

DE L'AGIR DESTRUCTEUR AU PROCESSUS DE SYMBOLISATION

À propos de la psychothérapie d'un enfant

[Aurélie Taine](#), [Christine Condamin](#)

Érès | « Cliniques »

2015/1 N° 9 | pages 96 à 115

ISSN 2115-8177

ISBN 9782749246857

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-cliniques-2015-1-page-96.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

© Érès. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



© Périclès Pantazis, *L'enfant au cerceau*.

« Les agirs peuvent être compris comme des tentatives renouvelées
pour trouver une réponse à une angoisse indicible,
irreprésentable, impossible à symboliser. »
Aurélië Taine, Christine Condamin

De l'agir destructeur au processus de symbolisation

À propos de la psychothérapie d'un enfant

From the destructive act to symbolization
About a child's psychotherapy

Aurélie Taine
Christine Condamin

L'acte : à défaut d'un tiers ?

De nombreux auteurs se sont efforcés de mieux comprendre les différentes modalités d'agirs chez les sujets de tous âges et selon les caractéristiques psychopathologiques les plus diverses. Ceux-ci se situent dans un registre névrotique (*acting-out* indirects analysés par M. de M'Uzan, par exemple), état-limite, mais ils peuvent aussi relever de graves pathologies amenant des agirs très violents désignés comme *acting-out* directs par M. de M'Uzan (1967), comme « recours à l'acte » par C. Balier (2007), destinés à fuir une angoisse terrifiante d'anéantissement et de dissolution du Moi. Ces agirs s'actualisent par une décharge destructrice impossible à contrôler et à différer où

Aurélie Taine, psychologue clinicienne, centre médico-psycho-pédagogique, institut thérapeutique éducatif et pédagogique. Christine Condamin, psychologue clinicienne, maître de conférences en psychologie clinique et pathologique, université Jules Verne, HDR, expert près la cour d'appel.

le viol et le meurtre, parfois associés, apparaissent comme une illusoire reconquête narcissique selon les pictogrammes anéanti-tout-puissant, pénétré-pénétrant (Balier et Condamin, 2009). Certains auteurs se sont très directement penchés sur l'approche thérapeutique de ces agirs violents, notamment en institution et même en prison tels que M. Berger (Berger et coll., 2007) et E. Bonneville (2010) chez l'enfant, P. Pinel (1989, 1995) et P. Jeammet (1980) chez l'adolescent, C. Balier chez l'adulte violent auteur d'agressions, R. Roussillon (2004), etc., pour n'en citer que quelques-uns.

Le présent travail s'inscrit dans une clinique infantile dans laquelle l'agir serait entendu comme une souffrance – ainsi l'explique C. Balier au sujet du recours au passage à l'acte violent (2007). Il fonctionnerait aussi comme le contre-investissement d'un monde psychique interne terrifiant (Jeammet, 1985). Le projet thérapeutique serait de faire évoluer ces agirs à type de décharge incompréhensibles et impossibles à canaliser vers l'instauration d'une rencontre qui ne soit plus vécue comme une intrusion désorganisant mais comme la possible reprise de phases manquées du développement psychique précoce, permettant la construction ultérieure du Moi.

Lors de telles cures d'enfants, le thérapeute est parfois confronté à des attaques destructrices incessantes qui semblent s'inscrire comme une lutte contre des imagos traumatiques inconscientes parentales et transgénérationnelles (Jeammet, 1985) et se substituer à une rencontre objectale ; ces agirs peuvent être compris comme des tentatives renouvelées pour trouver une réponse à des angoisses indicibles, irréprésentables, impossibles à symboliser : se pose à chaque fois la question de comment les accueillir.

S. Ferenczi (1982) est le premier à théoriser la nécessité d'un mouvement régressif afin d'accéder au fonctionnement primaire, archaïque de ces patients, comme le rappelle T. Bokanowski (2011). En effet, le thérapeute peut être confronté à des agirs qui l'atteignent parfois dans son être même : cela exige qu'il accepte d'être utilisé « en personne » et qu'il possède une capacité à supporter des états affectifs éprouvants tout en

maintenant une attention sans faille envers l'enfant. « Dans le transfert d'attachement, les manifestations agies, gestuelles, corporelles, resteront le recours ultime de l'expression régressive de la demande, donc de l'affect, lorsque les mots n'auront pas pu acquérir ces virtualités métaphoriques infinies qui font la richesse des échanges dans l'analyse des psychonévroses de transfert » (Prat et Israël, 2011, p. 497). L'établissement d'un contre-transfert de type maternel et d'une adaptation presque parfaite aux besoins du moi de l'enfant (Winnicott) pourrait permettre de créer une relation susceptible d'apaiser « un tourbillon d'agitation, d'agressivité », une « tornade d'éléments bêta » que l'analyste devra réussir à contenir et à transformer, par sa capacité « contenant » et « sa fonction alpha » (Flores, 2012, p. 504). D. Anzieu (1985) souligne que ces malades souffrent d'un manque de limites : la cure aurait pour premier but de fermer l'enveloppe corporelle, d'unifier le corps, dans une fonction contenant (Meltzer et coll., 1984).

