

*Quand l’empreinte du traumatisme narcissique se dévoile
sous le masque sidérant du repli de Salina*

Mémoire présenté pour le

MASTER 2 PROFESSIONNEL

SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

MENTION PSYCHOLOGIE

Spécialité professionnelle :

Psychologie Clinique, Clinique du Lien Social

Par Anne-Sophie LORANDEL,

Sous la direction de Claudine COMBIER

Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LPPL) EA 4638

UNAM (Université Nantes Angers Le Mans)

ANGERS – JUIN 2014

REMERCIEMENTS

En premier lieu, mes remerciements s'adressent à Salina, sans qui cette élaboration n'aurait pas vu le jour, ainsi qu'à Monsieur L. pour avoir accepté ma fonction de thérapeute auprès de sa fille, et ensuite à l'ensemble des patients et parents ayant accepté ma place de psychologue stagiaire.

Je remercie sincèrement madame COMBIER Claudine, professeur de psychologie clinique à l'université Belle Beille d'Angers, qui, en tant que directrice de mémoire, s'est montrée attentive et disponible aux diverses sollicitations étudiantes, et ce tout au long de l'année universitaire.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à Florent DAVIAU, psychologue à l'unité la Roche Blanche, à titre de tuteur de stage, pour avoir accueilli mes interrogations et inquiétudes, et pour m'avoir supervisée dans le cadre de la prise en charge de l'enfant.

Je tiens à exprimer ma gratitude à Gaël BRUNET, pédopsychiatre et chef d'unité, pour m'avoir donnée l'occasion d'expérimenter différentes approches de la clinique à travers les prises en charge individuelles et groupales ou encore les évaluations psychologiques

Je remercie également Sylvie VILLETTE, orthophoniste, pour m'avoir autorisée à emprunter son bureau afin d'assurer le suivi de l'enfant, me permettant ainsi d'organiser un cadre de rencontre spécifique aux besoins de continuité et d'intimité de Salina.

Mes remerciements s'adressent également à l'ensemble de l'équipe soignante de l'unité « la Roche Blanche », en particulier à Gislaine, Armelle, Cécile, Sandrine, Delphine, et Angélique, pour m'avoir fait confiance et accueillie à titre de collègue, et enfin pour m'avoir nettement mise au travail tant sur le plan clinique et institutionnel.

Je remercie aussi mes collègues étudiants, pour les divers échanges informels qui ont alimenté ma réflexion, me permettant ainsi de m'ouvrir à d'autres horizons théoriques.

Je n'oublie pas mes proches pour leur soutien, leur patience et leurs encouragements concernant la réalisation de ce travail.

Merci à tous et à toutes !

SOMMAIRE

Introduction.....	p.1
I- <u>Présentation du contexte institutionnel de la rencontre clinique.....</u>	<u>p.2</u>
1) <u>Institution sanitaire.....</u>	<u>p.2</u>
2) <u>Démarche méthodologique et clinique.....</u>	<u>p.3</u>
II- <u>Tableau clinique articulé à la dynamique transféro-contre-transférentielle.....</u>	<u>p.4</u>
1) <u>Présentation physique.....</u>	<u>p.4</u>
2) <u>Circuit de la demande de soin.....</u>	<u>p.4</u>
3) <u>Anamnèse.....</u>	<u>p.5</u>
4) <u>Rencontres cliniques.....</u>	<u>p.6</u>
III- <u>Articulation clinico-théorique.....</u>	<u>p.16</u>
1) <u>A partir d'une symptomatologie clinique singulière.....</u>	<u>p.16</u>
a) L'inhibition massive du moi comme indice du désespoir d'intégration ?.....	p.16
b) La panne du symbolique à l'image d'un défaut de transitionnalisation ?.....	p.17
2) <u>L'hypothèse du traumatisme narcissique liée à la qualité de l'environnement...p.18</u>	
a) L'origine freudienne : le traumatisme et l'angoisse de séparation.....	p.18
b) Conceptions ferencziennes : la naissance du trauma chez Salina.....	p.19
c) L'apport de Winnicott : quand l'environnement rime avec imprévisibilité, empiètement, privation, et défaillance.....	p.21
3) <u>Organisation défensive psychotique au nom de la survivance psychique.....</u>	<u>p.23</u>
a) Menace agonistique et angoisse primitive.....	p.23
b) La crainte de l'effondrement associée à la position du thérapeute.....	p.24
c) Organisation défensive de la personnalité.....	p.25
d) Le retrait du monde, lieu de refuge psychique et d'apaisement.....	p.25
Conclusion.....	p.27
Bibliographie.....	p.28

Introduction

« Mais où rencontrer l'enfant?
Le corps de l'enfant revient au pédiatre.
Son âme, aux hommes de la religion.
Sa psyché appartient aux psychanalystes.
Son intellect aux psychologues.
L'esprit est pour les philosophes ... »

D. W. Winnicott, *La nature humaine*

Le professeur Lagache, pionnier de la psychologie clinique, propose de considérer cette discipline comme « l'étude de la conduite humaine individuelle et de ses conditions (hérédité, maturation, condition physiologique et pathologique, histoire de la vie), en un mot l'étude de la personne totale » (Lagache, 1949, p. 31). « Le programme de la psychologie clinique » s'attache à relever les attitudes et comportements réactionnels d'une personne dans le but « d'en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits. Telle est la perspective du travail de recherche clinique que j'ai entrepris. Je vais ensuite tenter d'appréhender les enjeux intrapsychiques d'un jeune sujet en souffrance à la lueur du relevé sémiologique et de la dynamique transféro-contre-transférentielle de la rencontre clinique. Ce travail consistera donc à faire état du cheminement de notre réflexion et positionnement à l'égard du processus thérapeutique mobilisé dans la prise en charge ambulatoire d'une patiente âgée de 7 ans. Après avoir circonscrit le contexte institutionnel de la rencontre, l'origine de la demande de soin, et la démarche clinique développée par le thérapeute, nous mettrons en exergue la situation clinique de Salina. Par la suite, nous proposerons une articulation clinico-théorique. A la lumière de la pensée ferenczienne, nous questionnerons l'impact d'un trauma précoce sur la construction du moi. Inspirée de l'œuvre winnicottienne, nous mesurerons le sens et la conséquence de l'aphorisme suivant : « un bébé tout seul, ça n'existe pas ». La psychopathologie de l'enfant étant caractérisée par sa mouvance, notre approche ne sera pas structurale. Il s'agira plutôt de pointer les positions adoptées par le sujet, la complexité de sa réalité psychique, l'état de son monde intérieur et le type de relation d'objet déployé. A ce titre, nous examinerons le symptôme majeur d'inhibition du moi pour interroger l'angoisse sous-jacente et les mécanismes de défenses mobilisés pour y faire face. Enfin, il s'agira de prendre en compte le contexte environnemental dans lequel la patiente s'est construite psychiquement, en considérant les souffrances du groupe familial et l'héritage fantasmatique dans lequel le patient est accueilli et prend place.

I- Présentation du contexte institutionnel de la rencontre clinique

1) Institution sanitaire

Au préalable, je tiens à baliser le contexte de cette recherche appliquée qui s'étaye sur le suivi psychothérapeutique de Salina, 7 ans, que j'ai assuré dans le cadre de consultations ambulatoires sur une période de six mois. J'ai rencontré la patiente sur mon lieu de stage, au centre médico-psychologie (CMP) infanto-juvénile la « la Roche Blanche ». Il s'agit d'un lieu d'accueil, d'écoute et de soins destiné aux enfants et adolescents de 0 à 16 ans présentant une souffrance psychique et/ou un trouble psychopathologique avéré. Cette unité est dite « généraliste » de par son approche globale de la souffrance psychique et pathologique. Elle a été créée en vue de contribuer à l'amélioration des conditions de développement psychoaffectif et intellectuel des enfants, en traitant précocement les troubles psychopathologiques, et en prenant en compte les risques et possibilités évolutifs à long terme ainsi que les conséquences à l'âge adulte. L'accès aux soins est facilité par le principe de gratuité, étant un service public. L'objectif sanitaire conféré à cette structure repose sur une perspective préventive, diagnostique et thérapeutique. Le soin proposé au CMP se fonde essentiellement sur une prise en charge ambulatoire adaptée au projet de soin individualisé, qui s'applique par le biais d'un dispositif thérapeutique varié (bilans spécialisés, consultations psychologiques et pédopsychiatriques, entretiens familiaux, psychothérapies individuelles, groupe thérapeutiques, suivis orthophoniques, psychomoteurs, et pédagogiques), qui peut être complété par les interventions infirmières à domicile. A ce titre, chaque projet de soin spécifique est examiné et réévalué au cas par cas, dans le cadre de réunions de consultation ou de synthèse individuelle par l'équipe pluridisciplinaire à la lumière de références psychanalytiques. A noter que chaque nouvelle demande de soin est réceptionnée par la secrétaire médicale et exposée ensuite en réunion de consultation auprès de l'ensemble de l'équipe. Plusieurs issues sont possibles : soit le patient est mis sur liste d'attente, soit il est accueilli en urgence par un psychologue ou un pédopsychiatre, soit il est reçu avec sa famille à l'occasion d'un entretien infirmier à visée exploratoire, soit il est orienté vers le service privé, en libéral. En outre le CMP est annexé à un hôpital de jour (HDJ) pour enfants de moins de 12 ans. Le centre dispose également d'accueils thérapeutiques à temps partiel, soit d'un espace CATTP usant de médiations spécifiques dans un cadre déterminé. Enfin, le travail thérapeutique pédopsychiatrique proposé ici engage une mission sanitaire, sociale et juridique. En effet, au-delà du soin psychique, il s'agit d'accompagner les enfants et leur famille en situation de précarité, tout en appréciant les instances juridiques et législatives en vigueur, en particulier en ce qui concerne le champ de la protection de l'enfance.

2) Démarche méthodologique et clinique

J'ai choisi de traiter particulièrement cette prise en charge afin d'élaborer mes difficultés rencontrées avec Salina. Lors de cette rencontre clinique au long court, j'ai adopté plusieurs approches thérapeutiques en fonction de mon cheminement réflexif. Ainsi, divers pistes cliniques et questionnements ont orienté mon intervention auprès de la patiente. Tout d'abord, lors de la première consultation, mon attention fut portée sur le lien père-fille dans une approche plutôt familiale de la souffrance présentée par le sujet. Ayant remarqué l'effacement de tabous et non-dits dans la cellule familiale, l'hypothèse d'un pacte dénégatif m'a effleuré l'esprit, en lien avec une potentielle transmission d'une communauté de dénis portant sur l'histoire familiale. Puis, dans un second mouvement, je me suis attachée à éclairer le symptôme majeur d'inhibition de l'enfant à la lueur de sa structuration subjective. Je me suis lancée dans le déchiffrement structural d'une énigme psychique. L'idée était de comprendre à tout-prix ce qui faisait non-sens pour moi. Puis, dans un troisième mouvement, j'ai laissé de côté l'approche intellectuelle, conscientisée, pour me rendre disponible à la rencontre. Ma surprise fut de noter combien il était difficile de rejoindre le sujet là où il en est. Il m'a fallu accepter l'impuissance, me libérer d'éventuelles attentes que je pouvais avoir à son égard. Or, il m'a fallu reconnaître mon impossibilité à me laisser aller à la rencontre sans médiation thérapeutique. A cet instant j'ai modifié le cadre temporel de nos rencontres dans l'intérêt de l'enfant. Ainsi, j'ai congédié mes exigences thérapeutiques d'analyse et de soin, pour considérer une approche plus modeste visant à rencontrer le sujet à travers la recherche d'une médiation adaptée aux capacités et intérêts de l'enfant. Comment faire tiers pour favoriser un cadre thérapeutique avec un sujet qui redoute le « face à face » ? En somme, j'ai cédé l'approche compréhensive et intellectuelle au profit d'une approche contre-transférentielle et intuitive, basée sur le registre de la surprise et de l'impuissance. Ainsi, je me suis alliée à la méthode psychanalytique, qui accueille le discours et le symptôme du sujet comme point de départ. Ce travail de recherche n'est autre que l'exposé de ma démarche empirique qui sera, ensuite, articulée théoriquement.

Synthèse

J'ai rencontré Salina dans un centre médico-psychologique infanto-juvénile, lieu d'accueil, d'écoute et de soins destiné aux enfants et adolescents de 0 à 16 ans, présentant une souffrance psychique et/ou un trouble psychopathologique avéré. Cette structure publique, s'engage dans une triple mission : sanitaire, sociale et juridique. Ce travail de recherche témoigne de ma démarche empirique à travers le suivi ambulatoire de Salina, sur une période de six mois, qui s'inscrit dans une perspective psychodynamique. La question sur laquelle je me suis arrêtée est la suivante : comment rejoindre l'enfant là où il en est ?

II- Tableau clinique articulé à la dynamique transféro-contre-transférentielle

Dans une perspective éthique et déontologique, j'ai attribué à la patiente le prénom de Salina, traduit de Soline en français, préservant ainsi son anonymat et la connotation algérienne. De plus, j'ai fait en sorte de respecter la logique paternelle sous-jacente au choix du prénom de l'enfant, le père m'ayant confié avoir traduit un prénom français en kabyle.

1) Présentation physique

Née en 2007, Salina est une petite fille âgée de 7 ans, à l'allure discrète et fluette. Son visage aux contours harmonieux est caractérisé par la douceur de ses traits, la hauteur de ses pommettes, et la finesse de ses lèvres légèrement pincées. Son teint frugalement halé figure le métissage ethnique dont elle est le fruit. Son faciès est encadré par de longs cheveux châains qu'elle attache systématiquement en queue de cheval, dont la frange souligne la profondeur de son regard bleuté. La grandeur de ses yeux ronds est circonscrite par le port de lunettes ophtalmiques. Telle une poupée de cire, son visage demeure impassible. Ainsi, ses expressions faciales semblent gelées, son regard écarquillé, ses traits figés voire pétrifiés. D'une manière générale, il se dégage une allure féminine à travers le port de vêtements colorés, un vernis à ongle (occasionnel) et sa longue chevelure, ce qui contraste avec ses intérêts plutôt masculins.

2) Circuit de la demande de soin

La demande de soin pour Salina fut d'abord initiée par l'institution scolaire, puis relayée par le père et enfin soutenue par l'institution sanitaire. Ainsi, le père de l'enfant adresse la demande de soin en avril 2013 sur les conseils du médecin scolaire : « *C'est le docteur de l'école qui m'a dit que Salina doit aller voir un psy car elle a pas de maman, il l'a trouvée triste* ». Il ajoute « *avec moi elle est bien* » puis, « *elle voit pas sa mère donc faut qu'elle voit une psychologue, c'est ça, pas autre chose* ». Afin de mieux évaluer la demande, l'institution propose un accueil infirmier. Celui-ci a permis d'identifier l'effacement de Salina dans sa fratrie, en lien avec une impossibilité de parler en son nom, associé à l'indifférenciation des places dans la structure familiale. En effet, l'entretien s'effectue en présence de tous les membres de la famille nucléaire, soit en présence des deux frères. De plus, il y a toujours un porte-parole, un autre qui s'attache à répondre à la place de Salina, que ce soit son père, ou bien son frère aîné, Victor. A l'issue de cette rencontre, l'équipe estime qu'il serait intéressant pour Salina de bénéficier d'un espace de parole propre car « *elle a sans doute besoin de parler* » dicit Sabine, infirmière. A noter qu'il lui est impossible de rencontrer le psychologue de la structure qui suit déjà Victor, dont l'agitation bruyante fait symptôme. Au vu de la problématique

familiale, j'entends que l'institution soutient l'idée d'une référence à un autre féminin pour Salina. Ainsi, on note combien les institutions (scolaire et sanitaire) s'attachent à réparer l'absence de la figure maternelle.

