus souvent projectives, les explications faciles et laisser l'enfant faire et se familiariser peu à peu tout en restant accueillant et actif dans le même temps. C'est dire qu'il faut être attentif et tenter de repérer toute trace de ce qui pourrait constituer l'ébauche d'un lien, d'une relation en train de se constituer. Cela nécessite de longs mois d'une disponibilité qu'il n'est possible de maintenir telle quelle que dans la mesure où le thérapeute donne sens à son attente, ce qui lui permettra d'échapper à toute forme d'interprétation trop théorique ou intellectualisante des premières et importantes difficultés auxquelles il se confronte. Pour éviter de projeter sur l'enfant des interprétations construites dans l'*a priori* d'une quelconque théorie, il est primordial de rester attentif à voir et comprendre comment la relation se construit. Notre perspective relationnelle a, de ce point de vue, une vertu essentielle : celle d'autoriser la patience en même temps que de bien situer la nature des faits à saisir puisque ce qui est à comprendre, est ce qui se déroule sous les yeux du thérapeute.

C'est bien ce qui s'est produit dans le travail avec Vincent. Sa thérapeute est attentive au moindre regard, si bref et partiel qu'il soit, aux manifestations corporelles, les plus infimes soient-elles : un simple changement de rythme indique en effet à lui seul que peu à peu le thérapeute fait enfin partie de l'univers relationnel de son patient. Elle enregistre aussi la moindre ébauche de contact physique et la voilà rassurée, car elle sait que derrière son apparente passivité, elle laisse à l'enfant le temps de l'approprier, patience à laquelle il se montre disponible à son tour. De cet enfant particulier, elle retient les formes de contact corporel qu'il va choisir pour entrer en relation avec elle. C'est pour cette raison qu'elle se détermine à rester assise sur un tabouret assez bas dans le but de rester corporellement disponible à son jeune patient. Il est certain qu'elle fait alors appel à son intuition et que c'est à ce moment que le regard éventuel d'autres collègues peut se révéler le plus utile : il permet au thérapeute de prendre distance par rapport à ses propres projections en même temps qu'il autorise la différenciation. Nous

aurons à revenir sur cette dynamique particulière qui lie le regard porté et le regard de l'autre à une dilatation de l'espace imaginaire utile à toute compréhension. Il est évident que nous sommes là aux antipodes de la conception solipsiste du fonctionnement psychique qui fut le cadre dans lequel s'est développée la théorie freudienne. Il est bien difficile de penser la possibilité même de toute individuation comme séparée du regard d'un autre posé sur nous, ce qui met toujours en jeu la question de l'organisation spatiale réelle et imaginaire de nos relations. Toute « prise de conscience » résulte sans doute d'une remise en circulation de cette dynamique complexe.

Nous avons déjà (Gauthier et coll., 1999) insisté sur l'importance de la dynamique du temps dans ces espaces thérapeutiques dominés par une difficulté pour le patient à se constituer une identité ; on en voit toute l'importance ici. Peu à peu, en effet, une sorte de jeu se noue dans des ébauches de rythmes et de répétitions qui sont le signe que, silencieusement, une relation s'installe. C'est bien dans cette dynamique des temps et rythmes partagés, comme source des identifications précoces, que s'est organisée la thérapie de Laurent. Les deux thérapies sont très proches dans leurs principes et leurs déroulements respectifs, même si certains aspects ont pris plus d'importance pour l'un et l'autre de ces deux jeunes patients. Cela n'est que la conséquence des différences individuelles qui pré-existent à la thérapie et qui ont trait aux organisations caractérielles aussi bien des enfants que de leurs thérapeutes. Pour Laurent et sa thérapeute, c'est dans la constitution d'un rythme commun que se sont nouées les premières ébauches de représentations. On voit bien, de toute façon, que l'histoire de la relation thérapeutique prend ainsi d'emblée une coloration qui lui est propre et qui constituera une caractéristique fondamentale de ce processus d'échange particulier. Ce sont aussi ces particularités et leur desin temporel qui fourniront les points d'appui à une ébauche d'identité à l'enfant si du moins le thérapeute parvient à se les représenter et à les communiquer à son patient.

Au-delà du chaos et des incohérences comportementales du début (nous sommes convaincus qu'il n'y a là en fait aucun chaos et que cette qualification n'est que le résultat du fait qu'à ce moment nous ne comprenons pas ce que nous montre l'enfant), une sorte de trame se met en place ; grâce à l'attention portée aux répétitions comportementales et au repérage de leurs plus infimes modifications, le thérapeute parvient peu à peu à figurer et se représenter la manière dont se constitue la relation thérapeutique. Ces répétitions sont ici comme des points d'ancrage sur lesquels vont venir se précipiter les ébauches de la constitution d'une identité chez l'enfant. La répétition ne prend sens que dans ses failles, c'est-à-dire par rapport à des transformations qui à leur tour indiquent au thérapeute de quoi pouvaient donc bien être faits ces

comportements inlassablement répétés mais qui jusqu'alors restaient énigmatiques. Comme pour le nourrisson avec sa mère, comme dans l'observation directe, la pensée se constitue d'abord chez le thérapeute : les représentations qu'il se donne, ont valeur d'anticipation. Tout se passe alors comme si c'étaient ces mouvements répétitifs et leurs aléas qui lui permettraient de reconnaître l'enfant dans sa singularité et ainsi de lui attribuer une identité.

DE LA RÉPÉTITION AU REGARD PARTAGÉ

Si on sait qu'en fin de compte, il faudra bien que les deux regards puissent s'échanger de part et d'autre, il faut d'abord que du côté du thérapeute s'effectuent ces transformations corporelles qui autorisent la rencontre avec l'enfant. Ce n'est que dans cet état affectif qu'un échange émotionnel va pouvoir se nouer définitivement et enfin, et surtout, prendre sens. C'est dans cette mesure que le thérapeute doit à tout moment tenter de rester disponible à ses propres mouvements affectifs, c'est-à-dire à son corps, à ce qu'il communique et surtout ne communique pas.

À moins de faire des hypothèses fort théoriques et le plus souvent assez gratuites qui concerneraient le passé, les fantasmes ou les défenses de l'enfant mises en jeu dans cette nouvelle relation, le seul domaine auquel finalement le thérapeute ait un accès réel et significatif, c'est bien celui de la relation thérapeutique qui est en train de se construire. Il est certain que dans les premiers moments d'une thérapie, les activités de l'enfant sont significatives de la façon dont il traite l'étrangeté du thérapeute. La deuxième phase est celle de l'appropriation réciproque mais atteindre ce moment ne sera possible que si le thérapeute lui-même peut tolérer l'étrangeté de l'enfant. C'est le moment où l'intuition domine mais où les impressions restent confuses et sans lien les unes avec les autres. Des moments fugitifs de compréhension s'installent pour disparaître sans paraître laisser de trace. La mémoire du thérapeute même si elle reste en éveil, est alors soumise à rude épreuve. Même si par moments elle semble éteinte et sans relief, elle retrouve parfois, à certains moments, et de façon surprenante, cohérence pour jeter une lumière vive mais trop fugace sur les comportements de l'enfant. Parfois aussi les moments divergent et les intuitions qu'ils suscitent entrent en contradiction les unes avec les autres. Le regard posé reste attentif mais incertain.

Comme nous l'apprend l'observation directe, ce n'est que dans la répétition et dans la durée que la relation peut trouver à se signifier. Que pouvaient vouloir dire au début le collage de Vincent et Annie Masson ou l'annonce de se faire mordre par Laurent ? Parmi les centaines

d'interprétations possibles, le choix est *a priori* impossible. Le thérapeute est, au début d'un traitement, parfaitement impuissant à comprendre ce qui se passe sous ses yeux et il ne peut fonctionner que comme mémoire du couple thérapeutique avec l'espoir qu'un jour il sera possible d'y accrocher du sens. On voit d'ailleurs que la signification du contact oral est très différente pour Laurent et Vincent ; il est à ce moment impossible d'en faire autre chose que d'y rester attentif, un peu comme des traces que le thérapeute garde en lui, une forme de première inscription. C'est de cette manière que nous pouvons dire que la signification qu'on peut dégager est d'emblée relationnelle et qu'elle s'inscrit strictement dans le cadre de la thérapie : elle est le résultat de l'attention que le thérapeute porte à la constitution de la rencontre thérapeutique dont il est le garant à la fois dans la réalité et dans le monde des représentations et du fantasme.

Si l'enfant manifeste dans ses premiers gestes, les signes de la répétition inévitable de son histoire et de ses apprentissages familiaux (il est d'ailleurs impensable qu'il puisse en être autrement), la manière dont le thérapeute les reçoit, les inscrit d'emblée dans une création relationnelle nouvelle. De ce point de vue, la signification à donner à l'enfant n'est pas la fonction première du thérapeute puisque sa tâche essentielle est de nouer le lien thérapeutique. Celui-ci ne sera compris et interprété que dans un second temps et il serait absurde de continuer à penser que ce lien aurait préexisté à la relation ; l'interprétation est une construction qui implique chacun des deux partenaires. Si le transfert suppose la répétition, celle-ci ne peut expliquer l'ensemble du développement de la relation thérapeutique. Nous dirions qu'il faut d'abord que prennent forme les ébauches de ce qui constituera plus tard le fondement même de la relation thérapeutique. C'est dans un second temps que ces comportements relationnels de base trouveront une signification et tout d'abord dans la tête du thérapeute.

Les thérapies de Vincent et de Laurent montrent bien comment se constituent peu à peu ces représentations. C'est à ce moment que le thérapeute devient capable de donner sens à une anamnèse qu'il possédait, du moins en partie, mais dont il se montre désormais avide de précisions supplémentaires. Les deux plans, celui de l'histoire de l'enfant et celui de la relation thérapeutique peuvent commencer à se superposer. L'intuition du thérapeute prend alors sens dans le récit qu'il se donne de ces deux histoires. C'est, pensons-nous à ce moment, qu'une sorte de regard commun d'échange et de connivence commence à exister entre tous les partenaires. Du regard posé par le thérapeute, nous passons à un regard échangé.

LE REGARD PARTAGÉ AUTORISE L'ACQUISITION D'UN VISAGE

Autant pour Vincent que pour Laurent, c'est à partir du moment où se sont constituées ces ébauches d'identité dans les représentations du thérapeute, que, tous deux, ils cherchent à se confronter à l'expérience du miroir. Tout se passe comme si c'était à partir du moment où les enfants se sont constitués une ébauche d'identité dans les yeux de leur thérapeute, qu'ils cherchent à savoir ce que pourrait, au fond, être leur propre visage. Ils recherchent alors avidement et avec plaisir à se confronter à leur image spéculaire et c'est dans un second temps qu'ils y risquent le visage et puis le regard du thérapeute. De nouveau, les thérapies de Vincent et de Laurent sont très explicites à cet égard. De plus, de ces expériences, autant pour l'enfant que pour le thérapeute, se déclenchent l'émergence d'une intense émotion partagée ce qui provoque l'émergence d'une autre zone de partage dans la thérapie. Déjà depuis quelque temps auparavant, un plaisir tout neuf, bien que tenu encore, semblait pouvoir habiter un espace thérapeutique dominé tout d'abord par la répétition et la menace de l'ennui ; quand le thérapeute comprend l'importance essentielle, que prend à ce moment-là pour l'enfant, l'expérience de se contempler dans un miroir, un instant d'intense émotion développe et découvre de nouveaux horizons à la relation thérapeutique. Dès ce moment, l'enfant semble habité d'une identité qui paraît irréversible et mieux assurée que ce soit pour lui ou sous l'œil de son thérapeute.

AVOIR UN VISAGE DONNE SENS À LA SÉPARATION

La psychopathologie de l'enfant est marquée par des références que nous faisons sans cesse à la question de la séparation. Depuis longtemps, nous sommes habitués à penser que l'enfant serait soumis d'emblée à des angoisses de séparation qui seraient censées, en grande partie, expliquer d'ailleurs la survenue de nombreuses formes de troubles psychologiques. Comme nous l'avons déjà montré, cette hypothèse, à propos de la séparation, repose sur l'hypothèse implicite que le bébé connaîtrait d'emblée l'espace en tant qu'espace de séparation. Or, la clinique nous montre que l'enfant vit la plupart du temps dans un espace et dans un temps imaginaire, qui donne à la pensée cette coloration particulière que l'on appelle le plus souvent la pensée magique. L'existence de cette forme de pensée signifie que l'enfant vit dans un monde dont la troisième dimension n'a pas valeur de séparation et dans un temps qui, *a priori*, n'est pas irréversible. C'est bien cette particula-

rité qui se manifeste dans leurs jeux lorsqu'ils font appel à « ponce » pour suspendre le temps ou reprendre le jeu à un moment qui leur convient mieux. En Belgique francophone, c'est le terme de « deux » qui possède cette valeur de parole magique, surtout lorsqu'elle est associée à l'élévation de la main au-dessus de la tête en même temps qu'elle indique le chiffre cité, de l'index et du majeur. Tout cet espace spatio-temporel est bien différent de celui de l'observateur qui se meut dans un espace à trois dimensions et un temps irréversible, ce qui peut être à l'origine de difficulté de compréhension entre l'enfant et son observateur. Cette particularité psychologique, propre à l'enfant, suppose donc que, pour l'enfant, l'espace perçu, bien que possédant bien entendu trois dimensions, n'est pas un espace qui implique la séparation et la localisation précise des phénomènes physiques que nous constatons dans notre environnement. La « localité » des causes et des effets, si possible repérables selon les axes cartésiens, est une des conditions essentielles de la science moderne. C'est aussi, pour cette raison que la mécanique quantique pose tant de questions d'épistémologie à la physique actuelle.

Sur un plan clinique donc, on peut constater que l'enfant, lui, vit dans un espace et dans une pensée magique qui impliquent une non-séparation des lieux les uns par rapport aux autres, des causes et des effets et une indistinction radicale de l'espace matériel et de l'espace psychique puisque c'est bien de ce dernier que dépendent la valeur et la constitution du premier et qu'il n'existe aucune mesure commune, dans cette pensée, entre l'importance des causes, l'importance des effets et la localisation des uns et des autres.

Il est donc difficile dans cette perspective d'imaginer que l'enfant, vivant dans ce monde magique, serait d'emblée soumis à des angoisses de séparation dès qu'il voit sa mère se séparer réellement de lui dans un espace à trois dimensions qui n'est que l'espace de la perception. Nous voulons insister pour dire qu'il faut décidément distinguer l'espace réel perçu et l'espace tel qu'il est appréhendé, ou vécu psychologiquement. Nous ne pouvons ici que renvoyer au livre fondamental qu'a écrit Sami-Ali (1974) à propos de l'espace imaginaire pour plus de précisions sur toutes ces questions et sur ce qui a conduit cet auteur à cerner la réalité de cette autre façon de vivre l'espace qu'il a appelée, Imaginaire. L'espace et le temps chez l'enfant sont, en effet, conçus sur le même mode que l'espace et le temps que nous reconstruisons à chaque nuit lorsqu'il nous arrive de rêver. L'espace magique chez l'enfant est un espace de rêve, de même que le temps et la distinction entre l'espace perceptif, réel, matériel et l'espace tel qu'il est vécu, constitue une distinction essentielle qui nous introduit à la question de l'espace imaginaire.

Or les thérapies de Vincent et de Laurent nous montrent bien que l'angoisse de séparation n'est pas une angoisse primordiale. Tout se passe en effet dans la thérapie de ces deux enfants, comme si, pour pouvoir penser la séparation, ils avaient dû d'abord acquérir un visage qui leur soit propre. Avant que de pouvoir penser se séparer dans un espace réel à trois dimensions, les enfants doivent en effet avoir acquis la possibilité de se constituer un visage qui, comme l'a montré Sami-Ali (1977), est la chose qui détermine au mieux notre identité mais qui nous est et restera inaccessible, irrémédiablement. Notre visage ne nous est, en effet, accessible que par des moyens indirects tels que le miroir, les reflets, alors même que ce visage donne un des éléments essentiels à notre identité, mais aux yeux des autres, avant tout. Avoir un visage est un signe d'identité dans la mesure où il nous permet de nous distinguer de notre mère ; il signe notre capacité de différenciation entre le familier et l'étrange, le vu et le non-vu et, dans l'espace des perceptions, celles qui nous appartiennent en propre et se réfèrent à notre corps et les sensations qui ont à voir avec l'autre.

De nouveau, le visage est au centre d'un paradoxe essentiel au développement de l'enfant qui montre que, définitivement, nous devons abandonner toute conception perceptiviste du développement du fonctionnement psychique des enfants. L'identité n'est pas perception mais construction, déduction, opération mentale. Nous pouvons étudier ce développement si nous tenons compte des spécificités des objets de pensée que l'enfant constitue pour se représenter et représenter son environnement. On voit qu'en aucun cas, ces objets ne peuvent être considérés comme simples et le lien qui existe entre la perception et la représentation n'est en aucun cas un lien linéaire.

On mesure à nouveau combien notre conception s'éloigne radicalement des conceptions de l'espace proposées par Freud. Nous ne pensons pas que la séparation qui peut exister entre le bébé et sa mère, ne peut avoir aucune conséquence sur lui mais il serait peut-être plus intéressant de penser cette absence, non pas en termes de séparation mais en termes d'absence de fonctionnement psychique ou de soins. Si nous poursuivons en effet notre hypothèse jusqu'au bout, qui voudrait que le fonctionnement psychique soit en même temps un phénomène relationnel, les angoisses de séparation pourraient bien mieux être appréhendées et comprises comme étant des ruptures dans le fonctionnement psychique du bébé en relation avec sa mère, plutôt que comme un éloignement dans le réel de l'enfant et de la mère, ce que sans doute le bébé ne peut concevoir en tant que tel. Les ruptures de ce point de vue sont avant tout des phénomènes qu'il faut concevoir comme temporels plutôt que spatiaux.

Il s'agit là d'un élément que nous considérons comme essentiel de la technique psychothérapeutique qui est maintenant devenue la nôtre. C'est l'argument central qui nous permet d'insister pour que, en cas de trouble grave de développement, ce soit avant tout la relation thérapeutique qui fasse l'objet d'une construction et d'une interprétation de la part du thérapeute. Si la rupture en effet est avant tout une rupture du fonctionnement psychique, il serait absurde que le thérapeute néglige à nouveau cet aspect relationnel qui, auparavant, aurait déjà été gravement sous-estimé par la mère ou l'entourage de l'enfant et qui pourrait expliquer les troubles graves de développement auxquels il est confronté.

INTERPRÉTATION ET IMPASSE THÉRAPEUTIQUE

Ce que nous venons d'affirmer nous permet de montrer comment et pourquoi il est essentiel que le thérapeute s'attache d'abord à nouer une relation, avec l'enfant, ce qui fera ensuite l'objet d'une interprétation de sa part. Il est évident que si le thérapeute s'intéresse avant tout au passé de l'enfant et lui fournit des interprétations de son comportement en fonction de celui-ci, il est vraisemblable que cette attitude doit conduire inéluctablement, tôt ou tard, à une véritable impasse thérapeutique. Si le thérapeute ne porte pas attention au développement de la relation thérapeutique, il est, d'une part, en train de reproduire peut-être les difficultés d'investissement et de nouage de cette relation qui se sont déjà produites très précocement dans le développement de cet enfant. Il met ainsi d'emblée la thérapie sur un plan qui, à terme, doit la conduire à la répétition de problèmes anciens plutôt qu'à leur transformation. S'il s'attache à tout moment à fournir à son patient des contenus verbaux, il augmente les risques de la constitution d'une impasse au cœur de la thérapie. En effet, il ne faut pas oublier que ces enfants présentent des troubles du développement, ce qui implique des difficultés dans la constitution des représentations et des difficultés dans la constitution d'un espace, d'un temps et d'un corps qui appartiennent réellement à l'enfant. Toute interprétation verbale risque ainsi de constituer une sorte de corps étranger rendu à l'enfant, corps étranger qu'il ne peut maîtriser, dont il ne peut connaître réellement ce qu'il signifie, ni non plus l'intérêt qu'il peut y avoir à échanger ce type de contenus verbaux entre lui et son thérapeute. On risque ainsi de voir se constituer progressivement une sorte de fossé entre le thérapeute et son patient, qui conduira inévitablement et inéluctablement à la constitution d'une nouvelle impasse thérapeutique.

On a bien vu, dans la situation thérapeutique de Laurent, ou celle de Vincent, combien l'utilisation de la parole comportait des risques majeurs, étant donnée l'histoire de ces enfants et de leur famille. Il est clair que dans certaines familles, la communication verbale est soit frappée d'interdit ou est porteuse elle-même d'une paradoxalité qui en rend l'utilisation particulièrement redoutable au sein de l'espace thérapeutique, si du moins on se limite à tenter de donner sens à tout prix aux comportements de l'enfant en fonction de son histoire et de celle de sa famille.

Dans les deux chapitres qui vont suivre, nous voulons insister sur l'intérêt qu'il y a donc à travailler plutôt sur la forme du fonctionnement psychique, « sur le contenant », plutôt que « sur le contenu ». Depuis le début, la thérapie psychanalytique, s'est concentrée surtout sur l'interprétation de contenus fantasmatiques, contenus d'un fonctionnement psychique supposé autonome plutôt que sur la forme du fonctionnement psychique. Nous entendons par forme du fonctionnement psychique, la manière dont l'individu, d'une part, entre en relation et, d'autre part, comment il parvient à traiter, à transformer les affects et les représentations qui sont mises en jeu par cette relation à l'autre. La forme du fonctionnement psychique concerne ainsi essentiellement les diverses formes que peut prendre l'activité onirique et imaginaire en général et la manière dont le sujet traite cette vie onirique et ses fantasmes. Déterminer les formes du fonctionnement psychique d'un individu consiste à tenter de répondre aux questions de savoir quelle place il laisse aux fantasmes en regard de la pensée logique, comment ces diverses productions mentales sont structurées en elles-mêmes, leurs formes, et le type de relation que toutes ces représentations entretiennent entre elles.

Chez l'enfant, on attachera une importance toute particulière au jeu et aux diverses formes que ce jeu prend, non seulement dans le développement de l'enfant normal mais à l'intérieur de l'espace thérapeutique. C'est la raison pour laquelle nous accordons au jeu une importance tout à fait primordiale dans l'évaluation d'un processus thérapeutique. Pour nous, il est sûr en effet que l'activité ludique n'a pas toujours, partout et en tout lieu, la même coloration et que c'est bien cette coloration particulière qui peut être interprétée pour rendre compte de la qualité de la relation que l'enfant est en train de vivre. Depuis quelques années, bien des courants psychanalytiques ont insisté sur l'importance du contenant dans le travail analytique, ce que nous proposons n'est tout simplement que des moyens d'étudier, d'analyser et d'interpréter ce contenant que nous préférons appeler « forme du fonctionnement psychique ». Si nous devons expliciter ce que nous entendons par forme de fonctionnement psychique, nous dirions que si le contenu peut être figuré par un ballon, il n'est pas indifférent que ce ballon se trouve à l'intérieur d'un

espace très restreint ou très large, qu'il soit carré, sphérique, cubique ou prismatique, c'est ce qui définit le contenant. En d'autres termes, il est indispensable de déterminer, pour savoir s'il est utile d'interpréter un fantasme, la forme de l'espace psychique à l'intérieur duquel il se déploie.

C'est en fonction de toutes ces considérations que Nicole Autin, ainsi qu'elle le montre dans le chapitre suivant, a choisi de provoquer, créer un espace ludique avec sa patiente ; il lui fallait provoquer quelque chose qui autorise la rencontre dont on voit qu'elle était d'emblée marquée par la possibilité de ne pas pouvoir être le lieu à l'établissement d'une relation. Cette rencontre est en effet marquée d'emblée par la paradoxalité de la demande de Michelle. Nicole Autin a choisi de créer un espace de rencontre latéral, afin d'éviter une confrontation trop directe au paradoxale et difficultés relationnelles de sa patiente. Il faut souligner qu'en outre, il aurait été particulièrement difficile pour Nicole Autin de choisir entre les interprétations multiples que l'on peut avoir de la situation de Michelle. Il n'est pas facile, en effet, dans ce type de situation de distinguer ce qui appartiendrait aux conséquences d'un traumatisme sexuel et ce qui relèverait de troubles narcissiques très précoces liés sans doute à des déficits majeurs dans la manière dont cette jeune fille a été pensée et entourée par sa famille. On voit bien que les difficultés de Michelle peuvent être la conséquence de chacune de ces deux hypothèses et de plus nous savons bien que dans la plupart des cas nous sommes confrontés à une addition de ces deux ordres de causalité. Il est alors très difficile de faire des hypothèses sur le contenu psychique de ces patients violentés dès leur plus jeune âge. De plus leur demande est oblique et montre le danger qu'il y aurait à déposer nos propres représentations dans leur espace psychique ; il est évident qu'on pourrait assez facilement se retrouver là dans la position d'un nouveau violeur.

On voit bien en tout cas dans cet exemple clinique combien il est non seulement intéressant mais indispensable de se concentrer d'abord sur la constitution d'un espace relationnel dont la coloration dépend de la personnalité du thérapeute mais qui permet peu à peu à celui-ci d'acquiescer des représentations concernant son patient.

La situation présentée par Françoise Vermeulen nous conduit du côté de la pathologie adulte. Nous verrons que la situation de sa patiente doit être mise en relation avec la question de l'impasse ; qu'il nous suffise ici de montrer tout l'intérêt d'un travail psychothérapeutique, avec un patient adulte, qui porte plus sur la forme du fonctionnement que sur le contenu, sur la forme du rêve plus que sur sa signification. Il est clair que cette situation illustre parfaitement comment les formes du rêve sont à l'image de la relation thérapeutique. Elles sont un indicateur incontournable pour nous montrer la nature de ce qui se passe réelle-

ment dans une cure. La modification de ces modes de fonctionnement nous renseigne donc d'une façon précise sur la manière dont le patient intègre une relation et peut faire face aux conflits qu'elle engendre inévitablement.

Chapitre 4

SE VOIR ET SE RENCONTRER, MAIS SANS SE REGARDER

Par Nicole AUTIN

« J'ai ouvert mon cœur à celles qui étaient belles à la manière des enfants. J'ai voulu que mon nom, quand elles ignoraient encore celui de l'amour, leur apprenne la douceur de prononcer une parole. Je les avais choisies pour leurs yeux dont la profondeur étaient si loin d'elles qu'elles ne voyaient que de la lumière dans les miens. »

Joe BOUSQUET, *Le Meneur de lune*

Le jeune homme atteint à la colonne vertébrale sur le front de la guerre de 1914, replié désormais « dans sa chambre aux volets clos », découvre l'horizon infini de l'espace imaginaire, de la poésie.

Les enfants et adolescents que je rencontre dans l'hôpital de jour pour l'accompagnement d'un travail psychocorporel, peuvent tourner assez longtemps autour de la salle de psychomotricité, bien « individualisée » dans l'architecture de l'ensemble institutionnel. Cet espace métaphorise la promesse d'une possible confrontation à soi-même, en osant une rencontre individualisante dans un environnement où le groupe prévaut.

Il faut noter combien le temps « de la rentrée » de septembre ou janvier, est un moment où les enfants osent affirmer leur demande individuelle. Michelle fut de ceux-là.

Lorsque ce questionnement autour de « voir-être vu » dans un travail relationnel se précisait dans notre groupe de réflexion sur la psychosomatique de l'enfant, celui avec Michelle, jolie jeune fille de onze ans débutait, exacerbant d'emblée cette problématique au centre de notre relation. Refusant activement regard et parole, elle m'obligeait à « descendre » dans ce qui garantit *a minima* un travail relationnel, et qui sollicite la recherche personnelle du thérapeute dans les niveaux infra-verbaux du langage : son propre espace psychocorporel.

Sept séances avaient eu lieu ; elles donnaient déjà le climat de l'observation thérapeutique. D'autre part, la présenter dans le groupe décalait la question de « voir-être vu » au niveau du thérapeute lui-même. C'est donc ce premier moment du travail thérapeutique que nous choisissons de relater.

Dans l'après coup, grâce à cette prise de notes à la fin de chaque séance, la relecture vient démentir le ressenti difficile que j'éprouverai longtemps dans la rencontre avec Michelle. Malaise qui perturbait mon dialogue intérieur, balançant entre réceptivité et sentiment d'incapacité, d'être à une place essentiellement « mauvaise ». Le ressenti le plus lourd était le sentiment que toutes nos rencontres avaient une même tonalité sur laquelle le temps glissait sans effet intégrateur de différences et que cela pourrait durer longtemps...

Tenter d'explicitier ces niveaux de repérage du travail thérapeutique, qui touche déjà l'intime, nécessite une élaboration partagée dans un groupe où la différence n'est pas excluyente et la théorie non donnée *a priori*. Je découvris dans le partage de ce travail un appui suffisant pour en supporter le sentiment de vide mais surtout une capacité à préserver la part pressentie d'une richesse sous-jacente dans le fonctionnement de cette jeune fille. Je dois dire ici ma gratitude envers ce travail de recherche à partir de la clinique relationnelle, où l'autre entravé dans une impasse est regardé comme gardant toutes ses potentialités évolutives. Ceci nourrit le travail clinique en institution dans une époque où le « formatage » tend à modéliser aussi le domaine des soins.

En même temps, nous pouvons nous réjouir de sentir l'émergence de ces préoccupations, je pense particulièrement aux recherches dans le monde du tout petit et citerai Bernard Golse (2000) :

« Il me semble donc que... les développements de la psychiatrie du bébé ont donné lieu à deux axes nouveaux de réflexion :

– le premier concerne la relance de l'étude des processus de subjectivation et de sémiotisation dans l'espèce humaine. La psychiatrie du nourrisson nous fournit, en effet, un accès à un maillon qui a, me semble-t-il, longtemps fait défaut aux linguistes et aux philosophes lesquels, dans ce domaine, se sont surtout penchés sur le fonctionnement des codes de communication instaurés et déjà constitués alors que l'étude approfondie des systèmes interactifs précoces ouvre, quand à elle, sur le mouvement

même de mise en place et de production des signes et ceci donc, d'un point de vue beaucoup plus dynamique et intersubjectif que statique. Dès lors, le corps a pu reprendre une place centrale qu'il avait peut-être un tant soit peu perdue dans le cadre des théorisations psychanalytiques ;

– le deuxième axe de réflexion suscité par la psychiatrie du bébé concerne bien entendu l'apparition et l'affinement de nouveaux fondements de la sémiologie avec toute la dimension interactive. D'une manière lapidaire, on pourrait dire en effet qu'avec le bébé, la clinique, ça n'est pas écrit dessus. Il y a bien sûr, dans ce champ également, un certain nombre de symptômes non interactionnels mais, d'une part, l'essentiel de notre regard se focalise sur le lien interactif, et d'autre part – ce qui d'un point de vue épistémologique est résolument moderne – notre clinique ne peut faire l'impasse sur la dynamique qui se joue dans le psychisme même de l'intervenant, qu'il s'agisse du parent, du soignant ou de l'observateur. C'est dans ce dernier registre que les phénomènes d'attention me semblent tout à fait importants.

L'attention... n'a pas d'objet précis *a priori*. C'est une disposition psychique intérieure, un état d'alerte actif, une disponibilité perceptive qui nous rend sensibles à l'imprévu, à quelque chose dont l'existence est probable mais dont les qualités ne sont pas définies ni même imaginables à l'avance... »

LA RENCONTRE

Depuis un temps certain, Michelle manifestait dans l'immédiateté son envie de me rencontrer : elle veut « être inscrite demain ». Aucun travail individuel ne se mettant en place sans articulation avec le groupe éducatif de l'enfant et les réunions institutionnelles de l'Hôpital de jour, Michelle doit reporter sa demande dans le temps puis dans l'espace de son groupe, ce qui ne fut pas facile.

Enfin, à la rentrée de septembre 1998, elle vient me voir, décidée, et s'explique :

– Ma demande, dit-elle, est obligée d'être inscrite sur le cahier rouge (de son groupe éducatif).
– J'ai vérifié ce matin, J. a écrit.
– J'ai demandé à P., et A. a dit oui.

(J., P. et A. sont les éducateurs de son groupe.)

J., son éducatrice, est toujours en congé de maternité en cette rentrée. C'est une personne privilégiée par Michelle, qui a noué avec elle une relation que l'on peut penser comme en collage. Aussi je me pose la question du rôle de l'absence de ce visage privilégié dans l'énergie et la détermination qu'elle affiche à me rencontrer.

J'apprendrai par la suite, que cette capacité à faire intervenir une multiplicité de personnes autour d'elle, lui est assez coutumière. Cette compétence témoigne d'une certaine capacité de repérage de la vie institutionnelle, dans laquelle elle chemine depuis l'âge de 5 ans. Elle consulte en effet le CMPP de notre association de santé mentale pour « trouble du langage et instabilité » depuis cet âge. L'agitation aurait commencé au décès de son grand-père quand elle avait deux ans ; disparition non parlée à l'enfant alors que ce grand-père faisait fonction de nourrice auprès d'elle. Mais l'on peut se représenter des difficultés dès la naissance de Michelle qui souffrait d'une fracture de l'épaule qui ne fut décelée que tardivement...

L'année de ses 6 ans, les parents divorcent. Elle redouble son CP. À 8 ans, sa mère qui « n'en peut plus » accepte un placement familial organisé par le CMPP. Dans cet espace, on remarque « fatigue, somnolence et pipis au lit » au retour des week-ends chez son père, et bien que la mère réfute cette possibilité, Michelle peut dire aux intervenants du Placement familial qu'elle subit des atouchements sexuels de la part de son père. Elle doit le redire à la Police et l'espace judiciaire entre dans la constellation de son environnement ainsi que l'hôpital de jour où elle est inscrite à la même époque.

Entre agir et être agie, je ressens une difficulté à se faire véritablement entendre. Son collage à d'autres enfants laisse penser aux éducateurs qu'il ne s'agit pas d'une demande pour elle-même, qu'elle est dans l'imitation.

De plus sa demande est souvent fragmentée sur plusieurs personnes, et pour que la rencontre se fasse, encore faut-il que celles-ci portent leur part à un désir de rencontre pour et autour de ce que l'enfant joue à défaut de pouvoir l'exprimer clairement.

Comme le souligne J.-B. Saragossi (2000) :

« Le thérapeute n'est pas seulement garant d'une relation thérapeutique qu'il noue avec le patient mais il doit prendre en compte simultanément tous les effets institutionnels. »

Aussi je tente d'aider Michelle en allant dans son groupe, et cette fois, alors que tous les interlocuteurs sont présents, elle se cache sous la table. Attitude qui contraste entre cette façon de se soustraire à nos regards et l'apparente maturité affichée : « avoir vérifié dans le cahier » (cahier où rien n'était consigné en vérité, mais médiateur investi du travail institutionnel, ce qui n'a pas échappé à Michelle).

Nos rencontres déburent, Michelle est âgée de 11 ans, elle a un joli visage de blonde aux yeux bleus déjà mature, en décalage avec une allure plus pouponne, toujours habillée en jogging qui indifférencie son corps. Elle grandit dans une famille d'accueil qui ne paraît pas mesurer ses difficultés, car elle exige des devoirs scolaires du soir afin que

Michelle fasse comme les autres enfants de la famille dans ce créneau horaire de l'organisation familiale. Elle est censée se conformer, insister « dans le faire comme », mais elle ne semble pas regarder dans son être propre. Michelle vole beaucoup d'objets, dont des livres de la bibliothèque. En fin de semaine, elle rentre soit chez sa mère, soit de nouveau chez son père, visites qui furent momentanément interrompues à la suite de la suspicion d'atouchements sexuels. Le juge infligea un sursis de deux ans et une obligation de soins au père.

Pour ma part, n'ayant à l'époque aucun élément d'anamnèse, je serai intriguée d'apercevoir ces deux parents divorcés venir en couple soudés-collés à une réunion de parents.

Le père paraît très en difficultés dans son être propre. La mère vit avec sa fille aînée, la précarité économique est leur toile de fond. Les deux parents vivent à proximité l'un de l'autre.

La famille vue par Michelle :

- On a Maria, 14 ans.
- On a moi.
- On a Josée, 5 ans.

Josée, qui se révélera ne pas être une sœur, mais la fille du compagnon de la mère, que l'on soupçonne être le propre frère du père ; mais rien n'est clair, ni dit.

Nous retrouvons chez Michelle cet aspect contrasté entre le niveau confusionnant de son environnement qui peut être paradoxal et une certaine intelligence du réseau institutionnel sur lequel elle s'appuie. Néanmoins, cette intelligence témoigne plus d'une vigilance, d'une nécessité de maîtriser des liens qu'elle ne peut se représenter que très difficilement ; où est sa place, qui en est le garant ?

Au-delà de ses difficultés identitaires, il me semble que le « on » utilisé préférentiellement par Michelle, révèle bien une tentative de se situer, de conserver un sentiment d'appartenance face à la complexité de son environnement.

PREMIÈRE SÉANCE

Ce qui frappe à notre première rencontre, c'est le sentiment qu'elle ne se situe que dans le temps immédiat, confuse en ce qui concerne ses différents lieux de vie. Elle étudie gestuellement mes questions mais probablement ne se repère pas. Il s'agit sans doute d'un mouvement de fond proche de sa façon de disperser sa demande sur différentes personnes en l'absence de son éducatrice privilégiée.

Elle peut me dire « ne se sentir bien chez personne » sans que je ressente un affect sous-jacent ; elle s'agrippe aux objets posés là devant

elle, s'en saisit l'un après l'autre sans investir, pressée de passer à autre chose : aspect d'un rythme relationnel toujours persistant actuellement malgré une véritable évolution aussi bien relationnelle que développementale. Michelle rythme son expression de petites phrases répétitives centrées sur la thématique du temps : le manque de temps, le temps qu'elle va perdre ou qu'on lui fait perdre, qu'il n'y a pas à perdre... jusqu'à la contradiction de vouloir être dans plusieurs lieux à la fois.

Ce qui lui a donné envie d'aborder un travail individuel dans cet espace avec moi, c'est d'y « avoir vu Alice sur la scène ». Alice est une pré-adolescente aussi placée dans une famille d'accueil, famille qui d'ailleurs avait accepté Michelle temporairement. De plus, elles partageaient le même groupe éducatif.

Voilà beaucoup de « comme » ! Mais il me semble qu'Alice a une fonction de double positif pour Michelle, l'entraînant dans son groupe d'âge, ses conflits, en écart avec son besoin d'être collée au bras d'une adulte, soit l'éducatrice de son groupe mais aussi les stagiaires féminines qui passent et qui toutes, se font prendre à « son charme ». En revanche, les éducateurs masculins disent leurs difficultés à être en relation avec Michelle.

Lors de cette première rencontre, sur la scène : espace de jeu équivalent à celui du rêve (et présenté dans cet esprit), elle se précipite dans le tunnel et je repense à sa précipitation sous la table : être hors la vue, capter mon regard pour s'y soustraire. Tout de suite vient l'évocation des abus sexuels, mais en-deça quelle organisation la pousse à apparaître pour disparaître, exister en disparaissant ?

Je nomme cet espace du tunnel : « le trou noir ». Pourquoi donner une représentation de cet espace, alors que je ne sais rien de ce qui se passe pour elle dans ce moment, est une question légitime. Mais l'expérience de ce travail, où l'enfant s'engage corporellement sans verbalisation, montre la nécessité que le thérapeute témoigne de sa présence active dans l'espace du jeu, garantissant dans une certaine anticipation qu'un sens est possible, qu'un affect peut être reconnu, qu'une histoire pourra se jouer et se tisser dans le temps. Pour cela, quand à l'espace partagé et les objets qui l'habitent, une langue commune minimale sous-tendue par l'affect s'avère structurante, déjouant « le négatif », « la carence »... Là l'objet tunnel est tiré dans le sens d'un affect possible autour du « noir », les couleurs se révélant très porteuses de représentations de la vie affective, elles sont très utilisées comme médiateur entre le littéral et l'ouvert à un possible imaginaire.

Autrement dit avec ce type de difficultés chez l'enfant : si le tunnel reste le tunnel et le thérapeute en attente, sans proposition d'une direction imaginaire, la relation déjà privée du regard risque le vide relationnel.

Dans le silence et l'opacité, je dois être vivante et active (et nous verrons tout au long de cette thérapie que cela constituera une sorte de nourrissage, d'éclayage pour sa propre expression avant un mouvement différenciateur).

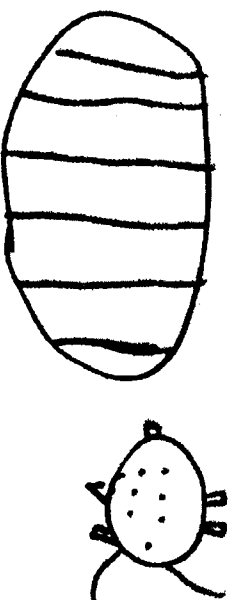
– Dans ce « trou noir » veut-elle de l'aide, lui demandais-je ?
– Tout va bien, répond-elle.

Puis elle se précipite dans « la maison » (tente en forme de coconnelle). Je lui propose alors « un téléphone » qu'elle accepte, je peux donc la contacter ? Mais tout va bien, et il n'y a rien à ajouter.

Enfin, elle monte à l'espallier, que je nomme « l'envie de grandir », mais il s'agit surtout de regarder d'en haut pour se précipiter à nouveau dans le tunnel... voir à distance dans cette dynamique serrée voir – ne pas voir, où surtout elle se dérobe à mon regard.

Voir n'est pas regarder comme le montre son dessin-mémoire de la séance où les objets investis : « tunnel noir » et « maison » sont dessinés en dehors de tout mouvement relationnel, dans une représentation la plus concrète possible de l'objet, mais elle comme moi-même sommes absentes de la représentation.

Elle se défile de suite, toujours en se précipitant sur divers objets, mais donne un titre à cette séance : « C'est bien. » Il apparaît en même temps que tout ce « bien » en général, soit sur le même ton « qu'elle n'est bien chez personne ».



DEUXIÈME SÉANCE

Michelle me voit, me fuit, se cache, mais arrive très vite pourtant ; elle semble rejouer comme la première fois, mais dans la légèreté, la rapidité.

Je tente alors la proposition d'anticiper le jeu, dans une pause sur les coussins de couleurs à choisir. Je sens que « je ne sais pas » dit un vécu de vide où je ne peux la laisser, ni y entrer moi-même.

Aussi je la laisse libre d'investir l'espace, son regard soit dans la fuite, soit dans le collage, mais surtout caché.

Elle investit « la maison », cette fois elle a pris spontanément le téléphone, témoin d'un lien possible, je reste donc à distance comme « une voisine », poursuivant le travail de métaphorisation qui vise à montrer à l'enfant que sur la scène nous sommes bien elle et moi dans un espace de jeu, que « quelque chose » peut se décoller des objets, du littéral :

Tunnel - trou noir - perte du lien - peur - nuit...

Maison - chez soi - individualisation - solitude...

Téléphone - lien possible ou refusé - échange à distance....

« Une voisine » : la proposition fut faite dès la première séance, sans doute comme la métaphore la plus neutre possible dans un espace relationnel où je me sentais mise à distance, fuite du regard et surtout mise dans le silence. Dans le devoir de respecter la distance, ce qu'elle cache, les murs inviolables des maisons-corps séparées puisque nous n'oublions pas la suspicion d'atouchements sexuels.

Tout un équilibre donc difficile à entretenir, alors que je me retrouve avec la nécessité de donner du sens, de garder une pensée dans cet espace d'un vide vertigineux.

Plusieurs fois alors qu'elle est dans le tunnel, je propose « une aide », par exemple « les pompiers » ?... en vain :

Une fois comme je lui demande :

- A-t-elle perdu quelque chose ?

- Oui, répond-elle sans plus.

Un peu plus tard, c'est « son bébé » qu'elle cherche et trouve mais « il n'a pas encore de nom » !

Dessin-mémoire : elle se cache pour dessiner dans un profond silence, comme si un premier niveau d'autonomie dans la relation ne pouvait fonctionner qu'en se soustrayant au regard, origine du Sur-Moi corporel invalidant. Mais en même temps, ce fonctionnement la maintient dans l'impasse relationnelle, en ramenant la possibilité d'être à deux à être seule.

Dans le dessin, la question du visage, du regard, est présente. Le personnage du tunnel a la même couleur rose que le visage du person-

nage de la maison... personnage qui pourrait être moi-même puisque les coussins de couleur sont représentés ; cette proposition pourtant refusée en début de séance est reprise par Michelle qui révèle ainsi une grande finesse.

Je me laisse rêver qu'en ce début de prise en charge, elle a peut-être l'intuition de la direction de son travail : passer de l'enfermement, de l'horizontale qu'évoque la maison-« coccinelle » qui contient le téléphone et donc la possibilité du lien, au redressement, verticalisation sur sa couleur « verte préférée » (elle l'affirmera dans une séance ultérieure), couleur donc identitaire bien remplie, en contraste avec les pointillés à l'intérieur du coussin rouge, et cette fois le visage à découvert dans une maison qui se construit. Notons la couleur bleue de cet espace qui est aussi celle qui enveloppe partiellement le tunnel, bleu qui est la couleur des tapis de la scène qui nous porte...

Bref, toute une mise en mouvement.



Dessin 2

TROISIÈME SÉANCE

Michelle vint me chercher sur la route à mon arrivée le matin... mais, le moment venu de sa séance, elle me dit « non » à distance. Aller vers mais reculer en rejetant, mode relationnel paradoxal qui la ramène à une situation en appui-collage à l'autre car finalement elle vient à sa

séance accompagnée par une jeune fille qui est aussi une de mes patientes.

Quand je relève son besoin d'être accompagnée, elle acquiesce. Outre qu'un montage de ce type soit difficile dans l'institution pour les grands enfants, je le ressens à la fois vrai et comme une manipulation. C'est indécidable, aussi je lui propose d'aller la chercher sur son lieu d'activité afin de marquer l'écoute d'une difficulté à perdre le point d'appui qu'est l'autre, de décoller quand elle va vers un troisième...

Sur la scène, elle saisit le coussin noir et me donne le marron, reprenant ainsi spontanément à son compte ma proposition de la séance précédente : occasion d'un vécu de vide mais un instant partagé puis dépassé. Comme si elle avait appris à le maîtriser en le reprenant sur le plan de la représentation, comme une proposition aidante à affirmer sa couleur verte, pleine et préférée en dialectique avec le rouge en pointillés (discontinuité de l'être), entrelaçant ainsi différents niveaux identitaires. Je suis touchée par son intelligence sensible et son courage.

Mais la couleur noire ne lui évoque « rien »... enfin, elle pense « au chat Fifif de chez maman ».

La couleur marron : « celle des marrons à manger ».

Elle se cache de diverses manières : « Oui », « non », « rien »... puis glisse sur le dos dans « la maison », restant dans l'horizontale où le regard se dérobe plus facilement.

À l'intérieur : « Oui », elle accepte un téléphone, qu'elle décrochera une fois mais sans mot dire.

Silence lourd dans la relation ! Pas de regard. Pas d'échange verbal. Pas de jeu.

Enfin elle revient vers l'espaler, non plus dans le sens de monter mais pour s'y suspendre ; je dis alors qu'elle « ne doit pas se lâcher » comme pour soutenir en anticipation, sa capacité d'avancer dans ce difficile travail relationnel.

Elle retrouve aussitôt le jeu du tunnel, dans la relation cette fois : elle en sort dès que je m'inquiète : « appeler les pompiers », y retourne dès que je leur annonce que tout va bien... mais ça tourne en rond et l'ambiance est lourde ; elle me paraît lointaine ou refusante et acquiesçante en même temps, et me laisse sans prise. Une sorte de jeu sans le plaisir de jouer sinon celui de maîtriser.

Dans le temps de se souvenir ensemble et de la représentation après le jeu sur la scène, nous nous retrouvons en face à face, et cela paraît difficile à Michelle : elle ne dessine pas, ne répond pas, mais tourne le dos.

Dans cette position activement refusante, elle s'intéresse néanmoins à la place qu'elle occupe dans mon emploi du temps inscrit au tableau qui se trouve dans son propre dos... puis elle s'éloigne pour manipuler un alphabet de pièces aimantées sans qu'aucun écrit n'émerge.

QUATRIÈME SÉANCE

Comme nous avions convenu, je vais la chercher dans son activité, animée par son éducatrice privilégiée. Ainsi malgré les nombreuses propositions de l'institution : deux activités au choix pour l'enfant chaque jour, Michelle ne semble pas s'aventurer vers d'autres modes relationnels.

Elle fait mine de ne pas venir, collée dans le regard de J., en attente, ce qui me met à une place de troisième désagréable qui vient rompre « quelque chose », mais finalement à distance elle me suit et ouvre elle-même la porte de la salle.

Se souvient-elle de la séance précédente ?

– « Oui » sans plus.

Elle choisit le coussin noir :

– Je ne sais pas.

– Le chat.

Et me donne le rouge :

– Comme la pomme, dit-elle enfin.

Il me faut ouvrir un au-delà à ce climat de gel des affects en jouant autour de cette pomme qu'elle a choisie ; pomme imaginaire que je trouve belle, délicate, juteuse... riche du temps et du soleil qui l'a fait mûrir...

De même, dans la construction de son jeu « des voisines », je vais soigner mon espace, le commenter : un intérieur, fenêtre et volets imaginaires... mais aussi un dehors, un jardin à entretenir...

Nous occupons ainsi chacune une extrémité de la scène, et je joue sans interaction possible avec Michelle que le matelas-mur de sa maison dissimule : lieu du silence !

Que faire alors sinon lui témoigner que respirer ensemble c'est déjà du « être ensemble » au-delà de son regard, mais aussi et d'abord en deçà : il y a un arrière-fond à la relation, le sous-bassement du holding winnicottien. Et puis jouer : une vie où alterne le noir, la nuit, je peux connaître la peur, les cauchemars et les rêves... le monde de l'intériorité, et le jour, ouvrir les volets, le temps qu'il fait, se nourrir, le jardin, le courrier puis-que je n'ai pas de téléphone... le monde des liens et de l'actif.

Elle interviendra alors silencieusement en me faisant parvenir « deux cartes » muettes ! ?

Mais à la fin mon jardin est volé ! et je commence à entendre le son de sa voix sans toutefois la comprendre...

Pas de dessin, sans rien dire Michelle s'attelle à un puzzle.

Il semble qu'elle ait bien saisi l'enrichissement des affects que j'ai introduit, comme une nourriture pour elle et si c'est par le vol qu'elle se

l'appropriée, elle me donne aussi à entendre que sa maison pourrait ne plus être silencieuse.

Moment très précieux dans la conduite de ce travail où depuis quatre rencontres la confrontation au sentiment de vide, de brouillard, de solitude l'emporte et peut faire douter de la boussole que donne l'expérience...

Encore une fois, la prise de notes s'avère essentielle. Elle témoigne là et au-delà du vécu qui peut faire croire à une mémoire « blanche ». C'est dans l'après coup que l'enfant et moi-même avons trouvé un sens dans la relation ; des fils s'entrelacent, sa capacité évolutive est écrite avant de pouvoir percevoir la lourdeur du climat relationnel partagé.

CINQUIÈME SÉANCE

La semaine suivante, alors que Michelle m'attendait le matin, s'était élancée vers moi, au moment de sa séance, elle dit « non » et ne peut pas venir ; son éducatrice est absente. De plus je me sens regardée comme quelque chose de mauvais ou de dangereux par Michelle.

Dans quel niveau de fonctionnement relationnel précoc, de perte de soi descend-elle quand l'appui collé manque, qu'une image, un visage semble faire réellement défaut, inhibant le mouvement de s'élancer vers, refermant l'espace où une percée s'amorçait ?

Toute une problématique qui nous rappelle la place du regard dans l'accrochage précoc, la possibilité d'interioriser une « continuité substantielle ».

Aurais-je dû insister plus fermement pour qu'elle vienne ? M'appuyer pour cela sur sa polarité active, « voleuse de mon jardin » à la séance précédente ?

Devais-je dépasser mon ressenti d'être « mauvais objet » ?

Mais la distance qu'elle instaure est trop grande, probablement que dans l'espace de la séance, elle s'appuie sur ma capacité à supporter son « vide » (vide actif, comme érigé), et à nourrir une imagination matérielle pour trouver son mouvement propre. Cet étayage reste précaire, et si la distance semble possible elle reste grosse de la peur d'une perte de soi, peur qu'elle semble contenir par un certain rejet de l'autre quand il apparaît dans une différence, quand on ne lui demande pas de s'adapter pour avoir une place mais d'exister.

Ainsi, un cercle vicieux est-il à l'œuvre entre la relation collée avec son éducatrice et ce premier niveau d'apprivoisement de la différence que notre relation impose ; l'écart est tout de suite réduit en séance par son jeu d'être cachée l'une à l'autre.

SIXIÈME SÉANCE

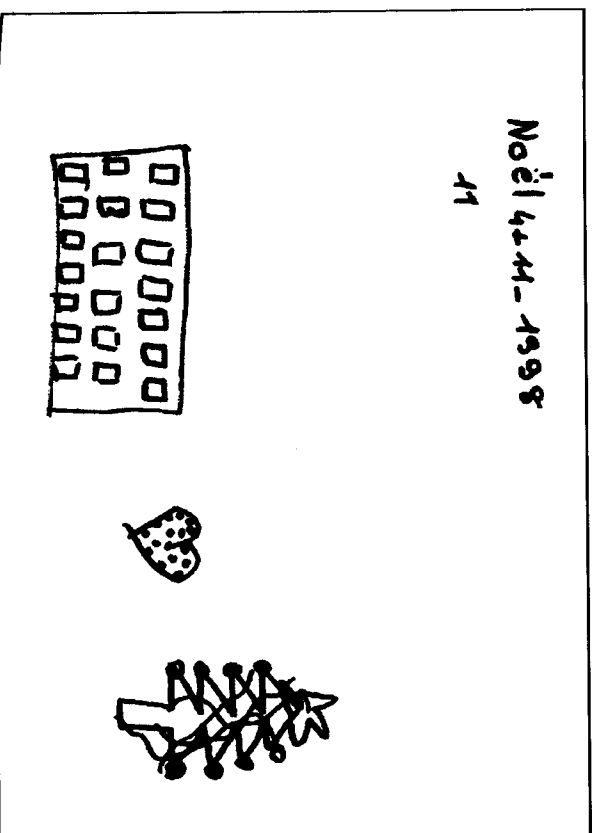
Son éducatrice est revenue, je vais chercher Michelle dans son groupe, elle se ferme : « non »... puis laisse comprendre qu'il faut que son éducatrice l'accompagne. J'entends comme un souhait d'être rassuré dans un possible décollement, une prise de distance sans menace de perte et nous mesurons l'intérêt du travail clinique en institution qui permet une convivence élayante.

Enfin, elle vient seule et nous découvrons du matériel qui vient d'être livré dans la salle ; aussitôt, silencieusement elle s'approprie, range, se mouvant dans une certaine légèreté, je pense à l'expression : « être à son affaire », une vraie fête du logis.

Elle dessine cette fois cette curieuse rencontre, un peu comme à la maison, espace du familial que je lui laisse investir comme une dimension d'appropriation.

Le dessin apparaît dans une tonalité du banal avec un souci de symétrie, de pareil-différent par la couleur, le redoublement du 11 (son âge ?)... et puis comme pendant au dessin de la deuxième séance, trois éléments rythment son expression autour d'une thématique qui semble revenir :

- enfermement dans l'immeuble ;
- être en pointillé avec cette fois la couleur affective du cœur ;
- verticalisation du sapin décoré.



Je ne peux qu'être sensible à ce mouvement ternaire qui lui est spontané dans le dessin mais si difficile dans la relation...

SEPTIÈME SÉANCE

« Je ne viens pas te voir » me dit-elle le jeudi alors que son rendez-vous est le vendredi !

Cette fois, il ne s'agit plus d'un « non » à une « constellation », j'existe dans ce « pas te voir » et elle dit ce que je ressentais : ne pas me regarder pour me tenir à une distance totale, sinon dans le regard, le risque de coller, s'y perdre réapparaît ; la distance comme défense donc, l'espace entre-deux n'est pas apprivoisé, nourri. L'alternative relationnelle est d'être collée ou rejetée, impasse quand à exister.

Mais le vendredi, pour la première fois, elle vient seule à sa séance, m'attend devant la salle et, sans délai, me couvre de reproches quand à « mon retard » ramenant ainsi le temps de se retrouver à quelque chose de connu...

Elle s'affaisse sur la table : « fatiguée », ce que je veux évidemment bien accueillir mais sur la scène où se trouve le tapis de repos. Effet immédiat, passage de l'écroulement tonique au redressement (cf. la tonalité des dessins), elle s'approprie dans la tonicité le choix des cousins « anticipation », toujours noir pour elle, et rouge la couleur qu'elle souhaite que je porte pour elle, tout en mettant en place son projet nommé « construire ma maison ».

Elle me donne en nommant : « un téléphone », « du papier pour ta maison ».

Nos espaces respectifs sont différenciés et nommés par elle.

Elle sort très souvent de « chez elle », pour venir vérifier de mon côté, en silence, puis me dépose deux lettres muettes, aussi je lui téléphone pour la remercier mais... pas de réponse.

Je dis ma solitude, mon ennui, mon questionnement seule dans ma maison.

Dois-je vivre ce vécu fatigant – déprime qu'elle affichait en début de séance et qu'il a suffi que j'accepte en lui donnant une place, pour qu'elle en diffère l'exploration dans des temps où ses étayages seront solidifiés ?

Mais il peut y avoir aussi du plaisir à être seule, aussi je mets une radio imaginaire et je chante...

De son côté, elle est active, elle fait son « jardin de légumes » et cette fois, je sens dans le temps de cette séance qu'elle tient un fil solide dans ce jeu, car Michelle se rebelle contre l'arrêt de la séance, elle refuse vivement le dessin et met la radio en réalité !

Puis elle file aux fléchettes, fait le geste de lancer comme si quelque chose de projectif se mettait en mouvement.

Enfin, elle écrit la date au tableau, puis son nom en inversant le b en d dans cet espace vertical, ce qu'elle domine dans le plan horizontal de la feuille, cadre de l'adaptation scolaire.

Je prends les notes de la séance, elle n'est pas pressée et prend un temps de liberté où je la sens légère.

Cette dynamique dans notre travail va se déployer ainsi sur deux années, Michelle s'accrochera à ce scénario où elle va nourrir sa propre expression des éléments que j'apporterais, comme si en effet, elle remplissait son panier au jardin... À cette « simplicité » s'opposait la complexité de son savoir-faire pour envenimer les échanges entre « voisines »... La distance relationnelle sera longue à apprivoiser, et en dehors des séances, alors qu'elle se montrait enroulée au bras des stagiaires, elle me tenait activement à distance.

Temps pour étayer une confiance suffisante, apprivoiser aussi ce qu'est une distance proche sans collage, ce qu'elle travaillera avec le ballon porteur, à un double niveau, celui du corps réel et du sens métaphorique. Michelle se laisse porter sur le ballon qui renvoyait le mouvement respiratoire, tout en jouant sur équilibre-déséquilibre dans une demande claire à l'autre : qu'il soit un juste soutien, qu'il soit à la bonne distance. Ce jeu marquera une évolution très positive, la qualité de son regard avec les autres change, Michelle réussit à intégrer partiellement une classe spécialisée du Collège.

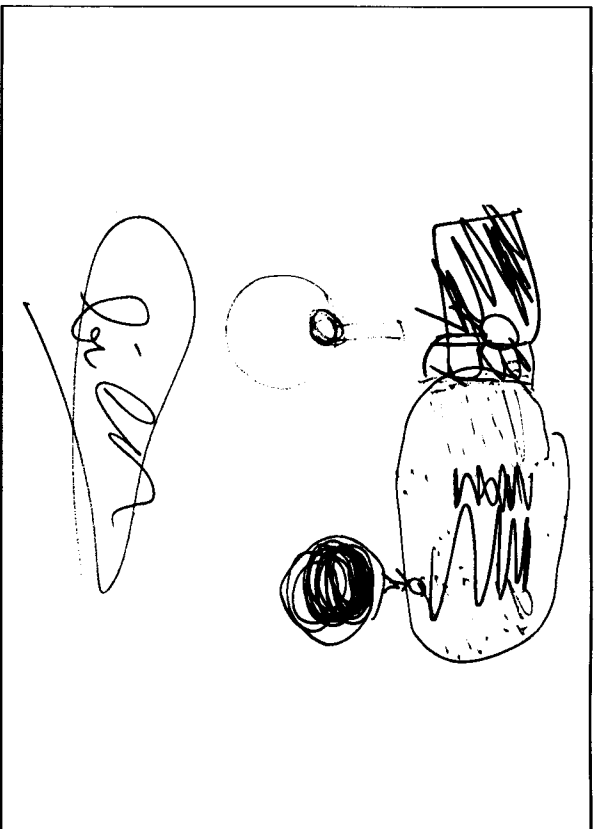
Finalement, dans ce « rapproché », elle osera aborder plus directement la question de l'abandon et de la perte du visage :

– « Elle va me laisser tomber, je le sais » me répète-t-elle souvent, en travaillant à la fois comme les petits : face au miroir, et dans le face à face, avec le bandeau sur les yeux ou dans le jeu de la fermeture-ouverture des yeux.

