



UFR de Lettres Langues et Sciences Humaines
Département de psychologie.
Unité de recherche CLiPsy

Master 1 PPCP
Mention Psychologie, Psychopathologie Clinique Psychanalytique
Unité de recherche CLiPsy

MÉMOIRE DE RECHERCHE

Le jeu : espace de symbolisation et d'expression des
angoisses
Le cas clinique de M.

Présenté par

Aude Courchinoux

Sous la direction de
Jean-Baptiste Desveaux



ANGERS, JUIN 2024



UFR de Lettres Langues et Sciences Humaines
Département de psychologie.
Unité de recherche CLiPsy

Master 1 PPCP
Mention Psychologie, Psychopathologie Clinique Psychanalytique
Unité de recherche CLiPsy

MÉMOIRE DE RECHERCHE

Le jeu : espace de symbolisation et d'expression des
angoisses
Le cas clinique de M.

Présenté par

Aude Courchinoux

Sous la direction de
Jean-Baptiste Desveaux



ANGERS, JUIN 2024

Remerciements

Je souhaiterais remercier ma tutrice de stage, Nolwenn Tessier, qui m'a accueillie au sein de son lieu de travail avec énormément de bienveillance. Merci pour ton écoute, pour ton partage, et ton soutien. Je ne pouvais pas rêver d'un meilleur stage.

Je remercie ma famille et mes proches qui ont été disponibles et qui ont su m'épauler lors de cette rédaction en me partageant leurs critiques objectives. Je remercie particulièrement Tom, Léna, Rozenn et Geoffrey qui ont été de véritables phares dans cette tempête.

Je souhaite également remercier M. Desveaux, mon directeur de mémoire, pour sa disponibilité et la qualité de nos échanges qui ont éclairés mon travail de recherche.

Aude

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 1
1 - Le terrain clinique	p. 1
2 - La rencontre avec l'énigme psychique : motivation de recherche et premiers questionnements	p. 2
PREMIÈRE PARTIE : Revue de la littérature	p. 3
1 - L'enfant en situation de handicap	p. 3
1.1. Trisomie 18 et déficience intellectuelle	p.3
1.2. Parentalité	p. 3
1.3. La mère suffisamment bonne	p.5
1.4. Séduction narcissique et antoedipe	p. 5
2 - La structure psychotique	p. 6
2.1. Modèle structural	p. 7
2.2. La position schizo-paranoïde	p. 7
3 - Le jeu : une médiation	p. 9
3.1. Aire transitionnelle et fonction symbolisante	p. 9
3.2. Principe de plaisir et répétition	p. 11
4 - Fantôme et crypte	p. 11
DEUXIÈME PARTIE : Méthodologie de la recherche	p. 13
1 - La population étudiée	p. 13
2 - La méthode de recueil des données et les outils utilisés	p. 14
3 - La méthode choisie de traitement des données	p. 15

TROISIÈME PARTIE : Présentation des données cliniques et de la problématique clinique	p. 17
1 - Eléments anamnestiques	p. 17
2 - Eléments cliniques	p. 18
2.1. Entretiens précédent mon arrivée	p. 18
2.2. Atelier thérapeutique conte et entretiens cliniques	p. 19
2.3. Autres échanges	p. 24
2.4. Entretiens avec la mère de M.	p. 25
3 - Relation transféro-contre-transférentielle et points d'étonnements	p. 27
QUATRIÈME PARTIE : Analyse théorico-clinique et discussion	p. 29
1 - Enfance et relation avec sa mère	p. 29
1.1. Début de vie traumatique	p. 29
1.2. La mère de M. et leur relation	p. 30
2 - Le jeu comme tentative de symbolisation	p. 32
2.1. Le cadre de l'entretien	p. 32
2.2. La répétition du jeu du fantôme	p. 33
2.3. Un vécu de persécution	p. 35
CONCLUSION	p. 38
BIBLIOGRAPHIE	p. 40
ANNEXE	p. 1

Introduction

Ce travail universitaire a pour objectif de rendre compte d'une rencontre singulière qui s'est effectuée lors de mon stage de première année en Master de Psychopathologie Clinique Psychanalytique. À travers ce mémoire, nous allons parcourir les questionnements, les réflexions, les hypothèses cliniques qui ont su émerger lors des différentes rencontres avec M. Ce travail met en avant mon analyse personnelle, qui est nécessairement partielle, limitée à ma propre perspective, ainsi qu'au nombre restreint et à la durée de nos échanges.

1. Le terrain clinique

L'élaboration de ce mémoire s'inspire du stage que j'ai eu l'occasion d'effectuer dans un Externat Médico-Pédagogique. Mon choix s'est tourné vers ce lieu de stage, car mes expériences passées m'ont conforté dans le fait que je souhaitais découvrir un public jeune et me former à l'intervention dans le champ du handicap. Cette structure associative accueille aujourd'hui 28 enfants et jeunes adolescents, âgés de 7 à 21 ans et qui présentent un handicap mental avec des déficiences intellectuelles plus ou moins sévères associées. La plupart des jeunes reçus sont atteints d'un trouble du spectre autistique, mais l'établissement accueille aussi des enfants trisomiques et atteints de troubles psychiques. La demande de prise en charge est majoritairement adressée par les parents et peut constituer un début ou une suite de prise en charge.

L'Externat Médico-Pédagogique (EMP) a pour mission de fournir un projet éducatif, thérapeutique, pédagogique sur mesure pour chaque enfant afin de permettre leur épanouissement et leur bien-être. « Il ne s'agit pas de reproduire un modèle normatif [dans lequel l'enfant s'est déjà trouvé en échec], mais d'utiliser un « bain pédagogique » comme support thérapeutique qui va médiatiser la rencontre et soutenir le développement possible de ses acquisitions dans un cadre protégé et individualisé. » (Potel Baranes, 2009, p.125). La structure soutient leur développement affectif, psychologique et intellectuel, facilitant ainsi leur progression vers l'autonomisation et la socialisation. Chaque jeune bénéficie de son propre projet personnel d'accompagnement, projet élaboré en collaboration avec les différents professionnels de l'établissement et les familles. L'institution pourra, par la suite, orienter les jeunes enfants et adolescents sortant vers des établissements adaptés à leurs besoins.

2. La rencontre avec l'éénigme psychique : motivation de recherche et premiers questionnements

Lors de ce stage, j'ai pu rencontrer, entre décembre 2023 et avril 2024, la totalité des enfants de l'établissement, de manière plus ou moins récurrente, lors d'entretiens cliniques, de temps informels, mais aussi lors des différents ateliers que propose la structure. Plusieurs situations cliniques m'ont interpellé et questionné, mais l'une d'elles a particulièrement retenu mon attention. En ce sens, ce travail universitaire aura pour objectif de mettre en lumière une situation singulière d'un enfant que nous nommerons M.

J'ai rencontré ce jeune garçon de 12 ans de nombreuses fois lors d'entretiens cliniques, mais aussi à travers l'atelier conte proposé et animé par la psychologue et la psychomotricienne. Initialement, il était très discret, semblait en retrait lors des temps thérapeutiques collectifs et je n'ai pas su « le voir », le rencontrer, l'investir tout de suite. Au fil des séances, je me suis interrogée et intéressée à sa situation. Je sentais que M. m'investissait en m'incluant notamment dans son jeu, en cherchant mon regard, ma réaction et en me tenant la main - parfois - lorsque nous allions aux séances. Ainsi, il arrivait que nous discutions l'après-midi avant que sa mère ne vienne le récupérer, que nous jouions ensemble dans la cour de récréation. L'élaboration de cette relation thérapeutique de confiance a permis de motiver ma recherche quant à la compréhension de ce qu'il tente de nous transmettre par le biais du jeu.

Le jeu symbolique, et plus généralement le jeu comme moyen de médiation, permet l'expression des conflits intrapsychiques. Il donne un sens, une histoire, permet de mettre des mots, des actes sur un vécu dans un contexte où la parole est un chemin difficile d'accès pour ce public. M. est un jeune garçon qui nous offre des séances riches, où l'espace de médiation proposé par la psychologue permet l'élaboration d'un jeu symbolique fort. Ainsi, il met en scène des parties de chasse aux fantômes, des histoires de méchants persécuteurs créant une ambiance plutôt sombre, morbide. Le thème de la mort, de la peur, du sentiment de persécution est récurrent, abordé et joué - imaginé et/ou halluciné - à chaque séance. Il semble que les éléments bruts qu'il nous déposait et la fréquence à laquelle il le faisait pouvaient venir traduire une angoisse dont il ne pouvait se détacher.

Ainsi, à travers ce travail de recherche, je souhaiterais me questionner sur le rôle du jeu symbolique de M., et explorer la manière dont ses mises en scène récurrentes peuvent venir nous éclairer sur ses conflits internes.

Première partie - Revue de la littérature

Afin de mieux comprendre le cas de M., il est essentiel de parcourir les différentes théories et concepts qui éclairent notre réflexion. Cette première partie vous invite à explorer ces idées, posant ainsi les bases de mon analyse.

1. L'enfant en situation de handicap

1.1. Trisomie 18 et déficience intellectuelle

La trisomie 18, aussi appelée syndrome d'Edwards est l'une des maladies chromosomiques les plus fréquentes même si elle reste une maladie génétique rare. La majorité des enfants qui en sont atteint décèdent généralement in-utero ou avant l'âge d'un an (Carlier & Ayoun, 2007). Le risque de déficiences intellectuelles et de malformations pour les survivants est alors élevé.

Richard (2018, p. 3) définit la déficience intellectuelle comme « une altération, voire un arrêt, du développement cognitif, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions mentales complexes, du langage, de la motricité et des performances sociales. » La personne présentant une déficience intellectuelle éprouvera également une difficulté dans sa capacité adaptative.

1.2. Parentalité

Le handicap, qu'il soit physique, ou intellectuel, a des répercussions profondes sur le développement psychologique de l'enfant, mais aussi sur l'organisation de la parentalité (Ciccone, 2016, p. 91).

Il est crucial de reconnaître que, comme tout enfant à la naissance, l'enfant en situation de handicap est souvent source de déception pour les parents. Contrairement à l'enfant idéal, fantasmé et parfait, l'enfant réel ne correspond jamais entièrement aux attentes parentales, il n'est pas celui que les parents espéraient. Généralement, la rencontre avec le handicap génère ce que Ciccone nomme un effet de « désillusion brutale » (Roussillon, 2018, p. 245), où les parents, face à cette situation, éprouvent une forte déception. Cette « déception originale » (Ciccone, 2016, p. 93) provoque un vécu d'effondrement des parents, qui nécessite alors un deuil particulier et singulier, dans le sens où l'objet - l'enfant - n'est pas parti, il n'est pas perdu et que son handicap reste présent, il faut composer avec. Cette déception originale vient aussi

blesser narcissiquement les parents (Korff-Sausse, 2008) en entravant leur désir d'immortalité psychique et provoque un fort sentiment de culpabilité. L'enfant est « tel un miroir brisé, renvoyant à ses parents une image déformée » (Korff-Sausse, 2008, p. 103), une image avec laquelle ils auront du mal à s'identifier et qui semble ne pas pouvoir assurer la continuité du Moi des parents.

Fréquemment, les parents d'enfant en situation de handicap viennent mettre en place des défenses telles que ce que Ciccone et Ferrant nomment la « symbiose secondaire » (2012, p.21). L'annonce du handicap est traumatisante, ce qui va rendre l'autre étrangé et qui va mener à une expérience de séparation psychique brutale précoce. Cette dernière intervient trop tôt pour l'enfant qui sera confronté à une séparation à laquelle il n'était pas préparé. Dans le développement normal, il existe une illusion primaire qui permet de créer et d'assurer des liens d'attachement entre le bébé et les figures parentales, c'est une « illusion de non-séparation » (Ciccone et al., 2012, p. 21), qui est censée mener l'enfant à un mouvement progressif d'individuation. Cette illusion est ici brisée, et nécessite un travail de deuil. Le parent, qui aura désormais conscience de l'altérité de son enfant, va tenter de reconstruire cette illusion perdue par le biais de la symbiose secondaire, où il fantasme de « réintroduire l'enfant dans le ventre maternel » (Ciccone et al., 2012, p. 21) afin de le réparer. Il désire préserver une union symbiotique, marquée par une absence de séparation et soutenue par des mécanismes d'identification projective (Ciccone, 2016), tel que le fait que la mère se considère elle-même comme indispensable à son enfant, comme le tout de ce dernier.

Ainsi naissent des relations de dualité entre la mère et son enfant, excluant généralement tout tiers qui viendrait entraver cette dyade. Le handicap vient creuser un véritable « sillon identitaire, réduire l'être à ses manques » (Weislo, 2016, p. 40). L'enfant en situation de handicap est très souvent infantilisé, « mieux vaut qu'il reste petit, car cela évite les douloureuses épreuves qu'amènent pour lui et sa famille les étapes d'un développement qui est en écart à la norme » (Korff-Sausse, 2016, p.29). Il se peut que les parents ne parviennent pas à envisager un possible futur, un avenir pour leur enfant et préfèrent considérer qu'il aura pour toujours une place d'enfant, qu'il sera pour toujours dépendant. Cette situation de dépendance peut mener à des fantasmes incestuels (Ciccone, 2016). Le développement d'un Moi de l'enfant différencié et individué semble alors compromis, car il devient objet de la mère.

1.3. La mère suffisamment bonne

Winnicott (1953/2006) introduit le concept de la « mère suffisamment bonne » et explique que pour répondre à cette appellation, la mère doit être capable de répondre de manière adéquate et opportune aux besoins de son bébé. Cela implique qu'elle soit sensible et réceptive aux signaux de l'enfant, en lui fournissant les soins nécessaires pour favoriser son développement physique et émotionnel. Elle doit permettre l'éclosion de son plein potentiel en assurant une continuité dans les soins et en étant fiable. Également, il sera nécessaire de faire preuve d'une capacité d'adaptation progressive, en adaptant ses réponses en fonction des besoins changeants de l'enfant à mesure qu'il grandit. Cette constance et cette adaptabilité permettront par la suite le développement d'un sentiment de sécurité et de confiance de l'enfant envers le monde qui l'entoure. Il est nécessaire qu'elle aide l'enfant à sortir de sa situation de dépendance absolue, en lui permettant de faire l'expérience de la désillusion et de la frustration de manière tolérable.