3) Anamnèse

Salina fait partie d'une fratrie de trois enfants, aux côtés de Ronan, son frère jumeau et de Victor, son frère aîné âgé de 9 ans. Les enfants sont issus de l'union d'un « couple mixte », entre une mère française et un père algérien originaire de Kabylie. Monsieur L. (le père) décrit sa fille comme étant « *une crevette* » à la naissance car Salina est née prématurément, à 7 mois de gestation, à cause d'une grossesse gémellaire à risque. D'ailleurs, il accusera la mère d'être responsable de cette prématurité car elle consommait des toxiques au moment de la grossesse. Notons que les parents de la patiente se sont séparés tandis qu'elle était âgée de 2 ans. La garde complète des enfants a d'abord été attribuée à la mère. Or monsieur L. serait intervenu au domicile maternel pour faire soigner sa fille, Salina nécessitant une opération urgente des diabolos. D'après le discours paternel, cet épisode de négligence maternelle à l'égard de Salina aurait causé la perte de l'autorité parentale de la mère. Déchue de ses droits et devoirs parentaux à l'endroit de ses enfants, elle sera évincée de la scène familiale par un jugement français d'ordre civil ou pénal. Nous n'en saurons pas d'avantage. Paradoxalement, monsieur m'annoncera plus tard que madame « *les a abandonné* », laissant de côté conjoint et enfants, déclarant qu'un jour, il est rentré chez lui et que sa femme avait disparue, et les meubles avec. Dès lors, s'imprègne la dimension abandonnique dans le vécu familial. Depuis, monsieur L. demeure père célibataire, assumant seul la charge de ses trois enfants. Par conséquent, la famille se retrouve socialement isolée - les liens avec la famille maternelle étant rompus, et ceux avec la famille paternelle étant occasionnels puisque la famille de monsieur vit soit en Kabylie soit en région parisienne. Nous n'aurons pas d'autres éléments concernant l'histoire conjugale, parentale, et familiale, monsieur L. mettant un frein à mes interrogations, notamment en ce qui concerne les motivations de sa migration en France. « *Ça ne vous regarde pas, c'est ma vie privée* ». De plus, considérant que « *c'est pas bien de parler de la mère devant les enfants* », il passera sous silence son passé avec la mère des enfants, taisant ainsi ce qui fait préhistoire pour Salina. A noter que Salina a un demi-frère de 15 ans et une demi-sœur de 19 ans, vivant en Algérie, issus d'une précédente union de monsieur L, visités de temps à autre l'été. Notons que monsieur n'a pas transmis sa langue maternelle à ses enfants, si bien que Salina ne peut communiquer avec ses grands-parents paternels. En outre, on note des antécédents familiaux psychiatriques en termes d'addiction (suspicion d'alcoolisation paternelle et toxicomanie maternelle). Monsieur L. a bénéficié d'un suivi ambulatoire en CMP sur indication du

psychologue de Victor. Il travaille actuellement dans le domaine du paysagisme, mais est régulièrement en arrêt maladie pour douleurs dorsales. Enfin, la famille nucléaire a bénéficié d'un soutien à domicile par une mesure sociale administrative type TISF (techniciens d'intervention sociale et familiale) sur une période donnée, dont l'arrêt fut subitement décidé par le père de famille, monsieur L.

4) Rencontres cliniques

Je vais d'abord vous présenter ma première rencontre avec Salina et sa famille. Salina arrive au CMP accompagnée de son père, monsieur L. et de ses deux frères qui resteront en salle d'attente le temps de la consultation. Lorsque j'annonce le prénom de Salina dans la salle d'attente, elle se précipite vers le bureau, me précédant tandis que son père reste assis, si bien que je l'invite à nous rejoindre, ce qui semble l'étonner... Salina s'installe directement sur un fauteuil d'adulte, suivie de monsieur. Je m'assois donc sur le fauteuil restant. Remarquant le malaise de l'enfant assise dans ce grand fauteuil, les pieds ballants, je lui propose de prendre une chaise d'enfant pour s'asseoir à nos côtés. Ce choix de place est-il sous-tendu par une indifférenciation générationnelle ? Durant cet entretien, la patiente se présente de façon inhibée, quasi mutique, le faciès triste, les traits tirés. Elle restera concentrée sur la réalisation d'un dessin. Je remarque que l'odeur masculine de monsieur L. est prégnante, et son discours difficilement compréhensible du fait de son accent kabyle. Je note que Salina reste discrète, voire à distance de l'échange et n'initie aucun propos spontanément. Il y aura d'ailleurs très peu d'élan subjectif de sa part. Elle s'anime et sourit uniquement lorsque son père évoque son souhait de faire de l'équitation. Son désir fait écho à celui d'une copine d'école pratiquant ce sport. Cette envie qui ravive Salina traduit-elle une position adhésive au désir de l'autre, lui permettant de maintenir un certain élan vital ? Le poids de la parole et du silence s'entremêlent durant l'entretien entre le mutisme de l'enfant et les propos parfois débordant du père, faisant état de ses difficultés personnelles à assumer seul la charge de trois enfants. Chaque parole de Salina est précédée d'un regard adressé à son père, semblant chercher son aval, son appui. Vérifie-t-elle si elle est autorisée à parler ? Cherche-t-elle à donner une réponse correcte ? A croire qu'il y aurait une bonne parole, un bon comportement à adopter. Son inhibition associée à la latence de ses réponses me renvoie à l'idée qu'elle cherche sans doute à identifier les attentes de l'adulte pour s'y conformer. Puis, elle semble apeurée tandis qu'il s'agit de prendre la parole, son regard se fige et s'écarquille, le malaise se faisant sentir. Que craint-elle ? Chacun de ses mots sporadiques fait suite à une question de l'adulte (de moi même ou de son père). D'ailleurs, tandis que je demande à Salina de m'indiquer son âge, elle déclare avoir 5,5 ans tout en regardant fixement son père. C'est alors que celui-ci lui l'interroge avec insistance : « *tu es sure*

d'avoir 5,5 ans ? Salina, tu es sûre d'avoir 5,5 ans ? ». L'enfant baisse les yeux, mais ne se reprend pas. Le père infirme, « tu as 6,5 ans ! Comme ton frère, Ronan ». Je suis moi-même confuse, mais le père tient à m'assurer de cette véracité. La réponse de Salina reflète une position régressive. Tandis que j'explore l'origine de la demande de consultation, le père de la patiente m'explique être las de toutes les prises en charge concernant ses enfants : « *ça fait beaucoup de rendez-vous pour moi, ça fait beaucoup à gérer, beaucoup de déplacements, avec les 3 enfants...* ». Le discours paternel est plaintif « *il faut encore et encore répéter* ». Il souligne que Salina a déjà un suivi orthophonique depuis trois ans, et que c'est difficile pour lui de se « *souvenir de chaque rendez-vous, il faut tout mettre les papiers sur le frigo* ». L'éventualité d'une prise en charge psychologique pour sa fille lui semble coûteuse d'un point de vue psychique et pragmatique, et menaçante, étant accueillie comme venant pointer la défaillance paternelle. Monsieur L. ayant des assises narcissiques fragiles, se refuse de reconnaître les difficultés de sa fille car cela reviendrait à reconnaître ses propres failles. D'emblée, il se défend contre le suivi psychologique : « *j'ai demandé à mon avocat, je ne suis pas obligé d'amener Salina voir un psy* ». Très vite, il met à distance la souffrance de sa fille, estimant qu'elle va bien, surtout avec lui « *c'est impeccable, elle est bien à la maison* ». Cependant, il l'a conduite au soin psychique, signe de l'ambivalence paternelle. Ou bien cela illustre sa tentative de maintenir l'image d'un bon père, évitant ainsi d'être l'objet de quelconques incriminations. J'ai le sentiment que monsieur L. tient à montrer « *patte blanche* » durant cette consultation. Cet homme m'a été présenté par l'équipe soignante comme se revendiquant de nationalité et de culture française, niant ainsi son origine culturelle kabyle. C'est alors qu'il m'explique avoir un avocat pour la garde de ses enfants : « *j'ai tout fait, la garde, l'autorité, j'ai tout comme ça je suis tranquille* ». Il me signale que c'est « *le docteur de l'école qui a dit qu'elle devait voir un psy car elle est timide et parce qu'il lui manque sa maman* ». A l'évocation de la mère de Salina, il me parle en chuchotant, à croire que l'enfant n'entend pas. Il me déclare tout bas : « *ils ne voient pas leur mère, ... C'est normal, c'est une fille, il y a un besoin* », tout en annulant ensuite son propos « *mais avec moi, elle est bien* ». A plusieurs reprises le père parle de Salina de façon indifférenciée vis-à-vis de la fratrie. Quand je pose une question à son sujet, monsieur répond au nom des trois enfants « *ils vont bien mes enfants, avec moi tout se passe bien* ». Néanmoins, Salina semble occuper une place particulière auprès du père étant donné qu'elle est la seule à hériter d'un prénom kabyle, les deux frères portant de classiques prénoms français. A cette occasion, j'apprends que c'est monsieur L. qui a choisi le prénom de sa fille. Concernant le développement moteur et langagier, monsieur m'annonce que tout s'est bien passé. A ce moment, il m'est vraiment difficile de questionner le passé. Quant à la relation père-fille, je note que monsieur L. corrige systématiquement sa fille quand il juge qu'elle fait erreur ou qu'elle ne

répond pas aux attentes que l'adulte peut avoir à son égard. Plusieurs fois il me faudra faire le lien entre Salina et son père afin d'apaiser les tensions latentes et de permettre à ce que le père autorise l'enfant à s'exprimer librement, notamment lorsque je demande à Salina si elle a des frères ou des sœurs. Elle répondra ne pas avoir de sœurs. Très vite, son père la reprend en affirmant qu'elle a « *1 sœur qui vit en Algérie* ». D'ailleurs, il ajoute qu'ils sont allés la voir plusieurs fois, notamment en juillet dernier. Cela signe une difficulté pour Salina à organiser la structure familiale et une rigidité paternelle, monsieur ne supportant pas la moindre faille chez sa fille. A la fin de la consultation, le père interroge le dessin de Salina de façon autoritaire, « *c'est quoi ça, qu'est ce que tu dessines ?* ». C'est alors qu'il répond lui même à sa question « *c'est une guirlande de Noël sur le sapin ? hein ?!* ». Le poids du regard paternel semble figer Salina. Tel un « œil de Moscou », il instaure un climat despotique éminemment pesant étant à l'affût du moindre dire, fait et geste de sa fille. Dans l'espoir que l'échange s'assouplisse, je propose au père de se retirer en la salle d'attente. Suite à son départ, je change de fauteuil pour mieux voir l'enfant, car auparavant je n'ai pu croiser son regard. Ainsi, je m'installe en face de Salina et me retrouve assise à la place du père. A ma grande surprise, le départ de ce dernier n'a pas facilité la prise de parole, l'échange, ni la rencontre intersubjective. Au contraire, Salina se replie d'avantage sur elle-même : elle s'arrête subitement de dessiner, se recule de la table, met ses bras entre ses jambes, et se voute légèrement. Lorsque je lui demande ce qu'elle a dessiné, elle s'approprie les propos de son père dans une logique d'incorporation de façon quasi écholalique: « *c'est une guirlande* », et poursuit sur sollicitation, décrivant objectivement le dessin de façon inanimée et opératoire « *un sapin, un cœur [qui sourit], deux filles, un autre cœur [qui pleure], un nuage* ». Tous les éléments sont contenus, rassemblés et enveloppés dans une bulle en forme de nuage. Lorsque j'interroge la dynamique et le lien entre les éléments, elle répond « *je sais pas* ». Je remarque qu'elle valide mes suggestions interprétatives (« *on dirait qu'elles sont en mouvement, qu'elles dansent* ») en acquiesçant comme pour en faire une vérité, ou une réalité. Mais qu'en est-il de sa réalité interne ? Salina me donne peu accès à son monde intérieur, si bien que je suis tentée de répondre à sa place. On observe une symétrie dans le dessin qui résonne avec sa gémellité, certains éléments étant présentés en double (deux personnages, deux cœurs). Puis, je précise à Salina la spécificité du cadre de nos rencontres à distinguer de son suivi orthophonique et du milieu scolaire car ici, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, ni de réponses attendues. Je lui indique qu'elle aura une place active dans la mesure où elle pourra choisir les supports qui l'intéressent. C'est alors que je mets l'accent sur la notion de confidentialité en soulignant que cet espace lui appartient, que ses mots seront protégés par ce que l'on appelle le « secret professionnel ». Autrement dit que je n'irais pas répéter à son père ou à quelqu'un d'autre ses propos. Puis, j'invite Salina à appeler son père. A

cet instant, je change à nouveau de fauteuil, me plaçant à l'endroit que j'avais initialement imaginé, laissant le père reprendre sa place. Dès lors, je lui expose le cadre de nos prochaines rencontres, lui proposant de voir Salina seule plusieurs fois avant que nous fassions le point ensemble pour évaluer la nécessité d'un suivi thérapeutique. Le père acceptant, je pointe à Salina que son père est prêt à l'accompagner aux séances pour qu'elle vienne me voir, car il pense qu'elle en a besoin. C'est alors que je lui demande si elle veut laisser son dessin ici ou bien l'amener chez elle. Elle choisira de l'emporter, ce qui est accueilli par le père comme le signe d'une désobéissance à mon égard. Offusqué, il s'exclame : « *D'habitude mes enfants ne font pas ça !* ». Alors je souligne qu'il faut parfois du temps pour faire confiance. Dans l'après-coup immédiat de la rencontre, j'ai le sentiment d'avoir plongé dans le symptôme familial en ayant participé au non-dit. Notamment en passant sous silence la définition de prématurité, terme employé par le père, incompris de l'enfant, pour lequel je m'étais engagée à élucider le sens. De plus, je reste aux prises avec un sentiment de culpabilité du fait d'avoir insisté sur la notion de « secret » inhérent au cadre de nos rencontres. Sans doute est-ce en lien avec une position de rivalité avec le père à laquelle je me prête, notamment en prenant sa place assise en son absence. Par ailleurs, en demandant à l'enfant de choisir le lieu où elle souhaite déposer son dessin (CMP vs Maison), je l'invite à choisir indirectement entre moi et son père. Ai-je moi-même redoublé la position paternelle en voulant mettre Salina sous mon regard ? Ou encore, ai-je adopté une position de tiers représentant une menace pour la dyade père-fille ? De part cette rivalité manifeste à laquelle Salina n'est pas dupe, j'ai le sentiment qu'elle est piégée dans un certain conflit de loyauté opérant entre d'un côté le soin thérapeutique au CMP et de l'autre l'amour paternel, tiraillée dans un choix d'objet. Alors, je m'interroge sur la façon d'entrer en relation avec cet enfant sans que cela ne menace le lien père-fille. Ensuite, je tiens à me dégager de l'injonction institutionnelle « *il faut qu'elle parle* », en particulier « *de sa mère* ». A distance de la rencontre, je m'interroge sur les conditions d'accueil de l'enfant. D'abord, je me refuse d'aborder directement la question de la mère, considérant le risque que l'enfant se recroqueville d'avantage, privilégiant une approche médiatisée à partir du dessin, dans l'idée que cette thématique sera abordée indirectement et ultérieurement, une fois l'alliance thérapeutique établie.