Ainsi se dynamise sa problématique identitaire restée précocement en souffrance dans ce temps de grand remaniement qu'est l'entrée dans l'adolescence.

Dans le dessin, où elle a tracé son cercle autour des couleurs, quand je lui pose la question de ma place, elle rajoute de l'orange.

– « Si je suis dedans ton cercle c'est que peut-être j'étais trop près de toi ? », elle comprend et en réponse elle différencie aussitôt, en rajoutant un carré bleu qu'elle nomme « tapis bleu » sur lequel elle me dessine la tenant...



Dessin 4

Le temps a passé, mais dans le fond le climat de ce travail est resté tendu sur ce mode « je t'exige-je te rejette » qui peut encore être difficile à partager, même si Michelle est devenue consciente de son « jeu », plus ludique, et peut même s'en excuser, conflictualisant une impasse quand à l'impossibilité de se séparer.

La prise de notes m'apparaît après coup comme le véritable fil sensible de ce travail, où s'impressionne toute la gamme de sa micro-expression, mouvements sur lesquels je vais m'appuyer et tenir « contre vents et marées » la continuité relationnelle.

Au fond, quelque chose de solide, fixe, stable et attaquable semblait être recherché par elle, qui dépassa son envie de s'affaïsser, sa tendance à grossir, « s'embrober » pour devenir une jolie jeune fille, féminine, attentive aujourd'hui à elle-même et repérée dans l'institution comme capable de faire face dans la relation. Ayant aussi sans doute dépassé le risque déficitaire.

Reste l'impasse liée au vécu des atouchements sexuels, à la fois restée en arrière-fond comme de l'indicible, mais toujours présente à mon esprit tout au long de cet accompagnement thérapeutique.

Il m'a semblé impossible de l'aborder par la parole sans la violenter, même quand Michelle, à l'occasion d'un séjour thérapeutique, laissera percevoir des échanges suspects avec les peluches dans la famille, la vision d'une sexualité plus chaotique que perverse m'a laissée sans représentations verbalisables.

En revanche, l'aider à se constituer dans son identité, sa féminité, me paraît une première boucle thérapeutique étayante autour de ce traumatisme.

Enfin cette relation thérapeutique difficile m'interroge sur ce qui en chaque être souffrant, reste tendu, vivant, qui le pousse, au-delà des processus de répétition, de l'enlèvement de son environnement, à chercher « l'unité de soi » (Sami-Adi). Je me demande si ce n'est pas ce qui est à l'œuvre à chaque « rentrée » et qui fait alors l'enfant si demandeur d'un travail individuel dans l'Hôpital de jour ; un désir de vivre, d'être relié, aimé, qu'un décalage s'opère dans notre regard sur ses manifestations pathologiques avant que passe le temps des retrouvailles, que revienne notre regard habitué.

Chapitre 5

IMPASSE RELATIONNELLE, REGARD ET IDENTITÉ

DÉMARCHE THÉRAPEUTIQUE ET RÉPÉTITION DE L'IMPASSE

Par Françoise VERMEYLEN

« Désirer d'amour, défricher
Le corps des saisons manuelles.
Labourer le temps de ce monde
Dans l'année d'un grand rituel
Ne plus te vouloir, écouter.
Ne plus te connaître, te voir.
T'éveiller, dormir, oublier
Et toujours, Soleil, te revoir
Et travailler ton existence
Dans l'atelier spirituel. »

Henry BAUCHAU, *Exercice du matin*, Actes Sud, 1999.

Sophie vient d'une famille nombreuse conçue en deux phases : en effet, son père sera retenu en Allemagne pendant 5 ans après avoir engendré son troisième enfant, Sophie, au cours d'une permission. Sa mère, débordée par la situation, engagera une nourrice pour s'occuper de celle-ci lorsqu'elle a 6 mois. Sophie décrit sa mère comme « dure autoritaire, sans tendresse » au contraire de sa nourrice, Annie, laquelle elle s'attachera beaucoup. Le jour du retour du Père, Annie est remerciée. Sophie n'arrivera pas à accepter la disparition brutale de celle-ci, ni l'apparition de ce père inconnu. Elle va, réactivement, vouloir à sa mère, à Annie, qu'elle refusera désormais de saluer, à son père : elle se tiendra souvent près de son père mais derrière lui sans arriver à nouer une relation proche. La famille va encore s'agrandir et Sophie se sent différente de ses frères et sœurs. L'atmosphère familiale est décrite comme « ironique » : tout le monde critique et est critiqué.

L'enfance et l'adolescence de Sophie seront une longue histoire de honte et de solitude. Ensuite, elle va tomber amoureuse d'un homme mais en épousera un autre sans savoir ce qu'est le désir, le plaisir, ce qu'est être femme ou mère. Le seul lieu où elle a un sentiment de réussite relatif est le milieu professionnel. Elle y est appréciée pour la qualité de son travail mais les relations avec ses collègues sont problématiques. Sophie se dévalorise sans arrêt tout en voulant occuper une seule place : la première. La sexualité est vécue comme une corvée nécessaire pour « avoir la paix, pour qu'il m'aide dans le ménage, pour qu'il soit de bonne humeur ».

Six ans avant d'aboutir chez moi, Sophie consulte (celui qu'elle va appeler « le thérapeute ») parce qu'elle se sent de plus en plus mal dans sa peau, à des sortes d'éblouissements qui la déstabilisent, à l'impression de ne plus rien maîtriser.

Elle a 37 ans, il en a 28. Elle va immédiatement investir cet homme de façon extrême, retrouvant à travers lui la nounou perdue. Il pratique une thérapie de groupe et Sophie va s'arranger pour occuper la première place, retrouvant la fusion quittée brusquement, après plus de 30 ans d'impasse relationnelle avec tous et toutes : parents et fratrie, mari, enfants : se mettre dans les bras du thérapeute, échanger un massage avec lui, obtenir des séances individuelles selon son bon vouloir à lui sont des pratiques courantes dans ce groupe et elles vont amener Sophie à vivre, pendant 6 ans, pour lui et rien que pour lui.

LA DEMANDE DE THÉRAPIE

Lorsque Sophie réalise qu'elle n'arrive pas à installer une distance salutaire avec lui, elle décide de le quitter et arrive chez moi : « Je veux

le quitter mais je n'y arrive pas, je pense à lui tout le temps » me dit-elle. Le thérapeute ne semble pas capable de travailler ni le transfert, ni la distance et elle le quitte avec une intention salvatrice mais un long chemin nous attend.

LES PREMIÈRES ANNÉES : RÉPÉTITION ET IMPASSE

Pendant des années, la thérapie avec Sophie se déroulera sous le signe de l'impasse car cette patiente cherche à me montrer l'échec relationnel de toute une vie : en effet Sophie a 43 ans quand elle consulte. Elle habite une petite ville, est mariée, a eu 4 enfants dont 3 sont en vie (elle a perdu un petit garçon très tôt). Elle travaille dans la même entreprise que son mari.

Sophie a un caractère qui essaye de tout organiser pour n'être débordée par rien : l'adaptation chez elle est la seule digne qui lui permet d'échapper à la psychose franche. « J'ai peur de devenir folle » me dit-elle. Sophie s'est arrangée, depuis deux ans déjà, pour voir le thérapeute dans la rue deux à trois fois par jour dans la petite ville où ils résident tous les deux. Ces rencontres sont organisées par Sophie uniquement, et structurent son espace et son temps de l'extérieur, tout comme les horaires de travail, les courses à faire ou les obligations familiales auxquelles elle se soumet « parce qu'il le faut ». Sans la vision de cet homme et, de préférence, un échange de regards, être vue et saluée, elle n'existe pas et entre alors dans des états émotionnels indescritibles. À l'approche des vacances, Sophie déprime et cette dépression s'accroît pendant la séparation. Seuls le visage et le regard du thérapeute la sortent d'une sensation de brouillard, d'absence de repères qui sont la marque d'une identité non construite.

Cette organisation de l'espace et du temps centrée sur le visuel (le voir c'est sentir) va durer 10 ans encore. Le moindre changement au cadre perçu et à celui mis en place au point de vue du temps la déstabilisera, que ce soit dans sa vie courante ou sa thérapie : par exemple lorsque je gare ma voiture dans la rue plutôt que dans le jardin où elle est habituellement, ou bien lorsque je la reçois avec 5 minutes de retard, cela provoque chez elle des questions étonnées ou une fâcherie.

Parallèlement à cette organisation sans faille – assez semblable aux tentatives totalitaires pensées par Hannah Arendt dans *Le Totalitarisme* – qui vise à réduire la subjectivité, le monde des affects et de la relation au banal, Sophie va attendre de notre rencontre des indications pour résoudre le problème de façon volontariste : « Que dois-je faire pour y arriver ? » est une de ses questions comme dans sa thérapie précédente. Sophie va s'appliquer à vider la relation avec sa thérapeute de tout contenu émotionnel, entraînant un effet anesthésiant, une torpeur, un

ennui massifs chez celle-ci. Le jeu et l'humour n'ont aucune place, de même que les mots à double sens que je relève mais qu'elle n'entend pas : son discours est plat, descriptif, énoncé d'une voix monocorde et sans scansions : si j'interromps ce flot de paroles par une question, je constate qu'elle reprend son récit exactement là où elle l'a arrêté. Elle va utiliser, dans un premier temps, les mots codifiés de la « thérapie » précédente, mots sans surprise, par exemple : « l'adulte en moi » etc. Quand je dirai mes endormissements trop répétitifs pour être indéfiniment supportés, l'affect émergera : je dérange une tentative de réduction de l'affect dans la relation et les séances dont je rends compte plus loin vont montrer cela. Le banal appartient exclusivement au dehors et Sophie l'organise très bien : le récit de la perception du thérapeute va envahir les séances pendant les premières années ainsi que la recherche d'adéquation, par Sophie, à une norme sociale et morale rigide ; les autres lui montrent comment se comporter et Sophie aliène toute subjectivité face à cela. Par exemple il faut cacher à tous qu'elle marche pieds nus dans sa maison car cela ne se fait pas. Voir le thérapeute c'est donc rêver et inversement rêver c'est voir ou être vu : de là la gêne immense de Sophie lorsqu'elle commencera à faire des rêves de W.-C. car c'est comme si je *la voyais* assise sur un W.-C. réel.

Pour Sophie, percevoir le thérapeute c'est le posséder et être possédée en même temps : rêve et réalité naissent d'un même mouvement et par-là Sophie *nie l'imaginaire*. Elle est totalement prise, subjectivement, par la vue objective du thérapeute. Moins elle existe, plus elle existe. Nous assistons là à un refoulement de la fonction même de l'imaginaire pensé par Sami-Ali, refoulement mis en place par Sophie face à l'impasse.

Nous sommes ici dans le paradoxe : c'est un imaginaire par manque d'imaginaire : voilà pourquoi Sophie me parlera du thérapeute pendant des années car elle a besoin de répéter constamment la même description pour exister, faussement.

LE CORPS ET LES RÊVES DE SOPHIE PENDANT CES PREMIÈRES ANNÉES

Parallèlement à ce fonctionnement hors durée puisque soumis à la répétition, Sophie me montre un corps perpétuellement tendu, énévéré, fatigué. De nombreuses angines ou une tension mal stabilisée seront les manifestations somatiques de son désarroi.

Elle vit dans un rêve sans corps et lorsque je lui dirai mon intérêt pour les rêves par rapport à la thérapie, elle s'adaptera comme pour le reste : elle m'amènera une série de rêves à chaque séance, rêves qu'elle

tiendra absolument à me lire tous sans prêter aucune attention à une compréhension éventuelle de leur contenu. Les rêves ont la même fonction que les récits détaillés d'une voix monocorde : tenir la thérapeute à distance, ne pas lui laisser de place, évier les affects. Sophie ne supporte pas les questions concernant un éventuel espace de séparation entre nous : les bouderies et les affects de rage seront les premières manifestations émotionnelles concernant notre relation.

À travers cette façon de se montrer dans la thérapie et d'attendre la vision d'un autre (le thérapeute) qui est en fait elle-même, Sophie exprime une impossibilité à exister par elle-même : les envies de se suicider sont présentes car pour avoir envie de vivre il faut exister à partir de soi, avoir construit un espace psychique séparé de l'autre : accepter notre échéance mortelle implique d'abord d'être né à soi, ce qui n'est pas le cas de Sophie. Ce que je vais montrer dans les pages qui suivent, ce sont les étapes de la construction de cet espace psychique entre nous, long processus qui s'appuie à la fois sur les rêves de Sophie et leur compréhension et sur les relations réelles qu'elle entretient avec les personnes de son environnement affectif, professionnel et thérapeutique. La question du regard et de la construction psychique d'un visage séparé de celui de l'autre y est déterminante. Nous assistons ici au passage d'un regard qui doit tout à la projection du banal (voir c'est sentir) à un regard qui prend l'autre en compte. Le thème de ce livre étant centré sur la recherche clinique autour du regard, j'ai choisi de strictement me limiter à montrer cet enjeu-là : l'impasse relationnelle à la mère, au père et à toute la famille va apparaître dans la relation thérapeutique entre autres autour de la question du regard : celui-ci ne peut être perçu que comme critique, méchant ou absent dans le transfert. Nous verrons également que Sophie va demander du travail corporel en séance et les exercices de relaxation proposés vont être repris de manière adaptative pendant les premières années. Ce n'est qu'ensuite, comme on le verra, que le travail de relaxation portera ses fruits : la récupération d'un corps propre accompagne la reconnaissance de nos deux corps séparés mais présents l'un à l'autre autour du travail d'élaboration. La notion de surmoi corporel pensée par Sami-Ali apparaît ici comme la composante clé du caractère adaptatif de Sophie, aspect d'elle-même qu'elle mettra au jour au cours de ce travail : les images d'ordinateur et de machine viendront illustrer son mode relationnel désaffectivé.

TRAVAIL D'ÉLABORATION D'UN ESPACE PSYCHIQUE¹ À PARTIR DES RÊVES ET DE LA RELATION

Sophie me dit au cours d'une séance :

— *Ce qui est très fort c'est mon envie de démolir le visage de maman², de lui taper dessus mais j'ai l'impression qu'elle est tellement forte que je vais faire ça toute ma vie. Mais il me faut autre chose : ce n'est pas détruire qui va me faire vivre. Je pourrais l'appeler et lui dire mon besoin de tendresse mais ça non : je préfère m'en passer que de l'avouer. J'ai peur du ridicule et d'être déçue. Derrière cette colère, je sens un manque. Je sens que je suis prête à pleurer devant vous mais je ne le ferai que dans la voiture. Je dois être stoïque ici comme devant maman pour éviter l'ironie ou la moquerie. Ici c'est comme si je voulais rester sans sentir, dégaçée de toute vie intérieure. Je viens tout jeter dans l'ordinateur : je vous considère ainsi, comme une boîte enregistreuse. J'ai peur d'entrer dans une vraie relation de peur d'entrer dans une émotion.*

Quand je soutiens votre regard, je suis gênée parce que je vous vois femme. Je vous regarde et je me sens mal à l'aise pour vous et pour moi, comme si les femmes avaient un corps honteux : je me sens perdue : qui suis-je ? Je viens comme si vous saviez tout : il y a une différence étonnante entre nous. Et quand on a peur de quelqu'un on parle, on parle...

Sophie m'avoue qu'elle n'arrive pas à sortir le thérapeute d'elle-même car :

— *En décidant de le sortir de moi, il revient avec une force incroyable. Mais il y a quand même un intérieur qui se constitue petit à petit. J'ai encore besoin de ce regard, ça me donne des ailes, ça me réchauffe, c'est une drogue.*

Rêve

Je suis invitée chez ma sœur médecin et je suis très contente de ça mais arrivée chez elle, je remarque qu'elle a invité aussi des amis à elle, étrangers pour moi et parmi eux il y a un homme qui parle, parle beaucoup, il prend une place importante dans le groupe, ça ne me plaît pas et je m'en vais.

Commentaire

— *J'ai pensé à mon père quand il est revenu, père que je ne connaissais pas et qui est venu s'imposer dans le groupe familial où j'étais*

1. Durée de cette tranche de travail : trois ans à raison de deux séances par semaine. La thérapie a commencé six ans auparavant et se terminera trois ans après. En tout ce travail aura pris douze ans.

2. Dans la réalité, le père de Sophie est mort avant qu'elle ne consulte chez moi et sa mère mourra pendant les premières années de la thérapie.

heureuse de vivre avec Annie : il y a eu un refus de ma part de vivre avec lui dans ce groupe.

Je lui suggère que sa sœur-médecin représente aussi sa thérapeute/mère : c'était sa place au père d'être invité par la mère lors de son retour. Ainsi l'homme du rêve est l'étranger, son père. Mais dans le rêve cet homme qui parle beaucoup c'est également elle qui parle beaucoup ici et qui prend toute la place pour ne pas m'en laisser.

Sophie revient au thérapeute dont j'ai fini par connaître le prénom (ici nous l'appellerons Jean)¹ :

— *Je ne vis que par lui (Jean). Me dire que je ne suis personne de particulier pour lui est affreux. Être quelqu'un qui n'est pas tout pour lui et avec qui il a envie d'être n'est pas pensable. Vivre l'un pour l'autre, je veux vivre ça avec lui. Comme si on avançait dans la vie, collés. Je réalise que c'est impossible, même les enfants seraient de trop. Je n'accepterais rien entre nous, ni enfant, ni animal. Quand j'en parle comme ça, je suis plus dans la réalité, je ne suis même pas triste. Je voudrais bien me détacher sans souffrir.*

À une séance suivante, Sophie me dit :

— *J'entends encore difficilement mon prénom. Petite j'ai pris la décision de verrouiller l'intérieur pour ne laisser vivre que l'extérieur. Ce que je vis c'est comme si ça venait de toute la surface de mon corps, l'intérieur n'intervient pas. Il y a de la tristesse là, mais elle est sans nom. Comme si je n'avais rien d'autre en moi que ça.*

Sophie me montre là comment elle a installé le refoulement même de la fonction de l'imaginaire en se coupant de la relation et des affects².

Rêve

Je reviens de quelque part, je descends d'un camion et ma voisine part à un mariage et je l'embrasse mais sur la bouche : je ne me sens pas bien avec ça, je sens de la gêne de l'embrasser ainsi chaque fois sur la bouche.

Commentaire

Sophie — *Je descends d'un camion comme lorsque mon père est revenu et s'est marié à nouveau avec ma mère (la voisine du rêve) mais j'embrasse celle-ci sur la bouche : je suis mon père, ma mère et moi.*

La thérapeute — *On voit là combien Jean représente à la fois votre père et votre mère/Annie. Vous n'avez besoin de rien. Vous ramenez toutes les relations à deux pour ne faire qu'un.*

1. En effet, une des façons qu'a Sophie d'éliminer la subjectivité c'est d'appeler chacun par sa fonction, sans donner de prénom. Elle ne supportera pas, pendant longtemps, que j'énonce son prénom.

2. Voir Sami-Alî, *Le Banal*, Paris, Gallimard, 1980.

Sophie – Je n'ai besoin de rien si je vois Jean et son regard de tendresse. Il vaut mieux que je ne croise pas son regard. Je me sentais mieux parce qu'il ne me regardait plus. Aujourd'hui il m'a regardée et j'ai régressé. Jean représente le paradis pour moi et je l'ai perdu. Dès que je suis dans la voiture je pleure sur moi et sur mon désespoir. Ici non, pas devant vous. J'ai peur de l'autre et de son regard.

La thérapeute – Qu'est-ce que vous imaginez que l'autre pourrait vous faire ?

Sophie – Un regard braqué sur moi – ça commence par ça – comme si on allait m'abattre. Alors je reviens à Jean : j'oublie la toutes mes peurs et je suis bien, comme le bébé qui cherche la sécurité. Plus la personne approche, plus le danger est grand pour moi, comme si ma vie était toujours mise en danger par ceux qui vivent autour de moi et qui risquent de me bousculer.

Petite, dès 6 ans, j'étais très triste, je me sentais en danger dès que l'autre approchait. Je me sens responsable du plaisir de l'autre, je dois le satisfaire, c'est toute la demande qui me remplit quand il approche – ce que je crois être sa demande. Je suis effrayée si la rencontre avec l'autre est trop pénible pour moi. Avec Jean je n'ai pas ce problème.

Sophie va traverser une longue période de tristesse où elle pleurera tout le temps en pensant à ce qu'elle a perdu : les bras de Jean. Elle est en colère contre lui en même temps parce qu'il ne l'a pas aidée à le quitter, il n'a rien compris à ce qu'il faisait avec elle.

Rêve

Je regardais un homme thérapeute qui écoutait quelqu'un et j'avais envie qu'il me regarde, ne fusse qu'une seconde. Ce qu'il fait, puis je pars.

Commentaire

– C'est le regard qui fait exister. J'ai rêvé de vous, j'avais l'impression que je vous suivais dans la vie, que vous étiez très active et vivante, comme si vous me donniez un modèle que je devais suivre.

Sophie met en scène ici le double maternel à imiter avec un côté « convenances à respecter, norme » mais c'est après avoir rêvé qu'elle quitte le thérapeute, après avoir été écoutée et regardée.

Rêve

Jean me donne 3-4 posters. Après je me rends compte que j'ai également reçu un seau : je le vide de ses bandelottes de papier et du pipi.

Commentaire

– Les posters sont des images. Jean m'a donné des images et un seau avec du papier pipi. Ces images sont des modèles qui m'empêchent d'être moi. Et le seau n'est pas un cadeau. Je le vide, je m'en débarrasse, c'est un cadeau empoisonné.

En face de vous, je me sens gênée : comme si j'étais gênée d'être femme et votre cas est encore plus grave que le mien parce que vous êtes plus femme que moi. Il y a quelque chose qui est un homme en moi qui me sauve du ridicule d'être femme. Ici je me défends d'être femme pour ne pas faire la même bêtise que vous. C'est comme si je voulais rester dans le camp des hommes. Ça a sûrement rapport avec maman : je ne voulais pas choisir son camp.

Sophie réalise ainsi la confusion installée par Jean entre ses besoins de petite fille (se réfugier enfin dans les bras du papa/maman tout puisant) et ses besoins de femme (massage, sexe durci lorsqu'elle est dans ses bras). Sa colère n'est pas dirigée contre Jean mais contre le monde entier. Elle n'a plus envie de croiser le regard de Jean et elle rejette son mari. Mais en même temps :

– Il remplit ma vie (Jean) et en dehors de ça c'est le vide. J'ai peur de tout, peur du monde et des regards sur moi. C'est à mourir de peur. Ces 6 ans avec Jean ça signifiait pour moi : être enfin reconnue par un homme (en effleurant son sexe durci lorsqu'elle allait dans ses bras).

Malgré cet intense travail d'élaboration de Sophie autour de ses rêves et de la relation, je continue à ressentir de l'ennui et à m'assourdir pendant les séances : c'est le ton de voix de Sophie qui me fait cet effet, ton monocorde et anesthésiant, de même que son regard, obstinément tourné vers le sol.

– J'ai râlé contre le fait de devoir passer par vous. J'ai envie de me réfugier chez Jean et ainsi de garder mon être homme : je me sens plus forte et plus agressive quand je me sens homme : je vois en l'homme quelqu'un de plus fort que la femme, comme si j'allais vous combattre, vous la femme. Vous rencontrer ici c'est très difficile pour moi. Me tourner vers Jean est très facile. Être en pantalon et masculine c'est être collée à lui et être en jupe devant lui c'est me différencier de lui : je me sens gênée là.

Rêve

C'est pendant la guerre et je n'arrête pas de soigner un chat pour qu'il reste vivant.

Commentaire

La thérapeute : – C'est vous ce chat : comment rester vivante pendant l'absence de papa ?

Sophie, lors d'une autre séance – Hier j'ai pris beaucoup de temps pour m'occuper de moi et je me sentais femme et très bien. Avec Jean, pendant des années, je me sentais homme comme si on avait un sexe commun : son sexe était le mien. Je me sens plus sereine et plus femme mais c'est avec vous que j'ai trouvé un autre visage, pas avec Jean.

La différence entre vous et Jean c'est que vous m'avez écoutée tous les deux mais Jean n'a pas su garder la distance mais vous bien pour

que je puisse développer mon espace d'autonomie. L'attitude ferme que vous savez avoir est importante aussi pour maintenir la distance et pour pouvoir se développer. Jean était toute tendresse et doux : je n'ai pu m'en séparer. Et avec mon entourage cette année, j'ai senti que j'avais le droit d'être ferme aussi.

Sophie décide alors de travailler moins et de s'accorder un mi-temps.

— Ma fille est revenue, je lui ai fait une remarque, elle ne l'a pas supportée, elle est repartie. J'ai ressenti là de la tristesse et je me suis sentie très proche de vous. Elle se fermait tout à fait à moi et j'ai senti à quel point je me suis fermée à ma mère/là vous.

Rêve

Il y a une petite fille avec laquelle je me promène. Elle veut toujours être avec moi et elle veut que je la porte. À un moment il y a une cor-riche très étroite et dangereuse et je ne peux passer en la portant : je lui dis de marcher seule là, qu'elle en est capable. Puis je vois un homme qui la porte sur son dos mais il la tient très mal : elle ne va pas savoir rester longtemps comme ça et elle va de nouveau revenir vers moi.

Commentaire

Rêve par lequel Sophie met en scène sa relation à sa thérapeute/mère et à Jean : ses efforts d'autonomie, ses retombées sur Jean, ses retours vers la thérapeute/Annie/mère. C'est le père aussi qui, à son retour, n'est pas parvenu à nouer une relation avec Sophie suffisamment « portante » mais il l'encourage à marcher seule.

Sophie jalouse les autres familles où les gens ont l'air d'aller bien, les enfants se marient, des petits-enfants naissent : les autres font les choses mieux qu'elle.

— Je n'aime pas ce que je suis. Je fais en sorte de ne pas voir mon bonheur mais pourquoi ? J'ai un mari vraiment content d'être avec moi... Avec vous, je crois que je suis plus à l'aise. Avant j'aurais été gênée de dire : j'ai fait ça ou ça. Maintenant je viens le dire pour voir clair avec vous.

Je confronte Sophie au fait qu'elle croit devoir agir en fonction d'idées toutes faites, par exemple :

— Je dois toujours accompagner mon mari.

Elle commente :

— C'est comme si j'étais née pour que l'autre puisse se servir de moi. Si je ne cuisine pas ou ne lave pas le linge de mes enfants, à quoi je sers ?

Plus tard, Sophie me dit :

— Je crois que j'ai des flashes où je me dis que je peux vivre à partir de moi et pas à partir du regard de l'autre.

Par ailleurs, cela s'accompagne d'une tristesse immense parce que Sophie n'accepte pas la perte de ce merveilleux bonheur attendu avec Jean, plus une mère qui protège de tout qu'un homme d'ailleurs me dit-elle.

— Je ne sens pas ce que j'apporte en tant qu'être. Sont-ils contents que je sois là ? Toute ma façon d'être part de l'autre. Il faudra bien que tu te contentes de cet homme-là (mon mari) semble me dire Jean.

Elle se sent protégée par le cadre de la thérapie :

— En dehors de mon cadre de travail ou d'ici, je ne peux exister. Ici j'ai ma place. Je n'ai jamais senti dans le regard de maman que j'étais "aimable", au sens de susceptible d'être aimée ; je pouvais faire n'importe quoi, je n'étais jamais appréciée pour ce que j'étais : je n'avais pas de valeur. Il y a une vieille colère contre mes parents, en moi. Ça m'arrange bien de penser ça de ma mère mais peut-être que je ne me laissais pas approcher non plus après l'histoire avec Annie.

Mais quand même, ma mère m'a engueulée pour le pipi au lit et ça revenait tous les jours. Nourrie, habillée, sens du devoir, oui. Aimée, non. C'est vrai que j'ai l'art de tenir l'autre à distance quand j'en ai envie : j'ai ma part de responsabilité mais ma mère aussi. À partir du moment où j'arrive à dire non sans me sentir coupable, je sens que c'est moi qui dir non. C'est un choix libre alors et non coupable.

En observant ma relation à ma fille ce week-end, ça m'a aidée à me comprendre moi-même : j'ai été responsable aussi dans ma relation à ma mère et à Jean : jouer un rôle de victime et le tenir en me disant : « j'ai ma responsabilité », je me sens grandir. On était deux adultes Jean et moi. Avec mon mari j'arrive à dire non maintenant.

Rêve

Je marche dans la nuit, je suis perdue. Il y a un homme qui approche par derrière. Je crois qu'il va me violer mais non. Et en même temps cette idée ne me déplaît pas tellement. Puis un deuxième arrive puis un troisième et ils viennent près de moi aussi. Ils sont sympa avec moi sans me toucher. Après, il a plu, je suis toute mouillée et là je ne suis plus qu'avec un homme et je lui demande de mettre mon manteau sur moi et je crois qu'il va me serrer mais non, il me le présente seulement.

Commentaire

Rêve où Sophie se fait moins peur avec les hommes et les autres : son père, son mari, la thérapeute (l'étrangère). Mais arrivent trois jours « dramatiques » pour Sophie car elle a vu les enfants de Jean qui attendaient leur père et il est venu les chercher sans la saluer :

Sophie — C'est le signe qu'il n'était pas là pour moi.

La thérapeute — Vous en doutez ?

Sophie — Oui j'en doutais encore. Je me suis sentie désespérément seule. J'ai ressenti du désespoir pendant trois jours. J'ai été frustrée terriblement.

Sophie rage car elle veut toujours réduire à deux la relation à trois qu'on lui a imposée à quatre ans et demi lorsqu'on a fait partir sa nounou. Elle veut toujours tout réduire à deux, rester à deux ; par exemple elle veut éliminer la femme de Jean et prendre sa place. Et à deux ne former qu'un. Elle veut éliminer les enfants ou son mari et rester avec Jean. Par-là, la sexualité reste bisexuelle que ce soit avec les femmes ou avec les hommes.

Sophie – *Annie pour moi c'était le côté femme et maman c'était le côté rigide, homme. J'ai une difficulté à sortir de ça. J'ai deux parties en moi : une partie qui cherche activement son identité de femme et une partie qui se colle à Jean et à Annie/maman.*

Rêve

J'ai rêvé que j'étais dans la chambre à coucher de mes parents et la fille de Jean était là et étudiait. Elle me disait qu'elle était vraiment heureuse, qu'elle réussirait peut-être à être deuxième : elle avait encore besoin d'encouragement.

Commentaire

La fille de Jean c'est Sophie mais Jean représente son père ici. C'est un rêve de réconciliation de Sophie avec le couple parental : elle étudie pour être la deuxième c'est-à-dire la fille de sa mère.

La thérapeute (qui s'endort assez systématiquement devant les longs récits descriptifs de Sophie ; celle-ci vient de recevoir son neveu pendant huit jours et elle n'est pas à l'aise avec cela ni avec son mari : elle en parle longuement) – Vous ne pouvez vous présenter ici qu'en vous cachant derrière un homme : Jean, votre mari, votre neveu ? Vous ne pouvez me parler directement de vous ? Comme en vous cachant derrière votre père ?

Sophie – *J'ai l'impression que je me heurte à quelque chose que j'ai décidé de ne pas changer. Et je pars ailleurs alors... Je ne vous regarde pas : ça m'épuise de vous regarder. Être regardée ça m'épuise aussi. Et quand je parle de quelqu'un je ne sens pas votre regard de la même façon.*

La thérapeute – Ce qui est très intrigant, c'est la recherche du regard de Jean et la fuite de mon regard.

Sophie – *Oui d'un côté c'est tout plein de chaleur, de l'autre c'est écrasant, suffoquant, épuisant : j'ai envie de me sauver, d'hiberner. J'ai réussi à vivre avec ma mère en l'évitant : je m'adressais à elle en la vouvoyant ou en parlant à la troisième personne : Est-ce qu'elle veut me donner ça ou ça ? Mes dernières sœurs l'ont tuoyée. Elle nous vouvoyait aussi. Ici je retrouve ça : je ne veux pas entrer en contact, je retrouve cet état où je me ferme.*

La thérapeute – Ce qui vous rend malheureuse c'est de ressembler à votre mère ?

Sophie – *Oui. De ne pas aimer ce qui est léger, source de joie et de plaisir. D'être dure et stricte comme elle.*

Sophie va m'associer à sa mère car dans ma salle d'attente, il y a des portraits de mes arrière-arrière-grand-parents et leur visage est très sévère donc je suis sévère.

Sophie – *Et je perds mon rêve avec Jean, il était là pour moi, il était mon Dieu, il avait tout pouvoir sur moi et il allait me donner toute l'énergie pour ma vie. Mais il ne m'a pas aidée à devenir responsable de ma vie donc je le renie maintenant.*

La thérapeute – Comme vous avez renié votre mère ?

Sophie – *Je n'ai pas choisi mes parents. J'ai choisi de venir ici mais je ne veux toujours pas reconnaître ce choix même si je reconnais votre compétence.*

J'ai encore souvent tendance à m'endormir avec Sophie ; je suppose que c'est l'ennui causé par cette résistance à entrer dans la relation, son ton de voix monocorde, son absence de vie et de respiration.

À la séance suivante, rêve-cauchemar de Sophie

J'étais dans ma maison d'enfance, je suis allée au grenier et j'ai trouvé un bébé dans un relax et j'avais oublié de lui donner à manger : son visage était grisâtre et il n'avait pas grandi mais enfin il souriait en me voyant. Je l'ai pris dans mes bras et je crois qu'il a eu une réaction comme quoi c'était bon la chaleur. Après je me dis que je vais appeler un médecin mais on va me demander pourquoi ce bébé est dans un état pareil et d'où il vient ? Puis, je me demande ce que je pourrais lui donner à manger pour qu'il se nourrisse normalement.

Commentaire

Sophie – *Le grenier n'était pas une pièce accueillante. Maman y pendait son linge. J'ai l'impression que ce bébé est irrécupérable, marqué pour toujours (elle pleure).*

La thérapeute – Non, vous l'accueillez et il sourit, il est bien dans vos bras.

Sophie – *Oui et à Noël et pour le réveillon, j'ai eu beaucoup de joie à manger ce que j'avais préparé. Et à Ostende, j'ai donné le bras à mon mari et j'ai ressenti beaucoup de joie cette journée-là aussi.*

La thérapeute – Avec Jean, vous vous êtes donné beaucoup de nourritures relationnelles imaginaires. Maintenant vous vous donnez des nourritures relationnelles dans la réalité.

Sophie – *Oui mais ça me fait peur.*

Rêve

J'ai rêvé que j'étais dans la rue et j'avais un cordon. Et tout à coup il s'est accroché au visage d'une femme et je m'approche et elle avait un masque et le cordon était accroché au masque et la partie vivante

était en dessous : je lui ai dit de faire attention parce que le cordon allait faire tomber le masque : on a détaché doucement le cordon.

Commentaire

La thérapeute – Qu'est-ce que ce cordon et ce masque ?

Sophie – La partie vivante de moi que je cache en dessous, le lien entre le cordon ombilical et le masque qu'il faut détacher doucement, à mon rythme. Je ne suis pas frère ! Depuis 10 ans je fais le trottoir trois fois par jour devant l'école pour voir l'ère vue de Jean, comme une putain. Je ne suis pas frère du tout.

Sophie décide de ne plus aller voir Jean. Elle n'en dort plus. Une fois de plus ça se révèle une promesse d'ivrogne mais elle fait trois pas en avant et deux en arrière : elle avance malgré tout un peu à chaque fois.

Rêve avec sa fille

Je lui faisais faire une belle robe. C'était la maman de sa copine qui cousait (une personne qui vous ressemble au point de vue physique). Elle essaye la robe mais je me dis : « Mon Dieu ! Ce corsage en dentelle ! » Puis je me dis : elle pourra mettre un pull par-dessus, il ne faut pas être trop féminine d'un coup.

Commentaire

Sophie apprécie ce rêve. Il parle de sa féminité à travers « fabriquer une robe » offerte par une mère à sa fille. Mais pas de trop, trop vite !

– Qu'est-ce qu'il y a derrière vous qui fait que ça pourrait être invivable sans venir ici ? Et en même temps venir est aussi dramatique que l'interdiction de vous rencontrer. Vous en tant que vous je ne m'en préoccupe pas et je travaille avec les deux images : celle dont j'ai besoin et le visage dont j'ai horreur, d'où ma difficulté à venir, comme si je n'avais pas envie que vous vous occupiez de moi. Petite j'ai comme décidé que personne n'arriverait à me faire sortir de mon isolement, suite à une déception énorme. Je me suis retirée de toute relation. Je vis une honte liée à ma fragilité et j'ai la sensation d'avoir été abandonnée donc surtout je ne dois plus rien attendre de l'autre. Comme si rien ne pouvait compenser ce que j'ai perdu. Pendant les 6 ans avec Jean, je me suis sentie dans une euphorie alimentée par un besoin continu de lui.

Rêve

On est dans une salle et le doyen¹ quitte la pièce. Je lui demande comment il va nous préparer à la communion et il répond : il faut d'abord avoir la foi. Et moi je suis ennuyée parce que je ne l'ai pas.

1. Un doyen est un prêtre.

Commentaire

Il y a deux mouvements chez Sophie ; elle veut communier mais c'est impossible car quelque chose a été coupé en elle : la foi en l'autre.

– Je dois me protéger contre n'importe qui, je ne peux jamais faire confiance car il y a un signal d'alarme : danger de mort. Et j'ai une pudeur à me laisser aller. Quand papa est rentré je lui ai lancé des regards assassins et maman l'a vu. Mon père a dit à ma mère, sur son lit de mort, qu'il n'était jamais arrivé à établir le contact avec moi. Avec ma mère non plus je n'y suis pas arrivée. Je n'ai jamais pu faire autrement avec mon père alors que je le trouvais bon et sympathique. Par rapport à vous, je maintiens encore une partie de ça.

C'est comme si je n'avais jamais voulu savoir que cette guerre avait existé pour mes parents avec toute la peur qu'ils ont connue. En entrant là-dedans je me suis dit que ça n'avait pas dû être facile pour eux. Mon père aurait pu revenir en Belgique car il parlait flamand mais il a caché ça pour rester avec les prisonniers wallons : mes parents ne m'ont pas abandonnée. Je n'ai donc pas de raison d'être malheureuse. Mais alors je ne suis plus la victime et j'accepte que ma mère retrouve mon père ! Je n'ai jamais eu envie de dire ce oui : c'est pour ça que je suis en colère. Je sens que j'ai refusé de leur faire une place : deux mais jamais trois. Il a donc fallu que je lutte et que je les refuse.

On voit ici se mettre en place l'identification de Sophie à ses parents et le dépassement de l'impasse qu'elle entretenait avec leur image.

Rêve

On est dans une chambre où il y a deux ou trois personnes dont une dame. On s'installe (les deux ou trois autres ont déjà trouvé leur place) et moi je cherche. Je choisis un coin puis un autre et la dame n'a pas l'air de s'énervier, elle est souriante. Après je veux me changer pour aller travailler : je cherche la clé pour aller dans ma chambre et je me retrouve à X où j'ai travaillé avant mon mariage. Mais un, je ne trouvais plus la clé et deux, je ne trouvais plus la chambre.

Commentaire

Sophie se sent fort stressée et angoissée. Lorsqu'elle a travaillé à X, sa mère lui a demandé de quitter la maison. D'où l'enjeu du rêve : elle doit trouver son autonomie mais à partir d'une situation de réconciliation avec les parents (la chambre, la dame souriante).

Elle recherche la clé de son espace à elle mais elle manifeste une certaine impatience vis-à-vis de l'avancée du travail thérapeutique comme sa mère qui la pressait de quitter la maison : le nom de cette ville suggère en effet un maternage trop rapide.

Rêve

J'ai rêvé que j'étais dans un lit à une place et il était à plus ou moins dix mètres du sol, contre un mur. J'ai réalisé que si je dormais je basculais dans le vide mais si je fais signe à quelqu'un qui est dans la même situation que moi un peu plus loin, je risque de basculer et j'ai vraiment très peur du vide.

Commentaire

La thérapeute – Qui serait l'autre personne seule dans un lit comme le vôtre ?

Sophie – *Ma mère pendant quatre ans et demi.*

La thérapeute – D'où votre peur de demander de l'aide ici parce que vous êtes devant un paradoxe : vous ne pouvez ni vous détendre ni me demander de l'aide comme si vous étiez votre mère anxieuse devant l'absence de votre père et seule responsable de sa famille en temps de guerre : l'impasse est partout.

Sophie – *C'est comme si je me sentais attirée par ce vide. Je rôle sur la relation, tout le monde me met de mauvaise humeur. Pour le moment, j'ai envie d'être seule et de ne voir personne. Pour le moment je suis dans le rejet et la haine de l'autre.*

Rêve

J'ai rêvé de ma sœur médecin qui me parlait de son fils en me disant qu'il était déjà mort !

Commentaire

La thérapeute – Vous avez perdu un fils mais votre père, lui, est revenu de la guerre.

Sophie – *C'est Jean. Je me suis ridiculisée pendant 5 ans en voulant être la première sur ses genoux ! Je suis honteuse.*

La thérapeute – Vous avez joué à ça à deux devant la famille-groupe. Jean était un père/mère idéalisé(e), Annie.

Sophie – *Oui, mais j'ai été ridicule dans l'histoire. Puisque ma demande était satisfaite, j'ai continué. Il a cru qu'il devait combler le manque : c'est gros quand même ça !*

La thérapeute – Oui.

Rêve

J'étais au fond de la classe et c'était agaçant parce qu'il y avait deux interrupteurs. Il faisait sombre au fond. J'ai appuyé sur l'interrupteur et ça a éclairé le centre de la classe. J'ai dû demander à quelqu'un d'appuyer sur un autre pour éclairer le fond. »

Commentaire

Sophie – *C'est ce que je fais ici : je suis vraiment forcée de demander. La thérapeute – Oui, pour vous aider à éclairer la partie obscure.*

Sophie – *Je ne sais pas pourquoi j'ai des difficultés à vous regarder, je ressens un malaise !*

La thérapeute – C'est moi qui pousse sur l'interrupteur, à votre demande, pour vous éclairer, et ça vous embête.

Sophie – *J'ai à la fois peur d'être autonome et je ne veux pas demander à l'autre, c'est contradictoire. C'est flou en moi, je ne sais pas bien ce que ça veut dire « être séparée » et si je ne suis pas séparée, je ne sais pas faire une demande : je n'ai pas envie de rencontrer les autres parce que je ne suis pas au clair avec moi-même. J'ai l'impression que je ne fais que passer sans marquer ma place. Pour marquer ma place, je dois y croire, d'abord, que j'ai une place. Sinon je passe sur la pointe des pieds !*

La thérapeute – Je vous accueille ici depuis 8 ans et je vous y fais une place...

Sophie me quittera en refusant de me serrer la main... parce que j'ai été ouvrir à la personne suivante, me dira-t-elle à la séance qui suit !

Sophie laissera revenir Jean dans sa tête, la semaine suivante, parce qu'elle est mal et qu'il représente de la « douceur ». Sophie continue à être très fâchée contre son mari/Jean/la thérapeute. Elle veut n'avoir besoin de personne. Elle est fâchée contre notre engagement (deux fois par semaine), elle veut tuer : Jean/la thérapeute/l'autre. Elle perçoit la thérapeute comme intrusive. Elle réalise qu'elle projette sa mère sur la thérapeute :

Sophie – *J'ai quand même des réactions de petite fille dans mes colères exagérées. Dans la vie de tous les jours, je ne suis pas femme mais petite fille : c'est bizarre cette sensation.*

Sophie va avoir des envies de vomir pendant des mois suite au travail en cours.

Sophie – *Je ne digère pas ce que je sens de votre pouvoir sur moi : si je me mets dans la peau de la petite fille c'est le mot « sorcière » qui me vient par rapport à vous.*

La thérapeute – Il y a de bonnes et de mauvaises sorcières... Et vous venez peut-être pour en rencontrer une, mais laquelle ?

Sophie – *Pour la tuer alors ?*

La thérapeute – C'est possible...

Sophie – *J'ai peur et je suis en colère – je perds mon temps... J'ai vraiment l'impression d'être seule ! Je viens mais je n'ai vraiment pas envie de vous rencontrer. Je hais l'autre parce que j'ai l'impression que l'autre m'envahit. Et c'est avec les personnes les plus proches que je sens ça, avec les gens gentils avec moi. Les gens que j'apprécie. Je ne veux pas faire de la place à l'autre, par peur. Quand je suis dans la haine c'est comme dans un brouillard, comme ici. Quand je me regarde dans une glace je ne sais pas soutenir mon propre regard longtemps,*

comme ici, avec votre regard – même phénomène : ne plus rien savoir sur moi-même.

Comme si tout à coup je prenais conscience que j'étais devant vous mais qu'est-ce que j'y fais ? C'est une réalité que je ne connais pas, comme si je prenais conscience de quelque chose de plus réel. C'est un peu prendre conscience que je suis là concrètement et que j'ai voulu être ici. J'ai l'impression alors que je prends conscience de mon corps, physiquement. J'ai de l'énergie alors – corps séparés, le vôtre, le mien. J'ai des difficultés à vous regarder malgré tout : votre regard me rend de nouveau dépendante. J'ai peur de ce regard. Pourquoi ai-je si peur de vous regarder ? C'est bizarre, cette séparation entre nous me semble une séparation totale mais l'espace entre nous ne m'empêche pas d'avoir de la force : c'est une sensation agréable : comme si je grandissais et que je me découvrais. Mais c'est comme si je ne me connaissais pas sous ce jour-là : autonome. C'est une impression tellement positive plutôt que de vivre dans ma tête. Je prends conscience de mon corps : il est long et mes bras aussi, c'est lourd. J'ai peur que ça vienne et que ça parte. Mais je suis quand même un peu perdue quand vous me regardez : je ne veux rien prendre de votre regard de peur d'être mangée. Lorsque je ne vous regarde pas c'est parce que je n'ai pas envie de recevoir.

Pendant tout ce temps où Sophie tentera de prendre la mesure de sa relation avec la thérapeute, elle vit les mêmes difficultés avec son mari : elle le rejette dès qu'elle le voit.

Rêve

Ma fille a un bébé. Elle ne va pas à la consultation. Il ne grossit pas. Je lui propose de m'en occuper (mais dans mon rêve je sais que je n'ai pas beaucoup de chance avec les bébés). J'ai peur de lui proposer ça. Une dame le prend et le bébé vomit.

Commentaire

Sophie – Ma fille c'est moi avec mes enfants bébés, c'est aussi ma mère avec moi, c'est moi avec vous aussi.

La thérapeute – La dame c'est la thérapeute/mère mais le bébé Sophie vomit lorsqu'il reçoit des soins alors qu'il/elle en a besoin.

Sophie – Avec vous, ce que j'ai le mieux vécu c'est quand je vous ai téléphoné pour le stage : j'accueillais votre voix.

Mais ici, sous votre regard, je sens que je cours partout où je peux me cacher pour ne pas être en relation avec vous. Comme si je ne voulais pas de cette relation et en même temps je suis ici donc je la veux. Ce que je vomirais bien, c'est cette difficulté d'être dans la relation ici et avec mon mari.

La thérapeute – C'est curieux cette impression que j'ai que vous ne vous adressez pas à moi ?

Sophie – C'est cette non envie de vous reconnaître que j'ai en moi. Ce bébé devrait arriver à s'occuper de lui tout seul ! Trois femmes n'y arrivent pas !

La thérapeute – La troisième s'en occupe mais il vomit, comme vous faites avec moi/votre mari. Rien n'est bon.

Sophie – Le fait de ce bébé qui ne grandit pas : c'est mon état amoureux, endormi. Je n'aime pas que l'autre vienne me déranger dans ma quête.

La thérapeute – Comme votre père qui vous a fait sortir brusquement du paradis ?

Sophie – Oui. Je ne fais pas facilement une place à l'autre.

(Entre cette séance-ci et la suivante Sophie va téléphoner à Jean. Conversation banale.)

Sophie – J'avais beaucoup d'émotions au téléphone mais j'étais mal après parce que je transgressais ce que j'avais décidé. C'est parce que j'étais en colère contre vous à la séance précédente que j'ai voulu revoir Jean. Mais j'ai été déçue de moi-même parce que j'ai perçu ça comme une faiblesse.

J'ai aimé venir ce matin, il faisait beau. Ce matin j'ai eu une relation avec mon mari et après je pleurais parce que c'était être tout simplement.

Rêve

Mon fils aîné (Hubert) me dit qu'il doit retirer deux pièces d'une machine dans une usine mais c'est très dangereux parce qu'il risque d'avoir les doigts happés par la machine. Un jeune est à côté de lui et je lui demande si c'est Hubert qui va faire ça et il me dit que oui, qu'il l'a accepté et je pars, furieuse parce que c'est de nouveau Hubert qui a accepté de faire ça : j'ai peur qu'on se serve de lui – qu'il accepte facilement, qu'on lui fasse tout faire !

Commentaire

La thérapeute – C'est vous, ça ?

Sophie – Oui, c'est une façon d'être reconnue. Dans ce rêve, c'est pour pouvoir être dans le groupe qu'il accepte ça et ça me met très fort en colère.

La thérapeute – Est-ce qu'en allant rencontrer Jean trois fois par jour, vous n'aviez pas vos doigts happés par la machine – organisation de votre temps par l'autre ? Vous étiez très réglée comme une machine. Elle risque de dévorer aussi, la machine comme votre peur de l'autre. Vous vous transformez en machine dans la relation. Mais il y a quelqu'un de très fâché et de très vivant dans le rêve : vous. Sophie approuve la fin du rêve.

Rêve

J'ai rêvé que je donnais un cours à mes enfants sur la relation (en maths modernes). Et après sur les couples (aussi en maths modernes).

Commentaire

La thérapeute – C'est curieux cette association relation : couple et maths modernes, comme dans le rêve d'Hubert et la machine. Il y a quelque chose de chaud, de vivant et quelque chose de beaucoup plus mécanique, froid, rationnel. S'en suit une discussion sur son "obligation" à faire, faire, faire, dire, dire, dire. Il n'y a pas d'espace de respiration, de non faire, de rêve, de jeu dans sa vie.

Sophie – *Je ne me donne pas la permission de vivre. Je dois « travailler », « être une bonne ménagère », « être une bonne mère » c'est-à-dire faire le choses selon les modèles autour de moi. Je veux m'ouvrir à la liberté d'être et à la légèreté mais c'est comme si derrière moi, quelqu'un me disait : « Tu dois faire ça, puis ça... » Quand c'est très clair dans ma tête que j'ai tous les droits sur mon corps, ça va. Mais en général je projette que je suis sous la coupe du regard des autres.*

Rêve

J'étais dans un garage et un camion, en reculant, écrasait ma tête contre le mur. Je me réveille.

Commentaire

Sophie – *J'ai une sensation de peur mais je me réveille assez vite.*

La thérapeute – C'est de nouveau une force machinique qui vous écrase, une force aveugle qui vous écrase la tête. Mais vous êtes au fond d'un garage. C'est un endroit où l'on gare les voitures pour la nuit, pendant qu'on ne les emploie pas. Ce n'est pas une place pour vous là !

Sophie – *Je me sens écrasée par l'autre de manière générale. Écrasée par la force anonyme des autres. Je n'ai plus trop envie d'aller travailler, j'en ai marre.*

La thérapeute – Ce serait une façon de sortir du garage ? De vous donner un espace de liberté ?

Sophie – *Oui. Qu'est-ce que je veux vraiment ? Est-ce que j'aime vraiment mon mari ?*

Ces derniers rêves montrent des images de Summoi corporel : le corps de Sophie, et donc la source vivante de sa subjectivité, est écrasé dans la relation à l'autre.

Rêve

C'est une série d'épreuves à franchir et je les franchis bien sauf la dernière, que je n'arrive pas à franchir : se laisser glisser sur le toboggan.

Commentaire

– *J'ai déjà réussi beaucoup d'épreuves. Le toboggan c'est se laisser aller. Je ne m'abandonne pas facilement. J'ai peur de l'autre parce que j'ai peur du ridicule. Je vis à moitié parce que j'essaye de copier et ce n'est pas un choix profond. Et si j'aime quelque chose que les autres n'aiment pas, je me sens bizarre.*

(La fin de cette année et la moitié de la suivante se passeront en longues séances autour du rejet/acceptation de l'autre, d'elle-même. Elle aura souvent des nausées, passera de moments de bien-être à des moments de détresse, avec les mêmes enjeux qui reviennent constamment. Elle arrive à mieux entrer dans ses rêves, ses capacités d'élaboration augmentent.)

Rêve

J'ai rêvé d'une vieille maman dans un groupe et je la présentais à quelqu'un mais elle ne me regardait pas et l'autre personne ne semblait pas vraiment intéressée.

Commentaire

Sophie – *Je la vois comme une étrangère, hagarde, comme si on n'était pas importante l'une pour l'autre.*

La thérapeute – C'est exactement comme ça que vous êtes encore parfois avec moi.

Sophie – *C'est un manque de vie qui unit. Je ne le vois plus comme ça maintenant.*

Rêve

J'ai rêvé que Jean ne me regardait pas, il fait en sorte de ne pas me regarder.

Commentaire

La thérapeute – C'est aussi vous par rapport à moi, ça.

Sophie – *Ah bon ? Je le vois comme si Jean me faisait comprendre qu'il n'y a rien entre nous...*

La thérapeute – Mais c'est votre rêve. C'est vous qui le mettez en scène !

Sophie – *J'ai pensé à la mort de Gauthier, mon bébé. Mon mari ne sait toujours pas en parler. Moi je me demande si j'en ai jamais fait le deuil parce qu'il n'y a jamais eu de lien. Je ne me sentais pas vivante ni en relation avec les autres, au moment du décès. Je me sens bouleversée pour le moment et ça me dérange de me sentir avec tant d'émotions. Ce matin j'ai fait des choses que j'aimais bien mais l'envie de rencontrer Jean reste là, j'ai envie d'avoir de ses nouvelles.*

Sophie fera une assimilation entre échanger/donner dans la relation puis tout perdre : l'autre devient l'ogresse qui anéantit. Elle a peur de donner car elle a peur de perdre comme après s'être donnée à Annie/

l'ogresse/la perte/la mort. Avec le renvoi brutal d'Annie, Sophie a perdu une expérience de fusion d'avec l'objet unique, fusion totalisante dont elle ne s'est pas remise.

Sophie m'a parlé de son désir de passer à une séance par semaine. Je réserve encore un peu ma réponse.

Sophie – *Je me demande pourquoi je projette tellement maman sur vous et Annie sur Jean. Comme si je ne pouvais pas éprouver des choses plus mixtes. Par rapport à vous, j'ai des difficultés à vous reconnaître comme femme. Vous m'intimidez et vous me faites peur. C'est ma mère sans doute ?*

La thérapeute – Pas nécessairement. En partie mais je ne suis pas votre mère : je représente l'autre, l'inconnu, l'étranger aussi. Le même (que votre mère, par projection) et l'autre, l'étranger parce que je ne suis pas votre mère.

(Je continue à avoir des envies de dormir en séance avec Sophie. Elle continue à m'anesthésier par son ton monocorde, ses longues descriptions.)

Sophie – *Je vois ma mère à table et c'est comme si je découvrais que j'étais sa fille. Je l'ai nié longtemps. Vis-à-vis de mon père aussi mais c'est moins important pour le moment. J'ai d'abord été étonnée puis j'ai ressenti de la joie d'être fille, d'avoir une mère, comme tout le monde ! J'étais la fille de quelqu'un ! Puis un matin j'ai vomit ! Et puis maintenant je suis perdue, c'est énorme et je sens beaucoup plus qu'elle a été méchante mais que ça n'a pas été facile, la vie, pour elle ni pour moi d'ailleurs. Que face à l'homme ça n'a pas été facile non plus, ni pour elle, ni pour moi. Je suis prête à lui excuser tout. Elle n'a pas pu aimer parce qu'elle n'était pas prête à aimer. Je lui donne l'absolution comme je me la donne. Du coup je porterai son bijou. Je l'ai pratiquement tuée à force de la critiquer. Ce n'est pas banal parce que c'est pendant toute une vie que je l'ai haïe. Je suis elle. Mon problème maintenant c'est de partager ma mère avec mes sœurs. N'être la fille de personne c'est n'être pas du tout.*

Sophie quitte le chivage mauvaise mère, bonne Annie : les choses sont plus complexes que cela : la bonne Annie est aussi une ogresse, la mauvaise mère a été courageuse.

Rêve

J'ai rêvé que mon mari me proposait d'aller chercher quelque chose au Sud de l'Espagne. Il trouvait ça agréable de faire ce détour-là, quitte à remonter de suite.

Commentaire

Sophie – *J'ai l'impression que je rejette l'étranger.*

La thérapeute – Oui mais votre mari vous propose d'aller chercher quelque chose là, chez l'étranger. C'est la thérapeute aussi.

Rêve

On est un groupe de femmes dans une pièce puis vous êtes sur le palier et vous maquillez les femmes qui entrent dans la pièce et vous me proposez gentiment de me maquiller aussi.

Commentaire

Sophie – *Je vous accepte comme étant gentille avec moi.*

La thérapeute – Oui et il s'agit de rendre à votre visage sa féminité. Ce qui apparaît ici dans la suite de la réappropriation de visages séparés, c'est que la thérapeute propose à Sophie un maquillage dans le rêve, elle ne l'impose pas. La façon dont Sophie a vécu la relation à sa mère est de l'ordre du Sumoi corporel : l'autre détient la norme et donc les traits du visage.

Nous entreprenons alors un travail sur le temps : que Sophie arrive à se poser ici pendant l'heure de thérapie.

Sophie – *J'ai souvent du stress et j'ai envie de courir alors que j'ai le temps. Je vis une tension intérieure comme si j'étais interdit de prendre du temps pour moi. En venant ici je me suis dit que je n'allais pas exister. Je suis venue prendre chez vous ce que je prenais à Jean jusqu'à présent : c'est une évolution par rapport à l'année passée. En fait j'ai le droit de prendre ce temps et cet espace.*

La thérapeute – Oui vous avez ce droit, je vous consacre ce temps et cet espace, il est là pour vous.

(À la séance suivante Sophie m'annonce qu'elle a décidé d'arrêter son travail.)

Sophie – *J'ai décidé d'exister à partir de moi et pas à partir de mon travail. La joie et l'angoisse sont mêlées.*

Comme je m'endors encore face à Sophie, je lui dis : « au niveau du contenu les choses changent mais pas dans la forme : votre ton de voix, votre regard vers le sol ».

Sophie – *Je ne veux pas partager le positif avec vous car j'ai l'impression que vous n'en avez rien à f... (sic !). Comme si vous alliez me juger négativement. Je n'arrive pas à me réjouir avec vous. Je ne l'avais pas réalisé mais c'est ainsi. Je vous le dis comme si vous étiez un ordinateur. Ça m'arrange de vous placer en position d'ordinateur.*

La thérapeute – Qu'est-ce qui fait qu'il vous faut rester dans la position d'une morte-vivante ici corporellement ?