Cependant, dans le cas du handicap, ce processus naturel de désillusion peut être gravement entravé, en particulier, dans les situations de symbiose intense entre la mère et l'enfant, où la mère ne laisse pas l'espace nécessaire pour que l'enfant fasse l'expérience de la frustration et où elle n'est donc pas suffisamment bonne (Winnicott, 1953/2006), elle est dans le trop. La dyade mère/enfant devient alors une relation fusionnelle où l'enfant est surprotégé, et ses moindres besoins sont anticipés et comblés sans délai, l'environnement est défaillant. Cette absence d'expérience de la frustration peut entraver son processus de séparation-individuation. L'enfant reste ainsi dans un état de dépendance prolongée, incapable de se différencier psychiquement de sa mère. Cette dynamique renforce la symbiose, rendant difficile pour l'enfant de se percevoir comme un individu séparé et autonome. Dans ce contexte, la mère, souvent animée par un désir inconscient de protéger et de réparer l'enfant en situation de handicap, peut maintenir une relation de dépendance.

1.4. Séduction narcissique et antoedipe

Racamier (1995) développe l'idée qu'il existe une séduction narcissique primaire entre une mère et son bébé lors des premiers temps de vie et qui vise à un sentiment d'unisson et de toute-puissance. Durant cette phase, les deux acteurs vont être pris dans un mouvement de séduction mutuel et symétrique afin de « se rencontrer en dépit de leurs différences » (Racamier, 1995/2010, p. 4) et de réparer la déception qu'ils éprouvent envers l'autre.

Dans le développement normal, cette séduction narcissique doit entrer en concurrence avec des forces de répulsion afin de laisser assez d'espace aux protagonistes et que l'enfant puisse grandir, développer et édifier son Moi, exprimer ses pulsions sexuelles.

Dans les cas pathologiques, la séduction narcissique ne prend pas fin, et « si cette relation se pérennise, les risques de psychotisation sont intenses, la séduction narcissique évoluant en relation incestueuse » (Deburge, 1993, p. 273). Racamier (1995) parle alors de formation d'alliances narcissiques où la relation ne laissera de place à aucun tiers, elle est d'une exclusivité absolue. Cette distorsion fera de la séduction narcissique une relation profondément dissymétrique qui fait « obstacle à la croissance » de l'enfant qui ne pourra pas laisser ses pulsions sexuelles s'exprimer, et où la mère sera « avide de confirmation narcissique » (Racamier, 1995/2010, p. 12). L'enfant est alors placé en position d'objet qui devra narcissiser la mère, et qui sera nécessaire à sa survie, son existence, sa complétude avec l'idée que « cette relation devienne et demeure question de vie ou de mort » (Racamier, 1995/2010, p. 13). La séparation viendrait signifier la mort.

L'antœdipe est un concept introduit par Racamier (1995) qu'il définit comme un pré-oedipe. C'est un conflit des origines, un temps structurant nécessaire à la construction et à la structuration de la psychée de l'enfant. Cet antœdipe est un processus, une étape, un complexe qui se joue entre une mère et son enfant, dans une relation duelle lors des premiers temps de vie. Le conflit antœdipien est un conflit des origines, il va opposer l'unisson de la phase de séduction narcissique primaire à la séparation, la croissance, le développement, l'autonomisation. L'enjeu de ce complexe est de parvenir à une différenciation des êtres, des générations : l'enfant doit faire un « deuil originaire » (Racamier, 1995/2010, p. 20), le deuil d'un unisson narcissique absolu avec la mère, afin qu'il puisse découvrir qu'il existe un objet, qu'il existe un Moi différent de l'autre. Ce deuil va permettre l'individuation de l'enfant, « une découverte au prix d'une perte » (Racamier, 1995/2010, p. 21), la fondation de son identité, de son Moi. Dans le cas de la séduction narcissique pathologique, l'antœdipe se présente comme non résolu ou partiellement résolu.

2. La structure psychotique

Lors de la phase psychotique normale, ou symbiotique décrite par Mahler (1973/2001), ordinaire dans le développement du bébé, il existe une avancée dans la qualité de la relation à l'objet avec la reconnaissance partielle de l'autre, plus ou moins différenciée où la défense convoquée est le clivage avec lequel le bon est incorporé au Moi naissant du sujet

et le mauvais est rejeté (sur un plan fantasmatique). Cette phase, bien que nécessaire au développement peut s'avérer pathologique. Ainsi, Mahler décrit divers types de structures psychopathologiques chez l'enfant, en portant une attention particulière à la psychose infantile. Il est crucial d'éviter de poser un diagnostic définitif, car la plasticité psychique de l'enfant lui confère une plus grande capacité d'évolution et de changement que chez l'adulte. Néanmoins, l'enfant peut adopter un mode de fonctionnement spécifique en utilisant certaines défenses.

2.1. Modèle structural

De la même manière que la psychose chez les adultes, la psychose chez l'enfant est marquée par une rupture avec la réalité. Ainsi, Ciccone (dans Roussillon, 2018) explique que les jeunes peuvent être en proie à des hallucinations et à un discours délirant, bien que cela soit difficile à discerner en raison de la fine limite existante entre imaginaire (notamment à travers le jeu) et hallucination à cet âge. La psychose infantile peut se manifester par « des troubles majeurs de la communication, avec des moments de retrait relationnel et des absences. Les pensées et les représentations sont souvent très crues » (Roussillon, 2018, p. 199). Il peut également y avoir des moments de débordement où l'angoisse provoque des régressions et des comportements auto et hétéro-destructeurs. L'enfant peut ressentir une sensation de toute-puissance. De plus, Ciccone note qu'il semble vivre dans « un monde de persécution, un univers de terreur » (Roussillon, 2018, p. 199). Face à ces angoisses, l'enfant met en place des mécanismes de défense tels que le clivage, l'identification projective, le déni et la projection.

Mahler (1973/2001) décrit la psychose infantile symbiotique, où règnent des angoisses de séparation avec l'objet d'amour. « La symbiose est essentiellement caractérisée par une fusion omnipotente somato-psychique, hallucinatoire ou illusoire, avec la représentation de la mère et, en particulier, l'illusion que deux individus effectivement et physiquement séparés possèdent des limites communes » (Mahler, 2013, p. 61). Dans ces cas de psychose infantile symbiotique, s'alternent des mouvements d'intrusion, d'hyperpénétration (des regards), de fuite et de rejet, créant une relation destructrice.

2.2. La position schizo-paranoïde

Mélanie Klein développe une pensée selon laquelle il existerait des relations objectales dès le début de la vie de l'enfant et qu'il y aurait ainsi, dans la vie psychique du sujet, deux

positions psychiques précoces spécifiques qui vont influencer ses fantasmes et ses modes relationnels : la position schizo-paranoïde dont nous parlerons et la position dépressive.

Ainsi, Klein (1946/2009) développe la position schizo-paranoïde, aussi appelée position symbiotique. Elle est cruciale dans le développement psychique précoce, car elle établit les bases des premières relations objectales et influence profondément les modes relationnels ultérieurs. La manière dont l'enfant navigue cette position peut déterminer son aptitude à former des liens sécurisés et à intégrer des expériences émotionnelles complexes. Elle se caractérise par le fait que des « pulsions agressives coexistent d'emblée avec les pulsions libidinales et sont particulièrement fortes ; l'objet est partiel et clivé en deux, le "bon" et le "mauvais" objet ; les processus psychiques prévalents sont l'introjection et la projection ; l'angoisse intense est de nature persécutive » (Laplanche, Pontalis & Lagache, 1967/2007, p. 318). Cette position se caractérise par des angoisses de persécution qui peuvent prendre différentes formes comme « la séparation, la dévoration, le morcellement, la mort » tel que le décrit Ferrant (Roussillon, 2018, p.184). Face à ces angoisses, le sujet va établir des défenses (comme le déni, le clivage, la projection, l'idéalisation ou encore l'identification projective) afin d'assurer la protection de son Moi.

Dans ces défenses, nous retrouvons le clivage, présenté comme la défense la plus primitive et archaïque pour lutter contre l'angoisse de persécution (Laplanche *et al.*, 1967/2007, p. 67). L'enfant considère alors l'objet comme clivé, c'est-à-dire qu'il va être scindé en deux. D'un côté le « bon », qui va être l'objet gratifiant, rassurant, sécurisant et satisfaisant, qui va répondre à ses besoins. Ce bon objet va être introjecté dans le psychisme de l'enfant et va permettre la constitution de son Moi précoce. De l'autre, le « mauvais » qui va se présenter comme frustrant, angoissant et menaçant pour le Moi. Il va être projeté à l'extérieur et va devenir persécuteur. Ce clivage nous montre qu'il existe un double mouvement, d'amour et de haine à l'égard de l'objet et qu'il « contribue à former des figures persécutrices et des figures idéalisées » tel que le décrit Ferrant (Roussillon, 2018, p. 185). Aussi, « les césures opérées par le clivage débouchent sur une difficulté, voire même une absence de mise en lien entre certains contenus psychiques et certains affects. » (Boutinaud, 2017, p. 134).

Le terme d'identification projective, autre défense mise en place face à l'angoisse de persécution, a été introduit par Klein (1946/2009) et désigne « un mécanisme qui se traduit par des fantasmes, où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur

de l'objet pour lui nuire, le posséder et contrôler. » (Laplanche *et al.*, 1967/2007, p. 193). Ainsi, pour l'une des formes de l'identification projective, l'enfant projetterai en l'autre ses états affectifs, ses sentiments irreprésentables afin que l'autre (généralement la mère) les vivent d'abord (Roussillon, 2018, p. 185). Dans les autres cas, il se débarrasserait de pensées perturbantes en les projetant dans un objet qu'il pourrait par la suite contrôler. En somme, Ferrant explique que l'identification projective « consiste donc pour le moi à prendre possession d'un objet extérieur qui devient une extension du Moi » (Roussillon, 2018, p. 186). Souvent, l'identification projective exige un lien symbiotique avec l'objet narcissique qui est perçu comme le prolongement du Moi.

La transition vers la position dépressive implique une reconnaissance progressive par l'enfant de la réalité que le même objet peut être à la fois bon et mauvais. Cela marque un pas vers l'intégration et la résolution des angoisses paranoïdes par la compréhension et l'acceptation des contradictions internes et externes.

3. Le jeu : une médiation

La médiation par le jeu constitue un outil clinique précieux, particulièrement adapté pour les jeunes enfants et les adolescents. Dans le contexte du handicap, le jeu se révèle être un moyen privilégié d'expression et de communication, permettant de transcender les limitations verbales. Il offre ainsi un espace thérapeutique essentiel, facilitant l'exploration et la résolution des conflits internes de manière symbolique et sécurisée.

3.1. Aire transitionnelle et fonction symbolisante

« C'est le caractère approximatif de la mémoire qui donne de la liberté à la psyché, qui oblige la vie à faire preuve de créativité, qui oblige au jeu, qui confère à la mémoire ses potentialités symbolisantes. » (Roussillon, 2004, p. 80). Le jeu est donc intrinsèquement lié à la capacité de symbolisation de la psyché.

Le jeu est décrit comme une « voie royale, alternative à celle du rêve, mais dialectisée à celle-ci » (Brun & Roussillon, 2021, p. 20). Il commence de manière autoérotique, permettant au bébé d'intérioriser les expériences subjectives de ses liens avec les objets tels qu'il les perçoit par le biais d'un environnement contenant, d'un médium malléable. Ce jeu autoérotique atténue « l'impact traumatique de l'altérité » (Roussillon, 2018, p. 106) et facilite la rencontre avec la réalité externe.

Freud parlait du jeu comme « une expression directe de la pulsion » et une « représentation symbolique pulsionnelle du moi » (Anzieu, Anzieu-Premmereur & Daymas, 2021, p.4). Cette perspective freudienne souligne que le jeu permet une décharge pulsionnelle en unissant l'excitation psychique à une forme symbolique de représentation.

Selon Winnicott, la médiation du jeu se situe dans un espace tiers, une aire transitionnelle. Cet espace intermédiaire permet la rencontre entre la réalité interne du sujet et la réalité externe (Lefèvre, 2011). Dans cette aire transitionnelle, l'enfant découvre qu'il existe autre chose que le Moi (dedans) et l'Autre (dehors) - cet « entre-deux » facilite l'expression et la symbolisation des expériences internes. Lefèvre (2011) explique que l'enfant utilise des objets de la réalité pour faciliter ce passage du principe de plaisir au principe de réalité. Winnicott (1971) a exprimé la nécessité pour la réalité interne de l'enfant de s'exprimer à travers la réalité externe, permettant ainsi une transformation avant d'être réintériorisée. La symbolisation nécessite que le sujet interagisse avec l'environnement, en utilisant des objets qui jouent un rôle de miroir, reflétant ses actions et expériences. Brun souligne que ces objets sont essentiels dans le processus de symbolisation : s'ils sont défaillants, cela indique probablement une déficience dans la fonction miroir de l'environnement.

Le jeu se trouve à la source de la symbolisation, servant d'espace où l'enfant exprime « ses fantasmes inconscients, ses conflits psychiques, ses angoisses actuelles » (Anzieu et al., 2021, p.1). Cet espace de jeu doit être contenant et sécurisant pour permettre la transformation et la métabolisation des expériences subjectives. En jouant, l'enfant peut « apprivoiser les situations vécues difficiles ou énigmatiques, en les explorant et en leur faisant subir une suite de transformations dont l'objectif central consiste à les symboliser » (Brun & Roussillon, 2021, p.2).