La séance suivante, se déroule dans un autre bureau, à l'étage supérieur du CMP, afin de différencier les espaces physiques et psychiques entre Victor (suivi par le psychologue) et Salina. Je reçois donc Salina, seule (son père et ses frères resteront en salle d'attente au rez de chaussée). D'emblée, elle semble défensive, dans l'évitement de l'échange. L'expression langagière et l'élaboration semblent douloureuses, si bien que je n'insiste pas, proposant que l'on explore ensemble la pièce et ses contenus. Salina restant inerte, je propose que l'on jette un

œil dans les caisses à jouets. Étonnement, elle s'emploie à vider la boîte à jouets de son contenu de façon quasi obsessionnelle voire compulsive : retirant les objets uns à uns, en les nommant tel un inventaire, sans que cela n'ait de sens, ni de but poursuivi. Cela me conduit à contenir ce déversement notamment en lui proposant de choisir quelques objets et personnages. Salina n'utilise aucun des objets extraits à l'exception d'un minuscule cheval de couleur jaune vif. Puis, elle prend appui sur moi en saisissant une barrière identique à la mienne qu'elle met devant son poulain en guise de clôture, ajoutant de chaque côté un muret de pierres. Je pointe combien le cheval est bien protégé. Durant le jeu, je resterai respectueuse des barrières qui nous séparent pour ne pas l'intruser. Salina semble en panne dans sa capacité à faire semblant. Je serai surprise par son impossibilité à scénariser. Le jeu semble la paralyser au même titre que la verbalisation, car cela engage dans les deux cas le processus langagier. D'ailleurs, dans un mouvement de retrait, Salina suce son doigt (l'index qu'elle positionne à l'envers dans sa bouche). Serait-ce un moyen de bâillonner d'avantage sa parole subjective ? Ou bien est-ce à entendre telle une position régressive ? Puis, elle semble confondre la scène du jeu avec celle de la réalité ne parvenant pas à discriminer le destinataire de mes adresses, entre le personnage et elle-même. Salina me regarde souvent, si bien que pendant un moment je m'efforce d'entrer pleinement dans le jeu en orientant mon regard uniquement sur son personnage. Ensuite, j'opte pour une autre stratégie, exprimant à haute voix des apartés afin d'alimenter le jeu, ou encore en nommant son personnage par le prénom qu'elle lui a assigné (« Malo »). Ce qui me frappe est la pauvreté du scénario chez Salina qui ne parvient pas à composer, créer ou investir l'espace du jeu symbolique. Cela me met également en difficulté car je suis seule à faire vivre la dynamique du jeu. Soudain, je me surprends à demander au personnage Malo, petit garçon, ce qu'il souhaite pour Noël. A ce moment, je pense que je participe à la confusion des registres réel / imaginaire étant donné que, dans la réalité, nous sommes fin décembre. Je ramène ici un principe de réalité dans un monde imaginaire. Est-ce en miroir avec le fonctionnement psychique de la patiente ? Mes efforts visant à animer le scénario et à combler le vide par le biais d'un excès d'investissement du registre langagier et imaginaire, telle une défense maniaque contre le néant dans lequel Salina me plonge, va profondément m'épuiser. Suis-je prise dans une tentative de réanimation psychique de la patiente ? Je m'investis tellement que je ne m'aperçois pas du temps qui s'écoule... Lorsque je regarde ma montre, j'ai le sentiment d'avoir dépassé les 45 minutes de consultation. Dès, lors, j'annonce qu'il nous faut trouver une fin à l'histoire. Or, en réalité, je vais écourter la séance de quinze minutes tout en étant convaincue d'avoir dépassé l'horaire... Cet acte manqué semble témoigner du coût psychique de la rencontre, qui d'ailleurs ne parvient pas à s'effectuer. En effet, Salina verrouille tout accès à elle-même, se mettant physiquement à distance de moi, se décalant en dehors du tapis pourvu à l'espace du jeu. Cela

pointe sa position de retrait, et de désinvestissement à l'égard de la rencontre. La patiente reste en position passive, dans l'attente que j'amorce quelque chose, spectatrice de mes propositions qui s'essoufflent. Ses réponses sporadiques sont ponctuées de nombreuses hésitations et de « *je sais pas* ». Je note également un temps de latence important. Salina semble chercher une réponse à fournir mais demeure hébétée voire figée. Dans ces moments, elle m'adresse de profonds regards fixes qui semblent nous suspendre dans une infinie attente si je prends acte de ne rien initier. D'autre part, je me suis demandée dans l'après-coup, si je n'avais pas mis fin à la séance de manière à écourter l'attente du père, patientant en salle d'attente. Malgré la distance physique que j'ai introduit en consultant à l'étage supérieur, mon espace psychique semble envahi et intrusé par la figure paternelle qui hante mon esprit. A croire que je ne parviens pas à me défaire de ma première confrontation avec cet homme. Suis-je encombrée par un sentiment de persécution vis-à-vis de monsieur L. ? A ce titre, ce sentiment a-t-il été déposé par la patiente à l'endroit du thérapeute, ne pouvant être traité autrement que par transfert ? A noter que la problématique de l'intrusion est mise en scène dans le jeu à travers toutes mes tentatives d'approche qui seront vaines face à l'édification de remparts par la patiente symbolisés par la barrière, et les murets. En somme, je reste avec l'impression de ne pas avoir été en mesure de rejoindre Salina, là où elle en est, du fait de mes attentes, exigences et défenses maniaques... Comment entrer en relation tout en respectant l'agencement de ses défenses inconscientes ? De plus, la thématique de la solitude apparaît au premier plan à travers l'isolement du poulain. A ce sujet, je pense avoir moi-même évité de m'y confronter dans la mesure où je lui ai proposé d'introduire des personnages humanisés, dans l'idée de nous déloger du mutisme de l'enfant. Face à ce néant, à ce trou symbolique, un mouvement d'intellectualisation m'habite dans l'après-coup. À la lueur de mes connaissances théoriques, je cherche à mettre en sens les symptômes de la patiente à partir d'une logique structurale, ce qui fera obstacle à la rencontre intersubjective.

Ensuite, nous nous verrons tous les quinze jours pendant quarante-cinq minutes. Durant les trois séances suivantes, Salina restera très défensive à mon égard, gardant son manteau sur le dos en consultation (sans avoir froid pour autant), désirant emporter son dessin chez elle, etc... Même lors de la réalisation d'un dessin en commun, nous restons éloignées, Salina investissant la partie gauche de la feuille et moi la partie droite. Excepté au moment où elle me demande de remplir le vide de la maison, en coloriant les façades blanches. Au fur et à mesure des consultations, je vais prendre conscience des difficultés inquiétantes de l'enfant. D'abord, je remarque sa difficulté à se repérer sur l'axe temporel, étant donné qu'elle ne parvient pas à situer son âge, son année de naissance, ni sa date d'anniversaire exacte m'indiquant seulement « *les œufs de Pâques* » (étant née en avril). Elle ne parvient pas non plus à situer l'horaire

approximative à laquelle elle se couche, ni s'il fait jour ou nuit. Je note également une certaine confusion des espaces car il est arrivé à Salina de rejoindre le bureau de consultation de son frère Victor et non le sien qui est à l'étage supérieur. A cela s'ajoute une confusion générationnelle manifeste à l'occasion de la lecture du conte de Boucle d'or, en situant l'ourson comme étant le frère du père et de la mère Ours. Ensuite, je serai frappée par son impossibilité à se « raconter », que j'associe en partie à des lacunes mnésiques et d'élaboration, Salina étant en peine pour se souvenir d'évènements passés. Ainsi, elle ne sera pas en mesure d'établir des liens d'une séance à l'autre, oubliant l'histoire que je lui ai lue la précédente séance. Cette difficulté m'interpelle particulièrement lorsque l'enfant se montre incapable de citer ses cadeaux de Noël reçus quinze jours plus tôt, de narrer le réveillon du nouvel an, ses vacances, ses week-ends, ponctuant de nombreux « *je sais pas* »... Je remarque aussi la difficulté notoire à discriminer et catégoriser le monde qui l'entoure, notamment lorsqu'elle me répond être en « CP » tandis que je lui demande le nom de son école, qu'elle ne pourra d'ailleurs pas citer. Je serai stupéfaite par sa position régressive de part ses centres d'intérêts de tout petit, appréciant particulièrement regarder le dessin animé « Oui-oui ». D'ailleurs, les raisons de cet engouement laissent entrevoir une pauvreté de son monde interne sous l'effet d'une pensée opératoire, d'un discours desaffectivé, accentuant le gèle de sa subjectivité, ce qui m'interpelle quant à sa modalité d'être au monde. Ce qui lui plaît dans « Oui-Oui » c'est « *le chien* » car « *il mange des croquettes et se promène avec Oui-Oui* ». L'enfant ajoute désirer posséder un chien pour lui faire « *à manger, et la douche* ». A cet égard, je m'interroge sur la différenciation soi/non-soi, car un animal ne prend pas de douche. A l'école, Salina aime jouer « *aux billes, au loup, aux courses* », à la maison, elle joue en particulier avec Victor, avec qui elle partage des goûts similaires. En outre, sa vie psychique qui semble parfois reposer sur l'appropriation du désir de l'autre, ses centres d'intérêts « *la télé, le dessin, les voitures* » étant empruntés à l'univers du frère aîné. Qu'en est-il de son propre désir subjectif ? Salina m'annonce préférer être courcée car elle est « *rapide* » mais plus tard, elle annulera son propos en exprimant l'idée contraire, préférant courir après les autres, ce qui m'amène à envisager une probable discordance. Durant ces consultations, je découvre que la vie sociale de l'enfant est limitée, n'ayant aucunes activités extrascolaires, ni visites familiales ou amicales. De plus, son cercle amical paritaire restera restreint et identique tout au long de l'année scolaire, partageant les temps de récréation avec un garçon qui s'avère être son amoureux, et une fille. J'ai tenté d'explorer le manque dont Salina peut potentiellement souffrir à l'endroit de ce petit garçon, étant séparée de lui le temps des vacances scolaires, mais cela ne semble pas faire sens pour elle. Je découvre la particularité de son rapport au langage de part son impossibilité à structurer des réponses phrasées (verbe, sujet, complément). Seuls des brides de mots non articulés entre eux sont verbalisés. Est-ce en lien avec une carence de

stimulation familiale ? Lorsqu'elle décrit ses dessins, je suis frappée par le fait qu'elle isole chaque élément les uns des autres, laissant penser à l'efficiencia d'un morcellement, énumérant les objets de façon fragmentée « *une tête, une tête, une maison, des poissons, une fleur, un soleil, un arbre* » (cf. Annexe). Sur ce dessin apparaît à nouveau une symétrie qui rappelle le couple de jumeaux, notamment avec les deux poissons baignant dans la même eau et même enveloppe, ce qui n'est pas sans rappeler le contenant du ventre maternel. De surcroît, je note l'étonnante attitude de Salina sur les temps de transition entre l'espace de la salle d'attente et le bureau de consultation. La patiente se précipite vers le bureau, me précédant si bien que j'ai à peine le temps de saluer son père et ses frères. Ou encore, à la fin de la consultation, une fois la porte ouverte du bureau elle s'empresse de rejoindre son père, si bien qu'elle ne me laisse pas le temps de lui dire au revoir. Cette précipitation traduit-elle une difficulté à se séparer de l'autre ? Ou bien est-ce un moyen d'éviter que son père et moi-même nous rencontrions ? J'ai le sentiment qu'être en relation à trois est une perspective menaçante. Dès lors ce serait un moyen pour elle de protéger sa relation duelle à l'autre et les différents espaces, sanitaire et familial. D'autant plus que monsieur s'est saisi de cet espace-temps pour me faire part de ses plaintes concernant la prise en charge de sa fille invoquant l'état de fatigue de Salina et la lourdeur qui lui incombe d'assumer l'accompagnement au CMP, notamment au moment de me saluer en la salle d'attente. Il me faudra le recadrer à plusieurs reprises car ses propos débordant empiètent sur le temps de consultation de Salina. D'ailleurs, lors de notre rencontre visant à faire le point sur le suivi thérapeutique, monsieur L. se place dans une rivalité narcissique avec sa fille, rejetant l'idée d'intensifier les soins car cela est trop coûteux pour lui. Le père mettra en avant ses difficultés à titre de père célibataire tout en récusant mes propositions pour alléger le poids du quotidien, notamment avec un possible accompagnement de Salina au CMP en taxi. Dans ce contexte, comment peut-elle s'autoriser à investir l'espace thérapeutique ? Tout l'enjeu sera de préserver cet espace, en prenant moi-même position auprès de ce père qui n'entend pas la souffrance de son enfant. A ce moment, je suis très inquiète pour Salina, et reste encombrée par une question essentielle quant à sa dynamique psychique : quelle est la nature du vide psychique qui habite la patiente: psychotique, déficitaire, ou dépressif ? Durant ces séances, le sentiment de ne pas rencontrer la patiente persiste. Le lien thérapeutique m'apparaît empêtré dans une voie sans issue. Face à de telles difficultés, je serai moi-même amenée à vivre un état de sidération psychique au fil des consultations mortifères, de telle sorte que, je serai dans l'impossibilité de penser les rencontres dans l'après-coup. Mes tentatives d'approche résonnent avec l'impression de « tourner en rond » voire de roder autour de la patiente, ce qui fait écho à notre première rencontre où j'ai physiquement fait le tour d'elle en changeant de place assises à trois reprises. Ce vécu contre-transférentiel reflète-t-il l'existence d'un sentiment de persécution chez la

patiente à l'origine de l'enfermement du sujet ? Mais alors comment parvenir à croiser son chemin ? Comment adapter le cadre de soin pour favoriser la rencontre ? Afin de soutenir une continuité psychique et une linéarité entre les séances, ainsi qu'un meilleur repérage temporo-spatial, je propose d'augmenter la fréquence des consultations en nous rencontrant de façon hebdomadaire. Afin d'alléger les consultations plombées par l'inertie, l'inhibition et le mutisme de l'enfant, je propose d'écourter d'un quart d'heure chaque séance. L'idée est d'axer le processus thérapeutique sur un travail de liaison des affects, représentations et souvenirs.

Or, un tournant thérapeutique va s'opérer à partir de l'usage du Squiggle, technique mise au point par Winnicott permettant de médiatiser la relation, et ici de dépasser l'obstacle lié aux résistances de Salina. La consigne est la suivante : « je ferme les yeux et je laisse courir mon crayon sur la page. C'est un Squiggle (ou gribouilli). Tu en fais quelque chose d'autre. Puis, c'est à toi de jouer : tu fais un gribouillis et c'est moi qui le transforme » (Winnicott, 1971(b), p.67). Salina se prête volontiers au jeu. D'emblée, cela nous amène à ne plus être en face à face physiquement, mais côte à côte, introduisant une certaine égalité voire symétrie entre partenaires de jeu. Beaucoup de plaisir fût partagé à l'occasion d'effets de surprise, ce qui permit d'assouplir la communication. Ce jeu graphique ouvre à la création d'un objet commun, « trouvé-crée », dit « objet transitionnel », qui agit en tant qu'intermédiaire dans la relation. Puis, la figuration nous invite à l'élaboration, la mise en mots et en sens, et en liaison d'affects-représentations. Cela a permis de créer une aire transitionnelle entre le monde interne, subjectif et un monde externe, objectif. Enfin, cela a permis à Salina d'exprimer le nœud problématique au cœur de sa souffrance subjective. Dans ce sens, elle a pu élaborer sa tristesse en lien avec la perte de l'objet maternel dont le départ semble irréprésentable et dépourvu de signification (cf. Annexes : figure 4, p.4 et figure 3, p.5). Ainsi cette technique thérapeutique a permis d'effectuer un travail de symbolisation de l'absence de l'objet maternel. A cette occasion, j'ai eu accès à la thématique de l'oralité qui envahit Salina, à la séance 3 (cf. Annexe p.5), avec la vache qui a soif (figure 4), et le surgissement du cauchemar (figure 2) pointant l'existence d'une angoisse de persécution chez Salina par la crainte d'être dévorée par « *un monstre aux dents pointues* », qui se vérifie à la figure 6, dans laquelle apparaît un chat aux pulsions sadiques-orales de type cannibalique. Les Squiggles ont également mis en exergue l'efficiencia du morcellement, signe d'une déliaison psychique, notamment à la figure 2, (Cf. Annexes p.4), les parties du corps étant, dans un premier mouvement, dissociées, non intégrés dans une totalité. De plus, une confusion est à l'œuvre au niveau des repères spatiaux, l'animal étant tantôt dans le désert, tantôt dans la campagne. Une fois l'alliance thérapeutique engagée, j'ai pu aborder le dessin de famille selon la méthode de Louis Corman (cf. Annexes p.6 à 13 : dessin, protocole, analyse clinique). Ce test projectif a pu mettre en lumière chez Salina une tendance au repli sur soi liée à

l'« inhibition de l'expansion vitale » et des instincts. On repère également l'évacuation de la rivalité fraternelle sous l'effet d'une scotomisation, l'enfant étant représentée fille unique. De plus, le dessin met en avant la confusion des places générationnelles du fait de l'absence de hiérarchie dans les proportions du dessin, et l'enfant étant nommée « *la sœur* ». Quant au protocole, il pointe une aconflictualisation œdipienne, signant ainsi une fixation au stade précœdipien. A cela s'ajoute une fragilité des repères au niveau de l'identité sexuée, car seule la longueur des cheveux constitue un point d'ancrage de la différence de sexes. Cela fait également écho à l'inversion des pronoms personnels à l'occasion de la séance 3 du Squiggle (Cf. Annexe p.5) : « *il* » pour la mère, figure 3 et la vache, figure 4. L'enfant semble d'avantage dans une recherche de fusion au père, objet primaire, et non dans un lien de désir œdipien. Salina semble avoir à faire, dans sa construction fantasmatique, à un père archaïque, éminemment puissant, et redoutable, potentiel prédateur comme nous invite à le penser le dessin de l'annexe p.14. D'ailleurs, ce vécu de persécution à l'endroit de la figure paternelle se retrouve à la figure 2, (cf. Annexe p.2), avec un effet de transparence qui donne à voir des yeux qui observent tel un « œil de Moscou ». Néanmoins, Salina semble être actuellement dans une tentative de triangulation, ayant introduit le personnage de la mère dans un second temps, personnage indispensable ayant le pouvoir de planter les fleurs, la dyade père-fille restant passive. Néanmoins, l'ajout de ce personnage annonce un effet dévastateur voire destructeur, car il amène la pluie qui déferle dans un mouvement mortifère. L'eau n'est pas source de fertilité ici mais c'est « *une mauvaise chose car ça va tout le temps pleuvoir, les plantes sont mouillées et vont pourrir* ».