Sophie – *Je me dis que ma mère m'a gâché ma vie et si je réussis à être heureuse, je ne vais pas le lui montrer (à vous) pour qu'elle continue à se sentir coupable.*

Elle projette à nouveau sa mère sur la thérapeute et elle pense donc qu'elle doit punir tout le monde : elle, sa mère, la thérapeute, son mari. Personne ne peut assister à de la joie ou en échanger. Il s'ensuit une longue période où elle se dit « endormie », en souffrance. Elle va

encore de temps en temps à la rencontre de Jean, encore très présent : il est au lit entre elle et son mari comme un homme – amant imaginaire, ce qui laisse peu de place au mari réel. Elle est en colère contre la thérapeute parce que celle-ci se demande pourquoi c'est si anesthésiant avec elle ? Parce qu'elle se sent triste et ratée et c'est de la faute de la thérapeute. Si elle vient rencontrer ici sa mère, c'est pas marrant, mais alors pas marrant du tout !

Sophie – *C'est quelque chose de dramatique pour moi, de voir que la seule issue pour moi était de vivre avec quelqu'un que j'avais envie de fuir et même de tuer. C'est un cauchemar.*

La thérapeute – Il va falloir dépasser ce cauchemar parce que je ne suis pas votre mère.

Sophie – *Si l'autre pense différemment de moi, je suis très en colère.* Ce qui se révèle alors c'est que Sophie fait du forçage autour de la thérapie parce qu'elle veut l'arrêter en même temps que de travailler. Rien n'avance parce qu'elle force. La question de se donner le temps de terminer cette thérapie à une séance par semaine à partir de septembre se discute et se décide.

Elle continue à être soporifique en séance et je le lui dis.

Sophie me traite d'emmerdeuse. Sa mère la laissait se fermer à la relation tandis que moi je lui dis qu'elle m'endort.

Ça la fait « ch... » dit-elle, que je l'empêche de m'éviter comme elle évitait sa mère.

Je lui dis que j'en ai assez de m'ennuyer autant avec elle, que ça me pose vraiment question, son attitude, là.

Sophie – *Vous me faites ch... parce que vous me dites que ce n'est pas facile avec moi mais c'est comme avec ma famille. J'étais là « spéciale », un « cas ». Vous me dites la même chose (silence). Pourquoi je suis méchante comme ça ? Parce que tous les heureux me font ch... Moi je suis malheureuse et j'ai envie que tous les heureux le soient.*

Sophie veut se séparer de sa thérapeute/mère mais elle n'y arrive pas parce qu'il n'y a pas de corps relationnel séparé construit. Ce corps non séparé se découvre dans la relation réelle à la thérapeute et c'est à cet endroit-là qu'il se travaille : il se crée petit à petit et se récupère à l'aide de la relaxation également.

La thérapeute – Quand allez-vous sortir de votre position : « Je suis la plus malheureuse de tous ? ». Pourquoi pensez-vous que les autres n'ont pas eu leur part de malheur aussi ?

Sophie – *Parce que je veux toujours répondre à ce que l'autre attend et en me reprochant quelque chose il met le doigt sur mes imperfections.*

La thérapeute – Il ne s'agit pas d'imperfection, il s'agit d'une place de malheureuse que vous choisissez d'occuper et à la longue c'est très ennuyeux.

Rêve

J'ai rêvé que j'étais dans une maison (pas chez moi mais habitée par d'autres personnes). Il y avait une chatte avec trois petits chats : un roux et deux noirs et blancs. Huit jours plus tard, je retourne et il n'y a plus que le roux. Les deux autres avaient été tués parce que rejetés par la mère.

Commentaire

Sophie – *Le roux, c'est celui qui sortait de l'ordinaire et qui a su se battre pour vivre. Je l'aimais bien.*

La thérapeute – Oui, votre partie vivante. Et les noirs et blancs ?

Sophie – *C'est l'ambivalence qui n'est pas facile à assumer. Il faut tuer ça, rejeter ça. Comme avec Jean : rien que le tout amour. Mais maintenant plus : ma colère contre ce thérapeute de m... ! J'ai encore à la fois de l'attirance et beaucoup de colère envers lui.*

La thérapeute – Quand vous êtes morte vous êtes rejetante. Quand vous êtes vivante vous êtes le chat roux.

Sophie – *Mon mari m'a dit : « J'ai l'impression que mon corps n'existait pas pour toi ». Je lui ai dit : le mien non plus. Je lui ai dit que s'il avait eu un corps à lui il n'aurait pas supporté de vivre avec moi et il l'a reconnu. On recommence à zéro. Je ne ressens toujours pas de désir sexuel. Et prendre conscience de son regard : accepter son regard. Son opération a beaucoup changé pour ça (il ne porte plus que des lunettes normales, plus de loupes).*

Nous travaillons sur le stress incroyable dans lequel Sophie se met. Sa mère courtait tout le temps, elle aussi. Je propose un temps de relaxation et elle se sentira mieux après, s'étant plantée en arrivant en séance d'avoir trop de tension. L'hypertension chez elle est liée aux impasses relationnelles. En étant stressée ou en courant, elle cherche, comme sa mère, à éliminer les tensions liées aux impasses. L'hypertension dans ce cas-ci est également une défense corporelle contre l'abandon ou la chute dans le vide comme affects signalant une impasse.

À la séance suivante, la tension est retombée à un taux normal.

Sophie – *Je me suis remise à stresser ce matin à l'idée de vous rencontrer ! Je suis un corps qui ne m'appartient pas. Je fais de la figuration.*

(Elle fait une relaxation.)

– *Quand je me tendais j'étais ma mère avec de la peur et de la méchanceté et l'impression alors d'avoir tout le visage de ma mère crispé, méchant, rempli de peur. Quand je me détends je peux faire face, je suis comme je suis. J'aimerais bien me nettoyer du corps de ma mère*

et vivre dans mon corps. J'aimerais ne plus avoir peur de l'autre. J'ai des difficultés à vous voir en dehors de mon histoire : vous êtes ma mère et pas ma mère.

À la séance suivante Sophie, stressée, fait une relaxation puis :

— C'est bizarre, quand je suis fort crispée, c'est pas seulement ma mère que je sens mais c'est aussi moi face à vous. Et je suis plus confiante vis-à-vis de vous ici couchée qu'assise parce que je suis très influencée par votre visage, vos expressions. Je les interprète vite comme un rejet, une critique.

La thérapeute — Vous attendez de l'autre une acceptation inconditionnelle ?

Sophie — Oui, pour moi c'est vital.

La thérapeute — Comme si vous pensiez passer par la pensée de l'autre sur vous ? ou ce que vous imaginez que l'autre...

Sophie — C'est ça. Ça me plaît ces deux façons de travailler.

(Nous allons rencontrer encore de longues semaines difficiles où Sophie refuse de me dire bonjour ou au revoir, tourne en rond dans ses problèmes relationnels. Il y a des éclaircies puis des rechutes.)

Rêve

J'essaye d'extraire de mon anus des selles dures [des celles dures ?] et l'une roule et un homme est plus loin et j'essaye de le récupérer.

Commentaire

La thérapeute — Le travail de récupération de la mère/fille dure ? face au père ?

Sophie — Oui.

Rêve

On va peut-être acheter la sacristie de la collégiale et on va y faire une petite maison pour nous, mon mari et moi.

Commentaire

Sophie — La sacristie c'est l'espace où l'on s'habille/déshabille avant d'entrer dans le chœur. J'ai pensé au mot ami et ce mot commence à avoir du sens pour moi. J'ai réalisé entre les deux séances que je suis issue de mon père et de ma mère : comme si je ne l'avais jamais su. Et je l'ai senti en allant sur la tombe de mon fils cette semaine pour y mettre des pensées. J'ai commencé à sentir que je suis la mère de mes enfants et la femme de mon mari. Je trouve ça émouvant : cette idée m'a effleurée pour la première fois ! Je ne peux pas me contenter d'une vie banale.

Sophie dépose des pensées — fleurs mais elle a aussi des pensées pour son fils. Mais quelques jours après, elle rencontre encore deux fois Jean et voit le visage de Jean ainsi que sa plaque de voiture. A nouveau elle rejette son mari.

Sophie — Je ne veux pas Jean mais du coup je ne veux pas de mon mari non plus. Je ne veux rien d'autre que sa plaque (à Jean) et son visage. Je n'ai pas eu Annie et bien je dis NON à tous les autres ! Je suis en rage, une rancune de ne pas avoir reçu quelque chose. Si je lâche ce à quoi je me suis accrochée, c'est comme si j'étais perdante ! Il n'y a plus rien entre lui et moi mais je suis en rage de ça : je ne veux pas l'accepter même si je suis en voie de l'accepter.

Sophie se trouve devant la même impasse que vis-à-vis de ses parents ou de la thérapeute.

(Je vais à nouveau m'endormir devant des récits répétitifs. Sophie va tout faire pour m'exaspérer, je l'interpelle là-dessus et elle veut partir. Je lui dis : « Vous avez rejeté votre mère, votre père, vous rejetez votre mari et maintenant moi, c'est quoi ça ? » Toute cette séance et les suivantes porteront sur nos places différentes ici et sur le travail à effectuer : comment se place-t-elle dans la relation ? C'est très dur, il faut que je tiens pied à pied mais je ne m'endors absolument pas ! Je lui dis qu'il s'agit de comprendre ce qui se passe entre nous.)

La thérapeute — Vous voulez que j'aie le visage que vous voulez que j'aie. Mais je vous ai dit ce que je pensais et ça vous fâche. En plus vous ne me regardez pas.

Sophie — Comment vivre ? Qui suis-je ? Qui est-ce que je suis ?

Sophie décide alors de porter une lettre à Jean lui demandant de ne plus venir vers elle s'ils se croisent. De l'ignorer. Elle est très contente de l'avoir mise à la poste mais après elle va beaucoup pleurer.

Sophie — C'est moi qui suis à la source de cette décision : larguer les amarres. Ça fait mal mais je suis contente de l'avoir écrite même si c'était dur.

Rêve

Je suis attirée par un feu sans pouvoir résister et je suis brûlée au visage jusqu'à en mourir.

Commentaire

La thérapeute — Vous n'existiez qu'à travers le visage de Jean, pas par vous-même.

Sophie — Oui c'est terrible.

Après ce rêve quasi platonicien¹, Sophie m'annonce qu'en septembre elle voudrait ne plus venir qu'une fois par semaine. Elle a envie de suivre des cours de piano, de langues et de participer à un groupe de sport lorsqu'elle aura arrêté son travail. Je marque mon accord devant

1. Platon, *La République*, Livre VII, La Piétade.

« Finalement ce serait, je pense, le soleil qu'il serait capable dès lors de regarder, non pas réfléchi sur la surface de l'eau, pas davantage l'apparence du soleil en une place où il n'est pas, mais le soleil lui-même dans le lieu qui est le sien. »

sa décision et la thérapie s'engagera dans sa phase finale : trois années à une séance par semaine.

CONCLUSIONS

Les questions auxquelles nous a confrontée ce travail avec Sophie sont multiples : si, comme le montre J.-M. Gauthier dans *Le Corps de l'enfant psychotique*, la question du « corps reste à penser en psychanalyse, qu'on parle de l'enfant ou de l'adulte », ce que l'on voit à l'œuvre, dans tout ce travail avec Sophie, c'est la construction d'un espace psychique séparé. Cela pose la question de la différence entre le psychisme de l'enfant et celui de l'adulte par rapport au corps : si le corps de Sophie est capable d'avoir des relations sexuelles et de mettre au monde des enfants, la représentation psychique et émotionnelle de ces expériences considérables semble absente. L'impasse non résolue dans la vie de Sophie aurait pu être élaborée et levée lors de la rencontre avec celui qu'elle a appelé « le thérapeute ». Mais les confusions de visage et de corps dans lesquelles Sophie se débattait et qui se sont répétées dans ce groupe l'ont mise en attente de quelque chose qui n'est jamais venu lors de cette expérience et de ses suites : se retrouver soi comme corps séparé.

Chez Sophie, le refoulement de la fonction même de l'imaginaire intervenu lors de la situation d'impasse due au retour du père et au remerciement brutal de la nourrice, semble avoir arrêté son évolution. Cela a eu une influence considérable sur toute sa vie d'adulte, comme on l'a vu. Il lui a fallu un intense travail sur les rêves, dans et par la relation à la thérapeute pour se constituer un visage et un corps séparé avec l'aide de la relaxation et du travail du corps dans le face à face. En effet, l'appropriation du corps se constitue par projection motrice et sensorielle dans un espace créé qui est l'espace de séparation : c'est ce travail-là que l'on voit à l'œuvre au cours de ces trois années.

L'on voit d'abord à l'œuvre, chez Sophie, une impossibilité et un refus, maintenus pendant toute une vie, de reconnaître autrui : centrée sur le regard de Jean, elle n'y voit en fait qu'elle-même sans accorder aucune place à l'autre. L'autre est le même et le temps est arrêté. Sophie va utiliser le regard, la relation, la parole, la relaxation, les affects, le visage, l'appartenance sexuelle, les goûts, les valeurs venant des autres aux débours de la thérapie pour arriver à se construire, elle. À un espace d'inclusion réciproque va succéder ainsi un espace du double modèle avant qu'elle n'arrive à se séparer et à s'individualiser. L'utilisation de la relaxation psychosomatique non induite (Cady, 1999) pour travailler le stress et la construction d'un temps propre lui permettront de se consti-

tuer des rythmes corporels différents des rythmes du corps maternel et par là à calmer les hausses de tension incontrôlables.

Le dernier rêve rapporté dans ce travail montre l'anéantissement d'une subjectivité lorsque le visage de l'autre est perçu comme source de la lumière subjective, sans acceptation de s'en séparer.

Le remerciement brutal d'Annie, au retour du père, n'a pas permis à Sophie d'intégrer la notion de séparation. Une position de mort psychique en est résultée.

Françoise Dolto raconte, dans ses souvenirs autobiographiques, que le renvoi brutal d'une nourrice à laquelle elle était très attachée l'a précipitée, bébé, dans une impasse relationnelle telle qu'elle a développé une maladie pulmonaire grave dont elle a failli mourir. Sa mère a compris intuitivement l'enjeu et l'a portée contre son corps pendant plusieurs jours, ce qui l'a sauvée, pense-t-elle.

Ni la mère de Sophie, ni le père de Sophie n'ont réalisé l'ampleur du choc affectif que tous ces bouleversements familiaux ont provoqué en elle. Elle occupait effectivement une place « spéciale ».

L'intense travail sur les rêves et sur la relation réelle et fantasmée avec la thérapeute a permis à Sophie de reconstituer, après coup, le sens de ce qui avait été détruit et par-là d'arriver à le dépasser. Sophie n'avait plus ni regard ni visage et tout étranger était source d'angoisse. Aujourd'hui, Sophie rit, me regarde, est touchée par le monde et les autres, pleure sur la relation ratée avec son père, pense et sent de façon vivante la relation avec son mari et ses enfants. Elle voit le soleil dans le lieu qui est le sien et est très étonnée d'en être parfois devenue un pour les autres.

PARTIE 2

OBSERVATION ET IMPASSE

LE REGARD POSÉ

LE REGARD CONFRONTÉ À L'IMPASSE

LA PETITE FILLE QUI DIT « PAS »

Par Berthe EIDELMAN-REHAHLA

LE REGARD DU THÉRAPEUTE

Lors des prises en charge thérapeutiques d'enfants jeunes présentant des troubles de la relation, ainsi qu'un trouble envahissant du développement, le thérapeute est confronté à une situation très difficile dans la mesure où il ne peut s'appuyer sur aucun élément de savoir antérieur pour entrer dans une relation d'échange avec tel enfant déterminé. Il est nécessaire à ce thérapeute, s'il souhaite que ce qui se déroule « ici et maintenant » ait valeur thérapeutique, c'est-à-dire aide son petit patient à entrer en relation et à reprendre une évolution jusqu'ici arrêtée ou biaisée, de percevoir l'impasse dans laquelle il est mis de fait par les difficultés relationnelles de l'enfant, et par le caractère inadéquat des médiateurs de la relation que représentent la parole et le langage, ainsi

que l'activité graphique, et plus généralement la motricité en lien avec la possibilité ou l'impossibilité de représentation.

Le regard que le thérapeute lui-même porte sur cette situation est très important, dans la mesure où à la fois il détermine et est déterminé par ses hypothèses étiopathogéniques. Le thérapeute, en tant que tel, est impliqué à un double niveau, que ce soit par le regard qu'il porte sur l'enfant qui est là, avec ses difficultés plus ou moins grandes à s'exprimer, à représenter ce qu'il souhaite transmettre à ce thérapeute qui est là face à lui ; et aussi par l'ensemble de son savoir accumulé jusque-là, savoir qui devrait lui permettre de comprendre ce qui se passe avec l'enfant, mais qu'il lui faut bien remettre en question puisque justement l'enfant qui ne parle pas ou qui a des troubles de la parole et du langage n'entre pas dans les modes habituels de relation.

Le regard du thérapeute se porte aussi sur la façon dont l'enfant utilise son corps et sa parole pour entrer en relation, ou pour *ne pas* entrer en relation, tout en étant présent mais absent, c'est-à-dire non créatif. C'est eu égard à cette créativité de l'enfant, à ce qu'il invente à ce moment-là pour manifester la relation, à ce qu'il crée comme objet-image du corps que la qualité, positive ou négative, du regard du thérapeute, est la plus importante : regard qui juge, qui évalue le rapport à la norme, ou au contraire regard qui perçoit la qualité imaginative de ce que l'enfant apporte ; regard qui privilégie la forme en oubliant le fond de ce que l'enfant cherche à exprimer, regard aveugle à l'originalité de l'enfant, ou bien regard qui prend plaisir aux inventions de l'enfant pour exprimer à sa manière ce qui est essentiel pour lui.

« L'objet transitionnel, qui doit son existence à une projection dont on ne souffle mot, n'est qu'une classe particulière de la catégorie des objets-image du corps. » (Samir Ali, 1977, p. 69)

C'est alors que ce regard peut devenir instrument de recherche dans la thérapie des enfants qui présentent un trouble envahissant du développement. En effet, un tel regard positif, qui ne juge pas l'enfant et respecte son altérité, perçoit la personne humaine présente à l'arrière-plan des difficultés de développement, et ne prend pas prétexte de ceux-ci pour faire de cet enfant là un être à part, d'une catégorie différente.

C'est ce que je cherche à montrer à travers le récit d'une partie de la prise en charge thérapeutique de Marie.

LES SIGNES CLINIQUES

Les thérapies d'enfants jeunes qui ne parlent pas, dont la parole n'est pas constituée, confrontent le thérapeute à de très grandes difficultés.

Ces thérapies sont « éprouvantes », non pas tellement du fait de « grandes difficultés techniques », mais parce qu'elles mettent en question le thérapeute au plus profond de son identité personnelle lorsque ce thérapeute se refuse à plaquer sur l'enfant des théories toutes faites, qu'elles soient psychanalytiques, cognitives ou corporelles, mais que, cherchant à repérer l'impasse existentielle dans laquelle cet enfant-là se trouve, il accepte d'entrer dans une relation qui l'implique corporellement, tout en observant ce qui se déroule ici et maintenant pendant le temps de la séance. C'est-à-dire observer la nature de la relation, les moyens que l'enfant utilise et ce que cela suscite dans l'observateur.

Une telle façon de procéder permet de percevoir l'extrême diversité qui existe à l'arrière-plan de tableaux cliniques parfois très ressemblants. Diversité des organisations de personnalité des enfants, des parents, ainsi que des situations relationnelles familiales. Et la diversité de ce qui est demandé au thérapeute au niveau de son action thérapeutique. C'est une telle thérapie que je souhaite évoquer ici.

Dès notre première rencontre, Marie me montrait le versant selon lequel elle plaçait notre relation. Je note ce jour-là (elle a alors 32 mois) :

- Petite fille très autoritaire qui a une maman très timide en ma présence. Sa mère lui parle en italien... elle-même prononce ce que je prends pour des fragments de mots avec l'accent italien, mais que sa mère ne comprend pas et dont elle dit que cela n'a aucun sens.
- Elle voulait sortir du bureau. Je ne voulais pas. Elle a poussé des cris de colère terribles en se mordant la main. Je me sentais vraiment une mauvaise femme [...]
- Alors que de toute la séance elle ne m'avait pas regardée, elle a lancé un regard vers moi au moment de nous séparer, qui a duré 1/100^e de seconde à peine et que j'aurais pu ne pas percevoir.

Marie étant si jeune, avec une expression de visage à la fois triste et amère, comme déçue, il me semblait que le simple fait de lui offrir, ainsi qu'à sa mère, un espace relationnel, lui permettrait de retrouver un dynamisme évolutif personnel. Cependant, à cette époque-là, je ne pouvais pas imaginer ce que peut être une relation paradoxale qui, parce qu'elle est bonne peut être mauvaise. Je ne pouvais pas non plus imaginer l'importance de la temporalité de la relation ni son rôle dans le trouble envahissant de développement. Je ne pouvais pas me représenter l'importance thérapeutique de manifester une présence différente de la sienne, tout en montrant ma reconnaissance et mon acceptation de sa vie affective, ni que ce serait cela qui lui permettrait de sortir de son retrait relationnel, à son rythme propre, et de retrouver une imagination en lien direct avec son activité.

ANAMNÈSE

Marie est la troisième d'une famille de quatre filles. Sa mère est italienne, son père vietnamien.

Ses parents sont jeunes, très impliqués dans leur rôle de parents, sans exigences adaptatives excessives vis-à-vis des enfants. Lorsque je les ai connus, ils étaient plutôt désenparés par cette enfant au caractère si difficile, perçue par eux comme très « indépendante », dont ils avaient le sentiment qu'elle « vivait sa vie » à côté d'eux. Elle qui ne parlait pas, n'avait pas acquis la propreté, mangeait très peu, restant très peu de temps à table, dormait très mal la nuit, déambulait constamment, n'avait aucune activité organisée.

Un bilan fait dans un service hospitalier spécialisé ne montrait aucune anomalie biologique. Une psychanalyse à trois séances par semaine avait alors été suggérée. Démarche thérapeutique que les parents ont refusée, personne ne disposant d'un temps libre suffisant pour accompagner cette petite fille. C'est ainsi que nous avons été amenées à nous rencontrer. Il semble que Marie ait été un nourrisson se développant sans difficulté aucune. Elle a marché à 13 mois, commencé à jargonner à peu près à ce moment-là. C'est seulement vers l'âge de 18 mois que le pédiatre de PMI s'était inquiété de l'absence d'évolution depuis l'examen précédent et qu'il avait demandé le bilan hospitalier (Examen neurologique, EEG, IRM, caryotype).

On peut cependant noter que la quatrième enfant était née alors que Marie avait 13 mois. Dans sa première année de vie, période tellement sensible du développement du sentiment personnel d'identité, c'est-à-dire de différence avec la mère et l'entourage, la famille vivait dans un petit logement de deux pièces. La mère était enceinte et dans un espace très réduit elle devait s'occuper de Marie qui ne marchait pas encore ainsi que de sa deuxième fille qui avait deux ans, et de l'aînée qui avait presque trois ans et demi. C'est seulement après la naissance de la quatrième que la famille s'est installée confortablement dans une grande maison.

C'est moi qui ai reconstitué cette situation, la mère ne se l'était pas représentée. Il y a comme une banalisation des situations de vie dans cette famille, je m'en rendrai compte progressivement, au fur et à mesure que je connaîtrai mieux les parents. Très probablement, cette mère était très déprimée pendant la première année de vie de Marie, débordée aussi, mais cela n'est pas formulable, encore actuellement. Ce qui est certain c'est que cette mère parle peu, s'exprime très difficilement, raconte peu, et, fait remarquable, ce qu'elle dit est difficile à garder en mémoire comme lorsque l'on ne sait pas à quoi relier une information transmise.

Lorsque je l'ai connue, Marie avait presque 3 ans. Elle était très jolie, très fine, avec une attitude distante, une grande élégance. Elle était constamment en mouvement, ne s'est intéressée qu'aux livres présents dans la pièce, livres qu'elle feuilletait à très vive allure, puis laissait. Ce qui, d'emblée est devenu central, a été sa volonté de sortir de la pièce quand, semble-t-il, elle l'avait suffisamment explorée. Sans aucune considération apparente pour moi, ni pour la situation nouvelle ainsi créée. Longtemps après j'ai pensé à la description faite par Winnicott du nourrisson normal qui, sur les genoux de sa mère, s'intéresse à un abaisse-langue, le manipule pendant un certain temps puis, son intérêt étant satisfait, le laisse tomber. C'était un peu de même nature avec Marie, mais son intérêt pour « ma » pièce a duré beaucoup moins longtemps que celui d'un nourrisson pour un abaisse-langue. Et, semble-t-il, elle voulait voir ailleurs. Mais moi je pensais que ce qui était intéressant se passait ici. Et surtout je pensais que le traitement proposé présentait un intérêt plus grand pour la constitution de sa personne qu'un simple objet. C'est évident, mais j'ai eu besoin de me le rappeler, tellement Marie suscitait en moi le même sentiment qu'à ses parents d'être « à côté », indifférente à ce qui se passe là. Ceci me paraît illustrer le *refoulement de l'affect chez Marie, qui marque la non-relation, dans une situation où une relation aurait été possible*. J'y reviendrai plus loin.

Je n'ai pas voulu la laisser sortir, elle a pleuré, crié, s'est mordu la main dans un mouvement de colère impuissante contre une personne qui était elle-même. Paradoxalement de l'affect, qui fait exister un corps pour deux, elle et moi. En effet, dans une telle situation où je l'empêchais de faire ce qu'elle voulait, j'aurais pu m'attendre à ce que sa colère soit dirigée contre moi. Mais c'est contre elle-même qu'elle « retourne » sa colère en se mordant la main. *Ce qui laisse supposer une organisation interne particulière*. Je l'ai empêchée de se mordre tout en la consolant de sa colère impuissante. Je me sentais, perçue par elle, comme une méchante femme qui la frustrait sans raison. Elle était si fine et menue, et moi si volumineuse à son contact. J'avais un corps de géant. Confrontée à son refus d'entrer en relation, j'étais renvoyée à ma réalité corporelle immédiate.

Pendant que je maintenais la porte fermée, tout en la consolant, en lui prenant les mains pour l'empêcher de se mordre et lui caressant le dos, la mère me disait qu'elle avait le même genre de scène chez elle lorsqu'elle n'accédait pas immédiatement à ce que voulait sa fille. En partant, Marie qui, m'a-t-il semblé, avait jusque-là évité de me regarder, m'a lancé un regard très rapide, presque subliminal. Cette situation de conflit, directement vécue corporellement, et par rapport à laquelle la mère se percevait totalement impuissante, sera exemplaire de ce qui pour-

rait apparaître comme l'élément moteur dans l'évolution de cette petite fille.

CONFLIT AU SEIN DE LA RELATION PRÉCOCE ET CONSTITUTION D'IMAGES DU CORPS

Le temps d'instaurer un rythme régulier de séances, il y a eu des grandes vacances et quand j'ai retrouvé Marie, elle avait un peu plus de trois ans. Cette thérapie se déroule depuis plus de deux ans, à raison d'une séance par semaine. L'évolution se fait selon un rythme caractéristique des thérapies d'enfants sans langage, et que connaissent bien les thérapeutes à médiation corporelle, rythme fait d'alternances de moments, souvent très brefs, où une relation peut s'établir et alors on a le sentiment qu'une évolution très positive est possible. Ceci alternant avec des périodes parfois très longues où ce qui domine est le retrait relationnel, ce qui, de toute évidence, correspond au refoulement réussi de tout affect au sein de la situation thérapeutique. Ce qui caractérise ces périodes est non seulement une absence apparente de relation, mais aussi de toute activité un tant soit peu symbolisable. Ce que j'entends par ce terme est une activité qui pourrait être décrite autrement que d'une façon purement formelle, une activité spontanément créée par l'enfant, utilisant ou non des objets, activité qui pourrait évoquer des aspects ludiques ou d'investigation et d'intérêt d'ordre cognitif pour l'objet et ses qualités. Ce sont des périodes pendant lesquelles on a la sensation d'un retour au point de départ, le sentiment d'une impossible évolution positive associée à un sentiment d'impuissance et de fatigue profonde. C'est cette évolution au rythme irrégulier que je souhaiterai décrire plus précisément dans la thérapie de Marie.

Une telle description implique, pour pouvoir en saisir la dimension évolutive et thérapeutique, que le thérapeute renonce à toute intention personnelle, qu'elle soit éducative ou thérapeutique. Il s'agit d'être là, dans une attitude d'ouverture intérieure qui ressemble beaucoup au « lâcher prise » décrit dans la méditation du bouddhisme Zen. Il s'agit d'être disponible aux demandes implicites de cet enfant jeune et sans langage. Il s'agit aussi d'une intense activitéceptive, visuelle et auditive, afin d'organiser ce qui est perçu de l'activité comportementale de l'enfant, d'essayer de lui trouver un sens, une cohérence telle qu'il soit possible de décrire, au moins partiellement, cette activité.

Il y a d'abord les périodes de non-relation. Périodes les plus dures, celles qui sont les plus éprouvantes. En effet, comment décrire l'état de blocage affectif, intellectuel, sans lien, sans association qui, dans ces moments-là m'envahit lors de nos rencontres. Il n'y a, entre

nous, pas de parole, certes, et pas non plus de regards qui tradiraient la complicité, laquelle me permettrait de me représenter ce que souhaite Marie, qui me permettrait de percevoir son état du moment, heureuse, triste, ennuyée... Là, rien. Je suis livrée à ma propre imagination, à mes interrogations à propos de ce qu'elle ressent, de ce qui ne va pas, de comment la situation pourrait évoluer, pendant que Marie déambule sans but, ou bien s'installe sur le lit pour feuilleter rapidement des livres, ou bien encore reste allongée, tétant sa langue tout en se caressant le visage avec son « doudou » puis à nouveau déambule sans but ou bien cherche à sortir. Et toujours selon un rythme très rapide.

Je soumetts mes interrogations à sa mère qui est là, silencieuse, un peu comme si elle assistait à un spectacle qui lui est habituel, et dont elle m'aurait transmis la responsabilité d'en comprendre le sens. J'ai le sentiment d'être obtuse, d'être bornée, d'être dans un univers tellement différent de celui de Marie qu'aucune communication ne serait possible entre nous deux. Une intense sensation de fatigue m'envahit au sortir de ces séances.

Après chaque séance, j'essaie de noter le maximum de ce dont je peux me souvenir, tant du comportement de Marie que de ce que j'ai pu éprouver ou penser. Or, pendant très longtemps, et à mon grand étonnement, je n'ai gardé en mémoire que très peu de choses, des détails infimes ; j'avais le sentiment qu'il ne se passait rien alors que, paradoxalement mon attention était constamment sollicitée. Ainsi s'est constituée une sorte d'effet sélectif involontaire qui a présidé à l'existence de ces notes, et plus particulièrement ce qui concernait le souvenir de l'activité spontanée de Marie, c'est-à-dire les moments peu durables, où son intérêt se maintenait pour un même objet, pour une même activité, mais pas forcément de façon explicite pour la relation.

C'est à la relecture, à la « énème » relecture de mes notes que j'ai perçu l'unité de ce qui se construisait là, de séance en séance, concernant la constitution des images de soi, et du monde, et qui n'avait pu se constituer du fait de l'impasse relationnelle dans laquelle elle et ses parents se trouvaient. Ou peut-être tout simplement, ce qui, bien que constitué, n'avait pu se manifester du fait de la non disponibilité de la mère.

Pour quelles raisons son développement est-il dans une impasse est une tout autre question, que la suite de la thérapie de Marie éclairera peut-être si elle réussit à accéder à une parole constituée, mais qui, pour le moment est sans réponse. De même, l'âge auquel elle s'est retranchée du monde est probablement très précoce, mais en l'absence d'indications fournies par l'entourage, on ne peut que s'en référer aux moments où le développement a stagné, ou bien ne s'est pas réalisé. Par exemple, le jargon, présent depuis que je la connais, apparu entre un an

et un an et demi, qui n'a pas évolué depuis et que sa mère n'utilise pas ou ne reconnaît pas comme moyen de communication.

Marie évolue. Son évolution se fait, non pas d'une façon linéaire et progressive, dans une temporalité continue telle qu'on pourrait décrire un avant et un après lorsqu'une fonction, un comportement, une idée une fois apparus se manifestent de façon stable et irréversible. C'est d'un enrichissement progressif dont il est question, ni définitivement installé lorsqu'il est présent, ni effacé de manière irréversible lorsqu'il ne se manifeste plus, mais généralement encore lié à la situation relationnelle. On voit apparaître une temporalité corporelle dont les conséquences se manifestent de diverses manières. D'une part, on peut constater une présence plus durable dans la relation à l'autre, d'autre part, son activité motrice se ralentit, ou plus exactement son rythme devient un peu moins rapide, ce qui me permet, par exemple lorsqu'elle manipule un livre, d'apercevoir si elle s'arrête sur une image ou une autre, ou au passage, d'avoir presque le temps de nommer une image ou une autre. Ce qui, également, lui rend possible de s'intéresser à un objet, pour en vérifier les caractéristiques ; par exemple, de manipuler une boîte en bois, l'ouvrir et la fermer en la faisant claquer pour écouter le son produit, percevoir le souffle d'air déplacé par le mouvement de fermeture, et aussi essayer d'y laisser sa tête comme pour en percevoir l'intérieur une fois fermée. J'ai alors le sentiment qu'elle découvre notre monde et les lois qui en régissent les interactions.

Dans les périodes, au début très brèves et espacées, puis progressivement plus durables, où la relation devient possible, où l'affect est présent, il me faut porter une attention très grande aux diverses manifestations comportementales de Marie, de manière à leur donner sens de manière à établir des liens entre divers aspects de son comportement et repérer ce qui émerge, ce qui est nouveau.

C'est ainsi qu'il est devenu possible de repérer des séquences de comportement qui permettaient de penser qu'elle découvrait son propre corps dans le miroir et qu'ainsi son espace imaginaire se transformait avec ce qui pourrait être la différenciation de l'image de soi et celle d'autrui. Je vais tenter de décrire certaines séquences qui m'ont permis de traduire cette évolution :

Confrontée à l'exigence de sortir de la pièce où nous devions être, j'avais opté pour la solution de l'empêcher de sortir lorsque j'estimais que la séance n'avait pas duré assez longtemps, en lui faisant savoir ainsi qu'à sa mère, que l'essentiel se passait là, ici et maintenant, avec moi. Et souvent, après un début de colère, elle abandonnait son idée pour s'intéresser à autre chose. L'affect était comme « évaporé », il n'en avait apparemment plus trace. Tout se passait comme si elle avait complètement oublié sa colère, ainsi que l'objet de cette colère, ainsi que ma présence. Ce qui évoque un moment très précoce du développe-

ment, où les liens entre rythme et représentation n'ont encore pas acquis une relative stabilité que l'évolution maturative leur confèrera. Moment du développement où rien n'est encore acquis de la stabilité des choses et des lois de leur interaction. Moment où encore aucune activité n'a de valeur symbolique, ce qui impliquerait des images du corps déjà constituées, et qui précède de beaucoup la constitution de la parole. Il est alors possible, lorsque la personne se heurte à l'impossibilité de réaliser ce qu'elle souhaitait, d'en annuler l'idée en agissant sur son propre corps pour supprimer l'émotion ressentie.

Cependant un jour, nous étions encore au début du traitement, elle a voulu quitter la pièce, j'ai bloqué la porte. Comme à l'accoutumée nous étions côte à côte, elle a fait une colère, elle a crié, mais sans se mordre la main. Cette séquence s'est reproduite par trois fois dans la séance. J'ai remarqué qu'à chaque fois, lorsque la tension pour sortir s'était apaisée et que je pouvais relâcher ma pression sur la porte, elle était ensuite très joyeuse. Elle était toujours dans son univers, je n'existais apparemment toujours pas pour elle, mais c'est comme si elle était dans son univers avec quelqu'un avec qui elle s'amusait bien. La première fois, c'était comme si elle était poursuivie par ce quelqu'un, poursuivie joyeuse. Les fois suivantes elle s'est mise devant le grand miroir et c'était comme si elle s'adressait à son image spéculaire qui aurait été une autre personne qu'elle-même.

Je notais que ces moments joyeux, d'allure maniaque, étaient pour moi plus inquiétants. J'avais le sentiment que lui imposer d'être en relation la confrontait à une situation impensable, à laquelle elle réagissait par une attitude psychothique, de déni du monde qui l'entoure et de création d'une autre réalité. Je préférerais les moments où, sérieuse, elle déambulait en gazouillant un jargon qui parfois ressemblait à de l'italien, et parfois à du français. Elle me paraissait alors « plus normale », « moins folle ». Ainsi, au plan relationnel, j'étais confrontée à l'alternative suivante : ou bien c'était la non-relation et une déambulation sans fin ; ou bien je lui imposais de rester là, et c'était alors la fuite psychothique.

Lors d'un entretien avec son père, il m'a confirmé la similitude de comportement à la maison avec le besoin qu'elle a gardé longtemps de déambuler, surtout quand il y avait des personnes étrangères à la famille. Cependant très vite après le début du traitement il lui est devenu possible chez elle, à certains moments, de rester calmement assise à regarder une vidéo. Progressivement, son envie de sortir de la pièce m'a beaucoup intriguée. Je ne savais pas comment la comprendre, je ne savais pas si je devais ou non y satisfaire. Voulait-elle sortir pour fuir la relation ? voulait-elle, au contraire sortir pour faire avec moi ce que sa mère lui interdisait : explorer le vaste monde ? Pendant plusieurs séances, j'ai permis que nous sortions de notre salle, et je la suivais dans

les couloirs du CMP. Mais cette expérience n'a guère été fructueuse, c'était un peu comme si nous avions entériné l'illusion que ce qui se passe « là-bas » est plus important que ce qui se passe « ici », et j'ai perçu la nécessité de la « contenir ». Nous sommes alors revenues à notre pièce habituelle.

J'ai essayé d'être le plus constamment possible près d'elle, la suivant dans ses divers déplacements à travers la pièce, et aussi le plus possible disponible à ses diverses demandes. À sa mère non plus elle ne demandait rien verbalement, elle la tirait par son vêtement pour obtenir quelque chose. Elle ne pointait pas du doigt non plus, mais s'immobilisait devant ce qu'elle voulait obtenir, sans même le regarder. Ce qui n'est parfois pas très explicite, et elle s'impatiait si on ne lui donnait pas assez vite ce qu'elle voulait. Cet exemple illustre bien, me semble-t-il, l'absence de différence, pour elle, entre son monde interne et le monde externe, l'objet convoité étant « dans ses yeux », traduisant ainsi la non différenciation entre l'objet réel et sa représentation interne. Et aussi son illusion de l'identité de son regard et de celui de sa mère. Illusion qui évoque là encore un moment très précoce du développement.

COMPLEXITÉ DE LA DYNAMIQUE DU TRAITEMENT, VRAIS-FAUX LIENS INTERPRÉTATIFS

À travers la description de quelques séquences thérapeutiques, j'vais essayer de montrer la ré-émergence d'une activité de constitution de la vie psychique qui, très probablement, avait disparu à un âge très précoce. Mais le retour de cette activité n'est pas suffisant pour décrire la dynamique du traitement, et surtout n'est pas encore suffisant pour permettre à Marie de parler et d'être scolarisée.

Il faut d'autres repères pour décrire ce qui est en jeu dans cette situation thérapeutique, il est nécessaire de porter un autre regard pour évaluer le chemin que nous avons parcouru. En effet, la relation avec Marie ne passe pas par la parole. Elle semble utiliser l'espace relationnel que je lui propose, utiliser ma « présence » en quelque sorte, pour découvrir certaines qualités physiques du monde des objets, notamment des qualités tactiles et sonores. Elle paraît se concentrer sur ses propres perceptions pendant une durée qui va en augmentant. Son activité est passée d'une durée de l'ordre de la fraction de seconde, me laissant alors à peine le temps de percevoir ce qu'elle observe, et surtout pas le temps de nommer ce que je crois qu'elle perçoit, à une durée de l'ordre de la seconde, voire deux ou trois secondes lorsqu'elle observe un phénomène d'ordre purement tactile et non visible, comme par exemple le déplacement d'air provoqué par la boîte de jeux qu'elle ouvre et

referme attentivement. Là non plus la parole n'a pas valeur d'échange. Simplement j'essaie de nommer le plus précisément possible ce que je crois qu'elle perçoit, afin d'essayer qu'elle s'approprie le mot avec la sensation.

Un aspect du travail thérapeutique consiste à faire des liens entre diverses manifestations de l'enfant sans langage, afin de donner sens à son activité. Mais qu'est-ce qui détermine l'exactitude des liens que je peux faire en observant son comportement ? Jusqu'à quel point ce que je crois comprendre fait écho à ce que vit l'enfant, ou bien représente ma seule croyance ? Je voudrais illustrer ce propos par le récit de quelques séquences qui me paraissent traduire une « levée de refoulement », d'une séance à l'autre, et ceci pendant quelques semaines, me laissant espérer qu'une évolution habituelle, où l'enfant devenu une personne globale et différenciée, porteur des conflits affectifs habituels, se construit progressivement dans l'espace relationnel que je lui propose. J'étais alors dans l'illusion que la pathologie de Marie renvoyait à un fonctionnement psycho-névrotique, et que la levée du refoulement de certaines représentations lui permettrait de retrouver un mode relationnel plus habituel, où deux personnes différenciées sont en relation à propos d'un objet. Mais le dynamisme qui semblait apparaître a disparu pendant quelque temps pour réapparaître à propos de tout autre chose.

Lors d'une séance, bien après le retour des grandes vacances, la première année de la prise en charge, elle vient me prendre par la main pour que je l'aide à faire je ne sais plus quoi, comme elle le fait avec sa mère, puis elle s'allonge sur le lit avec son doudou. Elle paraît méditer. Sa mère me dit qu'elle a des accès de larmes, sans raison apparente. Je pense, et je dis à la mère : comme si elle avait perdu quelque chose ou quelqu'un. La mère me dit aussi que les relations avec la petite sœur, qui a maintenant deux ans, sont moins conflictuelles. C'est à ce moment-là que Marie lance son pied en avant, vers moi, comme si elle me chassait, refusant implicitement le traitement, ou bien comme si elle chassait une image de sa petite sœur projetée sur moi. C'est cela que j'imagine à ce moment précis.

La semaine suivante, sa mère et moi parlons de la possibilité qu'elle aille à l'école. Elle déambule puis va s'allonger sur le lit. Elle est sérieuse, jargonne, elle exprime de la douleur. Je crois entendre « bébé » et à nouveau elle lance un pied en l'air. Je note : « Elle me semble avoir sommeil ou être dans un état de conscience proche de l'accès au monde intérieur. » Je vais m'asseoir sur le lit, près d'elle et j'essaie de la consoler, de lui faire savoir que j'ai perçu sa tristesse et sa douleur. Peut-être me fait-elle savoir sa souffrance lors de la naissance de sa sœur ? Mais aussi sa mère me dit qu'elle a un petit abcès près de l'oreille. D'où provient la douleur ? Douleur morale, douleur

physique ? J'ai perçu « bébé », mais peut-être a-t-elle dit « bobo ». Une semaine plus tard, un jeu corporel peut se mettre en place, je joue avec ses pieds, elle y a beaucoup de plaisir, et après elle veut partir, vite, vite. Je perçois l'afflux émotionnel et la laisse partir.

La semaine suivante, dès la salle d'attente elle semble très contente de me voir. Mais je ne suis pas à la hauteur – d'autres sujets me préoccupent – et elle paraît déçue. J'ai tout à fait conscience, devant sa déception, d'avoir coupé là un rythme qui cherchait à s'instaurer. Je le lui dis, ne sachant ce qu'elle en comprend. Cependant, dans notre salle, son activité me paraît nettement plus organisée : elle s'enferme dans un réduit attendant, alors je dis : « au revoir Marie », et puis j'ouvre la porte et dis : « bonjour Marie », mais elle referme la porte, alors je dis « au revoir ». Ensuite elle vient s'allonger sur le lit, elle a l'air fatiguée, elle tète sa langue et paraît attendre que je joue avec ses pieds comme la semaine précédente, ce que je fais. Mais elle reste sans entrain, l'abcès près de l'oreille est revenu.

Il va y avoir des petites vacances. Est-ce l'abcès qui fait mal, est-ce la séparation des vacances ? Il n'est pas possible de le savoir. Cependant je doute qu'elle puisse se représenter une durée un peu longue, ainsi que la notion de séparation. À la rentrée elle ira à l'école, ce qui semble lui faire très plaisir. Un mois plus tard, elle est toujours sans relation apparente avec moi. Elle cherche un objet qu'elle ne trouve pas. Elle paraît déçue. J'imagine alors que mes objets sont différents de ceux de l'école et je le lui dis.

Elle se regarde dans le miroir et y regarde, semble-t-il l'espace autour d'elle. Elle observe longuement. Ce ne sont plus les regards furtifs qui avaient succédé à l'indifférence du début. Le reste de la séance est confus.

La semaine suivante, la mère me dit qu'elle est plus agressive, qu'elle crie beaucoup quand elle n'est pas contente. Ici, elle déambule beaucoup, grimpe sur le lit, en redescend, circule dans la pièce, passe devant le miroir et paraît gênée de s'y voir ; alors elle détourne la tête et passe très vite. Toute cette séance me paraît très éclairée, tout m'y semble sans lien. Je ne peux que constater, percevoir l'angoisse qui sourd, *mais je ne peux rien pour Marie*.

La semaine suivante une séquence comportementale, que je vais essayer de transcrire, me paraît traduire l'insuffisance de mon ajustement au comportement de Marie. Avec moi, c'est toujours l'apparente indifférence. C'est semble-t-il la même chose à la maison envers la mère et les deux sœurs aînées. En revanche, la rivalité est parfois très violente envers la petite sœur. Ici, c'est une journée sombre, et la lumière est allumée au plafond. Après un temps de déambulation et de manipulation de divers objets, elle s'allonge sur le lit avec son doudou, tétant sa langue et paraissant méditer. Tout à coup elle lance le pied

assez violemment vers le plafond, tout en manifestant son mécontentement. Je me souviens de la fois où elle semblait donner des coups de pied vers moi quand sa mère et moi parlions de ses relations difficiles avec sa sœur, je crois que c'est pareil et je dis quelque chose tel que « va-t-en bébé ». Elle se lève, essaie de marcher sur le mur, échoue, se recouche. Je suis assise sur une chaise près du lit. Elle me demande de la prendre sur mes genoux pour lui permettre de toucher le plafond. Nous ne sommes pas assez grandes. Elle essaie de marcher sur le mur pendant que je la tiens, espérant ainsi, je suppose, toucher le plafond.

En essayant de réfléchir à ce qu'elle voulait faire, je ne pense pas qu'elle hallucinait la présence de sa sœur au plafond. Je pense plutôt, rétrospectivement, qu'elle voulait enlever la lumière de la lampe qui la gênait lorsqu'elle était allongée. J'ai dû renoncer à ma croyance dans l'importance de la jalousie envers « le bébé » et envisager que, pour Marie, ce qui est important est ce qui se manifeste dans l'instant. Dans ce cas, la lumière qui devait lui faire mal aux yeux pendant qu'elle se reposait. Ce qui n'exclut pas la possibilité d'une agressivité contre le « bébé ». Le lien entre ces deux représentations à l'origine de sa réaction passerait alors par une sensation corporelle très personnelle.

J'ai d'autant plus aisément renoncé à cette croyance concernant les sentiments de Marie à l'égard de sa plus jeune sœur que leur « mise à jour » n'a apparemment eu aucune influence sur son mode relationnel actuel. C'était lui attribuer une possibilité de se percevoir comme différente d'autrui, et de concevoir autrui, sa petite sœur comme différente d'elle ; or il n'est pas du tout certain qu'elle ait pu, à ce moment-là, constituer les bases d'une telle différenciation.

COMPLEXITÉ DU DÉVELOPPEMENT COGNITIF ET CONSTITUTION DE L'ESPACE ET DU CORPS IMAGINAIRES AU SEIN DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

C'est par l'observation de ce qui se retrouve de semblable dans son comportement au cours des séances qu'il me fut possible de faire certains liens. Cependant, à travers les liens que je peux faire, mon but est d'arriver à une certaine représentation unifiée de Marie, de son identité, de sa manière habituelle de réagir, et aussi de la nature exacte de sa symptomatologie, afin de l'aider plus efficacement à retrouver, ou à trouver, sa dynamique personnelle de développement, ce qui est le but de nos rencontres.

Je dois rappeler que dans la période où j'ai fait les observations suivantes au cours de la thérapie, la mère ne rapportait aucun comportement construit et signifiant à la maison, aucun intérêt particulier,

hormis celui pour les livres et ses cassettes vidéo. C'est à peu près vers cette époque qu'elle a eu une écoute plus « active » des cassettes vidéo, arrêtant le défilement de la bande, revenant sur certaines images qui paraissaient l'intéresser davantage. En séance il y a eu l'intérêt pour un jouet particulier, que j'appellerai cube complexe puisque c'est un cube en matière plastique, qui présente sur chaque face des possibilités différentes de manipulation : boutons à tourner pour déplacer des images, comme sur un téléviseur, téléphone avec des boutons qui sonnent, antenne qui se soulève comme un bras, etc. Elle en a d'abord étudié chaque face systématiquement, et très rapidement. Pendant quelques séances elle recherchait ce jouet plus systématiquement. Et elle s'arrêtait à « l'étude » d'une face ou d'une autre.

Dans le même temps, il y a eu le gros ballon, presque aussi haut qu'elle, sur lequel elle a tapoté, ce qui produisait un son, puis tapoté en se regardant dans le miroir et en étudiant le bruit que cela faisait, « regardant », semble-t-il, ce bruit dans le miroir, puis tapoté sur le miroir lui-même. Ce qui me semble bien montrer à la fois l'intense activité cognitive de Marie pendant le temps des séances, et en même temps sa méconnaissance de la nature des objets qui l'entourent. Il y a eu aussi sa demande de jeux corporels sur le lit, que je lui fasse faire des galipettes, ou bien que je fasse bouger ses jambes et que je la serre dans mes bras, dos contre moi, jambes fléchies. Sa mère me disait qu'à 2 ans, elle hurlait si on la touchait.

Il y a eu les moments où elle marchait « à quatre pattes », léchait les jouets. Il a été impossible à la mère de me préciser si elle l'avait fait étant bébé. Devant le miroir elle a, à certains moments, et toujours comme par hasard après que je l'ai empêchée de sortir, poursuivi ses explorations concernant l'espace spéculaire et les images du corps dans le miroir. Par exemple, après un important effort de sa part pour m'éloigner de la porte que je ne lui laissais pas ouvrir, elle s'est regardée dans le miroir et a vérifié que « l'autre » bougeait en même temps qu'elle, qu'il n'était pas possible de l'empêcher de bouger un bras si elle-même le bougeait. Une autre fois dans la même séance, toujours après s'être à nouveau heurtée à mon refus de la laisser sortir, d'une part elle se fâche, pousse un cri très aigu car elle ne réussit pas à arrêter les images que le bouton qu'elle tourne fait apparaître sur le cube complexe ; d'autre part elle se regarde marcher face à ce miroir qui va presque jusqu'au sol, et elle paraît réfléchir à l'impossibilité à laquelle elle se trouve confrontée de ne pouvoir pénétrer dans l'espace du miroir qu'elle perçoit en face d'elle.

Lors de cette même séance, elle « joue » avec les ouvertures, porte et fenêtres, d'une maison de poupée, et paraît ne pas différencier porte « en jouet » et porte « en vrai », cherchant à y pénétrer. Rédigeant les notes de cette séance, j'avais pensé à Alice, arrivant au Pays des

Merveilles et découvrant la petite porte du jardin merveilleux. Mais Alice savait que la porte était trop petite pour qu'elle puisse y pénétrer. Alors que Marie semble découvrir, par son activité motrice, la petite porte et vérifier qu'elle ne peut entrer dans la maison de poupée. Montrant par là le lien entre l'émergence de la relation, le corps imaginaire et la constitution de l'espace imaginaire. Ceci me paraît correspondre à ce qui est décrit chez les enfants autistes de leur incapacité à jouer, à faire « comme si ». Ce qui pourrait correspondre à une coupure absolue entre conscience vigile et conscience onirique. Cependant je remarque que c'est au moment où Marie retrouve un corps avec lequel elle peut entrer en relation avec moi, trouver un plaisir aux jeux de nourrice et qu'elle commence à jouer, autrement dit que conscience vigile et conscience onirique retrouvent un lien d'inclusion réciproque (Sami-Ali, 1999), qu'on peut alors percevoir son activité personnelle qui se déploie pour mieux s'approprier la connaissance du monde autour d'elle. Par exemple, ses tentatives pour aller dans l'espace du miroir, et celles pour entrer dans la maison de poupée par la porte sont à considérer comme une méditation à propos de ce qui est possible et de ce qui ne l'est pas, dans un monde de la réalité différent de celui de l'imagination. C'est cette activité de pensée, cette véritable activité de connaissance du monde extérieur à elle qui redevient possible. Connaissance qui permet l'appropriation et qui, jusque-là, paraissait entravée.

Toujours dans le cadre de l'activité constitutive de liens entre divers objets, entre divers niveaux d'activité, il y a eu les séances au cours desquelles dans les jeux de nourrice sur le lit, elle s'est arrangée pour que non seulement je joue avec ses jambes, mais aussi pour que je lève et baisse l'un de ses bras. Dans cette période elle était très intéressée par l'antenne du cube complexe, véritable objet-image du corps, qu'elle levait et baissait comme un bras, ce qui traduit la mise en jeu d'une projection.

« La projection se définit comme la possibilité biologiquement donnée, du fait de l'alternance même du sommeil lent et du sommeil paradoxal, de transformer le subjectif en objectif, à travers des images qui créent une réalité. » (Sami-Ali, *op. cit.*, p. 81)

Lors d'un retour de petites vacances, elle s'installe sur les genoux de sa mère, lui demandant de lui lire une histoire, pendant qu'elle-même lève et abaisse la couverture d'un livre en carton, dans un mouvement identique à celui de l'antenne du cube, et à celui qu'elle avait induit que je fasse faire à son bras. Puis elle est allée devant le miroir avec le cube complexe et le gros ballon, et elle a tapoté sur le ballon, levé et baissé son bras, la main touchant le ballon, puis levé et baissé l'antenne contre le ballon, toujours en se regardant dans le miroir. Cette série d'actions a

été exécutée très rapidement, et sans intention explicitée de mettre en rapport les divers mouvements ; c'est mon regard, ma subjectivité qui fait lien, rejoignant mes interrogations personnelles sur la façon dont se développe un enfant. Ceci selon le modèle de la relation mère-nourrisson, où la pensée de la mère et l'action du petit ne font qu'un.

Il m'a semblé que cette séance illustre la complexité qui préside à la constitution de la pensée, qui est une activité créatrice de liens, où activité motrice et psychique s'intriquent pour constituer une organisation très personnelle, impliquant la constitution des images du corps, et qui fait que la connaissance du monde et des objets, lorsqu'elle n'est pas purement adaptative, suppose le corps comme schéma de représentation. Activité constitutive d'une pensée qui, probablement chez certains enfants, précède la constitution du langage et suppose une relation suffisamment bonne à la mère.

LA RELATION PARADOXALE

La thérapie de Marie s'est poursuivie, reprenant l'activité constitutive des objets et des liens entre les objets, reprenant une même activité, une même séquence pour l'affiner, la rendant plus explicite en favorisant d'autres liens. Par exemple, alors qu'elle a déjà beaucoup évolué, qu'elle a commencé à jouer avec sa voix, la faisant vibrer musicalement, notamment quand elle est mécontente ; qu'elle a commencé à s'intéresser à sa bouche et à sa langue lorsqu'elle émet des phonèmes sans signification apparente, elle reprend une situation conflictuelle qui s'était beaucoup atténuée ces derniers mois, et veut sortir dès que nous sommes entrées dans notre pièce. Je dis « non », elle se mord la main, j'essaie d'orienter sa colère vers moi, je réussis à tenir jusqu'à ce qu'elle se calme en lui verbalisant la situation (ce qui fait un fond sonore apaisant par la musique de ma voix plus que par la signification de ce que je dis). Tout à coup, silence, elle est calme, elle paraît stupéfaite de se trouver là ; de ses grands yeux étonnés elle regarde alternativement mon visage réel et mon image dans le miroir. Par la suite, elle est allée chercher un puzzle qu'elle connaît bien et nous a demandé, à sa mère et à moi, de le refaire. Puis elle l'a emporté dans son « endroit », sur le lit, et elle a essayé de le refaire. Elle ne réussissait pas. Je l'ai aidée, mais elle voulait absolument qu'une pièce soit mise à l'envers, ou bien soit déplacée, et se fâchait très fort parce que nous ne réussissions pas, ainsi, à refaire le puzzle. Tout à fait comme quelqu'un qui chercherait à faire prévaloir sa vision de la situation et qui provoque la querelle pour montrer que l'autre a tort ; et non pas comme un enfant débile qui fait n'importe quoi, n'importe comment, car il n'a rien compris au but du jeu. Tout ceci a été fait à un rythme très rapide. Le

lien avec la séquence précédente, au cours de laquelle une fois de plus j'avais dû assumer le rôle d'instance qui interdit, ne m'est apparu qu'à la relecture du compte rendu de séance. Je n'avais noté ces éléments de comportement que dans la mesure où son insistance à maintenir la pièce de puzzle à l'envers, ou à une place autre m'avait intriguée.

Cette thérapie s'est poursuivie, toujours dans le même contexte relationnel paradoxal, dont la mère et moi avons pris conscience un jour, prise de conscience qui s'est faite dans la bonne humeur, nous en avons bien ri toutes les deux. Habituellement il était très difficile d'attribuer une intention claire à Marie, le plus souvent son activité paraissait sans but explicable, sauf, pendant une durée très brève, à certains moments de certaines séances. Mais un jour, alors que la mère et moi parlions très sérieusement de l'impossibilité pour Marie de rester scolarisée, elle a voulu partir. Imaginant qu'elle n'acceptait pas que je ne m'occupe pas d'elle, je lui ai présenté des excuses pour avoir privilégié sa mère ce jour-là et je me suis intéressée à son activité, au grand livre qu'elle avait apporté. Mais c'est alors qu'elle s'est détournée, est allée dans le cagibi attendant à la salle et s'y est enfermée. « Au revoir » lui ai-je dit. La mère et moi avons repris notre conversation à propos de la scolarisation impossible de Marie. Alors Marie est sortie du cagibi et a demandé à partir. Lorsque je me suis intéressée à elle à nouveau, elle est passée sous le lit. C'est ainsi que nous avons pu décrire la situation relationnelle paradoxale avec Marie : ou bien je m'intéresse à elle et elle m'ignore, ou bien j'accepte son refus, je m'intéresse à sa mère et elle n'est pas contente et veut s'en aller. Il n'est jamais possible d'être simplement en une relation positive, probablement comme avec sa mère. Là est l'affect paradoxal, qui au lieu d'unir dans la relation, écarte. *Ce qu'elle semble vouloir c'est « pas de relation », mais à l'intérieur de cette même relation.* Comme si, pour Marie, ce qu'il fallait c'est qu'elle soit « présente/absente » de même que ce jour-là, j'étais moi-même absente par ma présence.

Avec le temps, un affect plus positif a pu, à certains moments prendre la place de l'affect paradoxal. Cette évolution dans la qualité de l'affect s'est accompagnée, pour moi d'un sentiment de familiarité plus grande dans les rencontres avec Marie, aussi d'avoir la sensation d'être moins obtuse, plus ouverte à ce qu'elle cherchait à transmettre. Ceci se traduisait, lors des séances, par des séquences moins brèves pouvant de plus en plus faire l'objet d'un récit littéral. Mais ces séquences survenaient à l'improviste, elles étaient apparemment coupées de tout contexte et il m'était impossible, en situation, de me représenter ses intentions à l'arrière-plan de ses actions. D'autant plus qu'elle n'en disait rien.

Ainsi, un jour, après qu'une fois de plus il ait fallu la forcer à venir, elle va prendre mon calepin dans mon sac (ce qu'elle n'a encore jamais fait). Celui-ci a le même format, mais pas la même couleur que le

chéquier de sa mère, qu'ultérieurement elle ira prendre dans la poche de son manteau (ce que là non plus elle n'a pas le droit de faire). Elle manipule mon calepin assise sur le lit. Puis elle va se regarder dans la glace en vocalisant quelque chose qui a une sonorité musicale très harmonieuse. Elle se regarde dans le miroir de très, très près. J'ai même l'impression qu'elle s'embrasse. Puis elle se met de côté par rapport au miroir. Pour se faire disparaître ? Il me semble qu'elle disait « non, non, non, » en chantonnant, mais peut-être pas. Par la suite elle s'approche de sa mère et s'installe entre ses deux cuisses, le nez contre son pubis peut-être dans la même proximité que par rapport à son image dans le miroir. J'ai le sentiment alors qu'elle cherche à se confondre avec le corps de sa mère. Toute cette séquence s'est déroulée à un rythme beaucoup plus lent, celui d'un enfant qui joue, profondément absorbé dans son jeu.