L'amélioration clinique et la construction psychique de l'enfant nécessiteraient que le thérapeute supporte une phase initiale de destructivité et qu'il puisse aménager, « ajuster » le cadre thérapeutique selon des modalités créatives propres à chaque cas. Il s'agirait de mettre en œuvre les conditions favorables pour dépasser cette mise en acte agressive et faire advenir un mode relationnel susceptible de réactualiser les toutes premières relations mère/enfant, tout en dépassant les traumatismes initiaux. L'hypothèse d'une identification à une image primitive violente dans ses actes ou/et dans ses absences-négligences peut être avancée alors que l'environnement initial s'est montré imprévisible, incontrôlable, ou même terrifiant. Ces thérapies devraient s'attacher à transformer les vives interactions corporelles et les agirs agressifs (*agieren* ou répétitions agies, selon les termes de J.-L. Donnet, 1995) en messages signifiants adressés à l'autre-thérapeute pour trouver la voie de la relation et de la psychisation – alors même que les traces traumatiques d'une relation primaire non contenant et trop excitante n'avaient pu s'inscrire que dans le corps : É. Chauvet (2012, p. 534) parle du corps comme seul messenger

d'un psychisme apparemment « en panne ». La capacité du thérapeute à supporter les agirs violents, sans parfois toujours les comprendre dans un premier temps, et sa créativité à proposer le cadre propice et les interactions nécessaires à l'enfant pourraient contribuer à faire naître les forces psychiques sous-jacentes parfois immobilisées, refoulées ou clivées. Ces éléments théoriques seront développés lors de la présentation de quelques moments importants du travail psychothérapeutique effectué avec Louis. Ils reprennent notamment les réflexions élaborées lors d'un travail de supervision et de recherche effectué en groupe depuis de nombreuses années.

DESTRUCTIVITÉ ET OPPOSITION

Louis, âgé de 5 ans, est reçu en Centre médico-psychopédagogique. Sa mère, qui l'accompagne lors de la première rencontre, explique qu'il présente une forte impulsivité et un débordement émotionnel. Il a un comportement tyrannique à la maison, agressif et opposant, particulièrement avec sa mère et sa grand-mère maternelle. À l'école, les troubles sont importants, Louis s'isolant et ne manifestant aucun intérêt pour ses pairs ; pourtant l'enfant est par ailleurs intelligent et cultivé pour son âge, il s'exprime très bien. Sur le plan intellectuel, l'adaptation paraît normale, tandis que sur le plan affectif, on note un clivage et une grande fragilité du moi ; l'extérieur lui apparaît comme mauvais et dangereux. Ses parents vivaient dans une région très éloignée de leur famille jusqu'à ce que Louis ait 3 ans. Ils ont déménagé afin de se rapprocher de leurs parents car il leur était difficile d'accorder du temps à leur fils, ayant tous deux des occupations professionnelles prenantes. Durant le premier entretien, madame réalise qu'elle ne se souvient pas des premières années de vie de Louis : « On dirait qu'il a échappé à sa vie de bébé », dit-elle. J'entends que la rencontre mère-enfant n'a pas pu vraiment se faire. Je réalise rapidement qu'il sera difficile de nouer une alliance thérapeutique avec les parents : la mère ne parvient pas à s'investir dans un travail de collaboration avec moi ; le père est très souvent

absent, notamment pour son travail, éloigné du domicile familial. Dans ce cas précis, aucune des prises en charge proposées aux parents (entretiens familiaux avec un autre psychothérapeute ou groupe de parole) n'a pu aboutir tant les résistances étaient fortes chez chacun d'eux. Cette situation a d'ailleurs posé un problème de cadre institutionnel car les enfants présentant des problématiques archaïques sont habituellement pris en charge de manière pluridisciplinaire, et les parents sont toujours accompagnés dans un travail de réflexion à propos de leur enfant. Ici, le suivi des parents se limitera à quelques entretiens ponctuels de la mère avec moi, et à une seule rencontre avec le père lors de la vingtième séance, après de nombreuses invitations par courrier. Ils ne pourront jamais venir ensemble même si je les y invite. L'institution a donc dérogé à son cadre habituel pour s'adapter à la problématique de Louis et de ses parents, et m'a permis de me sentir suffisamment contenue (notamment grâce au travail de supervision et de synthèse hebdomadaire) pour accueillir ses agirs destructeurs (dans le cadre du bureau et, plus largement, de l'institution).

Les premières séances mettent en évidence un enfant hyperactif, désorienté et agressif, en grande souffrance, qui nécessite un travail thérapeutique particulièrement contenant et une attention constante. Dans ce contexte, Louis est reçu seul au rythme d'une séance individuelle hebdomadaire dans un projet de tissage de lien et de création d'un espace de différenciation moi/non-moi. Le travail psychothérapique comportera quatre-vingt-dix séances et sera malheureusement interrompu au bout de deux ans en raison du déménagement de la famille pour raisons professionnelles.