Au regard de l'ensemble de cette sémiologie clinique d'allure psychotique, nous allons tenter d'appréhender les enjeux psychodynamiques du fonctionnement psychique de Salina à partir de la problématique suivante : **dans quelle mesure la position de retrait du monde adoptée par Salina reflète-t-elle une tentative de lutte contre l'effondrement dépressif qui menace le moi ?**

Synthèse

Salina, est une petite fille de 7 ans qui se présente telle une poupée de cire. Elle est issue d'une fratrie de 3 enfants, aux côtés Ronan son frère jumeau, et de Victor son frère aîné. Les parents sont séparés depuis ses 2 ans. La séparation est présentée par le père, telle une « rupture abandonnique ». Puis, la mère ayant perdu l'autorité parentale à la suite d'un épisode de négligence, elle se retrouve évincée de la scène familiale et fantasmatique de l'enfant, Salina ne parvenant pas à élaborer cette absence.

Les principaux symptômes de la patiente qui m'interpellent sont les suivants : l'inhibition du

moi et des pulsions, l'isolement, le repli sur soi, le gel de la pensée et des affects.

D'un point de vue intrapsychique, on repère une position subjective archaïque préœdipienne, à travers l'indifférenciation à l'autre, la confusion générationnelle, l'absence de rivalité et desirs œdipiens, l'aconflictualisation fraternelle, l'absence de capacité de symbolisation, l'angoisse de persécution par la crainte d'être dévorée et l'œuvre du morcellement.

Sous l'effet de défenses rigides, Salina verrouille tout accès à son monde intérieur.

Cette rencontre clinique qui se révèle périlleuse, donnant lieu chez le thérapeute, tantôt à un surinvestissement maniaque, tantôt à une sidération psychique dans une logique transféro-contre-transférentielle, face au vide, à l'inertie et au climat mortifère de la rencontre.

Ces considérations m'ont amenée à penser la problématique psychique suivante :

Dans quelle mesure, la position de retrait du monde, adoptée par Salina, reflète-t-elle une tentative de lutte contre l'effondrement dépressif qui menace le moi ?

III- Articulation clinico-théorique

1) A partir d'une symptomatologie clinique singulière...

a) L'inhibition massive du moi comme indice du désespoir d'intégration ?

Selon de Dictionnaire de la Psychanalyse de Vandermersch et Chemama, l'inhibition renvoie aux « perturbations fonctionnelles qui se définissent, de façon négative, par le fait qu'une activité ne peut avoir lieu », ou encore en terme d' « expression d'une limitation du moi ». D'après Freud, dans *Inhibition, Symptôme et Angoisse* en 1926, le moi renoncerait à certaines fonctions pour éviter de se confronter à l'opération du refoulement suite au conflit avec le ça. Chez Salina, l'inhibition se manifeste à plusieurs niveaux : au niveau discursif avec la panne de l'élaboration, l'absence d'associations libres, un temps de latence considérable des réponses ; au niveau du gel des affects ; au niveau de la raideur de son corps, et au niveau des processus de la pensée qui semblent suspendus voire paralysés. La puissance inhibitrice imputée au développement du moi donne à voir une précarité psychique chez Salina. Que traduit l'inhibition des processus de secondarisation ? Qu'elle est l'origine de cette panne, voire déliaison psychique ? Interrogeant la formation du symbole et de la pensée, Winnicott déclare, en 1968, qu'« à l'origine, la pensée est une façon personnelle qu'a le nourrisson de faire face à la défaillance progressive d'adaptation de la mère. La pensée fait partie du mécanisme grâce auquel le nourrisson tolère à la fois la défaillance d'adaptation [de l'environnement] aux besoins du moi et la frustration pulsionnelle ». D'ailleurs, « le fonctionnement mental devient une chose en soi, qui remplace pratiquement la bonne mère et ne la rend plus nécessaire ». Cela oppose

donc le champ de l'esprit à celui du maternage par les soins. Dans le cadre pathologique, on observe une pensée clivée qui opère entre la psyché et le soma, signe du désespoir de l'intégration. On peut observer soit un surinvestissement de la pensée, telle une défense obsessionnelle de type intellectuel, ou à l'inverse, une perte de la puissance intellectuelle lorsque le choix entre la pensée ou la mère demeure impossible...

On observe chez Salina des lacunes sur le plan des apprentissages scolaires, en particulier dans le registre langagier (vocabulaire, lecture, syntaxe grammaticale). A cet égard, nous pouvons interroger plusieurs pistes cliniques. Sa difficulté d'investissement dans le domaine du savoir peut être le signe d'une non-inscription de la phase de latence, qui suppose que l'enfant sorte des processus primaires par la mise à distance des tensions pulsionnelles et poussées d'angoisse qui l'habitent, sous l'effet opérant du refoulement. Ensuite, ses difficultés étant axées sur le registre de la parole, il serait pertinent d'investiguer le champ de l'oralité, autrement la qualité de sa relation d'objet à l'objet primaire, soit à la mère.

b) La panne du symbolique à l'image d'un défaut de transitionnalisation ?

On observe chez Salina un défaut de symbolisation comme l'indique sa difficulté à investir le jeu symbolique que je serai seule à porter. De cette façon, se reflète la panne dans sa capacité à « faire semblant » résultant de la confusion des registres réel/imaginaire. Est-ce le reflet d'une indifférenciation animé/inanimé, moi/non moi ? Ou encore l'expression d'un défaut du processus transitionnel ? Dans son œuvre *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Winnicott postule que l'activité de jeu ouvre un espace transitionnel qui fait écho à celui situé entre la mère et le bébé, qui ne soit ni extérieur (réalité partagée et perceptive) ni intérieur (association psyché-soma). Cette « aire intermédiaire d'expériences » est nécessaire pour que s'inaugure une relation entre l'enfant et le monde extérieur. C'est le lieu où se développe l'aire du jeu et la créativité nécessaire à la maturation psychique et affective de l'enfant, lui permettant de passer de l'état d'union à la mère à l'état de séparation. En outre, cet espace transitionnel a pour fonction essentielle de protéger le sujet contre l'angoisse dépressive, autrement dit, contre l'angoisse de perte de l'objet maternel. Salina serait-elle démunie pour affronter la perte ou la séparation ? « Jouer, c'est toujours une expérience créatrice, une expérience qui se situe dans le continuum espace-temps, une forme fondamentale de la vie » (1971a, p.71). Que traduit l'impossibilité de Salina de s'abandonner dans cette aire ou encore à s'élancer à la créativité ? Est-ce le signe d'une rupture de la continuité espace-temps ?

La rencontre ne pouvant s'établir sur la scène du symbolique (que ce soit au moyen du jeu ou du langage), j'ai eu besoin de faire appel au Squiggle, technique élaborée par Winnicott, à la

portée des compétences dessinatrices de Salina. L'introduction d'un médiateur, à fonction de tiers, a permis de décaler la rencontre duelle du face à face redouté par la patiente. Cela a instauré une nouvelle modalité d' « être-avec » dans un espace commun ludique, introduisant un espace transitionnel entre le patient et le thérapeute. L'objectif est de faire émerger une forme à partir de l'informe (un tracé libre ou « gribouillis ») ; et de faire naître une signification, voire une perlaboration. Ainsi, j'ai invité Salina à la mise en récit des personnages imaginaires qu'elle avait créés. Cela a également introduit l'altérité, les partenaires se laissant surprendre par ce qui advient dans les traces de l'autre. On remarque ici l'évolution de la première à la troisième séance (cf. Annexes p.3-5). Salina, projetant d'avantage son monde interne, nous a donné progressivement accès à des détails significatifs de sa dynamique psychique. La première séance présente une tonalité maniaque sous l'effet de l'excitation induite par la pulsion créative qui va réanimer psychiquement Salina. En revanche, une tonalité dépressive se dégage de la seconde séance, libérant ainsi des affects de tristesse jusqu'alors répudiés. La figure 4 (Annexe p.4) a mis en avant la difficulté de représentation de l'absence de l'objet maternel, dont les contours vagues et énigmatiques (« *partie quelque part* ») indiquent l'absence de fantasmatisation et d'élaboration significative. Quant à la figure 6, elle pointe la souffrance de Salina en lien avec l'isolement et la solitude articulés au manque des grands-parents. La dernière séance illustre le thème de l'oralité avec l'angoisse d'être dévorée.

2) L'hypothèse du traumatisme narcissique liée à la qualité de l'environnement

a) L'origine freudienne : le traumatisme et l'angoisse de séparation.

Le concept de traumatisme a vu le jour au cœur de l'élaboration freudienne, dont tout un pan est consacré aux fantasmes de séduction et de castration articulés à l'étiologie des névroses traumatiques. Cependant, en 1926, Freud présume que l'angoisse du traumatisme est liée à la perte d'objet. Débordé par l'angoisse, le moi entre dans un état de détresse qui ne lui permet pas de se protéger contre l'effraction interne (défaut de pare-excitation pulsionnelle) ou externe (évènement). Ainsi, le traumatisme serait lié à plusieurs types d'angoisse de séparation, à savoir l'angoisse du trauma de naissance, de la perte de la mère en tant qu'objet, de la perte du pénis, de la perte d'amour d'objet, et de la perte de l'amour du surmoi. En 1939, il distingue les effets positifs du traumatisme constitutifs de l'organisation psychique, des effets négatifs qui occasionnent des « atteintes précoces du moi » voire des « blessures d'ordre narcissique ». Cette dernière considération fait référence à la notion de « trauma » conceptualisée par Ferenczi.

b) Conceptions ferencziennes : la naissance du trauma chez Salina.

Selon la théorie de Ferenczi, le trauma réfère à l'« endommagement narcissique », la « déchirure du moi » et « l'autoclivage narcissique » résultant de l'empreinte des premiers objets sur le sujet à l'époque où le langage ne s'est pas encore développé. Ainsi, le sujet se divise lui-même, séparant la partie effractée par le traumatisme narcissique de la partie survivante. L'une des origines du trauma renvoie à « l'absence de réponse de l'objet face à une situation de détresse » éprouvée par l'enfant, qui sera ici traitée ultérieurement, à partir de la pensée winnicottienne.

La confusion de langue entre l'enfant et l'adulte est-elle à l'œuvre dans le climat familial de Salina ? D'après Ferenczi, l'inévitable séduction liée à l'objet engendre une empreinte quantitativement marquée par l'excès de présence et de demandes parentales, ou à l'inverse, par des privations d'amour, ou enfin par la non reconnaissance des besoins de l'enfant. Dans tous les cas de figure, on observe une sidération du moi sous l'effet du « viol de la pensée et de l'affect » (1934). Ainsi, Ferenczi pointe le décalage entre la nature d'investissement objectal (prégénital versus génital) de l'enfant et de l'adulte, dans la mesure où l'enfant reçoit de l'adulte un amour passionné tandis qu'il lui formule une demande de tendresse. L'éminent écrit sur la *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant* rend ainsi compte de l'opposition entre le courant tendre de l'érotisme infantile et le courant sensuel de l'érotisme adulte. Cette théorisation fait écho à l'incestualité conceptualisée par Racamier en 1961, qui réfère à la « séduction narcissique » typique de la relation non triangulée de « l'antoedipe ». D'après Ferenczi, l'enfant étant encore immature, il n'a pas accès à la dualité dans son rapport objectal, si bien qu'il ne sera pas armé pour affronter l'ambivalence de l'amour parental, teinté d'affection et de haine. Cette confrontation prématurée est « le produit de la souffrance ». « C'est justement cette haine qui surprend, effraye et traumatise un enfant aimé par un adulte ». Dans ce sens, la crainte qui se reflète dans le regard terrorisé que Salina adresse à son père, avant chaque prise de parole, témoignerait-il de l'angoisse d'être haïe voire détruite par l'objet ? L'auteur ajoute que la passion introduit un rapport incestueux vécu telle une agression par l'enfant. Ainsi, on observe l'effet de la confusion de langue dans la structure familiale de Salina par l'envahissement de la figure paternelle dans les différents espaces, comme l'atteste la trace olfactive qui imprègne les lieux par son odeur prégnante... De plus, le père de la patiente s'installe à toutes les places, empruntant les fonctions habituellement assumées par un tiers externe à la famille : « le taxi, c'est moi », « c'est moi qui coupe les cheveux, qui fait le coiffeur ». L'injonction paternelle « je ne veux pas que tu laisse tes cheveux dans les yeux », accompagnée d'un geste de la main visant à dégager la frange des yeux de l'enfant, vont

résonner en moi tel un geste d'emprise sur le corps de l'enfant. J'apprendrai également que monsieur L. lave les cheveux de Salina, lui choisit ses vêtements quotidiennement, réduisant ainsi l'intimité et l'autonomisation de Salina, sans que pour autant cela n'alimente une plainte chez l'enfant, qui se satisfait d'être l'objet des soins paternels. Étonnement, Salina approuve et adhère aux choix et goûts vestimentaires du père. Les processus de subjectivation, voire de séparation-individuation semblent ici « anesthésiés ». Dans ce contexte, Ferenczi postule que l'obéissance serait une tentative de préservation contre la destruction de l'autre. Obéir devient une nécessité, évitant d'entrer dans la logique de « tuer ou être tué ». Ainsi, Salina ferait-t-elle partie des « enfants obéissants des parents passionnés » ? En outre, monsieur L. introduit un rapport de rivalité narcissique, faisant état de sa souffrance personnelle dans une logique concurrentielle avec le soin psychique pour sa fille, à l'occasion d'une rencontre visant à faire le point sur le suivi thérapeutique en cours. En effet, il refuse d'emblée que je modifie la fréquence des consultations, arguant sa propre fatigue qu'il impute à l'accompagnement de Salina au CMP, perdant ainsi de vue l'intérêt de l'enfant. Il me faudra pointer son incohérence (refus d'être aidé par l'accompagnement Taxi et maintien de la plainte). Il me faudra également resituer le cadre de nos rencontres, à savoir qu'il s'agit d'une structure de soin pour enfants et enfin recadrer la place de chacun. Monsieur L. demeurant dans l'agressivité passive, semble attendre que je prenne la décision à sa place concernant les modalités de la prise en charge, soit que je choisisse entre ses difficultés et celles de Salina. Dans ce sens, le père disqualifie les affects et éprouvés de l'enfant. A ce titre, Ferenczi évoque le « terrorisme de la souffrance » de l'enfant dont les besoins et intérêts propres sont méconnus de la part de l'adulte. Dans ce contexte, « les enfants sont obligés d'aplanir toutes sortes de conflits familiaux et portent le fardeau [...] [des] autres membres ». Cela résonne avec l'impossibilité de conflictualiser la rivalité fraternelle chez Salina, qui, à l'occasion du dessin de famille, élimine sa fratrie.

