

**Psychopathologie
de l'enfant**

Marie Dessons

4^e édition actualisée et augmentée

DUNOD

NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70 % de nos livres en France et 25 % en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

© Dunod, 2024 pour cette 4^e édition

© Armand Colin, 2014, 2017

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

ISBN : 978-2-10-086160-6

Table des matières

<i>Introduction</i>	7
---------------------------	---

Première partie *Approche théorique du développement psychique de l'enfant*

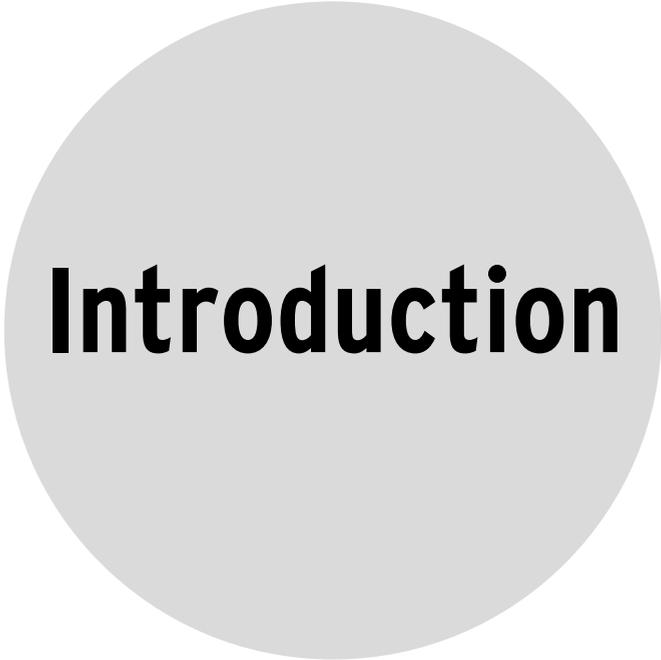
CHAPITRE 1 – LA CONSTRUCTION PSYCHIQUE	13
1. Le narcissisme primaire.....	15
2. Dépendance et détresse originelle: <i>Hilflosigkeit</i>	18
3. Les angoisses et les défenses primitives: techniques de survie.....	21
4. Relation d'objet et subjectivation.....	26
CHAPITRE 2 – LA DYNAMIQUE LIBIDINALE	31
1. Le modèle de la pulsion.....	33
2. La sexualité infantile.....	35
3. Les modes d'organisation libidinale.....	37
CHAPITRE 3 – L'ORGANISATION ŒDIPYENNE	53
1. Les théories sexuelles infantiles: un travail de figuration.....	55
2. L'Œdipe précoce.....	60
3. Le conflit œdipien.....	63
CHAPITRE 4 – LE TRAVAIL PSYCHIQUE DE LA LATENCE	71
1. Enjeux psychiques de la latence.....	74
2. La solution post-œdipienne symbolisante: identifications, sublimations.....	77
3. Structuration des instances: le surmoi post-œdipien et l'idéal du moi.....	81
4. De la capacité à jouer au plaisir d'apprendre.....	84
5. L'interdit de savoir.....	86
CHAPITRE 5 – LE PUBERTAIRE ET L'ADOLESCENCE	89
1. Poussée pulsionnelle et corporéité: la puberté.....	91
2. Les remaniements psychiques: la problématique de séparation.....	94
3. Rituels d'initiation et subjectivation.....	97

Deuxième partie
Le fonctionnement psychique des organisations psychopathologiques

CHAPITRE 6 – ANGOISSE, DÉFENSES ET SYMPTÔMES	101
CHAPITRE 7 – LES CLASSIFICATIONS : HISTOIRE ET CONTROVERSES	107
1. Les classifications internationales : DSM, CIM	109
2. La classification française : CFTMEA	110
CHAPITRE 8 – L'AUTISME	113
1. Controverses et débats	115
2. Le « spectre » autistique	118
3. Caractéristiques générales	119
4. Les signes précoces de l'autisme	123
5. Les théories psychanalytiques	125
CHAPITRE 9 – LES TROUBLES PSYCHOTIQUES	139
1. Histoire et classification	141
2. Principaux troubles psychotiques	142
3. Approche sémiologique	146
4. Le fonctionnement psychique psychotique	152
5. Maïssa et la bouche du ventre	156
CHAPITRE 10 – LES TROUBLES NÉVROTIQUES	159
1. Caractéristiques générales	161
2. Fonctionnement psychique	163
3. Les troubles anxieux	164
4. Les phobies de l'enfance	166
5. Les troubles hystériques	170
6. Les troubles obsessionnels	172
CHAPITRE 11 – LES PATHOLOGIES LIMITES	175
1. Diversité des figures cliniques	177
2. Psychopathologie et fonctionnement psychique	178
3. L'organisation en faux self	185
4. Modalités relationnelles limites : entre tyrannie et violence	186

Troisième partie
L'approche psychothérapeutique

CHAPITRE 12 – LES PSYCHOTHÉRAPIES PSYCHANALYTIQUES AVEC L'ENFANT.....	193
1. Les psychothérapies psychanalytiques avec l'enfant.....	195
2. Le travail avec des enfants autistes et psychotiques.....	198
3. L'aventure psychothérapique: Tom et les monstres	203
 CHAPITRE 13 – LE JEU ET LE TRAVAIL DE SYMBOLISATION	 211
1. Jouer?	213
2. Le jeu dans l'économie psychique de l'enfant.....	214
3. Les conditions du jeu: un paradoxe winnicottien	215
4. Mise au travail de la symbolisation: une séance avec Julie	217
5. Du partage des aires d'illusion à la fonction révante	219
 CHAPITRE 14 – LE DESSIN EN PSYCHOTHÉRAPIE AVEC L'ENFANT.....	 221
1. Introduction: l'étude du dessin de l'enfant	223
2. Écouter l'enfant dessiner: un travail de représentation et de mise en forme	224
3. Le <i>squiggle</i> , l'aire de l'informe et la créativité primaire.....	227
4. Figurabilité des angoisses archaïques dans le dessin	229
 <i>Conclusion</i>	 233
<i>Bibliographie</i>	237
<i>Index des auteurs</i>	251
<i>Index des notions</i>	253



Introduction

Pour aborder la psychopathologie de l'enfant, il faut en premier lieu disposer d'une théorie permettant d'appréhender l'économie psychique de l'enfant, son fonctionnement psychique, les conflits qu'il traverse et les crises qu'il surmonte. L'abord de la psychopathologie de l'enfant s'appuie ici sur un socle théorique référé à la psychanalyse, qui se veut une synthèse cohérente et non pas un état des lieux juxtaposant différents points de vue selon différents auteurs. Les ressources bibliographiques se réfèrent aux auteurs classiques mais aussi aux recherches les plus contemporaines en psychopathologie psychanalytique de l'enfant.