Je m'engage alors dans un type de cure que l'on peut qualifier d'archaïque, faisant davantage appel à la mémoire corporelle d'un vécu traumatique qu'à des souvenirs réellement symbolisés qui ne sont pas accessibles. Elle repose moins, dans ses prémices, sur un modèle interprétatif verbal que sur un modèle relationnel mettant en jeu et en acte le corps au sein d'une relation transféro-contre-transférentielle. Ce type de

thérapie ne peut se fonder que « sur la seule interprétation des fantasmes sans la reconnaissance de la souffrance traumatique, et hors liens transféro-contre-transférentiels » ; en effet, c'est dans l'ici-et-maintenant de la relation avec l'analyste, « dans la sensibilité émotionnelle de sa réception et de son appréhension par ce dernier que se construit ou se reconstruit le narcissisme vivant en souffrance, prémice et garant de l'assomption œdipienne » (Ithier, 2012, p. 433).

ANGOISSES ARCHAÏQUES ET HÉMORRAGIE PULSIONNELLE

En séance, Louis se présente comme « une petite boule de nerfs », touchant à tout, renflant tout, hurlant et criant, se roulant par terre, impossible à contrôler. Son comportement est extrêmement difficile et agité, et parfois je suis amenée à un contact corporel destiné à le contenir. Il exerce sur moi-même et sur l'environnement une sorte de destructivité et de tyrannie dans un registre sadique-anal : il salit et dégrade les objets, couvrant le bureau de Tipp-ex (correcteur fluide blanc), faisant déborder le lavabo qu'il bouche avec un savon, par exemple. Son nez aussi coule presque constamment sans qu'il pense à l'essuyer : il exprime, par son vécu corporel et par ses agirs destructeurs sur le matériel, des angoisses archaïques d'explosion, de débordement, d'écoulement, un vécu corporel de vidage et de trouage qui semble dû à une non-contenance et à une absence de limite corporelle.

Il semble que Louis mette en actes son absence de limites corporo-psychiques et son sentiment de pouvoir se vider selon un processus hémorragique probablement effrayant pour lui-même. En 1920, dans « Au-delà du principe de plaisir », S. Freud (1990) propose une théorie du traumatisme issu de l'effraction du pare-excitation par de trop grandes excitations débordant le Moi. Ce débordement pulsionnel (pulsions non intriquées) met en échec les capacités à utiliser les ressources internes. Pour D.W. Winnicott (1975, p. 180-181), l'épuisement des tentatives de solution interne déclenche un état de tension et de déplaisir

intense. Un état de détresse s'instaure si l'objet, c'est-à-dire l'environnement primaire, ne répond pas de façon adéquate. Si cette situation dure trop longtemps, il débouche sur un état traumatique primaire. Il n'y aurait pas de recours possible à l'objet car c'est de l'objet lui-même que provient l'expérience agonistique. Cette expérience archaïque atteint le Moi naissant du sujet à une époque où son organisation psychique n'est pas en mesure d'y faire face, entraînant une impossibilité à construire le « sentiment continu d'exister » (Winnicott). Ce n'est pas tant la présence de l'objet primaire qui est en cause ici que son impossibilité à s'adapter aux besoins psychiques de l'enfant (Roussillon, 2012). Il semble que Louis ait été alors incapable de se construire un Moi limité, non troué, non poreux. La rencontre avec le thérapeute comme objet bienveillant lui fait ressentir autant l'envie que la haine, mais il semble vouloir éviter à tout prix la transformation éventuelle de cet accrochage au sensoriel agressif en capacité de représentation : en provoquant la réactualisation d'un vécu agonistique de dépression primaire, celle-ci risquerait d'être insupportable.

ATTAQUE DU CADRE THÉRAPEUTIQUE ET TRANSFERT PAR RETOURNEMENT

Louis ne respecte pas le cadre qu'il transgresse sans cesse, qu'il déborde sans cesse, déstructurant et dénaturant les séances par ses agirs agressifs renouvelés : celles-ci apparaissent alors sans unité, sans contenu véritable, ni but. Le personnel du centre l'entend parfois hurler même lorsqu'il est en séance, il s'enfuit du bureau dans le couloir, il se rue dans les toilettes et bouche le lavabo avec le savon qu'il enfonce dans le siphon, provoquant son débordement... Il perturbe le fonctionnement habituel du centre et les séances de soins des autres enfants. Il est connu de tous les membres du personnel qui tentent de le contenir et de réparer ses bêtises.