Par un discours plaintif et revendicateur de sa propre souffrance, le père annule la verticalité des rapports parents-enfants, et instaure une symétrie des places. De cette façon, il introduit un climat incestuel. Ainsi, il récuse la différence générationnelle en se plaçant au rang des enfants : « *c'est pas facile pour Salina car elle a affaire à **trois garçons*** ». Or « l'incestuel sera ce qui, dans la vie psychique individuelle et familiale, porte l'empreinte de l'inceste sans qu'en soient nécessairement accomplies dans les formes génitales ». Il s'agit d'« un climat où souffle le vent de l'inceste. [...] Partout où il souffle, il fait le vide ; il instille du soupçon, du silence et du secret » (Racamier, 1961). Le registre incestuel est donc marqué par l'absence de référence au tiers séparateur. Il s'infiltre dans les relations dyadiques par la voie fantasmatique. En somme, la relation incestuelle ou passionnée entre l'adulte et l'enfant semble ériger le traumatisme narcissique dans lequel Salina est actuellement piégée.

- c) L'apport de Winnicott : quand l'environnement rime avec imprévisibilité, empiètement, privation, et défaillance...

De manière générale, l'auteur anglo-saxon apprécie les processus de maturation chez l'enfant à partir d'une trilogie factorielle considérant l'hérédité, l'individu « qui vit, se défend, se développe » et l'environnement « qui soutient ou bien qui est absent et qui traumatise », (Winnicott, 1959-1964, p.110). Le moi considéré ici en tant que « partie de la personnalité humaine, au cours du développement qui, dans des conditions favorables, tend à s'intégrer pour devenir une unité » (Winnicott, 1962, p.9). Nous allons nous arrêter uniquement sur le stade de la dépendance absolue qui semble expliquer l'origine des fragilités du moi de Salina. Il s'avère que la formation du moi dépend de la qualité relationnelle à la mère, soit de son aptitude à satisfaire les besoins du nourrisson, à un stade où le self n'est pas encore séparé d'elle. Ici, le rôle de la mère consiste à soutenir le moi de l'enfant, à satisfaire les pulsions orales et à tenir l'enfant à distance de l'angoisse impensable. Du fait de l'immaturité de son moi, le nourrisson a besoin de s'appuyer sur le moi auxiliaire de la mère qui a une fonction de pare-excitation. Cette première phase de développement concerne l'intégration du temps et de l'espace et l'établissement d'un self unitaire. Les éléments moteurs et sensoriels constituent à ce niveau le narcissisme primaire de l'enfant et le « centre de gravité de l'être », constitutif du self, qui réfère au sentiment d'exister, d'être réel, toujours le même à travers des expériences variées. L'expérience de la continuité d'existence se révèle constitutive de l'état unifié tel que : « Je suis, j'existe, j'accumule les expériences vécues, je m'enrichis, j'ai une interaction d'introjection et de projection avec le non-moi, et le vrai monde de la réalité partagée » (Winnicott, 1962, p.16). Pour se faire, le nourrisson bénéficie du *holding*, autrement dit, d'un maintien ou tenue physique et psychique procurés par l'environnement lors des soins précoces (nourrissage, toilette, portage, etc...). La constance environnementale sera cruciale car elle fonde le sentiment d'existence et la confiance basale du bébé dans le monde, lui permettant de se détendre et de s'abandonner en toute sécurité. A cet égard, deux qualités sont nécessaires dans les soins maternels : permanence et adaptation (aux besoins du bébé). Pour le bon développement affectif de l'enfant, la mère doit être « suffisamment bonne », soit en mesure de satisfaire les besoins de son nourrisson de façon à ce qu'il baigne dans l'illusion de maîtriser le monde et qu'il ressente « la brève expérience d'omnipotence ». Il s'agit donc d'une mère ordinaire, dévouée, imparfaite, en étroite empathie avec le nourrisson sous l'effet de ses préoccupations maternelles primaires. La mère est ce « quelqu'un d'autre [qui] voit ou comprend que j'existe » (Winnicott, 1962, p.16). Par conséquent, « toutes les carences de soin [...] produisent chez le nourrisson une réaction qui entaille son continuum de vie » (Winnicott, 1962, p.15). D'ailleurs l'auteur signale le risque d'une distorsion de l'organisation du moi à l'origine d'un profil schizoïde, ou bien d'une mise

en place de défenses spécifiques à l'origine d'une personnalité en faux-self, si l'enfant n'a pas bénéficié de soins maternels suffisamment bons au stade primitif où le « non-je » et « je » ne sont pas encore séparés. Ainsi, il met en lumière une causalité étiologique externe au développement d'une pathologie, à mesure que la schizophrénie infantile ou l'autisme résulteraient d'une carence de soutien du moi. A ce stade, un état de non-intégration va engendrer la naissance d'une angoisse primitive impensable, telle une agonie, contre laquelle l'individu va se défendre par la désintégration, soit la « production active du chaos ».

Quelle est la nature du traumatisme chez Salina éclairant la singularité de ses symptômes ? La signification du traumatisme varie selon le stade de développement affectif de l'enfant, c'est pourquoi Winnicott nous invite à investiguer l'histoire primitive de l'environnement... Au stade de la dépendance absolue, « le traumatisme sous-tend un effondrement dans l'aire de la confiance à l'égard de l'environnement généralement prévisible, [...] [qui] ne laisse pas s'établir, en tout ou en partie, la structure de la personnalité, ni l'organisation du moi » (Winnicott, 1965.b). L'auteur pointe la nécessité du passage progressif de l'adaptation à la désadaptation de l'environnement en fonction de l'état de maturation de l'enfant. Ainsi, l'enfant va pouvoir passer du stade de la dépendance massive à la dépendance relative puis à l'indépendance, à condition d'introduire des changements environnementaux de façon graduelle. Dans le cas contraire, un changement ou avènement peut provoquer une « rupture de la foi » soit la capacité du nourrisson à « croire en » son environnement, ce qui constitue le socle du traumatisme. Il ajoute que « le traumatisme est la destruction de la pureté de l'expérience individuelle par une intrusion trop soudaine ou imprévisible d'un fait réel ». Or nous avons démontré l'instabilité environnementale, lorsque la garde exclusive des enfants a brutalement été réservée à la mère, puis attribuée au père.

En outre, si le défaut de l'environnement entrave les défenses mobilisées par le sujet, il risque de persécuter l'enfant, dont la haine réactionnelle va briser l'objet idéalisé et s'éprouver sur le mode délirant d'être haï, ce qui fait écho avec l'angoisse de persécution patente chez Salina. Ainsi, la symptomatologie présentée par la patiente nous amène à considérer l'hypothèse clinique selon laquelle la perte précoce et réelle de l'objet maternel a provoqué chez Salina un trauma, soit une rupture développementale à l'origine d'une fracture dans le moi sous l'effet d'une « privation » brutale de l'effraction du principe de réalité sur la psyché, à un stade précoce où Salina n'était pas encore armée pour y faire face. A cela s'ajoute les carences de soins maternels de *handling* du fait des négligences réelles de la mère. Du fait du retrait de l'autorité parentale, nous ne pouvons imaginer la teneur des interactions mère-bébé, sans doute marquée de profondes faillites maternelles au niveau du *holding*.

Ensuite, nous avons illustré l'amour débordant d'un père à l'endroit de son enfant constituant une entrave voire « un empiètement de l'environnement » sur l'autonomisation et le développement affectif du moi. Cet envahissement paternel que l'enfant ne parvient pas à élaborer constitue une autre forme de traumatisme.

En somme, Salina n'aurait pas été capable d'admettre les défaillances imprévisibles de l'environnement survenues au stade de la dépendance absolue, vécue comme « empiètement » ou « privation », « le trop ou le manque » *étant* les deux figures du traumatisme.

Etudions « le sort du petit sujet, qui, à ce stade primitif, avant qu'il ait séparé le « non-Je » du « Je » manque de soins maternels suffisamment bons », (D.W Winnicott, 1962, p.11).

3) Organisation défensive psychotique au nom de la survivance psychique

a) Menace agonistique et angoisse primitive.

Si l'empiètement induit l'isolement du Self, « la privation provoque une distorsion psychotique de la structure enfant/environnement » (Winnicott, 1967), dont la conséquence est l'effondrement dans l'aire de la confiance et la perte d'espoir dans le devenir, ce qui explique la réticence de Salina d'entrer en relation avec moi. A travers la perte de l'objet maternel à l'âge de 2 ans, Salina a fait l'expérience d'être laissée en panne de façon marquante, ce qui a produit une fracture dans le continuum personnel, une fragmentation de l'existence, un déficit d'introjection de fiabilité et a réactivé l'expérience d'angoisse impensable. A noter que l'angoisse impensable a été vécue à l'origine au stade de dépendance absolue, au moment où la personnalité immature est incapable de faire face à un défaut de fiabilité de l'environnement «contre [lequel] les défenses du moi ont été inadéquates » (Winnicott, 1967). En effet, les ruptures de continuité provoquent chez le bébé des angoisses d'annihilation que Winnicott décrit, entre 1955-68, à travers les « angoisses disséquantes primitives ». Dans ce sens, l'angoisse dépressive est vécue comme une agonie primitive du nourrisson. De fait, cette angoisse est impensable, car le petit être n'est pas encore armé psychiquement pour s'y confronter. Cela convoque la peur du morcellement (induit une défense par la désintégration), d'une chute sans fin (mobilise une défense de self-holding), d'une perte de la cohésion psyché-soma liée au clivage (invoque une défense par la dépersonnalisation), la perte du sens réel (suppose un recours au narcissisme primaire), et enfin la perte de la capacité à être en relation avec les objets, soit la désorientation (qui implique une défense autistique).

b) La crainte de l'effondrement associée à la position du thérapeute

Ma tentative de combler le « vide » à travers un surinvestissement de la rencontre, associée à mon état de sidération psychique dans l'après-coup de la rencontre clinique, m'invitent à interroger chez la patiente, à partir d'un effet miroir, l'efficacité d'une lutte contre l'aspiration du vide. De cette façon, je pense avoir hérité des affects non supportables et non élaborés par Salina. Ainsi, transparait chez elle « la crainte de l'effondrement » qui renvoie à celle qui a déjà été éprouvée de par les nourrissons « laissés tomber » dans un système de faillites environnementales. Face à un *holding* maternel défaillant, le nourrisson éprouve une détresse extrême et gardera en lui la trace de cette expérience d'angoisse impensable. Notons que le terme anglais « *Breakdown* » signifie à la fois la panne, la cassure, la dépression, la chute. « Cette crainte traduit la peur que s'effondre l'organisation défensive du sujet » (Chamond, 2009, p.30). De cette façon, Salina ne semble pas avoir élaboré le vide, cette béance existentielle qui la renvoie à ses « angoisses disséquant » ». Dès lors, elle lutte contre le chaos interne par le gel des affects et des représentations, de peur d'être anéantie par ce gouffre dépressif, indissociable de l'expérience de perte précoce qu'elle ne peut secondariser. Ainsi, sa paralysie de la pensée et de l'affect agit à titre d'effet secondaire du trauma. Mieux vaut ne pas se souvenir de la douloureuse perte qui effraye tant... La crainte du vide pour Salina se retrouve également sur les temps de transition où elle se précipite physiquement pour s'accrocher à un autre objet, telle une intolérance à la séparation et à la perte. Du fait de l'immatrité de son moi, Salina n'a pas été en mesure d'intégrer, d'enclore la perte précoce de l'objet maternel. Ainsi, la mère de Salina ne semble pas avoir été en mesure d'apporter un étayage suffisant pour permettre à l'enfant d'accueillir sereinement le vide induit par l'absence, la séparation ou la perte. A contrario de la théorisation de Winnicott, on ne retrouve pas chez Salina de production active du chaos, ni d'agitation, ou d'hyperkinesthésie comme dans le cas de Victor... Ainsi donc Salina semble avoir été dans l'impossibilité de s'abandonner à « la dépendance relative », demeurant fixée au stade de la « dépendance absolue » à l'objet maternel. Cela signe un probable échec de l'établissement d'un self unitaire au même titre que l'intégration de la dimension spatio-temporelle.

Or « dans le traitement des personnes schizoïdes, le patient a principalement besoin d'un soutien du moi qui ne relève pas de l'intelligence » (Winnicott, 1963, p231) - en références aux interprétations analytiques du thérapeute. « Cette action de maintenir (*holding*), analogue à la tâche de la mère dans les soins maternels, reconnaît tacitement que le patient tend à se laisser aller à la désintégration, à une chute sans fin, à cesser d'exister » (Winnicott, 1963, p231). Ainsi donc je semble avoir pris une place maternelle auprès de Salina en assurant la fonction du

holding, de portage psychique, notamment en réajustant le cadre thérapeutique afin de réintroduire la continuité psychique via l'établissement de repères spatio-temporels stables et fiables. De part cette position, j'ai soutenu le moi de Salina assurant une fonction de moi auxiliaire visant à la protéger des angoisses impensables de désintégration à l'origine de la crainte de l'effondrement.

c) Organisation défensive de la personnalité

T. Bokanowski, en 2002, résume les conséquences du trauma à partir de la théorie de Ferenczi sous l'angle de la mutilation du moi désormais clivé : le « maintien de la souffrance psychique » du fait de « l'intériorisation d'un objet primaire défaillant », et « une sensation de détresse primaire qui, la vie durant, se réactive à la moindre occasion ». Entre 1965-68, Winnicott postule que la « crainte de l'angoisse disséquante qui fut, à l'origine, responsable de l'organisation défensive que le patient affiche comme un syndrome pathologique ». D'après lui, « c'est une erreur de considérer la maladie psychotique comme un effondrement, c'est une organisation défensive dirigée contre une angoisse disséquante primitive ». Puis, il formule en 1967 que « le clivage est apparu et s'est organisé à cause de la faillite de l'environnement » en lien avec « un échec de l'environnement généralement prévisible ». Or, une pensée clivée reflète le « désespoir de l'intégration ». A noter que le clivage est le signe du paradoxe de la crainte de l'effondrement, selon lequel l'agonie primitive a déjà été expérimentée et en même temps n'a pas été éprouvée par le sujet. Cela soulève la question du deuil impossible à mesure que le sujet souffre de n'être pas parvenu à s'approprier une partie de son histoire non symbolisée. Comment faire le deuil d'une expérience non advenue ? Dans ce cas, le temps s'arrête et demeure suspendu... Ainsi, on note chez Salina l'efficacité d'un clivage du moi notamment à l'occasion du test du dessin de famille où l'enfant, identifiée au personnage « *sœur* » répond être tantôt la plus gentille, tantôt la moins gentille de la famille. A cela s'ajoute un clivage de l'objet entre les sexes, « *les filles sont gentilles, les garçons font n'importe quoi* ». Ainsi, le clivage est un mécanisme de défense schizoparanoïde constituant un moyen d'organiser l'expérience chaotique à l'époque où le Self n'est pas unifié. S'il s'installe dans une organisation pathologique de la personnalité, il devient un moyen d'affronter l'angoisse de persécution, manifeste chez Salina.

d) Le retrait du monde, lieu de refuge psychique et d'apaisement

Longtemps je me suis heurtée aux résistances de la patiente, du fait de sa position de repli psychique, tandis que j'essayais d'établir un contact. Il apparaît que « le retrait psychique fournit au patient un espace relativement paisible, et un abri contre la tension qui surgit lorsqu'une prise de contact [...] avec l'analyste est ressentie comme menaçante » (Steiner, 1993, p.15). « Le

retrait fonctionne comme une zone psychique dans laquelle on n'a pas à affronter la réalité, dans laquelle les fantasmes et l'omnipotence peuvent exister sans contrôle » (Steiner, 1993, p.18), permettant au sujet d'y soustraire ses émotions. L'auteur signale que les « obstacles au contact et [...] à la progression [...] résultent d'une mise en œuvre d'un type d'organisation défensive grâce à laquelle le patient espère éviter une angoisse intolérable » (Steiner, 1993, p.15). L'évitement du contact avec les autres et la réalité permettrait à Salina de se protéger contre l'angoisse de la position schizoparanoïde, soit de l'angoisse de fragmentation du Self et de persécution. Or le « calme offert par le retrait ne peut être atteint qu'au prix de l'isolement, de la stagnation et du repli » (Steiner, 1993, p.17), ce qui rend le travail thérapeutique périlleux. Ainsi, le retrait psychique enferme Salina devenue hors d'atteinte. D'ailleurs, le repli traduit une « indépendance pathologique » (Winnicott, 1965a, p.68), à contrario de la régression, où le patient reconnaît sa dépendance à l'autre. En outre, Steiner ajoute que les organisations défensives ont pour fonction la neutralisation de la destructivité primitive. Ainsi, la pulsion de mort est à l'œuvre dans le scénario élaboré par Salina, quand la pluie détruit les plantations (Cf. Dessin de famille et protocole, Annexes p. 6-7). Or, l'expression de cette destructivité n'a pu s'établir qu'à condition d'un étayage sécurisant possible par le média du dessin et du Squiggle.