Mais auparavant, il y a eu à nouveau ces débuts de séance au cours desquels, et bien que venant au CMPP avec beaucoup de plaisir, sa mère devait la forcer à entrer dans notre salle. Il y a eu également la séance au cours de laquelle Marie a fait tout ce que j'interdis : toucher au téléphone, fouiller dans certains tiroirs... et Marie a dit « ô pas »... « ô pas » et j'ai traduit « faut pas, faut pas toucher au téléphone » ; Marie a ri de bon cœur et dit quelque chose à sa mère d'incompréhensible « yett-yété ». La mère enchaîne sur le fait que Marie a fait un essai dans une autre école.

Elle a maintenant 4 ans et demi. Il me semble qu'il m'est plus facile de la comprendre, au moins à certains moments. Ainsi, une fois de plus elle a beaucoup refusé de venir. J'ai le sentiment que c'est de la comédie, ou plus précisément une répétition d'automatisme, ou un jeu, mais qu'elle n'adhère pas vraiment à son refus. Depuis la salle d'attente je l'ai portée et posée sur le lit : elle tapait du poing sur le lit en « rouspétant » bien fort. Moi aussi j'ai tapé du poing sur le lit à côté d'elle en disant : « Marie n'est pas contente, mais pas contente du tout de venir voir Rehahla. » Elle m'a regardée, étonnée, a souri, et a tapé du poing en riant et en disant « pas ». Puis elle s'est arrêtée. Elle a vu une clémentine qui était là, posée sur le bureau, probablement oubliée par un enfant précédent. Elle a demandé à sa mère de la lui ouvrir, et elle en a mangé peu à peu. Très intéressée par la sensation dans sa bouche au début, elle s'est arrêtée, est allée devant la glace s'embrasser en jargonant. Elle s'est regardé le corps en soulevant le T-shirt, a regardé son nombril, et puis ses seins, prenant l'arête entre ses doigts pour pouvoir regarder et le sein et son image dans le miroir ; elle a ensuite regardé son visage qu'elle a approché tout près de la glace, et y a posé sa bouche. Puis elle est retournée finir la clémentine, me lançant un regard complice en mimant la réaction à l'acidité du fruit avant même d'en

manger. Quand elle a terminé le dernier quartier, je l'ai entendu dire tout bas et très vite, de façon automatique : « merci papa ».

Notre relation se transforme peu à peu ; par moments il me devient possible de faire comme elle, en miroir, comme je le ferais avec un tout petit qui bien que ne parlant pas encore est pleinement présent à ce qui se passe là ; ceci paraît lui plaire, et elle aussi commence à m'imiter. Notamment elle commence à répéter certains mots, certaines séquences verbales, que je ne comprends pas toujours et sans que je puisse vraiment repérer le lien avec la situation actuelle. Mais toujours dans une temporalité marquée par les ruptures de rythme, par le retrait relationnel qui, me faisant sortir de ma « sphère-d'illusion-qui-n'est-plus-partagée », génère une intense sensation de fatigue, de doute, comme pour toutes les personnes s'occupant d'elle, son institutrice notamment.

CONCLUSION

Je peux dire que l'évolution de Marie se fait non pas dans une temporalité linéaire, progressive et irréversible, mais selon un rythme plus proche de celui du flux et du reflux de la marée, lié à la levée partielle puis au retour d'un retrait relationnel actif. L'enrichissement relationnel et expressif semble partir d'un centre, qui est la personne même de Marie, qui s'affirme et se différencie progressivement au fur et à mesure que son existence se précise. C'est en fait un enrichissement progressif qu'on ne peut remarquer que lorsqu'on ne voit l'enfant que de temps à autre. Par exemple, les grands-parents, qui habitent loin et ne la voient qu'aux vacances la trouvent plus vivante, ayant des activités plus variées, avec un jargon plus riche aux phonèmes beaucoup plus diversifiés.

Cette observation m'a paru montrer assez précisément la complexité qui préside à la constitution du corps imaginaire. J'ai aussi essayé de montrer ce que Marie m'a appris de la nécessité, pour l'enfant de se construire des représentations du monde qui l'entoure, l'espace et les objets dans l'espace, afin de pouvoir en comprendre les lois et ainsi réaliser les acquisitions cognitives indispensables à l'adaptation au monde social. Cette construction des représentations du monde ne peut se faire qu'au sein d'une relation avec un adulte de référence. Cette construction est appropriation de ses propres perceptions, appropriation qui ne peut exister que si l'adulte reconnaît l'altérité de l'enfant, la différence entre leurs deux univers perceptifs, et si l'enfant reconnaît qu'il a un corps propre, à la fois différent et semblable à celui d'autrui.

Par la paradoxalité de l'affect, Marie m'a montré comment une représentation de soi différente de celle de l'autre n'avait pu se constituer, probablement du fait d'une fragilité personnelle, et aussi de la

surcharge de sa mère au moment où se constituaient les bases de son identité. C'est au moment où Marie a mis en scène le « faut pas » au sein de la séance que j'ai compris l'importance de l'expression émotionnelle qu'elle a manifestée à ce moment-là, le fait qu'elle ait ri de bon cœur, alors qu'habituellement c'est une petite fille plutôt sérieuse. D'autant qu'elle a montré comment l'explicitation de cette injonction s'accompagnait alors d'un échange verbal imaginaire avec sa mère.

Il est possible que l'impasse existentielle de cette petite fille, marquée par son arrêt de développement, soit liée à cette situation relationnelle notamment avec sa mère dans laquelle l'injonction : « il ne faut pas » lui a certainement souvent été répétée à un âge où elle expérimentait sa capacité à l'autonomie d'action grâce à l'acquisition de la marche. Âge qui correspond aussi à la naissance de sa peur. Mais aucune indication concernant cette période ne peut être fournie par la mère.

Il est certain que pour elle, ainsi que pour ses parents, la nécessité d'une insertion scolaire s'impose, et l'extrême difficulté à trouver une solution dans ce domaine donne la dimension sociale de l'impasse existentielle dans laquelle se trouve cette petite fille.

Enfin, je voudrais signaler l'importance de porter un regard différent sur cette petite fille. Certes, on pourrait mettre l'accent sur le déficit cognitif, en évoquant une pathologie déficitaire, ou bien évoquer un autisme, en mettant l'accent sur le déficit relationnel, et le trouble envahissant du développement. Cependant, en mettant l'accent sur la pathologie du rythme et de la temporalité, un champ clinique différent s'ouvre, dont les possibilités restent à explorer, qui permet un accompagnement des enfants présentant des troubles très précoces de la relation, parfois liés à une impasse biologique. Pathologie du rythme et de la temporalité, temporalité paradoxale, liée à l'affect paradoxal, qu'on peut repérer dans le rythme de développement très lent, paradoxalement associé à un rythme très rapide de la relation. À cela s'associe une grande difficulté à la constitution d'objets images du corps, qui sont précurseurs de la constitution de représentations plus stables et moins liées à la relation. Par certains aspects, temporalité paradoxale et difficulté à la constitution d'images du corps renvoient à l'hyperactivité avec déficit d'attention (HADA). Ainsi Marie serait non pas une enfant déficitaire, ni une enfant autiste ou psychotique, mais une petite fille présentant un trouble relationnel portant essentiellement sur la temporalité de la relation, sur sa durée impossible, du fait d'un affect paradoxal envahissant le corps propre alors que les images du corps sont encore peu construites et peu diversifiées, et qu'un rythme rapide préside encore à son activité psychosomatique globale. Affect paradoxal qui infléchit l'ensemble de la constitution du rythme corporel.

Chapitre 7

LE REGARD DANS L'AFFECT PARADOXAL

Par Manuel CAIL

Gwenaél est un enfant pour qui la naissance fut un traumatisme terrible. La gestation et l'attachement de la mère et de l'enfant se font pourtant sans anomalie détectée. Le poids, la taille et l'Appgar de Gwenaél à sa naissance sont normaux. La coupure du cordon ombilical qui unissait la mère et l'enfant dans la respiration et la nutrition est également une coupure avec le futur imaginé par les parents, qui ont par ailleurs une fille de 3 ans.

ANAMNÈSE

Dès le premier jour, l'enfant devient gris et salive abondamment. Il a une atésie de l'osophaque puisque celui-ci est rétréci par défaut de développement. De plus, une communication anormale relie l'estomac à la trachée. Une opération chirurgicale rapide est vitale. L'examen met en évidence, chez cet enfant, une narine bouchée entraînant une grande gêne respiratoire. Il est transféré vers un autre hôpital pour l'opération. Le diagnostic n'est pas dit aux parents. Est-ce dû à l'urgence ? Aux

difficultés de dire ce diagnostic et de recevoir la souffrance des parents ?

Le premier jour où le pied de Gwenael a été posé au dehors du ventre de sa mère, il a connu la chirurgie de l'atrésie et un mois de réanimation. Durant ce mois, il est attaché sur son lit, du fait des risques de régurgitation et de son alimentation par sonde. C'est à 1 mois qu'un colobome réinien unilatéral est également diagnostiqué. C'est une malformation de cette partie de l'œil, la rétine qui permet l'acuité visuelle fine, la perception de la lumière et des couleurs, ainsi que la vision nocturne, la perception du mouvement et la situation du corps dans l'espace. L'annonce du diagnostic, par lettre, aux parents est d'abord celle de cécité. Ce colobome sera ensuite supposé sans gêne visuelle apparente, la malformation touchant une toute petite partie de l'œil et l'image étant restituée par le mouvement oculaire de balayage. Mais, dans la difficulté d'établir le contact visuel avec cet enfant, la question se pose d'abord de ce qu'il en est d'un handicap de sa vision et de son regard ?

Entre 1 mois et 1 an et demi, la famille ne rapporte rien. Il apparaît que le regard de Gwenael est difficile à saisir et, par ailleurs, que la famille ne sait pas comment se représenter les difficultés de leur enfant dans les incertitudes, voir les contradictions des diagnostics qui les mettent dans une impossibilité de penser ces difficultés. Les parents sont d'abord sollicités, à juste raison, sur un plan médical, pour sauver la vie de leur enfant. L'un des parents est médecin et les deux sont dans une quête d'identification à la souffrance de leur fils. Gwenael a encore un bilan gastro-entérologique et pneumologique durant cette période.

À 1 an et demi, Gwenael est opéré de son imperforation choanale en plusieurs fois, par laser, car sa fréquence respiratoire est freinée. Il a des drains dans le nez durant un mois et demi. Les parents rendent visite régulièrement à leur enfant mais, parfois, ne le rencontrent pas car il est en examen complémentaire. Ils se plaignent du manque de relations des médecins avec eux. Leur relation à leur enfant est aussi gérée en partie par la logique médicale (opérations et examens vitaux). Les parents notent un retard du développement psychomoteur important chez Gwenael. Ils consultent un neurologue qui dit leur enfant « opposant » et les adresse à un psychiatre. Ce dernier met en lien le retard psychomoteur avec les hospitalisations (sans que nous sachions pourquoi, l'enfant sera pris en charge en psychomotricité à 4 ans seulement). Entre 2 et 3 ans, la relation à leur fils est difficile et les parents sont dans le doute quant à leur créativité dans cette relation. À 3 ans, les parents découvrent que leur fils n'entend rien d'une oreille (cophose) et qu'il a une surdité (moyenne-sévère) à l'autre. Les examens de cette perception restent à affiner puisqu'ils engagent la participation subjective de l'enfant (il doit dire s'il entend ou n'entend pas à telle fréquence ou à telle intensité) mais il n'entend pas le bruit d'une conversation

courante. Ils découvrent cela en lui parlant, disent-ils, puis en lui parlant à une oreille, à l'autre. Ils sont à ce moment, pourtant, moins préoccupés par les actes médicaux et tentent de créer une relation de parents aimants avec leur enfant. Leurs bras en tombent. C'est encore leur relation à Gwenael qui est touchée.

Gwenael a suivi son histoire des yeux, dans un espace sonore singulier, c'est-à-dire un espace où les bruits, que les autres entendent, étaient diminués pour lui, en intensité, selon les fréquences et notamment sur les fréquences de la parole¹. Ses parents découvrent encore ses troubles vestibulaires (il n'a notamment pas de canaux semi-circulaires). Ils sont traumatisés à chaque diagnostic nouveau. Ils ont, à présent, l'impression que leur fils est « en chifton », quand ils le portent, et qu'il se laisse tomber sans réflexe (il a acquis la marche après 2 ans). Les parents disent qu'il « ne sent pas son corps chuter ». Les vestibules permettent la perception des mouvements de la tête dans tous les plans de l'espace et, en conséquence, informent sur le mouvement du corps du sujet dans l'espace, la contraction de ses muscles squelettiques lui permettant alors de maintenir sa posture. Il y a association notamment, dans le syndrome d'insuffisance vestibulaire, d'une hypotonie majeure, d'un retard de l'enfant à se mettre debout, à passer de la position assise à la position debout et à la marche, et de la tendance à tourner tout d'un bloc le corps au lieu de la tête seule (notamment dans les virages). Les systèmes de compensation que les enfants découvrent sont la vue, renseignant sur la position du corps, et la proprioception (les récepteurs articulaires dominant la position des articulations dans l'espace) ce qui demande un apprentissage long et explicite, en partie, le retard du développement psychomoteur de Gwenael.

Il ne faut pas oublier que cet enfant est resté longtemps attaché sur un lit, dépendant de la décision d'adultes voulant sauver sa vie si attendue. Comment a-t-il pu investir son corps mais aussi ses muscles et articulations, sa vue, sa relation à ses parents ? Les parents diagnostiquent un syndrome de « C.H.A.R.G.E. » auquel aucun médecin ayant rencontré leur fils n'a pensé, alors qu'ils connaissent ce syndrome. Est-ce du fait de l'urgence de l'atrésie ? Est-ce parce que les médecins qui s'occupent de l'atrésie de l'oesophage ne l'ont pas associée au syndrome de « C.H.A.R.G.E. », les médecins s'occupant de ce syndrome ne connaissant pas eux-mêmes l'association possible à l'atrésie de l'oesophage, celle-ci se retrouvant par ailleurs dans un autre syndrome ? Les livres de médecine parlent d'« associations CHARGE ». La malformation

1. Pour indice, une conversation courante se fait à une intensité de 60 décibels et une rue très active à un niveau d'intensité de 70 à 80 décibels. Une surdité moyenne est de 40 à 70 décibels de perte sur les fréquences entre 500 et 2 000 hertz, une surdité sévère est de 70 à 90 décibels sur les mêmes fréquences. La zone conversationnelle touche les fréquences entre 250 et 4 000 hertz. Sur les aigus, Gwenael a une perte auditive moyenne.

toucherait l'embryon au moment même de la formation des crêtes neurales (Davenport, Hefner et Mitchell, 1986 ; Kaplan, 1989).

Quelle place ont pu prendre ces parents entre l'enfant qu'ils attendaient dans leurs rêves et cet enfant maintes fois retiré de leurs bras pour des raisons vitales, maintes fois découvert plus souffrant, plus handicapé dans la relation : la limitation et l'identification des souffrances n'ayant jusque-là pas pris fin ? J'apprendrai leur visage pleurant à la fenêtre de la chambre de leur fils et leur recherche dans les lectures pour rassembler surdités/troubles visuels/troubles vestibulaires/atréisie choanale/fistule trachéo-œsophagienne/atréisie de l'œsophage/retard de développement moteur. Ce découpage et la non mise en relation d'un trouble avec ce syndrome (l'atréisie mais aussi le diagnostic tardif de la surdité) ne sont-ils pas visibles dans ces lettres séparées par un point par les parents : C.H.A.R.G.E., dans cette CHARGE d'handicaps dont on ne sait pas où elle va s'arrêter et qui déborde les parents et les médecins submergés par la souffrance et l'urgence ?

L'appellation CHARGE renvoie aux malformations les plus fréquentes : C pour Colobome, H pour *Heart Disease* c'est-à-dire les malformations cardiaques (absentes chez Gwenaël), A pour Atréisie choanale, R pour Retard statur pondéral et psychomoteur, G pour anomalie Génitale (micropénis, cryptorchidie c'est-à-dire les testicules non descendus), E pour *Ears* c'est-à-dire malformation des oreilles et/ou surdité. Toutes ces malformations ne sont pas présentes chez un même enfant ayant ce syndrome. Les parents imaginent le R comme abréviation de Retard mental. Ils vivent chaque diagnostic comme amputant leur enfant au niveau de son corps réel et de son esprit.

J'ai un grand malaise face à ce découpage d'un enfant, comparable à la *Legon d'anatomie du Docteur Tulp*, de Rembrandt. Je n'ai pu l'énumérer en une seule fois. J'ai eu l'impression de prendre l'enfant avec le plus de délicatesse possible pour ne pas l'abîmer et contenir le débordement des diagnostics et de la souffrance en les identifiant. Sa vie a été sauvée. Qu'à-t-il vécu de tout cela ? Qu'est-ce que son histoire lui a permis de créer comme espace et temps de penser ? Quelle est l'implication de son corps dans cette création ? Je veux maintenant présenter cet enfant.

LES PREMIÈRES RENCONTRES

Gwenaël est intégré dans une structure spécialisée à 4 ans, après un essai dans une école maternelle qui ne lui convenait pas. Je le reçois dans un centre de soins du fait de ses troubles psychomoteurs associés. La prise en charge est prescrite par un médecin. Je le recevrai trois fois par semaine, trente minutes. L'enfant que je rencontre impose la

distance. J'ai l'impression, lors des premières séances, qu'il est sur un pic rocheux et que je ne peux pas le rejoindre, que je l'observe de loin. Il fuit le regard, ne demande rien ; il a un visage inexpressif, tombe fréquemment et ne met pas les mains pour amortir sa chute. Il aime ce qui bouge, prend des objets qu'il fait tourbillonner, tape avec les crayons sur la table, tape sur ce qui est accroché pour que cela remue, fait tomber.

Il jargonne des choses peu compréhensibles où parfois un mot très déformé peut être supposé. Il crie dans les escaliers et cela fait des échos : je reconnais ce jeu que font les enfants qui viennent d'avoir des contours (appareils auditifs composés, entre autres, d'un écouteur, d'un bouton de réglage accessible, d'un micro et d'un amplificateur adaptés à la surdité singulière de l'enfant sourd et lui offrant un espace auditif nouveau et singulier)¹.

Du fait d'un eczéma, présent aussi dans le conduit auditif, le contour de Gwenaël sera remplacé par un serre-tête avec un vibreur posé sur son crâne. La transmission du son ne se fait plus par voie nerveuse mais par transmission osseuse des vibrations liées au sonore amplifié². Le vibreur ressemble à un appareil auditif, sans embout qui entre dans le pavillon de l'oreille. Il est posé contre l'os mastoïde derrière l'oreille et tenu par un serre-tête à la manière d'un casque pour baladeur. Les vibrations sont transmises à l'oreille interne (pour Gwenaël, les deux pour d'autres enfants) et au crâne.

Les observations de l'équipe du centre spécialisé rejoignent les miennes. Il est dit qu'à certains moments, il se tape la tête sur le sol. Ce comportement je ne l'ai pas observé. Il a de grandes colères quand une personne lui refuse ce qu'il veut prendre. Un diagnostic de psychose et d'autisme est posé sur lui. Gwenaël investit cette perception nouvelle qu'est l'audition tout en retrouvant la perception visuelle surinvestie lors de ses hospitalisations. Le pic rocheux de non-relation qui nous sépare serait aggravé par la neutralité de l'observateur sans corps et sans expression. Je me pose la question de gagner sa confiance sans rien

1. Gwenaël n'a qu'un contour du fait de la cophose diagnostiquée (le contour ne peut rien apporter à l'oreille totalement ou quasi totalement sourde). Avec le contour unilatéral et le gain prothétique apporté, la surdité de l'autre oreille (gauche) deviendrait, selon le diagnostic posé, légèrement moyenne (entre 20 et 60 décibels selon les fréquences, notamment les fréquences de la parole). L'attention unilatérale de la cophose entraîne la perte de la stéréophonie et la voix chuchotée non perçue par l'oreille cophosée (le chuchotement a une intensité d'environ 20 décibels).

2. Notons ici que ce sont les cellules nerveuses de la cochlée (dans l'oreille interne) qui sont en partie détruites, pour une oreille, et totalement ou quasi totalement pour l'autre, chez Gwenaël. C'est donc une surdité de perception (unilatérale selon le diagnostic supposé) qui peut être réduite par l'appareillage. La surdité de perception est donc une maladie du système nerveux. Il existe des surdités de transmission liées à une pathologie de l'oreille externe (pavillon, conduit auditif externe) ou de l'oreille moyenne (système tympano-ossiculaire) : l'oreille interne et les voies nerveuses sont alors normales (des traitements curatifs médicamenteux et chirurgicaux existent). Les deux surdités peuvent coexister et sont appelées surdités mixtes.

lui imposer d'un désir personnel. Je suis à la fois dans cette impasse d'imaginer un devenir possible, un Gwenael imaginaire auquel je devrais renoncer mais qui m'aide à rester avec lui ces premières séances, et de respecter un Gwenael inconnu et indépendant de moi.

J'ai l'impression d'entrer dans un premier espace très étiqué, celui où je suis avec lui qui garde sa distance. J' imagine ce qu'il a vécu, mais c'est moi qui imagine et je ne veux pas lui imposer cet imaginaire. J'invente seulement des jeux où je joue seul et j'espère qu'un de ces jeux sera un pont possible, un pont qu'il choisira, lui, de prendre pour se trouver. Je ne serais là que pour l'aider à parvenir à cet accès à lui-même. J'ai cette impression d'être un marchand de rêve qui dirait :

— « Trouves-tu intéressantes mes propositions de jeu ? Veux-tu partager un de ces jeux avec moi ? »

Je pense à ce moment-là à Fabrizio, un jeune homme que j'avais longtemps reçu en séance de psychomotricité. Fabrizio, après avoir découvert des exercices mettant en jeu sa musculature, ses articulations, etc., m'avait dit qu'il n'avait pas eu de corps jusque-là. Enfant, il était passé par-dessus un mur en se cognant et se demandait qui lui avait colorisé la tête (il saignait). À présent, il avait un corps, me disait-il, il avait même choisi de passer un audiogramme qui avait mis en évidence sa surdité. Il me disait aussi qu'avec moi, il ne se sentait plus abandonné.

Dans le fait d'accompagner l'enfant dans sa souffrance, la création d'espaces imaginaires m'apporte des bouffées d'oxygène lorsque je suis dans les espaces étriqués de mon impuissance, face à l'enfant que je laisse venir à moi mais qui ne vient pas. Prendre des notes et discuter dans des groupes de travail est également d'une grande aide pour mettre à distance le contenu des séances et ne pas se laisser enfermer dans les impasses que nous amènent ces enfants, dans lesquelles ils sont eux-mêmes emprisonnés.

LE PREMIER PONT

Alors que je joue, assis sur le tapis, avec deux figurines, et que Gwenael est à deux mètres de moi, j'en fais venir une vers l'autre qui s'enfuit alors en disant qu'elle ne veut pas : « Non, non, non je ne veux pas. » Je pense lui montrer notre non-relation. Gwenael rit, se rapproche. Je recommence le jeu avec mes personnages et c'est lui qui dit : « Non, pas ! » et, ensuite, il s'éloigne. Ses jeux, lorsqu'il est seul, comportent toujours une dimension cinématique : faire bouger, faire tomber, lancer en l'air. Un nouveau jeu est d'ouvrir et de fermer le placard, ce qui fait du bruit et des vibrations.

Beau paradoxe de notre rencontre : il s'approche lorsque je lui signifie qu'il s'éloigne. Je crée un jeu où je représente avec deux figurines notre non-relation, entre Gwenael et moi. L'une des figurines s'approche de l'autre qui dit ne pas vouloir cette relation et qui la fuit. Gwenael s'approche alors de moi pour regarder cette scène. Nous sommes ensemble par ce jeu qui nous montre, à distance, lorsque nous ne sommes pas ensemble, parce que Gwenael ne le veut pas. Je nous montre acteurs dans un miroir. Je lui permets un accès à lui-même. Il peut se regarder et penser à lui et sur lui, même s'il ne me distingue pas de lui. La scène le regarde.

Je prends des notes de la séance. La séance suivante, alors qu'il tape avec le feutre sur une feuille, je dis « aie, aie, aie ! ». Gwenael rit et refait son pointillage, je répète « aie, aie, aie ! » en exprimant la douleur avec mon visage et mon corps, il le dit à son tour, son visage est expressif mais pas son corps. Il reste d'un bloc, hypotonique, puis Gwenael part. Il investit notamment les fenêtres et n'en dit rien, colle ses yeux au verre sans que je sache ce qu'il regarde. Ce que j'ai choisi de dire et de mettre en actes s'est fait à partir de mes scénari imaginaires : faire se rencontrer des figurines ou montrer leur refus de la relation, exprimer la douleur avec mon corps et mon visage lorsque Gwenael tape avec un crayon. Je pense que peut-être il reconnaîtra cette douleur qu'il n'a pas identifiée dans la parole des soignants et des parents mais peut-être sur leur visage et leur corps. Gwenael a fait le choix de ces premiers contacts, je pense que mon scénario proposait une relation d'inclusion réciproque (Sami-Ali, 1974) qu'il s'est appropriée. Je lui propose là un visage qui souffre et il s'y est reconnu, ce qu'il dira plus tard. Ma proposition s'est faite de façon intuitive, spontanée, j'improvise des rêves avec mon corps. Je note ensuite en quoi il s'est approché ou retiré. Je crée en connaissant son histoire.

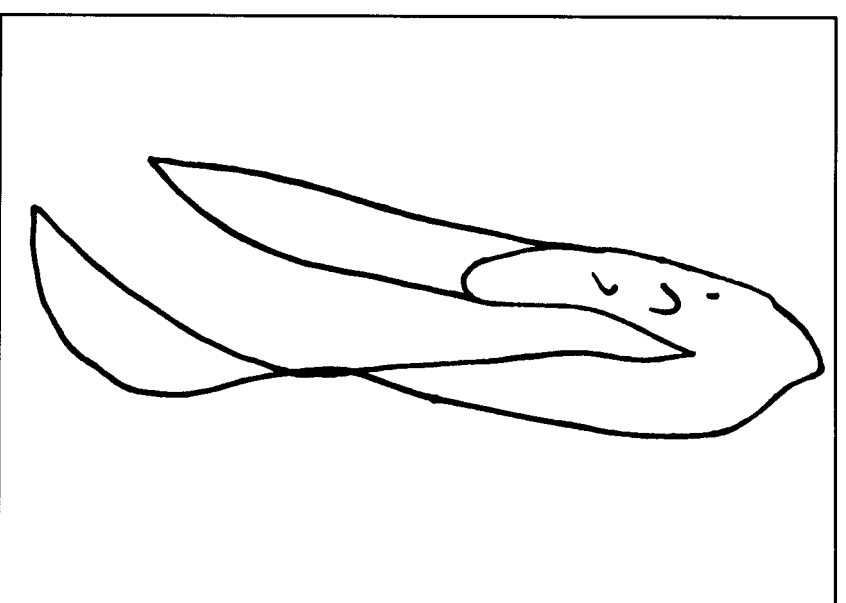
Le contenu des séances va se répéter et je serai particulièrement attentif aux variantes. Au bout d'un mois de travail, nous sommes sur ce pont du jeu du « aie » qui revient plusieurs fois dans une séance. Gwenael investit mon bureau où sont des feuilles de papier ; il investit, sur le mur de gauche, le tableau blanc émaillé pour feutres et une table où sont d'autres feuilles où nous jouons aussi au « aie, aie, aie ! ». Sur le mur du fond (face à mon bureau) se trouve le placard (il joue à faire du bruit avec les portes) et le miroir sur lequel il fait aussi des points en se regardant. Seul, il joue à faire tomber les objets. Il essaye de toucher le plafond avec de longs bâtons et se confronte aux efforts qu'il doit faire avec son propre corps. Avec le feutre, il peut faire des ronds mal fermés.

J'apprends qu'il connaît mécaniquement les lettres de l'alphabet aussi bien en langue orale qu'en dactylographie (lettres dites avec la main chez les sourds ce qui n'est pas la langue des signes dans laquelle

chaque signe est signifiant)¹ et qu'il commence à compter. Je vais décrire maintenant une séance dont je montrerai l'évolution. Je décrirai une séance complète aux tournants du travail pour en discuter.

Lors de cette séance, Gwenael me suit, de manière neutre et sans que j'aie à insister, pour arriver à la salle de psychomotricité. Il fait des points en frappant fort le feutre sur une feuille de papier blanc, posée sur la table contre le tableau blanc qui est près de la porte d'entrée. Il me regarde en riant, je dis : « aïe, aïe, aïe ». Je le dis et rajoute qu'il aime bien ce jeu. Gwenael rit. Il prend deux autres feuilles pour que nous répétions ce jeu, y fait un rond mal fermé et frappe avec le feutre. Je répète mes « aïe » en exprimant, avec mon corps, la souffrance. Puis il s'en va au bureau où nous répétons cela deux fois, avec deux feuilles où il fait deux ronds mal fermés et ses points. Ensuite, il retourne à la table près du tableau où il refait deux fois cela sans me regarder (ce qui fait sept fois sur sept feuilles). Quant à moi, je répète ou pas mes « aïe ». Je ne vois pas de différence chez Gwenael qui continue ses points. Puis sur le tableau, il fait un rond mal fermé et des points alignés verticalement dessous. Ils semblent équivaloir à mes « aïe ». Je pense, dans mon coin, à la représentation d'un visage qui pleure, cela me permet une bouffée d'oxygène. Est-ce une bouffée d'oxygène aussi pour lui, ce pont qu'il prend ? N'est-ce pas le fait que j'ai accepté d'être son double, après avoir signifié sa douleur, qui lui donne si intensément accès au miroir.

Pour le neuvième dessin, il va vers le mur du fond, dans son angle droit où se trouve la glace. Il se regarde, rit, dessine par-dessus son visage reflété : le tracé non fermé d'un visage, il y ajoute ses points ! Il joue ensuite avec les portes du placard à côté, il aime les faire se cogner associant le visuel et le vibratoire. Je rentre dedans en disant « aïe » et en jouant la souffrance. Il imite le grincement des portes puis les ferme complètement sur moi. Puis il ouvre et s'assoit à côté de moi refermant sur nous les portes. Il ouvre à nouveau et retourne au bureau où il fait des traits en lignes brisées sur une feuille (c'est le dixième dessin). Je lui dis que c'est différent des autres dessins mais il ne me répond pas et ne me dit rien. Il reprend une feuille, fait un visage (ovale non fermé) des points et une ligne brisée qui traverse le visage, il me regarde attend. Je dis « aïe, aïe, aïe » et pour la première fois, il me dit : « mal ? ». Je joue le souffrant mais il fait déjà un douzième dessin dont ne me dit rien et qui ressemble à un boomerang (dessin n° 1)².



Dessin 1

Cela me semble être plutôt un visage en forme de croissant, avec deux points et un trait qui semblent être le nez et les yeux, ainsi qu'une jambe correspondant à l'autre croissant. Gwenael dessine comme une jambe d'un côté et la tête de l'autre, comme si le haut et le bas étaient raménés à la droite et la gauche. Ne compare-t-il pas ces repères ? Il rallonge ensuite la partie où se trouve le visage pour faire comme deux jambes. N'interroge-t-il pas la répartition du visage dans la latéralisation du corps, le visage dessiné à gauche (en miroir, par projection sensorielle et motrice) puisqu'il est gauche ?

Je pense à un Gwenael imaginaire qui serait un bonhomme-boomerang, un bonhomme-rang, dans ses allers et retours. Mais je n'y pense pas sur le coup, c'est en prenant des notes que l'image me vient, tant je me sens collé à lui dans les séances. Gwenael est retourné au miroir où, en regardant son image reflétée, il dessine sur son visage (front du côté droit) et sur sa main droite avec sa main gauche. Il revient au bureau faire un visage, au tracé mal fermé, avec les yeux, le nez, la bouche et

1. Les dactylogies proviennent de la règle du silence chez les moines. Les langues gestuelles ne sont pas alphabétiques. Il y a aussi les dactylonomies pour les chiffres qui viennent de l'ancien grec.

2. Je remercie le photographe Didier Belin (photos des dessins 2, 3, 5, 6) ainsi que le clinicien et photographe Hervé Lavieille (photos des dessins 1, 4, 7, 8) de l'aide qu'ils m'ont apportée en acceptant de réaliser les photos des dessins de Gwenael.

pour corps, une boucle non fermée. Puis, il s'en va de la salle en faisant des vocalises dans l'espace sonore. Je l'accompagne (après lui avoir donné un papier de rendez-vous).

UN POINT DE VUE CHANGÉ SUR L'OBSERVATION

Le fait de m'impliquer avec mon corps, avec mes postures, mes attitudes et mes émotions, le tout à travers des jeux que j'inventais dans un espace ouvert au regard de Gwenaël a permis à l'enfant d'investir ce support visuel et de venir vers moi en s'identifiant à mon visage et à mon corps de souffrant. Il a fini par me regarder et attendre ma scène de « souffrant ».

L'enfant a montré qu'il investissait toutes les perceptions. Le corps réel, le regard et les propositions de jeux du thérapeute ont permis à l'enfant de commencer à organiser sa sensorialité. Gwenaël s'inscrit alors dans l'espace par projection de cette sensorialité et de la motricité, faisant de nouvelles expériences. Il organise l'espace en organisant son corps. Son corps imaginaire, que j'appelle bonhomme-boomerang, au tracé non fermé du visage, a des jambes qui prennent plus d'importance. Gwenaël prend conscience du dehors car il fait des traces et elles se voient. Il contrôle très bien son tracé de ses yeux, alors très proches de la feuille. Il travaille la différence entre le miroir, le tableau et les feuilles. Ne travaille-t-il pas la différence aussi entre son visage, son visage reflété, son visage dessiné ?

Il est donc important à tout moment que le thérapeute s'exprime et s'observe dans ce qu'il manifeste par son visage, ses gestes, ses postures, ses attitudes, sa voix, son rythme d'action dans sa présence. L'histoire de Gwenaël a aussi induit en moi un imaginaire que je lui ai proposé. Sa participation a confirmé qu'il était adéquat car j'ouvrais du sens par mes représentations ce qui lui permettait de les reprendre. Tout comme la création, l'interprétation est un jeu. Je connais l'histoire de Gwenaël et j'en tiens compte comme je tiens compte de ce qu'il dit avec son corps et avec ses signifiants. J'ouvre des espaces de rêves dans lesquels, s'il s'y reconnaît, il deviendra acteur dans ce travail de penser. De ce fait, il actualise l'espace du rêve ouvert, il l'incarne. Il entend la douleur sur un visage, il fait sien ce visage dont je porte la douleur. Puis il interroge les visages de la douleur : visages reflétés par le miroir, visages dessinés, visages exprimant la douleur dans le jeu, afin d'accéder à un visage différencié. Si l'espace de rêve que j'ouvre ne l'intéresse pas, que rien dans ce rêve ne le regarde, que l'histoire de Gwenaël n'a rien en commun avec l'histoire racontée par le rêve, qu'il ne peut élaborer dans cet espace, alors le rêve passe comme un wagon inutile, un espace non partageable dont la porte se ferme alors.

© Dumas - La photographie non autorisée est un délit

Nous savons avec R. Spitz (1965) et D.W. Winnicott (1975) que le bébé tournant son regard vers le visage de sa mère pense se voir lui-même. Ce visage constitue l'objet d'identification primaire (Sami-Ali, 1977). La mère apporte à l'enfant ses soins, son affect (Winnicott, 1975 ; Sami-Ali, 1998) et organise « sa sensorialité, sa motricité, son espace, sa temporalité, sa tolérance à la passivité, sa recherche d'activité, ses goûts alimentaires, ses habitudes hygiéniques, les rythmes de base de l'enfant, etc. (...) en se fixant à son propre corps » (Gauthier, 1999). Cela concerne aussi le monde socioculturel qui l'environne ainsi que sa propre histoire, son héritage dans le domaine relationnel et les « représentations collectives qui lui échappent » mais « auxquelles elle adhère plus ou moins fort, plus ou moins consciemment ou inconsciemment » comme l'étudie depuis longtemps J.-M. Gauthier (1985, 1993, 1999).

L'angoisse du huitième mois décrite par Spitz (1965) est une angoisse de différenciation (Sami-Ali, 1977, 1980 ; Gauthier, 1999 ; Moyano, 1999). L'enfant va devoir distinguer ce qu'il en est du perçu (le visuel, l'auditif, etc.) et de son vécu corporel. Ce qu'il perçoit de l'extérieur n'est pas lui, son visage et son corps dans le miroir ne sont qu'un reflet, une image reflétée de lui à laquelle il n'a pas accès autrement. Il ne peut regarder de face son visage et son corps. Son corps est porteur d'une réalité qui lui appartient et d'une autre, extérieure, qui appartient à l'autre. L'enfant qui a un sentiment de continuité de son corps et de son histoire pourra s'approprier son corps « façonné par sa mère », paradoxe que nous dévoile J.-M. Gauthier (1999) : « Notre corps fondamentalement a été constitué sur l'identité corporelle de l'autre. » L'enfant fera alors ses propres expériences motrices pour penser son corps, l'espace et le temps relationnels, l'ensemble étant à constituer (Sami-Ali, 1998). La « minique illuminative » de l'enfant devant la glace est une voie vers la constitution du Je (Lacan, 1949) et, pour Sami-Ali (1977), « l'achèvement de la coupure primordiale du dedans et du dehors ». Pour Sami-Ali, « l'expérience du miroir a son origine dans celle du double *et non l'inverse* » (1980).

Gwenaël a d'emblée été refaçonné de l'intérieur par la logique médicale, afin de vivre. Le visage de ses parents était un visage à distance, pleurant, inquiet et se retirant. Les parents qui le retrouvent doivent créer leur relation avec lui. Chacun a alors un vécu terrible. Le regard entre eux est le seul lien possible mais le lieu d'une énigme quant aux possibilités à créer une relation ensemble : il y a les handicaps du corps réel de Gwenaël, la difficulté d'identifier ces atteintes, les impasses relationnelles (Gwenaël est aveugle, puis ne l'est plus, mais est sourd et a une vision handicapée indéfinie durant un temps). S'y ajoute la souffrance, le regard difficile à rencontrer de l'enfant ; qu'en est-il de son

vécu ? Les parents ont du mal à cerner sa souffrance et angoissent aux annonces nouvelles des diagnostics comme si la maladie progressait.

Sa représentation du visage sur une feuille puis, au feutre, sur son image reflétée dans le miroir puis, en face à face, sur son visage et sa main, interrogent : Où est donc son visage ? Est-ce celui vu sur le miroir ? Celui sur lequel il dessine (que je sais être le sien) ? Est-ce sa main d'où sortent tous ces visages dessinés et sur laquelle il dessine, l'associant à un équivalent de visage ? C'est parce que le thérapeute va vers le visage de l'enfant qu'il lui en donne un. En face à face, Gwenael et moi, nous sommes acteurs dans le théâtre de nos corps. L'enfant peut parler, questionner, ce qu'il n'a pas pu faire à l'hôpital du fait de l'urgence et de ses souffrances. Le thérapeute entend ce que l'enfant dit avec son corps, le met en mots ou/et interroge et répond avec le sien.

Je pense tous ces visages équivalents pour Gwenael, dans un « espace d'inclusions réciproques », décrit par Sami-Ali (1974). Le dedans n'est pas séparé du dehors. Gwenael a mon visage et mon corps mais cela va créer l'espace intrapsychique et intersubjectif à travers cette identification. Le « aïe, aïe, aïe », que mon visage dit aussi avec sa chair, ses articulations, mon affect, est équivalent à un visage de mère qui fait exister l'espace d'inclusions réciproques. Il y a l'illusion d'avoir un seul visage pour deux. Dans la séance, mon regard maternel deviendra son regard. Gwenael investit son corps et l'espace de la salle, sans différence. Il crée l'espace par la projection sensorielle et motrice de son corps découvert. L'enfant hospitalisé avait « le visage de l'absence, absence de la circularité d'échanges entre lui et la mère, absence de l'illusion d'avoir le visage de celle-ci » dit de manière très forte Sami-Ali (1987).

Gwenael découvre alors les sensations internes qui renseignent sur l'intérieur et les sensations internes qui renseignent sur l'extérieur. Sur le miroir, le tableau, il marque les limites de l'extérieur à lui, il fait des traces qui se voient, interrogeant ces limites. Y a-t-il, pour lui, une différence entre miroir et tableau dès le moment où il dessine le visage ? N'interroge-t-il pas cette différence ? Avoir un visage, puisque c'est être ce que l'on ne voit pas (Sami-Ali, 1977) ? Il a fallu aux parents être particulièrement forts pour supporter ces événements et les annonces terribles à répétition, la dernière (le diagnostic de la surdité) venant toucher la relation imaginée avec leur enfant. Ces parents interrogent sans cesse l'équipe, comme si quelque chose de négatif allait encore se passer. Ils ne savent pas si leur fils aura un retard mental. L'enfant avec eux est « obstiné » et ils l'accompagnent pour éviter ses colères. Ils sont obligés à leur tour d'être obstinés pour lui imposer de manger, de dormir. Ils en parlent à l'équipe et à un psychologue car ils sont dans de réelles difficultés à mettre à distance l'enfant qu'ils avaient imaginé à

présent que Gwenael a subi de nombreux examens, appareillages, opérations.

PRENDRE CORPS

Le jeu du « aïe » va être constant dans les séances et sera un repère pour Gwenael, qui va continuer la réappropriation de son corps avec l'investissement de la salle. Les variantes dans les séances qui suivront vont être les suivantes : il ira chercher une chaise pour regarder aux fenêtres trop hautes, y collera son visage sans rien dire. Je lui renverrai son image : « Tu montes sur une chaise pour regarder à la fenêtre. » L'exercice en lui-même demande à Gwenael de contrôler sa musculature par la proprioception et par la vue car il a d'énormes problèmes d'équilibre (troubles vestibulaires et musculature encore peu investie).

Il fait évidemment toujours les points en me regardant et en souriant, satisfait que je joue ensuite la souffrance. Pour ce qui concerne ses tracés, il contrôle le trait vertical, fait des tracés lents, légers ou toniques, très appuyés et rapides. Au niveau de sa main, il commence à gérer sa musculature. Dans la salle, il essaie de toucher le plafond avec un long bâton en plastique creux, ce qui le fait grimacer, contracter ses épaules vers l'avant, coller ses avant-bras au corps. Il a, à présent, un contour (appareil auditif), à la place du vibreur, et râle lors d'une séance où la chute de la perche le lui retire sans le blesser. Il repart avec son contour à la main afin que son éducatrice le lui remette.

Ce bâton qu'il érige verticalement et qui tombe m'évoque Gwenael qui tombe et se remet debout. Les objets, qu'il faisait tomber, tombaient comme lui. Ce sont des objets images du corps, décrits par Sami-Ali (1974, 1986, 1990) et Sylvie Cady (1991, 1992). L'objet transitionnel est la découverte géniale de Winnicott, qui ne dévoile pas avec la précision de Sami-Ali, l'origine corporelle, par la projection sensorielle et motrice, du choix de l'objet. L'objet transitionnel est un des objets images du corps possibles. Le corps est à la base de tous les schémas de représentation.

À cette époque, Gwenael investit également le tonneau en plastique, rentre dedans, perd l'équilibre, tente d'en sortir en râlant. Je reste proche afin de l'aider s'il est angoissé, s'il râle ou s'énerve comme je le vois parfois. Je stabilise alors le tonneau et il sort facilement et visiblement rassuré, se décontractant, le visage apaisé, ne me disant rien, sans doute parce que nous faisons un. Cet exercice qu'il trouve est excellent pour ses troubles vestibulaires tout comme les exercices de rebonds qu'il découvrira plus tard sur les gros ballons coincés entre le mur et le placard. Il rebondira dessus en fixant, des yeux, l'arête du meuble. L'enfant créatif trouve toujours les meilleurs exercices. En cela,

l'écoute de l'enfant dans ses choix a valeur thérapeutique. La découverte de la hauteur, en montant sur sa chaise ou en essayant de toucher le plafond est parallèle à l'investissement de sa musculature. D'ailleurs, il découvre aussi la distance créée par les contractions musculaires de ses bras : plier les bras lorsqu'il est au sol rapproche son nez du tapis, se rapprocher et s'éloigner du miroir augmente ou diminue son image qu'il interroge... L'espace est appréhendé, est pensé par l'intermédiaire de son corps moteur et sensoriel. Percvoir et penser sont jumelés. Il découvre la hauteur en lançant les ballons en l'air et jette les ballons dans l'espace de la salle.

Il continue d'investir le visuel et explore ses mimiques. Il se regarde dans le miroir avec hargne, écarquille ses yeux, gonfle ses joues, fait l'étonné. Il n'est rapporté qu'il investit la langue des signes et la langue orale, ce que j'entends encore peu en séance où il fait d'autres expériences. Pour « signer », c'est-à-dire parler la langue des signes, l'enfant doit intégrer simultanément :

1. La configuration, c'est-à-dire la façon dont se présente la main (par exemple, les doigts peuvent être pliés sauf le pouce et l'auriculaire en extension ou bien, autre configuration parmi d'autres, la main peut être ouverte, doigts serrés).
2. L'orientation, par exemple : une même configuration, la main ouverte par exemple, avec deux orientations différentes et définies de la paume de la main, aboutit à au moins deux signifiants différents.
3. La position, c'est-à-dire le lieu où se place la configuration par rapport à la tête et au tronc. Par exemple, la main ouverte, les doigts serrés, la paume vers le haut, si le tranchant de cette main (droite pour les droitiers) frappe deux fois le côté (droit pour les droitiers), cela signifie : « maman » (voir annexe)¹. L'origine de ce signe est dans le port du bébé par la mère. Si la même configuration de cette main (droite pour le droitier) heurte le sternum par la pointe du tranchant et remonte vers le cœur (pour les droitiers) et l'épaule au-dessus (gauche pour les droitiers), cela signifie : « être blessé » (voir annexe). Le geste symbolise aussi bien la blessure que la défaillance du port (se porter ou être porté).
4. Le mouvement : chaque configuration peut avoir un ou plusieurs mouvements entraînant le changement de position ou le changement et le retour à la position (exemples ci-dessus).
5. L'expression du visage, elle, intervient pour distinguer certains signifiants, exemple « couleur » et « agréable », « content » et « mal au cœur », mais les expressions du visage ainsi que les mouvements de la tête ont aussi une fonction grammaticale (*Dictionnaires de la langue des signes*, 1997, 1998).

1. Les dessins de ces signes ont été réalisés par Marieke et Nicolas Cajal.

6. La contraction musculaire, elle, peut différencier deux signifiants, exemple « l'épouse » et « se marier », mais peut aussi qualifier un signifiant, exemple : « lourd », « très lourd ». Les dictionnaires insistent sur le fait qu'elle ne peut être transcrite dans un livre. Cela souligne d'autant plus combien le corps est à la base de toutes les représentations (Sami-Ali, 1974).

Pour plus d'approfondissement, nous renvoyons aux dictionnaires de la langue des signes (Moody, 1983, 1998 ; Girod, 1997).

La langue des signes est une langue latéralisée et chaque main peut avoir une ou des configurations différentes, un ou des mouvements, une ou des positions, etc. Les éléments formels différenciant les signes sont limités, c'est leur combinaison qui aboutit à la complexité de cette langue très riche (travaux de Stockoe, 1960 ; Bellugi, Klima, 1979 ; Cuxac, 1983, 1993, 2000 ; Rondal, Charlier, Henrot, 1986).

Gwenaél profitera de l'apprentissage de cette langue d'autant plus que, avant d'accéder à sa complexité, il l'aborde par ses « amarrages figuratives » (Meynard, 1995). Ainsi la partie peut soit désigner le tout, soit la partie, l'oreille de l'ours désigne l'oreille ou l'ours, comme le dit Meynard dans son analyse brillante de la dimension désirante du sujet, dans la langue des signes (1995). Gwenaél aborde cette langue dans une relation d'inclusions réciproques où justement la partie est pour lui une équivalence du tout et mon visage est son visage.

C'est donc une langue où le sujet qui l'emploie a un corps qu'il investit ou alors il n'a pas de corps et l'investit dans le registre de l'adaptation et du banal (pathologie décrite par Sami-Ali, 1980). Qu'en est-il de Gwenaél ? Le mouvement très présent dans cette langue l'intéresse comme tout ce qui bouge. Je rappelle qu'il était attaché sur son lit d'hôpital et, sourd, n'avait que ses yeux pour chercher à comprendre.

LA RÉPÉTITION ET LE REFOULEMENT DU RÊVE

Je note les thèmes de jeux qui reviennent à chaque séance et les variantes, c'est-à-dire ce qui a changé au niveau de l'investissement, par l'enfant, de son corps, de l'espace, du temps mais aussi au niveau de ses dessins et de ses paroles. Je note l'ensemble de la séance mais parfois seulement les thèmes de jeu ou les variantes. Lorsque les séances tournent en rond, se répètent, ce qui est difficile à supporter, je découvre que l'enfant est dans une impasse qui le fait répéter les scénarios sans apport nouveau et nous devons découvrir l'impasse.

Deux semaines exactement après la séance du premier pont, Gwenaél, dans la séance, reprend d'abord les mêmes jeux : le jeu du « aïe », le jeu des bâtons touchant le plafond, le jeu de taper les objets,

celui de rouler dans le tonneau, celui de monter sur la chaise pour aller à la fenêtre sans rien en dire, le jeu d'aller vers le miroir pour se regarder rire, s'étonner ou pleurer, le jeu du placard dans lequel rentrer puis sortir. Il me met alors dans le placard avec des tissus ; je joue à pleurer, pensant à sa solitude et à sa souffrance, à l'hôpital. Il a le regard sidéré, il me dit à l'oral et en langue des signes : « Pleu pas, y a maman. » Il est très pâle, il se couche contre moi et ferme les portes du placard.

M'inclinant dans l'espace imaginaire de son jeu, il est à la fois lui (que je joue) et sa mère qui le console. Puis il se lève, me laisse dans le placard et retourne devant le miroir faire ses mimiques avec son visage, ses postures, notamment au niveau de ses bras, ses attitudes. Il dessine sur la moitié de la glace quatre ronds mal fermés avec un chapeau (c'est moi qui nomme ainsi), les uns en dessous des autres en jouant un rythme dans le style : « pa-pa-pa-pa » mais ce ne sont pas ses phonèmes, les siens sont nasalisés à un point que je ne peux les décrypter du placard où il m'a enfermé. Le A seul est perceptible. Le dessin est au feutre orange (je regarde alors ; le dessin restera sur le miroir). Dans l'autre moitié du miroir, il y a, au feutre rouge, un A avec un zigzag à son sommet, comme de la fumée au sommet d'une maison.

Il ne me dira rien de cela. Je lui dirai qu'il n'a pu rester dans le placard et qu'il est retourné devant le miroir (sans doute pour y voir « présentifier », selon l'expression de Merleau-Ponty, son corps et son visage). Je lui dis aussi : « Tu as fais bouger tes muscles devant le miroir, pas dans le placard. Ensuite tu as dessiné sur le miroir. » Il ne me dit rien à cela. C'est la fin de la séance, il part ensuite en jouant avec l'écho de sa voix dans les escaliers. Gwenaél a besoin de retrouver son corps devant le miroir car il ne le voit pas dans le noir du placard et ne peut se le représenter, l'imaginer. Il doit d'abord maîtriser je ne sais quelle angoisse liée à son corps. Je sais qu'il a des difficultés d'endormissement le soir. Se regarder dans le miroir lui permet une levée du refoulement par la présentation du reflet de son corps, ou/et lui permet de rencontrer et de constituer son corps par la mobilisation de celui-ci. Il peut dessiner sur son image, c'est-à-dire sans la quitter des yeux, après avoir mobilisé son corps. Il travaille sur ses sensations internes (en lien avec son intériorité ou l'extériorité), sur ses représentations, avec son corps présentifié dans le miroir.

La tête avec le chapeau ressemble étrangement au A. L'autre A ressemble à une maison. Comme si ces objets-images du corps étaient à la fois Gwenaél, son image « présentifiée », la lettre A (présente dans son prénom, une des premières lettres que tout enfant dit), la maison (un objet-image du corps souvent utilisé par les enfants), sa tête avec son bonnet. La partie équivalant au tout dans la relation d'inclusion réciproque décrite par Sami-Alî (1974). L'espace intérieur n'est pas séparé de l'espace extérieur mais Gwenaél en interroge les limites.

Gwenaél découvre le rythme. Il parle la langue orale et la langue des signes avec des phrases courtes significantes et compréhensibles, de manière parfois stéréotypée, rapporte l'équipe qui le reçoit. Il dit alors des phrases mécaniques et inappropriées. D'autres fois, il est incompréhensible mais ce qu'il dit a du sens tant il est présent dans ce qu'il fait. Quatre séances après, les jeux s'enrichissent encore. Le « aïe », que je dis lorsqu'il fait des points, marque toujours son identification en début de séance. À sa demande, je joue le visage qui souffre et lui donne ce visage de souffrant. Nous avons ce même visage, dans le territoire onirique que nous construisons ensemble avec nos corps et leurs projections sensorielles et motrices. Dans cette dramatisation, Gwenaél est acteur. La représentation de la douleur est très importante à cette époque. Gwenaél explore les expressions de souffrance, d'étonnement, de tristesse devant le miroir. Il va toujours à la fenêtre et nous rentrons dans le placard dont il sort pour se regarder devant la glace. Ce jour-là, après s'être présenté au miroir, il va chercher une chaise, monte dessus et colle son visage à la fenêtre. Il dit : « maman partie pleure », il se colle ensuite à moi et ajoute : « gros calin envoi maman », il fait semblant de pleurer, embrasse la fenêtre, fait au revoir avec sa main, et sort sa langue pour la coller à la vitre.

Il va ensuite au bureau, découpe une feuille, pose un bout de papier sur ma main, comme un pansement, je hasarde un « aïe », puis il s'en met un sur sa main en disant « aïe » et en mimant les pleurs. Il en remet encore un sur sa main puis sur ma bouche, puis sur la sienne et s'en va. Gwenaél, avec sa langue collée à la vitre, m'évoque la mère présente-absente. Présente, lorsqu'elle vient rendre visite à son fils derrière la vitre de sa chambre d'hôpital mais absente du fait de sa distance, ils n'ont pas ensemble un dialogue qui passerait par leur corps, par leur voix, par le jeu. Le visage des parents devait être triste. La tétine dans la bouche des enfants dit combien ils gardent la mère sur le bout de la langue. La vitre dévoile la mère de l'autre côté. Elle est là et elle n'est pas là. Son visage visible est un visage triste qui pleure. La mère nous en a parlé. Son corps relationnel, sa parole sont de l'autre côté, hors d'un champ onirique qui incluerait aussi le corps de l'enfant ouvert à l'affect. Quelle différence y a-t-il entre ce visage, derrière la vitre, et celui reflété par un miroir ? Gwenaél passe de l'un à l'autre, dans la salle de psychomotricité, perdant de vue le visage du miroir pour coller son visage à la vitre. Qu'il interroge-t-il du visage de la mère derrière la vitre ? Le pansement sur nos bouches et le départ de Gwenaél de la salle ne dévoilent-ils pas ce paradoxe d'un arrachement à une non-relation ?

Il y a là une levée du refoulement, car Gwenaél vient de me dire combien l'absence de corps le protégeait du désespoir, sa mère partie. À présent, il s'approprie son corps et peut parler de la séparation. Il peut s'appuyer contre le mien pour parler de ses angoisses. Sa mère est elle-

même très angoissée et hyperprotectrice, interrogeant sans cesse l'équipe, elle est très exigeante à l'égard de son fils. Ces éléments me font penser à l'intérêt de penser ces situations à partir de l'affect paradigmatel tel qu'il est décrit par Sami-Ali (1998) et Berthe Rehahla (1999), l'amour immense des parents en étant l'aspect positif mais la dépression parentale et le souhait de remodeler l'enfant pour le faire se rapprocher de l'enfant imaginaire attendu, est un élément persécutif pour l'enfant si les parents n'y renoncent pas. Dans la difficulté de se représenter les handicaps de leur fils, du fait des paradoxes, et, en conséquence, d'investir leur relation à lui, les parents ne peuvent échapper à cette non renonciation.

En ce cas, la répétition est celle du temps cyclique de l'impasse. En mettant à jour l'impasse, une porte s'ouvre jusqu'au prochain palier où toutes les portes sont fermées pour cause de conflits tout d'abord insolubles tant que ne sont pas mises à jour les impasses. Le visage maternel qui aurait donné un visage à Gwenael, par leurs échanges, était maintenu séparé par la vitre et il était équivalent au vide de l'échange. Par ailleurs, l'enfant n'a pu être tenu, porté par une autre mère et rencontrer son visage, le faire sien. L'urgence était de lui sauver la vie, il a été attaché afin qu'il ne retire pas la sonde d'alimentation et les pansements. Il a dû aller dans de nombreux lieux d'exams et d'hospitalisations, rencontrer des visages chaque fois différents. La sortie de l'impasse se fait par la rencontre d'un visage qu'il partage, du fait de l'illusion d'un visage pour deux et du fait d'une identification possible.

Merveilleux aphorisme que celui de Sami-Ali (1987) : « recommencer comme pour créer le différent à coup du même ».

Ce que j'appellerai : le « miroir corporel » du thérapeute évite l'enfermement et permet de se faire penser l'un l'autre. La temporalité cyclique est une temporalité dans laquelle se constituent alors un monde intérieur, un monde extérieur et une vie psychique. Gwenael fait des choses, n'en dit rien. Je l'accompagne quand même, il me pousse dans le placard, j'y rentre car c'est sa créativité et que cela a un sens, je ne cherche pas à comprendre autre chose, d'abord, que ce qu'il me demande de faire.

L'EXPRESSION DE SA PEUR

Gwenael va continuer l'exploration de ses sens, de sa musculature. Lors d'une séance, il dessine deux corps collés (dont seul un a deux yeux, un nez, une bouche) puis, sur une autre feuille de papier, un corps qui part en morceaux, après qu'il ait fait ses « points de souffrance ». J'imagine que la séparation de sa mère est imaginée morcelante pour son corps et que la symbiose corporelle avec elle ne leur laisse pas

d'expression pour leur affect. En plus, la présence est absence et c'est l'absence qui autorise l'autonomie. Deux impasses se chevauchent.

Plusieurs séances passeront avec les mêmes jeux : feuilles et « aie »/miroir/placard/toucher le plafond/exercer sa musculature, ses articulations. Dans les nouveautés, il dessine sa prothèse auditive remarquablement, il me montre du doigt la sienne, me montre son oreille appaillée. Il fait des points dans le dessin de son contour. Je pense qu'il s'interroge sur le bruit : est-il dans le contour ? Dans son oreille ? Dans la salle ? Je lui formule ainsi ce questionnement. Il explore également beaucoup ses tracés, le mouvement, la pression du crayon, le rythme, les bruits. À la période de Noël, il dessine un bonhomme dont les cheveux sont représentés avec la première lettre de son prénom, parfaitement faite et dont le corps est le sapin de Noël, avec les zigzags qu'il maîtrise à présent. Tout est encore dans un espace d'inclusions réciproques. Je ressens dans cet objet-image du corps la déchirure mais c'est moi qui ressens cela. Lui n'en dit rien. Un autre dessin, le même jour représente un bonhomme avec deux paires d'yeux, dont l'une a des lunettes (sa mère a des lunettes). Il me semble que c'est Gwenael et sa mère, avec un corps pour deux. Je lui parle d'un corps pour deux.

