



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2012

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Inhibition et limites.

**Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} octobre 2012
Par *Eglantine MORRE***

Jury

Président : Monsieur le Professeur P. DELION
Assesseurs : Monsieur le Professeur L. VALLÉE
Monsieur le Professeur P. THOMAS
Monsieur le Docteur J.-P. DURAND
Monsieur le Docteur F. MEDJKANE
Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur F. MEDJKANE

Sommaire

I. Introduction **p 9**

II. Approche clinique **p 11**

II. A. Contexte de prise en charge	p 11
II. B. Motif de consultation	p 11
II. C. Situation familiale et scolarité	p 11
II. D. Antécédents médicaux	p 12
II. E. Evaluation du développement psycho-affectif	p 12
II. F. Anamnèse	p 12
II. G. Cadre de la prise en charge	p 13
II. H. Sémiologie	p 13
II. I. Contenu de quelques entretiens	p 18
II. J. Analyse des dessins	p 27
II. K. Evolution	p 36

III. Perspectives diagnostiques et repères nosographiques **p 39**

III. A. Déficience intellectuelle	p 39
III. B. Mutisme sélectif	p 44
III. C. Episode dépressif	p 47
III. D. Troubles névrotiques	p 55
III. E. Dysharmonie d'évolution	p 62
III. F. Conclusion	p 70

IV. Articulations théorico-cliniques **p 71**

- IV. A. Le développement précoce selon D. Winnicott p 71
- IV. B. Psychopathologie des troubles de Pierryck d'après l'œuvre de Winnicott p 85
- IV. C. Le développement précoce selon Françoise Dolto p 100
- IV. D. Psychopathologie des troubles de Pierryck sous l'abord des castrations
symboligènes p 113

V. Conclusion **p 121**

VI. Références bibliographiques **p 124**

VII. Annexes **p 131**

I. Introduction

Lors de mon premier semestre d'internat, un petit garçon, a suscité mes interrogations quant à son inhibition.

Par définition, l'inhibition interroge en raison de sa présentation en creux. L'étymologie nous apprend que le verbe inhiber dérive d'un emprunt au latin *inhibere* « arrêter, retenir » (1).

D'un point de vue psychopathologique, l'inhibition correspondrait, sur le plan intrapsychique, au fait de garder en soi ses pensées. Il est postulé que cette vie imaginaire cloisonnée serait vouée à un appauvrissement. Dans sa dimension extra-psychique, l'inhibition s'exprime par l'absence de partage d'idées avec autrui. Elle se traduit ainsi par un retrait relationnel. Conformément à son étymologie, il apparaît que l'inhibition questionne les limites entre intérieur et extérieur. Elle interroge aussi de fait l'investissement relationnel.

Historiquement, l'inhibition de la névrose obsessionnelle est décrite comme le résultat d'une éducation trop rigide (2). Des limites éducatives oppressantes auraient été d'abord introjectées et secondairement, elles paralyseraient l'imaginaire et la vie relationnelle de l'enfant en l'absence même d'intervention parentale réelle.

Pourtant, Pierryck, mon patient semblait grandir dans une famille où l'autorité était mise à mal.

Comment penser alors l'inhibition dans un contexte de défaut de limites ? Comment la comprendre ? Quelle fonction et quel sens porte-t-elle ?

Afin d'avancer sur la compréhension de cette sémiologie, nous avons choisi de travailler en appui sur une méthode articulant clinique et aspects théoriques. Le choix des références théoriques s'est porté sur les travaux de Françoise Dolto et Donald W. Winnicott. Ces deux auteurs, certes consensuels en pédopsychiatrie, étaient à la fois pédiatres et psychanalystes d'enfants. Ils ont théorisé des concepts psycho-dynamiques au sujet du

développement précoce de l'enfant tout en exerçant une activité clinique dense. Leur intérêt à la question des enfants s'inscrit au contact de ceux-ci et de leurs parents qu'ils ont accueillis. Ces références théoriques sont également celles auxquelles mes enseignants m'ont donné le goût de m'intéresser.

Enfin, ces travaux sont l'opportunité de m'interroger quant au savoir être et savoir faire de la pédopsychiatre que j'espère devenir.

Dans un premier temps, j'aborderai la situation clinique avec les diagnostics différentiels qu'elle amène à discuter.

La seconde partie se concentre sur les apports théoriques de Françoise Dolto et Winnicott ainsi que leur éclairage dans la psychopathologie des troubles de Pierryck.