Synthèse

Face au défaut du processus transitionnel et au désespoir d'intégration du self, nous avons émis l'hypothèse du traumatisme narcissique, imputé à la qualité des premiers liens objectaux mobilisés à un stade précoce du développement affectif de Salina. Ainsi, la naissance du trauma est à entendre du côté de l'incompatibilité entre la réponse passionnée de l'adulte et la demande de tendresse de l'enfant. Cette confusion rend ainsi compte d'un climat familial incestuel, occasionnant une « déchirure du moi » et « l'autoclivage narcissique ». En outre, le traumatisme dont Salina a fait l'expérience prématurément, trouve son origine dans la qualité de l'environnement de l'enfant, caractérisé ici par la « privation », les « défaillances », l'« empiètement » et l'« imprévisibilité ». Nous accuserons particulièrement le défaut de holding maternel, dont le thérapeute se verra attribuer la fonction par le biais du transfert. Le trauma ayant débordé les capacités défensives du moi, l'angoisse primitive de la position schizoparanoïde est réactivée. Par conséquent, Salina demeure aux prises avec la crainte de l'effondrement qui menace le moi. Ayant perdu une confiance basale en l'environnement, et son expérience existentielle étant fracturée, Salina construit sa personnalité à partir d'une organisation défensive psychotique. Dès lors, la patiente étant persécutée par l'environnement, elle adopte une position de retrait du monde, lieu de refuge psychique, réel obstacle à la rencontre thérapeutique.

Ainsi, la situation clinique de Salina illustre l'idée selon laquelle, réside une trace de l'histoire subjective au travers le symptôme porteur de souvenir, d'après Roussillon, considérant la source de souffrance par le principe de réminiscence. Ainsi, il semblerait que la souffrance humaine trouve son origine dans un fragment du passé influent sur le rapport qu'entretient le sujet avec son présent et son devenir. Dès lors qu'une partie du vécu antérieur constitue le point d'ancrage d'un trauma, elle peut faire retour dans le présent. Si Salina présente une forme d'amnésie, sous l'effet de la déliaison psychique, de la panne de symbolisation, de la fracture de la continuité existentielle, son symptôme de repli psychique figure la trace mnésique d'un passé scotomisé... Dès lors, l'énigme symptomatique de Salina que nous avons tenté d'élucider nous invite à considérer l'existence d'une crainte de l'effondrement liée à l'angoisse dépressive en souvenir de l'agonie primitive éprouvée quand elle était nourrisson. Ainsi, le déchiffrement du symptôme d'inhibition du moi à partir de l'investigation de l'histoire primitive de la patiente nous révèle une faillite environnementale, notamment en ce qui concerne le holding maternel. Le moi de Salina n'a pu s'organiser face à l'échec de l'environnement facilitateur au stade de la dépendance absolue. L'origine du trauma est multiple à travers la confusion de langue entre l'adulte et l'enfant, l'absence de réponse environnementale adéquate à la détresse du nourrisson, l'instabilité de l'entourage (liée aux brutaux changements de modalité de garde et au départ inopiné de l'objet maternel), l'expérience précoce d'être « lâchée » par l'objet. L'environnement est source de déprivation et de carences insupportables pour Salina. Cela l'a amenée à se retirer de la scène, de la subjectivité, à désinvestir le monde et les autres et à organiser une défense psychotique pour lutter contre l'angoisse de fragmentation du self. Dans son univers fantasmatique, l'autre est un agent de persécution dont il faut se méfier, au nom de la survivance du Self. Cette perte de confiance dans le monde met au défi le thérapeute qui risque d'éprouver lui-même le désespoir comme en témoigne mon état de sidération psychique. Dans une prochaine recherche, il serait, à mon sens, pertinent d'interroger les effets d'encryptage du trauma à travers l'établissement de « zones psychiques mortes » occasionnées par le défaut de symbolisation et de représentation, à partir de la théorisation d'Abraham N. et Torok. M. Une autre lecture, plutôt lacanienne, pourrait nous amener à interroger l'objet regard-scopique présent en filigrane tout au long de la rencontre et culminant à la figure 4 : « La fusion de la relation duelle et l'ombre menaçante du regard de l'Autre ».

Bibliographie

Dictionnaire :

- ⇒ Chemama R., Vandermersch B. (2009), *Dictionnaire de la Psychanalyse*, Espagne, Larousse in extenso, 2012, pp.278.

Articles :

- ⇒ Bokanowski T. (2002), « Traumatisme, traumatique, trauma », in *Revue française de psychanalyse*, 66, pp. 745-757.
- ⇒ Chamond J. (2009), « Continuité d'être et primitive agony: le bébé winnicottien et le psychotique », in *Nature Humaine*, 11, pp.7-36.
- ⇒ Condamin C., Diere C. (2013). « Fantôme, traces et trauma. De la douleur du deuil à l'expression d'un trauma encrypté », in *Bulletin de psychologie*, 528, pp. 489-497.
- ⇒ Parseval C. (2007). « De Ferenczi à Winnicott : le « nourrisson savant » et le faux-self », in *Le Coq-héron*, 189, pp. 122-141.
- ⇒ Ribas D. (2009). « Crainte de l'effondrement, deuil gelé : temps arrêté », in *Revue française de psychanalyse*, 73, pp. 1507-1515.
- ⇒ Roussillon R., Dubouchet D. (2006). « Regards sur la souffrance Échange avec René Roussillon », in *Gestalt*, 30, pp. 73-87.

Ouvrages :

- ⇒ Ferenczi S. (1934), Réflexion sur le traumatisme, in *Œuvres complètes, IV*, tr.fr. Paris, Payot, 1982, pp. 139-147.
- ⇒ Ferenczi S. (1974), *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Langage de la tendresse et de la passion*, tr.fr. Paris, Payot, 2004.
- ⇒ Freud S. (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, tr.fr. Paris, PUF, 1993.
- ⇒ Freud S. (1939), *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, tr.fr. Paris, Gallimard, 1986.
- ⇒ Lagache D. (1949), *L'unité de la psychologie*. Paris, PUF, 1986, p. 31.

- ⇒ Racamier P-C. (1961), *L'inceste et l'incestuel*. Paris, Dunod, 2010.
- ⇒ Steiner J. (1993), Une théorie des retraits psychiques, in *Retraits psychiques, Organisations pathologiques chez les patients psychotiques, névrosés ou borderline*, tr.fr. Paris, PUF, 1996, pp. 15-32.
- ⇒ Steiner J. (1993), Les positions schizoparanoïde et dépressive, in *Retraits psychiques, Organisations pathologiques chez les patients psychotiques, névrosés ou borderline*, tr.fr. Paris, PUF, 1996, pp. 33-70.
- ⇒ Winnicott D.W. (1952a), L'angoisse liée à l'insécurité, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, tr. fr. Paris, Payot, 1990, pp.198-202.
- ⇒ Winnicott D.W. (1952b), Psychose et soins maternels, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, tr.fr. Paris, Payot, 1990, pp.187-197
- ⇒ Winnicott, D.W. (1954), Repli et régression, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, tr.fr. Paris, Payot, 1990, pp. 223-230
- ⇒ Winnicott D.W. (1959-1964), Nosographie : y-a-t-il contribution de la psychanalyse à la classification psychiatrique ?, in *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*, tr.fr. Paris, Payot, 1970, pp 93-114.
- ⇒ Winnicott D.W. (1962), Intégration du moi au cours du développement de l'enfant, in *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*, tr.fr. Paris, Payot, 1970, pp 9-18.
- ⇒ Winnicott D.W. (1963), Théories des troubles psychiatriques en fonction des processus de maturation de la petite enfance, in *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*, tr.fr. Paris, Payot, 1970, pp 217-232.
- ⇒ Winnicott D.W. (1965-68?), Explorations conceptuelles, in *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, tr.fr. Paris, Gallimard, 2000, pp. 205-217.
- ⇒ Winnicott D.W. (1965a), Notes sur le repli et la régression, in *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, tr.fr. Paris, Gallimard, 2000, pp. 68-82.

- ⇒ Winnicott D.W. (1965b), Le concept de traumatisme par rapport au développement de l'individu au sein de la famille, in *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, tr.fr. Paris, Gallimard, 2000, pp.292-317.
- ⇒ Winnicott D.W. (1967), Le concept de régression clinique opposé à celui d'organisation défensive, in *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, tr.fr. Paris, Gallimard, 2000, pp. 318-327.
- ⇒ Winnicott D.W. (1968), La pensée et la formation du symbole, in *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, tr.fr. Paris, Gallimard, 2000, pp. 83-90.
- ⇒ Winnicott D.W. (1971a), *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, tr.fr. Paris, Gallimard, 1975.
- ⇒ Winnicott D.W. (1971b), *La Consultation thérapeutique et l'enfant*, tr.fr. Paris, Gallimard, 1972.

SOMMAIRE ANNEXES

I-	DESSINS	p.1
II-	SQUIGGLE.....	p.3
	a. Séance 1.....	p.3
	b. Séance 2.....	p.4
	c. Séance 3.....	p.5
III-	TEST DU DESSIN DE FAMILLE, de LOUIS CORMAN.....	p.6
	a. Dessin.....	p.6
	b. Protocole.....	p.7
	c. Analyse clinique.....	p.8
IV-	DESSIN.....	p. 14

Figure 1. « L'effet miroir et l'indifférenciation »

(le prénom de l'enfant était initialement entouré d'un cadre en pointillés)

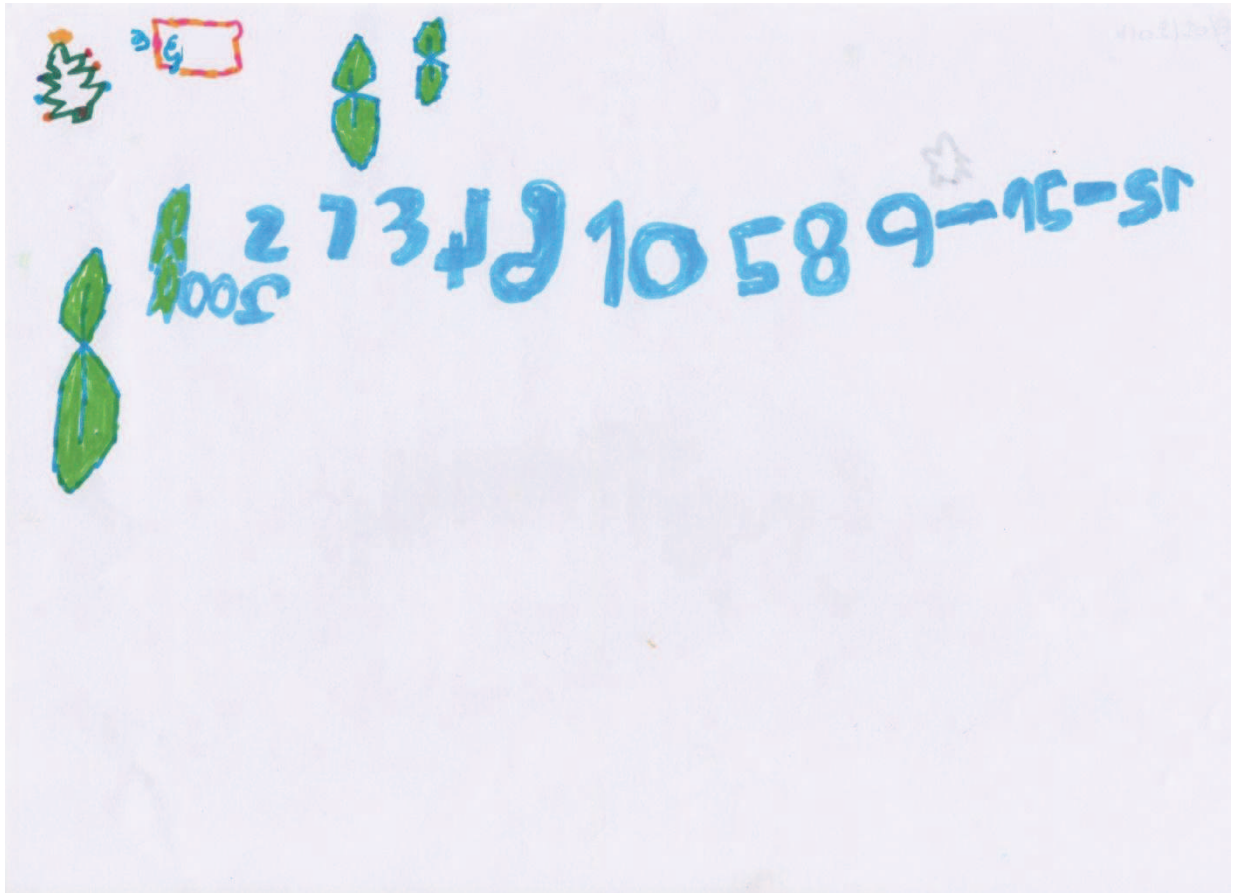


Figure 2. « Le masque du désir du sujet »

Inscription : « Salina + Pablo » entourée, comblée, voire masquée.