Je suis convoquée au faire, à l'agir, à une relation inscrite dans une tyrannie corporelle que je ressens comme douloureuse

mais inéluctable : elle est la seule approche possible pour lui, même si c'est sur un mode insécure. Il me semble que l'enfant me fasse vivre des émois et des éprouvés psychiques (l'incapacité, le rejet, l'inutilité...) qu'il avait déjà connus dans le passé sans pouvoir les transformer lui-même en une expérience progrédiente. Il n'a pas de mots pour exprimer ses sentiments, il n'a accès ni au processus de symbolisation, ni même à une représentation de ses émois psychiques. Ce transfert paradoxal ou « transfert par retournement » (Roussillon, 2012, p. 40) – faire sentir à l'autre ce que l'on ne sent pas de soi, ce que l'on ne souffre pas de soi – entraîne une série d'infléchissements et notamment l'exportation d'un vécu traumatique dans l'autre : celui-ci vient se substituer au conflit psychique subjectivement perçu et au transfert par déplacement habituellement rencontré dans la névrose. L'univers transférentiel est alors sous la domination d'une problématique de la négativité et non sous celle de l'intégration et du lien : Louis me place dans une position de « miroir en négatif de lui-même » (Roussillon, 1999, p. 14), le miroir de ce qui n'a pas été senti, ni perçu de lui, mais s'est imposé de façon clivée comme profondément traumatique.

En éprouvant et en supportant quelque chose de l'expérience dévastatrice du patient, le thérapeute, au cœur de sa souffrance, est capable de s'identifier à lui selon un processus d'identification narcissique (Roussillon, 2004, p. 67-78). L'enfant fait ressentir à l'autre son vécu initial de rejet et d'intrusion violente du corps et de la psyché, mais cette répétition des attaques primitives n'est pas suivie de rétorsion ; celles-ci ne peuvent pas non plus être accompagnées d'interprétations verbales, irrecevables pour un enfant au moi corporo-psychique trop peu élaboré. Cette phase préliminaire consiste en l'acceptation d'une énigmatique pseudo-relation qui réactualise les liens précoces ; le thérapeute pourra ultérieurement lui donner un sens, mais dans un premier temps, il se trouve souvent très en difficulté pour supporter ces agirs violents, étant parfois acculé à devoir limiter l'enfant dans ses

agissements dangereux pour le protéger et se protéger lui-même. Lors de ces premières séances – qui peuvent durer des mois –, il ne peut procurer le cadre thérapeutique adéquat habituel et se trouve lui-même parfois incapable de penser, dérouté par ce qu'il ressent comme une incompétence de sa part – son contre-transfert l'aidant à prendre la mesure du ressenti de l'enfant. La présence de deux thérapeutes dans ce type de cure semblerait presque indispensable, parfois même c'est une prise en charge institutionnelle qui serait nécessaire. Dans le cas de cet enfant intelligent, le maintien en structure scolaire est privilégié ; il serait de toute façon impossible pour les parents d'envisager une autre orientation.

L'AGIR COMME REPRODUCTION D'UN LIEN TRAUMATIQUE

Au bout six mois, des repères se créent progressivement : Louis est content d'arriver à sa « séance ». Il veut que chaque objet reste à sa place et s'assure de leur immuabilité dès qu'il arrive : il commence à se rendre compte que les personnes, comme les objets, existent dans la permanence. Il tient à certains rituels ayant fonction de réassurance. Pourtant, Louis s'exprime davantage par un vécu corporel destructeur et en interactivité avec moi que par des projections sur un matériel ludique.

La reproduction agie dans le transfert des « éléments de méchanceté, d'emportement passionnel et de perversion déchaînée » (Ferenczi, 1982, p. 103) est, le plus souvent, la mise en acte du vécu relationnel précoce avec l'environnement primaire qui s'est montré inadapté. L'agir, selon un mode plus archaïque que le fantasme, est porteur d'une réalité passée, « témoignage d'un mode relationnel ancien et significatif, transformé certes, mais en même temps relativement fidèlement reproduit » (Roussillon, 2004, p. 77).

Lors des séances, ces éprouvés de haine à l'égard d'une image maternelle archaïque semblent trouver un lieu, une adresse, un objet : « Ce qui se présente dans l'ici-et-maintenant de la rencontre doit être aussi entendu comme porteur d'un message

contenant ce qui a eu lieu autrefois et avec un autre objet, d'un message aliéné en quête de répondant, en attente d'un potentiel dégagement de la nature de sa représentation » (*ibid.*). Louis peut exercer sa destructivité sur moi, je ne suis pas détruite et je ne le détruis pas (Condamin, 2003, 2007) : il s'agit d'une expérience fondatrice de la différence sujet/objet. Il semble qu'un contenant puisse se construire : le contenant, c'est le bureau ainsi que la thérapeute, c'est la disponibilité et l'accueil prodigués. Une relation de confiance semble se tisser avec Louis ; sa mère signale qu'il commence à lui faire des câlins...

CRÉER UN CADRE ADAPTÉ AUX BESOINS RÉGRESSIFS DU PATIENT

Cependant, même si un lien se crée, Louis se présente toujours, à la quarante-quatrième séance, comme un « bébé » terriblement incompris, rageur, mettant en acte sa destructivité. Il semble encore vivre dans l'omnipotence, sans considération de l'autre, comme s'il était resté dans un stade archaïque d'indifférenciation avec l'objet maternel : dans cet appareil psychique confusionné, la toute-puissance conserve son caractère absolu ; c'est ce que P.-C. Racamier (1980) appelle « la séduction narcissique ». Ses attaques sont toujours massivement à l'œuvre.