II. Approche clinique

II. A. Circonstances de prise en charge

J'ai rencontré Pierryck lors de mes premières consultations d'interne au CMP de Seclin en 2009. Ce CMP coordonné par le Dr Hagneré rassemble une équipe pluridisciplinaire (psychomotriciennes, orthophoniste, pédopsychiatre, internes, psychologues...). Il propose aux enfants de 2 à 16 ans et à leurs parents des entretiens dans le cadre de l'activité du secteur du 59I05 dirigé par le Pr Delion. Des temps de synthèse hebdomadaires en équipe et des supervisions ont accompagné mon activité de consultation.

II. B. Motif de consultation

Un avis diagnostic et une prise en charge thérapeutique sont sollicités pour des troubles de l'endormissement associés à des troubles du comportement de type repli et opposition dans un contexte de difficulté de séparation.

II. C. Situation familiale et scolarité

Pierryck a 7 ans et demi, il est le dernier enfant d'une fratrie de trois. (Ses sœurs, Clémentine et Emilie sont âgées de 10 et 12ans.)

Ses parents, non séparés sont employés.

Il est scolarisé en CE1 sans retard scolaire.

II. D. Antécédents médicaux

Une intoxication au CO est survenue à 4 mois de grossesse. Initialement, l'avis médical émettait des réserves sur la viabilité du fœtus. Une surveillance obstétricale rapprochée et des examens mensuels pendant la première année de vie ont été instaurés suite à cette intoxication. Ils étaient normaux.

Un retard de parole diagnostiqué en grande section maternelle a nécessité une rééducation orthophonique pendant un an et demi. Les difficultés d'articulation restent fluctuantes.

Il n'existe pas d'antécédents personnels chirurgicaux ni psychiatriques.

II. E. Evaluation du développement psycho-affectif

Pierryck est décrit comme un bébé calme. Les nuits complètes étaient effectuées à J15. Les regards mère bébé sont décrits comme de bonne qualité.

Les premiers mots ont fait leur apparition à 12 mois et les premiers pas à 15 mois. Pierryck s'exprimait beaucoup par pointage proto-impératif. Il utilisait peu ou pas le pointage proto-déclaratif. Les premières phrases sont survenues tardivement selon sa maman sans qu'elle puisse donner un âge de survenue.

La scolarisation n'a pas été difficile.

II. F. Anamnèse

La famille a déménagé en septembre 2007 dans une ville à 35 km suite à une mutation professionnelle paternelle.

Depuis, Pierryck dort avec sa sœur cadette. Les parents perçoivent bien une anxiété de leur fils lors de l'endormissement mais aussi une complicité fraternelle de défiance de leur autorité avec un épisode d'hétéro-agressivité de Pierryck lors d'une tentative de séparation. Les parents ont tenté la veilleuse, l'aménagement personnalisé de sa chambre, un échange de chambre avec sa sœur mais les sentiments anxieux persistent.

De septembre 2007 à mars 2008, Pierryck présente un retrait relationnel d'évolution chronique à la garderie et à l'école. Cet isolement est rompu suite à une consultation avec le médecin de famille. Celle-ci a écouté et rassuré l'enfant par des paroles contenant. Pierryck s'intègre alors à l'école.

II. G. Cadre de la prise en charge

La prise en charge s'est effectuée pendant huit consultations hebdomadaires (avec une exception) dans le même bureau (sauf pendant un entretien) le même jour de la semaine et la même demi-journée. Il s'agit plus d'une organisation liée à des contraintes de locaux et d'emploi du temps qu'un cadre thérapeutique réellement pensé et conçu comme tel.

Les entretiens se sont déroulés en partie en présence de la maman et en partie avec Pierryck seul. Le jeu libre et le dessin comme matériel d'évaluation sont employés.

II. H. Sémiologie

Ces rencontres ont permis une observation de Pierryck et de ses difficultés. Elles ont aussi offert un aperçu des interactions familiales qui sera exposé dans un second temps. A titre d'illustration, les première, deuxième et quatrième consultations sont rapportées en détails. Enfin

l'évolution des symptômes dans le cadre de la consultation thérapeutique et à distance sera abordée.

Au cours des différents entretiens, divers symptômes ont pu être observés chez Pierryck.

II. H. 1. Pierryck

II. H. 1. a) Anxiété structurée

Plusieurs éléments cliniques en faveur d'une inhibition sont présents.