Enfin, comme le souligne Moro, « Le jeu est le support du rêve, de l'imaginaire, du fantasme et aussi du conflit. Il est cet espace intermédiaire qui rend possible et figurable la séparation d'avec les premières figures d'attachement. Le jeu est sans nul doute un espace d'appropriation de la réalité, mais il permet aussi de mobiliser des capacités réparatrices quand c'est nécessaire, de consoler au sens philosophique et clinique du terme. C'est pourquoi partout l'enfant a besoin de jouer et les adultes doivent créer les conditions pour que ce soit possible, individuellement et collectivement » (Lachal, Asensi & Moro, 2008, p. 29).

Le jeu, en tant qu'aire transitionnelle, est essentiel au développement psychique de l'enfant. Il permet une expression symbolique des angoisses et des conflits, facilite l'intégration de la réalité et renforce la capacité de l'enfant à naviguer entre ses mondes internes et externes.

3.2. Principe de plaisir et répétition

Dans son œuvre « Au-delà du principe de plaisir », Freud introduit la notion de principe de plaisir. Il expose notamment le fait que l'appareil psychique vise à éprouver du plaisir et à éviter le déplaisir selon un principe économique (le déplaisir étant l'augmentation de la quantité d'excitation et le plaisir sa réduction).

« Dans le jeu des enfants, nous croyons saisir que l'enfant répète tout aussi bien l'expérience vécue empreinte de déplaisir, pour la raison qu'il acquiert par son activité une maîtrise bien plus fondamentale de l'impression forte qu'il ne le pouvait en la vivant de façon purement passive » (Freud, 1920/2013, pp. 34-35). Par le biais de la répétition, l'enfant devient acteur. Il a le pouvoir de changer ce qu'il se passe, de trouver une fin alternative plus plaisante. Pour maîtriser une situation qui lui est désagréable, il va la rejouer. Ce n'est pas forcément une recherche de plaisir, mais c'est une recherche de maîtrise, ça peut être une tentative de lier la trop grande quantité d'excitation qu'il ressent afin d'en assurer la décharge.

Roussillon parle de contraintes de répétition pathologiques et dit que « c'est quand le jeu disparaît que la pathologie s'installe, que la contrainte de répétition à l'identique tend à exercer sa domination sur le fonctionnement psychique, que l'interprétation se fige [...] Elle devient dégénérative, perd de son potentiel vital, expression des pulsions de vie, appelle la question de la pulsion de mort, ce qui se répète en vain » (Roussillon, 2004, p. 80). Ainsi, lorsque le jeu ne présente plus d'évolution et qu'il se répète de manière compulsive et identique, il perd de sa capacité à symboliser et à transformer les expériences psychiques, devenant ainsi une répétition pathologique.

4. Fantômes et crypte

La « crypte » et le « fantôme » sont des concepts amenés et développés par Abraham et Torok (1976/1987). Ils définissent la crypte comme un lieu cadenassé, un secret, une partie clivée du Moi et qui contient les paroles non-symboliques, non-introjectables des parents. « L'enfant hérite un matériel brut, resté secret, demeurant énigmatique et opaque pour lui : il

doit composer avec le clivage de son parent, portant inconsciemment en lui un "fantôme" » (Condamin & Dière, 2013, p. 494).

En général, la crypte résulte d'une transmission psychique entre la mère et l'enfant d'événements indicibles, tels qu'un deuil non résolu. Abraham et Torok expliquent que « le deuil indicible installe à l'intérieur du sujet un caveau secret » (1976/1987, p. 266) qui vient cliver le psychisme du sujet. Ces événements, impossibles à symboliser pour la mère, sont transmis à l'enfant sous une forme brute et non digérée. « La crypte d'où revient le fantôme est celle d'un autre » (Diaz & Darchie dans Abraham & Torok, 2023, p.14). L'enfant, héritier de la crypte et du fantôme d'un autre, va tenter de symboliser ces expériences, de donner un sens à ce matériel psychique opaque. Cependant, en l'absence de la capacité de la mère à servir de miroir et à nommer ces états affectifs, l'enfant éprouvera des difficultés ou ne pourra pas intégrer ces expériences de manière symbolique. La crypte serait donc un lieu contenant cet événement indicible, ces mots enterrés vifs qui ne peuvent être symbolisés. Le fantôme serait, quant à lui, un souvenir enterré, le souvenir d'une idylle avec un objet important.

Synthèse : Cette partie de revue de littérature introduit les concepts importants à la bonne compréhension du cas clinique de M. Les concepts clés explorés incluent l'impact de la venue d'un enfant en situation handicap sur la parentalité, où la rencontre avec ce dernier engendre une « déception originale » profonde et nécessite un deuil particulier. La théorie de Winnicott sur la « mère suffisamment bonne » permet de comprendre les défis posés par une relation symbiotique excessive, entravant l'individuation et la différenciation de l'enfant. Racamier, précurseur des concepts de séduction narcissique et d'autoedipe, décrit les dynamiques mère-enfant normales et pathologiques. Mahler introduit le concept de psychose infantile et souligne, de même que Klein, les mécanismes de défense mis à l'œuvre tels que le clivage et l'identification projective. Le jeu, qui se présente comme l'une des médiations privilégiées lors d'entretiens avec les enfants, a pour enjeu de favoriser la symbolisation d'événements en permettant la transformation et la métabolisation des expériences subjectives. La répétition dans le jeu vient marquer une difficulté, une incapacité de symbolisation, une tentative de maîtrise de la situation de la part de l'enfant. L'enfant, héritier de la crypte et des fantômes d'un autre, peut également répéter les éléments non-introjectés transmis par sa mère afin de tenter de les symboliser.

Deuxième partie - Méthodologie de la recherche

Cette partie vise à présenter la méthodologie de recherche utilisée et à décrire les processus thérapeutiques mis en place pour M. Elle illustrera les différents lieux de notre rencontre ainsi que les outils employés pour le recueil des données cliniques.

1. La population étudiée

Durant la réalisation de mon stage au sein d'un externat médico-pédagogique, j'ai été au contact d'enfants et de jeunes adolescents se trouvant en situation de handicap avec des déficiences intellectuelles associées. L'institution vise à se spécialiser dans l'accueil de jeunes atteints de troubles du spectre autistique, mais reçoit également des enfants trisomiques. Toute l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement travaille ensemble afin de proposer le meilleur accompagnement pour soutenir et favoriser le développement des jeunes ainsi que leur bien-être.

La plupart des enfants rencontrés à l'EMP sont non-verbaux, il faut donc trouver des moyens de communication alternatifs comme le makaton, le jeu, le dessin ou encore la pâte à modeler. Le rôle du psychologue, et de tout autre professionnel d'ailleurs au sein d'une telle structure, est de mettre une parole, des mots sur les ressentis internes qu'éprouvent les jeunes, d'y mettre du sens, de les traduire. Nous pouvons ici faire référence à Bion (1962/2003) qui décrit un appareil à penser les pensées, où, dans cette situation, la psychologue transforme les éléments bêta amenés par l'enfant en éléments alpha digérés, en contenu plus acceptable pour ce dernier. Pour poursuivre, c'est aussi et surtout donner une parole à ceux qui en sont dépourvus. Certains des enfants de l'institution, comme M., sont verbaux, mais il peut rester complexe pour eux d'expliquer, d'exprimer avec discernement leurs ressentis, leurs éprouvés, leurs questionnements. Mettre des mots peut venir apaiser les angoisses, se sentir compris, mais aussi capable, ça peut être narcississant.

Aussi, la relation transféro-contre-transférentielle avec des enfants - ici en situation de handicap - est différente de celle que nous pouvons développer avec les adultes. En travaillant avec ces enfants, le thérapeute est souvent amené à établir une relation de confiance plus intime et à devenir une figure de référence particulière pour eux. Cette relation est marquée par une proximité émotionnelle plus intense et une implication affective profonde. En effet, l'impact émotionnel « du handicap sur la relation thérapeutique mobilise des aspects particuliers, spécifiques, intenses, archaïques du contre-transfert » (Korff-Sausse, 2007, p.43).

2. La méthode de recueil des données et les outils utilisés

Ce travail universitaire se centre sur l'étude de cas de M., un jeune garçon de l'institution. Les données recueillies et présentées ici résultent des diverses rencontres effectuées avec M. et notamment de celles en entretien clinique individuel ainsi que celles de l'atelier thérapeutique conte. Les entretiens cliniques individuels avaient une durée pouvant aller de 30 à 45 minutes et s'effectuaient tous les mercredis matins. Nous en avons réalisé sept. Pendant ces temps, il était fréquent que nous allions jouer à chasser les méchants, à courir dehors, côte-à-côte ou les uns devant les autres. Nous ne parlions alors pas beaucoup mais faisions face à un jeu très symbolique, très riche cliniquement. Il est arrivé que nous restions dans le bureau lors de certains entretiens, auquel cas nous échangions davantage avec M. La pièce est assez spacieuse, le bureau est situé dans un angle et nous pouvons trouver de nombreux jouets à disposition. Il était rare que nous soyons assis, nous jouions et étions donc debout la plupart du temps. Il est arrivé à certains entretiens que la psychologue et M. soient face à face dans un besoin de contenance éprouvé par ce dernier. Ces entretiens ont permis une rencontre privilégiée de la singularité de M. L'atelier thérapeutique conte a ensuite permis neuf autres moments de rencontre. Nous nous installions en cercle pour ce temps.

Lors de ces moments, j'avais surtout une posture d'observation clinique, mais il m'est arrivé d'intervenir à plusieurs reprises et notamment dans le jeu où M. prenait soin de m'intégrer. Ces deux cadres m'ont permis de le rencontrer dans une situation individuelle où l'attention est exclusivement portée sur lui et groupale dans un environnement différent où l'attention est dispersée entre les pairs.

J'ai également été amenée à réaliser un travail anthropologique. Ainsi, je me suis renseignée en empruntant son dossier dans le but de recueillir le maximum d'informations à son égard. J'ai pu y trouver les écrits des différents professionnels de l'établissement, ce qui m'a permis d'avoir une vision plus globalisante, plus complète, plus détaillée de sa situation. Les réunions institutionnelles pluridisciplinaires mettaient en lumière de nombreuses informations, il était riche de participer à ces temps. Ma tutrice de stage m'a également parlé des entretiens précédant mon arrivée, me permettant de discerner l'évolution de M. dans ses jeux et me donnant aussi de précieuses informations quant aux conflits internes qu'il met en scène.

De plus, j'ai eu l'occasion d'échanger avec ses éducateurs référents qui m'ont partagé le projet personnalisé d'accompagnement de M. et qui traite notamment des aspects

comportementaux, attentionnels, sensoriels, ou encore moteurs. J'ai aussi pu, quelquefois, rester dans leur groupe et ai ainsi observé M. dans un environnement qu'il investit quotidiennement par sa présence. Dans des temps plus informels, comme les récréations ou lorsqu'il attendait l'un de ses parents en fin d'après midi, il m'arrivait d'aller vers lui, de jouer avec lui et de parler.

Pour poursuivre, j'ai rencontré M. lors d'un entretien clinique duel d'une quinzaine de minutes, où ma tutrice n'était donc pas présente. Pour un travail universitaire, je lui ai proposé de réaliser un dessin de famille, me permettant de me renseigner sur les liens affectifs et familiaux qu'il entretient avec ses parents. Cette médiation permet d'investiguer sur la manière dont l'enfant se représente sa famille, mais aussi la façon dont il se représente lui-même subjectivement au sein de sa famille, la position qu'il se donne, et des processus identificatoires qu'il met en jeu.

Enfin, une rencontre avec M., sa mère, la psychologue de l'établissement et moi-même a eu lieu lors de ma dernière semaine de stage. J'ai alors pu obtenir des informations sur la grossesse de sa mère, et sur la jeune enfance de M. notamment concernant sa scolarité.

3. La méthode choisie de traitement des données

Pour ce travail, j'ai choisi de réaliser une étude de cas. Elle est une méthode qualitative qui « s'attache à expliquer un phénomène, à lui donner une signification voire un sens. » (Bioy, Castillo & Koenig, 2021, p. 23). Ainsi, elle vise « avant tout la compréhension et la profondeur en s'immergeant dans la complexité d'une situation. » (Bioy et al., 2021, p. 25). L'objectif de cette méthode est donc de pouvoir comprendre, interpréter les phénomènes, les événements, les processus psychologiques du sujet dans leur contexte social. De plus, « le chercheur va se placer dans une situation d'immersion dans la complexité du vécu ou de la situation étudiée. » (Bioy et al., 2021, p. 25) et devra se concentrer sur la prise en compte des expériences subjectives, des perceptions, des attitudes mais aussi des comportements des individus.

Lors des entretiens cliniques, j'étais dans une posture d'observation clinique où « l'accent est mis sur la singularité de la personne et l'analyse de l'influence de l'observateur sur l'observation » (Pedinielli & Fernandez, 2020, p. 12). Au début de mon stage, je me suis laissé porter, surprendre en tentant de ne pas biaiser mon observation par une quelconque information précédant mon arrivée. Je souhaitais découvrir le jeune de la manière la plus

objective possible. A chaque fin de séance, je m'attelais à retranscrire avec le plus de justesse, de détails, les éléments évoqués, le jeu mis en place par M., ses comportements, ainsi que les mouvements transférentiels et contre-transférentiels. Les données recueillies m'ont alors permis d'élaborer une réflexion, une analyse clinique qui m'a amené à questionner plus spécifiquement sur la situation, le cas de M. Par la suite et afin d'avoir une vision globale de ce jeune, j'ai souhaité approfondir mes connaissances à son égard, et me suis donc informée par le biais de son dossier, des éléments amenés par ma tutrice et par l'équipe pluridisciplinaire.

Synthèse : Mon stage s'est déroulé dans un externat médico-pédagogique, spécialisé dans l'accueil de jeunes enfants et adolescents en situation de handicap et présentant des déficiences intellectuelles associées. L'institution favorise des méthodes de communication alternatives et une relation thérapeutique étroite pour privilégier l'expression des ressentis des enfants. Le recueil des données permettant l'étude de cas de M. s'est faite à travers des entretiens cliniques individuels, l'atelier thérapeutique conte, des observations informelles et des consultations de son dossier afin d'obtenir une vue d'ensemble de sa situation. J'ai utilisé l'approche qualitative en me concentrant sur une étude de cas afin de comprendre en profondeur les expériences et les comportements de M. J'ai également recueilli des données détaillées en adoptant une posture d'observation clinique et en prenant des notes en fin de séance.