En supervision et en synthèse d'équipe, je me pose la question de la poursuite de la psychothérapie individuelle de cet enfant avec moi alors que l'évolution reste si minime au regard de mes incessants efforts pour lui prodiguer une écoute adaptée. J'envisage de le diriger vers l'atelier-contes, atelier thérapeutique en groupe, probablement parce qu'il me devient de plus en plus difficile de supporter seule cette relation où je suis incessamment attaquée et parce que je crains qu'elle ne soit pas bénéfique pour l'enfant. Nous réfléchissons entre professionnels au bien-fondé de cette réorientation éventuelle sans y voir une véritable opportunité pour Louis. Nous craignons que l'enfant puisse se sentir abandonné si ce n'est rejeté... En effet, un lien s'est créé entre nous, il est ténu mais il tient, et un travail thérapeutique semble toujours possible. Le choix se fait

alors de maintenir son suivi individuel avec moi tout en repensant le cadre. Je modifie mes horaires pour l'accueillir à un moment propice pour chacun. En effet, certains thérapeutes avaient pu me renvoyer que Louis effrayait les autres enfants par ses cris et son agitation et perturbait donc les autres séances de soin. Je décide de le recevoir tôt le matin avant l'arrivée des autres patients. Un collègue me prête son bureau afin qu'il permette une activité ludique dans un lieu solide et accueillant, susceptible de limiter les attaques sur les objets et la dispersion, et qu'il soit mieux adapté à sa problématique archaïque. La pièce est simple, sans possibilité de dégradation, ne comportant qu'une table basse, une chaise, deux fauteuils bas, un canapé avec des coussins, un matériel composé d'une boîte de jouets divers et colorés, de pâte à modeler, de feutres, d'un poupon, d'un biberon, d'une couverture et d'un grand carton vide – ce matériel offrant d'éventuelles occurrences contenantes et régressives.

L'enfant doit évoluer vers une véritable interrelation, ce qui « suppose un échange entre deux êtres différents ou en voie de différenciation » (Blanchard et Decherf, 2009, p. 155). Or, la découverte de l'extériorité de l'objet dépend de la capacité de l'objet à survivre à la destructivité du sujet. La survivance de l'objet impose notamment trois impératifs au thérapeute (Roussillon, 2004) : il s'agit d'abord de ne pas se retirer de la relation (ce qui est une tentation pour moi lorsque je pense l'orienter vers un atelier-contes), de ne pas exercer de rétorsion agressive (ce que j'étais parvenue à maintenir) et enfin de promouvoir une forme de créativité indispensable à la relance et au déploiement du processus de symbolisation (ce qu'il me fallait mettre en place).

À la quarante-sixième séance, dans ce nouvel espace, l'effet de contenance du carton est immédiat : Louis y entre tout entier, me demandant de le recouvrir d'une couverture, puis de coussins et de fermer les rabats. Il est alors en position fœtale ; ce qui évoque un fantasme de retour dans le ventre maternel. Deux séances plus tard, il se saisit d'un biberon rempli d'eau sucrée et rentre dans le carton mais recrache immédiatement

cette eau qu'il n'aime pas : il semble alors rejeter le mauvais lait fourni par le mauvais objet incarné par le thérapeute. Il s'agite, retourne dans le carton, puis en ressort pour me demander un biberon d'eau fraîche. Je le lui amène : il le boit goulûment tel du bon lait et s'apaise dans le carton. Ce type de séquence sera répété de nombreuses fois.

L'entrée dans le carton semble jouée comme retour dans un ventre utérin sécurisant où l'enfant se sent à l'abri de toute attaque extérieure alors que le carton est fermé, le protégeant ainsi de son excitation désordonnée et agressive ; mais cette plongée dans le carton peut être aussi une plongée dans le sein, celui qui nourrit toujours, le « sein-fontaine » (Condamin, 2013), celui dont on est sûr qu'il apportera tout ce qui est nécessaire, correspondant à la notion kleinienne de la mère au sein inépuisable et à la mère dispensatrice d'amour et du milieu facilitant de D.W. Winnicott. L'exigence d'être nourri avec quelque chose de bon représenté non par l'eau sucrée qui lui a été proposée, mais par l'eau qu'il a choisie lui-même, amène la certitude d'être nourri par un liquide frais et pur, comme détoxifié de tout apport possiblement dangereux. Pour compléter le dispositif, la lecture de quelques contes répétés selon un rythme lent et une prosodie berçante lui permet de vivre une relation maternante à distance, sans contact corporel, symbolisée (sur le modèle de l'allaitement régulier, notamment). Ce type de dispositif cocréé – qui repose sur des éléments primaires sans danger (carton, couverture, biberon, eau pure, modalité langagière enfantine et douce) dont l'enfant a pu se saisir et qu'il a pu modifier selon ses besoins – permet de vivre des moments autocalmants, d'introjecter un objet externe non dangereux, et de construire une identité limitée et différenciée.