À l'opposé de l'athéorisme de certaines approches, cet ouvrage propose une théorie du développement psychique de l'enfant selon le modèle psychanalytique du fonctionnement psychique, sur laquelle puisse se baser une psychopathologie au plus près de la clinique. Celle-ci est dominée par la question du sens et de la fonction du fait psychique, compris au sein même de l'économie psychique de l'enfant et dans le respect de sa complexité. C'est le point de vue processuel qui est privilégié, dans sa dimension dynamique, plutôt qu'une approche structuraliste trop figée pour la psychopathologie de l'enfant. La question des classifications est discutée dans cette perspective, pour une psychopathologie de l'enfant qui se réfère à la psychanalyse.

L'approche psychanalytique du fonctionnement psychique s'appuie sur la notion de conflit psychique selon le triple point de vue métapsychologique : dynamique, économique et topique. Elle se caractérise par les particularités du mode de relation d'objet, la nature des angoisses, les mécanismes de défense utilisés et l'expression symptomatique privilégiée. La pulsion et la sexualité infantile sont prises en compte dans leur rôle fondamental dans la vie psychique. La psychopathologie est donc d'un abord complexe, à l'image du fonctionnement psychique, et qui ne se réduit pas à la seule symptomatologie. Car celle-ci n'a de sens que si l'on considère l'ensemble du fonctionnement psychique. C'est cette dimension holistique du sujet qui sera détaillée dans le cadre du développement psychique normal de l'enfant et dans le cadre de la psychopathologie.

Le plan en trois parties reflète ces choix théoriques et cliniques, en donnant la part belle à une théorie du développement psychique de l'enfant, base des enseignements universitaires. Cette exploration mène du narcissisme primaire chez le nourrisson aux remaniements psychiques de l'adolescence, en passant par les angoisses et les défenses primitives et le début de la subjectivation, les modes d'organisation de la pulsion, la sexualité infantile, le conflit œdipien et les enjeux du travail psychique de la latence. Dans une deuxième partie, la psychopathologie est abordée

préférentiellement sous l'angle du compromis et du traitement psychique, dans une visée dynamique. Les troubles de l'enfant sont présentés d'un point de vue sémiologique, avec le souci de donner des traductions cliniques des différentes manifestations évoquées. Le fonctionnement psychique de chaque organisation psychopathologique est expliqué synthétiquement, apportant des précisions métapsychologiques sur la conflictualité psychique propre à chacune d'elles : le jeu des forces en présence, la nature des conflits, les modes de traitement psychique et les défenses associées, la pulsionnalité à l'œuvre, etc. Sont ainsi présentés l'autisme, les troubles psychotiques, les troubles névrotiques et les pathologies limites de l'enfance. Outre la volonté d'apporter un éclairage à la compréhension des formes primitives de la vie psychique, à travers l'étude des angoisses et des défenses archaïques, nous prenons le parti d'approfondir la problématique psychique des états autistiques et psychotiques. Une large part est ainsi accordée à l'autisme en tant que représentant les modalités d'entrave précoce à la vie psychique, mais aussi comme modèle des débats et controverses qui concernent l'ensemble de la psychopathologie de l'enfant. Enfin, dans une troisième partie c'est l'abord psychothérapeutique qui est étudié, à travers la spécificité des psychothérapies psychanalytiques avec les enfants en général, et les particularités et difficultés du travail clinique avec les enfants autistes et psychotiques. Deux chapitres proposent d'explorer la place et les fonctions accordées au jeu comme au dessin en psychothérapie de l'enfant. Des extraits d'illustrations cliniques du travail psychothérapeutique viennent rendre compte de manière vivante de ces processus au sein du transfert.

Les étudiants en psychologie clinique et les professionnels de l'enfance trouveront dans cet ouvrage des pistes de compréhension et de réflexion en appui constant sur la clinique et la pratique psychothérapeutique. Ce manuel, très complet pour l'enseignement de la psychopathologie de l'enfant, sera très utile également pour toute psychopathologie référée à la psychanalyse, avec l'approche théorique très détaillée du développement psychique qui est proposée.

Première partie

**Approche théorique
du développement psychique
de l'enfant**

Chapitre 1

La construction psychique



Sommaire

1. Le narcissisme primaire	15
2. Dépendance et détresse originelle : <i>Hilflosigkeit</i>	18
3. Les angoisses et les défenses primitives : techniques de survie	21
4. Relation d'objet et subjectivation	26

1. Le narcissisme primaire

Le narcissisme primaire désigne le premier narcissisme de l'enfant, qui se prend lui-même pour objet d'amour avant de choisir des objets extérieurs. Dans cet état l'enfant a l'illusion que tout ce qui arrive provient de lui et qu'il n'est pas différencié du non-soi. La qualité du narcissisme primaire dépendra des soins matériels et psychiques donnés par la mère-environnement, et lui assurera une sécurité fondamentale de base. C'est à partir de ces premières assises narcissiques que se constituera le moi-peau, première enveloppe psychique. Le narcissisme secondaire désignera quant à lui un retournement de la libido sur le moi, après un retrait de celle-ci de ses investissements objectaux.

Il faut distinguer deux versions du narcissisme primaire dans l'œuvre de Freud, qui alimentent les débats et controverses actuelles concernant le statut de l'objet dans cet état. Dans un premier temps (1910-1914) le narcissisme primaire a une dimension objectale originaire puisqu'il est constitué des deux objets sexuels originaires de l'enfant : lui-même et la femme qui lui donne ses soins (Freud, 1914). Après 1920, avec l'avènement de la deuxième topique, Freud rapproche le narcissisme primaire d'un état premier de la vie, antérieur à la constitution du moi, apparenté à la vie intra-utérine. Ce « narcissisme primaire absolu » (Freud, 1938) se situerait avant que le moi commence à investir libidinalement les représentations d'objets. La libido narcissique ne sera transposée que secondairement en libido d'objet. La deuxième version du narcissisme primaire en fait donc un état primitif « anobjectal », renvoyant à la « monade originaire », indifférenciée.