Troisième partie - Présentation des données cliniques et de la problématique clinique

Ce travail de recherche est centré sur la situation singulière d'un enfant rencontré lors de mon stage au sein d'un externat médico-pédagogique. Cette section vise à recueillir les différents éléments anamnestiques apportés par le dossier clinique de M., mais aussi par les différents entretiens cliniques auxquels j'ai assisté, les ateliers thérapeutiques et les retours de l'équipe pluridisciplinaire. Elle a pour enjeux de mettre en lumière l'histoire de vie, la personnalité et les conflits internes influençant M.

1. Eléments anamnestiques

M. est un jeune garçon de 12 ans. Sa naissance est présentée par sa mère comme un moment compliqué. Il naît prématurément, trois semaines avant le terme, avec le cordon ombilical autour du cou. Il a été rapporté que M. n'a pas réagi immédiatement à la naissance. Il est enfant unique. Ses parents ne sont plus ensemble, ils se sont séparés à la suite de « tensions », après 11 ans de relation, lorsque M. avait environ 6 ans. Leur séparation reste floue, ils maintiennent des activités familiales régulières ensemble. Il vit majoritairement chez sa mère mais dort quelquefois chez son père, il est en garde alternée. Madame s'était remise en couple, elle a essayé d'avoir un autre enfant mais elle a fait une fausse couche. Elle est maintenant séparée de ce monsieur. Son père est disc-jockey et voyage de temps à autre. Avant sa naissance, le couple parental adopte un chat que M. à plus tard nommé « Bibou ». Il a grandi avec ce chat, dont il semblait très proche, et qui est malheureusement parti « au ciel » il y a quelques années. Il ne cesse de parler de lui durant les séances. Il a maintenant un nouveau chat prénommé Milou.

À ses un an et demi, M. est d'abord gardé par une nourrice mais, suite à un « incident qui aurait pu lui coûter la vie », ses parents décident de le mettre dans une crèche dans laquelle il restera deux années. À ses deux ans et demi, nous lui diagnostiquons une maladie génétique, une duplication multiple sur le chromosome 18 qui se traduira chez lui par un retard global des acquisitions, des déficiences intellectuelles associées et un faible tonus musculaire. Son père ayant mal vécu cette situation, c'était sa mère qui était essentiellement présente. À l'aube de sa quatrième année, M. sera inscrit dans une école montessori. Il en changera avant d'être admis au sein d'un institut médico-éducatif (IME) associatif dans lequel il restera trois ans. Il partira de cet établissement suite au décès d'un des enfants accueillis. Il

est alors admis au sein de l'EMP en septembre 2022. Il a de bonnes capacités et a accès au langage. Il est scolarisé quatre demi-journées sur l'Unité d'Enseignement Externalisée (UEE) que propose l'établissement. Le reste du temps, M. est accompagné au sein de l'EMP par un binôme d'éducateurs. Son groupe comprend cinq autres jeunes. Il est suivi par la psychologue de l'établissement à raison d'une fois par semaine et participe également avec elle à l'atelier conte.

2. Eléments cliniques

J'ai pu faire la connaissance de M. à travers sept entretiens cliniques menés par la psychologue de l'établissement, un entretien que j'ai dirigé moi-même, ainsi que neuf fois lors d'ateliers thérapeutiques. Cette partie résume les rencontres antérieures à mon arrivée ainsi que celles vécues, en retracant les éléments essentiels à la compréhension de ce cas clinique.

2.1. Entretiens précédent mon arrivée

J'ai pu recueillir des informations sur les entretiens précédant mon arrivée dont je ferai un résumé. Durant les premières séances avec la psychologue, M. utilisait la pâte à modeler. Lors de la réalisation d'un bonhomme, il explique que son père est parti, qu'il l'a « laissé avec maman ». Il a également créé une maman-fantôme et un petit garçon en pâte à modeler et les fait se battre jusqu'à temps que la maman soit capturée par un serpent. A ce moment, il laisse s'échapper de sa bouche un « maman sous la douche » dont il ne souhaitera pas parler ensuite. Lors de la séance suivante, il réutilise de la pâte à modeler et construit un mur, une maman-fantôme qu'il présente comme un monstre avec des yeux et raconte une histoire : M. essaye de casser le mur de la psychologue, maman-fantôme essaye de se défaire du fantôme avec un piège, puis elle devient papa-fantôme qui est capturé par M. Papa-fantôme meurt, évènement qui fait sortir M. du jeu. Quand la psychologue le questionne et lui demande qui est mort, il dit que c'est papa parce qu'il est parti. Lors d'une autre séance, il refait de la pâte à modeler mais cette fois-ci, il décide de réaliser un chat (bibou, son chat décédé). Il fait également un masque de monstre où il y a un « joli petit chat derrière ».

Pour les séances suivantes, M. se détache de la pâte à modeler et passe des temps régressifs en se regardant et en jouant face à un miroir. Il imite beaucoup ma tutrice dans sa posture. Egalement, il viendra jouer en mimant de couper les doigts de ma tutrice avant de les « réparer » aussitôt. Une autre séance permettra d'aborder le sujet de l'amour en lui signifiant qu'il en existe différents types, même si M. ne semble pas en saisir les divergences. Il vient

souvent se rassurer dans le lien avec la psychologue en disant qu'il l'aime. Il parle également de son beau-père qui serait parti chez ses parents et que ça avait rendu « maman triste ». Suite à un entretien avec la mère de M., nous apprenons qu'ils se sont séparés. Lorsqu'ils en parlent en séance tous les deux, M. rebondit sur la déception et dit que c'est de la faute de maman sans en dire davantage.

Ce n'est que lors des prochaines séances que M. commencera à jouer à la chasse aux fantômes. Les rôles donnés par M. sont flous et la psychologue se retrouve tantôt comme le méchant, tantôt comme le gentil. Lorsqu'elle était le méchant, elle s'est fait tuer par M. à plusieurs reprises bien qu'elle soit un fantôme. Pendant ces jeux, M. se place en leader. Dans les premières séances, il se fait pourchasser et attraper à chaque fois. Il met en avant des affects de colère et mentionne de nombreuses fois la mort.

Le jeu a ensuite évolué. C'est maintenant M. qui chasse et poursuit les fantômes. Il parvient désormais à les attraper. En plus de mener le jeu, M. protège la psychologue. Mais à la fin de la séance c'est, d'après M., elle qui devient le fantôme et qui le poursuit. Il finit par l'attraper et elle meurt. Au retour des vacances, M. continue les parties de chasse aux fantômes. Tandis qu'il est le leader du jeu, la psychologue se met dans une posture de terreur, de peur. Il ramène alors sa peluche et dit que c'est elle qui le protège des fantômes la nuit. Elle chasse alors les fantômes et les empêche de leur faire du mal.

Enfin, lors des dernières séances avant mon arrivée, ils ont étudié des pictogrammes et ont parlé de comment étaient fait les enfants, mais il dit qu'il ne veut pas savoir. Un jour, il a ramené une photo de son chat décédé, bibou. Ils ont échangé sur la manière dont il est mort, M. a dit qu'il était vieux et qu'il est « parti au ciel » insistant sur l'idée que lorsqu'on meurt, on va au ciel.

2.2. Atelier thérapeutique conte et entretiens cliniques

C'est en décembre 2023 que je rencontre M. pour la première fois. Nous nous rencontrons lors de l'atelier conte, atelier animé par la psychologue et la psychomotricienne de l'établissement. Lors du récit formulé par la psychomotricienne, M. semblait d'abord discret, attentif, calme, mystérieux, effacé, presque à l'écart. Je ne le remarque pas tout de suite. Quand la seconde phase de l'atelier est arrivée, il a directement choisi de jouer l'un des deux personnages principaux du conte « La chèvre biscornue ». Il interprète le personnage éponyme qui s'introduit dans le terrier du lapin lors de son absence. Sur les illustrations, nous

voyons seulement deux yeux rouges au sein d'un terrier sombre, noir. S'ensuit un défilé d'animaux qui essaye de la déloger, sans résultat. Ce n'est que lorsque les abeilles arrivent que la chèvre décide finalement de sortir. Lors de son interprétation, il semblait très motivé, presque exalté à l'idée de jouer ce rôle, très investi. Je me souviens avoir relevé que M. poussait des petits rires démoniaques lors de ses répliques.

J'ai ensuite vu M. une première fois en entretien. Je suis malheureusement incapable de me souvenir de ce moment, et laisserai comme trace une simple feuille blanche, vide. Je me rappelle seulement que ma tutrice m'a introduite à M. en présentant les raisons de ma venue, elle lui a dit que j'étais là pour travailler et que tout ce qu'il dira au sein du bureau ne sera pas répété, comme s'ils étaient seulement tous les deux.

Lors du second atelier conte, nous faisons un tour de cercle afin de demander à chaque jeune comment il se sent. Quand il prend la parole, M. exprime une grande fatigue, il dit avoir mal dormi la nuit dernière et qu'il a fait un cauchemar dans lequel il y avait « des bêtes ». Il a eu beaucoup de mal à s'endormir après ça, il avait peur. Il était très fatigué ce jour-là et avait du mal à suivre l'histoire contée.

Pour le second entretien, M. la psychologue le questionne sur le cauchemar qu'il a fait quelques nuits auparavant. Il semblait songeur et dit avoir vu et entendu des mouches proches de son oreille, et que ça lui a fait très peur, qu'il y en avait partout dans sa chambre. Il a alors appelé sa maman afin qu'elle vienne les chasser. Il raconte ça de manière calme, presque détachée, donnant presque l'impression que ce qu'il dit est sans importance, n'a eu aucun impact. Il fait ensuite semblant de mourir, en penchant la tête sur le côté, en tirant la langue et en fermant les yeux. Quand il se « réveille » il regarde notre réaction et a un éclat de malice dans les yeux, le sourire aux lèvres. Il nous dit qu'il fait semblant de mourir, que c'est un jeu qu'il fait avec son éducatrice et sa mère. Face à lui, il y a une petite chaise avec un chat et un chien sur son dossier. Il se penche dessus et les regarde de plus près. Il s'attarde sur les appendices, prend soin de nous montrer l'endroit d'où ils font pipi. Il les regarde longuement, jusqu'au moment où la psychologue lui explique en quoi ils sont différents. Elle vient ensuite s'asseoir en face de lui, et M. tente de se rapprocher, d'être assez proche physiquement. Elle sort une feuille où sont représentés différents corps : un bébé, une petite fille, un petit garçon, une femme, et un homme. Elle demande à M. de se positionner vis-à-vis de ces bonhommes et il sait facilement montrer le petit garçon. Il est également capable d'expliquer ce qui les différencie et ajoute ensuite qu'il n'a pas trop hâte d'être adulte. Il continue en changeant de

sujet et parle du film animé « Migration » qu'il a récemment vu. Il nous dit que la scène où le poulet se fait couper est rigolote.

Le troisième atelier conte met en scène une nouvelle histoire. M. semble quelque peu dissipé lors de cette séance. Il mime de mourir plusieurs fois, et son attention est davantage portée sur nos réactions à cet acte plutôt que sur l'écoute attentive de l'histoire que la psychomotricienne lit.

Le troisième entretien à lieu dehors, nous partons faire la « chasse aux fantômes ». M. m'inclut beaucoup dans les jeux qu'il met en place. Nous marchons jusqu'à ce qu'il s'arrête devant un bâtiment. Nous voyons une sorte de sous-sol avec une entrée qui donne directement sur le chemin. Si nous nous approchons, nous pouvons voir dedans, mais il fait très sombre à l'intérieur. La psychologue lui demande s'il voit quelque chose ou quelqu'un. Il répond de manière inquiétante que oui, qu'il y a quelqu'un de grand, vêtu d'un long manteau noir, avec un nez pointu, des doigts crochus et un long chapeau. Le méchant lui rappelle celui de « Comme des bêtes 2 » qu'il a vu ce week-end. Il se volatilise ensuite en bas du chemin que nous avons emprunté, M. nous disait que nous devions être discrets pour pouvoir l'approcher. Nous nous sommes alors tous les trois mis sur la pointe des pieds, M. s'est mis devant nous, les bras tendus pour nous protéger, puis nous avons entendu un bruit et M. s'est stoppé. En effet, un groupe de jeunes de l'EMP arrivait en face, nous avons alors couru afin de nous cacher derrière un muret. Une fois qu'ils sont passés, nous sommes redescendus à pas de loup, et M. faisait des petits bruits avec sa bouche. L'air de rien, nous lui demandons s'il a lui aussi entendu les bruits, si c'était lui qui faisait ça et il nous a répondu qu'il avait entendu, que ce n'était pas lui, mais que c'était le monstre. Le jeu se finit avec la mort du méchant. Finalement, nous avons beaucoup couru pendant cette séance, nous avons même tenté de faire le tour de l'EMP pour surprendre le monstre. M. se montre très « vivant », vivace pendant ces séances de chasse au monstre alors qu'il est habituellement plutôt amorphe.

Pour le quatrième entretien, M. souhaite rester dans le bureau. Lorsque nous sommes rentrés dans la pièce, il a pris un chapeau de sorcière et des peluches qui étaient à disposition. Il voulait jouer aux fantômes. Il s'est alors dirigé vers l'interrupteur et l'air de rien, commençait à faire des jeux de lumière en éteignant et rallumant plusieurs fois. Il essayait de faire ça de manière discrète pour ne pas qu'on devine que c'était lui qui créait cette ambiance. Il nous a même dit « vous avez vu ? » de manière surprise, innocente. Après cela, M. dit qu'il est un fantôme, il met le chapeau de sorcière sur sa tête et commence à pousser des petits

rires. Avec ma tutrice, nous nous cachons pour que le fantôme ne nous attrape pas. Il finit par réussir à toucher ma tutrice qui devient alors le fantôme. Le rôle se transmet entre nous, et nous nous retrouvons tantôt fantôme dans une position de toute puissance, tantôt victime inquiète de ce qu'il pourrait faire. Le jeu dure au moins une vingtaine de minutes, jusqu'à ce que M., qui était à ce moment-là le fantôme, dit qu'il était en train de mourir. Petit à petit, il se couche par terre et mime un mort. Avec la psychologue, nous avons joué l'inquiétude, nous nous sommes approchées de lui et avons demandé ce que nous pouvions faire pour le sauver. Il a dit, avec un petit sourire, que seules les peluches (dont doudou bibou) pourraient lui permettre d'être sauvé. Nous avons donc rassemblé les peluches, et il est revenu à la vie, il est revenu d'entre les morts. Après ça, M. a vite fini le jeu en disant que le fantôme était mort.