Concernant les apprentissages, il n'y a pas de notion d'échec scolaire mais des résultats moyens et fluctuants. L'institutrice rapportait des épisodes de « blocage » des investissements.

Pour le versant relationnel, Pierryck présente en entretien un retrait avec un isolement du regard et un visage peu expressif. Il existe une mise à distance corporelle.

La honte et la culpabilité ne sont pas perceptibles.

La symptomatologie du refus est très marquée sans être permanente : dos volontairement tourné à l'interlocuteur, visage enfoui dans les bras, opposition pour dessiner ou jouer, absence de réponse aux questions même simples, parfois quasi mutisme.

Il n'est pas rapporté par la maman de conduites obsessionnelles, de phobie scolaire ni d'autre phobie structurée.

L'anxiété de performance anticipatoire (notamment au sujet des dictées, des contrôles) est absente.

II. H. 1. b) Symptomatologie en rapport avec la sphère orale

Des périodes d'exclusion séquentielle d'un type d'aliments à la maison sont rapportées mais elles ne se manifestent pas à la cantine.

Les troubles de l'articulation étaient fluctuants et plus importants en début de prise en charge. Ils s'accompagnaient parfois de véritables distorsions de mots probablement séquellaires du retard de parole.

II. H. 1. c) Anxiété libre

En présence de sa maman, Pierryck présente une immaturité affective avec un besoin de réassurance.

Les troubles du sommeil se caractérisent par des difficultés d'endormissement et des cauchemars ponctuels avec réveils nocturnes.

Une discrète instabilité psychomotrice avec troubles de l'attention est observée et confirmée par la maman.

II. H. 1. d) Evaluation des capacités imaginatives

Jeux :

Le choix des jeux de Pierryck s'orientent vers des préoccupations de petit (jeu de marionnettes avec peluches, bulles) ou vers des activités opératoires: bataille de carte, course graphique... Le jeu imaginaire avec des personnages est ponctuellement adopté s'il est proposé et soutenu par l'adulte.

Dessins :

L'impression globale de l'observateur est celle d'une pauvreté du dessin sans grande valeur expressive (à l'exception du dessin des vampires). Les thèmes sont en appui sur des modèles (environnement immédiat, sujet de conversation pendant la consultation, film,

tampons...). Les commentaires sont factuels, sans scénario spontanément. L'imaginaire et le réel sont parfois confondus.

Au total, l'hypothèse diagnostique s'oriente vers un tableau d'inhibition névrotique ou vers de réelles difficultés d'élaboration.

II. H. 2. Aperçu de la dynamique familiale

II. H. 2. a) La maman

Des attitudes maternelles contre-éducatives concernant l'autorité parentale et l'alliance thérapeutique étaient observées.

La maman de Pierryck a d'abord pu verbaliser ses difficultés à se partager entre son travail et son rôle de maman. Les entretiens semblent avoir ouvert un espace pour penser et prendre du recul sur les évènements.

L'évocation de l'histoire de Pierryck lui a permis d'exprimer son angoisse pendant sa grossesse suite à l'intoxication au CO ainsi que son ambivalence vis-à-vis de cette grossesse pathologique initialement désirée.

Elle m'a également fait part de difficultés à s'affirmer et d'angoisses d'abandon.

Après la rémission des symptômes de Pierryck, Mme a pu aborder sa propre enfance marquée par des ruptures, des rejets ou des conflits d'origine parentale persistants.

L'hypothèse d'une parentalité de tonalité anaclitique peut être évoquée.

II. H. 2. b) Le papa

Malgré mes propositions réitérées, je n'ai pas eu l'occasion de le rencontrer.

Il m'était décrit par son épouse comme peu présent en semaine pour des raisons professionnelles mais il s'occupait de ses enfants le week-end. Il serait plus souple vis-à-vis de Pierryck et représentait un appui pour la mère.

II. H. 2. c) Rôle de la fratrie

Selon la maman, les deux sœurs de Pierryck ont un développement intellectuel et moteur normal avec une bonne intégration et des capacités d'autonomisation.