Cette conception du narcissisme primaire est largement répandue, mais elle est récusée par un certain nombre d'auteurs, particulièrement à propos du caractère « anobjectal » de cet état. Or Freud disait bien, dans sa première version que le narcissisme primaire a dès le début une dimension objectale puisqu'il est issu d'un auto-érotisme étayé sur la satisfaction procurée par la mère et par ses soins. C'est l'« action spécifique » de l'objet qui va apaiser les tensions de son enfant et satisfaire ses besoins.

Winnicott (1945) a particulièrement mis l'accent sur le rôle des interactions avec l'environnement dans la constitution du narcissisme de l'enfant. Par sa façon de porter l'enfant (*holding*), de le manipuler (*handling*) et de lui présenter le monde et les objets (*object presenting*), la mère lui offre une continuité suffisamment adaptée qui assurera les premiers sentiments de cohésion du self. De même que dans le miroir que son visage renvoie à son enfant, il n'y a pas qu'une pure réflexion dénuée d'intériorité, mais

il y a, comme dit Winnicott, sa psyché, ses fantasmes, son histoire, etc. (Winnicott, 1971b). Le retour réflexif de la mère est lui-même empli de projections. Le mouvement d'introjection par l'enfant va alors en retour alimenter son moi, dans le sens où elle ne revient jamais les mains vides, mais ramène des contenus projetés de l'objet (Denis, 2012).

M. Klein (1944) postule l'existence d'un moi précoce capable de relations objectales dès le début. Il existe selon elle un amour d'objet primaire. Quand elle évoque le narcissisme, celui-ci est secondaire, constitué par le retrait de la libido sur des objets internes. M. Balint (1937) considère également qu'il y a d'emblée des relations d'objet. Le narcissisme ne s'observerait que comme compensation à la défaillance de l'objet. Le sujet se replie alors narcissiquement, faute de mieux, face à un objet frustrant.

Laplanche (1987) présente une théorie de la séduction généralisée dans laquelle il y a de l'objet dès le début. Les soins de la mère sont compromis par l'inconscient maternel (le sexuel refoulé), dès le départ. Les messages énigmatiques provenant de l'objet soumettent déjà l'enfant à une tâche de traduction qui ne cessera de composer avec l'autre de l'objet (l'altérité de l'autre, cf. Laplanche, *Le primat de l'autre*, 1992). Cela va dans le sens de l'idée de Freud d'une source complètement exogène du narcissisme : selon lui l'amour des parents pour l'enfant n'est rien d'autre que leur narcissisme. Le premier narcissisme provient donc déjà de l'autre. Et c'est précisément d'une « inadéquation des langages » (Laplanche, 1987, p. 129) entre l'enfant et l'adulte et entre l'adulte et son propre inconscient (rapport à l'altérité interne), que naît la source du pulsionnel : les restes intraduits des messages énigmatiques constituent ainsi les « objets-source de la pulsion » (*ibid.*, p. 128).

Au fond, pour aussi mythique que soit ce stade hypothétique de la libido infantile, qui serait « anobjectal », ce qui compte, c'est le fantasme de cet état, qui lui existe bel et bien. La réalité psychique de ce fantasme se rencontre ainsi fréquemment dans la clinique, en dehors de toute pathologie (Neau, 2004). On peut rapprocher ce fantasme des fantasmes originaires, tel le fantasme de retour intra-utérin, qui aussi mythique soit-il n'en pèse pas moins dans la réalité psychique et la construction psychique du sujet (Ferenczi, 1924).

Il serait donc plus raisonnable d'envisager que l'apparition simultanée d'une première ébauche du moi et son investissement par la libido n'exclut pas pour autant tout investissement objectal, même partiel. D'autre part, les observations des nourrissons et les travaux actuels tendent à montrer que le bébé traverse différents états qui ne s'annulent pas entre eux, entre

fermeture narcissique et ouverture objectale. On peut dire ainsi que le bébé est parfois en interaction avec un objet, aussi rudimentaire en soit sa représentation, et qu'il est parfois en position de repli, hors de toute reconnaissance de cet objet. Il est probable que les expériences de satisfaction comme la tétée accentuent l'illusion de « monade originaire » indifférenciée, où le bébé est le sein-mère, et que les expériences de manque et de frustration font exister l'objet, par son absence. Mais il est tout aussi vrai que les états d'éveil du bébé, particulièrement après une expérience de satisfaction, permettent à celui-ci d'appréhender l'objet dans sa réalité même partiellement différenciée, et d'entrer en interaction avec lui. Il semblerait qu'il y ait ici une question de dosage et d'intensité. En effet, des moments de frustration trop intense peuvent à l'inverse plonger le bébé dans des vécus d'indifférenciation et de fragmentation douloureux. La répétition des expériences de satisfaction, dans leur rythmicité et dans le partage d'affects de plaisir qu'elles supposent, permet au bébé de se vivre dans une forme de rassemblement et de cohésion. *A contrario* les éprouvés liés aux agonies primitives qui ne cessent de menacer font vivre au bébé des expériences de fragmentation et de désintégration.

Dire que la monade symbiotique est le summum de la béatitude nirvanesque est une illusion fréquemment partagée. Les vécus de terreurs causés par la crainte de réengloutissement par l'objet dans les états psychotiques symbiotiques décrits par M. Mahler témoignent de l'envers de ce tableau idyllique. M. Klein fut l'une des premières à décrire chez des enfants psychotiques des fantasmes d'un intérieur du ventre maternel terrifiant, rempli de mauvais objets persécuteurs, loin de la paisible régression océanique dont parle Ferenczi (1924), qui occulte les inquiétantes et obscures profondeurs abyssales.