Lors de la cinquième séance de l'atelier conte, nous découvrons une nouvelle histoire, celle de « Jack et le haricot magique ». M. est plutôt discret et attentif à cette séance. Il est, à un moment donné, embêté par un camarade qui vient lui agripper le genou. Il éprouve un mouvement de recul face à ce geste et n'hésite pas à dire qu'il n'est pas content. Le camarade en question vient ensuite s'excuser en faisant un bisou, mais M. vient passer la main à cet endroit pour dire que c'était sale.

Le cinquième entretien s'est déroulé juste après un essai de l'alarme incendie. M. insiste pour venir dans le bureau, il nous dit « J'ai envie de parler ». Nous nous installons et il commence par discuter de l'alarme incendie qui lui a fait très peur malgré la prévention. Quand il nous en parle, il a un comportement très infantile, tant dans la position qu'il prend que par ses comportements (il met notamment les doigts dans sa bouche, baragouine, tourne sa langue). Il ne comprend pas pourquoi nous avons fait un exercice qui leur faisait peur. Il a exprimé la sensation de ne pas avoir couru assez vite lorsque l'alarme s'est déclenchée. Nous voyons qu'il semble vraiment inquiet à l'idée qu'il y ait un incendie, tendu, nerveux, et un peu triste aussi. Il nous dit qu'il a joué à tuer une camarade pendant la récréation. Il y a une certaine forme de toute puissance dans son jeu, parce qu'il réussit à chaque fois. En fin de séance, il amène rapidement l'incendie dans le jeu et se met dans une position d'invincibilité quand la psychologue mime de jeter une bombe. En sortant de la salle, il entrouvre la porte et regarde de chaque côté avant de partir.

Lors du sixième atelier conte, M. est assez dissipé pendant la lecture de « Jack et le haricot magique ». Dans l'histoire, Jack coupe l'arbre du haricot magique pour ne pas que l'ogre descende dans son monde. Quand la psychologue lit le passage où la branche est coupée

et où l'ogre tombe, M. dit « et il est mort ». Ce n'est pas la première fois qu'il parle d'une fin aussi dramatique lors d'une histoire, il lui arrive souvent de couper les phrases et de dire « et il est mort ». S'ensuit un sourire malicieux et un petit rire. Lorsqu'ils ont dû mettre en scène l'histoire, M. a choisi de prendre le rôle de l'ogre. Dans une des scènes qu'il joue, l'ogresse, sa femme, rapporte un plat de viande quand il rentre à la maison que l'ogre doit humer en disant que ça sent bon. Dans sa représentation, M. ajoute que « hum, ça sent le petit chat », alors qu'il n'y a aucun chat dans l'histoire.

M. était très content de venir pour notre sixième entretien. Il souhaitait aller dehors et s'ensuit, une fois encore, une véritable chasse au monstre. Comme les fois précédentes, nous marchons sur la pointe des pieds, mais M. n'est plus devant pour nous protéger, il demande à ma tutrice de passer en première. Il nous dit de descendre en bas de la pente, et pointe un endroit en disant qu'il y a un cercueil vide duquel le méchant se serait échappé. Nous nous mettons alors à sa recherche, des avions passent dans le ciel à ce moment-là et font beaucoup de bruit. Nous fuyons pour nous cacher. M. dit que le méchant serait dans le cercueil et préparerait son attaque pour la semaine prochaine. A la fin de la séance, quand nous reparlons du cercueil, M. nie son existence.

Une nouvelle histoire, « Le chat botté », est proposée aux jeunes lors du septième atelier conte auquel je participe. A cette séance, M. semblait ailleurs, il avait une expression figée, les sourcils froncés et jouais beaucoup avec sa bouche (suction de langue par exemple).

Le septième entretien individuel est le dernier auquel j'ai participé et avec ma tutrice nous avons pris le temps de le lui signifier. Encore une fois, M. n'a eu aucun mal à venir, il a souhaité aller directement dehors pour partir chasser « le méchant » qui est toujours vêtu d'un long manteau noir. Il était très énergique, très actif dans la traque, à tel point qu'il parvenait à nous distancer. Nous faisons le tour du site, puis nous nous cachons derrière un petit muret. C'est à ce moment-là que M. nous dévoile que c'est en fait lui le méchant et qu'il commence à nous pourchasser, à nous tirer dessus avec un pistolet imaginaire. Quand il nous attrape, il mime de nous menotter. Il est arrivé qu'il nous fige en statue aussi. Quand nous tentons de l'arrêter, il arrive toujours à s'en sortir. Quand nous finissons par l'attraper, il nous dit que nous sommes les méchantes. Ma tutrice devient le méchant et nous pourchasse, alors nous partons tous les deux nous cacher avec M. Lorsque nous signifions que la séance va bientôt prendre fin, M. dit que le méchant est mort, comme volatilisé. Quand nous demandons à M. pourquoi le méchant est méchant, il ne sait pas répondre.

2.3. Autres échanges

Après avoir créé un transfert positif avec M. au fil des semaines, j'ai pu lui proposer de réaliser un dessin de famille¹ afin de me renseigner sur ses liens d'attachement, sur ses projections, sa réalité subjective. Le dessin « sera alors le reflet de ses affects relationnels avec son véritable milieu familial » (Vinay, 2020, p.91). Au vu de la situation familiale de M. et de l'entretien effectué avec sa mère avec qui il semble partager une relation fusionnelle, il me paraissait pertinent de questionner cette dimension. M. a accepté la réalisation de ce dessin et m'a tenu la main pour venir jusqu'au bureau. Après nous être installés côte-à-côte, et lui avoir demandé de réaliser le dessin d'une famille qu'il invente, M. commence à dessiner dans la bonne humeur. Il choisit de se représenter en premier en haut à gauche, puis de représenter son papa juste à sa droite, sa maman et finalement son nouveau chat, Milou. Ce qui m'a d'abord questionné c'est qu'il n'y a aucune séparation des générations, ni un quelconque indice graphique qui montre que les parents de M. sont séparés, ils sont d'ailleurs représentés côte-à-côte, presque main dans la main. Il semble mettre en avant une famille unie, tous les membres sont compactés sur un tout petit espace de la feuille, aucune séparation n'est montrée. Subjectivement, je trouve que les hommes sont un peu angoissants, ils ont de gros yeux blancs, un large sourire et sont représentés tout de noir. Avant que je ne lui pose quelques questions, M. choisit de rajouter des éléments graphiques au chat, comme des moustaches et une queue, ce qui fait de ce personnage le plus détaillé de la feuille. Lors de mes questions, M. dit que tous les personnages jouent ensemble, que le personnage le plus gentil, le plus heureux et celui qu'il préfère est Milou. A un moment donné il panique, il se rend compte qu'il n'a pas mis de cheveux à sa maman. Son visage se crispe alors et un sentiment d'urgence apparaît, il dit « oh ma pauvre maman » et lui dessine des cheveux.

Aussi et avec l'aide de ma tutrice, nous avons mis ensemble un projet photo en place au sein de l'établissement. Ce projet est à la base d'une initiative clinique sur l'identité et avait pour but de permettre aux jeunes en situation de handicap de se penser en tant que sujet différencié et individué. Ainsi, nous avons proposé à chaque enfant de l'établissement de choisir ce avec quoi ils souhaitaient être photographiés (que ce soit vestimentairement, avec un objet de leur choix, la personne de leur choix, un lieu particulier au sein de l'EMP). M. a choisi de venir avec sa peluche. Nous avons ainsi découvert qu'elle se prénommait doudou bibou, comme son ancien chat. Il a souhaité immortaliser ce moment avec cet objet particulier.

¹ Voir Annexe : Dessin de famille de M.

2.4. Entretiens avec la mère de M.

Deux entretiens ont eu lieu avec la mère de M. Je conterai ici rapidement le premier auquel je n'ai pu assister.

Le premier entretien fait suite à la séparation de madame et de son compagnon (qui n'est pas le père de M. mais son beau-père) qui intervient après quatre ans de relation. Monsieur aurait eu comme projet d'avoir un enfant, mais madame ne semblait pas partager son désir. Elle s'est finalement « conditionnée » pour être de nouveau mère et aurait donc accédé à sa demande. Après plusieurs fausses couches, elle s'inquiète et va consulter des spécialistes. Elle se décrit comme actrice dans la recherche alors que monsieur semble « ne rien faire ». Suite à des examens elle découvre son infertilité, ce qui laisse monsieur mutique. Madame essaye de chercher la raison d'un tel silence. Monsieur finit par lui dire que quelque chose ne va pas et lui parle premièrement de M. Il décrit l'impression d'avoir un « non-lien », un « manque de relation » avec lui du fait qu'il soit très proche de Madame. Il dit également avoir besoin de « normalité ». Madame tente alors d'arranger la situation entre M. et Monsieur qui reste fuyant. Plus tard, il dira que le problème vient de la non-conception d'un enfant. Madame doit faire face à plusieurs deuils : la fin de sa relation avec Monsieur et devenir une nouvelle fois mère. Elle se sent alors fautive, coupable des répercussions de la situation sur M. Elle nous parle de son fils et dit qu'il est triste, qu'il met la main de sa mère sur ses yeux pour pleurer, qu'il a beaucoup besoin d'être rassuré. Madame décrit une certaine pudeur, et une crainte de craquer devant son enfant. Elles évoquent alors, avec la psychologue, l'importance de sensibiliser M. sur ce qu'il se passe et de lui expliquer la séparation, de répondre à ses questions. Madame explique avoir eu une enfance qui s'est rapidement terminée et précise que ses parents « n'étaient pas fait pour être parents » .

Le second entretien intervient suite à la demande de la psychologue pour faire un point sur la situation de M. qui est présent. Ainsi, Madame nous présente le début de vie de ce dernier, elle parle d'une naissance compliquée, de sa première nourrice, du début de son parcours scolaire également. *En même temps que ce récit, j'observe le comportement de M. qui touche le ventre, les cheveux puis les bras de sa mère.* Madame parle ensuite de la séparation avec le papa de M. et nous dit « ça s'est fait petit à petit, son papa a mis 10 mois à déménager, on a pris le temps de lui expliquer, on faisait chambre à part. On a visité un appartement tous ensemble, on faisait les courses ensemble. » Elle décrit M. comme un petit garçon joyeux qui rigole tout le temps. *Elle lui touche les joues à ce moment-là.* Elle dit qu'il

était calme, qu'il jouait seul, qu'elle le mettait dans son parc et qu'elle lisait à côté. Il ne dormait pas bien avant mais ça s'est amélioré. « *Hein tu dors bien maintenant* ». Elle nous parle d'un cauchemar que M. a fait il y a deux nuits. Elle dit qu'il a entendu une mouche dans son oreille et que, vu qu'elle était très fatiguée, il est venu dormir avec elle. Madame nous explique que M. a peur des mouches depuis qu'il s'est fait piquer, elle dit que « c'est devenu une phobie », « *à faire devenir folle maman hein* ». *Il subsistait un petit espace de quelques centimètres entre les chaises de M. et sa mère. Elle lui demande à ce moment-là « Tu veux que je me rapproche ? ».* M. ne répond pas mais sa mère vient coller les chaises de manière à ce qu'il n'y ait plus aucun espace entre eux deux. Ils se regardent longuement, collent leurs têtes l'une à l'autre, M. sent les cheveux de sa mère, les touche pendant qu'elle met une main derrière son dos, qu'elle lui touche le visage. Elle nous dit qu'il faut quand même « le gérer », que c'est « un petit homme ». La psychologue prévient M. que nous allons parler de certaines choses, ce qui est assez compliqué pour lui, il a un peu peur. Sa mère lui dit « Tu peux te rapprocher si tu veux », ce à quoi il répond « non ». La psychologue dit alors qu'il a un jeu très riche qui lui permet de travailler ce qui lui fait peur, mais qu'il a aussi beaucoup de réponses défensives (« je ne sais pas ») et des comportements plus infantiles (comme des babillages, ou le fait qu'il se renferme). Elle dit qu'il aborde énormément le thème de la mort. *La mère de M. lève les yeux au ciel.* « Oui, c'est plus qu'avant ». La psychologue explique qu'au début M. disait même que son père était décédé. En soi, le départ est aussi une perte, un deuil qui s'accompagne. Nous parlons ensuite de l'ancien chat, Bibou. Madame dit « ce qui est pénible c'est que, dans les dessins animés, il y a des personnages qui meurent et qui reviennent à la vie après ». *A ce moment-là, M. soulève légèrement le tee-shirt de sa mère.* La psychologue dit que c'est bien qu'il ait accès au symbolique et qu'il parle de ce qu'il ressent. Elle aborde ensuite un autre sujet qui est celui des liens et dit qu'en se détachant un peu plus, M. pourra davantage prendre confiance en lui. *Madame ne réagit pas tout de suite, et elle et M. se regardent. Il joue avec un trou de la poche de la veste de sa mère et lui emprisonne le doigt dedans.* La mère lui dit « ah je suis prisonnière ». Peu de temps après elle enchaîne en disant « Je suis fière de toi, tu aimes bien quand je suis fière de toi ». Ma tutrice aborde ensuite le thème de l'amour et de la sexualité, ce qui semble gêner M. qui fait beaucoup de bruit à ce moment-là et qui dénie avoir une amoureuse. L'ancien compagnon de Madame est mentionné dans le discours de M. Pour poursuivre, ma tutrice demande s'il y a eu des événements particuliers concernant la mort. Madame dit qu'il « n'y a eu que Bibou ». Et elle rajoute « ah si, l'autre mort c'est la fausse couche que j'ai faite à 3 mois de grossesse, M. l'a deviné très rapidement ». Elle dit que M. n'avait pas conscience des essais pour avoir un

nouvel enfant. *En observant M. je vois qu'il a le regard fuyant et lorsque sa mère parle de sa fausse couche il dit « le bébé, le bébé ». Madame parle de cet événement sans montrer d'affects particuliers.* Madame dit ensuite que M. est plus proche d'elle que de son père qui a mal vécu le diagnostic. Elle dit que « ça a toujours été maman », « tu pourrais dire oui c'est vrai, j'ai la meilleure maman du monde ». *Pendant qu'elle dit ça, leurs visages sont collés. M. touche le tee-shirt de Madame au niveau de la poitrine mais elle ne dit rien.* Madame ajoute qu'elle est très protectrice.