II. I. Contenu de quelques entretiens

II. I. 1. Première consultation

Dans le cadre d'une évaluation, je propose à l'enfant de dessiner une famille. Il s'agit d'obtenir un aperçu de son développement psycho-affectif. Pierryck a refusé de dessiner « une famille de personne d'animaux ou d'objets ». Je lui ai donc proposé un dessin sans consigne. Il m'a dessiné un grand meuble qui portait un écran TV, une console, un PC (confère annexe : dessin C1). J'ai eu du mal à comprendre ce que cela représentait initialement et je lui ai demandé des explications. Il m'a répondu « c'est ma chambre ». Mon impression globale reste marquée par une angoisse : aucune trace de vie dans cette pièce J'ai alors glissé à Pierryck : « et y'a personne dans ta chambre ? ». Il dessine alors un bonhomme sans en dire plus.

Par la suite, sa maman m'a expliqué que comme Pierryck refusait de dormir dans sa chambre par angoisse, son père lui avait fabriqué un meuble sur mesure pour y mettre sa TV et console.

Commentaires :

Le thème choisi concerne l'environnement quotidien de Pierryck et ses centres d'intérêt mais Pierryck ne m'en fait rien partager à l'oral.

Ce dessin est le résultat d'un travail soigné : absence de débordement lors du coloriage, temps de réalisation relativement long.

Les couleurs semblent réalistes (meuble et porte latérale en bois, console et écran en gris, sol bleu). Il existe une grande précision dans la composition et les rapports spatiaux des différents modules informatiques (écrans, unité centrale avec lecteur CD, console, souris, manette de jeu y compris la connectique !).

Pourtant, il provoque un sentiment de vide en raison de l'immobilité et de l'absence initiale de figure humaine ou para-humaine.

Pierryck ne s'approprie pas mon invitation à dessiner un habitant dans cet espace. Son bonhomme est asexué, sans habits ni détails évocateurs. A la différence des autres éléments du dessin, ce personnage est transparent et le choix de la couleur du tracé (gris) n'est pas pertinent pour la figure illustrée. Ce personnage n'a pas non plus d'identité annoncée ni d'histoire.

Il s'agit d'un dessin qui campe un décor pour scène centrale : ici le fond constitue la figure.

Le contexte familial et la remise en sens restent fondamentaux : cette chambre est le lieu de cristallisation des conflits (incapacité de Pierryck de dormir seul). D'autre part, le meuble TV spécialement conçu par le papa pour son fils a probablement une grande valeur pour son dessinateur.

Cette situation donne également un aperçu des « refus » de Pierryck. Etant donné la pauvreté du dessin final, on peut se demander si son refus initial de dessiner une famille ne dissimule pas d'une part des difficultés d'élaboration et également l'incapacité à demander de l'aide. Cette attitude rigide de pseudo-opposition nécessite une adaptabilité du cadre psychothérapeutique (pas de dessin à thème imposer, adaptation des jeux également...). Je suis en revanche restée ferme sur mon interdiction de dormir avec sa sœur.

II. I. 2. deuxième consultation :

Je reçois d'abord Pierryck et sa maman. L'entretien porte sur les difficultés de la maman à poser un cadre éducatif concernant le coucher de Pierryck.

Je propose ensuite de voir Pierryck seul. Il refuse de dessiner dans un premier temps. Nous discutons alors de ses centres d'intérêt et de l'école. Finalement, Pierryck accepte le dessin : il choisit de représenter les personnages de Retour vers le Futur 3 (dessin des cow-boys en annexe : dessin CB 2). Il me raconte très sommairement son scénario puis l'épisode 2 et enfin le premier film « quand il ne reconnaît plus son ami ». Pendant ce dessin, le regard de Pierryck était moins fuyant. Il dessine d'abord les personnages nus en couleur chair et vérifie le nombre de doigts en les recomptant. Puis il « habille » les cow-boys en dessinant les vêtements par-dessus le tracé du corps. Il emploie une périphrase pour me désigner les éperons qu'il représente. Il me réclame ensuite son premier dessin pour le donner à sa sœur Emilie. Impatient d'achever son dessin, il me précise : « Je ne fais pas les maisons. Y'a des gens autour. Voilà. » Je demande ensuite à Pierryck s'il rêve des films qu'il regarde. Il me dit que « oui, une fois ». Il s'agissait d' « un film qui finit à minuit » avec « une femme avec un bras en épée qui blesse un homme » mais Pierryck est allé se coucher avant la fin. Les autres propos deviennent alors difficilement compréhensibles en raison de ses difficultés d'élocution. Il refuse ensuite de me parler de ses cauchemars. Puis, il se décide à dessiner « un vampire qui mange les maisons » (cf dessin du vampire en annexe dessin V3). Après son repas, celui-ci devient vert selon son