Des auteurs ont pourtant développé l'idée d'un stade narcissique anobjectal, faisant état d'un stade autistique précoce normal : autisme primaire normal pour F. Tustin, stade autistique pour M. Mahler, stade de non-différenciation anobjectal pour R. Spitz. Il est à noter que ces auteurs partent du champ de la pathologie, particulièrement des pathologies autistiques et psychotiques. Leur postulat de base est que ces pathologies résultent de la fixation à des modes de défense très primitifs, normaux dans le développement du bébé, mais pathologiques dans leur maintien et leur généralisation, en raison de facteurs complexes et multiples. L'hypothèse d'une position autistique précoce normale permet donc d'évoquer des défenses très primitives, en deçà de celles qui donnent de l'épaisseur à l'objet, un intérieur, comme dans l'identification projective. Ces défenses (identification

adhésive, démantèlement) ne reconnaissent pas l'objet ou tentent de le nier en niant la séparation d'avec lui. Comme toutes défenses, elles sont régulièrement mises en échec, même dans l'autisme le plus « réussi » : lorsque l'objet menace dans son existence, et qu'il est de ce fait reconnu comme tel, et suscite des crises de *temper tantrum* en réaction (rage-angoisse corporelle de l'enfant : Haag, 1995). L'objet n'est certes pas reconnu comme tel, mais le non-moi existe, ne serait-ce que par la menace qu'il exerce.

2. Dépendance et détresse originelle : *Hilflosigkeit*

Dès la naissance, l'enfant humain prématuré est dans un état de dépendance absolue, incapable de se venir en aide ni de subvenir à ses besoins (comme la faim). Freud qualifie cet état de détresse originelle : *Hilflosigkeit* (Freud, 1932). Cette détresse, d'abord physique, motrice, du fait de l'incapacité du nourrisson à exercer une « action spécifique », est étendue par Freud à une détresse psychique, faisant état d'une psyché incapable d'autocontenance ni de pare-excitation. Cette détresse psychique est liée à la non-organisation de la vie psychique, où le bébé est sans cesse menacé par un chaos originel et des angoisses archaïques vitales de type agonies primitives (Winnicott, 1974), qui sont des angoisses de désintégration à éprouvés corporels comme la crainte de ne pas cesser de tomber, la fragmentation, la liquéfaction, etc. Les premiers points d'appui du bébé seront les soins physiques et psychiques de la mère, qui lui permettront de constituer des axes corporels et une première enveloppe psychique (moi-peau). À cela il faut ajouter la ressource interne primordiale du bébé d'halluciner le sein à partir de l'expérience de satisfaction et à condition de l'avènement de la représentation de l'objet absent (pas de sein = une pensée). Le bébé est certes dans un état de dépendance totale, mais il n'est pas si passif que ça, comme en témoigne l'hallucination primitive. Mais si le bébé dépend entièrement de son environnement pour survivre, on comprend toute l'importance de la qualité des soins premiers pour donner au bébé le sentiment continu d'exister (*being*, Winnicott). Les tensions internes sont pour le bébé autant d'empiétements qui font rupture dans sa continuité d'être, et que sa mère doit alors restaurer, rétablir. L'adaptation totale de la mère aux besoins du bébé va donc être nécessaire au départ. Winnicott qualifie de « préoccupation maternelle primaire » cet état particulier de la mère qui lui permet d'être adaptée et de s'identifier au bébé dans les premiers temps qui

suivent l'accouchement (Winnicott, 1956b). Il s'agit d'un état transitoire qui s'apparente à la passion amoureuse dans ses rapprochements avec la folie, et qui se caractérise par l'extrême sensibilité de la mère à tout ce qui provient de son bébé et son hyperadaptabilité à ses besoins. Cet état de la mère est nécessaire pour fournir au bébé un environnement initial de qualité suffisante, et les prémisses d'un sentiment de sécurité interne. Ce n'est que progressivement que la mère pourra n'être que « suffisamment bonne » (*good enough*), c'est-à-dire « juste assez » pour permettre à l'enfant de sortir en douceur de l'illusion du narcissisme primaire. L'illusion primaire, c'est la toute-puissance du trouver-crée, où l'enfant pense que c'est lui qui crée le monde, selon et au fur et à mesure de ses besoins : il a l'illusion de créer le sein au moment où celui-ci apparaît alors qu'il a faim. Cette illusion est soutenue par la concordance entre la présentation interne par l'hallucination primitive et l'apparition du sein dans la réalité externe. Selon Winnicott, l'aire d'illusion, ou aire intermédiaire, est à l'interface entre le « subjectivement conçu » et « l'objectivement perçu » (Winnicott, 1971d). De son existence et de sa possibilité dépendra la capacité à jouer de l'enfant. L'objet transitionnel se situe à cette interface, à mi-chemin entre le pouce et l'ours en peluche (Winnicott, 1951).

Dans l'état premier de dépendance absolue, le bébé a besoin que sa mère exerce pour lui une triple fonction : pare-excitante, contenante et symbolisante. L'état de détresse sous-entend donc l'omnipotence de la mère, car son action, sa présence, ses soins sont vitaux pour apaiser la tension interne créée par le besoin. D'où l'importance de la désillusion par désadaptation progressive de la mère à son bébé, qui s'avère tout aussi nécessaire que l'illusion primaire. D'une certaine manière, le bébé oppose sa propre toute-puissance, aussi illusoire soit-elle, à l'omnipotence de sa mère. L'illusion du trouvé-crée est fondamentale en ce qu'elle permet au nourrisson de sortir de l'état de détresse originelle, notamment par l'illusion de ne pas subir celle-ci passivement, mais de créer le monde qui est trouvé au-dehors. Cette possibilité active du nourrisson peut s'entendre comme une fonction traumatolytique (Ferenczi, 1933) contre l'*Hilflosigkeit*. La mère tolère cette toute-puissance de son bébé, le temps nécessaire, celui qui lui permettra de tolérer la désillusion. C'est notamment la survivance de la mère aux attaques destructrices de son bébé qui va permettre à celui-ci de réaliser que sa mère existe comme objet externe en dehors du champ de sa propre toute-puissance : l'objet passe de subjectivement créé à objectivement trouvé. On voit ici comment le psychisme ne peut se constituer que dans la relation à l'objet (André, 1999). C'est le primat de l'autre, défendu

par Laplanche (1992). Le mouvement corollaire de cette prévalence d'autrui sera un mouvement de fermeture sur soi, à l'image de la psyché, pas encore assez « fermée ». La tâche du bébé est de se constituer un espace psychique propre suffisamment clos et différencié, tout en étant d'abord contenu par des enveloppes psychiques extérieures.