Les séances vont alors changer. Gwenael va dessiner autrement et créer d'autres jeux. Après les vacances de Noël et donc après quatre mois de travail, il me voit dans son établissement, vient vers moi et me dit en langue des signes et en langue orale, dans le même temps : « encore ». Ce signe se dit en tapant du bout des doigts de la main droite (pour les droitiers, gauche pour Gwenael, latéralisé en miroir de sa mère ; lire à ce sujet le travail de S. Cady, 1988) deux fois dans la paume de l'autre main. Les mains sont dans un plan vertical dans ce signe mais Gwenael met sa paume droite dans un plan horizontal, comme une feuille que l'autre main meurtit de points, ce qui est un équivalent du « jeu du aie ». Il retrouve mon visage auquel s'identifier, visage qu'il a fait sien, et réengage avec moi son corps réel et son corps imaginaire.

Gwenael est demandeur. La séance commence, comme toujours, par le jeu du « aie ». Il me propose ce jour un « jeu du lion » qui consiste à sortir son visage de derrière une feuille de papier et à rugir, je pars en faisant celui qui a très peur et en disant que j'ai peur, Gwenael rit. Ce jeu est très très longuement répété avec des feuilles, prospectus, catalogues divers derrière lesquels Gwenael se cache pour apparaître en rugissant. Il joue à faire peur et j'ai-il a peur.

Le jeu du « aie » précède et fait suite à ce jeu. Il y a un jeu du battre, faire mal et le jeu habituel du placard et du bâton touchant le plafond. Il dit « ai mal » en dessinant deux points et dit ensuite « pleu » en dessinant deux traits verticaux à l'image de deux larmes qui coulent. Il me tape et fait mal et je propose de jouer à taper « pour de faux », à ne pas

faire mal mais il est très violent, met en scène la colère, partant, revenant vers moi, me tapant, parfois doucement.

Nous échangeons nos rôles parfois : il y a « celui qui pleure » et « celui qui crie ». Gwenael me dit alors : « tu pleu ». Il me nomme à présent et me dit de dormir : « dodo Mamouel » avec colère et agressivité, interrogeant la colère de l'adulte tandis que je représente sa peur. Cela lui permet d'exister dans son corps propre. D'ailleurs, il commence à dessiner l'intérieur du corps (intestins) tout comme il maîtrise mieux son corps intérieur pour dire les mots avec sa voix. Son vocabulaire dans la langue des signes augmente.

Il y a un début de mise à distance de son angoisse de dévoration et, avec l'investissement de son « corps relationnel » (heureuse expression de J.-M. Gauthier [1993, 1999]), une représentation de sa symbiose avec sa mère ne laissant pas de place à l'affect entre eux. L'expression de l'agressivité lui permet alors d'investir un corps qui est sien. Je me réfère à la définition de l'affect, de Sami-Ali (1997) :

« L'affect est une relation qui passe simultanément par une conscience onirique commune, par une langue maternelle partagée et par le corps propre qui est à la fois expression gestuelle et processus organique, donc corps réel et corps imaginaire. »

La langue maternelle, selon Sami-Ali, a « la particularité de s'apprendre dans l'enfance, ce qui établit un lien fondamental entre l'affect et le langage infantile dans lequel prédomine le rythme sous forme de répétition, d'inversion de mots et de syllabes, d'onomatopées, etc. Autant de phénomènes où se reflète un rapport ludique au monde comme à la parole, et où l'imaginaire prévaut ». Parler, c'est d'abord ouvrir la relation en jouant avec le corps de manière poétique, que ce soit en faisant des sons ou des gestes, en étant inspiré, spontané.

Gwenael a 4 ans et demi. L'équipe rapporte qu'il est plus attentif mais tourne en rond dans la cour tout en maintenant sa distance avec les autres enfants. Son espace de jeu est à l'image du temps cyclique de la répétition. À présent, il est autonome dans la vie quotidienne (manger, s'habiller), il est propre le jour. Il étonne ses parents quant à son bon équilibre. C'est aussi l'époque où il marche à reculons (l'espace postérieur existe car son corps a un devant et un derrière) et il alterne ses pieds pour monter les escaliers. Il commence à faire des phrases avec sujet et verbe ou verbe et complément. Il n'aime pas ce qui est dirigé : exercices, attention exigée par l'orthophoniste pour regarder les lèvres et améliorer la lecture labiale. Il semble vivre cela comme une exigence extérieure exercée sur son corps ; un surmoi corporel ne laissant pas de place à la créativité, ce qu'il me dira plus tard.

Il a des otites d'origine allergique. Soulignent-elles sa symbiose corporelle avec sa mère et l'illusion d'avoir le visage de sa mère (Sami-

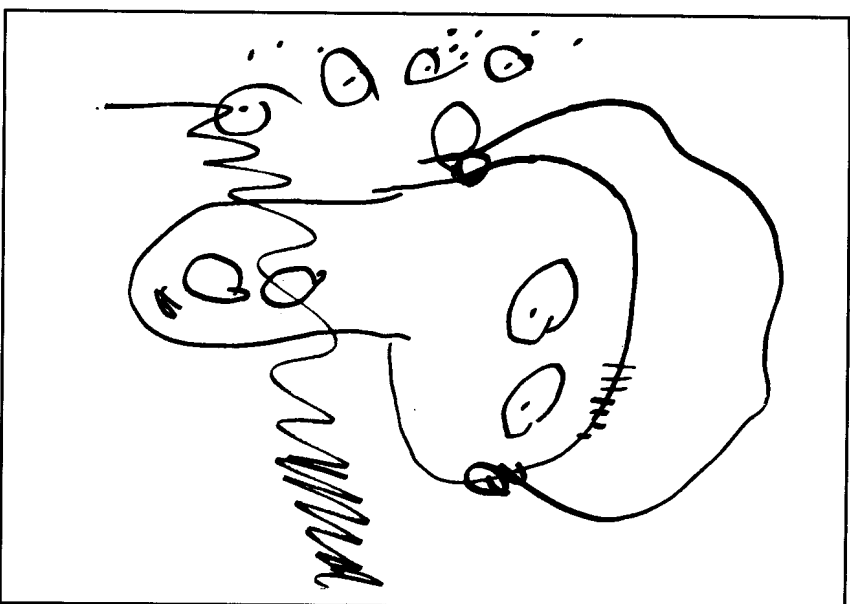
Ali, 1984 ; Gauthier, 1993 ; Cady, 2000 ; Cajal, 2001) n'ayant pas encore élaboré la question de l'étranger ? Sa prothèse auditive, outil auquel il tient beaucoup, lui permet d'entendre la conversation humaine. Les audiométries subjectives révéleront, au fil du temps, une surdité de perception moyenne, et non moyenne-sévère, à son oreille gauche. Le gain prothétique de cette oreille ramène cette surdité à un niveau faible.

Dans les séances suivantes, d'autres variantes apparaissent. Il prend la chaise près de la fenêtre du bureau, l'emmène à la fenêtre opposée à l'autre bout de la salle en disant : « allez, on y va », tend les bras vers moi. J' imagine, dans la mise en acte, qu'il veut que je le porte sur la chaise, ce que je fais. Il regarde ensuite à la vitre, sans rien dire cette fois-ci, tend un bras vers moi quand il descend et je le tiens donc durant cette évolution. Puis il recule la chaise de la fenêtre, remonte dessus : il peut alors se regarder en biais dans le miroir. Il descend ensuite vers la glace pour se dessiner sur son image. Il enfonce les feutres, les écrase comme s'il voulait pénétrer la chair reflétée. Puis, il se dessine sur la bouche et met les ciseaux dans la bouche en posant la question : « Pleu ? » Je lui dis ma peur : « Attention de ne pas te faire mal parce que tu vas pleurer pour de vrai, moi je pleure lorsque je me fais mal ou, parfois, lorsque je suis triste de me séparer. Ce n'est pas la même souffrance. » Il me dit alors : « rouge » oralement et en langue des signes. Ce mot se dit en posant son index (le gauche pour Gwenael) sur la bouche, en le faisant descendre vers le bas d'un mouvement bref, retroussant ainsi la lèvre inférieure et cela deux fois (voir annexe). Il va alors dessiner des traits violets, sur une feuille, qui représentent « pleurer ». C'est l'heure de la fin de séance mais Gwenael ne veut pas partir. Je le porte en classe.

Je réaliserai plus tard qu'il n'a posé qu'une seule fois l'index sur sa lèvre, laissant sa main retomber ensuite. L'index posé sur la lèvre inférieure et s'éloignant de la bouche en ouvrant la main signifie « sang », en langue des signes (voir annexe). Ce que voulait dire « rouge », c'était « sang ». Je n'ai pu l'entendre, me préservant encore moi-même d'une douleur et d'un deuil difficile dans l'effroyable de la destinée. J'ai l'impression de vivre ensuite l'hémorragie du sens. Gwenael évoquait l'hôpital et la séparation avec ses parents. Parlait-il aussi de son angoisse face aux opérations chirurgicales en plus de l'impossibilité de garder sa mère sur sa langue ? de son angoisse d'abandon ? N'y a-t-il pas coupure de la relation avec sa mère en même temps que mutilation de son corps ? La logique médicale a pu lui sauver la vie en intervenant sur son corps biologique mais elle engendrait aussi la non-relation à ses parents et Gwenael n'a rien pu entendre du sens de ces moments.

La même séance revient avec, comme variantes, des traits verticaux, dessinés au tableau, qu'il efface. Il me dit « pleu » et je pense qu'il me demande de pleurer ou de dessiner à mon tour ; je pleure et je dessine un visage qui pleure, avec des traits verticaux. L'accès à la verticalité par l'exercice de sa musculature et de ses articulations est condensé avec son interrogation sur les larmes et l'affect qui y correspond. Il y a là comme une verticalisation synchronique de sa pensée à partir de l'interrogation et l'élaboration et verticalisation de sa pensée à partir de la projection sensorielle et motrice de son corps (Sami-Ali, 1977) à la fois vers l'espace extérieur d'exploration et vers son espace psychique intérieur. Puis Gwenaël efface mon dessin, va à la fenêtre et dit : « voiture partie ». Il écrit quatre des lettres de son prénom au tableau blanc. L'ordre est respecté malgré l'absence de lettres dont le A qu'il connaît et sait écrire. Il va ensuite taper le plafond avec une longue perche dont il a emboîté les bâtons et pose la question : « casser ? ». Je lui mets des limites à cet acte : « Tu n'as pas le droit de casser ni de faire mal. » Je lui remémore l'opération chirurgicale qui lui a été racontée, la douleur, la souffrance, la visite de ses parents et leur séparation après la visite, dont il me parle. Je lui dis qu'il travaille beaucoup et que ses traits qui sont des larmes et l'écriture de son prénom le maintiennent présent après la séparation.

Il me demande à la séance suivante de me dessiner pleurant. Je mime le visage que je dessine : les yeux fermés, les larmes, la bouche infléchie, j'écris en plus : « aïe, aïe, aïe ». Gwenaël efface et me dit : « Envoyer Mamouel. » Puis il prend la perche et touche partout le plafond, les muscles tendus. Je lui dis que c'est une bonne idée de sentir son corps après la séparation mais qu'il fasse attention à ses mouvements pour ne rien casser. C'est l'heure de partir, il parle dans les escaliers, chante. Gwenaël enrichit ses représentations graphiques, l'extrémité de ses traits est transformée en gouttes, en larmes, il écrit de différentes couleurs, me demande de me dessiner en larmes. Il efface mon dessin avec l'éponge mouillée et dit « pleu ? », interrogatif, en pressant l'éponge. Il interroge aussi cette émotion en posant un élastique sur un œil, sur l'autre, sur le nez, sur la bouche. Peut-être imagine-t-il que la larme dessinée est passée dans l'éponge et coule ensuite ? Il y a alors une relation d'inclusion réciproque permise par le jeu. Par ailleurs, il joue la colère et je lui dis de ne pas déborder : il installe un jeu de maîtresse d'école qui écrit au tableau et je suis l'élève. Il devient sensible à l'extérieur et dessine son visage (avec son casque et son appareil auditif) entouré d'yeux (dessin n° 2).



Dessin 2

Il y a une augmentation des détails au niveau de ses dessins du visage et une inscription des émotions qu'il interroge : les larmes sont-elles comparables à l'eau d'une éponge, à la morve, à la bave ? Je lui parle de la différence. Il sait que nous pleurons lorsque nous avons mal et que nous pouvons avoir une douleur physique comme une douleur psychique (« rouge », « pleu pas y a maman ») dans une unité psychosomatique (la pensée naît à partir de la création des corps dans la relation mère-bébé). Cette douleur est entendue par l'autre et par soi. Je l'entends et Gwenaël peut l'entendre. Je dis « aïe », je suis devenu un objet à regarder, j'ouvre le réseau relationnel tissé par nos regards et j'ouvre des rêves où il me regarde, où il induit la question qui se pose. Comme miroir, je permets une autre identification. Je suis porteur de la représentation mais Gwenaël est à l'initiative des jeux. Nous sommes deux en un, c'est le fondement de la relation de constitution mère-bébé. Sans cela, un enfant n'existe pas. Par rapport à l'absence, Gwenaël m'introduit comme figure maternelle permanente.

Les larmes sont signes de vie. Elles sont le mouvement qui montre et qui donne la vie lorsque la mère est figée par la douleur. C'est elles que Gwenaél regardait sur le visage de ses parents derrière la vitre, tenu à distance de l'affect. C'est pour cela qu'il tord l'éponge et qu'il explore ensuite l'affect. À la fenêtre, durant les séances suivantes, il parle, ou du moins il chuchote, de manière incompréhensible. Il pleure aussi. Je suis tellement pris par cette scène que je le sens avec sa mère, il parle avec une mère aimante. La séance commence toujours par le jeu du « aie » et par le jeu du placard (il m'y enferme, ouvre, je dois pleurer et il me dit : « allez dodo Mamouel »). Après la fenêtre, je dois dessiner, sur le tableau, quelqu'un qui pleure : « non, pas Mamouel, pas Gwenaél », rajoute-t-il un jour. J'écris « aie, aie, aie » et il me demande d'écrire aussi « oin-oin », nom qu'il donne à sa peluche, un personnage connu pour ses pleurs devant l'autorité. Il lit l'ensemble et efface tout. Ce jour-là, il essaye de dessiner le pourtour de sa main (qui représente son désir de maîtrise, notamment d'une de ses langues en voie d'acquisition) qu'il pose sur le tableau. Il va ensuite au filet d'escalade, il grimpe bien mais le filet bouge sous son poids et il redescend. Il termine la séance par un jeu de grimaces qu'il me fait en face à face mais aussi en me tournant le dos, pour pleurer, par exemple, le dos tourné à mon visage...

SA GESTION DE L'AGRESSIVITÉ

Il y a, à présent, le jeu du « aie », le jeu dans le placard (dormir), encore un peu le jeu du « lion » (avoir peur), le jeu contre la fenêtre auxquels vient se rajouter le jeu *sur* le placard, que je vais décrire. Il me demande de l'aide, à sa manière, en me tendant un bras alors qu'il essaye de monter sur le placard par l'un des escaliers fait de gros ballons. Il jette, avec rage, les cubes de mousse qui se trouvent dessus et « dispute », il me demande de pleurer. « allez travaille Mamouel », oralise-t-il en même temps qu'il le signe. Ensuite viennent des échanges avec une balle en mousse au cours desquels je lui dis de faire attention, « nous ne devons pas nous faire mal ». Devant le miroir, il explore et développe ses mimiques de la colère, de la joie, de la tristesse. Il retrouve le miroir lorsqu'il me laisse enfermé dans le placard. Il est tendu mais a un bien meilleur équilibre. Les séances se terminent par les écritures et les dessins sur le tableau ou sur une feuille (en lien avec « pleurer »).

Sur le placard, il essaye parfois de toucher le plafond et je lui dis qu'il essaye d'être grand comme son père. Il me donne l'impression dans ce qu'il est contraint d'apprendre à l'école qu'il aurait parfois l'envie de tout balancer et qu'il me joue parfois l'autorité de l'adulte

dont il semble interroger les limites. Je pense à cela pour m'aider à l'accompagner.

D'autres variantes : il me dit « travaille », me passe des cubes en mousse du haut du placard puis s'énervé, balance tout et dors sur le placard. Ou encore je dois le regarder chanter devant le tableau puis il met la craie sur l'éponge mouillée et l'éponge sur son visage. J'interviens, retiens son geste et lui dis mon impression qu'il agresse la maîtresse. Il va se cacher derrière le bureau, derrière une feuille de papier. Puis il dessine un « bonhomme » qu'il gribouille. Je lui mets des limites lorsqu'il veut mettre l'éponge pleine de craie sur mon pantalon. Je lui proposerai rapidement des exercices dans lesquels nous pouvons faire semblant de nous agresser, des jeux « pour de faux ». Lors de séances suivantes, il me demande de dormir dans le placard, me dispute pour que je dorme (il a des difficultés d'endormissement). Il m'appelle ensuite de *son* prénom afin de me lever pour aller à l'école puis me montre comment faire des tours de cubes (ou comment apprendre à grandir). Nous inversons nos rôles : il est dans le placard et je le réveille pour l'école.

L'équipe dit qu'elle peut le consoler, le calmer, il est attentif. Son langage est compréhensible. Il écrit en lettres d'imprimerie. Son vocabulaire s'enrichit et il donne de bonnes réponses à des questions comme « qui ? », « où ? ». Il demande pourquoi il n'a qu'un seul « appareil » auditif. Il crée de nombreux jeux autour de l'agressivité. Le jeu dans le placard, sur la porte duquel il veut taper avec un bâton, lorsque le personnage que je joue ne dort pas, montre l'importance qu'il se sente protégé des actes de l'autre. Il se « channelle » avec sa sœur et ne la supporte pas, au dire des parents, il a peur aussi des autres enfants de sa classe.

Il est l'agresseur dans les jeux de rôle. Mon personnage doit pleurer, il dit « stop » ou « arrête de pleurer » de manière autoritaire, ouvre le placard, me regarde et recommence. Parfois il pose le bâton qu'il tient sur mes jambes, mes mains, m'attache les mains avec une ficelle. Le dormeur est interdit de mouvement. Le bâton est directement posé sur le mouvement (mains, pieds). L'interdit est directement posé sur l'acte. Comment vit-il, le soir, le fait que son corps, dans un tonus de repos, ne doive pas bouger ? Je me demande si l'absence de mouvements lui donne des angoisses de mort.

Le bâton devient un jouet transitionnel. Il l'accompagne sur son trajet : monter sur le placard, en descendre (il lance d'abord le bâton, objet image du corps) mais il parle également dedans, y regarde avec un oeil, l'autre. Depuis peu, il a des lunettes pour une hypermétropie que l'équipe suspectait. Il soulève ses lunettes, les remet, accomodant ses yeux, fermant ses paupières quand il est ébloui. Il essaye avec deux bâtons et en met ensuite un à une oreille. Il dit que « c'est l'appareil ».

Il le pose contre l'autre où la surdité est totale (il ne dit rien). Il joue avec sa voix (chuchoter, crier) et avec les bruits qu'il fait. Il met l'extrémité d'un b ton à mon oreille pour parler à l'autre bout. Parfois il m'agresse en criant et je lui pose la limite de le lui retirer, dans ces conditions. Le b ton m rialise la relation établie à la fois au niveau visuel et au niveau auditif. Il y a une prise de distance avec le lien par l'auditif. Le béton peut aussi être un contenant pour la voix.

Gwen  l a alors 6 ans. Il  crit : « PAPA-MAMA-OIGIOLI-L'ÉCOLE ». Il s'inscrit en prenant le nom de sa peluche qui pleure m  l   à son nom, lui-même collé à « PAPA-MAMA-L'ÉCOLE ». Il n'inscrit pas sa sœur.

Un deuxième jeu qu'il invente est le jeu du monstre. Face au miroir, il met un tissu sur la tête et vient me faire peur.   cette époque, je lui propose de faire partie d'un groupe de quatre enfants dans une prise en charge, afin de gérer sa peur de ceux-ci et son agressivité. Il en attaque deux en leur tirant les cheveux. Je le reçois avec les deux autres. Il joue tantôt sans eux, reprenant ses jeux, tantôt reprend leurs jeux (rouler par-dessus un tonneau, jouer aux voitures avec les feux rouge et vert, chiper leurs lunettes pour les essayer ce qui le fait tituber avec le flou amené dans le champ visuel) mais je suis parfois amené à contenir son agressivité en l'entourant de mes bras. Il reprend avec eux le jeu du monstre (qui fait peur aussi aux autres, pour de vrai au début) et le jeu de la ma  trese autoritaire. Les deux autres enfants jouent le rôle des élèves à merveille et rient en faisant semblant de pleurer lorsque Gwen   l gronde. Les deux enfants reprendront le rôle du monstre. Gwen   l excelle dans sa représentation de la peur.

Lors d'une séance où nous sommes tous les deux, il dit que je suis le « bébé-lapin » dans le placard. Il tape dessus avec le béton et j'interviens par rapport à la limite. Il prend alors le rôle du bébé à l'extérieur du placard en se couchant dans un grand bac en plastique et en se couvrant d'une couverture. Il me demande de retourner au placard. Je lui dis qu'il peut m'appeler s'il a besoin mais que je reste vigilant. Nous sommes longuement séparés, je l'entends jouer seul. Puis j'entends « papa » ; je me lève et lui dis qu'il a bien dormi et qu'il est resté longtemps seul. C'est la fin de la séance, il va déchirer une feuille et s'en va seul.

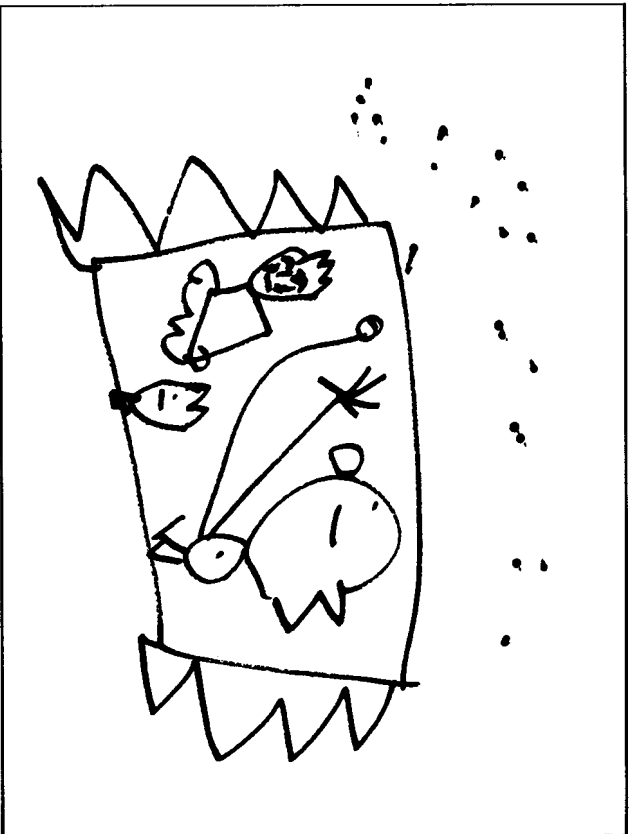
La séance suivante, il rentre dans un tonneau et me dit de m'en aller dans le placard, au fond de la salle. Il arrive en marchant avec le tonneau jusqu'au placard, le couche pour en sortir, ouvre ma porte en me nommant « papa lapin ». Il va ensuite chercher un béton et tape sur le tonneau puis veut m'écraser à l'aide de celui-ci. Je le contiens et rappelle les limites. Il va dessiner deux personnages sur une feuille : « Gouen   l et Mam ». Le « Mam » me semble être à la fois « Mama (n) » et « Mamouel ». Il nomme la séparation de la mère. Son agressi-

vit   est exprimée à la mère, face à cette séparation. Les jeux de rôle s'enrichissent et nous avons des noms pour jouer, différents de nos vrais noms. J'  cris au tableau nos vrais noms et les noms des personnages que nous jouons. Ceux-ci sont reliés par des flèches. Il y a « vrais » et « faux » écrits au-dessus des vrais noms et des faux.   cette époque, l'équipe repère qu'il structure l'espace et le temps.

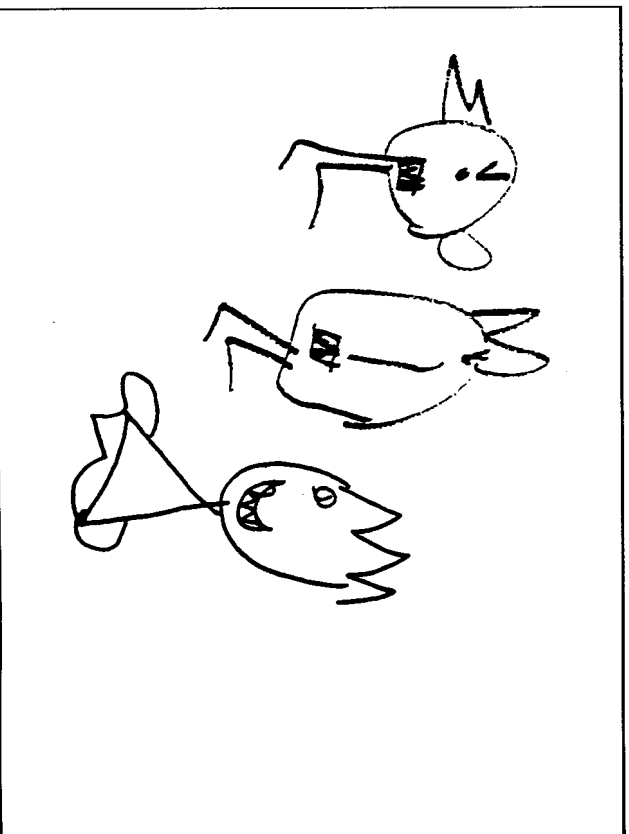
Le jeu du monstre s'enrichit. Je dois jouer le rôle de « Gwen   l » sur le placard et tenir une corde sur laquelle Gwen   l tire, « tu tombes », me dit-il (« je tombe pour de faux, je saute du placard », je lui réponds). Il va dans le placard faire une tour de cubes qu'il fait tomber. Puis il commence à utiliser des marionnettes dans le placard : le chat et le policier qui ont peur. Séance suivante : « Toi t'es Gouen   l, moi c'est Mamouel » ; je dois rentrer dans le placard, lui fait le « O » (le « monstre » qu'il signe parfaitement en langue des signes, les deux mains crispées de part et d'autre du visage. La nomination est proche du bruit émis par le monstre). « Tu as peu », me dit-il, « tu pleu avec (les marionnettes) ». Je comprends, par les marionnettes montrées avec son index, le mot « marionnettes » qu'il essaye d'apprendre à dire avec son corps, sa cavité buccale, sa voix. Puis nous inversons nos rôles, je deviens le « O », puis le « AH ! » (il me donne un tissu à mettre sur la tête), puis le « serpent » (il met tous les tissus sur moi et s'enferme dans le placard avec les marionnettes). Je représente sa monstruosité, son agressivité sans frein qu'il attribue à l'autre, mais aussi l'agressivité p  r  e des autres. Il s'en protège en restant dans le placard et en mettant de la distance avec le jeu des marionnettes.

Il dessine en fin de séance une histoire de Walt Disney avec le « Monstre bleu », « Peine » (ou « Pain » en anglais, c'est-  dire « souffrance », je n'ai pas vu ce film) et « Panique » (ou « Panic » : « peur »), les deux derniers étant deux petits personnages qui ont peur, et enfin « Hercule ». Les trois premiers sont représentés (dessin né 3) contenus dans un carré, le « Monstre bleu » est représenté avec les bras tendus vers les deux autres personnages, dont l'un pleure. Ce dernier est le seul à avoir deux yeux. Les deux autres n'en ont qu'un. Est-ce d   à un dessin de profil ? Ou est-ce d   à la séparation d'un corps pour deux ? Des lignes brisées (agressivité ?) sont à l'extérieur du contenant.

Dans un autre dessin, la même séance, chaque personnage n'a qu'un œil (dessin né 4).

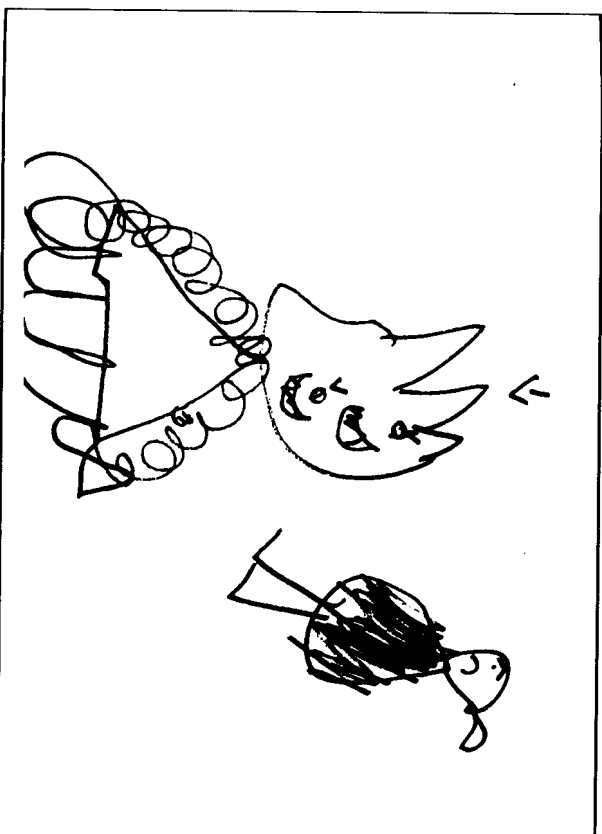


Dessin 3



Dessin 4

Un autre jour (dessin n° 5), le monstre a deux bouches qui rient avec un œil et un sourcil au-dessus de chaque, et il fait face à un seul personnage qui a peur... Seule variante au niveau des commentaires de l'enfant : « Pe (a)in (e) » et « Panic (que) » rigolent quand le « Méchant bleu » fait « hum » et pleurent lorsqu'il fait « ah ». J'ai l'impression d'un corps de méchant pour deux personnages, avec deux bouches lorsqu'ils rigolent et deux fois un œil, et d'un personnage séparé avec une seule bouche et un seul œil. Je réalise cela en montrant les dessins à un collègue.

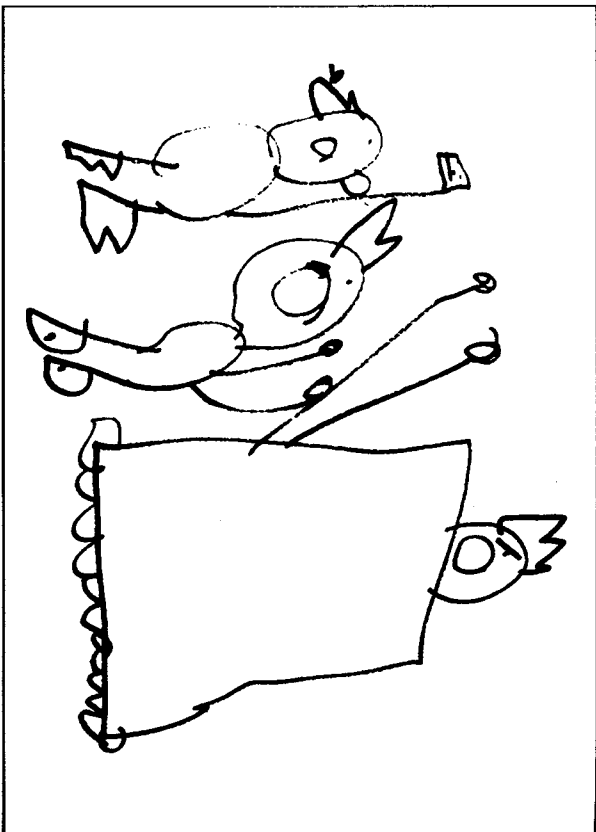


Dessin 5

Les jeux du « aïe » et « contre la fenêtre » ont disparu. Les séances sont construites avec le jeu du « monstre » hors du placard et de l'enfant dans le placard. Les dessins sont faits en série comme un dessin animé de « Pe (a)in (e), Panic (que) et Monstre bleu ». « On va jouer à « Hercule », dit Gwenaél, mais ce super policier n'apparaît pas dans les dessins. Les jeux de Gwenaél, seul dans le placard avec les marionnettes, ainsi que ses passages à l'acte que je limite (avec la craie, l'éponge, la perche sur le plafond, sa voix poussée dans le bâton...) constituent aussi la séance.

Dans le groupe, seul, il fait ses dessins de l'histoire d'« Hercule » ou joue avec les autres aux monstres, à tirer des cordes dans des affrontements ou aux voitures (l'un pousse l'autre, assis dans une bassine). Dans un dessin, à la place de la main d'un des deux petits personnages à un œil, il dessine un visage entier (dessin n° 6). Il n'en dit rien mais essaye de toucher le plafond avec la perche ensuite. « Pe (a)in (e) » et

« Panic (que) » n'ont pas le corps fermé par opposition au « Monstre bleu » qui a un corps carré. J'ai l'impression d'un visage revendiqué au bout de la main du personnage mais c'est un Gwenaël imaginaire que je m'imaginais, lui n'en dit rien.



Dessin 6

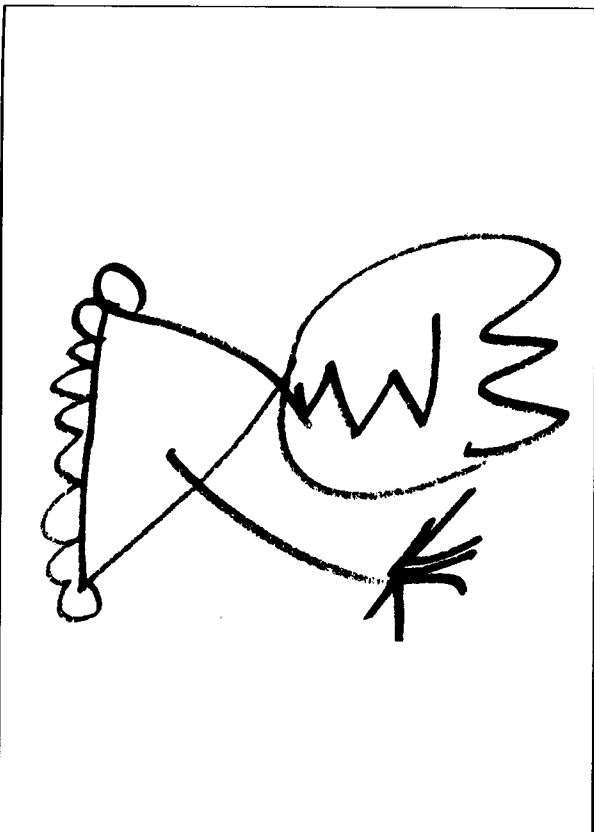
Les jeux de monstre se développent. Le rôle de Monstre est tantôt tenu par lui, tantôt par moi. Celui qui n'est pas le monstre va sur le placard. L'autre est au pied du placard. Il y a émergence de l'agressivité entre les deux : le monstre est contrôlé par Gwenaël, soit en le jouant, soit en m'attachant les mains, en m'attachant à la poignée du placard, en m'ordonnant de dormir etc., lorsque je joue le monstre. Parallèlement, je limite l'agressivité de Gwenaël envers moi. Il propose ce jeu dans le groupe et le monstre se retrouve attaché au placard ou derrière la voiture conduite par les autres. À cette époque, je veille à contenir l'agressivité des enfants. Lorsque je joue le Monstre et qu'ils m'attachent les mains, j'écarte mes poignets afin de pouvoir dégager mes mains facilement et ils ont pu vérifier ma capacité à gérer à tout moment l'agressivité en jeu. Inscrivant les rôles au tableau et le nom de ceux qui les jouent, je sors du jeu pour redonner les limites en les désignant par leur nom hors du jeu.

Gwenaël va parfois dans le placard jouer avec les marionnettes sans permettre aux autres d'en prendre pour jouer avec lui. Un autre jeu apparaît : faire rouler le partenaire qui a pris place dans le tonneau. Je suis bienveillant dans ce jeu qui les fait rire afin que l'un « ne roule pas » l'autre sur la vitesse que nous avons décidée ensemble. Le

tonneau, comme moi, avons là des fonctions de contenance et de constance (Anzieu, 1985, 1994) c'est-à-dire d'enveloppe et de contenant par rapport à l'agression.

Voici les variantes (Hercule apparaît) lors d'une séance entièrement construite autour des dessins. Les commentaires de Gwenaël sont entre guillemets. Mes notes entre parenthèses :

- « Pain, Panic, Musarat (un oiseau ?) et Hercule y va tuer les deux » (le super policier menace les personnages qui ont habituellement peur. Gwenaël interroge la limite entre surmoi et monstruosité).
- « Le Méchant bleu dit "Arrête-toi" » (il dessine ici le monstre, un bras levé pour signifier l'arrêt, dont le visage se fissure en deux mais qui n'a plus d'identité : d'yeux, de bouche, de nez. Dessin n° 7).



Dessin 7

- « Là, c'est "AH AH AH" » (Gwenaël mime l'agressivité).
- « Méchant : "GNAGNAGNA" » (Gwenaël mime la monstruosité freinée) et "hum" » (Gwenaël mime le méchant se contenant. Le GNAGNAGNA reprend les lettres de son prénom comme si la monstruosité lui faisait perdre son identité. Le méchant garde ses dents agressives mais n'a plus de bras et est rayé de deux traits en x, annulé. L'autre personnage lève un bras victorieux avec un grand sourire, il a deux yeux. Gwenaël a ajouté « fin » sur ce dernier. Dessin n° 8).



Dessin 8

Tous les personnages ont le corps fermé. Hercule, représentant de la loi, menace de tuer ceux qui ont peur et semble en cela monstrueux. Le monstre pose une limite : « arrête-toi » et son visage, sans yeux ni bouche, se fissure. Dans la limite qu'il pose, il se transforme. Dans le dernier dessin (n° 8), le personnage victorieux, ayant à côté de lui le monstre qui est rayé après s'être contenu (« hum »), a un visage qui de plus est souriant. N'est-ce pas la victoire sur sa monstruosité que revendique le personnage final ? L'agressivité exprimée puis contenue permet l'accès à l'identité.

Le visage sans identité du monstre qui pose une limite débouche sur la distinction du visage identifiable du héros et celui, annulé, du monstre. Le visage sans identité, fissuré, ressemblait à un œuf qui se cassait, dominant naissance au héros victorieux et le débarrassant de sa monstruosité.

Au retour de vacances de deux semaines, Gwenaél prend une poupée dans le placard et joue le rôle de « robot ». Il dit que le bébé a peur du robot. Puis il me robotise, il est à côté de moi et me dit ce que je dois faire au fur et à mesure : « Mamouel, tu pleures », « Mamouel, tu rigoles », « Mamouel, tu craches », « Mamouel, tu tombes », « Mamouel tu dis bonjour ». Cela m'est difficilement supportable tant il n'y a pas de place pour deux corps, leur créativité et l'expression de l'affect. Cela permet néanmoins à Gwenaél de prendre du recul, de se voir en jouant probablement la mère qu'il trouve exigeante, et de mettre une distance réelle. C'est son problème de développement qui a

entraîné leur relation difficile. Puis il me demande de jouer « le papa de Gwenaél », « i' pleure », « i' rigole », « i' crache », « i' joue avec Adeline » (sa sœur, pour la première fois nommée), « i' joue avec Gwenaél », « i' est en colère : au lit ! ». Je lui dis que cela m'énervé, que j'ai envie de le frapper puis je ris et lui propose un jeu de faire semblant de se taper : il éclate de rire et nous jouons à cela. Les séances s'enrichissent dans les jeux du monstre à tuer. Dans son rôle, il choisira de s'appeler « Eddy » et descendra du placard pour se mesurer au Monstre. Nos corps sont séparés, il y a possibilité de créativité et place pour l'affect (ici, l'agressivité, la haine, la peur). Il y a d'un côté une bonne mère qui rit et de l'autre une mère agressée car elle ne laisse pas de place pour l'affect, pour deux corps.

Par ailleurs, ses jeux dans le placard avec les marionnettes sont plus riches aussi : il y a une marionnette qui le représente, avec des lunettes, qui embrasse une copine de sa classe. Lorsque la marionnette le représentant est avec le policier, il dit : « Non ! chui pas un bébé, chui un grand, toi t'es un monsieur. » Le jeu des marionnettes, il l'appelle « le cinéma ». Gwenaél est plus humain, introjecte les affects, crée des relations, fait la différence entre le réel et l'imaginaire, a un corps et des objets images du corps. Il déchire des feuilles pour séparer son corps de celui de sa mère, exprimant la haine de la robotisation et du surmoi corporel (Sami-Ali, 1984, 1987, 1990 ; Cajal, 1994, 1996, 1999), « tu rigoles, tu pleures... ». Il se coupe d'une relation sans affect pour accéder à un corps différencié. Cela permet de relier pourquoi la relation d'autorité était menaçante : dans la mesure où elle laissait place à une relation de surmoi corporel à l'égard de l'enfant, avec un seul corps pour deux et pas de place pour l'expression de l'affect.

Il faudra quelques mois pour qu'il passe du clivage à l'ambivalence mais il a désormais un désir : « Je veux travailler avec Mamouel », décide-t-il un jour en partant de sa classe, « on va rigoler, Mamouel i' va jouer au Monstre ». À présent, il a également un monde intérieur séparé du monde extérieur. Avant, les deux étaient mélangés. Il peut rester dans le placard fermé pour jouer avec les marionnettes. Il peut rêver parce qu'il a un corps propre réel, il n'est plus obligé d'aller devant la glace pour le présenter, il peut le représenter. Il peut raconter, il y a séparation de ses mouvements et de la parole (orale ou en signes). Le cinéma et les jeux « pour de faux », dit-il à son tour, durent plus longtemps parce que la temporalité s'organise.

CONCLUSION

Gwenaél a pu s'approprier son corps en trouvant le visage d'une bonne mère et en le prenant pour son visage. Dès ce moment, il a pu

établir une relation qui passait par le regard car il trouvait un visage qui lui permettait de trouver son visage. Il a pu identifier la souffrance portée par le visage du thérapeute comme sa souffrance et s'est laissé porter.

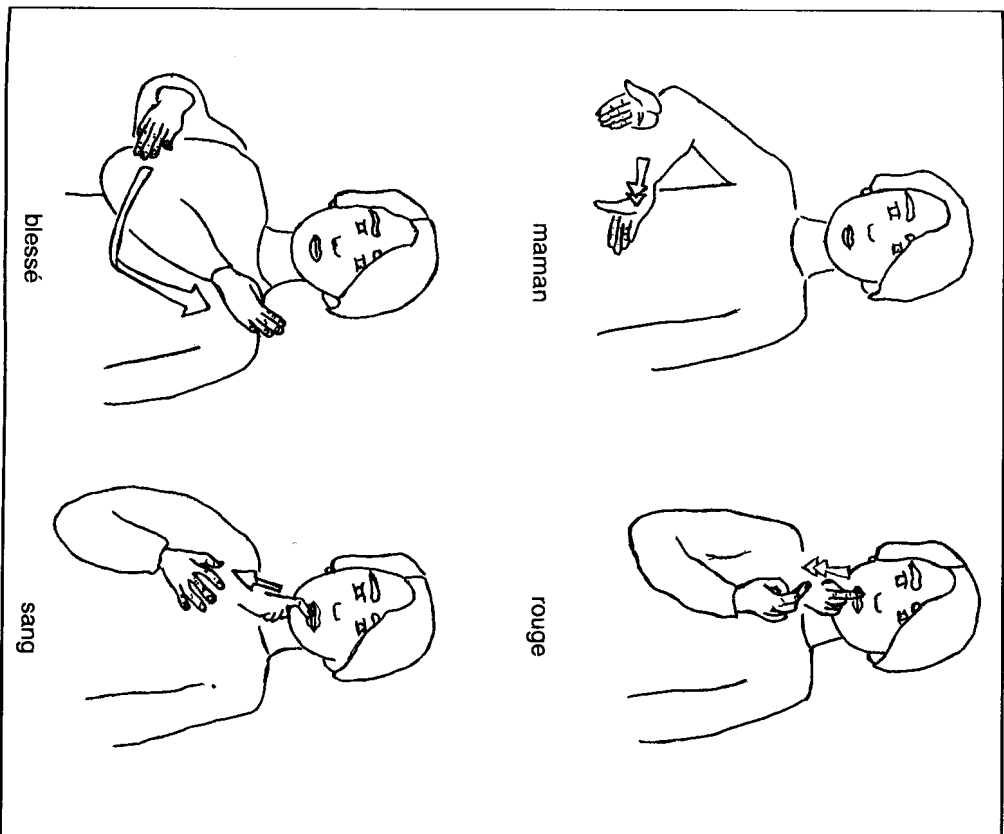
En projetant la sensorialité et la motricité de son corps dans l'espace, Gwenael s'appropriera son corps et, notamment, développera sa vision périphérique et l'ensemble de la rétine. Sans expérience, la rétine s'atrophie. Sans visage qui lui permette de se trouver un visage, l'enfant n'aurait pas de corps réel relationnel. La perception visuelle se développe grâce à la motricité globale et la gestion du tonus par l'enfant. Si l'enfant est face au vide, il s'autostimulera, pour ne pas tomber dans ce vide, par des mouvements répétitifs (les objets, par exemple, que Gwenael faisait bouger à notre première rencontre). Gwenael constituera ainsi son corps réel et des objets images du corps. Plus tard, Gwenael passera parfaitement des épreuves de labyrinthes dont il faut sortir avec un crayon de papier. Il réussira avec la main gauche et l'œil gauche en se fermant l'œil droit avec la main droite. Puis il fera de même, respectant à chaque fois toutes les consignes, avec la main droite et l'œil droit en fermant l'œil gauche avec la main gauche. Il ne trichera pas. Il sera rapide et efficace, le trait étant plus tremblant lorsque l'épreuve est passée à droite.

Ne faut-il pas comprendre l'autisme comme une manière de se protéger face aux impasses que rencontre l'enfant ? Gwenael avait face à lui des visages tenus à distance par une vitre : ceux de ses parents. Ils ne pouvaient créer ensemble une relation chaleureuse par le jeu, le corps, la voix. L'enfant ne pouvait faire sien un visage dont la présence réelle dépendait des soins et des examens. Les parents revenaient habillés par la souffrance, la fatigue et l'impossibilité de penser les capacités de relation de leur enfant dans les diagnostics médicaux contradictoires (leur fils était aveugle puis ne l'était plus mais il était sourd ; son comportement était mis en lien avec des colères puis associé à ses troubles psychomoteurs). Ces contradictions étaient dues à la difficulté de bénéficier de la participation de l'enfant (« entends-tu ce bruit ? », « nous vois-tu ? »), à l'absence d'investissement corporel de Gwenael dans un espace relationnel qu'il n'avait pas créé avec ses parents, à la souffrance physique importante demandant urgence, à l'ensemble des urgences que doivent gérer les personnels hospitaliers peu nombreux mais aussi à la grande complexité des syndromes polymalformatifs.

Gwenael avait un corps qu'il ne pouvait pas bouger. Il devait pour grandir apprendre à se séparer d'un visage absent. La présence de ses parents était perçue par Gwenael avec leur tristesse et leurs pleurs. Il avait alors leur visage terrible et incompréhensible. Le jeu du « aïe, aïe, aïe » a refait le lien avec ces visages qu'il ne comprenait pas pour les

comprendre. Les parents étaient poussés à réparer le corps réel de leur fils pour penser pouvoir établir une relation avec lui.

C'est la création par l'implication de leurs corps qui permet à l'enfant et au thérapeute d'être. Un puis d'interroger leur différence. La circulation de l'affect (la peur, les pleurs, la haine) dans le territoire du jeu ainsi que l'expression de l'agressivité par Gwenael et la maîtrise de celle-ci lui permettent d'accéder à une identité propre qui se fonde dans l'appropriation de son corps réel, base de ses représentations personnelles. Le thérapeute cherche à donner sens aux actes de l'enfant et pose ses interprétations à même le jeu. C'est l'enfant qui les confirmera en les faisant siennes et en les prolongeant grâce à son corps et son imaginaire.



SITUATIONS D'IMPASSE ET OBSERVATION

Par Jean-Marie GAUTHIER

Partis des textes de Freud et de ses hypothèses implicites à propos de l'espace, nous avons montré l'importance et même le caractère crucial que revêt le regard au sein de la relation thérapeutique. C'est bien parce que cette dimension est indispensable au fonctionnement psychique de l'enfant que personne n'a pu imaginer proposer en ce cas une cure sur divan. Intuitivement, tout un chacun comprend que ce dispositif ne pourrait durer longtemps et il serait trop simple de réduire cette impossibilité à un quelconque « besoin de bouger » ; tout chez l'enfant est dans la relation et, de ce point de vue, il est impossible d'ôter une seule des dimensions de cet ensemble sans mettre en difficulté toute forme d'échange.

Sur un plan théorique, poser la question du regard permet de rediscuter l'ensemble des hypothèses freudiennes à propos de ce qu'il faut entendre par « espace psychique » comme entité supposée autonome et isolable de son environnement. Au niveau de la pratique thérapeutique, cela conduit à une remise en cause des bases même de toute interprétation puisque, d'une part, réintroduire le regard en psychothérapie, c'est rendre une place essentielle au corps et que, d'autre part, réintroduire la

relation c'est rendre une place essentielle à l'autre dans la constitution d'un processus de représentation qui ne pourra dès lors plus être conçue que comme une construction. L'interprétation ne peut plus se limiter aux seuls contenus de l'espace psychique du patient mais concerne tout autant ceux du thérapeute aux premiers rangs desquels figurent les représentations qu'il se donne de l'espace psychique. L'interprétation doit concerner aussi bien le corps de deux partenaires que la manière dont ils digèrent et transforment cette situation très particulière que constitue une psychothérapie. Le questionnement de l'espace thérapeutique est lourd de conséquences théoriques et techniques et on ne réintroduit pas le regard sans devoir s'intéresser au corporel et de façon plus générale à l'ensemble des facteurs qui constituent la relation thérapeutique.

Il est vraisemblable qu'en psychanalyse d'enfant, tout particulièrement, la prise de conscience, par le thérapeute, de toutes les dimensions de son contre-transfert s'il y inclut la dimension corporelle, représente l'essentiel de son travail interprétatif. Le regard posé par le thérapeute sur son jeune patient permet à celui-ci de se constituer un visage, c'est-à-dire une identité, grâce à cette sorte de dialectique entre les deux partenaires qui aboutit à l'échange de regards partagés.

C'est la conscience intuitive de l'ensemble de ces phénomènes qui, sans doute, conduit les psychanalystes à ne jamais proposer à un enfant de s'allonger sur un divan. Ceci démontre que, si le regard est essentiel au fonctionnement psychique de l'enfant, c'est que cet « espace psychique » ne peut devenir, ni être considéré comme indépendant de la relation à l'adulte. Si espace il y a, il inclut inévitablement les deux partenaires de l'échange. Ceci doit nous conduire à reconnaître nombre de présupposés de la métapsychologie psychanalytique surtout lorsqu'ils ont trait à la conception solipsiste du fonctionnement psychique. Nous avons montré combien la conception « économique » de la théorie freudienne impose quasi inévitablement une perspective autarcique du fonctionnement de l'espace de nos représentations. Cette autonomie supposée du fonctionnement mental n'est, en quelque sorte, qu'une limite idéale qui définit au mieux ce que serait au fond cette névrose qui fut à la base du raisonnement et du modèle freudien. Il conviendrait donc que, suivant en cela les acquis de la psychanalyse d'enfants, la psychanalyse s'intéresse de plus près aux questions qui touchent à l'organisation spatiale et temporelle de tous ces patients que nous appelons aujourd'hui « border-line » ; il ne serait pas inutile de se demander en quoi, et sur le même mode que les enfants, le fonctionnement psychique de ces patients ne peut acquiescer suffisamment d'autonomie. C'est ce qui expliquerait qu'ils ne peuvent être accessibles à une cure analytique classique qui cherche à décrire l'espace psychique du patient. Leur différence avec les patients névrosés ne résiderait pas tant

dans la nature des fantasmes qui les habitent que dans le traitement particulier qu'ils se donnent, de leur relation à l'autre.

La situation clinique que nous a proposée F. Vermeylen, a montré tout l'intérêt d'une approche qui s'intéresse avant tout à la forme du fonctionnement psychique plus qu'au contenu des fantasmes. Les différences symptomatiques qui séparent nos patients les uns des autres sont sans doute le résultat de ces différences de fonctionnement psychique plus que la conséquence d'une fixation à un complexe fantasmatique dont des traces sont sans doute présentes en chacun de nous. Les fantasmes, comme purs fruits des combinaisons essentielles de l'Imaginaire, ont sans doute comme caractéristique essentielle, de pouvoir être créés, présents en chacun de nous.

C'est ce que démontre ce texte de notre collègue. Elle nous donne un texte d'une grande richesse clinique qui montre comment et combien, le fonctionnement onirique est aussi le reflet du fonctionnement relationnel en général (Sami-Ali, 1999 ; Gauthier, 1998) et que tout travail thérapeutique doit interroger cette dimension sous peine de favoriser l'éclosion et l'enrichissement, chez le patient, d'une dimension de faux self au sein même de la thérapie. Plus que de s'attarder au contenu des rêves de sa patiente, Françoise Vermeylen a choisi de les comparer à l'évolution de la relation thérapeutique. C'est ce qui a permis à la patiente de reprendre contact avec son corps et ses affects. Comme l'évolution de la thérapie le démontre admirablement, c'est au bout de ce processus qu'elle fut enfin capable d'acquiescer un visage qui lui appartenait vraiment. L'impasse thérapeutique était enfin évitée parce que la patiente trouvait enfin un espace d'expression personnelle dans sa thérapie, grâce au fait que tout ce travail lui avait permis d'acquiescer une identité interne suffisante.

À PROPOS DU REGARD PARTAGÉ

Dans la première partie de ce livre, nous avons abordé les difficultés techniques et théoriques que présentent les tentatives d'appliquer un traitement psychothérapeutique à des enfants qui présentent des retards et problèmes importants de développement. Les troubles, qui se marquent dans leurs attitudes et comportements, les rendent énigmatiques ; ce qui, formulé autrement, pourrait être entendu comme le fait que notre intuition contre-transférentielle est mise en difficulté car nous sommes mis en présence de séquences d'interactions qui ne suscitent spontanément pas d'écho en nous, sur la signification qu'elles pourraient avoir. Cette difficulté est accentuée par le fait que la répétition stéréotypée de ce type de comportements dépourvus, à première vue, de signification relationnelle, tend à diminuer notre disponibilité

psychique et à rendre ainsi plus difficiles nos tentatives d'entrer en relation avec ces enfants. C'est dans ces moments que nos interprétations courent le risque maximal de se transformer en interventions techniques répétitives et stéréotypées, à leur tour. Tant il est vrai qu'en l'absence de signification relationnelle, nous pouvons avoir la tentation d'adopter une tendance fâcheuse à nous replier sur des bases théoriques réputées solides mais inadéquates quant à l'objet du traitement. L'accent est mis, alors, sur la validation d'une théorie, d'une pratique plus que sur le nouage d'une relation thérapeutique qui seule, pourtant, pourrait devenir porteuse de sens, mais à terme.

Nous avons montré l'importance en ce cas, pour le thérapeute, de rester attentif à toute modification des comportements et attitudes qui pourraient signifier l'ébauche d'une relation et l'issue du cercle infernal des répétitions épuisantes qui dominaient jusqu'alors. Il lui faut, pour réussir cette gageure, maîtriser un contre-transfert souvent mis à rude épreuve par la répétition de ces attitudes stéréotypées qui sont, par ailleurs, en contraste avec les attentes parentales de voir leur enfant se développer mieux et le plus rapidement possible. C'est pourtant de cette maîtrise du contre-transfert que dépend notre capacité de rester attentif et ouvert à l'enfant en difficulté. C'est aussi de cette manière que nous pouvons espérer que les messages corporels, reçus par l'enfant et que nous ne pouvons nous empêcher de lui adresser, pourront montrer la disponibilité du thérapeute plutôt que son ennui ou désintérêt.

Dans cette perspective, l'appui d'un groupe de travail nous apparaît de plus en plus comme indispensable ; il permet de penser, d'écouter, de prendre distance car il peut, s'il est organisé en ce sens, autoriser la différenciation entre ses membres (Mendel, 1992). La démarche freudienne a indiqué l'espace psychique personnel du patient comme l'unité privilégiée du travail de l'analyste ce qui, par effet de symétrie, autorise et favorise la solitude de l'analyste. À partir du moment, par contre, où le fonctionnement psychique est *a priori* considéré comme un phénomène relationnel, il devient légitime de préconiser l'échange et les ressources groupales comme appui à nos représentations et compréhensions des échanges thérapeutiques. On sait combien, par ailleurs, les analystes sont friands d'échanges entre eux-même si, en fin de compte, ils pensent et souhaitent effectuer leur travail comme s'ils étaient d'irréductibles solitaires. On sait aussi combien les psychanalystes ont des difficultés à gérer sereinement leurs relations institutionnelles.

On voit, à nouveau, combien, en excluant le regard de la cure analytique, et en se fondant sur une conception réaliste de l'espace, Freud a considérablement réduit la complexité et la richesse de la rencontre interpersonnelle et des différents niveaux où elle se produit. La concep-

tion solipsiste du fonctionnement psychique impose une sorte de double solitude de part et d'autre du divan : l'analyste dans son groupe d'appartenance, le patient dans sa cure. De la même manière, on mesure combien et comment la réintroduction du regard devrait conduire à une autre culture psychanalytique déjà appelée de ses vœux par G. Mendel en 1988 ; une culture qui en tout cas ne fasse pas table rase de la dimension collective de nos échanges psychiques. Il n'est pas dans le seul intérêt du patient de critiquer le solipsisme des conceptions freudiennes, car derrière toutes ces questions se cachent celles qui touchent à l'organisation des groupes psychanalytiques, à leur vie interne et aux échanges qu'ils organisent entre eux et on sait que dès le départ cette histoire fut loin d'être simple ! C'est un défi majeur qui est posé au mouvement psychanalytique que de tenter de comprendre les enjeux épistémologiques qui se sont dissimulés derrière des querelles, trop souvent encore, considérées comme des conflits « d'écoles » ou de personnes.

Nous voulons à présent montrer l'intérêt qu'il y a aussi à développer et utiliser nos capacités d'observation dans le cadre de toute activité clinique. Le regard augmente notre disponibilité au patient puisque, comme nous l'avons déjà indiqué, définir une psychologie du geste c'est aussi définir une psychologie du regard. Utiliser le regard augmente inévitablement notre champ d'investigation. Il est vrai que, plus que tout autre système sensoriel, la vision peut nous renseigner sur l'état affectif de nos interlocuteurs. Mais utiliser le regard implique automatiquement que nous soyons nous-même placé sous les feux du regard de l'autre. Le champ est ainsi doublement agrandi. Mais, c'est sans doute aussi de cette façon que nous pouvons espérer que le regard que nous portons sur l'enfant, pourra, un jour, faire l'objet d'un échange réciproque. L'échange des regards possède, en fait, une faculté de multiplication des points de vue, de rencontre et de partage.

LA CRÉATION D'UNE HISTOIRE COMMUNE

Les quatre dernières situations cliniques qui viennent d'être exposées, posent une difficulté thérapeutique supplémentaire à celle à laquelle nous nous confrontons lorsque nous tentons d'interpréter des attitudes et comportements, suivant ce que nous avons défini dans le quatrième chapitre. Ces enfants sont non seulement énigmatiques, mais la relation thérapeutique est d'emblée reprise dans les impasses auxquelles l'enfant est lui-même soumis en dehors de l'espace thérapeutique. On peut dire en effet, tout d'abord, que les situations cliniques proposées par Annie Masson et Catherine Jacquemin, frôlaient, en quelque sorte, l'impasse. Qu'elle ne se soit pas nouée et reproduite dans

l'espace thérapeutique, est la conséquence directe des choix interprétatifs et de la finesse clinique de nos deux collègues. Il fallait éviter, avant tout, de ne projeter sur ces deux enfants que des hypothèses sur le contenu fantasmatique supposé de leur espace psychique, et se concentrer en priorité sur le nouage de la relation thérapeutique. L'impasse se serait refermée sur celle-ci si, à défaut de cette perspective, c'est l'échange verbal qui avait été privilégié. L'évolution de la rencontre thérapeutique est venue, et largement, confirmer les choix thérapeutiques effectués. Dans chacune de ces deux familles, l'échange verbal était frappé soit d'interdit soit de paradoxalité. La mère de Vincent parlait « pour ne rien dire » et elle fut incapable d'entendre ses premiers mots. La maman de Laurent ne pouvait admettre que son fils s'exprime en dehors des espaces temporels qu'elle avait comme prévus à cet effet, estimant, dans le cas contraire, que son fils « n'en faisait qu'à sa tête ». Dans les deux cas, l'échange verbal, bien qu'ardemment souhaité, était ainsi d'emblée frappé de dis crédit ce qui ne faisait que reproduire une dynamique familiale, transgénérationnelle complexe. C'est bien en fonction de ce contexte que l'usage exclusif de la communication verbale par le thérapeute, risquant de conduire tout droit à une reproduction de l'impasse à laquelle l'enfant était déjà soumis dans sa famille.