dessinateur qui se met à colorier frénétiquement ce personnage. Il me raconte alors son cauchemar. Il saigne. Un vampire perçoit son odeur de sang et cherche à le dévorer. Pierryck le tue avec « 8 balles » de son revolver. Mais les parents vampires de la victime surgissent et Pierryck n'a plus de balles...Il ne se souvient plus de la fin et va se réfugier chez ses parents. Je demande à Pierryck si les vampires ça existe. Il me répond par la négative mais « les fantômes ça existe. » Je lui fais part de mon désaccord. Pierryck me répond qu'à Disneyland, sa tante a vomi dans le train fantôme et il me décrit tout ce qui l'a terrifié. Je me demande s'il n'a pas perçu cette ambiance d'épouvante au pied de la lettre. Je lui conseille de se renseigner auprès de son père au sujet de l'existence des fantômes.

Commentaires :

Dans cette deuxième consultation, de nouveau Pierryck formule plusieurs refus. On peut y voir une attitude d'opposition vis-à-vis de l'autorité que je pose (ne pas dormir avec sa sœur). Mais ces refus peuvent aussi être l'expression de difficultés à imaginer ou de sa réticence à évoquer ses angoisses. Pierryck a besoin d'un temps de mise en confiance important (conversation sur ses centres d'intérêt) avant d'exprimer ses peurs par le discours ou le dessin. Lors de cet entretien comme tout au long du suivi, Pierryck me sollicite peu : je dois nourrir la conversation ou deviner ses difficultés ou ses émotions. Plusieurs indices de débordement émotionnel ou anxieux peuvent être repérés : l'agitation psychomotrice pendant le coloriage du vampire, « l'oubli » de la fin du cauchemar, la recrudescence des troubles de l'articulation.

Pour la première fois, Pierryck peut mettre en lien des événements personnels. Je dois néanmoins soutenir ses efforts. Comme les petits qui choisissent un conte en rapport avec leur problématique du moment, Pierryck prend le parti d'évoquer trois épisodes de « Retour vers le Futur ». Il raconte plus particulièrement un détail de l'épisode 1 : « Le Doc » ne reconnaît pas son ami Marty lors de son voyage dans le passé. On peut émettre l'hypothèse d'un écho aux difficultés d'adaptation de Pierryck suite à son déménagement. A noter qu'avant le suivi, avec

l'aide de sa mère, il avait recontacté un grand ami de son ancien lieu de vie qui n'a pas donné suite. La distinction entre le réel et l'imaginaire reste fragile lorsqu'une mise en scène et des circonstances (train fantôme et mal des transports de sa tante) brouillent les pistes.

A plusieurs reprises au cours du suivi, il a évoqué de façon brève mais affectueuse l'une de ses sœurs. Il semble délicat d'y voir les signes d'un transfert. Peut-être s'agit-il d'indices de l'introjection d'une forme de contenance qu'il pouvait vivre en ma présence et avec ses sœurs ?

II. I. 3. quatrième consultation

Voici le contenu de la quatrième consultation rapporté en détails. Elle a fait l'objet d'une supervision.

Je reçois d'abord Pierryck et sa maman. Celle-ci m'explique que Clémentine en a eu marre que son frère occupe sa chambre : elle l'a mis dehors. Il est alors allé se réfugier chez Emilie, sa deuxième sœur. Celle-ci dort désormais dans un lit de camp. Je lui fais comprendre que c'est un peu le monde à l'envers : « Pierryck envahit l'espace d'Emilie et en plus c'est elle qui est obligée de camper dans sa propre chambre ». La maman ne semble pas y avoir prêté attention : « oui mais ça dérange pas Emilie de dormir sur le lit de camps, ça l'amuse » Je lui réponds qu'au début ça ne dérangeait pas Clémentine non plus puis Pierryck s'est fait renvoyé. De temps en temps Pierryck dit quelques mots et sourit puis il s'agite. Je lui demande s'il veut dessiner ; il refuse. Puis il quitte sa chaise et va dans l'aire de jeux, il va se servir dans l'armoire à jouet et je m'y oppose en l'absence de demande de sa part. Il se roule sur le tapis et se met à plat ventre sur un pouf en forme de cube.