L'aménagement du cadre permet une meilleure adaptation aux besoins régressifs du patient. D.W. Winnicott (1989) conseille que le cadre de l'analyse reproduise « les toutes premières techniques primitives de maternage » : en effet, la thérapeute s'est trouvée dans un état proche de la « préoccupation maternelle primaire » (*ibid.*), condition psychologique

nécessaire à l'adaptation aux besoins du patient-nourrisson et susceptible de prendre en compte ses exigences, ses requêtes pressantes, son omnipotence alors moins destructrice. W.R. Bion souligne que l'environnement doit pouvoir recevoir les projections du nourrisson – violences, agressions, émotions –, les vivre avec empathie, les élaborer et les détoxifier pour les rendre supportables.

VERS UN PROCESSUS DE SYMBOLISATION

Durant les séances suivantes, Louis continue à se montrer particulièrement exigeant probablement moins pour tester mes capacités de résistance que pour expérimenter la relation à un environnement fiable. Je dois être entièrement disponible physiquement et psychiquement pour lui. Je tente d'anticiper ses besoins en lui préparant à chaque séance « sa bonne eau fraîche », comme il la nomme, la musique classique et les histoires qu'il aime écouter. Les séances ont deux temps désormais : un temps d'apaisement, en buvant le biberon dans le carton pendant que je raconte une histoire, puis un temps de jeu, ensemble, jeu de construction comme le ferait un enfant de 18 mois-2 ans. Une contenance physique et psychique se crée : Louis, plus calme, s'inscrit dans le temps et dans l'espace des séances qui possèdent maintenant un véritable déroulement. Un travail d'unification du Moi est en cours.

Les deux premières phases du traitement, dominées par un vécu relationnel et corporel, ont laissé place à une troisième phase : l'enfant accède à une certaine forme de tiercéité même si la phase œdipienne n'a pu s'établir avant l'arrêt du traitement. Ainsi, à la cinquante-quatrième séance, les parents de Louis constatent qu'il évolue toujours bien tant sur le plan du comportement que sur le plan de la sociabilité. À la soixante-cinquième séance, lors d'un jeu, alors qu'il se cache sous le matelas du canapé, il fait lui-même référence au fait qu'il est fort, capable de porter le matelas, ajoutant : « Et toi tu peux me porter ? » ; il affirme ainsi la récente solidité de son moi et ma

fonction de *holding* – une capacité à le porter et à le supporter. Quelques semaines plus tard, il énonce sereinement, alors qu’il s’est à nouveau caché sous le matelas : « Tu m’as soigné, tu as fait le docteur », reconnaissant les soins psychiques reçus. J’interprète ses paroles comme sa capacité à se porter lui-même : il se sent mieux, il commence à sortir de la phase de dépendance, de fusion avec moi. Il met en scène des histoires et organise des spectacles de marionnettes : il fait preuve d’une capacité de représentation et de symbolisation.

À ce stade, la relation transférentielle a évolué : l’enfant est passé d’un transfert par retournement à un transfert par déplacement. En effet, en début de cure, Louis vivait dans une forme de confusion des identités mère / thérapeute et me faisait vivre ses propres angoisses archaïques. Il est aujourd’hui bien différencié en tant que sujet, capable d’une relation à l’Autre. Il déplace sur moi son vécu et ses fantasmes infantiles. Lors d’une récente mise en scène, il me dit : « Allez, on disait que t’étais ma mère et que tu me racontais des histoires... » Il distribue ainsi les rôles mais il sait désormais que c’est un « jeu de rôles » au cours duquel les éprouvés affectifs peuvent s’élaborer. Il est entré dans une relation sujet-objet.

CONCLUSION : UN INDISPENSABLE REMANIEMENT DU DISPOSITIF THÉRAPEUTIQUE

L’étude de la thérapie de Louis nous a permis d’approcher une clinique particulière, celle de l’agir, un agir qui pervertit les habituels liens humains ; en séance, le jeune patient ne peut qu’entrer dans la lutte, l’attaque sur fond d’indifférence à l’autre en tant que tel, alors même que le langage n’est pas utilisé pour penser et symboliser. On peut imaginer, comme le suggère J.-P. Pinel (2007), qu’il utilise le praticien pour exporter son vécu de déracinement et de désarrimage et qu’il procède à une « mise en scène sauvage dans l’autre » et dans l’institution de liens pathologiques incorporés.