Freud décrit une fonction de protection de l'appareil psychique, qu'il nomme pare-excitation (1920), et qui fonctionne comme un filtre à double feuillet, permettant de filtrer les excitations et stimuli externes, en les fractionnant grâce à un dispositif de désinvestissement périodique du système perception-conscience. Car, pour pouvoir être traitée et utilisée, l'énergie provenant des excitations doit être fractionnée en petites quantités. Cette fonction protectrice qui permet également de filtrer les excitations internes, pulsionnelles, n'est pas constituée chez le nouveau-né. Elle ne le sera que très progressivement, par intériorisation de cette fonction exercée par la mère. La mère protège son enfant des stimuli externes trop forts, en l'éloignant mais également en mettant du sens à ce qui advient, nommant les choses comme les ressentis et les affects supposés. Elle fait de même avec les excitations internes de son bébé, qu'elles soient reliées à des tensions, des besoins, des douleurs, comme à des affects de plaisir et de bien-être. Mais cette fonction n'est pas que protectrice, elle est tout aussi stimulante mais de façon modérée, dans le sens où la mère fait exister le monde pour son bébé en veillant à ce qu'il lui soit présenté par « petites quantités », assimilables, traitables par lui. Elle lui apprend également à tolérer de plus grandes quantités d'excitation, sans en être débordé et en préservant ses capacités de récupération. Les jeux de chatouille et de surprise initiés par la mère en sont un bon exemple. La désillusion par la mère s'accompagne de ces micro-frustrations progressivement dosées, de l'allongement du temps d'attente, comme de l'augmentation des quantités d'excitation gérables par le bébé. L'effet de cette fonction maternelle est de contenir le bébé, ses angoisses, ses vécus parcellaires et morcelés, en les rassemblant dans une expérience consensuelle à laquelle elle donne un sens, voire une valeur de communication. Pour Bion (1962), la mère met ainsi à disposition de son bébé son appareil psychique, de manière à traiter ce « bombardement de sensations » auquel est soumis le nourrisson. En lui prêtant, en quelque sorte, son « appareil à penser les pensées », elle exerce auprès de lui une fonction de moi auxiliaire. C'est ce que Bion a formalisé comme étant la « fonction alpha maternelle », qui s'accompagne de l'indispensable capacité de rêverie maternelle. Cette fonction sera progressivement intériorisée par le bébé, qui deviendra capable de penser ; mais il a d'abord besoin que sa mère

exerce cette fonction pour lui. Par un processus de métabolisation, la mère traduit et transforme les éléments bêta, éprouvés corporels bruts, stimuli, excitations internes comme externes, en éléments alpha, pensables, psychisables. C'est une activité de liaison, qui va permettre de relier les éprouvés corporels aux objets de satisfaction, et de relier des éléments psychiques entre eux. Cette transformation s'opère par le langage, les représentations de mots que la mère offre au bébé et qui mettent du sens sur les choses, mais aussi par ses réponses agies, son comportement et les affects qu'elle partage avec lui. Enfin, elle se fait également par la rêverie maternelle, qui est symbolisante. C'est dans la rêverie maternelle que s'inscrit la vie psychique du nourrisson. Il faut entendre par rêverie maternelle « un état d'esprit réceptif à tout objet provenant de l'objet aimé, [...] capable d'accueillir les identifications projectives du nourrisson », et qui fait appel à la fonction de digestion psychique maternelle (Bion, 1962, p. 54). La capacité de rêverie se rapproche de la capacité à jouer, qui sera une condition pour pouvoir prendre plaisir à l'activité de penser.

La mère porte son bébé physiquement, mais elle le porte aussi psychiquement, dans sa psyché. C'est la double fonction du *holding* telle que Winnicott l'a décrite. Selon lui le bébé se trouve dans un état de non-intégration primaire, et il est tout le temps au bord d'angoisses inimaginables d'annihilation. Ce portage physique et psychique, si important pour donner au nourrisson un sentiment de continuité d'existence, s'accompagne du maniement du bébé par la mère (*handling*), soit une fonction de maintenance. Nous avons vu que la mère introduisait également progressivement le monde et ses objets au bébé, y compris le père, de façon à lui permettre de les intégrer en douceur (*object presenting*).

3. Les angoisses et les défenses primitives : techniques de survie

L'état de prématurité psychique et de non-intégration du bébé fait qu'il est menacé par des angoisses archaïques vitales. L'état anorganique est encore près, et il faut beaucoup d'énergie et d'élan vital pour se développer et vivre. Des auteurs comme D. W. Winnicott (1952, 1962, 1971, 1974), M. Klein (1932, 1946), W. Bion (1967) ou plus récemment E. Bick (1968), F. Tustin (1981, 1989), G. Haag (1984), ont décrit ces angoisses impensables, inimaginables, véritables « terreurs sans nom » qui mettent en péril

le nourrisson. L'expression de Winnicott d'« agonies primitives » suggère le caractère de détresse extrême mettant en danger la survie psychique : se morceler, ne pas cesser de tomber, ne pas avoir de relation avec son corps, se désintégrer, se liquéfier, exploser, etc. Ce qui caractérise ces angoisses archaïques, c'est leur irréprésentabilité. L'état de prématurité psychique du nourrisson fait qu'il ne peut pas les « inscrire » psychiquement, donc il ne peut pas se les représenter. « Quelque chose a eu lieu qui n'a pas de lieu », commente J.-B. Pontalis (1975, p. 197), soulignant ainsi le paradoxe d'une expérience qui n'a pu s'inscrire qu'en négatif, faute d'avoir pu trouver son lieu psychique. Ces angoisses ne sont donc pas mémorables, elles ne peuvent pas être mises au passé puisque d'une certaine manière elles ne s'intègrent pas dans le présent. Elles ne peuvent qu'être répétées dans la clinique, dans le transfert de la relation au thérapeute. Selon Winnicott, ce qui persiste chez le patient de ces angoisses archaïques c'est la crainte d'un effondrement imminent, au sens de l'effondrement des défenses et de la désintégration. Le sujet craint de s'effondrer sans savoir qu'il a déjà vécu cet effondrement originaire, qu'il ne peut se remémorer. Cette expérience a laissé un vide dans le psychisme du bébé, une lacune, un blanc (*gap*). La clinique du négatif, comme les moments de vide, sensations de froid, révèle l'existence de ces effondrements originaires liés à des agonies primitives (Green, 1980, 1993).