À chaque fois, le thérapeute a pu donner sens et histoire à un récit personnel et familial particulier parce que l'histoire de la relation thérapeutique avait pu prendre sens pour lui. C'est parce qu'un récit a pu d'abord s'inscrire dans cet espace d'échange, qu'une signification individuelle et familiale des troubles a pu s'élaborer dans un second temps. Tout se passe en effet, alors, comme si le dénouement de tout ce qui jusqu'alors n'était qu'énigme, atteignait et touchait plusieurs niveaux au même moment. La relation thérapeutique est un guide incontournable de l'interprétation parce qu'elle est le modèle, le patron sur lequel viennent se greffer, au moment voulu, des capacités retrouvées de remémoration et d'élaboration. Mais, à la manière dont cela se passe dans la relation mère enfant, c'est d'abord le thérapeute qui fournit l'ébauche d'une signification qui ne sera partagée, par le patient, que dans un second temps. Mais pour le thérapeute et dans ce premier moment, ce qui n'avait été qu'une intuition au départ, un écueil à éviter, prend alors tout son sens ; un peu à la manière de P. Aulagnier (1986), nous pensons aussi que le patient est une sorte d'historien en quête de signification et que le thérapeute en est non seulement le guide privilégié, mais le premier réceptacle.

Dans les thérapies d'enfants et celles de certains patients adultes, c'est de cette façon, grâce à la constitution d'une histoire commune, que les comportements et attitudes diverses, même déviantes, forment le noyau des premières ébauches de significations. On a vu combien dès le début, certaines attitudes des enfants sont des appels à la relation. Ces

comportements peuvent être considérés, *a priori*, comme la reproduction de tentatives, faites par l'enfant, pour essayer d'entrer en relation au sein de son milieu familial. Quand elles deviennent suffisamment explicites, elles indiquent, au thérapeute, le chemin du sens relationnel qu'elles peuvent inclure en elles. Le travail thérapeutique nécessite ainsi que le thérapeute donne sens à des comportements ce qui le place à l'origine d'ébauches de transformations qui ne prennent sens que dans la répétition qui les a précédées. Dans toutes ces situations où l'identité des patients est mal assurée, l'impasse risque de se reproduire lorsque, plutôt que de tenter de comprendre les désordres corporels et comportementaux, le thérapeute s'efforce à tout prix de donner un sens fantasmatique, de résultat d'un conflit interne, à toutes ces manifestations pathologiques. Cette attitude ne conduit le plus souvent qu'à nier, à nouveau, le patient comme sujet, résultat et produit de son histoire ; or comme nous l'avons déjà montré (Gauthier, 1993), ce n'est que dans le temps, la mémoire et donc l'histoire, que se construit notre identité. C'est bien le risque qu'ont évité Nicole Autin et Françoise Vermeulen. Mais il arrive aussi que l'impasse implique d'emblée et inévitablement le thérapeute.

CLINIQUE DE L'IMPASSE

Le concept d'impasse est sans aucun doute une des contributions les plus originales de Sami-Ali au champ de la psychopathologie. Évoquée une première fois dès 1980, l'importance de ce concept, dans l'approche de la psychosomatique faite par cet auteur, n'a fait que croître au point qu'il occupe aujourd'hui une place centrale dans ce modèle : Sami-Ali considère, en effet, que contrairement aux conceptions classiques de la psychosomatique psychanalytique, un accident corporel, une affection, ne peuvent être rattachés au seul fonctionnement psychique interne du patient. Accepter cette hypothèse reconduit, d'ailleurs, tôt ou tard et inévitablement à réactiver les conceptions hystériques de la « somatisation » (Gauthier, 1993, 2001b). Le corps est alors supposé être le lieu d'expression d'un conflit inconscient, ce qui conduit à négiger le corps biologique réel au profit des représentations que le patient se donne de son corps. Le corps réel disparaît ainsi au seul profit du corps imaginaire, ce qui est, au fond, une excellente définition de l'hystérie.

Le concept d'impasse, en insistant sur l'importance de la nature du conflit dans lequel les patients sont engagés, vient compléter une vision multifactorielle de la maladie qui s'intéresse autant à ses déterminants biologiques et environnementaux qu'inconscients sur le plan de la psychosomatique. Dans une perspective plus générale, il rappelle que

l'individu reste au contact et influencé par son environnement et qu'il serait vain de n'envisager la psychopathologie que dans le cadre solipsiste d'une temporalité strictement linéaire qui fut celle de Freud (Sami-Ali, 1990).

Par ailleurs, Sami-Ali a démontré que la psychopathologie freudienne suppose implicitement que tout conflit puisse trouver une solution. C'est en effet ce que postule Freud lorsqu'il parle de la formation d'un compromis pour expliquer la production des manifestations psychopathologiques : chacune des deux instances reçoit satisfaction partielle à ses revendications. On peut d'ailleurs de cette manière montrer et comprendre l'importance de la fonction de l'Imaginaire qui réalise ce compromis : il permet une plus grande souplesse de fonctionnement face aux conflits inévitables que nous rencontrons sans cesse dans le réel, en autorisant la réunion des contraintes dans une même solution fantasmatique (oui/non, aimer/hâïr, dedans/dehors, etc.). Grâce au fait que cette forme de pensée se situe en dehors d'une logique de la non-contradiction, nous pouvons par un travail « d'élaboration psychique » trouver des solutions à des questions qui sinon resteraient sans issue possible. C'est pour cette raison que cette fonction de l'Imaginaire est utile à notre équilibre psychique et que d'une manière plus générale, elle protège notre équilibre psychosomatique ; elle diminue en effet les risques d'être confronté à une situation d'impasse, c'est-à-dire à une situation de conflit sans issue.

STRESS ET IMPASSE

Sami-Ali utilise la notion de stress pour faire le pont entre déséquilibre psychique et somatique. Comme nous l'avons montré (Gauthier, 1993, 2001b) toute théorie qui se réfère aux hypothèses freudiennes de l'économie libidinale s'adresse à un corps imaginaire, à une métaphore qui lui fait manquer la question du corps réel. C'est ce qui rend peu valide ce type de conception dans l'abord psychologique d'affections qui elles atteignent le corps réel, biologique. De la même manière, pour comprendre la conception de Sami-Ali, il faut se tenir strictement à la définition du stress telle qu'elle a été donnée par ses fondateurs, celle d'un concept physiopathologique. Employé sur un plan psychopathologique, il perd en effet sa spécificité, trop dilué pour pouvoir définir quoi que ce soit dans ce champ ; il se limite alors à signifier tout type de contrainte ce qui est décidément trop variable et trop général que pour pouvoir être d'une quelconque utilité clinique. Il s'agit avant tout d'un déséquilibre physiologique provoqué par le fait que l'animal placé en situation expérimentale ne peut échapper, ni détruire ou aggraver le dispositif qui lui était imposé de force. De ce point de vue, on peut dire

que la physiopathologie du stress a été définie et étudiée sur fond d'impasse. À l'instar des animaux de laboratoire, une situation sans issue est une situation que nos patients ne peuvent ni détruire, ni résoudre et à laquelle ils ne peuvent échapper. Les mécanismes adaptatifs habituels restent inopérants et, par la répétition de ces situations sans issue, le déséquilibre hormonal consécutif expliquerait la manière dont une situation conflictuelle peut provoquer une perturbation au niveau somatique.

La transformation la plus importante que ce concept d'impasse a introduite dans nos conceptions psychopathologiques est qu'elle met l'accent sur la réalité externe autant que sur ce que la psychanalyse a appelé la réalité interne ou monde psychique interne du patient. Il faudra, avec l'impasse, tenir compte, désormais, de la nature de la situation conflictuelle à laquelle se confronte un sujet pour comprendre vraiment ses désordres psychopathologiques. C'est ce qui a permis à Sami-Ali de dépasser une conception de la psychosomatique qui restait centrée sur le concept de personnalité pré-morbide, modèle qui avait largement démontré ses propres limites, pour réaffirmer l'importance des facteurs relationnels externes à l'individu. En même temps, cette perspective a réintroduit la nécessité, pour toute approche « psychosomatique » de prendre en compte les déterminants biologiques de la maladie puisque, d'emblée, elle réintroduit le corps réel.

FORMES DE L'IMPASSE

Les causes d'impasses peuvent être de trois ordres. La première est celle qui se produit par cercle vicieux, ce qui évoque, par exemple, toutes ces situations où la solution à un conflit provoque l'activation de celui-ci. Sami-Ali a montré l'importance de ce mécanisme dans les situations de toxicomanies (1987, 1990) et dans la réaction thérapeutique négative. Nous pensons qu'il serait utile de rapprocher ce type d'impasse des situations cliniques telles qu'elles furent décrites par des auteurs tels que Racamier (1978) et Anzieu (1975a et b) sous le terme de transfert paradoxal.

Un deuxième type d'impasse se rencontre dans toutes ces situations dominées par une contradiction logique qui d'emblée empêche toute solution au conflit ; là où une solution est possible, elle comporte en elle-même l'impossibilité de la résolution du conflit. Cette notion d'impasse est assez proche de ce que certains systémiciens ont décrit sous le terme de contrainte en double lien. C'est le type d'impasse qu'on retrouve, par exemple, fréquemment dans les services de médecine, où lorsqu'un malade est soumis aux risques d'une maladie grave et du traitement qu'elle nécessite, il doit en quelque sorte risquer sa vie

pour pouvoir se sauver. Il existe là une difficulté inhérente à l'exercice même de la médecine qui n'est pas réductible à la volonté supposée d'un corps médical qui refuserait d'entendre son patient. Chacun des protagonistes qui se voit placé au cœur d'une situation de ce type, est soumis aux mêmes contradictions inhérentes au développement même des capacités de la médecine à maîtriser l'évolution des maladies. Nous avons décrit ce type de difficulté dans la deuxième édition de notre ouvrage consacré à la dermatite atopique (Gauthier, 2001). Dans un ajout consacré à la thérapeutique psychologique en cas de maladie somatique, nous avons montré que ce type d'impasse se retrouve fréquemment dans toute cure d'enfant atteint d'une maladie grave ou invalidante et que le risque d'impasse augmente avec la gravité de l'affection. Il est en général impossible de choisir une bonne solution et les parents doivent en permanence se déterminer par rapport à des choix thérapeutiques qui restent incertains bien qu'indispensables puisqu'il est impossible, en ce cas, de ne pas « faire le maximum ».

Le troisième type d'impasse est consécutif à une sorte d'ambivalence absolue du patient, face aux solutions possibles de sa problématique. Il ne peut se résoudre à aucune des issues potentielles qui lui seraient pourtant accessibles. Sami-Alli, dans son ouvrage consacré à l'abord psychosomatique de certaines pathologies cancéreuses (2000), a mis en évidence bon nombre de mécanismes de ce type. Ces dispositions ont souvent une origine caractérielle dont le modèle semble avoir été hérité par l'adoption d'attitudes, face aux conflits, transmises de générations en générations. Une autre source est à rechercher dans la survenue de conflits importants dans le passé des sujets, conflits auxquels aucune solution n'a pu être trouvée et qui continuent ainsi à être actifs plusieurs années après les faits traumatiques ; en oblitérant d'emblée, chez les sujets, toute possibilité de rechercher une solution, ils fonctionnent comme une sorte de modèle qui peut aussi être à l'origine de leur caractère traumatique chronique puisque tout concourt en ce cas à la répétition. De plus, les deux sources ne s'excluent pas puisqu'en quelque sorte, c'est l'absence de solution imaginaire qui conduirait à une survalorisation et une prédominance d'attitudes caractérielles. Nous sommes de ce point de vue assez proches de W. Reich (1933) même si la principale des difficultés qu'a rencontrée cet auteur, était de tenter de mettre en accord ses intuitions cliniques avec la théorie économique de la libido. Il s'est placé ainsi, lui-même, directement, en situation d'impasse dont il n'est pas interdit de penser qu'elle a eu une influence considérable sur son évolution intellectuelle et clinique ultérieure.

L'impasse est ainsi présente d'emblée dans la thérapie d'Élise comme dans celle de Gwenaél. Les moments de rencontres potentielles sont furtifs et peu explicites et le thérapeute doit sans cesse faire appel à son intuition. Cette difficulté est particulièrement présente dans la

thérapie d'Élise. On peut dire que tout son cheminement thérapeutique a été marqué par le fait que sa thérapeute a bien perçu des ébauches de relation, ce qui aurait pu la mettre sur la piste d'une signification. Mais en même temps, il lui fut impossible d'acquiescer la moindre certitude à ce propos. Les hypothèses qu'elle se donne et s'autorise, sont et restent incertaines parce qu'à tout moment et à tout propos, d'autres manifestations et comportements semblent vouloir contredire les ébauches de signification qu'on aurait pu, jusqu'alors, construire. Tout se passe comme si le thérapeute devait rester incertain et comme mal assuré face à des manifestations où tout évoque la contradiction potentielle. C'est dans ce contexte que Berthe Eidelman fait référence à l'existence chez son patient d'un affect paradoxal : tout rapprochement serait en même temps vécu comme un éloignement et une séparation, ce qui pourrait donner la mesure de la difficulté technique à laquelle le thérapeute est soumis en de telles situations. Mais là, à nouveau, se pose la question de savoir si cette construction n'est pas le seul fait du thérapeute : il est toujours possible, en effet, que l'affect ne concerne que le thérapeute et que le problème d'Élise soit avant tout la conséquence du fait qu'elle a une difficulté énorme et très spécifique à vivre et reconnaître ses affects. Comment être sûr que la construction que nous donnons de son vécu possède quelque validité ? La question est redoutable si elle se limite à tenter, selon le modèle de la psychanalyse freudienne, de définir le seul « vécu interne » d'Élise.

On voit bien cette difficulté de construction d'un affect partagé entre Élise et sa thérapeute autour de la question de savoir ce que pouvait signifier son « coup de pied ». Bien sûr il est tentant de vouloir y déceler de la jalousie et de l'agressivité mais à nouveau il est bien difficile à la thérapeute d'identifier, à coup sûr, un affect particulier sur le visage et dans les gestes d'Élise. En fait, cette question se pose fort différemment si plutôt que de tenter de définir le vécu propre à Élise, nous nous demandons, pour rester fidèle à notre méthodologie de base, ce que la thérapeute peut et va faire de son vécu intuitif initial.

Malgré toutes les difficultés qu'elle rencontre dans ce travail thérapeutique qui semble bloqué de toute part, Berthe Eidelman tente avant tout de comprendre pourquoi il lui est si difficile d'entrer en relation avec Élise. Elle ne se demande donc pas pourquoi Élise refuserait d'entrer en contact avec elle. C'est à ce niveau que peut s'opérer une sorte de transformation radicale des conceptions que nous nous donnons de ce que nous considérons comme une intervention thérapeutique. La seule position défendable, face à une telle multiplication d'énigmes, est, en effet, de garder toujours l'interrogation du côté du thérapeute : que ressent-il, comment peut-il le comprendre et éventuellement le communiquer au patient. C'est cette attitude qui permet d'éviter le piège qui réside dans l'utilisation qui est faite actuellement

du concept d'identification projective ; dans cette perspective, on attribue en effet tout effet d'obscurité, de confusion ou d'extrême ambivalence, au seul patient. Ce point de vue, qu'on peut d'emble qualifier de très problématique sur le plan épistémologique, reformule toute question sur elle-même au lieu même où elle pourrait surgir. Outre le fait qu'il est toujours parfaitement possible que ce soit le thérapeute qui soit à l'origine de ces moments de grande difficulté, les psychanalystes font à chaque fois l'économie de toute interrogation sur l'origine de leurs intuitions, et de la construction de leurs représentations à partir de celles-ci. L'intuition domine sur les rigueurs qui devraient s'attacher à l'étude de leur genèse et de leurs transformations. C'est ce qui rend leur travail collectif impossible car ils sont sans cesse renvoyés à leur stricte individualité et c'est ce qui, d'un autre côté, maintient la théorie apparemment intacte alors qu'elle est sans cesse de plus en plus fragmentée par les diverses opinions, les plus individualisées. L'échange et la comparaison deviennent impossibles et les opinions à l'allure fortement scolastiques peuvent fleurir.

Berthe Eidelman, de son côté, arrive peu à peu à se demander si en fait elle n'est pas sans cesse en décalage affectif par rapport à sa jeune patiente. L'affect circulerait soit trop rapidement soit infiniment trop lentement entre Elise et elle-même, au point qu'il pourrait disparaître sans autre raison que de s'effacer lui-même. Son hypothèse sur la présence de troubles du rythme chez Elise est remarquable car elle allie à la fois ses observations cliniques parfois les plus futures et les plus incertaines, avec certaines évidences de son contre-transfert : elle risque à tout moment de sombrer dans l'ennui et le désespoir alors qu'elle est au cœur d'une thérapie dominée par des répétitions qui sembleraient pouvoir se reproduire à l'infini. C'est du contraste de ces deux perceptions qu'elle élabore son hypothèse qui, de plus, expliquerait parfaitement la façon dont elle est figée, comme sa patiente, dans une impasse serrée. La question technique serait alors de savoir comment elle pourrait s'ajuster à cette manière fort inhabituelle et très complexe de traiter les affects.

Pour Manuel Cajal, l'impasse est d'emblee omniprésente ; elle se révèle dans toute son ampleur, lorsqu'il fait l'hypothèse que pour retrouver la chaleur du contact maternel, Gwenael s'accroche à la surface froide de la vitre. Il a dû connaître ces moments où la présence était, dans le même moment, absence et où, au lieu de trouver les yeux d'une maman pour y chercher son reflet et son identité, et il n'a sans doute pu se confronter qu'à l'angoisse, la honte, la culpabilité et l'affect dépressif. On pourra critiquer ce jeu où Manuel Cajal fait exister son patient à travers des traits de marqueur jetés sur une figure qui pourrait représenter le visage de l'enfant et lui indiquer sa souffrance. Il est certain que tout autre thérapeute aurait pu faire d'autres propositions et

il ne peut dès lors être question de tenter de déterminer laquelle de ces représentations aurait eu le mérite d'être incontestablement la meilleure. Ce qui compte avant tout est de montrer la valeur de transformation que cette représentation va inaugurer au sein même de l'espace thérapeutique.

Ce jeu spontané et parfaitement intuitif inauguré par Manuel Cajal a sans aucun doute eu la qualité de traduire de façon la plus précise qui soit, la manière dont lui, à ce moment pouvait, voir, regarder et se représenter son jeune patient. C'est sans doute dans la lecture de ce message affectif clair et non ambivalent que Gwenael a saisi une première ébauche d'identité. La construction de ce socle représentatif unanimement partagé par chacun des deux partenaires, a fourni la base nécessaire au développement d'une histoire thérapeutique qui leur a permis de redécouvrir les tourments qui avaient sans doute été ceux de l'histoire de ce jeune garçon. C'est bien dans le regard porté par le thérapeute sur l'enfant que se constitue la possibilité même d'un espace thérapeutique, c'est-à-dire d'un espace où des affects peuvent être échangés en lien avec des représentations.

Nous ne pensons pourtant pas que toute représentation soit, en cette matière, équivalente à toute autre et il est certain qu'il faut considérer que les messages envoyés à l'adulte par l'enfant occupent une place fondamentale dans la constitution de ces ébauches de représentations et d'identité. Elles ne sont pas le fruit d'un pur hasard ni le résultat d'une pure subjectivité isolée. Ces messages sont des ébauches et/ou des résidus, devenus confus, de messages affectifs corporels dont nous sommes tous porteurs en raison de leur universalité potentielle. Comme nous l'avons montré dans le quatrième chapitre, et à la suite de K. Lorenz, nous pensons que les liens affectifs et les modifications corporelles qu'ils comportent, possèdent une valeur anthropologique universelle parce qu'ils assurent des fonctions biologiques essentielles à la survie de notre espèce. C'est pourquoi ils sont puissants, inévitables et efficaces parce qu'ils donnent lieu à des échanges qui ne demandent pas nécessairement ni échange verbal, ni prise de conscience. Tout se passe en effet à la manière dont nous réagissons spontanément face à un nourrisson : notre attitude corporelle se modifie, nos gestes deviennent à la fois plus lents et amples en même temps que plus répétitifs et rythmés. Notre ton de voix change tout autant que les mots que nous utilisons ; ils deviennent en effet bizarres et n'ont plus grand-chose à voir avec la langue des signifiants et du signifié mais correspondent à ce que nous appelons la langue maternelle.

Il nous semble ainsi de plus en plus évident que dans ce type de situation d'impasse, la multiplication des points de vue est essentielle. Face à ces ébauches de communications affectives, il n'est pas inutile que plusieurs adultes se confrontent aux messages de l'enfant et qu'ils

comparent ensuite leurs observations. Ils pourrout, ainsi, quasi toujours constater qu'ils ne voient pas la même chose ce qui peut conduire à de nouvelles hypothèses ; puisque la différence ne peut provenir que de l'enfant ou du thérapeute, toute recherche à ce sujet place, d'emblée, la discussion sur le plan de la relation. Mais ils constateront, en même temps, que l'enfant présente une sorte de fond commun relationnel ; c'est sur une base de ce type que peuvent lors se construire des hypothèses mieux étayées. Le saut qui, du permanent, va à la reconnaissance des différences, introduit automatiquement une dynamique potentielle là où ne semblent se manifester que répétitions à l'infini.

C'est la raison qui nous conduit à poursuivre nos échanges en groupe. Ces difficultés techniques spécifiques justifient pleinement l'introduction de modifications dans nos dispositifs thérapeutiques ; comme nous allons le montrer, il est fort utile, sinon indispensable, de faire appel à des méthodologies d'observation et à des échanges réguliers en groupe où tous les thérapeutes concernés auraient l'occasion de faire le point de l'évolution de leurs travaux et investigations. La multiplication des points de vue passe par l'échange entre plusieurs intervenants et l'introduction de méthodes différenciées dans la prise en charge de ces patients. Le groupe et l'observation sont sans doute irremplaçables pour permettre à chacun de prendre distance et, en même temps assurer la multiplicité des points de vue, ce qui n'est sans doute que deux manières d'indiquer une même méthodologie de travail : pour se confronter à l'impasse et éviter qu'elle n'absorbe à son tour le travail thérapeutique, il est nécessaire de diversifier au maximum les perspectives selon lesquelles nous abordons ce type de problématique.

GROUPE ET TRAVAIL DE L'IMPASSE

L'impasse constitue ainsi le risque majeur de toute forme de thérapie puisqu'à tout moment celle-ci peut être reprise et récupérée comme une forme nouvelle et supplémentaire d'un conflit sans issue. Comme nous venons de le voir, il est très difficile pour le thérapeute de percevoir et de comprendre que les difficultés techniques auxquelles il se confronte, sont la conséquence du fait qu'il vient buter sur une impasse. Toute hypothèse à ce sujet ne peut, sans doute, être constituée que dans l'après-coup d'échecs répétés. La mise en cause radicale de toute visée thérapeutique par l'impasse, explique combien il est alors difficile de rester disponible au patient. Depuis que notre groupe de travail existe, nous avons appris à mesurer l'importance d'une approche groupale face à ce type de difficultés. Nous avons compris combien la pratique habituelle des psychothérapeutes et des psychanalystes, depuis leurs

premiers moments de formation jusqu'à leurs échanges et organisations institutionnelles, reste complètement dominé par une volonté individualisante. Il n'est pas impossible que subsiste là quelque résidu d'une vision assez romantique du travail du thérapeute : seul face aux forces incontrôlées de l'Inconscient, il assume une figure de héros face aux éléments déchaînés.

Il serait assez intéressant de voir si, dans une large mesure, la difficulté pour les analystes de trouver un langage commun n'est pas la conséquence directe de cette sorte d'idéologie. La parcellisation extrême du savoir et du « discours » analytique rend aujourd'hui toute confrontation hasardeuse car il faut, dans un premier temps, s'expliquer à propos des concepts et des points de vue utilisés. On peut se demander si cette tendance n'est pas elle-même la manifestation d'une impasse au sein de la théorie analytique plutôt que le résultat de facteurs individuels inévitables. À réduire l'individu à n'être qu'un fonctionnement psychique replié sur lui-même et dont le trouble potentiel trouve ses racines dans le passé, cette théorisation produit, en fait, un nouveau paradoxe : si ce trouble fixé dès l'enfance reste insensible aux influences externes, quelle pourraient, dès lors, être la place et l'influence de l'analyste dans l'évolution de ce système, en quelque sorte fermé ? Comment penser le rôle et les instruments de transformation potentielle dont pourra disposer l'analyste ? Cette difficulté du rapport à la réalité externe se retrouverait dans la difficulté, pour les analystes, de garder un langage commun mais aussi des lieux d'échanges.

On le voit, à réduire l'individu à n'être que la manifestation d'un fonctionnement psychique interne, le résultat d'un passé qui tend inexorablement à se répéter, la théorie psychanalytique classique rend problématique son propre apport à toute théorie de la psychothérapie en général puisqu'elle tend à invalider *a priori* toute idée même d'intervention. La question des facteurs qui concourent à la transformation du patient, reste d'ailleurs assez largement ouverte au sein même des approches psychanalytiques. Ce que nous voulons souligner ici, c'est que la question de la place des facteurs de réalité externe dans notre vie psychique est étroitement liée à celle de l'altérité dans le fonctionnement mental et que, comme nous l'avons montré, la place de l'autre est intimement liée à la conception de l'espace que nous donnons au fonctionnement psychique. Ces trois dimensions sont ainsi étroitement associées et on ne peut rendre de compte de la place de l'autre dans notre espace mental, sans remettre en cause la vision freudienne de l'espace et ses hypothèses « économiques ». Comme nous l'avons vu au premier chapitre, cette vision de la psychopathologie est cause et conséquence, à la fois, d'une conception réaliste de l'espace et du temps qui ont conduit Freud à construire le dispositif particulier de la psychanalyse qui est encore le sien aujourd'hui. Cette conception, qui

l'a d'ailleurs poussé à proposer que la psychologie collective ne soit en quelque sorte qu'une psychologie appliquée à partir des concepts fondamentaux du fonctionnement psychique individuel, est sans doute à l'origine aujourd'hui des difficultés de fonctionnement des institutions psychanalytiques. Les psychanalystes dans leur grande majorité restent sourds aux difficultés de la vie psychique collective ; leur compétence dans le domaine de la psychologie individuelle ne les rend en rien plus compétents que d'autres dans ce qui touche aux organisations collectives.

L'ensemble de l'œuvre de G. Mendel, mais plus particulièrement son livre intitulé *La Psychanalyse revisitée* (1988), a montré les limites de cette perspective sur le plan de la métapsychologie freudienne tout d'abord. Il en a aussi montré les risques sur le plan du fonctionnement psychique des analystes eux-mêmes. Le psychanalyste enfermé dans son bureau face à un patient qu'il ne voit pas, devient un être dont l'insertion sociale et collective tend à diminuer au point de le conduire à négliger cet aspect, pourtant essentiel, non seulement de notre fonctionnement mental mais aussi de notre réalité humaine dont nous savons bien qu'elle est avant tout groupale. C'est cet ensemble de contradictions qui sans aucun doute nourrit la difficulté que rencontrent aujourd'hui les analystes à s'organiser en groupes ; c'est-à-dire à constituer ces institutions en groupes de travail où il serait possible d'échanger à propos des expériences cliniques, de construire des modes de savoir et d'évaluation communs. On voit comment d'idéologie de bas de Freud que l'a conduit à supprimer le regard du champ de l'échange psychothérapeutique constitue, en quelque sorte, une bombe à retardement au cœur même de la psychanalyse, à la fois sur le plan théorique comme sur le plan institutionnel.

La question qui se pose, de toute façon, est de savoir comment nous pouvons modifier nos modes d'interventions thérapeutiques pour pouvoir faire face dans les meilleures conditions possibles à ces situations d'impasse auxquelles la clinique nous confronte. L'impasse en effet et définitivement en crise nos capacités individuelles de compréhension et d'identification aux protagonistes de la série d'interactions qu'elle organise. Le retour inexorable au point de départ, l'incapacité radicale à esquisser toute ébauche de solution, constituent deux points d'appel importants à diverses tentatives et manœuvres, plus souvent inconscientes, qui visent à arrêter le processus thérapeutique. Nous avons montré qu'il était tout d'abord indispensable que le thérapeute interroge son contre-transfert et en particulier celui qui le trait à son propre corps. Nous avons insisté sur l'importance d'un travail en groupe qui autorise la différenciation de ses membres. La différence des avis et intuitions est la meilleure garantie pour que les aspects contradictoires et paradoxaux de la situation d'impasse puissent être

pris en considération, entendus et si possible transformés en représentations. S'il y a en effet au moins deux points de vue, deux perspectives irréductibles, au cœur de toute impasse, il est sans aucun doute plus facile que cette opposition soit soutenue par deux personnes différentes plutôt que d'être contenues à l'intérieur d'un seul et même individu. S'il nous semble essentiel qu'une forme de travail de groupe puisse s'établir, c'est qu'il est certain que les différentes formes de personnalités qui constituent un groupe, sont une source précieuse d'interrogation et de questionnement. Chaque membre de ce groupe de travail peut être sensible, en fonction de sa personnalité, à un des aspects de la problématique qui par contre sollicitera moins un autre. Nous pensons d'ailleurs que c'est pour répondre à cette nécessité, que bien des analystes attachent une telle importance à l'échange avec des collègues dans les situations difficiles.

C'est ce principe de non-recouvrement des zones de sensibilité que nous utilisons dans notre groupe de travail depuis maintenant près de huit ans. Il est sans aucun doute à l'origine du plaisir que nous avons à partager ensemble nos expériences thérapeutiques. C'est de la richesse que nous y trouvons, dont ce livre veut témoigner. Il nous apparaît de plus en plus comme un outil indispensable lorsque notre travail thérapeutique nous confronte à des enfants soumis à des impasses telles que nous venons de les décrire. De nouveau, nous n'innovons pas en la matière puisque G. Mendel, et ceux qui ont travaillé avec lui au sein du mouvement sociopsychanalytique, ont forgé les outils nécessaires à la compréhension de l'importance des enjeux qui circulent au sein des organisations et dispositifs institutionnels. Ces concepts devraient nous rendre aptes à promouvoir cette démarche de recherche plus collective dans le sens que nous avons indiqué. Disons ici simplement, comme l'a montré G. Mendel, que le dispositif que nous donnons à nos organisations, possède une force et un pouvoir insoupçonné ; nous dépendons bien plus de ce dispositif pour améliorer les potentialités de notre travail collectif que de notre bonne volonté individuelle. Le dispositif détermine de manière essentielle, non seulement la forme mais le contenu même des débats que nous organisons. Il est donc essentiel de réfléchir à ces questions et il est quasi sûr que, pour pouvoir évoluer, le travail des analystes doit devenir plus collectif.

Nous voulons à présent y ajouter une autre dimension, celle de l'observation. L'organisation et la mise sur pied d'un travail de groupe associé à des techniques d'observation, auraient l'avantage inestimable de multiplier les points de vue à propos de tout type de dysfonctionnement.

PARTIE 3

REGARDER, VOIR ET ÊTRE VU

LE REGARD DE LA RÉFLEXION

L'OBSERVATION

UN OUTIL DIDACTIQUE, DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Par Jean-Marie GAUTHIER

C'est en raison de ce même principe de non-recouvrement des zones individuelles d'intérêt et de questionnement que, de plus en plus, l'outil de l'observation nous semble indispensable : il s'agit de multiplier les points de vue à propos de toute situation qui nous est proposée.

Comme le rappelait C. Geissmann (1992) l'observation des jeunes enfants a depuis fort longtemps intéressé les psychanalystes. Il est vrai, de plus, que l'intérêt pour cette approche de l'enfant dans le courant psychanalytique a connu un développement important ces dernières années. Nous pensons que cet intérêt est évidemment la conséquence du fait que les psychanalystes d'enfants se sont intéressés à des enfants de plus en plus jeunes, jusqu'à développer même une sorte de travail psychanalytique avec le nourrisson. Il est devenu, dans ces conditions, inévitable que des questions, à propos du développement du bébé, se posent aux praticiens qui se sont risqués dans cette nouvelle voie de la psychiatrie de l'enfant. Ils étaient, de façon concrète, et de plus en plus

précoce, confrontés à des bébés dont il faut bien reconnaître qu'il est bien difficile d'évaluer *a priori* « le fonctionnement psychique », si on reprend les schèmes classiques de la psychanalyse. Ces enfants, d'une part, ne maîtrisent pas le langage et, d'autre part, sont très dépendants de leurs parents. Et si la santé mentale des bébés dépend de celle de leurs parents, il est incontestable que quelle que soit la nature et la qualité des fantasmes que le psychisme de ceux-ci renferme, c'est bien dans les gestes qu'ils adressent concrètement, matériellement, à leur enfant que cette qualité de bien-être ou de déséquilibre sera transmise. Se pose alors le problème de savoir s'il vaut mieux travailler concrètement sur le comportement des parents pour aider un enfant, comment le faire et comment modifier éventuellement ces attitudes ? Questions qui laissent, par ailleurs, en suspens celle de la place de l'intervention psychanalytique, plus classique, interprétative, dans l'ensemble d'un dispositif qui doit être entièrement repensé. Comment en ce cas penser notre intervention sur les fantasmes et autres représentations psychiques des parents ?

Au premier rang des exigences que toute intervention de ce type doit rencontrer, il faut tenir compte d'une sorte d'inévitable urgence temporelle. Il faut en effet évaluer toute intervention en ayant en tête que le temps nécessaire à un changement, ne doit pas excéder la durée de manifestations de certaines phases sensibles du développement. La croissance physique et psychique du bébé est très rapide ; la quantité d'informations qu'il reçoit et qu'il transforme dans la première année de sa vie est telle que, si on veut tenter de lui éviter quelque forme de malaise ou de déséquilibre, il est préférable d'intervenir assez rapidement.

D'autre part les recherches neurobiologiques faites sur le nourrisson ont complètement transformé l'image que nous en avions. Les travaux effectués en cette matière, de plus en plus nombreux et mieux documentés, ont radicalement transformé notre conception du nourrisson au point qu'il n'est plus possible de conserver le paradigme freudien en cette matière à moins de refuser tout apport et tout acquis de ces recherches. Un seul exemple suffira à illustrer ce propos. Il est devenu évident que le bébé suce son pouce dès avant la naissance et il est difficile dans ces conditions de continuer à penser que ce comportement est lié au plaisir consécutif à l'alimentation comme le proposait Freud. C'est ainsi tout un pan de la théorie de l'étayage de la pulsion libidinale sur les fonctions biologiques qui est remis en question et, de cette façon, c'est l'ensemble de la validité même du modèle pulsionnel freudien qui doit être rediscuté.

Ce modèle fut remis en cause dès les années soixante par les recherches de Harlow sur les singes rhésus. Il démontra de façon indiscutable que les jeunes singes recherchent plus la qualité du contact cutané dans

leurs besoins d'attachement que la source de satisfaction de leur besoin alimentaire : quand en effet la satisfaction alimentaire est donnée par le mannequin en treillis de fer, les jeunes singes ne s'y accrochent que le temps nécessaire à l'alimentation pour se réfugier le reste du temps sur le mannequin pourvu de poils auxquels ils peuvent s'agripper. Il devient difficile, dans ces conditions, de maintenir l'oralité freudienne au centre du développement de l'enfant.

HEURS ET MALHEURS DE L'OBSERVATION PSYCHANALYTIQUE

Il convient aussi de rappeler que très tôt dans le mouvement psychanalytique et en particulier en Grande-Bretagne et en Russie (Elkind, 1993), des tentatives ont été effectuées afin de tenter d'organiser l'éducation des enfants en fonction des grands principes issus de la pensée psychanalytique. Toutes ces tentatives se sont accompagnées de recherches diverses qui concernaient le développement de l'enfant, au sein de celles-ci, l'observation a toujours occupé une place importante. Il est sans aucun doute trop facile, comme le fait A. Nakov (1992) de réduire ces tentatives à n'être qu'une sorte de mythe, mort avant que d'exister vraiment et sur les ruines duquel se serait imposée l'observation psychanalytique de l'enfant. Comme le rappelle J. Magagna (1987), c'est à la demande de Bowlby lui-même, alors président de la Société britannique de psychanalyse, que E. Bick a développé une méthodologie connue sous le nom d'observation directe et qui est actuellement le plus souvent associée aux termes d'observation en psychanalyse. Mais il a toujours existé des tentatives faites par des analystes pour observer le développement des enfants et il serait faux de les réduire à la seule méthode d'E. Bick. Il est assez fascinant de constater que cette méthode fut introduite dans la Société britannique à l'époque où la lutte entre M. Klein et A. Freud faisait rage, par une analyste d'origine polonaise qui, avant de se réfugier en Grande-Bretagne, avait présenté à Vienne une thèse sur le développement social des enfants jumeaux. Freud, bien que fondant toute sa théorie sur l'importance des expériences infantiles, a peu observé d'enfant réel ; il a utilisé des exemples tirés de la vie quotidienne pour étayer ses hypothèses sur le développement de l'enfant et, à plusieurs reprises, il a invité ses collègues à observer pour en retirer des indications théoriques et pratiques mais il n'a jamais précisé les modalités pratiques de cette observation qu'il appelait de ses vœux.

L'histoire de l'observation par des psychanalystes, ou dans le cadre de la psychanalyse, est, donc, une histoire très ancienne. D'emblée,

cette pratique de l'observation fut utilisée dans deux buts parfaitement distincts. Il s'agissait d'une part de tenter de valider et de vérifier les hypothèses sur le développement qui avaient été construites à partir de la cure de patients adultes, d'un autre côté il devenait, du même coup, possible d'interroger la validité même des concepts et théories psychanalytiques. Comme nous allons le montrer, c'est bien cette deuxième perspective qui a suscité et suscite encore bien des polémiques dans les milieux analytiques.

Une des pionnières en matière d'observation fut Anna Freud, et nous ne pouvons que renvoyer à ses articles et ouvrages divers qui indiquent parfaitement bien quelle pouvait être la place de l'observation au cœur de la théorie et la pratique analytique dès les années 1940. Anna Freud s'est en tout cas largement orientée dans la direction d'une formation à la psychanalyse d'enfants qui aurait compris une formation à l'observation. Il est d'ailleurs important de souligner combien les circonstances de l'histoire du XX^e siècle ont favorisé ce développement de l'observation psychanalytique. Comme Anna Freud le rappelle tout au long de ses textes, c'est en quelque sorte les événements qui ont poussé les analystes à développer cette approche. Ils étaient en effet confrontés à l'afflux d'un grand nombre d'enfants orphelins en raison du conflit mondial qui sévissait à cette époque. Ils ressentirent ainsi vivement la nécessité d'apporter, d'urgence, une aide psychologique à ces enfants vivant dans des conditions difficiles, avec l'aide d'un personnel très motivé mais peu formé à la psychologie du développement. C'est dans ce cadre que l'observation du bébé connut ses premiers développements importants.

D'emblée, Anna Freud a constaté que l'observation avait certainement comme première vertu de rendre le personnel et les futurs analystes plus disponibles à l'enfant, ce qui, dit en termes psychanalytiques classiques, pourrait se formuler de la manière suivante : dès le début, Anna Freud a pu constater que la mise en place de processus d'observation permettait aux observateurs de mieux maîtriser leur contre-transfert lorsqu'ils étaient confrontés à des enfants en difficulté de développement. La technique était en fait quelque peu anarchique mais peu à peu et notamment grâce, semble-t-il, aux travaux de Ernst Kris, la pratique de l'observation s'est considérablement développée et s'est précisée dans ses enjeux également.

On associe à cette époque à la fois des observations globales à des observations plus ponctuelles. Les observations portaient à la fois sur des enfants mais aussi sur les interactions que l'enfant avait avec son environnement. L'observation semblait donc d'emblée posséder à la fois de grandes vertus dans la formation des intervenants et tout particulièrement des psychanalystes. De plus, certains analystes en attendaient des confirmations de la théorie analytique construite à partir de

situations de cure et, très vite évidemment, s'est posée la question de l'adéquation entre ces hypothèses issues des cures analytiques et ce qui était observé sur le terrain de la pratique analytique avec les enfants.

Anna Freud, bien que prudente, n'hésite pas à de nombreuses reprises à mettre en question certaines de ces hypothèses. Une autre façon d'utiliser l'observation, est de reconstituer à partir de l'observation, les stades et les nœuds du développement de l'enfant, indépendamment des hypothèses analytiques, ce qui pourrait, bien entendu, entrer à certains moments en conflit avec les hypothèses issues de la théorie et de la pratique analytique. C'est pour cette raison que l'introduction de cette nouvelle approche va susciter un conflit majeur car s'il est bien évident pour tous ces auteurs, dès cette époque, que l'observation ne peut donner accès au monde interne, la question centrale de la nature du savoir psychanalytique est posée automatiquement par l'observation : Comment peut-on reconstituer le monde interne d'un patient que ce soit à partir d'une cure ou d'une observation ? Quelle part peut-on y retrouver de construction ou de réalisme et à qui en doit-on la description ou l'hypothèse ? S'il est bien entendu impossible de connaître le vécu interne de l'enfant, sans le construire, à partir de l'observation, il est tout aussi évident, par ailleurs, que ce vécu interne se manifeste par des attitudes et des comportements et que ces comportements, attitudes et manifestations émotionnelles sont révélatrices du vécu interne. Le problème est d'établir un pont entre les deux niveaux.

Prenons comme exemple ce qui pourrait se passer à propos de la question de l'existence d'un stade ou d'une position dépressive. On pourra dire que si l'observation d'un enfant montre que cet enfant pleure au moment des séparations qu'il vit avec sa mère, on peut en conclure que la séparation entre lui et sa mère, telle que nous l'observons, entraîne chez lui un affect de tristesse. Ceci est la conséquence de ce que nous évoquons dans le quatrième chapitre, à savoir qu'il existe un répertoire limité et relativement stable des expressions émotionnelles quelles que soient les cultures qui par ailleurs nous accueillent et nous permettent de mettre en mots ces vécus émotionnels ; la tristesse est ainsi commune à tous les êtres humains et par identification nous sommes autorisés à faire l'hypothèse de cet affect. Le problème se pose quand il s'agit de passer de cet affect général à celui, plus particulier, de la dépression.

Faire l'hypothèse que l'enfant vit un affect de tristesse, c'est s'inscrire dans la ligne des hypothèses développées par Konrad Lorenz (1974). Selon lui, il est évident que l'expression émotionnelle a une valeur biologique certaine et que c'est à partir de là que nous pouvons estimer que les manifestations émotionnelles sont relativement stables et que leur interprétation se réfère à un état somatique et émotionnel

réel dont la manifestation aura des conséquences sur l'environnement relationnel de celui qui manifeste cette émotion.

Tout le problème, dans une perspective de travail psychanalytique va être, à partir de cet affect de tristesse, de voir comment nous allons pouvoir reconstituer ou faire des hypothèses à propos du vécu interne de l'enfant. Il s'agit là d'une question tout à fait essentielle. Nous savons que, dans les théories psychanalytiques classiques, les hypothèses concernant la dépression de l'enfant ont pris une extension considérable. Mélanie Klein a d'ailleurs fait l'hypothèse d'une position dépressive, qui constituerait une sorte de disposition psychologique relationnelle transitoire mais nécessaire qui aurait une importance fondamentale dans notre développement psychique et qui serait ainsi nécessairement présente en chacun de nous.

La question est évidemment de savoir comment, à partir d'une tristesse qui serait manifestée par un enfant, nous allons faire l'hypothèse d'un affect dépressif, de tristesse ou d'angoisse, comme mécanisme qui serait à la base de cette manifestation considérée comme triste par l'observateur. Comme nous l'avons déjà souligné à plusieurs reprises, beaucoup d'auteurs psychanalytiques ont cru pouvoir, non seulement, reconnaître des affects dépressifs extrêmement précoces chez l'enfant mais ils ont relié cette angoisse dépressive à des angoisses de séparation : le bébé vivrait intensément le sentiment de se trouver démuní lors de la disparition transitoire de sa mère. Nous avons montré comment cette conception s'appuie sur une conception réaliste et naïve de l'espace. Nous savons, et l'observation clinique nous le montre, que l'enfant vit dans un monde magique, où la troisième dimension n'a pas valeur de séparation. Il n'est pas certain, dès lors, que la disparition de la mère, hors de son champ visuel, soit considérée par le bébé comme une forme de séparation. Nous devons donc nous demander, lorsqu'un enfant manifeste des pleurs ou des signes de tristesse lors d'une séparation qu'il vit avec ses parents, ce qui, au juste, provoque cette réaction. Il est en effet tout à fait essentiel de distinguer ce que nous nommons, nous, séparation à partir de ce qu'un observateur constate, de l'extérieur, des dispositions spatiales des protagonistes, d'une part, de ce que, par ailleurs, un enfant peut vivre comme forme de séparation.

Il est certain qu'à notre descriptif nous devons ajouter la nature du message envoyé par le visage de la mère, son état émotionnel, les mots qu'elle utilise à ce moment, la présence d'éléments inhabituels dans l'environnement du bébé pour parvenir à une meilleure compréhension des conditions même d'apparition de ces affects de tristesse. Peut-on envisager de parler d'affect dépressif précoce alors que, cliniquement, cet affect ne se manifeste (ou ne se construit) que fort tardivement au point que, bien que la clinique reconnaisse l'existence d'épisodes dépressifs chez l'enfant, même chez un adolescent, il est très difficile de

mettre en évidence cet affect dépressif. N'y a-t-il pas lieu de considérer, dès lors, que, comme bien d'autres dimensions, les affects eux aussi subissent une sorte de développement et d'apprentissage ? De ce point de vue, les pleurs de l'enfant pourraient avant tout être une réaction d'alerte anxieuse face à une situation qu'il commence à ressentir comme inhabituelle et due à la suspension, pour l'enfant, du fonctionnement psychique sur lequel il s'appuie. L'affect, de ce point de vue, est surtout un appel à l'adulte qui le qualifiera de tristesse ou d'angoisse selon les moments. Cet appel pourrait ainsi, le développement de la mémoire aidant, passer du statut de signal indifférencié à celui d'affect nommé et partagé avec un adulte. Il est certain que l'interprétation que donnera l'adulte à cet appel entre dans la qualification de celui-ci. Il n'est donc pas indifférent non plus pour un observateur de choisir tel ou tel vocable pour qualifier ce qu'il conçoit tout d'abord comme une forme de tristesse.

On voit bien que le passage de la tristesse constatée au vécu subjectif supposé de l'enfant et aux mécanismes qui ont conduit à la création de cet état subjectif, est une question à la fois essentielle et difficile. Cette reconstruction impose, pour le moins, que nous soyons attentifs aux concepts que nous utilisons, en visant surtout à bien distinguer ce qu'il en est de ce que l'enfant peut vivre, des hypothèses que nous construisons à partir de nos observations. De ce point de vue, l'observation de l'enfant en multipliant les points de vue, aurait, sans aucun doute, l'avantage considérable de nous obliger à être attentifs à la nature de nos constructions

Dans un article de 1964, Anna Freud insiste sur l'importance qu'il y a à développer de nouveaux outils, de nouvelles perspectives et de nouvelles manières d'aborder la psychanalyse, la psychologie et la psychopathologie, que ce soit celle de l'enfant ou de l'adulte. Elle écrit :

« Nos analystes d'enfants ont élargi progressivement leur intérêt de la psychologie pathologique à la psychologie du normal. Dans notre cas, cela impliquait une extension à partir d'une théorie de la pathologie infantile jusqu'à la prise en considération d'une norme hypothétique dans les processus de croissance mentale et de là jusqu'à la construction d'une métapsychologie du développement. Avec ce nouvel « élargissement du champ », de nouvelles tâches s'offraient à nous avec de nouvelles responsabilités.

Tout analyste considère comme fondamental que la même technique s'applique à la thérapie et à l'exploration analytique. Les instituts officiels de psychanalyse toutefois selon une tradition qui présida à leur fondation, enseignent soigneusement la première et négligent en comparaison la seconde. Les candidats sont ainsi entraînés à recueillir le plus grand nombre d'informations à partir du transfert, de la résistance, des

rêves, et des autres rejets du sein. Ils apprennent ainsi à choisir le bon moment pour leurs interprétations, bref, ils apprennent à soigner leurs patients. Mais on ne les aide pas à accomplir d'autres tâches importantes comme d'enregistrer le matériel accumulé, l'examiner minutieusement et de le résumer, de vérifier ce qu'il recueille ou de le comparer à d'autres données. On ne leur apprend pas à retracer l'histoire des concepts psychanalytiques, à examiner de manière critique les définitions, à clarifier et à unifier les termes techniques. On ne leur apprend pas à choisir les domaines spécifiques pour mener leurs propres recherches ni à exercer un regard critique sur les zones d'ombre de notre savoir. » (Freud, 1964, p. 36)

Ce texte est tiré d'un discours qu'Anna Freud avait adressé à l'Association freudienne pour la psychanalyse des enfants et qui commençait de la manière suivante :

« Il est logique que les psychanalystes qui se lancent dans une nouvelle entreprise, commencent par considérer leur propre histoire : ils saisissent ainsi le rôle joué par l'expérience du passé dans les actions présentes et dans ce qu'ils attendent de l'avenir. »

Dans cet article, Anna Freud insiste pour que la psychanalyse des enfants soit une technique enseignée de manière spécifique, qui tienn compte des problématiques du développement et qui associe à la formation par la cure, des formations qui comporteraient également de l'observation directe et des applications de la psychanalyse dans des milieux de vie de l'enfant ; toutes choses qui pourraient elles-mêmes faire l'objet d'observations et d'évaluations.

On le voit l'observation pose une question fondamentale à la psychanalyse en tant que corpus théorique : celle de savoir quelle place il faut laisser, à l'intérieur de la théorie et de la pratique psychanalytique, à une recherche de type scientifique ; c'est-à-dire la place qu'il y a, dans cet ensemble d'hypothèses, pour une confrontation avec des faits et hypothèses tirés de méthodologies qui ne sont pas directement ceux de la cure analytique.

Les travaux effectués par Anna Freud sont malheureusement aujourd'hui, le plus souvent, tombés dans l'oubli. Il est incontestable pourtant que ces travaux ont eu une influence considérable sur le développement de la psychanalyse au États-Unis notamment, puisqu'ils ont influencés en particulier les travaux de Ernst Kris et de Heinz Hartmann. Outre ce développement aux États-Unis, l'observation psychanalytique va connaître une destinée assez importante à partir de la Société britannique de psychanalyse. C'est sous l'impulsion de John Bowlby, dont on sait qu'il tentera plus tard d'inscrire la psychanalyse dans le cadre d'une approche éthologique des phénomènes psychiques, et qui était alors président de la Société britannique de psychanalyse, que

l'observation psychanalytique a connu son second souffle. C'est lui qui a encouragé Esther Bick, jeune psychothérapeute à l'époque, de mettre au point une formation destinée à de futurs psychanalystes à l'intérieur de laquelle serait incluse une formation à l'observation. Esther Bick était d'origine polonaise réfugiée en Angleterre. Sa thèse de doctorat présentée à Vienne, sous la direction de Charlotte Bühler à Vienne, portait sur le développement des réponses sociales des jeunes enfants. Elle était, semble-t-il, mue par une volonté d'étudier de la manière la plus précise possible le développement des enfants, sans devoir accepter nécessairement les théories psychanalytiques existantes.

C'est donc à partir de 1948 qu'Esther Bick entreprit des travaux systématiques à propos de l'observation du bébé et on peut considérer qu'elle fut sans doute une des premières psychanalystes à mettre au point une méthode d'observation systématisée qui fut appelée « méthode d'observation directe selon Esther Bick ». C'est dans ce cadre que l'observation directe du bébé a connu un succès grandissant qui fait que, actuellement, l'observation en psychanalyse est automatiquement associée à la méthode d'Esther Bick, ce qui est, nous venons de le montrer, un peu réducteur.

La méthodologie d'E. Bick visait, au début, à sensibiliser les psychanalystes à leur contre-transfert, en les confrontant à l'observation d'un bébé en guise d'introduction à la formation. L'utilisation de l'observation a donc été faite surtout dans le but d'enseigner, aux jeunes psychanalystes, l'étude et l'attention qu'ils peuvent porter à leur contre-transfert. Le bébé a été utilisé comme élément déclenchant de réactions contre-transférentielles tellement intenses qu'elles permettraient aux futurs psychanalystes de se confronter d'emblée à des émotions violentes et intenses. C'est dans ce cadre que l'observation directe a été utilisée dans un nombre grandissant de Sociétés de psychanalyse dans le cadre de la formation des futurs analystes. Peu à peu, ensuite, cette méthodologie fut appliquée non seulement à des situations de formation mais, aussi, à des situations pathologiques.

En ce qui nous concerne, nous avons été particulièrement impressionnés et influencés par l'utilisation qui était faite de cette méthodologie dans le *Centro d'Igiene Mentale Bellocchio* à Perugia par les équipes des Docteurs Brutti et Scotti (1981, 1982, 1989). Ces collègues italiens utilisent systématiquement l'observation directe dans toutes les situations de psychopathologie sévère, dans toutes les situations où le patient manifeste sa pathologie plus par des troubles de comportement que par des symptômes psychopathologiques et dans toutes ces situations, aussi, où le thérapeute est soumis à des sortes d'attaque contre ses propres capacités de pensée. Bref, ils utilisent, depuis de longues années, cette méthodologie de l'observation directe dans les situations psychopathologiques sévères. On peut même dire que cette

méthodologie leur a permis de développer, dans le cadre de la psychiatrie alternative italienne, une approche psychothérapeutique des situations psychopathologiques les plus graves. Ce qui revient à dire que cette méthodologie les a autorisés à tenter de comprendre les attitudes et les comportements psychopathologiques extrêmement perturbés et perturbant pour l'observateur ; attitude qui leur a permis de créer et de préserver une relation thérapeutique même dans les situations psychiatriques et psychopathologiques extrêmement sévères.

L'OBSERVATION ET L'ENFANT EN PSYCHANALYSE

Le succès de l'observation directe allant grandissant, c'est bien entendu de sa place et de sa fonction dont les débats seront bientôt alimentés un peu partout dans le monde psychanalytique. La question essentielle est bien entendu de savoir le rapport que l'on peut faire entre ce qui est observé et le fonctionnement psychique interne d'un sujet, mais plus généralement, la question sous-jacente est celle de la scientificité de la psychanalyse.

Une critique des plus sévères qui ait été adressée à l'observation directe selon E. Bick, a été l'œuvre du psychanalyste français André Green, dans une interview qu'il a donnée à Pierre Geissmann dans un numéro du *Journal de la psychanalyse de l'enfant* consacré à l'observation du bébé. Le moins que l'on puisse dire, c'est que l'opinion d'André Green à propos de l'observation en psychanalyse est peu nuancée. Pour lui, il n'existe pas d'observation en psychanalyse et le fait de proposer ou de promouvoir cette activité constitue un risque majeur pour l'évolution même de la psychanalyse. Selon cet auteur, il serait tout à fait impossible d'établir des ponts qui puissent donner lieu à une forme quelconque d'interprétation du vécu psychique à partir de la seule observation de comportements. Grâce à une sorte de clivage et d'idéalisation du cercle psychanalytique, cet auteur, il est vrai, divise ce petit monde en deux parties : d'une part, il y aurait les analystes, qui respectant les consignes et les théories de Freud, ne s'intéresseraient qu'au monde interne du patient ; mais, d'autre part, il faudrait tenir compte de ces analystes gagnés par une sorte d'appétit « scientiste » qui mettraient actuellement la psychanalyse elle-même, en danger.

« À partir de ce moment-là, tout l'appareil de la "science" et là je mets des guillemets et je souligne parce que je pense, en effet, qu'il ne s'agit pas de science mais de ce qui la singe, l'appareil de la "science" a été mis en place pour rendre le champ d'observation conforme, appuyé sur des données soi-disant objectives. La "science" est ainsi venue au secours des positions théoriques à l'intérieur de la psychanalyse de certains qui se trouvaient être en controverse avec d'autres... Et c'est contre cette

démarche que je m'insurge parce que je trouve qu'elle fait des progrès envahissants et qu'elle va aboutir à rien moins qu'à tuer l'esprit de la psychanalyse. » (Green, 1992, p. 134-135)

Il est évidemment difficile de mettre sur un même pied une volonté de recherche scientifique et la préservation d'un « esprit » ; rien n'est, en effet, plus vague et incertain que ce dernier terme. De plus, ce groupe d'analystes, prêts à mettre à mort ce qu'il y aurait de plus fondamental dans la psychanalyse, rien moins que son esprit (ce qui on l'avouera ne manque pas de piquant pour des analystes) serait motivé par un point de vue erroné : celui de vouloir critiquer ou aborder les questions théoriques de la psychanalyse à partir d'un certain nombre d'observations faites hors du cadre strict de la cure. Bien entendu, André Green privilégie nettement le monde interne de l'individu comme étant le lieu unique du savoir analytique ; il fait, donc, naturellement confiance en la cure-type pour nous en donner connaissance. Nous avons abondamment souligné les impasses liées à ce solipsisme théorique et thérapeutique ; qu'il nous suffise dès lors de rappeler que cette perspective laisse en suspens la problématique de savoir comment se constituerait ce monde interne et comment un analyste pourrait y intervenir. Ceci est évidemment le prix à payer si on cherche à exclure de ce monde tout facteur « externe ». Quelle place peut prendre, dès lors, l'analyste dans un monde psychique qui serait décrit à partir de son seul point de vue intérieur ? Ce solipsisme ne s'accorde que difficilement avec une perspective développementale. Il est difficile d'imaginer que le monde psychologique de l'enfant ne dépende pas de celui de ses parents, donc de données extérieures à la seule circulation de libido. On voit bien dans ces conditions, comment c'est bien l'enfant et la psychanalyse dans ces conditions, comment c'est bien l'enfant et la psychanalyse d'enfant qui ont commencé à poser difficulté à la psychanalyse. De ce point de vue, André Green prend explicitement position contre les travaux par exemple de Margaret Mahler. Pour lui, la psychanalyse se trompe lorsqu'elle donne trop de place à l'infantile.

« Et je le maintiens parce que je pense, en effet, que le danger de choisir le paradigme de l'« enfant », c'est d'externaliser la vie psychique. Il s'agit d'aborder celui-ci par l'observation, alors que, quand vous vous intéressez aux rêves, vous savez toujours ramener au monde intérieur l'réalité psychique interne avec ces transformations spécifiques. » (Green *op. cit.*, p. 136)

Nous voyons comment cet auteur refuse toute idée d'aspect développemental : l'enfant, c'est l'externe et l'observation, un ensemble potentiellement destructeur de « l'esprit de la psychanalyse ». Et même temps, il reforme l'espace psychique sur lui-même et, du même coup, la psychanalyse sur elle-même. Il sera, à partir de là, particulièrement difficile de discuter des questions de l'évolution du fonctionnement

ment psychique d'un individu. Le temps est figé dans une atemporalité supposée de l'Inconscient et le fonctionnement psychique devrait être parfaitement autarcique. Cette illusion repose sur une autre fiction qui voudrait que le rêve ne soit pas en lien avec l'environnement du patient. Il serait lui parfaitement interne mais l'expérience quotidienne de l'analyse infirme cette perspective. Si, dans une cure, les rêves ne sont pas en relation avec l'analyste, on ne voit pas alors pourquoi on devrait l'interpréter ni comment on pourrait comprendre ce qu'est le transfert. Le rêve pas plus que toute manifestation psychique, n'est une production coupée de notre vie relationnelle ; Sami-Alì l'a démontré (1999) et les hypothèses de la neurobiologie vont à l'opposé de toute conception solipsiste du rêve.