3. Relation transféro-contre-transférentielle et points d'étonnements

Comme expliqué précédemment, je n'ai pas tout de suite rencontré la singularité de M. C'est un enfant qui reste assez en retrait lorsqu'il se retrouve en groupe, il est discret, et semble tenter de ne pas trop se faire remarquer. Au fil des séances, je sens que M. commence à m'investir, contrairement à d'autres enfants, il m'inclut tout le temps dans son jeu lors des entretiens, il cherche mon regard pour se rassurer de certaines situations (e.g. comme quand il fait semblant de mourir et qu'il cherche à observer nos réactions), il me donne la main pour aller en séance et vient même me parler lors des temps informels.

Habituellement, et au vu de son mode de fonctionnement, il semble que M. est un enfant qui se sent plus à l'aise et qui privilégie les relations de dualité (surtout avec sa mère). Le fait qu'il m'intègre si bien lors des séances, qu'il développe un transfert positif à mon égard, de manière égale à la psychologue, m'a profondément touché. Aussi, lors d'un temps informel, la directrice de l'établissement a montré un désinvestissement vis-à-vis de M. et a même questionné sa place au sein de l'institution. Elle a exprimé clairement ses préférences en disant qu'elle ne « l'aimait pas ». Ce désinvestissement de sa part a provoqué un plus grand mouvement d'investissement de la mienne. Peut-être qu'inconsciemment, je tentais de combler le vide laissé par le désinvestissement de cette directrice parce que sinon j'avais le sentiment de le laisser « seul ».

Je me sentais souvent impuissante et peinée face au jeu proposé par M. Je trouvais compliqué de concevoir que le registre de la mort était si présent chez un si jeune enfant. Pour autant, ce dernier ne nous mettait pas à l'écart lorsqu'il exprimait ses angoisses mais nous laissait les ressentir avec lui.

La situation clinique de M., les angoisses dont il semble nous faire part et le caractère spécifique de son jeu a suscité chez moi de nombreuses interrogations. Pourquoi répète-t-il le même jeu à chaque séance ? À quoi sert cette répétition ? Que met-il vraiment au travail, en scène dans ce jeu du fantôme ? Quelles angoisses éprouve-t-il ? Pourquoi joue-t-il à chasser les fantômes, les monstres et les méchants ? Pourquoi le fait-il en notre présence ? Quelle fonction a pour lui le jeu ? Est-ce que son jeu évolue et que signifie cette évolution si elle existe ? Toutes ces questions m'ont amené à me demander :

En quoi la médiation du jeu est-elle une voie d'expression et de symbolisation des angoisses de M. ?

Synthèse : Ce travail se concentre sur M., un garçon de 12 ans rencontré lors de mon stage dans un externat médico-pédagogique. Son histoire est marquée par de nombreux événements et notamment une naissance difficile, son diagnostic, la séparation de ses parents et la mort de son chat. C'est un jeune qui semble discret, presque en retrait lorsqu'il est en groupe. À travers les divers ateliers thérapeutiques et entretiens cliniques où je l'ai rencontré, j'ai pu observer un jeu symbolique fort, où M. semble déposer et jouer ses angoisses. Nous pouvons observer une récurrence du thème de la mort qu'il met en scène à travers des jeux de chasse aux fantômes. Le dessin de famille de M. et son choix d'objet pour un projet photo mettent en lumière ses liens d'attachement, surtout avec sa mère et son chat décédé. Les échanges avec sa mère lors d'un entretien soulignent une relation qui semble symbiotique. Alors qu'il est plutôt réservé et qu'il semble préférer les interactions en dyade, M. s'ouvre progressivement lors des séances en m'incluant activement dans ses jeux.

Quatrième partie - Analyse théorico-clinique et discussion

Cette partie vise à mettre en avant des pistes de compréhension du cas clinique de M. tout en s'appuyant sur les éléments théoriques mis en avant dans la première partie. Cette exploration est personnelle et n'aborde de ce fait, pas tous les angles de vue possible, mais tente de discerner les principales problématiques amenées par M.

1. Enfance et relation avec sa mère

Avant toute chose, nous commencerons par explorer le contexte environnemental dans lequel M. a grandi. Ce dernier permettra de nous renseigner sur les conflits internes qu'il tente de mettre au travail dans le jeu.

1.1. Début de vie traumatique

M. semble avoir vécu une enfance ponctuée de traumatismes. En effet, lors d'un entretien, sa mère nous fait part d'une naissance compliquée, où M. n'aurait pas réagi tout de suite et où il avait le cordon ombilical autour du cou. La naissance marque une première séparation pour le bébé qui se voit expulsé de sa première niche sensorielle. Otto Rank (1924/2019) parle de « traumatisme de la naissance » comme une source première d'angoisse. La naissance de M. semble d'autant plus angoissante qu'elle ne se passe pas dans les meilleures conditions, sa non-réaction amenant la peur qu'il soit mort.

Nous apprenons ensuite qu'il a été confronté à un accident qui « aurait pu lui coûter la vie » chez sa nourrice, sans que nous n'ayons pu recueillir plus d'informations à ce sujet. À l'aube de ses trois ans, nous lui diagnostiquons un handicap, ce qui le place dans une situation de plus grande dépendance et d'altérité vis-à-vis de sa famille. Quelques années après cette annonce, les parents de M. se séparent mais restent vivre ensemble pendant presque un an. Mais alors comment comprendre, se représenter la séparation si elle n'est pas vraiment marquée, expliquée, si elle ne semble pas en être une ? Comment symboliser une telle expérience si elle ne semble pas exister ? Dans son dessin², nous pouvons observer que les personnages sont compactés en haut de la feuille. Ils se touchent tous, aucune séparation n'est marquée alors même que ses parents ne sont plus ensemble. Ils semblent unis, rien ne peut vraiment les différencier si ce n'est les commentaires que M. fait à côté.

² Voir Annexe : Dessin de famille de M.

M. semble, dans son enfance, également avoir été confronté à plusieurs pertes. Celle d'un de ses camarades, celle de son chat, Bibou, qui est encore très présent dans son discours et celle d'un(e) possible futur(e) frère/soeur (en référence à la fausse couche de sa mère). Il semble donc avoir grandi dans un contexte angoissant, marqué par diverses ruptures et différentes pertes.

1.2. La mère de M. et leur relation

La mère de M. a elle aussi dû faire face à une multitude de deuils à savoir celui de l'enfant fantasmé, de l'enfant parfait qu'elle avait imaginé et de la réalité à laquelle elle a été confrontée. L'annonce du handicap de M. a possiblement provoqué une « déception originale » décrite par Ciccone (2016) qui a blessé narcissiquement ses parents dans leur fantasme d'immortalité. Winnicott exprime avoir reçu dans ce contexte des « parents déçus parce que leur enfant n'est pas aussi gratifiant qu'un enfant normal, des parents qui, contrairement à toute logique, se sentent coupables » (2013, p. 287). Des sentiments de honte et de culpabilité peuvent émerger, où le parent se sent fautif d'avoir mis au monde un enfant en situation de handicap. L'altérité de l'enfant provoque une rupture, une désillusion qui va rendre l'autre étranger, différent. Nous pouvons supposer que cette rupture précoce, cette séparation psychique brutale de M. avec ses parents a favorisé la mise en place d'une relation symbiotique secondaire défensive avec sa mère, tel que le nomme Ciccone et Ferrant (2012).

De ce sentiment de culpabilité, de cette relation symbiotique naît le fantasme de réintroduire l'enfant dans le ventre maternel (Roussillon, 2018, p.247) afin de réparer son altérité. Nous pouvons supposer que ce fantasme prend forme dans le jeu d'interpénétration des regards de M. et de sa mère, de leur proximité lors de l'entretien, comme s'ils n'étaient qu'une seule personne. Comme nous avons pu le voir, ils semblent très proches physiquement. Lors de l'entretien, ils paraissaient avoir besoin de se toucher, d'être en contact, tant la mère que l'enfant. M. ne cessait de jouer avec ses cheveux, son bras, son ventre et touchait même sa poitrine quelques fois. Quant à elle, elle caressait souvent le visage de M., lui tenait la main, passait son bras au-dessus de lui. Le moindre espace entre eux semblait être dérangeant, à tel point que Madame est venue coller sa chaise à celle de son fils. Contre-transférentiallement, dans ma position de tiers, j'avais un sentiment de gêne avec l'impression d'être « de trop », de ne pas avoir ma place. Ils passaient de longs moments silencieux à se regarder, se toucher l'un l'autre.

Cette relation de dualité entre M. et sa mère est d'ailleurs marquée à travers le discours de Madame qui dit que « ça a toujours été maman » (sous entendu jamais papa). Le père semble ne pas avoir sa place au sein de cette relation et n'avoir peut être jamais cherché à occuper cette position de tiers. Il est dit qu'il a mal vécu le handicap de son fils. De plus, lorsque Madame nous parle de son ancien compagnon, elle exprime que celui-ci en voulait à M. de ne pas l'investir, il parlait de non-lien, d'un manque de relation du fait d'un trop grand investissement envers sa mère. Il ne trouvait pas sa place.

De même, lorsque la psychologue posait des questions, c'était souvent la mère qui répondait pour M. Elle semblait éprouver le besoin d'être narcissisée par son fils en lui disant par exemple : « tu pourrais dire que je suis la meilleure maman du monde », « ça a toujours été maman hein », « tu aimes quand je suis fière de toi ». Racamier (1995/2010) décrit les cas de séduction narcissique pathologique dans les relations tardives de dualité absolue. L'enfant qui va être objectalisé par le parent va devoir venir combler ses failles, ses carences, il va venir le narcissiser. L'enfant à alors une position de toute-puissance puisque l'identité du parent dépend de lui. Caillot et Decherf disent « Vivre ensemble nous tue, nous séparer est mortel » (1982). Nous pouvons supposer que Madame, à travers la recherche d'approbation de M., attend d'être narcissisée, d'être réparée de sa culpabilité vis à vis du handicap de M.

De cette séduction narcissique pathologique résulte l'impossibilité pour M. de libérer, d'exprimer ses pulsions sexuelles qui n'ont pas la place de s'exprimer. Il existe parfois des débordements dans le discours de M. comme lorsqu'il dit « maman sous la douche », parole qu'il n'a pas pu contrôler.

Ainsi, la mère de M. semble être trop « bonne » (Winnicott, 1953/2006) dans le sens où elle parle pour lui, avant lui, répond à ses besoins trop tôt, avant même qu'ils ne soient formulés. Dans cette optique, M. ne pourrait faire l'expérience de la frustration, ce qui impacte considérablement son développement surmoïque à travers son principe de réalité. De ce fait, nous pouvons supposer que l'autoedipe (Racamier, 1995/2010) n'a pas été entièrement résolu et donc que M. n'aurait pas eu recours à ce « deuil originaire » et à l'introjection de cet interdit d'unisson absolu, de fusion. Ils maintiennent donc un état symbiotique, un état de non-séparation dans lequel le processus d'individuation et de séparation semble compromis ce qui priverait ainsi M. d'une identité propre, d'un Moi différencié. Cependant, il semble, à

travers le jeu, tendre à se différencier et à tenter de se séparer de sa mère malgré son angoisse de morcellement, de séparation.

2. Le jeu comme tentative de symbolisation

2.1. Le cadre de l'entretien

Klein dans son débat l'opposant à Anna Freud (1927), pensait que le jeu était un équivalent de l'association libre chez l'adulte et qu'il avait, de ce fait, une fonction symbolique. Lorsqu'un enfant joue, il vient mettre en jeu ses fantasmes, son monde imaginaire. Nous pouvons voir que M. semble parvenir à mettre en scène ses angoisses, ses questionnements les plus profonds lors de nos séances. L'angoisse a besoin de se figurer pour se représenter. Nous savons que, pour que le jeu existe, l'environnement, l' « aire transitionnelle » (Winnicott, 1971), cet espace d'entre deux entre le moi et l'autre, doit être suffisamment contenant, rassurant afin de tenter de permettre une élaboration, une tentative de symbolisation, de mise en sens des expériences subjectives et intersubjectives auxquelles l'enfant est confronté. Ainsi, le jeu, aire de toute puissance, aurait ses propres en-jeux, il permettrait de lier l'excitation psychique à une forme de représentation (Freud dans Anzieu *et al.*, 2021) et, comme nous l'avons déjà dit précédemment, d' « apprivoiser les situations vécues difficiles ou énigmatiques, en les explorant et en leur faisant subir une suite de transformations dont l'objectif central est de les symboliser » (Brun & Roussillon, 2021, p. 2). Le jeu permet donc l'élaboration, la symbolisation, la réparation des vécus subjectifs et intersubjectifs qui, jusque-là, n'avaient pas pris suffisamment sens.