Ces angoisses sont normalement tenues à l'écart par la mère, grâce à ses capacités de contenance des angoisses de son bébé (*holding*, fonction alpha). Mais la mère ne peut pallier la totalité de ces angoisses, et le bébé trouvera en lui-même des moyens pour y faire face, des défenses primitives. Si les défaillances de l'environnement dans ses fonctions contenantes et adaptatives aux besoins propres du bébé (ce que Winnicott nomme l'environnement-facilitant) sont trop massives ou trop répétées, elles risquent d'obliger le bébé à avoir recours de façon excessive à ces défenses, comme autant de réactions à ces empiètements, qui sont délétères pour son développement. Pour Winnicott l'organisation des défenses primitives vient « éviter la répétition d'une angoisse impensable ou [lutter] contre le retour de l'état confusionnel aigu qui accompagne la désintégration d'une structure naissante du moi » (Winnicott, 1971, p. 135).

L'identification adhésive, le démantèlement, les phénomènes de seconde peau, les agrippements autistiques, le clivage, sont autant de manœuvres défensives qui permettent de lutter contre ces angoisses. Il faut les entendre comme des techniques de survie. La méthode d'observation des nourrissons d'Esther Bick (1964, 1968) a permis de décrire en nuance ces phénomènes

d'automaintien musculaire, fonctionnant comme une seconde peau venant pallier les défaillances du sentiment de première peau contenant. On décrit également des agrippements sensoriels, à la lumière, à un son, à une sensation tactile, à l'effet produit par un mouvement, comme une manière de lutter contre la désintégration. Ce sont ces techniques d'agrippement, alors qualifiées d'autistiques, qui sont largement utilisées par les enfants autistes. S'ils assurent temporairement la survie psychique, ils entravent cependant sérieusement le processus de naissance à la vie psychique, par un retrait excessif sur soi-même, un déni de l'extérieur et une dissociation de toute consensualité possible (Ciccone, L'hôpital, 1997). Le point de vue économique a ici toute son importance, puisque c'est la quantité, la durée et l'intensité des manifestations autistiques en comparaison avec des périodes de fonctionnement psychique plus ouvertes à l'autre, qui augurera de l'installation dans un autisme pathologique ou qui fera de ces manœuvres défensives de simples retraits autistiques transitoires.

Contrairement à l'auto-érotisme, qui suppose l'existence de représentations liées à la remémoration de l'expérience de satisfaction (pensées, fantasmes, rêverie), plus proche en cela de l'intériorité psychique et de l'aire transitionnelle, l'autosensualité concerne exclusivement des sensations qui sont surinvesties défensivement pour maintenir une continuité d'existence, pour lutter contre des angoisses primaires d'anéantissement. Il s'agit de se sentir et de survivre dans l'autosensation. Toute intériorité des objets comme du self est déniée. On peut se représenter l'agrippement à l'autosensualité comme le fait de se rattraper à quelque chose dans sa chute. Piera Aulagnier (1985) décrit très bien ces expériences chez le sujet « au bord du gouffre », comme retenu dans le vide par la main agrippée au rocher, pour qui tout se concentre sur un point sensoriel : il devient tout entier cette sensation de la jonction entre la main et la roche, et sa survie dépend de sa capacité à s'identifier à cette sensation continue de contact (qualifiée de représentation pictographique).

Les stéréotypies autistiques s'entendent à la fois comme la production de « formes motrices » et comme une tentative de survie face à la menace d'une angoisse annihilante, par une réaction d'agrippement en l'absence de « peau psychique ». Les observations des nourrissons permettent des comparaisons avec ces réactions d'agrippement. G. Haag (1984) met ainsi en relation les premiers niveaux d'identification narcissique et les angoisses archaïques. Dans différentes situations qui exposent le bébé à des angoisses de chute (mise à nu au moment du change, flottement dans le bain, *holding* différent), on observe des réactions d'agrippement :

suçotement agrippé du poing dans la bouche, agrippement musculaire par tension des membres ou trémulation, agrippement visuel à une lumière ou à un son, etc. Ces agrippements tout comme les stéréotypies pour l'enfant autiste sont pour le nourrisson des techniques de survie, qui permettent de lutter contre des agonies primitives. Elles sont sous-tendues par l'identification adhésive et le démantèlement. Cette première position psychique est pour cette raison communément appelée position autosensuelle ou adhésive.

D. Meltzer (1975) décrit le démantèlement comme une défense primitive que l'on retrouve largement utilisée dans l'autisme, et qu'il définit comme la capacité de suspendre l'attention dans un état de non-mentalisation, qui permet aux sens d'errer chacun vers son objet le plus attractif de l'instant, annulant le reste des perceptions. L'objet est alors appréhendé selon un mode unique de perception sensorielle. Cette défense réalise une dissociation de la consensualité des éléments sensoriels, destinée à empêcher la réunion des objets, et donc empêcher la capacité d'introjection des objets intégrés. Il s'agit d'une sorte de clivage passif qui démantèle le moi en ses capacités perceptuelles séparées : le voir, le toucher, l'entendre, le sentir, etc. Les objets ne sont donc pas appréhendés en tant que tels mais réduits à une qualité de surface. Mais c'est aussi son organisation mentale que l'enfant laisse tomber passivement en morceaux : toute cohésion du moi, aussi rudimentaire soit-elle, cesse alors temporairement d'exister. L'objectif du démantèlement est de nier toute séparation du moi et de l'objet, de nier toute intériorité au self et à l'objet, et d'effacer toute souffrance psychique en s'absentant à soi-même. Les relations d'objets sont alors de type bidimensionnel, comme une mise à plat du self et de l'objet, tandis que l'animé et l'inanimé sont rendus indistincts. Le moi tend à rester dans un état de fusion très primitif avec son objet externe au moyen du fantasme d'agrippement ou d'adhésion.

L'identification adhésive constituerait une forme archaïque de relation d'objet avant la constitution d'un contenant psychique. Elle consiste en une adhésion de surface, un collage aux qualités de surface des objets. Elle se manifeste par les réactions d'agrippement précédemment décrites. Elle permet de lutter contre les éprouvés catastrophiques liés aux expériences de séparation. Comme défense pathologique, l'objectif est de dénier toute intériorité de l'objet, comme s'il était dépourvu de volume. C'est ce type de défense qui sous-tend le besoin d'immuabilité de l'enfant autiste. Elle empêche aussi le développement des pensées, la reconnaissance des affects, la vie fantasmatique.