Figure 3. Patient & thérapeute, « côte à côte »

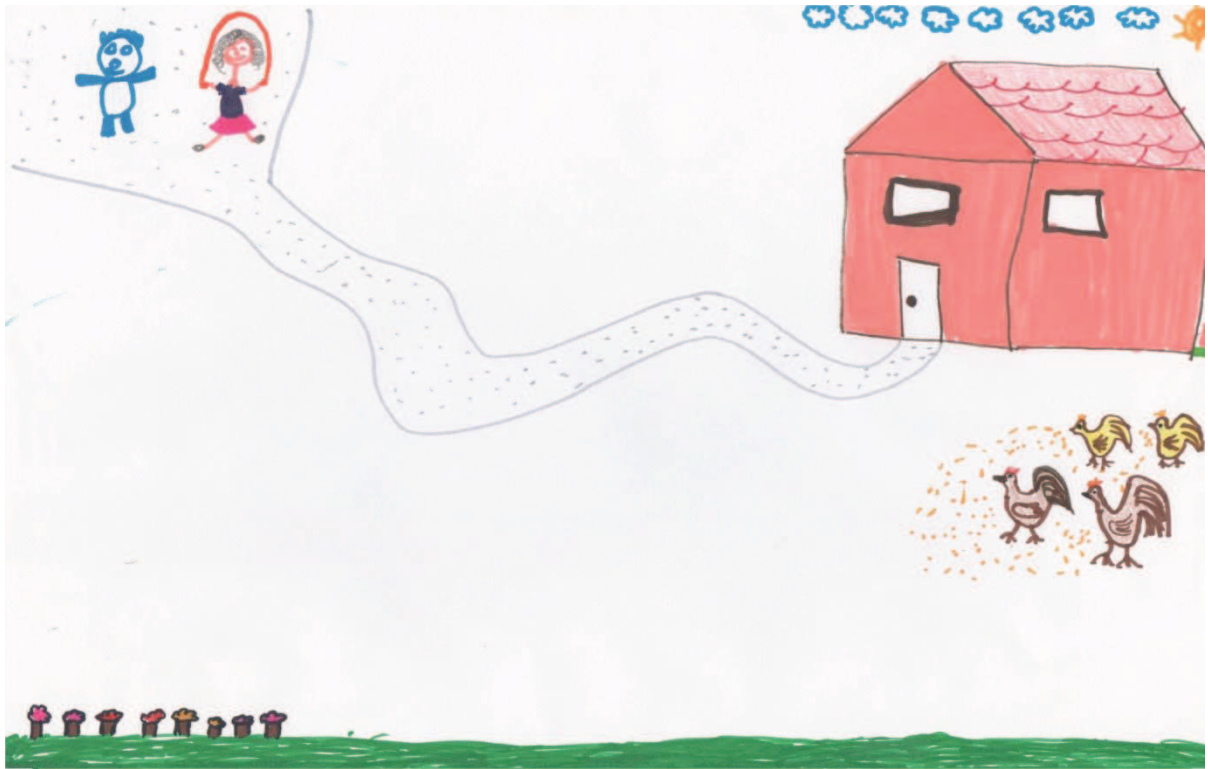
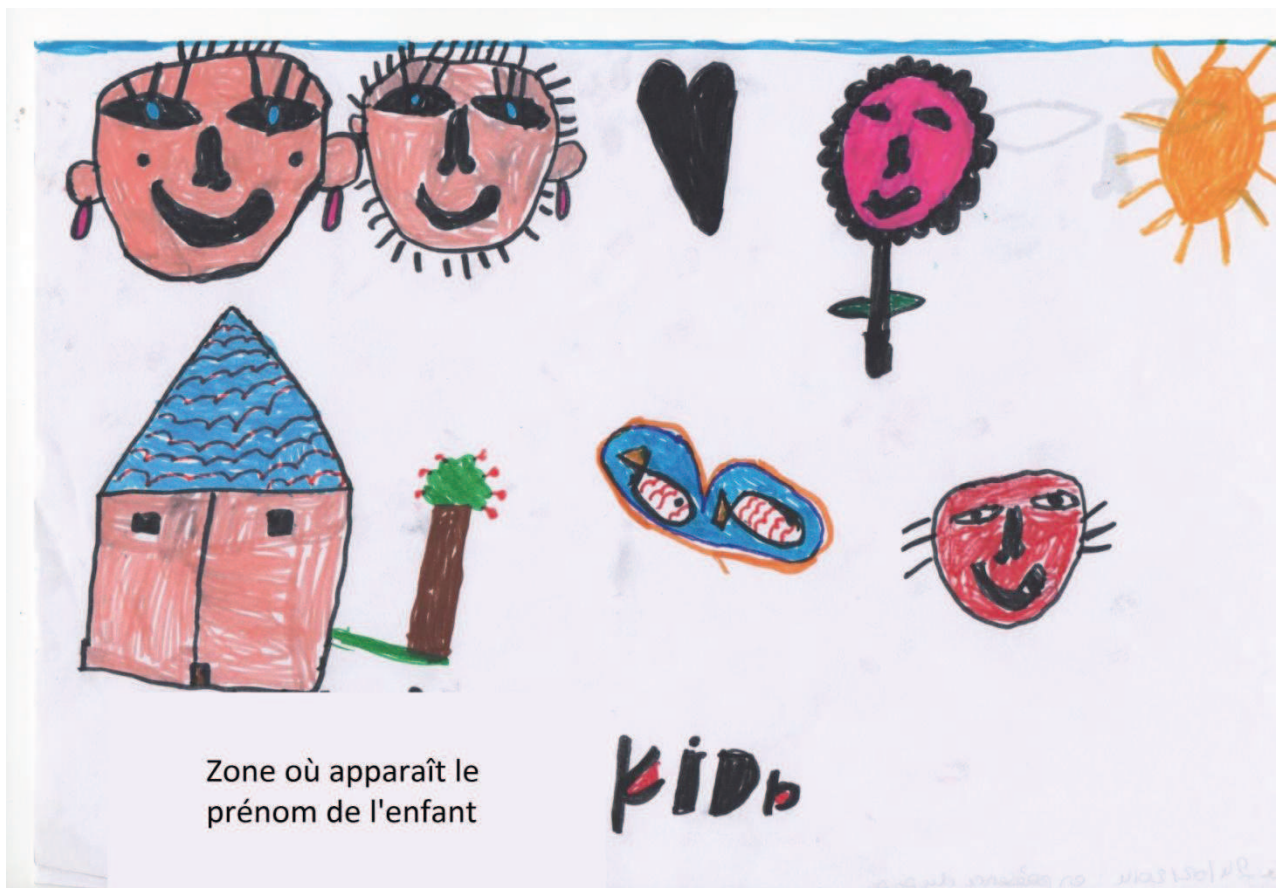


Figure 4. « La fusion de la relation duelle et l'ombre menaçante du regard de l'autre »

Dessin réalisé en présence du père



SQUIGGLE, séance 1

A gauche : tracés libres réalisés par le thérapeute et complétés par la patiente

A droite : tracés libres réalisés par la patiente et complétés par le thérapeute



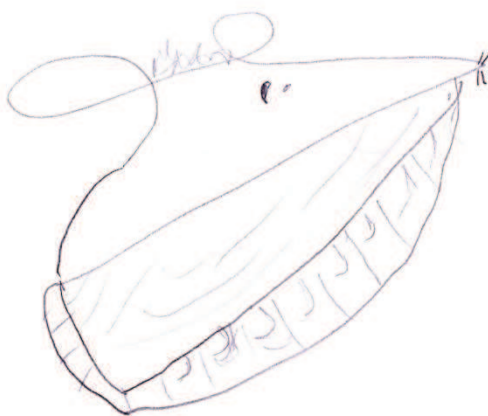
[1]. « Une poule »

[2]. Une fée, une princesse qui fait le ménage



[3]. Une souris qui sursaute suite à l'envol d'un papillon

[4]. Un canard



[5]. « Un rat, avec des poils gris et un gros bouton »

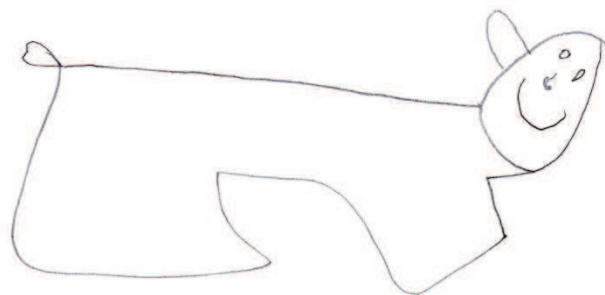
[6]. Un papillon

SQUIGGLE, séance 2

A gauche : tracés libres réalisés par la patiente et complétés par le thérapeute

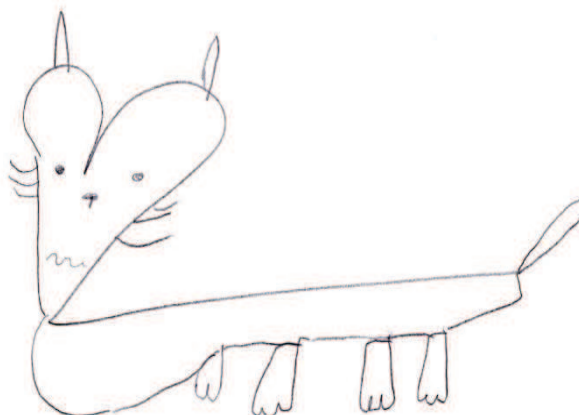
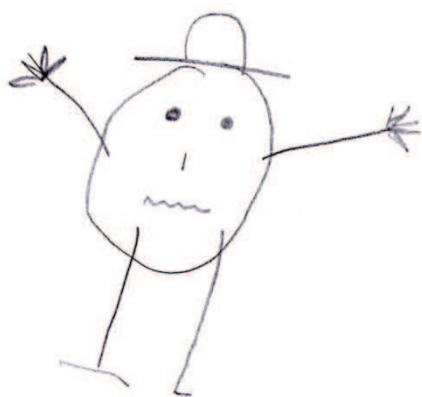


A droite : tracés libres réalisés par le thérapeute et complétés par la patiente



[1]. Un chat qui dort et qui fait un rêve

[2]. « **c'est une tête, une queue, des yeux, une oreille** ». Que forme le tout ? « **un élépotame** » (au lieu d'hippopotame), « **dans le désert** ». Qu'est-ce qui lui arrive ? « **il va pique-niquer, à la campagne** » (confusion) ; Que va-t-il manger ? « **des frites, du poulet, et un gâteau au chocolat** »



[3]. Un monsieur patate qui a peur, alors il tend les bras pour avoir un câlin. L'enfant me complète « **peur d'un fantôme, et du noir** ».

[4]. « **C'est un chien qui est triste** » Pourquoi ? « **car il ne trouve pas sa mère qui est partie quelque part... Très loin...** ». Qu'est-ce qu'il va faire ? « **Lui part quelque part pour retrouver sa mère...** ». Comment l'histoire se termine ? « **Il finit par trouver. Il a peur des voleurs qui ont volé sa mère** »



[5]. Un pommier en pleine tempête qui tient bon grâce à ses profondes racines

[6]. « **Un ours... On dirait qu'il pleure... Il est triste. Il voit pas sa famille, son papy et sa mamy lui manquent... Il est tout seul** »

SQUIGGLE, séance 3

A gauche : tracés libres réalisés par la patiente et complétés par le thérapeute

A droite : tracés libres réalisés par le thérapeute et complétés par la patiente



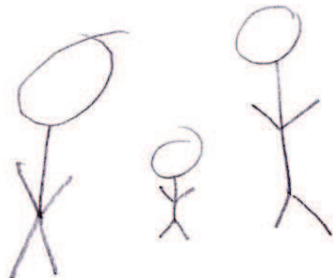
[1]. Un mouton

[2]. « un élépotable », « il est **triste**, car il arrive pas à dormir... Il fait des rêves... de peur... **peur de se faire manger par un monstre aux dents pointues** ». Comment ça finit ? « il finit par se faire manger ».



[3]. L'enfant commente mon dessin : « un dromadaire, qui **pleure** parce qu'il est tout seul... sa mère **il** est partie... car **quelqu'un** l'a appelée... » Qui c'est ? « **quelqu'un** ». Qui ça pourrait être ? « une souris ? ».

[4]. « une vache, avec deux oreilles. **Il** est content car il y a le soleil... Il va se promener... Il regarde un monsieur qui donne du lait la vache qui a **soif** »



[5]. L'enfant commente « c'est un petit frère, un papa, et une maman ». Que font-ils ? « ils vont au magasin acheter des céréales et des glaces »

[6]. « Un chat qui a des bosses, qui s'est cogné... » Comment il s'est-fait ça ? « **quelqu'un** a jeté la poubelle sur le chat ». Qu'est-ce qu'il a fait pour mériter ça ? « **il a mangé le monsieur** ». Pourquoi il a fait ça ? « **pour la faim** ». Et maintenant il fait quoi ? « il va **quelque part**... au docteur »

Test du dessin de famille de Louis Corman



Protocole du test du dessin de famille de Louis Corman.

Salina a commencé par dessiner le personnage enfantin qu'elle nomme « *la sœur* », puis le père, ensuite la maison, le chemin (route), le véhicule, le troisième personnage qui est la mère, l'arbre, puis les nuages et la pluie.

Raconte-moi cette famille que tu as imaginée : « *ils travaillent pour planter des fleurs. J'ai fais une maison. Il y a une route, une voiture, un arbre... Il pleut* » Pourquoi pleut-il ? « *je sais pas. Le soleil est caché avec un nuage* ». Que font les deux personnages de gauche (il s'agit du père et de la sœur que l'on suppose être sa fille) ? « *Ils se donnent la main et tiennent une fleur* ». Qui va planter la fleur ? « *C'est la maman qui plante* ». Pourquoi il pleut ? « *Je ne sais pas* ». C'est une bonne ou une mauvaise chose qu'il pleuve ? « *une mauvaise chose car ça va tout le temps pleuvoir, les plantes sont mouillées et vont pourrir* ».

Désigne moi toutes les personnes en commençant par la première que tu as dessinée : « *une sœur* », puis « *le papa* » et « *la maman* ». Où sont-ils ? « *dans le jardin* ».

Quel est le plus gentil dans cette famille ? « *la sœur et la maman* » Pourquoi ? « *les filles sont gentilles, les garçons font n'importe quoi* » Le garçon ou les garçons ? « *celui-là* » (désigne le père du dessin)

Quel est le moins gentil de tous ? « *la sœur* » Pourquoi ? « *je sais pas* »

Quel est le plus heureux ? « *la maman* » Pourquoi ? « *je sais pas* »

Quel est le moins heureux ? « *le papa* » Pourquoi ? « *car il a que des filles et pas de gars* »

Qui préfères-tu dans cette famille, Pourquoi ? « *la sœur* », sans justifier.

Supposes que tu fasses partie de cette famille, qui serais-tu ? « *la sœur* » La sœur de qui ? « *la maman et le papa* »

Est-ce que tu es contente du dessin que tu as fait ? « *oui* »

1)- Impressions cliniques : Durant la passation, Salina m'a adressé de nombreux regards furtifs, donnant l'impression de vérifier où était posé mon propre regard. Elle semblait surveiller si je restais à la place que je lui avais annoncée, autrement dit, elle semblait observer si je maintenais une certaine distance. Ainsi, je suis restée assise sur son côté latéral droit, occupée à lire ou à écrire, mon attention n'étant pas rivée sur elle. D'ailleurs, j'avais le sentiment que mes regards étaient perçus comme intrusifs et auraient pu l'arrêter dans son élan créatif.

Ensuite, je note deux mouvements dans la réalisation de sa production : d'abord, de gauche à droite dans un élan progressiste, Salina a commencé par dessiner: la petite fille, puis l'a reliée au père, suivi de la maison centrale, puis du chemin qu'elle transformera en route, suivi du véhicule. Dans un second élan régressif, elle dessina de droite à gauche : introduisant un troisième personnage, la mère, l'arbre puis des nuages, un soleil caché et la pluie recouvrant l'ensemble du dessin. Du fait du nombre réduit des personnages limités à la dyade père-fille, j'ai eu le sentiment que Salina est venue combler le vide de la feuille par l'ajout d'une maison, d'un véhicule, objets plutôt colossaux. C'est alors que l'ajout d'éléments concrets habille le dessin et contrebalance avec la présentation pauvre des personnages qui ne sont pas vêtus, ni ornés d'accessoires. Ainsi semblent-ils dépourvus d'enveloppe corporelle.

D'emblée ce qui me frappe est la tonalité dépressive du dessin imputée à la pluie qui sabbat sur la tête des personnages, le toit de la maison et le véhicule, à la suite de l'apparition de la figure maternelle sur la scène familiale. Cette pluie n'est pas, en soi, source de fertilité, comme on pourrait l'imaginer en lien avec l'activité de plantation, mais stérilise le travail accompli car « *ça va tout le temps pleuvoir, les plantes sont mouillées et vont pourrir* », instaurant ainsi un climat mortifère.