La maman : « De toute façon hier soir avec mon mari on s'est mis en colère. On était fatigué et en plus, le nouveau chiot que nous avons a fait pipi partout dans les lits alors on a décidé que chacun dormirait dans sa chambre. Pierryck aussi et il n'a pas fait de cauchemars. Je lui ai

dit que la seule personne avec qui il dormirait ce serait sa femme, alors il m'a dit qu'il voulait dormir avec Perrine. »

Je me retourne vers Pierryck et demande « c'est qui Perrine, Pierryck ? »

Il me fait un petit sourire, gêné et se recroqueville à moitié.

Sa maman : « C'est son amoureux. »

M'adressant à Pierryck « A bon t'es amoureux, et Perrine elle est amoureuse de toi aussi ? »

Pierryck me répond non de la tête il est recroquevillé et gêné. Il ajoute « Elle m'embête dans le bus. »

La maman ajoute : « T'inquiète pas Pierryck quand les filles embêtent les garçons c'est qu'elles les aiment bien en fait ; Pierryck et Perrine ça va bien ensemble ».

Il y a un temps mort. Je me sens mal à l'aise je trouve que la maman anticipe beaucoup.

Je change de sujet : « On pourrait peut être réfléchir à comment faire quand Pierryck à peur le soir. (je sais qu'il n'y a pas de rituel du coucher ni d'histoire) Peut être que Pierryck a besoin que sa maman s'occupe de lui le soir avant de se coucher ? » Pierryck va alors se réfugier dans les bras de sa maman et me tourne le dos.

La maman : « C'est vrai que hier soir j'ai passé un peu de temps avec lui aussi et il a pas fait de cauchemars ... Mais le soir je finis tard du travail y'a le repas à faire et le ménage... et ils sont trois »

Je lui réponds qu'un rituel de coucher n'est pas nécessairement très long et que le papa peut y participer.

La maman : « Ah oui il s'entend bien avec son père, ils jouent ensemble à la Wii© ; Pierryck qui tu préfères entre Papa et maman ? »

Pierryck est dans les bras de sa maman, s'agrippe à elle et répond doucement la tête dans le pull de sa mère « Papa »

Je me sens mal pour Pierryck et je ne trouve pas étonnant qu'il soit angoissé.

« Il se peut que Pierryck aime ses 2 parents mais différemment »

La maman persiste « Des fois je demande à Pierryck si on se sépare avec ton père tu choisis qui ? »

Je trouve cette question complètement insupportable et je réponds très vite sans réfléchir

« Peut être que Pierryck n'a pas envie que ses parents se séparent » au lieu de dire qu'il a pas envie de choisir entre ses parents.

(...)

Je propose à la maman de voir Pierryck seul.

J'explique à Pierryck qu'il peut dessiner mais que comme il m'avait dit à la séance précédente qu'il n'aimait pas dessiner je lui ai trouvé de nouveaux jeux (des bonhommes et des meubles playmobiles et des policiers en bonhomme duplo) que je lui montre. Pierryck choisit d'y jouer. Il commence à sortir soigneusement de la caisse tous les personnages et des lits playmobil. Je l'aide. Il ne me regarde pas. Il met des personnages dans les lits. Il reste un berceau vide. Il me dit « eh y'a pas le bébé »

« attends je cherche, (...) tiens » je sors un bébé et je lui donne. Il le met dans le berceau.

Je sors un fantôme et je lui dis « Oh regarde y'a même un fantôme » Je le lui tends.

Pierryck le regarde, enlève son drap et me dit d'un air narquois « C'est pas un fantôme, les fantômes ça n'existe pas ! C'est un monsieur déguisé, regarde ! »

Pierryck continue à sortir tous les personnages (docteur, petites filles...), il passe beaucoup de temps à les disposer sur l'aire de jeu et à les équiper d'accessoires. Il met un deuxième bébé dans le même berceau que le premier. J'ajoute « A non, Pierryck, on va lui trouver un lit à lui à ce bébé » et je sépare les deux bébés. Il met une coiffe sur une dame et dit « ça c'est la servante ». Il y a beaucoup de personnages femmes alors je cherche des figures masculines : je trouve un homme et je le lui donne. Au sujet de l'homme Pierryck me dit : « ça c'est l'oncle » et il l'équipe d'un fusil.

Je sors un petit garçon et lui demande « et lui c'est qui, on l'appelle comment ? »

Pierryck répond sans me regarder « je sais pas ». Il ne saisit pas le petit garçon. Je le pose sur l'aire de jeu.