Le cadre de la séance lui offre un espace contenant où il existe un lien thérapeutique positif, une relation de confiance et où il sait que ce qu'il dit restera secret. C'est un temps où il peut décharger ses pulsions et où nous interagissons avec lui comme un miroir dans lequel il peut jauger nos émotions et qui peut lui permettre de voir comment nous faisons face aux situations. Nous pouvons supposer que M. a renvoyé à sa mère l'image d'un miroir brisé (du fait de son altérité) et qu'elle lui a renvoyé « non seulement l'image de lui-même, mais ce qu'il lui fait. [...] L'enfant handicapé lit dans le regard de sa mère la blessure qu'il lui a infligée. Ainsi, dès ses premiers contacts avec le monde, un enfant atteint d'une anomalie rencontre un regard qui lui signifie son étrangeté. La première image de lui-même qu'il perçoit est doublement révélatrice : de sa propre anormalité, et du choc que cette anormalité provoque chez ses parents. » (Korff-Sausse, 2008, p. 106). Winnicott explique que

l'expérience du miroir est à la base du sentiment de continuité d'existence. Mais si ce miroir est brisé, quelles sont les conséquences sur ce sentiment ? Le cadre de la séance amène à M. un nouveau mouvement de réflexivité qui se veut objectif, non-jugeant et où la blessure narcissique que ressent la mère n'est pas présente.

De même, la séance permet d'offrir, de prêter à M. notre appareil à penser les pensées décrit par Bion (1962). Nous venons alors détoxifier les éléments bêta qu'il met en scène (ses angoisses, ses fantasmes, etc.) en tentant de les transformer en quelque chose de plus acceptable, de symbolisable.

Enfin, le jeu avec nous lui permet d'expérimenter la relation à trois. M. lorsqu'il n'est pas avec sa mère semble laisser la place à un tiers. En effet, lors des différentes séances, il ne me laisse pas à l'écart et m'inclut toujours entièrement dans son jeu.

Ainsi, nous pouvons penser que M. cherche à voir nos réactions, à avoir un retour sur les sentiments que telle situation convoque. Par exemple, lorsqu'il fait semblant de mourir, il cherche à provoquer quelque chose chez l'autre, jusqu'à presque le rendre fou (« à en rendre folle maman hein »). Il y a quelque chose de sadique dans cette mise en scène, il attend de voir comment l'autre va réagir, ce que son action va provoquer (Va-t-elle détruire l'objet ? Est ce que l'objet va survivre ?). Nous pouvons supposer qu'il tente de mettre en place des mouvements d'ambivalence, qu'il tente de tester l'objet par une tentative de destructivité à son égard (attaque/réparation).

2.2. La répétition du jeu des fantômes

Nous observons à travers les nombreux entretiens que le thème principal que M. aborde dans ses jeux est celui de la mort, de la morbidité. Nous pouvons supposer que l'angoisse de mort dont il nous fait part est intriquée avec l'angoisse de séparation, les deux étant confondues (se séparer c'est partir et partir - au ciel - c'est mourir). Avant mon arrivée, M. disait à tout le monde que son père était mort. Nous avons plus tard appris qu'il n'était pas mort mais qu'il s'était séparé de sa mère. Comme évoqué plus haut, il paraît difficile de penser, de symboliser le fait de se séparer (e.g. lorsque ses parents se sont séparés, ils sont restés ensemble). De même, la mort lui est expliquée par ses parents, non comme un décès, mais comme quelqu'un qui est « parti au ciel ». Son angoisse de séparation se manifeste par des questionnements sur la mort qui surviennent régulièrement dans ses jeux.

Le fantôme qu'il met en jeu est une représentation flottante, une figure spectrale imposante et désincarnée, une figure d'entre deux (entre la vie et la mort), qui rend présent quelque chose qui n'existe pas. C'est une vivance où ça devrait être mort, une présence où il devrait y avoir une absence. « Les absents sont présents. Les morts sont vivants. » (Diaz, cité par Association européenne, Abraham, Torok et Zé Té Dessine, 2023, p. 23). Le méchant qu'il chasse est décrit par M. comme ayant un nez et des doigts crochus, un chapeau pointu, et un long manteau noir. Cette description me fait penser à la faucheuse, figure de la mort qui rôde. Le tabou de l'antœdipe (Racamier, 1995/2010) résulte en la différenciation entre mort et vivant, entre les générations et en l'édification du Moi. Comme il ne semble pas totalement intérieurisé (du fait de la non-séparation avec la mère), il est probable que M. ne parvienne pas à différencier ce qui est réel de ce qui ne l'est pas.

Comme dans le dessin animé scooby-doo - qu'il affectionne particulièrement - il tente de résoudre une enquête, non celle de démasquer le méchant mais celle de la quête de sens. Dans tous les épisodes les personnages sont à la recherche continue d'indices et finissent par assembler les pièces du puzzle afin de parvenir à démasquer l'identité du méchant. Nous pouvons supposer que M. par la répétition de son jeu, de sa chasse, tente de symboliser ses angoisses de séparation et de mort. Il répète afin de maîtriser, de contrôler, de trouver une finalité plaisante, une finalité unifiée.

La figure fantomatique peut aussi être entendue du côté de la transmission, de la crypte (Abraham et Torok, 1976/1987). La fausse couche de sa mère, la perte de ce bébé, attaque M., il le ressent. D'ailleurs, après avoir fini la réalisation de son dessin³, M. a éprouvé un mouvement de panique, il avait oublié de dessiner les cheveux de sa mère. Il les a alors rajoutés, mais cette absence semble montrer que sa mère présente quelque chose de manquant (peut-être ce bébé ?). Lorsque la mère a évoqué sa fausse couche lors de l'entretien, M. semblait paniqué, et répétait en boucle « le bébé, le bébé ». Madame, elle, semblait dénier cet événement ne laissant paraître aucune émotion si ce n'est de l'indifférence. Elle a même failli oublier de le mentionner. Cet événement, qui semble indicible pour la mère, a été transmis à M. sous une forme brute non-symbolisée. Ainsi, il pourrait tenter de mettre en jeu le fantôme, souvenir de cet enfant perdu, qui serait une tentative pour M. de tenter de symboliser cette perte par le biais de la répétition.

³ Voir Annexe : Dessin de famille de M.

Une autre hypothèse serait que M., à travers son jeu, tente de se différencier, de se détacher de sa mère. Dans son jeu et avant mon arrivée, il était d'abord poursuivi, persécuté par le fantôme. Il courait pour tenter de se distancer de l'objet, l'autre était vécu comme une menace. Désormais, il devient persécuteur, c'est lui qui chasse le fantôme, qui le combat. Nous pouvons le voir sous différents angles à savoir une évolution, où M. chasse la figure persécutrice pour qu'elle disparaisse ou une régression dans le sens où M. a un mouvement d'aller vers (en devenant persécuteur), il se rapproche de l'objet plutôt que de s'en éloigner.

2.3. Un vécu de persécution

Comme décrit dans la partie précédente, M. est en proie à des angoisses de persécution. Il faut noter que le monstre vient jusque dans son lit la nuit. Partout où il va, il le suit. Doudou Bibou, sa peluche qui porte le nom de son défunt chat, est présenté comme un véritable objet transitionnel (Winnicott) qui vient le rassurer, le défendre face à ses angoisses. Le rôle de l'objet transitionnel « est l'apaisement, la défense contre l'angoisse, c'est toujours un objet satisfaisant. Il est utile au moment de passer de l'état de veille au sommeil. Il est nécessaire dans les moments de solitude ou de séparation, lorsque surgit une menace de désintégration, lorsque le sentiment d'unité du moi est en danger. » (Lefèvre, 2011, pp. 83-84)

M. doit aussi faire face à des cauchemars qui sont contaminés par une dimension morbide. Jusqu'à il n'y a pas si longtemps, M. était atteint d'énurésie. « Les principales émotions exprimées par l'énurésie sont l'amour, la haine et la réparation ainsi que le désir de se débarrasser de ce qui est ressenti comme mauvais. L'énurésie peut être liée à des fantasmes de persécution inconscients et représenter une tentative visant à évacuer ce qui est mauvais. » (Winnicott, 2013, p. 266). Lors d'une séance il nous raconte un des cauchemars qu'il a fait en disant qu'il avait entendu des mouches et qu'elles venaient dans son oreille. Il semble donc victime d'un vécu d'intrusion où les mouches pénètrent ses oreilles, où les fantômes et les monstres sont insaisissables et apparaissent à n'importe quel moment.

Nous pouvons penser qu'il existe chez M. un conflit, un mode de fonctionnement psychotique. En effet, il semble avoir mis en place plusieurs défenses face à son sentiment, son angoisse de persécution comme le clivage qui est très présent dans son mode d'être, dans son jeu et dans ses relations. Klein (1946/2009) décrit la position schizo-paranoïde et explique qu'il va exister un clivage marquant l'objet comme « bon » ou comme « mauvais ». A travers l'exploration des divers entretiens, j'ai pu relever différents clivages mis en place par M. Lors

de nos séances de chasse aux fantômes, de chasse aux méchants, la psychologue et moi sommes d'abord gentilles, persécutées par le même méchant que M. puis nous devons, à tour de rôle, le mauvais objet persécuteur. Ce changement de rôle incessant vient également marquer une confusion dans nos identités, les places sont confondues, nous ne pouvons plus discerner qui est qui, certains meurent et d'autres ressuscitent. Par ce véritable mouvement d'ambivalence, nous pouvons penser qu'il tente d'élaborer le fait que l'objet peut être à la fois bon et mauvais.

Aussi, les lieux, les espaces semblent clivés. Alors qu'il est habituellement amorphe dans sa salle du fait de son faible tonus musculaire, il se retrouve comme très énergique lors de nos séances. Nous pouvons penser que, dans ces moments, se délivre une véritable pulsion de vie (Freud, 1920/2013), il se met en mouvement et cours. Ainsi, il est possible que l'environnement contenant qu'offre le cadre de l'entretien permette à M. de mettre au travail et en scène ses angoisses de mort et de séparation, afin qu'il tente de les symboliser. Le débordement d'excitation que provoquent ses jeux l'amène à libérer de l'énergie qu'il décharge physiquement.

Les jeux de M. finissent toujours en catastrophe. Cela semble montrer un mode de fonctionnement archaïque qui appartient au registre de la psychose : à la fin soit l'objet est dévoré, incorporé, absorbé (du côté de l'oralité), soit il meurt et disparaît. Cependant, il semble exister un mouvement ambivalent dans le sens où la mort n'est jamais définitive. M. exerce toujours un mouvement de réparation par la suite (« le méchant élaboré déjà son plan pour la semaine prochaine »). De même, lorsqu'il meurt au cours d'une séance, il revient à la vie grâce à doudou bibou qui le sauve. Lors d'un temps informel, il est venu me couper la main avant de me la recoudre. Nous pouvons supposer qu'il tente d'élaborer quelque chose autour de cette pulsion d'agressivité qu'il finit toujours par réparer. Klein parle de « fantasme de réparation ».

Lors du jeu, il semble avoir recours à des mouvements régressifs, surtout du côté de la stimulation orale. Il tourne sa langue dans sa bouche, la suçote, met ses doigts dans sa bouche. Lors des séances contes, il reste globalement à l'écart, se replie et peut passer du temps à regarder le sol, le regard vide et à jouer avec sa bouche. Deux hypothèses peuvent se dégager. La succion peut venir signifier un mouvement de réassurance, parce que ce mouvement

renvoie au sein maternel où une tentative d'intégration du sevrage qui n'a pas encore été symbolisé et qui tente de l'être.

Nous pouvons finalement supposer que M. montre dans son jeu une pluralité de défenses propre à la position schizo paranoïde (comme le clivage) mais qu'il a des fonctionnements qui tendent à aller vers une position dépressive (tels que l'ambivalence, attaquer/réparer) qui vise à se différencier, s'individualiser.

Enfin, lors de la dernière séance, ma tutrice a signifié à M. mon départ. Lors de cette séance, son jeu change : il ne chasse plus le méchant mais nous chasse nous, il nous menotte, nous tire dessus et nous transforme en statue. Nous pourrions comprendre cela comme une tentative de nous maintenir auprès de lui. Mon départ marque une séparation, processus qui ne semble pas encore totalement symbolisé.

Synthèse : Cette partie d'analyse théorico-clinique du cas de M. met en évidence plusieurs hypothèses clés. M. semble d'abord grandir dans un environnement angoissant, et avoir vécu une enfance marquée par de nombreux traumatismes et pertes. Son handicap vient renforcer une relation symbiotique avec sa mère, relation exposée lors d'un entretien. Madame semble éprouver le besoin d'être réparée narcissiquement par son fils. Cette relation empêche M. de se différencier, de s'individualiser d'exprimer ses pulsions sexuelles, et impacte son développement surmoïque à travers son principe de réalité. Le cadre contenant offert par la psychologue permet à M. de jouer ses angoisses afin de tenter de les symboliser mais aussi de décharger ses pulsions, de tenter de lier la trop grande quantité d'excitation qu'elles provoquent et d'expérimenter une relation à trois. Dans ses jeux, M. tente de symboliser ses angoisses de mort et de séparation (qui sont intriquées), utilisant des figures fantomatiques et des mises en scène de persécution pour exprimer des conflits internes. Les répétitions de ces jeux semblent être des tentatives de maîtrise, de contrôle et de symbolisation de ce qui n'a pas pu être mis en sens. M. a su mettre en place de nombreuses défenses telles que le clivage qui relève plutôt de la position schizo-paranoïde. Cependant, nous voyons que son fonctionnement tend à aller vers une position plus dépressive où l'ambivalence et l'attaque-réparation commencent à se mettre en place.

Conclusion

Ce véritable travail d'élaboration et de mise en sens de la situation de M. a permis le développement d'une étude de recherche réflexive qui vise à appréhender les problématiques subjectives et intersubjectives qu'il amène dans le jeu. Les différentes rencontres avec M. m'ont permis de recueillir diverses observations et de me questionner sur sa situation. En effet, je n'ai pas « rencontré » M. tout de suite, mais lorsque je l'ai « vu » j'ai su que je souhaitais travailler son cas et tenter de comprendre le sens de ce qu'il nous laissait voir. Son rapport étroit avec le thème de la mort, qu'il a amené à chacune de nos séances, a attiré mon attention et mon envie d'y mettre du sens. Le fait qu'il m'ait investi, qu'il m'ait tendu la main et inclut dans ses jeux m'a touché car il signifiait par cet acte que j'étais, pour lui, une personne de confiance. Cela a permis la création d'un transfert positif entre nous, ce qui l'a aidé à expérimenter une relation à trois et non plus seulement duelle.