A l'enquête, la patiente se défend d'emblée de sa projection dans un discours opératoire et factuel en décrivant objectivement son dessin « *J'ai fais une maison. Il y a une route, une voiture, un arbre... Il pleut* ». Pour étayer sa réponse, l'enfant a besoin de solliciter le contenu manifeste, soulignant ainsi un accrochage au percept visuel, ou encore d'une défense obsessionnelle. Ensuite, je remarque l'indifférenciation des personnages à travers le pronom personnel « *ils* » (cf. « *ils travaillent pour planter des fleurs* »), les individus étant, dans un premier mouvement, confondus dans un « tout ». Je relève également une certaine discordance entre le faciès des personnages et l'avènement climatique. En effet, les

personnages sourient tandis que la pluie déferle sur eux, telle une malédiction, venant anéantir leur travail de plantation. Leur expression témoigne d'une inadaptation au principe de réalité. De plus, l'expression figée accompagné d'un sourire plaqué chez chacun des personnages, reflète à nouveau l'indifférenciation, les individus partageant la même émotion. Notons le lien qui attache la fillette à son père : ils se « *donnent la main* » et en même temps « *tiennent une fleur* ». Cette proximité physique est quasi symbiotique, étant attaché l'un à l'autre et ayant une action commune. En outre, la position « flottante » de la petite fille, suspendue en l'air au crochet du père, semble témoigner d'une impossibilité à s'ancrer au sol, soit à se relier à ses racines, ou encore à s'affilier en tant que maillon d'une chaîne générationnelle.

2)- Niveau graphique

Les traits hachés que l'on observe à travers la pluie qui tombe et la délimitation de la route en pointillés semblent témoigner, d'après L. Corman d'une certaine « inhibition de l'expansion vitale ». A cela s'ajoute une tendance au repli sur soi comme le suggèrent les lignes courtes et la petite taille accordée à la maison, et à l'arbre dans le jardin. De plus, la finesse des traits des visages, des corps longilignes semblent renvoyer à une faiblesse des pulsions en lien avec l'inhibition des instincts et une « timidité du caractère ». Quant à la grandeur accordée au personnage du père, elle semble indiquer un élan affectif particulier envers celui-ci. On note également une tendance à la répétition rythmique du fait de la forme similaire imputée aux corps des trois personnages, notamment à travers la coiffure identique entre la mère et la sœur (sa fille ?). Le caractère symétrique des traits entre les différents personnages pourrait refléter la difficulté pour la patiente à différencier les sexes et les générations, l'autre étant investi dans un rapport similaire, horizontal et imaginaire, ou encore nous faut-il interroger l'œuvre d'une potentielle défense obsessionnelle.

La zone de la page principalement occupée est la partie haute qui renvoie à « l'expansion imaginative », soit à « la zone des rêveurs et des idéalistes » selon Corman. Puis, la feuille est investie d'avantage sur la partie gauche, lieu où la famille est réunie, où l'action s'établit, soit la zone qui réfère au passé, le sujet régressant ainsi vers l'enfance. Sur la partie droite, zone généralement assimilée à l'avenir, on retrouve des objets inanimés, notamment le véhicule. Ce qui est frappant c'est la présence de la maison au centre du dessin qui semble introduire une profonde rupture entre le passé et l'avenir, soit entre la partie gauche signant l'efficiencia de la pulsion de vie et de mort à l'œuvre à travers l'activité de plantation, et la partie droite reflétant le remplissage du vide par des objets inanimés. Toute la partie basse du dessin qui réfère symboliquement à l'asthénie et la dépression, est désinvestie, constituant ainsi une zone blanche, qui selon l'auteur renvoie à la zone d'interdits. D'ailleurs, les espaces de la feuille

semblent clivés en deux : la partie haute est largement comblée, tandis que la partie basse est négligée, voire oubliée.

3)- Niveau des structures formelles

En se référant à l'analyse du test du dessin du « bonhomme » de Florence Goodenough, on remarque que le niveau d'âge de Salina est de 4-5 ans, les personnages ayant une silhouette schématique. Leur corps filiforme est représenté sans aucune densité, n'ayant ni contenant ni contenu. Ce type de dessin souligne une tendance à l'inhibition. Quant à la structure formelle du groupe elle semble être de nature relationnelle et non sensorielle, étant donné que l'enfant tient la main à son père et qu'ils réalisent une action commune.

4)- Niveau de contenu & de projection

Tout d'abord, je rappelle que la famille nucléaire de Salina est en réalité composée de quatre membres : le père, le frère aîné et le frère jumeau et la patiente. Sa famille réelle est donc marquée par l'absence de la figure maternelle, la mère ayant perdu son autorité parentale, il y a 5 ans. Or dans le dessin de famille, Salina s'est constituée une famille au sein de laquelle la mère est représentée et la fratrie est exclue. Ainsi, cette famille imaginaire est principalement féminine, contrairement à la réalité quotidienne de l'enfant qui grandit entourée de trois garçons. « Plus la famille représentée est différente de la famille réelle, plus on est en droit de penser que le mécanisme de projection est à l'œuvre ». Salina ayant été en mesure de s'éloigner du principe de réalité, le niveau de projection est donc à l'œuvre dans ce dessin.

5)- Mécanismes de défense

Nous allons observer comment le moi se défend contre l'angoisse d'une situation extérieure ou intérieure jugée trop pénible. Premièrement, on repère l'efficacité d'un mécanisme de clivage du moi, étant donné que le personnage auquel la patiente s'identifie est soit « le plus gentil », soit le « moins gentil ». Ainsi, le personnage « *sœur* » est tantôt valorisé : étant le personnage auquel le sujet s'est ouvertement identifié, étant le premier dessiné, ayant la première place à gauche de la famille, étant mis en valeur par sa place à côté d'un membre puissant, le parent préféré ; et tantôt dévalorisé étant le moins gentil. D'autre part, on note un clivage de l'objet, notamment au niveau de la différenciation des sexes appréciée d'un point de vue manichéen: « *les filles sont gentilles, les garçons font n'importe quoi* », sous-entendu, les garçons sont « méchants ». De plus, apparaît une scotomisation à l'endroit de la fratrie, celle-ci étant évincée. L. Corman nous rappelle que « le mécanisme le plus primitif consiste [...] à nier la réalité à laquelle on ne peut s'adapter. Cette négation du réel s'exprime par la

suppression pure et simple de ce qui cause l'angoisse [...] On peut en conclure que dans son cœur le sujet souhaite son élimination ». En se représentant fille unique, Salina a nié l'existence de ses frères à travers ce dessin. Cette transformation de la réalité extérieure semble refléter l'influence d'une angoisse contre un danger extérieur qui menacerait le moi.

6)- Conflits de rivalité fraternelle

On note une réaction agressive détournée par le biais de l'élimination du rival fraternel, le personnage principal étant ici enfant unique. Par la négation Salina rejette ce qui la gêne, ce qui est pénible pour elle dans la réalité. « En éliminant tous ses frères et sœurs, le sujet se donne la situation privilégiée de l'enfant qui est seul à jouir des tendresses des parents ». On peut faire l'hypothèse d'un manque de maturité qui amène le sujet à mal supporter les frustrations inévitables à la vie familiale. Cela signifierait donc que la patiente n'ait pas été capable de réaliser un compromis entre agressivité et tendresse. « L'élimination complète du ou des rivaux est l'apanage des moi immatures qui n'obéissent qu'au seul principe de plaisir et ne se soucient pas de la réalité de l'autre. Dès que l'enfant accède au principe de réalité, ce qui va avec la constitution d'un surmoi contrôlant ses tendances, une pareille élimination du rival ne peut aller sans une vive angoisse de culpabilité ».

7)- Conflits œdipiens

L. Corman met en exergue deux déterminants de la situation œdipienne : « l'identification au parent de même sexe » et « le rapprochement avec le parent de sexe opposé ». Ainsi, on s'attend à ce que le parent de même sexe (potentiel rival) soit l'objet d'agressivité ou de dévalorisation, ainsi que l'objet d'identification et/ou d'admiration. Or ici, aucune rivalité œdipienne ne transparait. De plus, il semble que l'identification opère dans un sens inversé, soit de l'adulte vers l'enfant, puisque la mère, dessinée dans un second temps, reprend les caractéristiques physiques de la fillette, notamment avec les couettes en guise de coiffure. Dans ce sens, l'objet maternel est investi à travers l'identification spéculaire, sur le registre du même, partageant un trait de caractéristique unaire. Quant au rapprochement manifeste avec le père, il semble témoigner non d'un désir d'intimité, mais plutôt d'un désir de fusion. De plus, le père étant celui qui égalise la hauteur de la maison incarne, dans l'esprit de Salina, une figure massive, imposante, ce qui rappelle la toute-puissance de la figure archaïque de l'objet premier. Je pense que les fonctions maternelle et paternelle sont ici inversées. Ainsi le père semble investi à titre nourricier dans une relation à l'objet d'amour premier et la mère, à titre de tiers mençant. « En ce sens, [le père] représente pour l'enfant à tout âge la protection, la sécurité, l'amour et la nourriture ». « L'attachement [à la mère] est progressif, en ce sens

que [la mère] représente dans la famille l'élément dynamique, qui contraint à aller de l'avant, à progresser » comme en témoigne sa puissance créatrice puisque la dyade père-fille demeure en position passive, dans l'attente que la mère, en position active, « *plante la fleur* ». Le personnage qui a le pouvoir de planter, de créer, voire par extension, de donner la vie, est la figure maternelle.

Je ferai donc l'hypothèse que la relation d'objet est investie chez Salina dans un rapport prégénital, à partir de la logique précœdipienne. Autrement dit, Salina ne semble ne pas avoir traversé l'expérience mythique et structurante de l'Œdipe. C'est pourquoi l'indifférenciation entre les générations se révèle criante, notamment à travers la difficulté à situer « *la sœur* » en tant que « fille de », et à organiser son monde selon une hiérarchie, comme l'indique l'incohérence des dimensions dans le dessin : la différence de taille entre la maison, l'arbre et les personnages est quasi inexistante. Notons également l'anonymat du personnage auquel la patiente s'identifie, « *une sœur* », et de manière générale, de tous les autres personnages sans nom. De plus, je relève que la différenciation entre les sexes demeure fragile chez la patiente qui se base uniquement sur l'attribut « chevelure », notamment en fonction de la longueur des cheveux, pour discriminer les filles des garçons. Ainsi, les personnages ne sont pas agrémentés ni ornés de détails, ni d'habits pour situer leur genre. Cela fait écho au discours du père, qui, la séance suivante, me fera part de son point de vue concernant les tendances actuelles des coupes de cheveux des garçons/filles, méprisant le port de cheveux courts chez les filles et les cheveux long chez les garçons.

8)- Synthèse clinique

L'analyse formelle de ce dessin laisse apparaître, au premier plan, une « inhibition de l'expansion vitale », et une tendance au repli sur soi. A cela s'ajoute une position régressive adoptée par la patiente, comme l'indique l'âge de maturité du dessin (4-5 ans), et l'immaturité du moi liée à l'intolérance aux frustrations induites en milieu familial qui amène directement le sujet à privilégier le principe de plaisir en éliminant le rival fraternel de la famille imaginativement constituée. Se faisant, elle garde un lien fusionnel avec l'objet d'amour paternel. On repère l'efficacité de stratégies défensives par le biais du clivage du moi, de l'objet et de la négation de la réalité, scotomisant la fratrie sans que cela n'engendre manifestement de sentiment de culpabilité.

Je note une tentative de triangulation de la relation, avec l'insertion d'un troisième personnage, mais qui reste aconflictuelle. Rien ne semble perturber l'idylle de la dyade père-fille qui s'est constituée. Ainsi, l'attrait pour le père ne semble pas refléter un désir œdipien

mais plutôt une fixation à l'objet d'amour premier. Je pense que la mère n'est pas accueillie comme rivale mais plutôt comme étant son égale, d'où l'identification spéculaire à la mère selon un trait unaire : les couettes, coiffure enfantine. Les relations d'objet ne semblent pas régulées par un principe de verticalité mais plutôt d'horizontalité, comme le suggère la dénomination du personnage identifié comme étant la sœur des parents, et non leur enfant. Il en découle une indifférenciation majeure des générations, qui est d'ailleurs couplée d'une fragilité des repères dans la différenciation de l'identité sexuée. Salina est en peine pour ancrer son identité sur des repères stables, si bien qu'elle se retrouve désœuvrée, dans l'impossibilité de se relier à l'axe vertical, soit à la chaîne générationnelle. Etant actuellement non arrimée par le registre du symbolique, comme l'attestent l'anonymat des personnages, l'absence de symbolisme, notamment animalier, Salina est dans une impasse, ne pouvant se séparer de l'autre pour construire son identité subjective.

Néanmoins, je pense qu'il est important de nuancer le propos car je pense que test souligne les tentatives du sujet pour sortir du monde préœdipien. Ainsi, je m'interroge quant à la possible émergence de théorie infantile sur les mystères de la procréation, notamment à travers l'action de plantation qui nécessite l'intervention d'un tiers, en position active qui va aider le couple père-fille en position passive. De plus, je me demande si Salina est actuellement en train d'élaborer une position dépressive. En effet, le test montre une inhibition des instincts puis soudain l'œuvre de la pulsion de mort. Une tonalité dépressive et mortifère apparaît dès lors qu'elle introduit la mère, figure éminemment absente dans la réalité. Salina est-elle en train de symboliser la dialectique de l'absence/présence ? Dès lors, la patiente semble traversée par un certain désespoir, car malgré la médiation d'un tiers, les plantes vont mourir. Ces différentes suggestions resteront des hypothèses sur lesquelles va s'étayer la suite du travail thérapeutique avec l'enfant.

Figure 5. « Une figure dévorante »

Dessin réalisé à l'occasion d'un bilan, en présence du père.



Quand l’empreinte du traumatisme narcissique se dévoile sous le masque sidérant du repli de Salina

*When the mark of narcissistic trauma comes to light under the
staggering mask of Salina's withdrawal*

Résumé / Summary

Ce travail de recherche clinique appliqué s’inscrit dans un cadre universitaire et témoigne de l’histoire d’une rencontre entre un sujet et son thérapeute. Le point de départ de la réflexion porte sur la dynamique transféro-contre-transférentielle. Comment pouvons-nous rejoindre un sujet qui s’est retiré du monde et de sa vie psychique, paralysant affects, représentation et souvenirs. Comment entendre cette souffrance subjective ? Il s’agit d’interroger le symptôme majeur d’inhibition et de repli afin de mesurer les enjeux économiques. De cette façon, nous questionnerons dans quelle mesure la position de retrait du monde adoptée par Salina reflète une tentative de lutte contre l’effondrement dépressif qui menace le moi. A partir des qualités environnementales nous mesurerons la puissance des effets du traumatisme narcissique imputé, notamment à l’expérience de perte précoce, réactivant ainsi l’angoisse d’agonie et la crainte de l’effondrement.

This applied clinical research work is rooted in a university frame and testifies of the story of a meeting between a subject and her therapist. The starting point of the reflection concerns the dynamics transfer. How could we reach a subject who withdrew from the world and from its psychic life, thus paralyzing affects, representations and memories? How could we understand this subjective suffering? This work is about questioning the major symptom of inhibition and withdrawal to measure the economic stakes. In this way, we shall question to what extent the position of retreat of the world adopted by Salina reflects an attempt to fight against the depressive collapse which threatens the Self. From the environmental qualities, we shall measure the power of the effects of narcissistic trauma depending, in particular, on the experiment of premature loss, thus reactivating the anxiety of agony and the fear of breakdown.

Mots-clefs / Key Words

Inhibition du moi – trauma – traumatisme narcissique – crainte de l’effondrement – repli

Self Inhibition – trauma – narcissistic trauma – Fear of breakdown - withdrawal