Certains tenants de la psychanalyse classique ont eux résolu le problème en réduisant toute observation à n'être qu'une illustration des théories fondées à partir de la cure analytique. C'est, en ce cas, l'observation elle-même qui disparaît au profit d'une sorte de « vulgate psychanalytique ». Le problème du pont entre l'observation et la construction-représentation de l'espace psychique interne est ici tout simplement aboli au profit d'une pensée analogique que rien ne peut arrêter puisqu'elle reste parfaitement imaginaire, ce qui est particulièrement évident à entendre ce qui est dit du corporel :

« En ce qui concerne les enfants autistes, leur attirance pour la lumière et les lampes qui se retrouvent au plafond, est un trait qu'on retrouve fréquemment. Dans mon expérience, cette lumière à laquelle l'enfant autiste semble vouloir s'agripper, représente un moyen autistique pour utiliser la luminosité du regard maternel. » (Sandri, 1991, p. 93)

S'il est difficile d'intégrer la question de l'enfant réel et de son développement, qui constitue pourtant les bases fondamentales des hypothèses freudiennes à propos des notions de fixation et de régression et d'après-coup, c'est toute la dimension de la temporalité dans la théorie et la pratique analytique qui est remise en question. Et il ne suffira pas de se tirer d'embaras en affirmant simplement que, dans la cure, il s'agit de l'infantile et non de l'enfant. L'espace entre les deux est question de mémoire et de représentation et ce domaine fait ainsi pleinement partie du champ de la psychanalyse. Cette position suppose par ailleurs l'idéalisation de la psychanalyse car si on supprime tout accès à une forme quelconque de réalité externe, il faudra alors se résoudre à considérer que le psychanalyste lui-même ne peut faire partie du monde psychique du patient puisqu'inévitablement ce qu'il entraîne avec lui c'est de l'étrangeté, qu'on le veuille ou non, c'est bien là la condition minimale de toute possibilité d'interprétation (Gauthier, 1999). Il faudra bien qu'à un moment ou à un autre, le patient accepte de se confronter à l'étrangeté de l'analyste pour pouvoir évoluer et se trans-

former. On le voit cette perspective défendue par Green n'est pas exempte de paradoxes et de contradictions.

De nouveau, c'est en fait la question de l'altérité dans la cure et de la différence dans la théorie analytique qui sont au cœur du débat. Si nous avons dit que la position d'André Green reposait sur une idéalisation, elle repose aussi sur une sorte de clivage. À côté des bons analystes, il y aurait des analystes pervers, voire persécuteurs de l'analyse. Ceux qui s'inscriraient dans cette exécration position « scientiste », pourraient en effet ainsi facilement être considérés comme des traîtres ou des renégats. Ils sont en tout cas clairement menaçants, ainsi que le souligne André Green :

« Alors on pense qu'au prix de certains compromis, pour la soumettre aux impératifs de la science, on va gagner en exactitude, en précisions, etc. Or ces compromis compromettent en fait ce que la pensée psychanalytique a de plus précieux, sa liberté imaginative et créatrice. » (Green, *op. cit.*, p. 139)

« En fait, nos analystes scientifiques sont eux-mêmes déterminés par un cadre de pensée dont ils sont prisonniers, c'est-à-dire s'ils veulent exister, c'est-à-dire être reconnus par des milieux autorisés, le monde académique, il faut qu'ils fassent de la recherche, s'ils veulent faire de la recherche, il faut qu'ils reçoivent des fonds de recherche, s'ils veulent obtenir des fonds de recherche, il faut qu'ils se soumettent aux critères qui permettent de se voir attribuer des fonds de recherche [...] Aujourd'hui l'enfant est devenu un monde, ceux qui se réclament de l'enfant sont devenus un État dans l'État de la psychanalyse. [...] Il ne faut pas se faire d'illusion, dans cet univers, comme toujours ce qui va sortir de la prétendue recherche ira dans le sens de ce qui est le plus simple à assimiler. Cela aura un poids considérable précisément parce que c'est supposé être issu de la « recherche », parce que cela s'abrite derrière la pseudo-neutralité scientifique, parce qu'on n'a pas respecté la complexité de l'objet et admis l'incertitude de nos connaissances. On aurait soi-disant purifié de son regard de toutes les idées préconçues. Tout cela occupe un grand nombre de personnes qui se sentent revêtues d'une importance acquise à peu de frais et cela fournit des élèves à des chefs d'école ravis de voir s'agglomérer autour d'eux des adeptes en quête de maîtres. C'est ce que je combats parce que, quand on regarde ces travaux de près, je crois malheureusement que cela confirme tous les dangers que Lacan avait signalés en 1953. » (Green, *op. cit.*, p. 140-141)

Le moins que l'on puisse dire est que les propos d'André Green au sujet des psychanalystes qui tenteraient d'intégrer dans leurs travaux les hypothèses issues de l'observation de l'enfant sont peu amènes. Non seulement ils persécutent la psychanalyse mais ils sont pseudoscientifiques et ne sont portés que par le seul désir de se faire valoir auprès des scientifiques en imitant grossièrement les procédures de ceux-ci. Il est

difficile de ne pas considérer que la position d'André Green est de fait portée par une idéalisation d'une certaine vision personnelle qu'il a de la psychanalyse et par des processus de clivage et de projection. Il existe en effet des phénomènes d'école à l'intérieur de certains courants scientifiques. Il n'est certainement pas faux de dire par ailleurs que ce phénomène d'adhésion de disciples aux hypothèses de leurs maîtres n'est pas un phénomène qui épargne entièrement le milieu psychanalytique lui-même !

Comme nous l'avons déjà souligné, le mouvement psychanalytique s'est en fait développé par scissiparité, par une sorte de partitions successives qui ont fait chaque « maître » a produit sa propre théorie, sa propre école, à tel point qu'il n'est pas interdit de parler aujourd'hui d'une babelisation (Mendel, 1988 ; Gauthier, 1998) de la psychanalyse. On voit bien que la question de la définition d'un monde interne séparé d'une réalité dite externe a des conséquences et est corrélative d'un certain nombre de positions qui touchent, elles, aux conceptions que l'on se donne de l'institution psychanalytique, de la place de la différence, de l'altérité dans ses rangs et de la place que peut avoir dans le cadre de ces institutions une discussion de points de vue qui ne seraient pas strictement identiques, *a priori*.

L'OBSERVATION ET LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Infiniment plus nuancée que la position de André Green est celle développée par Albert Ciccone dans son livre *L'Observation clinique*, paru chez Dunod en 1998. À la fin de son ouvrage, cet auteur reconnaît, comme tous les praticiens qui, à un moment ou à un autre ont utilisé une méthodologie liée à l'observation directe, que l'observation a une vertu certaine :

« Malgré tout, malgré ses limites, ses points de butée, l'intérêt de l'observation clinique réside avant tout dans sa capacité à améliorer une situation clinique et à faire poursuivre le travail clinique. Tous les praticiens en font régulièrement l'expérience : lorsqu'une situation clinique est incompréhensible, traumatique, aliénante, dans l'inconfort ou l'impuissance, prendre une position d'observation, prendre le temps d'observer, prendre le temps d'être attentif aux différents éléments qui composent la complexité de la situation améliorent la situation, même si rien d'autre n'est fait in situ (la situation observée peut éventuellement être traitée dans un dispositif d'élaboration). La situation s'améliore d'abord parce qu'elle est pensée. L'attention et l'observation clinique représentent l'essentiel du travail de pensée du travail consistant à penser la clinique. » (Ciccone, *op. cit.*, p. 117)

On le voit, cet auteur privilégie de manière très nette une observation qui aurait pour cadre un processus thérapeutique et qui serait soit effectuée par le thérapeute lui-même (qui prendrait ainsi, pendant un certain temps une position observante au sein de la cure elle-même), soit par un collègue du thérapeute. Il suffirait alors d'établir une collaboration entre eux, pour permettre au thérapeute de prendre distance en voyant avec d'autres yeux une situation difficile ; il s'agirait du mouvement essentiel à toute forme de pensée. Cette position est en fait l'aboutissement d'une position théorique qui est annoncée dès le début de l'ouvrage. Le livre s'intitule en effet *L'Observation clinique*, et ne porte pas exclusivement, ni uniquement sur l'observation directe selon E. Bick, mais tente de faire le point sur l'apport des techniques d'observation dans le champ de la psychologie clinique.

Ciccone dans un premier temps va donc tenter de définir ce qu'est la psychologie clinique. Il cite à cet égard Daniel Lagache, fondateur de l'Ecole française de psychologie clinique, qui définissait la psychologie clinique de la manière suivante :

« Celle-ci devra proposer un mode d'approche de la personne plus globale que celui de la psychologie expérimentale. Elle devra affirmer l'existence d'objets et de méthodes propres à la médecine et à la psychiatrie, dans l'approche des phénomènes pathologiques. Elle devra définir un champ de pratiques et de recherches beaucoup plus élargi que celui de la psychanalyse. » (Ciccone, *op. cit.*, p. 10)

Comme on le voit, cette définition que Lagache propose de la psychologie clinique, suppose que celle-ci puisse élargir le champ de la psychiatrie, mais également celui de la pratique et de la recherche en psychanalyse. Comme le souligne Ciccone, cette définition donnée dans les années 1950, a fait l'objet des multiples commentaires, appréciations et nouvelles définitions, mais elle reste comme le point de référence central par rapport auquel la plupart des auteurs se définissent encore aujourd'hui. Il semble pourtant que, depuis quelques années, le domaine de la psychologie clinique se soit déplacé de son centrage sur la personne individuelle, pour s'intéresser aussi à la famille, au groupe, à l'institution, voire à tout le champ du socioculturel. S'il semble entendu que la psychologie clinique déborde et doit même déborder de l'espace psychologique interne au sujet, il reste alors à savoir quels concepts vont être utilisés pour avoir accès et décrire ce champ défini comme celui de la psychologie clinique. Malheureusement la métapsychologie utilisée par A. Ciccone reste la conception freudienne, ce qui ne lui permet pas de rendre compte de la spécificité de ce champ pourtant conçu comme celui des interactions entre plusieurs individus. Si, comme chacun l'admet, le fonctionnement d'un groupe ne peut être conçu comme la somme de l'ensemble des fonctionnements indivi-

duels, il reste alors à définir une métapsychologie qui rende compte de la spécificité de ces interactions qui se déroulent à de multiples niveaux, fantasmatiques aussi bien que comportementaux et entre plusieurs individus.

Le livre de Ciccone, bien que très ouvert à l'observation clinique et aux questions épistémologiques, échoue dans cette recherche d'une conceptualisation adaptée au niveau des interactions. Après avoir très largement ouvert le champ de la clinique, cet ouvrage effectue rapidement deux virages épistémologiques importants. Le premier consiste à fédérer l'ensemble des pratiques d'observation cliniques sous la bannière de la métapsychologie freudienne classique :

« On peut dire qu'en France et dans les pays francophones, la toile de fond conceptuelle sur laquelle reposent les pratiques ou la théorie des pratiques de la psychologie clinique est la métapsychologie psychanalytique. Celle-ci représente un ensemble précis, construit, cohérent, dénoncé sous le fonctionnement psychique de la personne appréhendé dans sa totalité. Ses énoncés se sont progressivement développés et spécifiés pour s'appliquer aux groupes, et la famille. » (Ciccone, *op. cit.*, p. 12)

Cette référence à la métapsychologie freudienne comme cadre conceptuel exclusif à partir duquel pourraient être effectuées les observations, fait, évidemment, courir le risque, dont nous avons abondamment débattu dans cet ouvrage, de voir le fonctionnement psychique se réduire à la stricte individualité, au fonctionnement psychique de l'individu isolé. Si, donc, dans un premier temps d'ailleurs, Albert Ciccone entend définir la psychologie clinique comme une science du psychisme humain, sa métapsychologie elle reste strictement individuelle, ce qui donne à son ouvrage un aspect quelque peu ambigu, hésitant entre la richesse de l'étude des interactions mais retournant systématiquement à la métapsychologie freudienne dès qu'il pourrait être question de « dépasser » les concepts psychanalytiques de base. Ce dépassement potentiel ne cesse d'apparaître comme une sorte de subversion et ne peut s'empêcher dans ce contexte de penser aux effets à long terme que peuvent avoir des propos tels que ceux qui furent tenus par A. Green.

L'ouverture du champ de la psychologie est pourtant réaffirmée :

« Elle consiste dans l'étude du psychisme humain, son fonctionnement, ses processus. Les situations permettant d'étudier les processus de la vie psychique, leurs enjeux, leurs effets, leurs modalités, débordent des situations d'étude d'un sujet singulier. » (*op. cit.*, p. 13)

On voit bien que Ciccone, même s'il est attentif à donner une définition du psychisme humain qui ne se limite pas au seul psychisme de

l'individu, ne dispose pas d'outils conceptuels qui rendent compte des interactions entre les individus. De ce point de vue aussi, la psychanalyse dans son cadre strict d'une cure-type doit être considérée comme une sorte d'idéalisation, conceptuelle et pratique, qui permettrait à deux personnes suffisamment névrosées de distinguer ce qui appartient à l'une de ce qui appartient à l'autre. Comme nous l'avons déjà abondamment souligné, la métapsychologie freudienne, elle, explique le fonctionnement psychique, à partir du seul fonctionnement de l'individu et indépendamment de la relation. La question sera alors de savoir comment Albert Ciccone va rendre compte du fonctionnement psychique interindividuel alors que, par ailleurs, il se réfère à la métapsychologie freudienne solipsiste. Nous avons déjà montré comment ce solipsisme constituait un piège redoutable pour la psychologie clinique. Le livre d'Albert Ciccone se veut extrêmement ouvert puisqu'il insiste sur la nécessité pour la psychologie clinique de faire un travail de recherche sur le travail thérapeutique et les dispositifs qui y sont associés.

« Ces dispositifs peuvent être établis spécifiquement pour un travail de recherche en psychologie clinique. On peut dire que tout dispositif thérapeutique ou technique peut servir la recherche, car tout travail clinique, nous le verrons, suppose un travail de recherche qui lui est intrinsèquement lié. » (*op. cit.*, p. 15)

Supposer que la psychologie clinique s'intéresse essentiellement au psychisme humain nécessite en fait de la part des psychologues qu'ils réfléchissent à savoir comment ils construisent le contenu de cet espace qui n'est, *a priori*, pas accessible sinon indirectement par des effets de parole et de comportement pour le patient et, du côté de l'analyste, à partir des reconstructions qu'il s'en donne. C'est dans cette mesure même que tout travail clinique possède une dimension de recherche. Nulle évidence, ni transparence n'existent évidemment en ce domaine. On peut d'ailleurs se demander si l'hypothèse de l'Inconscient construite par Freud n'est pas la conséquence directe de la difficulté pour un observateur externe de se représenter le contenu psychique d'un autre individu. Il y a là une sorte d'inconnu qui ne peut être accessible que par la construction. Mais si, à l'instar de Freud, nous avons la conviction d'observer un objet réel, il ne peut alors être conçu que comme un objet énigmatique possédant donc en quelque sorte en son sein une part d'inconnu. Il est tentant dans cette conception réaliste d'attribuer cet inconnu à l'autre, qui est alors supposé ne pas se connaître lui-même. L'inconnu se transforme alors en inconscient que la certitude réaliste achève d'installer dans une conception topique comme un lieu particulier du fonctionnement mental : l'Inconscient. On sait combien cette dernière conception de Freud a posé question dans les rapports entre la

philosophie et la psychanalyse. Cette difficulté suit le chemin que Freud a tracé en passant du qualificatif d'inconscient à celui du concept topique.

Il est évidemment difficile de pouvoir marier une perspective constructiviste avec les hypothèses de la métapsychologie freudienne. Il est donc inévitable qu'après avoir insisté sur l'aspect relationnel du fonctionnement psychique, le travail d'Albert Ciccone qui se réfère à la métapsychologie freudienne tente de réduire l'espace psychique à la réalité psychique interne individuelle. On le voit, il existe tout au long de cet ouvrage, une ambiguïté extrêmement importante entre réalité psychique et espace psychique interne, réalité psychique interne. Tout se passe en fait comme si l'auteur ne parvenait pas à bien distinguer la réalité de notre fonctionnement de la réalité psychique conçue comme un espace psychique séparé qui existerait à l'intérieur de l'individu isolé. Les deux conceptions sont en permanence confondues. Ce n'est donc pas par hasard que nous retrouvons quelques pages plus loin le texte suivant :

« La réalité psychique, le psychisme comme réalité, n'est pas observable en soi. Il n'est observable qu'à travers ses effets, à travers les effets de ses processus. » (*op. cit.*, p. 59)

Nous ne pouvons bien entendu que partager à ce sujet l'avis de l'auteur. Mais il ajoute tout aussi tôt :

« Si l'objet de l'observation clinique est la réalité psychique, il est encore plus précisément la subjectivité. L'observation clinique vise à construire un modèle rendant intelligible la subjectivité du sujet (ou de l'ensemble des sujets) observés. Le travail clinique consiste avant tout en un travail d'objectivation de la subjectivité. » (*op. cit.*, p. 59)

On voit là bien entendu comment s'opère progressivement ce glissement permanent qui va du fonctionnement psychique en général au fonctionnement psychique interne au sujet. Il devient inévitable, à partir de là, que tout travail d'interprétation ne concerne dès lors plus que l'individu isolé de son environnement et en particulier de la relation au thérapeute ou à l'observateur.

Notons au passage le paradoxe que représente pour nous la dernière phrase que nous venons de citer d'Albert Ciccone. Elle laisse en effet supposer que le travail clinique consiste en une sorte d'objectivation de la subjectivité. Or, c'est précisément à partir de cette position « objectiviste » supposée des observateurs, que des auteurs comme André Green excluent toute possibilité même de faire intervenir quelque activité d'observation que ce soit à l'intérieur du travail psychanalytique. Cette phrase est par ailleurs parfaitement paradoxale si on considère que l'objectivation est faite par un sujet qui reste parfaitement

extérieur au sujet qu'il observe ; si on considère qu'il existe quelque part un espace subjectif interne, on ne comprend pas comment il pourrait être objet puisque le psychisme est, quoiqu'on en fasse, manifestement perçue par l'autre qui est lui-même doté d'un espace psychique tout aussi clos. Si par contre on entend par travail d'objectivation une réflexion sur la construction que l'observateur se donne de la subjectivité du sujet observé, on voit d'emblée que ce travail d'objectivation doit concerner avant tout et en priorité la relation qui lie l'observateur à l'observé. Cette démarche tend aussi à mieux rendre compte de la manière dont les espaces psychiques peuvent se rencontrer.

Mais cette phrase est surtout paradoxale dans la mesure où elle laisserait supposer que la subjectivité de l'analyste n'intervient pas dans l'objectivation dont il serait l'auteur. Il y a là une sorte de paradoxe à vouloir à tout prix insister sur l'importance de la subjectivité et estimer que l'analyste, lui, pourrait grâce au travail personnel qu'il a fait sur lui-même, échapper à sa propre subjectivité et en quelque sorte s'en priver. Comment, de plus, dans ce cadre concilier par exemple ce dogme de l'atemporalité de l'inconscient cher à Freud avec cette hypothèse selon laquelle l'analyste pourrait en quelque sorte objectiver la subjectivité de son patient ? Comment l'analyste pourrait-il fonctionner s'il ne ressent rien et s'il ressent quelque chose il est simplificateur et réducteur de supposer qu'il ne décrit *a priori* que le patient. Quelle que soit la position prise, on ne peut échapper à la question de la construction que l'analyste se donne de sa relation au patient.

Comme nous l'avons abondamment dit dans le chapitre précédent, nous pensons qu'il est redoutable et fâcheux, sur un plan épistémologique, de faire ainsi disparaître la réalité subjective de l'analyste, en supposant que son analyse personnelle lui a permis, d'une façon parfaitement efficace, de maîtriser sa propre subjectivité. Cette conception reste en fait centrée sur la dialectique de l'analyse du transfert et du contre-transfert pour rendre compte de tout travail psychanalytique, elle fait donc l'impasse sur la question de la relation en général et plus spécialement celle de la relation analytique dont on sait par ailleurs qu'elle est rendue particulièrement intense en raison même du dispositif qui a été mis en place.

Comment pourrait-on, dans cette mesure, continuer à reprocher à la psychologie expérimentale de rechercher l'objectivation ? La psychanalyse n'aurait-elle pas finalement les mêmes présupposés de base puisqu'elle tente de faire en sorte que l'analyste ne soit pas concerné par les phénomènes observés ? Il n'est pas étonnant de constater que, en niant l'espace analytique dans l'ensemble de ses dimensions et notamment de ses dimensions relationnelles, les positions traditionnelles de la psychanalyse aboutissent finalement à une perspective assez voisine de celle des sciences expérimentales. Ce sont sans doute la persistance de

ces paradoxes et contradictions qui donnent au livre d'Albert Ciccone un aspect un peu paradoxal. Cet ouvrage tente à tout moment, en effet, de valoriser l'observation à l'intérieur du travail clinique puisque son auteur insiste en effet à plusieurs reprises pour montrer tout l'intérêt et l'importance de la mise en place d'un dispositif d'observation pour remettre sur les rails un travail clinique difficile ou qui avait tendance à se chronifier. Mais par ailleurs, il semble clair qu'à aucun moment, l'observation clinique ne soit autorisée à apporter de nouveaux développements sur un plan métapsychologique. Il aurait été en effet particulièrement intéressant de savoir pourquoi et comment l'observation a ce pouvoir de relancer un processus thérapeutique en voie de chronification jusqu'alors. Quels sont les processus en jeu, les enjeux psychiques et ceux liés aux dispositifs proposés ?

Ce livre se termine sur ce que l'auteur appelle les « limites » de l'observation clinique. Il prévient le lecteur que l'observation clinique, même si elle est une activité extrêmement riche et intéressante, pose un certain nombre de questions. La première de ces difficultés serait, selon Ciccone, la conséquence directe du fait que l'observation clinique ne peut conduire qu'à une construction, ce qui pose bien entendu toute une série de questions théoriques et épistémologiques concernant la nature et le type de construction que nous donnons de ce type d'observations. La deuxième de ces limites serait la conséquence du fait que l'observation clinique sélectionne certains éléments de la réalité au détriment d'autres éléments. Les trois dernières objections insistent en fait sur le fait que, d'une part, l'observation modifie elle-même le fonctionnement psychique du sujet observé. Il insiste enfin pour montrer que l'observation clinique est limitée du côté de l'analyse du contre-transfert de l'observateur et par les effets de langage qui sont inopérants à rendre compte de toute la richesse et de la complexité de l'observation. Nous sommes de nouveau là parfaitement d'accord avec cet auteur pour relever toutes ces limitations de l'observation clinique mais il s'agit là, pour nous, de limitations qui ne sont pas spécifiques à l'observation et qui sont les limites mêmes de tout travail clinique, qu'il soit d'observation ou thérapeutique. Les objections que Ciccone adresse à l'observation sont des objections qu'on peut adresser à tout travail psychanalytique.

Notre ouvrage a suffisamment montré, d'ailleurs, combien les présupposés théoriques propres à Freud, avaient produit une inflexion particulière, ayant des effets considérables sur le fonctionnement psychique des sujets soumis à une cure psychanalytique.

NOTRE PRATIQUE DE L'OBSERVATION

Nous avons, en ce qui nous concerne, et depuis de longues années, décidé d'utiliser l'observation directe, et plus généralement l'observa-

tion clinique, dans le champ de nos activités thérapeutiques et diagnostiques. Au niveau de notre formation, nous avons, dans un premier temps, suivi une formation d'observation directe selon la méthodologie d'Esther Bick, puis des contacts avec des collègues italiens (l'équipe du *CIM Bellocchio* de Perugia) nous ont montré qu'il était sans doute utile d'utiliser la méthodologie de l'observation directe dans toute une série de situations psychopathologiques dominées soit par d'importants troubles du développement soit des difficultés majeures de communication, bref dans toutes les situations où les communications non verbales du sujet semblaient extrêmement importantes. Nous utilisons ainsi et depuis bien longtemps l'observation directe à des fins thérapeutiques, diagnostiques et enfin didactiques.

Formés à l'observation directe selon Esther Bick, nous avons eu la chance de rencontrer les ouvrages de R. Kohn (1982), de R. Kohn et P. Nègre (1991) qui montrent, à l'évidence, toute la richesse, l'importance et la multiplicité des points de vue qui peuvent être développés à partir d'une pratique d'observation. Des expériences de ces auteurs, nous avons aussi retenu tout l'intérêt qu'il y a à pratiquer des observations globales et, à certains moments, à organiser des observations spécifiques sur certains points particuliers de la relation entre un enfant et son environnement, que ce soit dans des buts de recherche ou dans une activité thérapeutique. Le grand avantage de leurs travaux est, à notre sens, d'avoir montré qu'il n'existe *a priori* pas de contradiction entre un travail d'observation et un travail thérapeutique, mené selon des règles classiques. Nous avons ainsi pris peu à peu l'habitude de compléter nos travaux diagnostiques par l'observation de l'enfant perturbé dans ses divers milieux de vie. Cette observation est le plus souvent réalisée par un collègue avec lequel par la suite, nous échangeons nos impressions et hypothèses cliniques.

Nous avons, depuis longtemps, employé, à de multiples reprises, la formation à l'observation à des fins de sensibilisation sur l'importance de la relation clinique et l'intérêt qu'il y a à y être attentif pour tout travailleur impliqué quelque peu dans toute forme de travail relationnel. L'observation est un outil idéal pour permettre à des sujets qui n'ont jamais eu l'occasion de s'interroger sur la nature et l'importance de la relation thérapeutique, de découvrir la richesse de ce qui peut se dérouler à l'intérieur de ce type de relation. Il faut parfois aménager le dispositif prévu par E. Bick qui est en fait très lourd en temps et en exigence psychologique, mais il est toujours utile que, dans un dispositif précis, ce type de personnes aient l'occasion de se pencher sur elles-mêmes grâce aux exigences d'une observation. Il est évident que de ce point de vue, les soumettre à l'observation d'enfants et quand c'est possible, des observations de bébé, est une expérience extrêmement enrichissante qui leur permet de toucher du doigt l'importance de la dimension relation-

nelle de leur activité professionnelle, ce qui les rend beaucoup plus sensibles à toutes ces dimensions à l'intérieur de leurs activités. Il leur faut comprendre comment ils ont omis d'observer certaines dimensions, pourquoi ils se sont centrés exclusivement sur d'autres. Ce qui leur est alors donné de découvrir, est que tout regard porté sur l'autre est aussi un regard porté sur soi. Regarder suppose le plus souvent d'être vu, ce qui conduit chacun des protagonistes à se regarder lui-même : l'observation conduit à la réflexion.

REGARD ET RÉFLEXION

Une des vertus majeures de l'observation est certainement de permettre à la personne observée de découvrir tout l'intérêt qu'il peut y avoir à se regarder soi-même. Cette capacité qu'a l'observation de multiplier les points de vue est une caractéristique qui a été reconnue d'emblée par l'ensemble des auteurs qui ont utilisé l'observation (A. Freud, Bick, Ciccone et Waillon 1985, 1993). Il est certain, de ce point de vue, que parler d'observation en montrant qu'elle ouvre à de multiples réflexions, n'a sans doute pas qu'une valeur purement métaphorique. L'observation ouvre à des regards multiples ou plutôt à une multiplication des regards et des points de vue. C'est une de ses vertus essentielles que de transformer l'échange de regards en une réflexion multiple des regards.

Notre réflexion est donc partie du parti pris freudien qui avait été de chasser le regard du travail thérapeutique. Nous avons montré que ce choix épistémologique reposait sur l'hypothèse que le fonctionnement psychique de l'individu est explicable à partir du seul fonctionnement de ses pulsions internes. Comme nous l'avons montré, il s'agit là sans doute d'une situation idéale qui doit être identifiée à une structure de personnalité névrotique qui a servi de modèle à l'élaboration du modèle freudien. Mais il reste que dans la plupart des situations cliniques, le fonctionnement psychique doit être expliqué à partir de la relation qui se noue entre un sujet et son thérapeute ou son observateur. L'observation, l'échange des regards, ouvre en fait la question sur le fonctionnement psychique à la dimension oubliée par Freud, celle de l'altérité. Être observé, c'est sans doute acquiescer la capacité de se regarder en même temps que l'observateur se sait lui-même vu, observé, regardé. Il n'est dès lors plus possible de considérer toute situation psychique à partir d'un point de vue qui tenterait à tout pris de l'isoler de son environnement. Cette objectivation n'est qu'une sorte de point limite, idéalisé d'une conception qui repose sur une conception naïve de l'espace et du fonctionnement psychique.

Avec l'observation, il devient inévitable de faire entrer les différents points de vue dans la conception qu'on peut se donner d'une situation. Le regard, et plus généralement l'observation, ouvre ainsi à l'altérité et d'une manière plus générale, permettent de mieux rendre compte des phénomènes de prise de conscience. Pour nous, c'est bien à partir de la prise en compte des différents points de vue que tout sujet peut construire une représentation « consciente » de la situation dans laquelle il est pris. De ce point de vue, l'observation et sa dynamique permettent de mieux esquisser les phénomènes cliniques de « prise de conscience » puisque l'autre, le différent, est au cœur même de la constitution du soi et du regard que l'on peut porter sur soi-même. De ce point de vue, les mécanismes d'identification qui ne sont peut-être au départ que la duplication psychique de phénomènes d'imitation, ont une importance considérable dans les phénomènes de prise de conscience. Cette potentialité d'identification devrait, sans aucun doute, être mieux évaluée face à toute demande de prise en charge thérapeutique.

La « prise de conscience » chère à la psychanalyse est aussi un phénomène relationnel. Elle résulte de la mise en parallèle de deux espaces psychiques et des échanges que ce dispositif autorise. Elle n'est jamais le résultat de la libération et de l'abréaction de représentations et d'affects dans le seul espace psychique du patient. La question n'est pas de savoir ce qui circule de l'Inconscient vers le conscient mais bien de savoir ce qui a été échangé dans le champ qui s'est créé entre les deux partenaires.

Cette conception rejoint bien entendu les conceptions philosophiques de la prise de conscience telles qu'elles ont été développées dès le XIX^e siècle par Hegel et reprises plus tard par bien des philosophes qui ont insisté sur cette dimension essentielle de l'altérité pour faire naître une représentation qui ait quelque chose à voir avec une prise de conscience à l'intérieur du sujet (Ricœur, 1990 ; Sartre, 1943).

La spécificité de l'observation clinique résiderait en ceci que l'observateur doit, à tout moment, contrôler et maîtriser les affects de son contre-transfert face à une situation donnée. C'est à cette condition que le sujet pourra avoir accès à un autre regard sur lui-même comme première source d'identification à partir de quoi l'échange pourrait s'établir progressivement avec l'autre.

C'est pourquoi nous voudrions proposer, pour terminer cet ouvrage, trois situations d'observation d'enfants très jeunes, présentant de graves troubles du développement. Il est évidemment hors de notre propos de donner ces observations *in extenso* ; il ne s'agit pas non plus de définir ce qu'est l'idéal thérapeutique ou l'idéal de la guérison potentielle mais bien de montrer l'utilité et l'utilisation qui peut être faite du regard et de l'observation à l'intérieur de l'approche diagnostique et thérapeutique de ces situations. L'observation, de ce point de vue, est un outil théra-

peutique et diagnostique essentiel dans l'évaluation du fonctionnement psychique conçu à partir de sa dimension interactive. Par la multiplication des perspectives rendues disponibles, elle fournit un point d'appui d'importance à une métapsychologie de l'interaction et de la conscience qui ne peut éviter de retrouver l'Autre au sein de soi, dimension qui reste inaccessible en partant de la perspective solipsiste qui fut celle de Freud.

Chapitre 10

LE REGARD PARTAGÉ : LES VOIES DE L'OBSERVATION

Par Nadine URBAIN et Jean-Marie GAUTHIER

LAETITIA : L'OBSERVATION D'UNE IMPASSE TRÈS PRÉCOCE

Laetitia a 2 ans et 5 mois quand je la vois pour la première fois en compagnie de ses parents et d'une orthophoniste d'un service spécialisé pour enfants sourds. Ils viennent tous ensemble à une première consultation au centre de guidance suivant la procédure habituelle destinée aux nouvelles situations qui nous sont adressées. Ils sont envoyés par l'orthophoniste qui les accompagne et qui travaille dans un centre pour enfants sourds puisqu'on a longtemps cru que Laetitia était sourde. Le premier entretien se déroulera donc à cinq, en présence de Laetitia, de ses parents et de l'orthophoniste.

Laetitia ne marche pas, elle se tient debout, appuyée sur un fauteuil à la salle d'attente et, quand je vais les chercher, c'est son papa qui la prend dans les bras. Cela provoque immédiatement un mouvement impressionnant : Laetitia s'arque très fort vers l'arrière lorsque son père

la prend dans les bras et, comme si elle semblait très mal dans les bras de son père, elle a tout un mouvement de torsion vers l'arrière. Elle est attirée par la lampe qui est tout au-dessus des escaliers.

Lorsque nous arrivons dans le bureau, l'orthophoniste me parle des tests auditifs qu'ils ont été faits et qui conduisent aujourd'hui à douter de sa surdité. Ils ont fait, dans ce centre spécialisé, l'hypothèse que Laetitia présenterait plutôt un trouble envahissant du développement. La maman ajoute d'ailleurs d'un ton très détaché qu'ils viennent ici pour voir s'il y a des troubles autistiques chez sa fille. Elle semble nous dire cela sans affects.

Le père aussi n'exprime aucun affect à propos du retard de sa fille : ils sont venus faire un bilan pour voir si oui ou non elle est handicapée. Laetitia est toujours dans les bras de son père, elle se met à sourire, elle est attirée par la lampe au plafond et se balance. Elle sourit mais son sourire n'est absolument pas relationnel.

Ce qui est frappant dans ce premier entretien et extrêmement touchant, c'est ce que la mère raconte à quel point elle a des difficultés relationnelles avec sa fille ; elle parle très spontanément du fait que depuis la naissance de la petite, elle a beaucoup de difficultés à entrer en communication avec elle, à lui parler et du fait que Laetitia ne réagit pratiquement pas à sa présence. Concrètement, au quotidien, c'est le père qui s'occupe de sa fille, la mère semble fort démotivée. Il faut souligner que cette maman a été hospitalisée en milieu psychiatrique trois fois depuis la naissance de Laetitia, une première fois à trois mois, une deuxième fois à dix-huit mois et une troisième fois récemment lorsque Laetitia avait 21 mois.

Par rapport aux comportements de sa fille, le père signale que, malgré qu'elle ait 2 ans et 5 mois, elle ne marche toujours pas. Pour nous, ce qui est frappant, c'est qu'elle regarde les objets par en dessous, elle le fait d'emblée dans le bureau. En fait, elle se penche, colle son visage contre le sol et regarde comme en arrière. On ne voit que son regard et en même temps, on ne sait pas très bien ce qu'elle regarde ; le regard de Laetitia est ainsi énigmatique. Elle se balance, puis jette très fort sa tête en arrière dans un mouvement très hypertonique et joue avec sa voix. L'orthophoniste signale qu'elle a des réactions lorsqu'on joue de la musique sur des instruments mais qu'elle ne répond pas à son prénom. Sur le plan des stéréotypes, elle est fort attirée par tout ce qui est en coin, les arêtes des meubles, le coin de mon bureau. L'impression clinique est vraiment de se trouver face à un trouble envahissant du développement assez important. Comme souvent en pareil cas, afin d'affiner notre diagnostic et de mieux comprendre les enjeux multiples de ce type de consultation, avant d'entreprendre un traitement, nous proposons des observations à la crèche et à domicile.

Laetitia se nourrit de choses extrêmement molles, elle ne met jamais en bouche des objets durs pas plus qu'au niveau alimentaire elle ne mange des aliments en morceaux ; elle n'a jamais de tétine, ni n'a jamais eu d'objet transitionnel non plus. La maman répète, ce qui fait penser à une problématique relationnelle intense entre elle et sa fille, qu'elle ne peut rester seule avec sa fille, qu'à tout moment, elle craint qu'il ne lui arrive quelque chose et qu'elle ne sache pas quoi faire.

OBSERVATION DE LAETITIA À LA CRÈCHE

Il faut souligner que, malgré son âge, et étant données ses difficultés de performances motrices et relationnelles, Laetitia est toujours intégrée dans la section des petits. Il y a pas mal de jeux de petits dans la pièce où elle se trouve, il y a aussi un miroir. Lorsque j'arrive, Laetitia est face au miroir et se balance lentement d'un pied sur l'autre, ses mains sont agrippées au bord du miroir. Je lui parle, je l'appelle par son prénom et la tête de Laetitia bouge imperceptiblement de quelques centimètres. Elle se déplace ensuite latéralement face au miroir en s'appuyant avec les paumes jusqu'au bord extrême ; elle fait des allers-retours par rapport à cette extrémité du miroir. Ses yeux sont très noirs, elle a les yeux de son père et son regard semble glisser sur les objets. Ensuite, elle marche car, dans l'intervalle depuis notre premier entretien, elle a commencé à se déplacer mais elle le fait de manière fort incertaine comme un tout petit enfant au début de la marche. Elle se déplace en écartant les jambes, et en accentuant très fort les mouvements associés au déplacement.

Puis elle se place face au relax et me tourne le dos, elle se laisse tomber à genoux très rapidement et j'ai le fantasme qu'elle regarderait quelque chose à l'extérieur, elle se déplace tout près de ces jeux et s'intéresse à un mobile ; c'est une barre où pendent des petits mobiles, elle en saisit quelques-uns en pinçant avec le pouce et l'index de façon relativement fine par rapport à son développement moteur global. Cette finesse et cette précision m'étonnent comparées à la gaucheerie qu'elle manifeste par ailleurs. Cette aptitude est en parfait contraste avec ses autres compétences motrices et son jeu continue : elle pince très finement une petite cordelette et fait ainsi bouger les objets suspendus.

Elle a aussi des mouvements de raissage de la main, à certains moments, accompagnés de bruits de gorge ; sa bouche reste entrouverte et de l'autre main, elle a un geste d'agrippement quasi réflexe aux

barres de ce parc, qui est élément dur. Si on cherche à préciser ses mouvements de mains, on dirait qu'avec la main qui explore, elle a le plus souvent ce mouvement de pince entre le pouce et l'index et à certains moments un mouvement de ratisage de la main.

Elle se déplace à nouveau avec une grande accentuation des mouvements d'équilibration comme un enfant qui vient à peine de marcher et ensuite, elle va vers la barrière qui sépare l'espace pour les petits, dans lequel elle est intégrée et l'espace pour les plus grands, les enfants de 15 mois et plus. Elle penche la tête pour regarder en dessous et je retrouve le même mouvement qu'elle avait dans mon bureau. Elle met la tête sur le sol, une joue touche le sol et une partie du corps est appuyée sur le sol et elle a un mouvement comme pour regarder en dessous de la barrière. Ensuite elle se déplace à quatre pattes vers les jeux sur le tapis, mais, à nouveau, c'est un quatre pattes pas qui n'est pas très harmonieux puisque sa tête n'est pas en harmonie avec son corps. On garde l'impression que sa tête est un peu détachée du corps et que le regard de Laetitia glisse et fait penser à un regard aveugle. Une des puéricultures me dira qu'elle avait déjà eu l'impression que Laetitia aurait pu être aveugle. Il est toujours étonnant de constater, dans ce type de situations, combien des personnes extérieures à l'observation peuvent acquiescer et manifester l'intuition de la question à laquelle on est confronté au moment même où on parvient à se la représenter. Cette intuition est sans doute la manifestation des échanges subtils qui passent des regards échangés aux visages des uns et des autres.

Mais à nouveau aussi, il faut souligner que tout cela est source de contraste car même si elle laisse l'impression de ne pas y regarder, Laetitia se déplace finalement sans heurt et laisse l'impression qu'elle va droit là où elle veut parvenir même si son regard ne nous permet jamais d'anticiper quoi que ce soit de son désir. La question du regard et des échanges subtils qu'il autorise, est, ainsi, au centre de cette observation. Le regard de Laetitia la rend fort énigmatique. Elle n'est pas du tout aveugle mais on a vraiment ce sentiment quand on la voit déambuler, se déplacer à quatre pattes dans une très nette inadéquation entre le mouvement du corps, de la tête et du regard tout à la fois. On a l'impression que tous ces aspects sont totalement dissociés.

À côté de ce tapis, il y a un bac avec des jeux de premier âge. Elle se relève de son quatre pattes, s'agrippe de nouveau avec les mains, cherche un jeu, et deux jeux tombent en même temps. Elle a comme un mouvement pour faire tomber les jeux mais ce n'est pas vraiment encore le jeu où l'enfant prend plaisir à jeter des jeux. Et, d'ailleurs, quand les deux jeux tombent, elle ne les suit pas des yeux et elle explore un jeu coloré bleu, rouge et jaune, qui est dur, avec des bruits de gorge. Elle s'écarte du bac et à ce moment, une petite fille vient près d'elle qui est assise par terre. Cette petite fille est un bébé qui ne marche pas

encore et Laetitia évite ce bébé avec beaucoup de précautions, de même qu'un coussin. Elle manifeste là sa parfaite capacité d'anticipation par le regard et, de façon fort adéquate, elle pose le pied pour éviter de trébucher dans un coussin.

La puéricultrice revient avec un bébé, qui a fini sa sieste. Laetitia lève la tête et regarde l'endroit où vient de disparaître la puéricultrice. Celle-ci me parle, me dit que Laetitia ne pleure presque jamais et que, quand elle est seule dans son lit après la sieste, elle ne réclame rien ; elle ne réclame pas non plus ni à boire ni à manger même pas quand les autres enfants mangent ou boivent. Une seule fois, elle a pleuré lorsqu'on l'a empêchée de manipuler le chariot des repas. À la question de savoir comment elle a pleuré, la puéricultrice me dit qu'elle ne pleure pas comme les autres enfants et ne sait pas m'en dire davantage.

Pendant que la puéricultrice me parle, je suis moins attentive aux déplacements de Laetitia et, quand je la retrouve, elle est avec un bébé sur le tapis ; c'est un gros tapis en mousse, elle s'est remise à quatre pattes et a rampé sur un coussin en pente pour explorer un mobile sur pied ; elle agrippe le mobile et manifeste ces mouvements de ratisage avec les mains accompagnées de bruits de gorge. Ce bébé qui doit avoir neuf ou dix mois, s'approche et la réaction corporelle de Laetitia est impressionnante. Sa tête s'arque très fort vers l'arrière, la main lâche le mobile, tout semble se disperser, les membres de Laetitia s'étendent comme une si on assistait à la manifestation du réflexe archaïque du parachute qui aurait persisté chez elle.

Puis elle glisse sur le coussin en pente comme si elle n'était retenue par rien, dans une passivité totale. Le bébé s'éloigne et à ce moment, il est assez frappant de constater que Laetitia se redresse à quatre pattes toujours sur le coussin en pente comme si à ce moment-là elle retrouvait une tonicité perdue ; elle s'agrippe au mobile qui tombe. J'ai alors le fantasme qu'elle va elle-même tomber et comme je suis tout près, je prépare mes bras, un peu instinctivement, à la recevoir. De nouveau, la puéricultrice, qui voit mon geste, me dit amusée qu'elle ne tombe que rarement ; je n'ai pas l'impression quand je la rattrape de recevoir un enfant qui perd l'équilibre et qui est lourd. En fait, elle se retrouve comme assise sur mes genoux et elle se relève immédiatement comme si mes genoux étaient brûlants !

À d'autres moments, j'ai encore l'impression que Laetitia se disloque quand elle est en contact très proche, soit avec un bébé, soit avec son père, soit avec n'importe quel adulte. On a le sentiment que la proximité est vraiment quelque chose qui est difficile pour elle et en même temps pour l'observateur, cet enfant est parfaitement paradoxal. Le paradoxe est particulièrement net au niveau du regard : Laetitia a des objectifs mais, en même temps, on a l'impression qu'elle est aveugle.

PREMIÈRE OBSERVATION DE LAETITIA À SON DOMICILE

Le domicile est composé de trois pièces en enfilade. On entre par la pièce centrale qui apparaît fort vide. Au bout, en face de la porte d'entrée, se trouve la télévision, à droite de l'entrée se trouve un canapé. De cette pièce centrale, on accède, à droite, à la cuisine et, à gauche, à une chambre à coucher. Cet appartement est fort petit.

Lorsque j'arrive, la télévision fonctionne et le son est fort. Le père est présent en même temps que la maman et Laetitia. Le père se précipite pour couper le son de la télévision mais il la laisse allumée. Les parents vont ainsi demeurer assis à regarder une télévision muette durant toute l'observation ! Les paradoxes semblent devoir se multiplier.

Laetitia est debout sur le lit de ses parents, dans la pièce de gauche. Le lit a une tête de lit sur lequel Laetitia appuie ses deux mains et se balance lentement sur un pied, puis sur l'autre en accompagnant le tout de bruits de gorge. Elle me tourne le dos. J'ai l'impression que ses parents pourraient la laisser comme ça longtemps, mais, sans doute parce que je suis là, le père va la chercher, en l'appelant d'une voix grave et sourde. Il la prend par la main et l'entraîne vers la pièce centrale où ses parents et moi nous trouvons. Les parents disent tous deux qu'elle va souvent dans la chambre et dans la cuisine, mais il faut souligner que la pièce centrale n'a pas de lumière naturelle et on peut se demander si ce n'est pas ce qui attire Laetitia parce que derrière cette tête de lit, où elle se balance, se trouve une grande vitre qui donne vers l'extérieur. Elle ne reste jamais dans la pièce centrale alors que tous les jeux s'y trouvent. Elle retourne donc dans la chambre rapidement.

Elle est, de nouveau, face à la fenêtre, face à la lumière, la tête droite devant elle en se balançant lentement. La maman dit qu'elle reste souvent comme cela, le père ira la rechercher plusieurs fois souvent en la prenant par la main et, d'autres fois, en la prenant à bras ; elle a alors, à chaque fois, le mouvement, déjà observé, d'extension de la tête vers l'arrière lorsqu'elle est en contact avec les bras de son père. Dès que son père l'a déposée elle quitte rapidement cette pièce centrale ; elle marche très vite vers la cuisine avec des mouvements d'équilibration mais un peu moins que ceux que j'avais vus à la crèche. Elle me semble un peu plus compétente lorsqu'elle est chez elle malgré que cette observation suive la première de quelques jours seulement.

Dans la cuisine, il y a aussi une lumière naturelle ; elle se tient entre une chaise haute et le frigo et, de cette façon, elle disparaît de mon regard. Le père va la rechercher dans la cuisine pour l'amener dans la pièce centrale et, de là, elle disparaît très vite vers la chambre. Il n'y a pas vraiment d'échange entre le père et sa fille et il me semble qu'il n'y a pas vraiment d'accordage corporel entre eux. Parfois, le père

l'embrasse mais Laetitia ne manifeste pas corporellement de plaisir ; c'est plutôt de la passivité et même, plus souvent, un essai pour se dégager de cette proximité corporelle.

Une fois, quand Laetitia traverse la pièce centrale, j'ai envie de me mettre, par jeu, derrière elle ; mais elle fait un geste de la main que la mère interprète en faisant le geste d'écartement que je n'ai pourtant pas perçu chez Laetitia. La mère dit qu'elle fait toujours comme cela et elle souligne que, lorsque sa fille avait six mois, elle hurlait si sa mère ou son père approchait et cessait de crier dès que ses parents s'éloignaient. Il est tentant de penser que la maman exprime ainsi l'impasse relationnelle dont ils sont tous prisonniers qui se serait mise en place dès les premiers mois de la vie de Laetitia.

La mère souligne d'ailleurs que, maintenant, c'est elle qui s'en va et s'écarte de sa fille. Il est vrai qu'affectivement, il doit être difficile de faire face à ce type de comportement. Je lui dis que cela a dû être dur pour eux qu'elle hurle quand ils s'approchaient mais tous deux disent aussitôt : « Mais non, cela n'a pas été trop dur. » Entre-temps Laetitia est dans la chambre de ses parents et explore une porte blanche, la porte d'une armoire qui grince en s'ouvrant. Encore une fois, le père va la rechercher et l'assied sur la table du salon, elle se penche et j'ai peur qu'elle ne tombe mais elle se montre très compétente et, en se retournant, elle passe de la position assise à la position à quatre pattes ; elle descend par l'arrière en ne se faisant vraiment pas mal. Une autre fois, le père la met face au meuble, celui de la télévision et Laetitia se relève, s'accroupit en s'accrochant des deux mains à la tablette. La situation est alors telle qu'elle se retrouve entre ses deux parents et la télévision qu'ils regardent sans son. Laetitia est devant la télévision et elle se balance lentement et puis il me semble qu'elle dit « mama ». Je regarde le père et la mère et j'ai envie de leur souligner que Laetitia vient de dire « maman » mais tous deux restent sans aucune réaction comme décidés quoiqu'il arrive à poursuivre leur programme. Je me sens vraiment très mal face à ce vide relationnel, c'est épouvantable. Laetitia regarde la lumière qui vient de la télévision et les images qui bougent. J'ai le sentiment de toucher là très précisément à leur impasse relationnelle : Laetitia ne donne que peu de signes de sa présence et lorsqu'elle parle, elle n'est pas entendue.

Un peu après, je demande à la maman comment elle réagit quand on va vers elle ? Et la maman répond : « rien ». Tout à coup, à ce moment, la maman se lève et, un peu comme si elle était en « collage » par rapport à ma question, elle descend le pantalon de jogging de sa fille en se penchant et en appelant Laetitia. Mais je ne vois pas de réaction ; elle l'embrasse et puis elle revient s'asseoir comme si elle voulait me démontrer qu'effectivement, il est impossible d'établir une relation entre elle et sa fille.

Une autre fois, le père de Laetitia la place face aux jeux à droite de la cheminée, dans cette pièce où se trouve la télévision. Je m'approche et m'accroupis ; Laetitia passe un certain moment assise en position assise entre les genoux, très hypotonique dans le bas du corps, dans la même position que je l'avais vue à la crèche dans son relax, avec des sons gutturaux « a, a, a, » ; elle manipule longuement, avec l'index, un bouton de la porte d'une armoire. Le père dit qu'elle vide tout le contenu du meuble et la maman pendant ce temps regarde aussi Laetitia, comme moi, en se penchant. Je demande à quoi elle joue et la maman me dit « elle joue avec le piano » (un petit piano de jeu) et le piano est dans cette armoire. Laetitia le prend, la mère me dit qu'il manque des piles et, un peu plus tard, elle demande à son mari « et les piles ? » mais il ne répond pas. Laetitia, elle ne joue toujours pas.

La mère se lève, va dans la cuisine et allume une cigarette. Je la vois : elle est assise et fume, très absente, avec un regard assez vide. Elle me semble fumer assez goulûment. Je reste accroupie derrière Laetitia qui ne me voit pas. Pendant ce temps-là, je vois qu'il y a une photo sur le meuble, à hauteur de la petite. C'est une photo de la mère vers dix ou douze ans ; elle ressemble beaucoup à Laetitia, notamment la coupe de cheveux et le strabisme de l'œil gauche, comme Laetitia. Ce qui me frappe en regardant ce meuble, c'est qu'il y a plein de petites pochettes, de petites poteries, dont beaucoup sont en double, l'une à côté de l'autre.

Laetitia fait glisser le piano vers elle ; il ne produit pas de son puisqu'il n'y a pas de piles ; elle le manipule et alors je lui dis quelque chose comme : « Oh, il n'y a pas de musique aujourd'hui. » À ma remarque, la mère, qui a entendu, redemande au mari où sont les piles. Laetitia relève son pantalon de jogging d'une jambe, ce qui découvre sa jambe et sa chaussette : « Oh, tu as mis de belles chaussettes aujourd'hui... ! » (ce sont des chaussettes avec des petits ours) et je lui touche le pied ; elle interrompt son mouvement d'exploration du piano et elle regarde son pied, sa tête se tourne vers le pied. Après ma remarque au sujet de son pied, elle manipule son pantalon à nouveau, de la même jambe où je lui ai touché le pied. Je jette un coup d'œil sur le papa qui est à ce moment-là dans le canapé et qui joue à un jeu de game boy.

Cette observation montre à quel point il est parfois difficile qu'une relation significative se noue entre un enfant et ses parents. Tout se passe comme si ici, chacun des protagonistes vivait dans un rythme d'échange qui lui est propre, ce qui les rend inaccessibles les uns aux autres. Contrairement à ce que nous pourrions montrer dans le cas de Pedro, les parents ne peuvent facilement s'identifier au regard de l'observatrice. Celle-ci est en quelque sorte dans la même position que Laetitia puisqu'elle est difficilement entendue même si la mère semble

plus disponible à la fin de l'observation ; on a l'impression qu'elle n'y parvient qu'en surmontant de grosses ambivalences. Il n'est pas anodin à ce titre que l'observation se termine sur la question du double ; cela pourrait expliquer pourquoi la mère a de telles difficultés : l'échange des regards est moins indispensable quand la relation reste sous le signe de la spécularité.

ROMAIN ET LA CONSTITUTION PRÉCOCE DE LIENS RELATIONNELS EN FORME DE CERCLES VICIEUX

C'est à la demande de l'orthophoniste de notre équipe, qui assure le traitement de Romain depuis deux mois et demi au moment de la première observation à l'école, que cette observation est organisée. Cet enfant présente des difficultés très importantes de langage dans un tableau de troubles graves de développement qui le mettent sur la frange des troubles envahissants du développement. Il a été orienté chez l'orthophoniste par une pédopsychiatre. L'orthophoniste me demande d'aller observer l'enfant à l'école pour éclairer toute la question de ses relations avec l'enseignante et compagnons. L'observation s'est aussi déroulée à la demande des parents qui sont assez collaborateurs dans le traitement de Romain.

Le récit, qui va suivre, rapporte donc la première observation de Romain à l'école. Auparavant, je n'ai donc jamais vu Romain et il ne m'a jamais vue non plus. C'est donc au cours de cette observation qu'on va me le présenter et qu'il va faire ma connaissance. Il faut également préciser qu'il s'agit d'une observation que j'ai faite en compagnie d'une stagiaire psychologue au centre ; Romain va avoir des attitudes différenciées par rapport à la stagiaire et moi. Romain va avoir quatre ans quand l'observation débute. Nous arrivons à l'heure de la récréation mais comme il fait mauvais temps, celle-ci se déroule dans un espace couvert.

Lorsque nous entrons, Romain scrute la stagiaire en fronçant les sourcils mais, moi, c'est un petit peu comme s'il ne me voyait pas. Ensuite, il fait quelques pas en arrière. Il était déjà à quelques mètres de nous et puis, malgré tout, il fait encore quelques pas en arrière. Il se retrouve dans un coin de la pièce. Son mouvement de recul en arrière est accompagné du geste d'introduire deux doigts de la main gauche dans la bouche. Ensuite, il y a une interaction avec un petit garçon de la même classe que lui. Alban est devant lui, à un mètre, le bras droit tendu vers Romain, une balle jaune citron au bout de la main. C'est alors que Romain a un mouvement d'évitement de tout le corps. Il rase le mur pour contourner Alban. Romain a un geste également du bras gauche, un geste latéral d'évitement.

Alban tenait la balle dans un mouvement de la main d'offrande, d'invitation, mais que Romain a sans doute dû interpréter comme quelque chose qui allait trop près de lui, qui était difficile puisqu'il a eu tout un mouvement d'évitement. Ensuite Romain va participer à un jeu d'un petit groupe d'enfants qui consiste à courir d'un bout à l'autre de cette pièce intérieure de récréation. C'est un petit groupe de cinq ou six enfants, la plupart des garçons. Le jeu consiste à courir sur toute la longueur de la pièce en s'appuyant avec les deux mains sur le mur ; ils touchent le mur puis repartent en sens inverse ; une sorte de jeu un peu viril. Au cours de ce jeu, Romain est le plus souvent suiveur mais, en même temps, il est très présent dans ce jeu au niveau du regard, il échange beaucoup de regards avec les autres, notamment pour voir où ils sont. On est donc frappé par le fait que tout se passe comme si c'était le contact visuel, face à face qui était difficile pour Romain ; dans une relation indirecte, où les dos sont partiellement tournés, l'échange des regards et la présence de Romain dans des relations sont possibles. L'une ou l'autre fois, il est le premier à courir, il faut signaler que Romain paraît beaucoup plus âgé que son âge, parce qu'il est très grand. Sa grande taille lui permettrait de courir beaucoup plus vite mais il est le plus souvent suiveur. Une fois, il se retrouve derrière la stagiaire et moi, je me retourne, je lui ai déjà dit bonjour (l'institutrice nous a présentés au début de l'observation), mais j'ai envie de lui redire bonjour, d'autant plus qu'il ne m'avait pas regardé la première fois ; j'ajoute « nous sommes venues pour te voir », ce qui a pour effet de le faire reculer, un petit peu avec le même mouvement qu'il avait eu avec Alban, jusqu'au coin où il y a une poubelle qui l'empêche d'aller plus loin ; il s'immobilise et repart en sens inverse en imitant les autres enfants qui eux ont continué de jouer. Lorsque, quelquefois, il croise mon regard (je le regarde et je lui souris), il baisse la tête et paraît mal à l'aise. À deux reprises, il ira vers les toilettes, ce que je perçois comme un moyen pour échapper à mon regard.

Ce jeu de courir d'un mur à l'autre va durer longtemps et toujours en groupe, le plus souvent de garçons. Puis Romain se fait bousculer dans le jeu ; il tombe et pleure, tout en restant longtemps par terre, comme figé, le regard dans le vague. Lorsqu'il se relève, le petit groupe d'enfants a cessé le jeu de courir et les enfants sont maintenant près des portemanteaux qui sont vides à l'autre bout de la pièce. À tour de rôle, ils essaient d'attraper en même temps deux crochets du portemanteau pour s'y accrocher et se retrouver le ventre collé au mur. Romain imite et s'intègre facilement dans le jeu. Un des enfants avec lequel Romain avait couru est trop petit, et Romain prend l'initiative de soulever cet enfant qui lui tourne le dos. Il va répéter cette initiative deux fois. Il soulève le petit garçon qui lui tourne le dos (il n'y a pas de regard direct) en le prenant par les aisselles pour qu'il puisse attraper les

crochets des portemanteaux. Ensuite, une autre interaction se développe. Beaucoup d'enfants se sont regroupés autour d'un garçon visiblement plus grand qui doit être dans la section des grands de maternelle ; il est plus grand et très à l'aise avec son corps ; il semble avoir la place d'un leader. Romain fait partie de ce groupe et je le vois qui envoie un coup de pied d'une façon latérale vers ce « grand » qui lui envoie également ; coups de pied que Romain esquive en s'écartant, les bras ballants la plupart du temps, avec une position du corps assez passive, pas très tonique.

Les autres garçons essaient d'attaquer ce « grand » à tour de rôle, qui a des réactions de prestance au niveau corporel. Plusieurs fois, Romain va s'approcher de ce garçon pour l'attaquer mais il recule lorsqu'il se trouve en face à face visuel avec lui ; il recule tellement qu'il se réfugie près du radiateur, où d'autres enfants sont venus aussi. Une fois ce grand garçon est le dos tourné par rapport à Romain et c'est la seule fois où Romain va le pousser, dans le dos. Tout se passe donc comme si le contact visuel l'angoissait tellement ou le perturbait qu'il ne peut avoir de contact que sans regard. L'une ou l'autre fois, Romain se fait bousculer ou frapper par un autre enfant. Une fois, il tombe, c'est la deuxième fois que je le vois tomber, et là, il a un regard vers deux institutrices proches de l'endroit où nous sommes ; il est assis et porte son regard vers les deux institutrices. Je le vois ouvrir la bouche et je devine qu'il dit « Madame » mais il n'est pas entendu. C'est la seule fois où il a un mouvement pour appeler au secours sinon les autres fois il pleure, il pleurniche, et garde une position corporelle vraiment très en retrait.