Ce travail universitaire est réduit à ma perspective singulière qui se veut la plus objective possible, ainsi qu'au nombre de pages restreintes qui me permettent d'explorer partiellement la situation de M. Je n'ai pas pu aborder tous les éléments que j'aurais souhaité définir, du fait de la multitude d'approches de ce cas qu'il peut exister.

Il y aurait très certainement eu d'autres éléments à questionner comme l'absence de son père et ses conséquences, et à explorer, à approfondir comme la fausse couche de Madame. Il aurait également été intéressant et pertinent d'aborder la clinique du vide tant elle paraît présente. C'est ce qu'il a d'abord convoqué chez moi, c'est ce qu'il m'a renvoyé. En effet, la première séance avec lui se résume à une page blanche sur mon cahier. D'autres événements, comme le fait qu'il ouvre un cercueil vide lors d'une séance auraient mérité un approfondissement. Enfin, son chat, Bibou, semble avoir occupé pour lui, une fonction particulière. Il aurait été intéressant de savoir la fonction qu'il avait, ce qu'il représentait pour M. et ce que son décès a provoqué chez lui.

Nous avons quand même réussi à explorer une pluralité de données et avons pu démontrer l'importance du jeu de M. pour l'expression et la symbolisation des angoisses qu'il semble présenter. Le jeu serait une tentative de symbolisation d'événements qui n'ont, jusqu'à présent, pas pu être mis en sens. Il rejourait ainsi ses angoisses les plus profondes afin d'essayer de les maîtriser, de les comprendre.

Bibliographie

- Abraham, N., & Torok, M. (1978). *L'écorce et le noyau*. Paris : Flammarion. (Rééd. 1987).
- Anzieu, A., Anzieu-Premmereur, C. & Daymas, S. (2000). *Le jeu en psychothérapie de l'enfant*. Paris : Dunod. (Rééd 2021).
- Association européenne, Abraham, N., Torok, M. & Zè Té Dessine. (2023). *Dessine moi... un fantôme : Traces et travail du fantôme*. Nîmes : Champ social Eds Du.
<https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/chaso.aztd.2023.01>
- Bion, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris : Presses Universitaires de France. (Rééd 2003).
- Biyo, A., Castillo, M. & Koenig, M. (2021). Chapitre 1. La méthode qualitative et ses enjeux. In A. Biyo, M. Castillo & M. Koenig (Eds.), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (pp. 21-33). Paris : Dunod.
<https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/dunod.casti.2021.01.0021>
- Boutinaud, J. (2017). Chapitre 3. Approche psychopathologique. In J. Boutinaud, *Les troubles psychotiques chez l'enfant* (pp. 115-150). Paris : Armand Colin.
- Brun, A. & Roussillon, R. (2021). *Jeu et médiations thérapeutiques : Évaluer et construire les dispositifs de soin psychique*. Paris : Dunod.
- Caillot, J., & Decherf, G. (1982). *Thérapie familiale psychanalytique et paradoxalement*. Paris : Clancier-Guénaud.
- Carlier, M. & Ayoun, C. (2007). Chapitre 6. Les anomalies du nombre de chromosomes. L'exemple de la trisomie 21. In M. Carlier & C. Ayoun (Eds.), *Déficiences intellectuelles et intégration sociale* (pp. 133-166). Wavre : Mardaga.
- Ciccone, A. & Ferrant, A. (2012). Emboîtements d'affects dans les contextes de handicap. In S. Missonnier (Ed.), *Honte et culpabilité dans la clinique du handicap* (pp. 17-35). Toulouse : Érès. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/eres.valla.2008.03.0017>

Ciccone, A. (2016). Chapitre 6. Effets sur la parentalité d'une anomalie, un handicap ou une psychopathologie précoce chez un enfant. In A. Ciccone (Ed.), *Violences dans la parentalité* (pp. 91-106). Paris : Dunod.
<https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/dunod.cicco.2016.01.0091>

Condamin, C., & Diere, C. (2014). Fantôme, traces et trauma. De la douleur du deuil à l'expression d'un trauma encrypté. *Bulletin de Psychologie*, Numéro 528(6), 489-497.
<https://doi.org/10.3917/bopsy.528.0489>

Deburge, A. (1993). L'interprétation : Antoedipe et ses destins de Paul-Claude Racamier, *Revue française de la psychanalyse*, 1, N°57, 273-276.

Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In S. Freud, *Au-delà du principe de plaisir* (pp. 5-66). Paris : Presses Universitaires de France. (Rééd. 2013).

Klein, M. (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S. & Rivière, J. (Eds.), *Développement de la psychanalyse* (pp. 247-300). Paris : Presses Universitaires de France. (Rééd. 2009).

Korff-Sausse, S. (2007). Aspects spécifiques du contre-transfert dans la clinique du handicap. In R. Scelles, A. Ciccone, S. Korff-Sausse & S. Missonnier (Eds.), *Cliniques du sujet handicapé* (pp. 39-58). Toulouse : Érès.
<https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/eres.scell.2007.01.0039>

Korff-Sausse, S. (2008). Approche psychanalytique du bébé handicapé et de sa famille. In N. Presme, P. Delion & S. Missonnier (Eds.), *Handicap et périnatalité: États des lieux* (pp. 101-120). Toulouse : Érès.
<https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/eres.presm.2008.02.0101>

Korff-Sausse, S. (2016). Temporalité et handicap. In R. Scelles, A. Ciccone, M. Gargiulo, S. Korff-Sausse, S. Missonnier & R. Salbreux (Eds.), *Naître, grandir, vieillir avec un handicap: Transitions et remaniements psychiques* (pp. 25-38). Toulouse : Érès.
<https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/eres.scell.2016.01.0025>

Lachal, C., Asensi, H., & Moro, M. R. (2008). *Cliniques du jeu : Jouer, rêver, soigner ici et ailleurs*. Grenoble : Pensée sauvage.

Laplanche, J., Pontalis, J., & Lagache, D. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France - PUF. (Rééd. 2007).

Lefèvre, A. (2011). *Découvrir Winnicott*. Paris : Eyrolles.

Mahler, M. S., & Furer, M. (1973). *Psychose infantile : symbiose humaine et individuation*. Paris : Evergreen. (Rééd. 2001).

Mahler, M. & Dupont, J. (2013). Symbiose et séparation-individualisation. *Le Coq-héron*, 213, 59-73. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/cohe.213.0059>

Pedinielli, J. & Fernandez, L. (2020). 1. L'observation clinique. In J. Pedinielli & L. Fernandez (Eds), *L'observation clinique et l'étude de cas* (pp. 7-45). Paris : Armand Colin.

Potel Baranes, C. (2009). Le cadre institutionnel. In C. Potel Baranes, *Le corps et l'eau : Une médiation en psychomotricité* (pp. 125-127). Toulouse : Érès.

Racamier, P. (1995). À partir de la séduction narcissique. In P. Racamier, *L'inceste et l'incestuel* (pp. 3-16). Paris : Dunod. (Rééd. 2010).

Rank, O. (1924). *Le traumatisme de la naissance : Influence de la vie prénatale sur l'évolution de la vie psychique individuelle et collective*. Paris : Payot. (Rééd. 2019).

Richard, C. (2018). Introduction. Déficience intellectuelle et handicap, de qui est-il question ?. In C. Richard (Ed.), *Déficiences intellectuelles : De la compréhension à la prise en charge* (pp. 1-31). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Roussillon, R. (2004). Le jeu et le potentiel. *Revue française de psychanalyse*, 1, N°68, 79-94. Paris : Presses Universitaires de France. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/rfp.681.0079>

Roussillon, R. (2018). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Vinay, A. (2020). Chapitre 4. Le dessin de famille. In A. Vinay, *Le dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 89-114). Paris : Dunod.

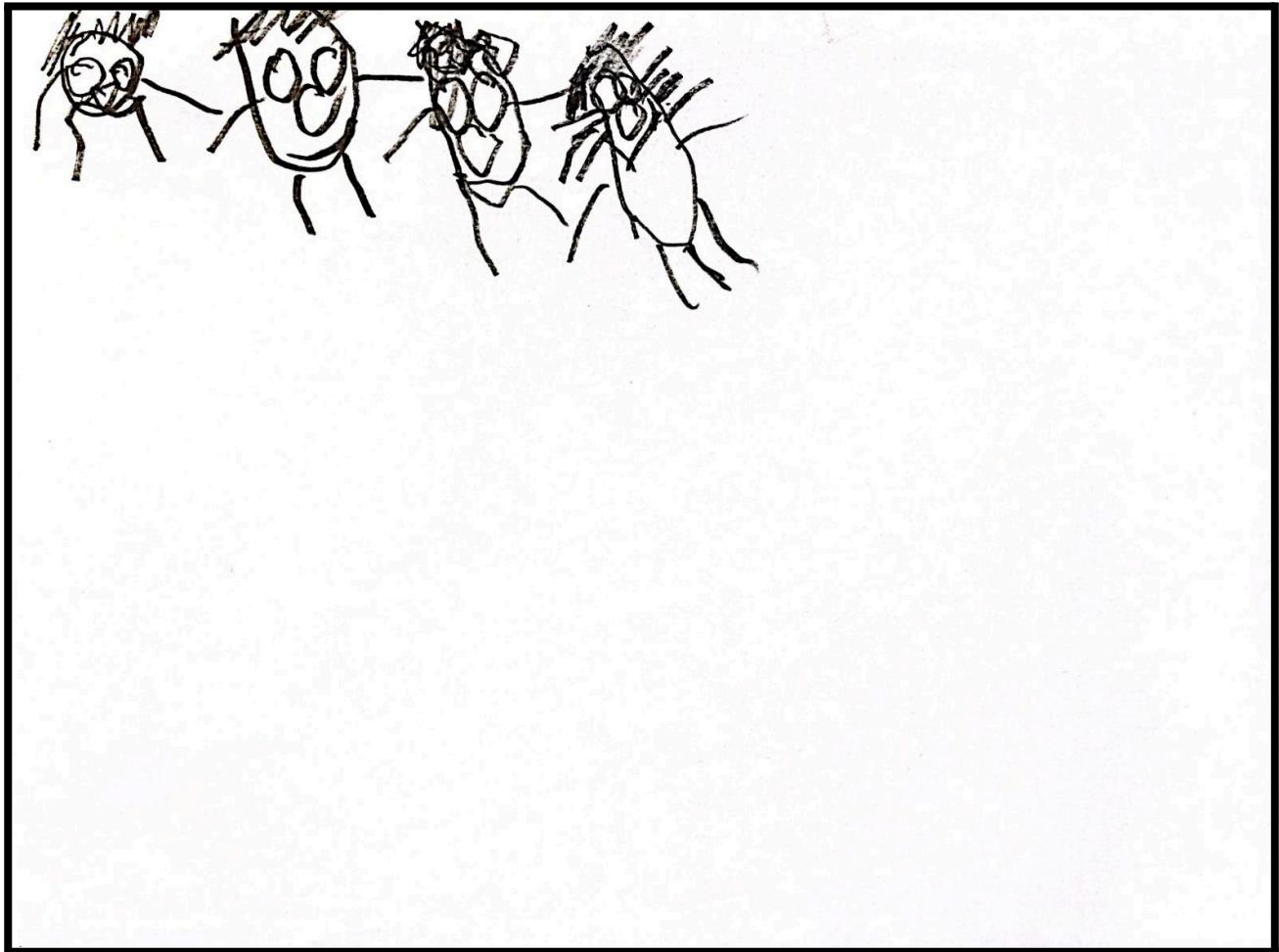
Weislo, E. (2016). Explorer la situation d'entre-deux. In R. Scelles, A. Ciccone, M. Gargiulo, S. Korff-Sausse, S. Missonnier & R. Salbreux (Eds.), *Naître, grandir, vieillir avec un handicap : Transitions et remaniements psychiques* (pp. 39-53). Toulouse : Érès.
<https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/eres.scell.2016.01.0039>

Winnicott, D. W. (1953). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot. (Rééd. 2006).

Winnicott, D. W. (2013). *L'enfant, la psyché et le corps*. Paris : Payot.

Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Paris : Gallimard. (Rééd. 2018).

Annexe : Dessin de famille de M.



Résumé

Le jeu : espace de symbolisation et d'expression des angoisses. Le cas clinique de M.

Dans le cadre de ce mémoire de recherche en psychologie clinique, nous avons rencontré au sein d'un Externat-Médico-Pédagogique M., un jeune garçon de douze ans en situation de handicap. Au cours des entretiens nous avons pu remarquer qu'il entretenait avec sa mère une relation qui semblait « symbiotique » et qu'il mettait en jeu ses angoisses, comme la séparation et la mort. Nous avons alors passé de nombreuses séances à chasser les fantômes et les méchants qui semblaient le persécuter. La répétition de cette partie de chasse incessante nous a amené à nous questionner sur la fonction que pouvait avoir le jeu pour lui. Nous avons alors tenté d'élaborer des hypothèses en commentant le début de son histoire de vie qui semble ponctuée de traumatismes, la relation qu'il entretient avec sa mère ainsi que la fonction symbolique que le jeu et sa répétition amènent.

Mots clés : jeu ; symbolisation ; handicap ; symbiose ; crypte ; enfant ; fantôme

Abstract

Play : a space for symbolizing and expressing anxieties. The clinical case of M.

As part of this research dissertation in clinical psychology, we met M., a twelve-year-old disabled boy, at an Externat-Médico-Pédagogique. During our interviews, we noticed that his relationship with his mother seemed "symbiotic", and that he was acting out his anxieties, such as separation and death. We spent many sessions chasing the ghosts and villains that seemed to persecute him. The repetition of this incessant chase led us to question the function of play for him. We then tried to develop some hypotheses by commenting on the beginning of his life story, which seems to be punctuated by traumas, the relationship he has with his mother, and the symbolic function that play and its repetition bring about.

Key words : play ; symbolization ; disability ; symbiosis ; crypt ; child ; ghost