Dans certains cas, l’enfant cherche à fuir la relation, mettant en œuvre des processus défensifs d’évitement, probablement

parce qu'il redoute un accès à l'insupportable dépression primaire vécue dans le passé. Mais l'enfant peut être amené à rejouer – par des agirs violents – ce qu'il a connu au sein d'un environnement primaire défaillant – retrouvant ce « corps-à-corps primaire » qui fut autrefois si perturbant. Il utilise son environnement et son thérapeute en tant que tels dans une relation d'emprise destructrice. Les interprétations verbales tiennent peu de place au début de telles thérapies dominées par un vécu corporel intrusif et agressif et la massivité d'affects haineux. Il s'agit alors de parvenir à accueillir de tels agirs destructeurs et compulsifs et de leur donner un sens, même s'ils déstabilisent l'adulte lui-même, parfois tenté de renoncer à cette entreprise thérapeutique. En effet, celui-ci éprouve un contre-transfert contrasté, allant d'une réelle empathie pour son jeune patient à un vécu douloureux de rejet, accompagné d'un sentiment d'échec. Il est indispensable que le thérapeute analyse son transfert « par retournement » (alors qu'il ressent douloureusement un vécu contrasté d'emprise, de toute-puissance, d'abandon, d'inexistence, d'inutilité..., ce qui l'amène parfois à vivre lui-même des fantasmes de mort et de destruction et à être tenté d'effectuer des agir destructeurs) réalisant ainsi ce à quoi l'enfant a été confronté ; il adapte le cadre de la cure et sa propre attitude aux besoins réels de son patient. Ce travail de transformation peut permettre à l'enfant de sortir progressivement des états narcissiques premiers et des agirs a-sensés. Il repose sur une illusion du sujet qui pense avoir lui-même transformé son environnement là où, en réalité, c'est surtout l'environnement qui s'adapte et s'ajuste à ses besoins archaïques.

L'enfant peut, souvent après de longs mois, entrer dans une relation transférentielle plus nuancée : cette deuxième phase de thérapie relance le processus de développement psychoaffectif de l'enfant. La capacité à symboliser dépend de ce que le sujet a pu intérioriser des qualités adaptatives et malléables de son environnement thérapeutique alors que cela n'avait pas été possible avec son environnement infantile primaire. Ses fantasmes de toute-puissance et de destruction se heurtent dans la réalité à la solidité et à la contenance de l'objet-

thérapeute ; il peut en éprouver la résistance réelle et fiable, et le fait naître comme objet ajustable, capable de s'adapter à des besoins archaïques ; le thérapeute peut être considéré comme un objet résistant-malléable-utilisable. Le sujet peut alors « utiliser l'objet qui a survécu » (Winnicott, 1975) : par sa non-destruction, l'objet-thérapeute se situe en dehors du contrôle omnipotent du sujet, il apparaît comme un phénomène extérieur et non comme une entité projective. Le thérapeute, en passant du statut de non-objet (objet indifférencié) au statut d'objet de transfert, devient utilisable, c'est-à-dire symbolisé. Cela va amener l'enfant à pouvoir quitter un mode d'expression agressif, uniquement médiatisé par l'agir corporel qui était alors la trace d'un trauma précoce non représenté, pour entrer dans une capacité à symboliser par des mots et dans une interaction avec l'autre – sous-tendue par une meilleure intrication des pulsions libidinales et destructrices.

À l'instar de S. Freud qui a inventé puis constamment retouché sa théorie, ses successeurs, tels S. Ferenczi, D.W. Winnicott, W.R. Bion, R. Roussillon notamment, se trouvant confrontés aux sujets porteurs de zones de fonctionnement psychique archaïque, non névrotique, ont considéré la psychanalyse, non comme un corpus définitif à l'abri duquel on pouvait se réfugier, mais comme une méthode destinée à être remaniée et constamment améliorée en fonction des patients. R. Roussillon (2013) souligne que « les dispositifs et les pratiques cliniques évoluent aussi en fonction de l'évolution des paradigmes théoriques et cliniques qui informent et configurent la pensée des cliniciens. [...] À côté de l'évolution de l'écoute et de l'associativité, il y a eu aussi l'évolution de l'écoute du transfert et de ses enjeux ». En effet, certaines cures d'enfants confrontent le thérapeute à une négativité (Green, 1993) et à une destructivité qui apparaissent parfois inébranlables pendant de longues périodes, sur fond de compulsion de répétition. Elles le mettent durement à l'épreuve au cœur d'une relation transféro-contre-transférentielle qui l'engage massivement et le contraint à déployer ses potentialités créatrices : cela peut permettre au sujet de régresser jusqu'à certaines zones