Après cela, il se relève et c'est toujours ce jeu qui continue autour de ce grand garçon. Le petit garçon qu'il avait aidé à grimper sur les portemanteaux, le tire par la manche vers l'arrière, après que Romain se soit fait lancé un coup de pied par le grand meneur. Ce petit garçon tire Romain qui le suit très passivement mais sans se retourner et sans regarder ce garçon. C'est la fin de la récréation, l'institutrice frappe des mains ; la consigne c'est de remettre son manteau pour sortir parce qu'il faut sortir pour regagner ensuite sa classe. La plupart des enfants se précipitent, Romain reste un peu figé sur place, en retrait, mais il observe attentivement les autres enfants. Il regarde ce que les autres font et après un long moment, il s'approche du portemanteau d'un geste du bras de la main gauche, il enlève quelques manteaux qu'il laisse tomber sur les autres, sans suivre du regard là où les manteaux tombent. Son regard est absent, son geste est stéréotypé mais en même temps, il cherche son manteau, qu'il trouve un peu par hasard. On ne peut pas dire qu'il regardait précisément. Il garde son manteau en main et de nouveau, en restant très immobile. Tandis que la plupart des autres enfants ont tant bien que mal réussi à enfiler leurs manteaux, lui reste avec son manteau dans la main. Des enfants se sont approchés de lui

mais il garde son manteau dans la main et, on ne peut pas vraiment dire si c'est pour frapper les autres ou si c'est pour les écarter, il projette son manteau vers les autres d'un geste large du bras. C'est reçu comme une invitation au jeu pour un des garçons qui essaie de se saisir du manteau de Romain avec la main. Mais alors, Romain a une réaction de colère intense qu'on peut lire sur son visage mais sans interaction verbale. Romain continue à projeter son manteau. Alors l'institutrice se rend compte que Romain n'est toujours pas vêtu, elle s'avance vers lui pour l'habiller. Lui, dans un second temps, avec la tête fort penchée en avant et durant de très longues secondes, va essayer de fermer seul sa fermeture éclair. Mais l'institutrice lui dit que ce n'est pas la peine (le trajet étant très court) mais Romain reste dans cette position la tête baissée, les yeux vers le bas, en train de manipuler quelque chose à côté de la fermeture qu'on distingue mal, dans une sorte de stéréotype.

Les enfants sortent en groupe et pénètrent dans le couloir qui conduit à la classe. Il y a une table centrale avec deux bancs de chaque côté sur lesquels une dizaine d'enfants sont assis le dos tourné vis-à-vis de ceux qui entrent. Romain est derrière eux et s'en approche très fort en ouvrant la bouche, en mimant de les mordre mais sans les mordre réellement. Je n'ai pas perçu que les autres enfants se retournaient vers lui. Suivant la consigne donnée par l'institutrice, les enfants pénètrent dans la classe, l'institutrice demande aux enfants de venir près d'elle sans s'asseoir pour savoir ce qu'ils doivent faire. Le travail est organisé par petits groupes ; il y a des enfants qui sont plus rapides que d'autres et l'institutrice adapte les activités en fonction de cela. Contrairement à la plupart des enfants qui sont autour de l'enseignante, Romain s'est assis peut-être à la place qu'il occupait avant la récréation ; toujours est-il qu'il est assis le dos tourné par rapport à elle. Donc, il ne voit pas l'institutrice qui ne le voit pas non plus. L'institutrice ne relève pas. Romain est le seul enfant à s'être assis alors que la consigne était de rester debout.

Elle donne la consigne à trois autres enfants et à Romain qui n'avaient pas fini leur travail de découpage de continuer à découper. On est à ce moment proche de la fête de Saint-Nicolas. Il s'agit de découper des petits morceaux de papier glacé rouge pour les coller dans la mitre de Saint-Nicolas. L'explication n'est pas très claire de la part de l'enseignante. Romain reste assis, sans savoir très bien quoi faire ; puis, l'enseignante dit qu'il faut aller chercher des ciseaux ; là, Romain comprend tout de suite, il y va tout de suite et revient en courant, en sautillant avec les ciseaux en mains ; il s'assied à la place qui était désignée, il enfle les ciseaux à sa main droite, son pouce et son index extérieurement tendus. Il va rester comme cela un long moment à observer les autres. Une fois, il croise mon regard, je lui souris et c'est la première fois que son regard croise le mien, il me sourit mais en penchant la tête

d'une façon fort particulière : il a le menton appuyé sur sa poitrine et me regarde en poussant ses yeux au maximum vers le haut. À cette table, se trouvent des enfants apparemment plus jeunes ou qui manquent d'initiative, aucun enfant ne prend l'initiative de découper, ils restent tous un long moment comme ça. L'institutrice les houspille à nouveau ; c'est un autre enfant qui prend l'initiative de découper et Romain l'imité. Alors là, il y a quelque chose de curieux qui se passe. J'ai, moi, l'impression en tout cas les deux ou trois premières fois qu'il commence à découper, que c'est vraiment comme s'il ne pouvait pas utiliser la vision binoculaire parce qu'il a une difficulté à ajuster les ciseaux et le papier. Il découpe comme si les ciseaux n'arrivaient pas au-dessous du papier. Il fait ce geste-là deux ou trois fois, sans succès, et, une autre fois, il découpe à ras de la feuille, ce qui ne marche pas non plus. Il est pendant ce temps toujours très attentif à tout ce qui se passe autour de lui, il n'arrête pas de regarder les autres enfants pour un petit peu ajuster son propre comportement par rapport aux autres. Au bout de ces trois ou quatre essais ratés, il y a un certain ajustement moteur par rapport aux ciseaux et il découpe finalement pas trop mal deux petits bouts de papier et puis il s'arrête, il s'immobilise, les ciseaux pointés vers le haut et continue à observer les autres. Madame apporte les tubes de colle, il prend le tube alternativement d'une main et puis de l'autre, il colle les deux bouts de papier relativement adéquatement. Notre observation se termine sur ce mouvement.

L'avantage de l'observation dans ce type de pathologie, où les relations sont pauvres et énigmatiques, est de nous montrer que certaines ébauches de relation existent mais qu'elles sont fragiles et ne se déroulent que dans certaines circonstances. On voit que pour Romain, il peut développer une relation adéquate dans le regard latéral ou quand le dos est tourné. Il est alors capable d'imitation et d'identification comme dans ces jeux virils ou quand il aide un plus petit. Il semble très déstabilisé par le regard direct frontal qu'il semble vivre comme une forme d'intrusion. De la même manière, tout se passe comme si tout changement venait aussi perturber un rythme de base qu'il a beaucoup de peine à réajuster par la suite pour lui permettre de réintégrer le groupe un instant perdu. Son regard à ce moment et le rythme de ses échanges le rendent assez énigmatique et risquent, à terme, de rendre problématique son accrochage aux autres qui sont eux beaucoup plus loin et qui pourraient, assez facilement, avoir tendance à ne plus se soucier de lui. On voit comment l'observation directe aide ici à encadrer un processus thérapeutique en permettant à l'enfant de mieux intégrer son groupe classe et le regard de ses pairs.

D'UN REGARD INCERTAIN AU JEU DE « COUCOU », L'OBSERVATION DE PEDRO

Pedro est un enfant de 26 mois lorsque nous commençons à l'observer. Sa situation psychique et développementale nous a alertés, dans un premier temps, alors que nous étions occupés à faire l'observation d'un autre bébé dans la crèche où Pedro était lui-même placé, pendant le travail de ses parents. Ce qui nous a interpellés, c'est le retard considérable de développement de Pedro. À 26 mois en effet, il ne tient pas debout, à peine assis et bien sûr ne marche pas. Il est impossible d'obtenir de la part de Pedro un contact par le regard et toutes les communications visuelles semblent se dérouler dans une sorte de regard latéral qui donne à l'observateur le sentiment étrange de ne pas exister. Pedro n'a, par ailleurs, que des jeux stéréotypés, ce qui avait été le point d'appel de notre attention à son égard. Ses jeux stéréotypés consistent principalement dans le fait de, en restant assis de longs moments, cracher par terre et, ensuite, d'étendre la salive lentement sur le sol et sur son corps. Il effectue un autre jeu extrêmement stéréotypé, qui est de déplacer des boules de bois autour de lui, inlassablement, dans un mouvement d'aller et de retour que rien ne semble pouvoir arrêter.

Nous n'avons donc pas été conviés à observer Pedro mais nous n'avons pas pu nous empêcher de demander aux puéricultrices si quelqu'un s'occupait de cet enfant, tant son retard de développement nous paraissait inquiétant et important. Il faut dire que nous avions eu l'occasion de voir Pedro à plusieurs reprises dans le décours de cette autre observation. Nous avons donc interpellé le personnel de cette crèche au sujet de Pedro en leur demandant si un autre service s'occupait de lui. Quelque temps plus tard, ce sont les parents de Pedro qui prenaient contact avec nous. Il s'agit là d'une procédure tout à fait habituelle lorsque nous travaillons avec ce type d'organisme. Il nous semble en effet, que, lorsque ce sont les puéricultrices ou nous-mêmes qui dépissons les difficultés chez un enfant, il est préférable que la première rencontre se déroule dans le cadre de la crèche : c'est, en effet, avant tout, l'endroit où les troubles ont été détectés et cette procédure permet par ailleurs à chacun des partenaires (les parents, la crèche et nous-mêmes) de maîtriser au mieux les modalités de la relation proposée.

Il faut tenir compte, en effet, qu'en ce qui concerne les parents, ceux-ci ne sont pas toujours demandeurs d'une intervention, voire sont effrayés par celle-ci. Cette procédure leur permet de garder toute possibilité de contrôle sur l'évolution ultérieure de ce que nous pourrions leur proposer. De notre côté, nous ne savons pas non plus comment les parents peuvent réagir et il est bien entendu extrêmement important que la crèche en tant que premier témoin ou première zone de socialisation de l'enfant, qui a mis en évidence les troubles de l'enfant, puisse expli-

quer dans quel cadre elle a fait appel à notre demande. À cela, il faut ajouter que nous avons l'habitude de travailler avec cette institution ainsi qu'avec les gardiennes d'enfants qui travaillent chez elles, ce qui nous permet, non seulement d'être souvent contactés lorsque tous ces organismes détectent un enfant présentant des graves difficultés de développement, mais cela permet aussi aux personnes qui font appel à nos services de savoir comment et par quelle méthode nous intervenons. Sans connaître les détails de la nature de cette intervention, il est clair que les divers intervenants connaissent plus ou moins ce qu'est l'intervention directe selon Esther Bick, qui est la méthode que nous appliquons le plus souvent dans ce type de cas, au moins dans le premier temps de notre intervention.

Nous proposons tout d'abord aux parents de faire un bilan de l'évolution de l'enfant en utilisant des méthodologies d'observation directe, que ce soit à la crèche ou dans d'autres milieux de vie. En ce qui concerne Pedro, c'est bien ce type de bilan qui a été proposé aux parents, bilan qu'ils ont accepté. C'est ainsi que toutes les observations qui ont été faites se sont faites en présence de la maman. C'est donc dans ce cadre que nous avons eu l'occasion d'échanger avec elle et que, peu à peu, des éléments d'anamnèse que nous allions rapporter, progressivement, nous ont été rapportés. Mais, au départ de notre intervention, nous ne demandons pas de disposer d'une anamnèse précise. Il nous paraît extrêmement important que cette dimension nous soit donnée progressivement car elle est le signe, d'une part, que des questions se posent quant à l'observation des comportements de l'enfant, d'autre part, comme nous l'avons indiqué, que l'émergence de l'anamnèse indique souvent la naissance d'une relation thérapeutique entre nous, l'enfant et ses parents.

Nous n'avons fait aucune intervention interprétative vis-à-vis de cette famille, sinon pour les inviter, en particulier la mère, à ce qu'elle puisse utiliser sa langue maternelle, le portugais, avec son fils, ce qu'elle fit progressivement et de plus en plus au cours de nos observations. C'est un peu aussi ce qui nous a conduit à proposer des observations à la crèche et dans le milieu familial mais il nous est rapidement apparu comme évident qu'il était surtout important que ces observations puissent se dérouler au domicile de Pedro, tant ces observations semblaient aptes à augmenter non seulement la nature des interactions entre Pedro et sa mère, mais aussi et surtout leur qualité.

En ce qui concerne l'anamnèse sociale, disons simplement que les parents, au moment de l'observation, étaient âgés de 35 ans tous les deux, que la mère est d'origine portugaise, que Pedro a un frère trois ans plus âgé que lui, qui ne semble présenter aucun problème de développement.

Des éléments d'anamnèse que nous avons pu recueillir et étant donné les signes cliniques et les comportements présentés par Pedro, nous pouvons estimer que Pedro présentait au moment où nous l'avons rencontré, un trouble envahissant du développement sévère de type autistique. Des examens neurologiques approfondis ont été effectués, sur notre conseil, qui tous se sont révélés négatifs.

Première séance d'observation de Pedro

Lors de la première séance d'observation de Pedro à la crèche, ce qui frappe, c'est la stéréotypie de ses activités ludiques ; le fait qu'il est peu ou presque pas en communication avec les autres enfants et qu'il présente des bizarreries au niveau moteur. Il a par exemple, la capacité, en position assise, de se déposer très délicatement dans la position couchée sur le dos, ce qui contraste avec son état de développement moteur général. Au niveau de ses stéréotypies, la salive coule de sa bouche, les puéricultrices disent qu'il crache mais en fait, il s'agit de quelque chose de très passif ; la salive coule de sa bouche, sa langue est coincée entre ses lèvres ; il fait des bruits de bouche et la salive tombe. Il passe énormément de temps avec une main et puis l'autre, les doigts écartés, à étaler la salive sur le sol, en regardant la main qui travaille intensément.

Au niveau du regard, c'est très particulier, parce qu'en même temps, on a l'impression qu'il perçoit des choses, comme par exemple lorsqu'on s'en approche, il regarde dans notre direction d'un air préoccupé ; c'est-à-dire que, le visage fermé, il fronce légèrement les sourcils. Mais, en fait, il n'y a jamais vraiment de croisement du regard, sauf dans certaines séquences particulières que nous allons présenter. On a toujours l'impression que c'est un regard un peu périphérique qui, en même temps, perçoit les choses et en même temps ne regarde pas directement. Parfois cependant, à un moment donné, on peut avoir un contact très proche avec lui, en voici un exemple. Il joue d'abord avec un rouleau à l'intérieur duquel il y a comme des billes. C'est une observation qui se passe à la crèche et l'observatrice est occupée à tenter de fixer son attention sur lui mais en même temps, c'est difficile car le personnel interrompt sans cesse soit l'assistante sociale, soit une puéricultrice : il leur est difficile de ne pas parler. L'observatrice se tient près de lui accroupie à terre, à une distance de près de trois ou quatre mètres. Il la regarde, tout d'abord, d'un air préoccupé, sans qu'il y ait vraiment croisement du regard avec le sien. Il est installé sur un coussin penché et il faut rappeler qu'à ce moment, Pedro, malgré son âge (il a déjà 2 ans et trois mois) ne peut pas marcher, il ne tente pas d'ailleurs de se mettre debout. Sa seule performance motrice, c'est juste de se mettre à quatre pattes. Il est, d'ailleurs, pour cette raison, maintenu dans la section des petits enfants qui ne savent pas encore marcher.

Pedro est donc à quatre pattes, sur son coussin et joue avec un rouleau dans lequel se trouvent des petites boules. Il fait rouler le rouleau avec sa main gauche, il le suit du regard et cela semble à la fois fort important et marquant. Il va alors s'appuyer de ses deux paumes sur le rouleau qui, lui, roule peu à peu en bas du coussin sur le tapis. Pedro le suit du regard et il essaye, en tendant le bras, d'aller chercher le rouleau. Il fait pas mal de tentatives pour tenter de descendre de ce coussin pour atteindre le rouleau ; ce qui est remarquable, c'est qu'il y arrive bien sans se laisser tomber, avec une certaine compétence, en s'appuyant sur les bras. Il a aussi deux ou trois regards dans notre direction, un regard du même genre que le premier regard, inquiet mais qui ne regarde pas directement. Il continue à jouer avec le rouleau et il est relativement imperméable, sans réaction par rapport à d'autres enfants, donc des petits qui eux sont des bébés qui le bousculent ou qui viennent tout près de lui, il ne réagit pas, ni corporellement ni avec le regard.

Puis une des puéricultrices nous interpelle et nous lui répondons ; on perd un peu Pedro de vue mais on le retrouve en fait à quatre pattes sur le sol, un peu plus loin que ce fameux coussin. Il a délaissé le rouleau et, en face de lui, il y a un xylophone, qu'il va toucher alternativement avec une main et puis l'autre et, chaque fois, après chaque mouvement, il lèche la main qui a touché le xylophone, d'abord en léchant les doigts et puis les doigts et la paume, et puis, en mettant sa main dans sa bouche. Tous ces gestes sont accompagnés de cris « Ya, ya, ya ! » assez forts. Il promène ensuite son front puis son nez sur les touches et parfois en même temps appuie sur les touches. L'observatrice a le sentiment qu'il doit sentir les vibrations. Ensuite, il est de nouveau à quatre pattes et tout d'un coup, il vient dans sa direction, tout près. Comme accroupie, elle est à sa hauteur, il s'arrête puis lui tend les mains, elle le prend dans les bras. Elle garde les mains de Pedro dans les miennes, lui parle ; il approche assez fort son visage du sien, la regarde et sourit mais en fait lorsqu'il sourit, la distance entre son visage et le sien est très très faible et puis il s'éloigne.

Il s'agit là d'une séquence fort étonnante, qui nous permet tout d'abord de constater que, sans doute, Pedro a perçu l'étrangeté de l'observatrice. Cette séquence est étonnante car elle montre que la rencontre avec Pedro ne semble possible que dans une temporalité très inhabituelle. Il est de plus assez tentant d'imaginer que le contact oral très intense avec le xylophone a servi de transition dans sa rencontre avec l'observatrice. Mais aussitôt des questions nous viennent à l'esprit. Comment pourrait-il entrer en contact avec quelqu'un si à chaque fois c'est ce type de temporalité qui est mise en place ? Le temps entre les premiers échanges de regards latéraux et le contact plus proche est très long et il est vraisemblable que si l'attention qu'on lui porte n'entrerait pas dans le cadre d'une volonté d'observation, il y a

belle Lurette que notre attention se serait portée ailleurs que sur lui. Il a d'ailleurs fallu que l'observatrice résiste aux interactions avec les adultes qui la sollicitaient énormément. Rien n'est sans doute plus intolérable que l'absence de relation. Tout se passe donc comme si pour entrer en contact avec Pedro, il fallait lui porter une sorte d'attention un peu exceptionnelle ce qui peut faire sentir dans quel type d'impasse est sans doute enfermé Pedro puisqu'il ne peut en sortir que si un adulte cherche activement à entrer en relation avec lui. Il dépend d'un adulte alors que ses comportements le rendent incapable « d'allumer », d'inviter cet autre à entrer en relation avec lui.

Il faut en effet ajouter que les interactions qu'il entretenait avec le monde environnant sont fort ténues. On peut dire que toute cette séquence et cette rencontre ne sont possibles que parce que l'interaction possible a été soutenue par l'intuition de l'observatrice. Elle est interpellée par le regard latéral mais regarde quand même Pedro. Elle risque de le perdre de vue mais sa disponibilité à l'observation et son interrogation sur ce que signifie ce regard vaguement inquiet, lui permettent de retrouver Pedro lorsque celui-ci est enfin arrivé à ses côtés. La rencontre est donc portée par cette disposition d'esprit de l'observatrice à être disponible à Pedro. On mesure ici tout l'intérêt de ce type de dispositif.

On peut dire aussi que sur le plan émotionnel et de la communication, il y a en permanence une sorte de discordance majeure. Pedro est comme en permanence dans une relation mais reste en même temps énigmatique ; il faut une disponibilité assez grande pour lui laisser le temps de se mettre en contact qui reste sans regard mais dont le mouvement des bras donne enfin la direction. Il faut donc sans cesse interpréter pour arriver à rencontrer Pedro ; l'adulte doit donc faire preuve d'une grande disponibilité psychique.

Cette séquence fut importante car elle a montré des possibilités relationnelles chez Pedro et c'est dans cette mesure que l'option de proposer une observation thérapeutique fut prise. L'observatrice est allée pendant neuf mois tous les quinze jours à la maison, beaucoup moins à la crèche, car les observations au domicile semblaient fort et de plus en plus importantes. Ces observations à la maison ont eu lieu en présence de la mère parce que ces indices relationnels quand, notamment, Pedro jouait avec le ballon, ou, à certains moments, avait le regard beaucoup plus direct, nous ont permis de réactiver une relation à la mère qui était devenue problématique.

Ces signes de potentialités relationnelles se sont d'ailleurs multipliés. À un moment donné, par exemple, une puéricultrice lui a donné un ballon jaune qui est aussitôt convoité par d'autres enfants et notamment par un autre petit garçon. Pedro, lorsqu'il reçoit le ballon, manifeste par des petits cris une sorte de jubilation ; son visage est souriant. Lorsqu'un autre petit garçon va essayer d'attraper ce fameux ballon,

Pedro ne regarde pas Thomas directement mais il émet des cris de protestation qui semblaient très clairs dans cette tonalité affective puis il regarde assez directement l'assistante sociale qui est à ses côtés, comme pour demander son soutien. Ce fut, à ce moment, vraiment un appel par le regard, qui n'était plus du tout périphérique comme on le décrivait au début mais un regard beaucoup plus direct. L'assistante sociale est d'ailleurs intervenue, tellement la demande de Pedro était claire. Puis, Pedro a lutté avec son rival par rapport au ballon, il ne regardait pas le petit Thomas, mais sa revendication était très claire dans la mesure où il appuyait ses mains sur le ballon et se montrait très persévérant dans son refus de laisser aller le ballon. Une dernière chose qui nous a convaincus quand à l'existence d'aspects plus relationnels, c'est que quand il a récupéré son ballon, après s'être montré très persévérant, il a entamé un jeu plus élaboré où il tentait de lancer le ballon dans la direction de l'observatrice ou dans celle de la puéricultrice.

Mais en même temps, parfois, alors que des aspects semblaient plus relationnels que lors des premières observations, il jubilait, il avait même des réactions de plaisir, à certains moments donnés, mais, à nouveau, les réactions de plaisir retournaient quand même dans le sens des stéréotypes gestuelles, lorsqu'il se secouait les bras et mettait les mains devant sa figure. Mais subsistait quand même cette connotation de plaisir qui était encourageante.

Évolution de Pedro dans le déroulé des observations thérapeutiques

Cette observation thérapeutique à domicile a avant tout permis, d'une certaine façon, à la mère de se renarcissiser surtout en ce qui concerne sa fonction maternelle. On peut estimer qu'au départ, elle était relativement déprimée face à un petit garçon, qui lui paraissait effectivement, à elle aussi, très étrange. Au fur et à mesure des observations, à chaque fois que Pedro manifestait un mouvement par rapport à sa mère, l'observatrice le soulignait, sans interpréter mais en le mettant en évidence. Cela a constitué le point de départ d'une spirale interactionnelle entre lui et sa mère. Celle-ci a repris peu à peu confiance dans ses capacités. Ce qui s'est passé au cours de ces observations, c'est qu'on a vu de plus en plus se développer des comportements d'imitation qui ont commencé à apparaître de plus en plus clairement. Il nous suffisait alors de les souligner pour que la mère se trouve à chaque fois plus encouragée.

Il imitait sa maman qui jouait avec lui, qui s'occupait de plus en plus de lui. L'observatrice, de son côté, restait un peu à l'écart et faisait des commentaires sur ce qu'elle voyait ; une sorte de décodage des enjeux relationnels qu'elle percevait et qu'elle proposait à la maman. C'est de

cette manière qu'ils ont passé de plus en plus de temps à des jeux partagés. Un virage très important s'est amorcé lorsque, grâce à des jeux destinés au premier âge, par exemple des Fisher-Price où il faut tourner des gros boutons et que ce mouvement de rotation met en marche un autre petit circuit qui se met lui-même à tourner, et ainsi de suite, Pedro imitait les gestes de sa maman.

Il s'est fait aussi que l'observation a eu lieu en même temps que la visite de la kinésithérapeute présente pour Pedro depuis l'âge de 6 mois, pour le stimuler au niveau moteur. À ce moment, elle le stimulait à la marche ce qui a semblé assez bien « ennuyer » Pedro. L'observatrice avait parfois le sentiment qu'il s'agissait en fait d'une surstimulation. Ce qui fut alors tout à fait intéressant, c'est que lors d'une observation, Pedro a demandé très très clairement, corporellement que cela cesse. Il tendait le bras vers sa maman en la regardant, mais vraiment avec un regard très suppliant pour qu'elle vienne l'aider. La kinésithérapeute avait rassemblé des objets sur une table basse, des objets dont Pedro avait envie mais qu'elle éloignait à chaque déplacement infime de sa part. Il était très dépité et très frustré. Lors d'une séquence fort émouvante, la maman était de l'autre côté de la table basse, et alors il a tendu son bras et regardé sa maman d'un air vraiment suppliant et celle-ci a « craqué » ; la maman a fait semblant de prendre certains des objets, intervention inopinée que la kinésithérapeute a arrêtée aussitôt en disant : « Non, non Madame, il doit travailler. » Tout le monde en est pourtant resté ému car c'était une des premières fois où il appelait sa mère ; elle qui le décrivait comme un enfant qui ne l'appelait jamais, qui ne tendait jamais les bras vers elle, qui ne prenait aucun plaisir à être dans ses bras.

C'est au fur et à mesure des observations que la maman a alors commencé à nous donner des éléments d'analyse. Tout s'est passé comme si elle avait pu nous parler d'elle et de lui après qu'elle ait pu dire : « Oui, maintenant, il m'appelle, il m'appelle quand la kiné le fait travailler... » Elle a pu parler de son fils et de leur histoire à partir du moment où elle avait enfin pu avoir l'impression qu'une relation pourrait se nouer entre elle et Pedro.

Les observations ont duré près de six mois et se sont arrêtées lorsque Pedro avait trois ans. Elles se sont arrêtées parce qu'il a été orienté vers un centre spécialisé. Il ne pouvait pas rester à la crèche, puisqu'il avait atteint la limite d'âge mais qu'en même temps il ne pouvait pas y rester, du fait de ses difficultés. Il était devenu capable, à ce moment, de jouer à « coucou » avec sa mère et l'observatrice.

Quand l'observatrice arrive, il est dans le salon, couché sur le dos, il se redresse et lui sourit, il la regarde mais plus du tout dans un regard latéral ; son regard est devenu très direct. Il se redresse et sourit, d'un très joli sourire, très communicatif. Sa maman joue beaucoup avec lui,

avec des mouchoirs en papier, Pedro les déchire et s'amuse à les faire voler, en tous sens, une fois, même, dans la direction de l'observatrice lorsque sa mère est absente et est allée à la cuisine. Quand la maman s'absente pour aller surveiller son repas par exemple, Pedro semble devenu capable de prolonger la relation avec l'observatrice. Une fois lorsque la mère a ramassé tous les morceaux de mouchoirs en papier et les a emprisonnés dans sa main fermée de telle manière que les mouchoirs ont disparu, Pedro tente d'ouvrir la main de sa mère pour les retrouver. Il a donc acquis la permanence de l'objet et ce n'est pas un hasard qu'il s'initie au jeu de cache-cache.

Voici d'ailleurs comment se déroulait le jeu de « coucou ». Quand l'observatrice arrive, elle dit « bonjour », à Pedro et parle un peu avec la maman, lui se met à quatre pattes, alors qu'elles sont debout. Il passe devant l'observatrice en souriant et va se cacher derrière les jambes de sa maman et puis derrière un pied de la table. Cela semble très intentionnel car il regarde l'observatrice du coin de l'œil ; on voit combien la nature et le contenu des échanges de regards se sont modifiés, et quand on lui fait « coucou », il rit. Ce jeu va se répéter quelques fois et puis, quand il revient derrière les jambes de sa maman, elle les écarte et alors avec ses deux mains, il rassemble les jambes de sa maman, pour se cacher à nouveau. Il est alors passé de la position à quatre pattes à la position assise. C'est un jeu auquel nous avons joué tous les trois : la maman écarte encore ses jambes, Pedro se retrouve à découvert, l'observatrice dit alors : « Oh, Maman, elle triche... » et nous rions tous.

Lorsque sa mère essaie de le moucher, il manifeste beaucoup de déplaisir, notamment par des grimaces et des lallations plaintives mais elle a trouvé le moyen de le calmer quelque peu ; elle lui donne un mouchoir dans la main puis le mouche ; tout se passe comme si avec un mouchoir en main, Pedro manifestait moins de déplaisir. Nous avons le sentiment d'assister là au début des mécanismes d'identification partagée. Ce qui frappe dans cette séquence-là, c'est que Pedro n'est plus du tout énigmatique, comme il était au début. Les manifestations émotionnelles sont beaucoup plus claires de part et d'autre. On peut décoder des deux côtés et ainsi l'interaction gagne en souplesse et plaisir partagé.

La maman a également des attitudes beaucoup plus claires ; c'est vrai qu'elle fait alors face à un enfant beaucoup moins énigmatique et qu'elle peut avoir des attitudes beaucoup plus claires : l'interaction est plus aisée et il est bien difficile de déterminer de quel côté cela a commencé. Cette question est d'ailleurs sans importance. Ce que la mère fait, est alors très différent du début : quand elle va dans la cuisine pour surveiller son repas, elle dit à Pedro qu'elle va revenir, elle lui parle dans sa langue maternelle. C'est vrai que, d'une façon ou d'une autre, nous avons encouragé ces formes de verbalisation. Quand elle

part dans la cuisine, il tend son bras vers elle et il la suit du regard ; son regard reste encore attaché quelques secondes à la porte qu'elle a franchie, il ne se détourne pas tout de suite. Les jeux de « coucou » permettent de longs moments d'échange corporel très intense entre eux. Au départ, en fait, il est assis entre les jambes de sa maman, le dos appuyé sur elle, ensuite il se penche, elle le bascule sur le côté, il ri quasi aux éclats ainsi que l'observatrice, tant le plaisir partagé semblait aussi neuf qu'intense. Un autre jeu s'est mis en place, pas vraiment un jeu de coucou, mais un jeu de surprise. Elle le fait basculer, et il se retrouve agrippé sur ses genoux, tourné sur le côté, la main gauche de l'enfant agrippant le tee-shirt de la maman, le torse un peu penché vers l'arrière, et alors elle dit à l'observatrice, avec un sourire intense, qu'il est fort accroché à elle.

On peut résumer cette observation en disant que c'est bien le regard de l'observateur qui a permis à la mère de regarder son enfant différemment et qui a remis en route l'interaction. C'est une très belle séquence d'évolution d'observation thérapeutique où il n'y a pas eu d'interprétation mais uniquement une attention portée à l'enfant qui aidait la mère à mieux l'observer à son tour. Les stéréotypes avaient pratiquement disparu et Pedro à la fin de l'observation pratiquait des jeux toujours plus relationnels. Les stéréotypes ne réapparaissaient qu'en certaines occasions quand par exemple, la maman quittait la pièce. Sur le plan moteur, il se tenait debout, pouvait marcher en appuyant la paume des mains sur le mur ; il pouvait, avec l'aide de la kinésithérapeute, monter les escaliers et elle aussi de son côté avait noté des progrès importants chez l'enfant. Mais il restait quelque chose de particulier au niveau des jambes : il gardait comme un mélange d'hyponotomie et d'hyponotomie ; une hyponotomie dans le sens que, en position debout, c'est comme s'il n'arrivait pas à plier les genoux pour marcher et en même temps, au niveau des chevilles, une hyponotomie qui ressemblait à une sorte d'hyperlaxité ligamentaire qui donnait à sa marche comme une allure de canard et en même temps une marche sur la pointe des pieds.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU D. (1975a), *La Résistance paradoxale : le cas du taureau ratiocineur, l'inconscient et le groupe*, Dunod, Paris.
- ANZIEU D. (1975b), « Le transfert paradoxal », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 12.
- ANZIEU D. (1985), *Le Moi-peau*, Dunod, Paris.
- ANZIEU D. (1987), *Les Enveloppes psychiques*, Dunod, Paris.
- ASSOUN P.-L. (1976), *Freud, la Philosophie et les Philosophes*, PUF, Paris.
- ASSOUN P.-L. (1981), *Introduction à l'épistémologie freudienne*, Payot, Paris.
- ASSOUN P.-L. (1993), *Freud et les Sciences sociales*, Armand Colin, Paris.
- AULAGNIER P. (1986), *Un interprète en quête de sens*, Ramsay, Paris.
- BEATTY J. (1982), « Task-evoked pupillary responses, processing load and the structure of processing resources », *Psychological bulletin*, n° 91.
- BELLUGI U., KLIMA E. S. (1983), *La Langue : perspectives selon une autre modalité*, tr. fr. de L. Rotolo, *Études et recherches*, 1, 2LPE.
- BELLUGI U., KLIMA E. S. (1983), *La Mémoire en signes*, tr. fr. de L. Rotolo, *Études et recherches*, 1, 2LPE.
- BICK E. (1964), « Remarques sur l'observation de bébés dans la formation des analystes », tr. fr. de D. Alcorn, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 12, 1992.
- BOWLBY J. (1969), *Attachement et Perte*, PUF, Paris, 1978.
- BRUTTI C. et SCOTTI F. (1981), *Reussir la psychiatrie alternative*, tr. fr. de J.-M. Gauthier, ESF, Paris, 1988.
- BRUTTI C. et SCOTTI F. (1982), « L'osservazione », *Quaderni di psichiatria infantile*.
- BRUTTI C. et SCOTTI F. (1989), « Osservazione e sviluppo del bambino », *Quaderni di psichiatria infantile*.
- CADY S. (1988), *Latéralité et Image du corps chez l'enfant : une étude psychanalytique*, Bayard, Paris, coll. « Centurion ».

- CADY S. (1992), *Le Corps, le Mouvement et la Parole*, Bayard, Paris, coll. « Centurion ».
- CADY S. (2000), *L'Enfant allergique*, Dunod, Paris.
- CAVAL M., KARACOSTAS A. (1993), « La position de la communauté sourde sur la question des implants cochléaires », *Gestes*, Association « Gestes », Paris, n° 7.
- CAVAL M., DONSTETTER D. (1994), « Attention : "implant" », *Gestes*, Association « Gestes », Paris, n° 10-11.
- CAVAL M. (1996), *Sujet du corps. Réflexions cliniques sur les implants cochléaires*, contribution à la journée d'étude du 26 janvier 1996 « Cochlée et psychée », Association « Ramsès », Ramsès Éditions, Paris.
- CAVAL M. (1997), « D'un dialogue en corps à l'arboré-sens », *De la sensorialité à la parole*, actes du XIII^e colloque international de psychomotricité, Société internationale de thérapie psychomotrice, Éditions Vernazobres-Greco, Paris, p. 193-197.
- CAVAL M. (1999), « Masques et réappropriation du traumatisme par une enfant "implantée" », in J.-M. Gauthier (ed.), *Le Corps de l'enfant psychotique*, Dunod, Paris.
- CAVAL M. (2001), « Le corps relationnel », *Revue santé mentale*, n° 57.
- CAVAL M. (2001), « Aigle-qui-veille », *Images & signes*, Lectures de Gérard Macé, Le temps qu'il fait, Cognac.
- CANNON B. (1991), *Sartre et la Psychanalyse*, tr. fr. de L. de Bury, PUF, Paris, 1993.
- CUXAC C. (1983), *Le Langage des sourds*, Payot, Paris.
- CUXAC C. (1993), « Langues des signes et épistémologie de la linguistique », *Psychanalyses*, n° 46-47.
- CUXAC C. (2000), *La Langue des signes française. Les voies de l'icongnité*, Éditions Ophrys, Paris.
- CICCONE A. (1998), *L'Observation clinique*, Dunod, Paris, coll. « Topos ».
- CORBALLIS M. (2001), « L'origine gestuelle du langage », *La Recherche*, vol. 341.
- CYRULNIK B. (1983), *Mémoire de singe et paroles d'homme*, Hachette, Paris.
- CYRULNIK B. (1989), *Sous le signe du lien*, Hachette, Paris.
- CYRULNIK B. (1993), *Les Nourritures affectives*, Odile Jacob, Paris.
- CYRULNIK B. (1997), *L'Ensemblement du monde*, Odile Jacob, Paris.
- DEMARET A. (1977), *Éthologie et Psychiatrie*, Pierre Mardaga, Spirimont.
- DE WAAL F. (1982), *La Politique du chimpanzé*, tr. fr., Odile Jacob, Paris, 1995.
- DE WAAL F. (1996), *Le Bon Singe*, tr. fr., Bayard, Paris, 1997.
- DE WAAL F. (1997), *Le Bonheur d'être singe*, tr. fr., Fayard, Paris, 1999.
- DAVENPORT S. L. H., HERNER M. A., MITCHELL J. A. (1986), « The spectrum of clinical features in charge syndrome », *Clin. Gen.*, n° 29.
- EKEMAN P. (1972), « Universals and cultural differences in facial expressions of emotion », in J. Cole (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*, Lincoln University of Nebraska Press.
- EKEMAN P. (1992), « Facial expression of emotion : new findings, new questions », *Psychological Science*, vol. 3, n° 1.
- EKEMAN P. (1994), « Strong evidence for universals in facial expressions : a reply to Russell's mistaken critique », *Psychological Bulletin*, n° 115.
- ERKIND A. (1993), *Histoire de la psychanalyse en Russie*, tr. fr. de W. Berelowitch, PUF, Paris, 1995.
- FEYEREISEN P., de L'ANNOY J.-D. (1985), *Psychologie du geste*, Pierre Mardaga, Spirimont.
- FREUD A. (1950), « Le développement de l'enfant, observations, et parcours biographique », 1964, *L'Enfant dans la psychanalyse*, tr. fr., Gallimard, Paris, 1976.
- FREUD A. (1975), « L'observation de bébés et son importance dans la formation des analystes », tr. fr. de P. Geissmann, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 12, 1992.
- FREUD S. (1891), *Contribution à la conception des aphasies*, tr. fr. de R. Kuhn, PUF, Paris, 1983.
- FREUD S. (1905a), *Trois Essais sur la théorie de la sexualité*, tr. fr. de B. Reverchon-Jouve, Gallimard, Paris, 1962.
- FREUD S. (1905b), « De la psychothérapie », in *La Technique psychanalytique*, tr. fr. de A. Berman, Paris, 1975.
- FREUD S. (1911), « Le président Schreber », tr. fr. de M. Bonaparte et R. Loewenstein, *Cinq psychanalyses*, PUF, Paris, 1975.
- FREUD S. (1913), « Les débuts du traitement », in *La Technique psychanalytique*, tr. fr. de A. Berman, PUF, Paris, 1975.
- FREUD S. (1914), « Pour introduire le narcissisme », in *La Vie sexuelle*, tr. fr. J. Laplanche et D. Berger, PUF, Paris, 1973.
- FREUD S. (1925), *Sigmund Freud pré-senté par lui-même*, tr. fr. de F. Cambon, Gallimard, Paris, 1984.
- GAUTHIER J.-M. (1990), « Temps et socialisation », *Revue belge de psychanalyse*, n° 16.
- GAUTHIER J.-M. (1990), « Éthique et travail d'équipe », *Perspectives*, n° 14.
- GAUTHIER J.-M. (1992), « *Le Corps, l'Espace et le Temps* : à propos du dernier ouvrage de Sami-Ali », *Psychanalyse à l'Université*.
- GAUTHIER J.-M. (1992), « L'autisme et la pensée du temps », *Revue belge de psychanalyse*, n° 20.
- GAUTHIER J.-M. (1992), « Pratiques de la psychiatrie ambulatoire », *Perspectives*, n° 20.
- GAUTHIER J.-M. (1993), « Interview du professeur Sami-Ali », *Cahiers de psychologie clinique*, n° 2, « La maladie humaine ».
- GAUTHIER J.-M. (1994), « L'abord psychosomatique de l'enfant », *Nascer e Crescer, Revista do hospital de Crianças Maria Pia*, Porto.
- GAUTHIER J.-M. (1994), « Le rêve du neurobiologiste », *Revue belge de psychanalyse*, n° 24.
- GAUTHIER J.-M. (1995), « Le temps entre individu et sujet », *Thérapie psychomotrice*, « Troubles du rythme et risques somatiques chez le petit enfant », n° 102.
- GAUTHIER J.-M. (1996), « Espace magique et pensée de rêve », *Cahiers de psychologie clinique*, n° 4.
- GAUTHIER J.-M. (1996), « Au-delà du principe de plaisir », *Revue belge de psychanalyse*, n° 28.
- GAUTHIER J.-M. (1997), « Freud, l'individu et le groupe : hier et aujourd'hui », *Revue belge de psychanalyse*, en collaboration avec N. Carels, n° 29.

- GAUTHIER J.-M. (1998), « L'acte et le pouvoir », interview de G. Mendel, *Cahiers de psychologie clinique*, n° 10.
- GAUTHIER J.-M. (1998), « De la rencontre des rythmes à la temporalité, l'intégration de l'identité », Actes du colloque *De la sensorialité à la parole*, organisé par la Société internationale de thérapie psychomotrice, Éditions Vernazobres-Grego, Paris.
- GAUTHIER J.-M. (1998), « Le corps et son interprète », *Revue belge de psychanalyse*, n° 31.
- GAUTHIER J.-M. (1998), « Freud, le groupe et le pouvoir », *Revue portugaïse de psychanalyse*.
- GAUTHIER J.-M. (1999), « Visages de l'étrangeté et forme du rêve », *Revue belge de psychanalyse*, n° 32.
- GAUTHIER J.-M. (2001a), « Voix de la mémoire et causes obscures », *Cahiers de psychologie clinique*, vol. 16, n° 1.
- GAUTHIER J.-M. (2001b), « Le corps de l'anorexique : entre réel et imaginaire », in Sami-Ali (ed.), *Manuel de thérapies psychosomatiques*, Dunod, Paris.
- GAUTHIER J.-M. et coll. (1999), *Le Corps de l'enfant psychotique*, Dunod, Paris.
- GREISSMANN C. (1992), « Editorial », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 12.
- GROD M. (sous la dir.) (1997), *La Langue des signes*, tome II, *Dictionnaire bilingue LSF/Français*, IVT Éditions, Paris.
- GROD M. (sous la dir.) (1997), *La Langue des signes*, tome III, *Dictionnaire bilingue LSF/Français*, IVT Éditions, Paris.
- GRESE B. (2000), *Les Bébés à risque autistique*, (sous la dir. de P. Dehion), Érès, Toulouse.
- GREEN A. (1992), « À propos de l'observation des bébés », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 12.
- HEGEL G. W. F. (1817), *Philosophie de l'esprit*, Vrin, Paris, 1988.
- HESSE E. H., PETROVICH S. B. (1978), « Pupillary behavior in communication », in A. W. Siegman, S. Feldstein (eds), *Nonverbal Behavior in communication*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ, p. 159-179.
- INNES SMITH J. (1990), « La neutralité de l'analyse », *Revue belge de psychanalyse*, n° 17.
- KAMPE K., FRITH C., DOLAN R., FRITH U. (2001), « Reward value of attractiveness and gaze », *Nature*, vol. 413.
- KAPLAN L. C. (1989), « The charge association : choanal atresia and multiple congenital anomalies », *Otolaryngol. Clin. North Am.*, n° 22.
- KESTENBERG J. (1977), « L'observation psychanalytique des enfants », tr. fr. de D. Houzel, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 12, 1992.
- KOHN R. C. (1982), *Les Enjeux de l'observation*, PUF, Paris.
- KOHN R. C., NÈGRE P. (1991), *Les Voies de l'observation*, Nathan, Paris.
- LANGS R. (1976), *The Therapeutic Interaction*, 2 vol., Jason Aronson, New York.
- LANGS R. (1978), *The Listening Process*, Jason Aronson, New York.
- LANGS R. (1988), *Thérapie de vérité, Thérapie de mensonge*, tr. fr., PUF, Paris.
- LORENZ K. (1973), *L'Envers du miroir*, tr. fr. de R. Piper et al., Flammarion, Paris, 1975.
- MAGAGNA J. (1987), « Observation d'un nourrisson avec E. Bick », tr. fr. de D. Alcom, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 12, 1992.
- MARCELLI D. (1986), *Position autistique et naissance de la psyché*, PUF, Paris.
- MEIHER J., DUPLOUX E. (1995), *Naître humain*, Odile Jacob, Paris, coll. « Opus ».
- MENDEL G. (1977), *La Chasse structurale*, Payot, Paris.
- MENDEL G. (1988), *La Psychanalyse revisitée*, La Découverte, Paris.
- MENDEL G. (1992), *La Société n'est pas une famille*, La Découverte, Paris.
- MENDEL G. (1996), *De Faust à Ubu*, *L'invention de l'individu*, L'Aube poche, La Tour d'Aigues.
- MENDEL G. (1998), *L'Acte est une aventure*, La Découverte, Paris.
- MEXNARD A. (1995), *Quand les mains prennent la parole. Dimension gestuelle et gestuel*, Toulouse, Érès.
- MONTAGNER H. (1978), *L'Enfant et la Communication*, Stock/Laurence Remoud, Paris.
- MONTAGNER H. (1988), *L'Attachement, les débuts de la tendresse*, Odile Jacob, Paris.
- MORRIS D. (1967), *L'Éthologie des primates*, trad. fr. P. Humblet et M. Stroobants, Éditions Complexe, Bruxelles.
- MORRIS D. (1968), *Le Singe nu*, tr. fr., Grasset, Paris.
- MOODY B. (sous la dir.) (1993, 1998), « La langue des signes », tome I, *Histoire et grammaire*, IVT Éditions, Paris.
- MOYANO O. (1999), « La création de l'espace du double : un stade précoce du développement », in J.-M. Gauthier (ed.), *Le Corps de l'enfant psychotique*, Dunod, Paris.
- NAKOV A. (1992), « La fonction observante », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 12.
- NEYRAUT M. (1974), *Le Transfert*, PUF, Paris, coll. « Le fil rouge ».
- PEREZ-SANCHEZ M. (1992), « L'importance de l'observation des bébés pour la compréhension du développement de la psychopathologie et pour la prévention », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 12.
- PETTITO L. A., HOLOWKA S., SERGIO L. E., OSTRY D. (2001), « Language rhythms in baby hand movement », *Nature*, vol. 413.
- POLITZER G. (1928), *Critique des fondements de la psychologie*, PUF, Paris, 4^e éd.
- RACAMIER P.-C. (1978), « Les paradoxe des schizophrènes », *Revue française de psychanalyse*, vol. 42, n° 5-6.
- REICH W. (1933), *L'Analyse caractérielle*, tr. fr. Payot, Paris, 1971.
- REHAHLA B. (1995), *L'Abord psychosomatique de l'enfant mongolien*, Masson, Paris.
- REHAHLA B. (1999), « L'autisme comme impasse relationnelle », in J.-M. Gauthier (ed.), *Le Corps de l'enfant psychotique*, Dunod, Paris.
- REHAHLA B. (1999), *Autisme*, tiré à part non référencé.
- RICEUR P. (1965), *De l'interprétation*, Seuil, Paris.
- RICEUR P. (1990), *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris.

- RONDAL J.-A., HENROT F., CHARLIER M. (1986), *Le Langage des signes*, Pierre Mardaga, Sprimont.
- ROUSSILLON R. (1991), *Paradoxes et Situations limites de la psychanalyse*, PUF, Paris.
- ROUSSILLON R. (1998), « Quelques marques épistémologiques à propos du travail psychanalytique en face-à-face », collection des débats de psychanalyse de la *Revue française de psychanalyse*, PUF, Paris.
- SAMI-ALI (1970), *De la projection*, Dunod, Paris, 2^e éd., 1986.
- SAMI-ALI (1974), *L'Espace imaginaire*, Gallimard, Paris.
- SAMI-ALI (1977), *Corps réel, Corps imaginaire*, Dunod, Paris, 3^e éd., 1998.
- SAMI-ALI (1980), *Le Banal*, Gallimard, Paris.
- SAMI-ALI (1987), *Penser le somatique*, Dunod, Paris.
- SAMI-ALI (1990), *Le Corps, l'Espace, le Temps*, Dunod, Paris.
- SAMI-ALI (1997), *Le Rêve, l'Affect, une théorie du somatique*, Dunod, Paris.
- SAMI-ALI (2000), *L'Impasse relationnelle*, Dunod, Paris.
- SAMI-ALI (2001), *L'Impasse dans la psychose et l'allergie*, Dunod, Paris.
- SANDRI R. (1991), *La Maman et son bébé : un regard*, Césura, Lyon.
- SANDRI R. (1992), « Espace d'observation, temps de réflexion... en analyse d'enfant », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 12.
- SARAGOSSE J.-B. (2000), « Impasse, institution et psychiatrie », communication au colloque du CIPS, « Impasse et somatisation », Paris, mai.
- SARTRE J.-P. (1943), *L'Être et le Néant*, Gallimard, Paris.
- SPITZ R. (1965), *De la naissance à la parole*, tr. fr., PUF, Paris, 1968.
- STOCKOE W. (1960), « Sign language structure : an outline of the visual communication », *Studies in linguistics*, Occasional papers, n° 8, University of Buffalo, New York.
- TAYLOR T. (1996), *La Préhension du sexe*, tr. fr., Bayard, Paris, 1998.
- VAN LYSEBETH M. (1990), « La relation analytique selon les différents courants analytiques », *Revue belge de psychanalyse*, n° 17.
- VAN LYSEBETH M. (1990), « Une dimension méconnue de la cure : la relation analytique », *Revue belge de psychanalyse*, n° 17.
- VIDERMAN S. (1977), *Le Céleste et le Sublimaire*, PUF, Paris, coll. « Le fil rouge ».
- VIDERMAN S. (1982), *La Construction de l'espace analytique*, Gallimard, Paris.
- WATILLON A. (1985), « L'impact de l'observation de la relation mère-enfant sur les mères et leur nourrisson », *Revue belge de psychanalyse*, n° 6.
- WATILLON A. (1993), « Dynamique des thérapies psychanalytiques de la relation précoce parents-enfant », *Revue belge de psychanalyse*, n° 22.
- WICKLER W. (1967), « Les signaux sociosexuels et leur imitation intraspécifique chez les primates », in Morris D. (ed.), trad. fr. P. Humblet et M. Stroobants, *L'Éthologie des primates*, Éd. Complexe, Bruxelles, 1978.
- WINNICOTT D. W. (1971), *Jeu et Réalité*, tr. fr. de C. Monod et J.-B. Pontalis, Gallimard, Paris.

INDEX

- A**
- Affect 182
 - dépressif 225
 - paradoxal 147, 159, 161, 180, 209
 - refoulement de 148
 - Analyse d'enfants 5, 9, 11
 - Angoisse
 - de séparation 86 sq
 - du 8^e mois 173
 - ANZIEU D. 193, 207
 - Appropriation du corps 138, 195
 - Après-coup 230
 - Archaïque 13, 27
 - Association libre 9
 - ASSOUN P. L. 21
 - Asymétrie 67, 80
 - Attachement 80
 - Attention thérapeutique 76, sq
 - AULAGNIER P. 204
 - Autoérotisme 23
 - Autonomie psychique 200
 - Autre, altérité 6, 7, 11 sq, 15, 16, 24, 144, 213, 231, 240
 - et individuation 83
- B–C**
- Banal 113, 114, 177
 - BICK E. 72, 73, 221, 227
 - Border-line 200
 - BOWLBY J. 80, 221, 226
 - BRUTTI C. 227
 - Cadre thérapeutique 12
 - et corps 9
 - ritualisation 26
 - CADY S. 138, 175, 181
 - CALAL M. 195
 - Capacité de jouer 8
 - CICCONI A. 232, 233, 234 sq
 - Communication corporelle 66, 78, 79
 - Comportement de base 81
 - Conception spatiale du temps 26
 - Conflit 206
 - Conscience 83, 157, 241
 - corporelle 36
 - intuitive 200
 - Conscient 15
 - Constructions 5, 14, 200, 209, 223, 235
 - Contenant/contenu 20, 90
 - Contre-transfert 66, 73, 74, 81, 200, 202, 214, 222, 227
 - corporel 9, 11
 - CORBALLIS M. 77
 - Corps 8, 21 sq, 28
 - appropriation du 138, 195
 - et cadre analytique 9, 11 sq
 - et communication 66
 - conscience du 36
 - et hystérie 23

- image du 151
 - imaginaire 205, 206
 - du thérapeute 172, 197
- Cure
- analytique 26
 - organisation spatiale 28
 - type 9, 66, 73, 235
- CYRULNIK B. 19, 20
- D**
- DARWIN Ch. 77
- DE LANNON J.-D. 78
- DE WAAL F. 79
- Délire 19
- Développement
- éthologie 79, 80, 81
 - psychopathologie 69
 - voir aussi Troubles du développement
- Dispositif
- analytique 18, 26
 - de la cure-type 73
 - spatial de la cure 4, 21
 - thérapeutique 212, 215
- E**
- Échange émotionnel 84
- EKEMAN P. 77
- Épistémologie 12, 22, 203, 234
- Espace 18, 58, 88
- appropriation de 36
 - du double 138
 - imaginaire 4, 12, 19, 28, 150, 178
 - psychique 3, 4 *sq.*, 12, 20, 28, 115, 200, 202
 - psychique autonome 21, 24, 27, 28
 - relationnel 68, 91
 - de représentation 80
 - de séparation 56, 57, 138
- Éthologie du développement 79, 80, 81
- ERTKIND A. 221
- Étranger 76, 84
- Évidences perceptives 19, 20
- F-G**
- Faux self 201
- FEYERHEIM P. 78
- Fixation 230
- Fonction de filtre 7
- Fonctionnement psychique 5, 6, 90, 201, 213, 220, 230
- FREUD A. 72, 222, 225, 226
- FREUD S. 2, 6, 16, 17, 18, 21 *sq.*, 78, 221
- voir aussi Métapsychologie freudienne
- GAUTHIER J.-M. 9, 11, 13, 16, 19, 63, 74, 76, 77, 83, 138, 173, 182, 201, 205, 208, 230
- GEISSMANN C. 219
- Geste 71, 77, 220
- psychologie du 203
- GOLSE B. 94
- GREEN A. 228, 229, 231
- Groupe 94
- et impasse 212 *sq.*
 - de travail 202, 215
 - vécu 77
- H-I**
- HARTMANN H. 226
- HEGEL G. W. F. 241
- Hystérie 11, 205
- Identification 39, 43, 78, 79, 83, 173, 185, 214, 241
- projective 11, 210
- Identité 83, 88, 201, 211
- Image du corps 151
- Imaginaire 12, 201
- espace 4, 12, 19, 28, 150, 178
 - fonction de 206
 - refoulement de la fonction 114, 138
- Imitation 39, 241
- Impasse 46, 57, 94, 138, 177, 180, 203 *sq.*
- clinique 205 *sq.*
 - et développement 149
 - existentielle 162
 - et groupe 212 *sq.*
 - relationnelle 115, 143 *sq.*
 - et stress 206 *sq.*
 - thérapeutique 89 *sq.*, 113
- Inclusion réciproque 19, 138, 169, 174
- Inconscient 13, 78, 230, 235, 241

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

- Individuation et altérité 83
- INNES SMITH J. 8
- Interprétation 172, 199, 202
- et construction 85
- Intervention thérapeutique 67, 209, 214
- Intuition
- contre-transférentielle 201
 - maternelle 79
 - thérapeutique 9, 71, 74, 77 *sq.*, 84, 210, 211, 246, 260
- J-K-L**
- JEAMMET Ph. 27
- Jeu 68 *sq.*, 83, 90, 172, 175, 186 *sq.*, 262, 263
- JUNG C.G. 21
- KAMPE K. 10
- KLEIN M. 69, 77, 224
- KOHN R. 239
- KRIS E. 222, 226
- LAGACHE D. 233
- Langage 45
- LANGS R. 66, 67
- Langue
- maternelle 182
 - des signes 77, 176, 179
- Libido 7
- théorie économique 16
- Lien thérapeutique 85
- LORENZ K. 78, 223
- M**
- MAGAGNA J. 221
- MENDEL G. 75, 202, 214, 215
- Mère 23
- MERLEAU-PONTY M. 178
- Métaphore spatiale 18
- Métapsychologie
- freudienne 11, 14, 25, 67, 70, 206, 214, 234
 - de l'interaction 242
 - intersubjective 66
 - psychanalytique 200
- Mimiques 77
- Miroir 44, 50, 55, 60, 62, 86, 150, 156, 160, 176, 185
- Nakov A. 221
- Narcissisme 18
- NÈGRE P. 239
- Neutralité 7, 8, 67, 74
- Névrose 16, 25, 200, 235
- de transfert 12
- NEYRAUT M. 14
- Objets images du corps 175, 196
- Observation 39, 80, 155, 203, 219 *sq.*
- du bébé 67, 227
 - directe 72, 74, 84, 257
 - en groupe 74 *sq.*
 - limites 238
 - et psychanalyse 228 *sq.*
 - et psychologie clinique 232 *sq.*
 - thérapeutique 261 *sq.*
- P**
- Paranoïa 19
- Pensée 83
- magique 19, 87
- Perception 28
- PETITTO L. A. 10
- Phylogénétique 79
- POLTZER G. 13
- Position dépressive 223, 224
- Projection 19, 82
- sensorielle 184
- Psychanalyse
- constructiviste 66
 - et corps 11 *sq.*
 - d'enfants 67, 219, 226
 - épistémologie 203
 - idéalisation 230
 - indications 17
 - et observation 221 *sq.*
 - paradoxes 27, 213
 - et regard 73
 - scientifique 21
- Psychologie
- clinique et observation 232 *sq.*
 - du geste 203
 - du regard 78, 203
- Psychomotricité 51, 70
- Psychopathologie du développement 69

Psychose 11, 17 *sq*

Psychosomatique 205

Psychothérapie

– et espace psychique 27

– psychanalytique 26

Pulsion 5, 16, 22

– du Moi 16

R

RACAMIER P.-C. 207

Réaction thérapeutique négative 207

Réalisme

– conception de l'espace 13, 14, 17, 19, 25, 202, 223

– psychanalytique 5, 7

Réalité externe 213

Récit 204

Refoulement (levée du) 153, 179

Regard 173

– de l'autre 28

– et dispositif thérapeutique 1, 48, 258

– et épistémologie psychanalytique 3

– et neurophysiologie 10

– et neutralité 3

– partagé 11, 84 *sq*

– et psychanalyse 28, 66, 72 *sq*, 199, 200, 202, 214, 240

– psychologie du 78, 203

– et suggestion 2

– du thérapeute 144, 203, 261

Régression 27, 230

REICH W. 81, 208

Relation

– analytique 7, 14, 66, 237

– et développement 23, 65

– thérapeutique 8, 28, 36, 66, 76, 82, 83, 84, 85, 89, 155, 202, 204, 240

Répétition 83, 180

Représentations 80, 211

RICŒUR P. 7, 15, 241

Ritualisation du cadre 26

RODRIGUEZ M. 54

ROUSSILLON R. 27, 68

Rythme 10, 23, 50, 53 *sq*, 78, 82, 83, 150, 162, 255

– troubles du 210

S

SAMI-AÛI 4, 19, 37, 55, 60, 66, 76, 87, 88, 144, 157, 169, 173, 174, 175, 195, 201, 205, 206, 208, 230

SANDRI R. 230

SARAGOSSI J.-P. 96

SARTRE J.-P. 241

Satisfaction hallucinatoire du désir 24

SCOTTI F. 227

Séparation

– angoisse de 86 *sq*

– espace de 138

Sexualité chez les primates 16

Solipsisme 14, 200, 203, 229

SPIZZ R. 173

Stress 206

Sublimation 17

Surmoi corporel 115, 182, 195

T

Technique psychothérapeutique 66, 89

Temporalité, temps 8, 13, 38, 50, 58, 83, 145, 162, 180, 205, 220, 230

– conception spatiale 26

– imaginaire 86

– et Inconscient 14

Transfert 66

– voir aussi Contre-transfert

Travail en groupe 74, 75

Troubles

– envahissants du développement 143, 201, 244, 251

– du rythme 210

V-W

VAN LYSEBETH M. 7

VIDERMAN S. 14

Visage 25 *sq*, 37, 44, 57, 78, 88, 115, 138, 173, 174, 179, 196, 200

WINNICOTT D. W. 8, 65, 68, 70, 140