Les angoisses et les défenses qui font suite à cette première position psychique vont davantage intégrer l'intériorité et la profondeur de l'objet et du monde, et témoigner d'un niveau d'intégration psychique plus élaboré, où dominent l'espace tridimensionnel et l'identification projective. M. Klein (1946) a largement décrit les angoisses persécutrices qui caractérisent la position schizo-paranoïde, et qui génèrent des défenses comme le clivage (du moi et des objets : bons/mauvais), le déni, l'idéalisation, la projection. L'identification projective marque les processus défensifs et identificatoires. Il ne s'agit plus de coller à l'objet pour maintenir un sentiment précaire d'identité, comme dans l'identification adhésive, mais de pénétrer à l'intérieur de l'objet, avec le fantasme d'être hébergé par lui, de projeter ses contenus à l'intérieur, comme les contenus clivés « mauvais », persécuteurs, mais aussi de le contrôler de l'intérieur. En retour, l'enfant est assailli d'angoisses d'intrusion provenant directement du retour de ce qui a été projeté dans l'objet et que le sujet ne reconnaît pas comme sien. L'objet externe devient une extension du moi. Mais en retour, par identification, les objets incorporés conservent leur altérité, aliénant le moi à la manière d'un corps étranger interne. L'identification projective permet le maintien de l'illusion d'une frontière commune entre le sujet et l'objet. La relation d'objet va donc être caractérisée par la symbiose, où règnent l'emprise, le contrôle omnipotent, voire la tyrannie. Cette position psychique schizo-paranoïde est également nommée symbiotique (Mahler, 1970) en raison de l'illusion de symbiose entre le sujet et l'objet, comme si l'objet était un prolongement de soi, mais générant également une confusion entre ce qui est (à) soi et ce qui est (à) l'autre. En retour justement, la crainte des représailles par l'objet va alimenter les angoisses de persécution et d'intrusion. Mais l'identification projective est structurante car ce sont aussi des contenus considérés comme « bons » qui sont projetés, et auxquels le sujet s'identifie également. Elle est utile au développement de l'enfant car elle lui permet d'évacuer des contenus terrifiants dans sa mère, qui aura pour tâche de les détoxiquer et de les métaboliser afin qu'il puisse les réintrojecter (fonction alpha maternelle). En revanche elle peut être pathologique si elle est utilisée excessivement, et si l'introjection en retour d'un objet persécuteur menace par trop l'intégration du moi. Dans ce dernier cas, c'est l'intrusion et la destruction qui dominent.

4. Relation d'objet et subjectivation

Peut-on faire la genèse des relations d'objet ? Nous avons vu qu'un stade purement anobjectal était contesté par un certain nombre d'auteurs, et que le vécu primitif du bébé oscillait sans doute entre des mouvements de fermeture narcissique et d'ouverture objectale. Ces relations primitives d'objet concernent d'abord des objets partiels, et il faudra du temps avant que l'objet ne soit total, réunifié. Ce sera l'enjeu principal de la position dépressive décrite par M. Klein (1934, 1940). La différenciation du moi et du non-moi sera d'abord la condition d'un premier sentiment de subjectivité. Plusieurs auteurs décrivent ce processus précoce de subjectivation.

La reconnaissance progressive par l'enfant du monde extérieur et de l'objet maternel se fait progressivement, respectant une nécessaire illusion primaire. Selon R. Spitz (1965), des témoins permettent d'attester de l'évolution et de l'organisation des relations objectales suivant des « organisateurs » qui sont des phases critiques et vulnérables du développement psychique, et qui dévoilent une « structure psychique nouvelle ». Spitz décrit ainsi trois expériences organisatrices qui témoignent de l'évolution de la relation mère-enfant. L'apparition du sourire du bébé en réponse à la vue du visage humain vient témoigner d'une première différenciation non seulement entre le moi et le non-moi, mais aussi de l'établissement de la première relation objectale privilégiée avec l'humain, même si elle demeure encore peu différenciée. Le second organisateur est la reconnaissance par l'enfant de l'identité maternelle, distinguant de ce fait le familier de l'étranger, et caractérise l'instauration de la relation privilégiée au premier objet libidinal qu'est la mère. L'angoisse devant l'étranger, qui se manifeste de façon très caractéristique aux alentours du huitième mois, vient ainsi témoigner du partage effectué par l'enfant entre mère et non-mère, et de la crainte de perdre cette relation privilégiée. Enfin, l'acquisition du « non », dans la deuxième année, marque l'affirmation de la subjectivité de l'enfant, qui reconnaît et affirme un désir propre, différent de celui de ses parents reconnus en tant qu'autres sujets.

La plupart des auteurs distinguent la naissance biologique de la naissance psychique : celle-là est un événement, une coupure marquée par l'accouchement, tandis que celle-ci est un processus, une longue séparation qui permettra l'avènement de l'individu. L'individuation de l'enfant, en tant que sujet différencié, dépend de la reconnaissance progressive de l'objet en tant qu'autre sujet (objectivement perçu, et non plus assimilé à la création omnipotente du bébé). Cette reconnaissance dépend à son tour de

la possibilité de reconnaître et d'attester la séparation. M. Mahler (1970) élabore une conception du développement psychique comme un long processus de séparation-individuation qui suit plusieurs phases menant de l'indistinction primaire, où l'enfant est dans un système monadique clos, autosuffisant dans sa satisfaction hallucinatoire du désir, à une phase symbiotique dans laquelle le bébé est dans une unité duelle avec sa mère au sein d'une frontière commune (fantasme d'une peau pour deux comme membrane symbiotique). À ce stade, une relation symbiotique trop exclusive risque d'entraver l'individuation de l'enfant. Le processus de séparation-individuation ne commencera qu'à la sortie de cette phase symbiotique, et va comporter lui-même plusieurs paliers successifs. Le mouvement psychique au cœur de ce processus peut s'énoncer ainsi : l'individuation du bébé se fait par la séparation d'avec sa mère externe au moyen de l'internalisation de celle-ci comme représentation psychique interne. La constitution de l'objet interne est effectivement la condition de l'individuation, dans la mesure où elle suppose elle-même une élaboration de la position dépressive. C'est l'identification introjective qui œuvre dans ce processus de subjectivation. À la différence de l'identification projective, celle-ci a un effet identificatoire qui nourrit et développe le moi, puisqu'elle produit des objets intégrés au moi, assimilés et transformés par lui.