archaïques précoces, de pouvoir ensuite construire une identité limitée et contenue, narcissiquement restaurée, pour enfin accéder, parfois, à une construction œdipienne.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU, D. 1985. *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- BALIER, C. 1988. *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, Puf.
- BALIER, C. 2007. « La toute-puissance criminelle : une forme d'autodestructivité », *Revue française de psychosomatique*, n° 32.
- BALIER, C. ; CONDAMIN, C. 2009. « Le recours à l'acte criminel : transformer la déréliction infantile en omnipotence narcissique », dans *Essais de philosophie pénale et de criminologie*, Paris, Dalloz.
- BERGER, M. ; BONNEVILLE, E. ; ANDRE, P. ; RIGAUD, C. 2007. « L'enfant très violent : origine, devenir, prise en charge », *Revue de neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 55, n° 7.
- BION, W. R. 1979. *Éléments de psychanalyse*, Paris, Puf.
- BLANCHARD, A.-M. ; DECHERF, G. 2009. « Le devenir de la toute-puissance infantile dans les liens précoces », *Le divan familial*, n° 30.
- BOKANOWSKI, T. 2011. « Sandor Ferenczi et la clinique des cas dits "difficiles" », *Revue française de psychanalyse*, tome LXXV, n° 2.
- BONNEVILLE, E. 2010. « Effet des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant », *La psychiatrie de l'enfant*, n° 53/1.
- CHAUVET, E. 2012. « L'indication comme première interprétation », *Revue française de psychanalyse*, tome LXXVI, n° 2.
- CONDAMIN, C. 2003. « Problématique temporelle lors de la cure d'un jeune adolescent encoprésique : entre urgence et inachèvement », *Adolescence*, n° 21.
- CONDAMIN, C. 2007. « Complexités transférentielles dans les cures d'enfants. À propos d'un cas », *Bulletin de psychologie*, n° 60, 5.
- CONDAMIN, C. 2013. « Traumatisme, créativité, survivance », HDR Paris V Descartes, manuscrit.
- DONNET, J.-L. 1995. *Le divan bien tempéré*, Paris, Puf.
- FERENCZI, S. 1982. *Œuvres complètes IV*, Paris, Payot.
- FLORES, T. 2012. « Interprétation : du silence à la parole », *Revue française de psychanalyse*, tome LXXVI.
- FREUD, S. 1990. « Au-delà du principe de plaisir », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.
- GREEN, A. 1993. *Le travail du négatif*, Paris, Éditions de Minuit.
- ITHIER, B. 2012. « Retour à Franckie. Trauma et dissociation, quelles modalités interprétatives ? », *Revue française de psychanalyse*, tome LXXVI.
- JEAMMET, P. 1980. « Réalité interne et réalité externe. Importance et spécificités de leur articulation à l'adolescence », *Revue française de psychanalyse*, n° 3-4.

- JEAMMET, P. 1985. « Actualité de l'agir », *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 31.
- MELTZER, D. ; MILANA, G. ; MAIELLO, S. ; PETRELLI, D. 1984. « La distinction entre les concepts d'identification projective (Klein) et de contenants-contenus (Bion) », *Revue française de psychanalyse*, tome XLVIII.
- M'UZAN, M. de. 1967. « Acting-out direct et acting-out indirect », dans *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard.
- PINEL, J.-P. 1989. « Les fonctions du cadre dans la prise en charge institutionnelle », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 13.
- PINEL, J.-P. 1995. « L'institution soignante, un espace potentiel pour le traitement de la violence pathologique », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 24.
- PINEL, J.-P. 2007. « Le traitement institutionnel des adolescents violents », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 48.
- PRAT, R. ; ISRAËL, P. 2011. « Aux limites d'être : points de vue développemental et métapsychologique, perspectives thérapeutiques », *Revue française de psychanalyse*, tome LXXV.
- RACAMIER, P.-C. 1980. *Les schizophrènes*, Paris, Payot.
- ROUSSILLON, R. 2005. *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, Puf.
- ROUSSILLON, R. 1999. *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, Puf.
- ROUSSILLON, R. 2004. « L'identification narcissique et le soignant dans le travail de soin psychique », dans *Malaise dans la psychiatrie*, Toulouse, éres.
- ROUSSILLON, R. 2012. « Deux paradigmes pour les situations-limites : processus mélancolique et processus autistique », *Le Carnet PSY* n° 161.
- ROUSSILLON, R. 2013. « Diversité et complexité des pratiques cliniques », *Cahiers de psychologie clinique*, n° 40.
- WINNICOTT, D.W. 1989. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.
- WINNICOTT, D.W. 1975. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard.

Résumé

Cet article étudie comment le thérapeute peut accueillir et donner sens aux agirs destructeurs et compulsifs qui se vivent lors de certaines cures d'enfants. Ce besoin d'agirs externalisés semble parfois s'organiser comme une lutte contre une dépression primaire, cherchant à contre-investir un monde psychique terrifiant précocement soumis à un vécu traumatique. L'acte agressif, s'il est entendu comme une souffrance, est aussi une tentative pour trouver une réponse à une angoisse indicible. Il s'agirait alors de créer un environnement thérapeutique métaphorisant les relations précoces afin de sortir de l'indifférenciation primaire et de déployer un processus de symbolisation.

Mots-clés

Agir, dépression primaire, angoisse primitive, traumatisme, cadre thérapeutique, transfert.

Abstract

This paper investigates how the psychotherapist may give meaning to destructive and compulsive acts that some children live during their cure. This need to act out sometimes appears like a fight against massive depression, in order to counter-invest a terrifying psychical world prematurely subjected to traumatic experiences. The aggressive act, understood as a suffering, is also an attempt to answer an unspeakable anguish. In such a matter, it is then necessary to create a therapeutical environment capable of metaphorizing the early relationships in order to come out of the primary indifferenciation and develop a symbolization process.

Keywords

Acting out, primary depression, primal anxiety, trauma, therapeutic setting, transference.