Mais le préalable de la constitution de l'objet interne, c'est d'abord sa sortie hors de l'illusion omnipotente du narcissisme primaire. Si l'objet est d'abord trouvé-créé, il doit ensuite survivre à la destruction pour pouvoir être utilisé (Winnicott, 1971d). C'est ce mouvement, qui mène de l'illusion primaire à la désillusion progressive, qui est soigneusement accompagné par la mère, et qui fait changer le statut de l'objet, qui passe alors de « subjectivement conçu » à « objectivement perçu ». Selon Lebovici, l'objet est d'abord investi avant d'être perçu (Lebovici, 1960). La survivance de l'objet est primordiale dans cette épreuve. Celui-ci doit survivre aux pulsions destructrices de l'enfant, c'est-à-dire ne pas exercer de représailles et rester présent, vivant et créatif, tout en accusant réception des attaques destructrices de l'enfant. C'est parce que l'objet survit à la destructivité qu'il devient extérieur, différencié du moi, et qu'il peut être « trouvé » par l'enfant dans le monde extérieur et utilisé en tant que tel. L'objet du fantasme est ainsi différencié de l'objet externe. La destruction est donc fondatrice de la réalité, dans la mesure où elle place l'objet hors du soi, fabriquant ainsi de l'extériorité. Freud disait que l'objet naît dans la haine (1915). M. Klein décrit l'ambivalence source de culpabilité dans la position dépressive : l'objet reconnu comme total suscite chez l'enfant de l'amour comme de

la haine, parce qu'il est frustrant et parce que l'enfant en est dépendant. Le « bon objet » jusque-là séparé du « mauvais objet » par le mécanisme de clivage, prépondérant dans la position schizo-paranoïde, va se trouver dès lors menacé. L'enfant craint que celui-ci ne survive pas à ses pulsions destructrices, et la culpabilité qu'il en ressent, liée à la crainte de perdre l'objet, lui fait ressentir des affects dépressifs qui lui permettent de mettre en place la « réparation » et la sollicitude à l'égard de l'objet. L'intégration de l'ambivalence par l'enfant est essentielle, car l'amour doit lui aussi survivre à la haine, au risque sinon du maintien du clivage pour séparer les deux. En s'organisant comme une véritable épreuve de réalité interne, le conflit d'ambivalence permet alors d'éprouver la fiabilité et la consistance de l'amour. Il permet l'instauration et la permanence d'un bon objet interne. L'avènement de l'objet interne est concomitant avec la reconnaissance de l'objet externe dans son altérité. La dépendance à l'égard de l'objet ne doit pas pour cela avoir été excessive et exclusive, car la haine de l'objet suscitée par cette dépendance risque d'être trop forte et ne pas permettre à l'amour d'y résister. D'où l'importance que la mère ne soit pas, ou ne reste pas, omnipotente, et qu'elle désillusionne progressivement son enfant tout en préservant son narcissisme. C'est ce qu'elle fait en tolérant l'existence chez son enfant de zones transitionnelles, hors de tout conflit, entre le monde interne et le monde externe, dans lesquelles la question du créé ou du trouvé par l'enfant ne se pose pas. S. Freud a fait une observation primordiale des ressources de l'enfant pour s'organiser avec ce sentiment de dépendance. Le jeu de la bobine, ou expérience du *fort-da*, illustre à merveille les potentialités de l'enfant, et devient le prototype de l'appropriation subjective (Freud, 1920). En jouant répétitivement à lancer une bobine attachée à une ficelle et à la faire revenir après qu'elle a disparu derrière les barreaux de son petit lit, l'enfant maîtrise activement, par le jeu, les absences répétées de sa mère. C'est avec jubilation qu'il se rend maître d'une situation qu'il subissait passivement jusqu'alors. Le jeu a une dimension symbolique essentielle de représentation de l'absence, qui s'accompagne justement de sa possible représentation par le langage : « parti, revenu » (*fort-da*). Cela permet à l'enfant de ne pas trop souffrir de la dépendance à l'égard de l'objet, lorsqu'il subit passivement les absences de la mère, soumis aux séparations imposées. En devenant actif, en prenant la main, l'enfant maîtrise lui-même, par le jeu, les absences et présences de sa mère, en la faisant partir et revenir lui-même, symboliquement. A. Freud (1946b) qualifie ce retournement d'identification à l'agresseur. Le jeu de la bobine a donc une fonction traumatolytique car il permet de soigner le traumatisme des absences répétées de la mère.

La répétition a ici une fonction de liaison, elle n'est pas que du côté de la déliaison. On voit également comment l'enfant n'est pas passif, et redouble d'ingéniosité pour gérer et traiter psychiquement cette dépendance à l'objet. La capacité d'être seul suppose l'instauration d'un objet interne suffisamment stable et sécure, un conflit d'ambivalence relativement intégré, qui permet d'être seul avec ses pulsions, et la disponibilité d'un espace psychique propre et clos. Elle procède d'abord de la capacité d'être seul en présence de la mère, ce qui suppose que celle-ci le tolère et ne soit pas trop intrusive, en laissant l'enfant jouer seul à ses côtés sans intervenir. Winnicott (1958b) décrit ce paradoxe qui fait d'une expérience particulière de la présence le préalable à la capacité de supporter l'absence. L'enfant a l'illusion active de créer le monde autour de lui. Ceci est essentiel pour les bases narcissiques de l'enfant car cela lui permet de résider dans son corps, en réalisant une unité psyché-soma qui est la base du self authentique. La désillusion progressive (et modérée) du fait des inévitables petites défaillances de la mère l'amène à remplacer l'illusion primitive par une aire intermédiaire : aire de la créativité primaire que Winnicott appelle l'aire transitionnelle (l'objet transitionnel, figuré par le doudou, en est le représentant). C'est pour l'enfant le lieu de projection de l'illusion (Winnicott la nomme également « aire d'illusion »), de l'omnipotence et de la vie fantasmatique. C'est cet « espace potentiel » qui deviendra l'aire de jeu.