Il continue à emboîter des éléments sur les playmobils, il met un bonhomme dans un petit abri. Il continue à disposer les meubles et les accessoires. J'attends... J'attends longtemps... puis je m'impatiente : « On joue ? Tu fais qui ? »

Pierryck : « Je fais l'oncle. »

« Bon je fais la dame (la servante). »

Pierryck prend le « monsieur déguisé en fantôme » et le place devant le bonhomme dans l'abri « le monsieur déguisé en fantôme lui fait peur ». Puis il saisit l'oncle qui tire sur le fantôme. Le fantôme tombe à terre. Il me regarde. Il y a un gros temps mort. Je comprends plus ou moins que c'est la fin d'une histoire un peu maigre à laquelle je ne suis pas conviée et je trouve difficile de jouer avec cette servante. Je suis mal à l'aise. Je prends le docteur et je dis « le monsieur déguisé est blessé, on lui a tiré dessus, le docteur le soigne » mon bonhomme soigne le monsieur puis je dis « mais quand même il s'est déguisé en fantôme et il a fait peur à ton bonhomme » Pierryck acquiesce.

« Tu penses qu'il faut le gronder ? »

Pierryck : « Oui. »

Alors je prends le policier et je dis : « Eh monsieur, je suis ici pour vous gronder : non mais ça va pas de faire peur aux gens ! Vous pouvez vous déguiser mais pas pour faire peur aux gens. » J'intervertis alors le fantôme avec un clown « Eh hop il s'est déguisé en clown. » Je me rends compte que je suis complètement sortie du cadre de l'évaluation et que moi aussi je joue seule finalement. Je regarde Pierryck ça n'a pas l'air de le déranger : il rit et me regarde. Pierryck prend un autre bonhomme avec un tourne-vis dans une de ses poches et une moto

« C'est un technicien » il le fixe sur la moto « Il vole une moto »

Je prends le policier dans son auto « Ici la police veuillez vous rendre ! »

Pierryck prend la moto et la fait rouler dans toute la pièce, hors de l'aire de jeu initiale et je le poursuis, notre course poursuite me semble durer longtemps. Finalement le technicien a un accident.

Je lui demande : « Il est blessé ? »

Pierryck : « Oui. »

« Alors on fait quoi ? »

Pierryck : « Le docteur. »

J'attrape ce personnage ; la dépanneuse playmobil® fera ambulance. Je pose le technicien dans « l'ambulance » puis il est transféré dans un lit. « Ca y est il est guéri mais y'a le policier qui vient pour le vol de la moto.

- « Qu'est qu'il fait ? Il lui met une amende ou il le met en prison ? »

Pierryck : « En prison. »

Je construis une prison un peu frêle avec une échelle en guise de barreaux. Pierryck prend une voiture bélier, défonce les barreaux « il s'évade... en avion. »

Il introduit son bonhomme dans l'avion et y fixe une voiture dessous (je l'aide): « pour aller plus vite » me dit-il.

Je réponds « Ah oui c'est pour décoller plus vite »

Il sourit, son avion fait des loopings dans toute la pièce

Mon policier monte dans un hélicoptère et le poursuit « Zut moi je peux pas faire de looping avec mon hélico ! »

Pierryck prend l'hélicoptère dans l'autre main et joue seul à la course poursuite un petit moment. Finalement, je proteste : « Et moi je peux jouer ? Je fais qui ? »

Pierryck me donne l'hélicoptère : « T'es le policier. » On se poursuit longtemps, je veux voir si Pierryck imagine une fin, mais il prolonge la poursuite.

« Pierryck, c'est bientôt la fin de la séance, il faut trouver une fin à notre histoire. »

Pierryck « Ben... Le technicien va en prison. »

Je réponds « Bon on lui fait une prison solide pour pas qu'il s'échappe »

J'emprisonne fermement le technicien-voleur dans l'abri du monsieur déguisé en fantôme.

Pierryck : « Ouais, attends c'est comme ça » et il prend l'abri que j'avais mis à l'envers. Il le retourne. On range ensemble et on se dit au revoir.

Commentaires :

Au début de la consultation, Pierryck anxieux présente une agitation psychomotrice à laquelle se mêle une attitude de refus. Cela suggère une prédominance comportementale des manifestations affectives oscillant entre l'agir et le blocage. Cet extrait de consultation met en évidence plusieurs aspects de la pratique pédopsychiatrique.

Il s'agit en effet de proposer un espace de psychothérapie psychodynamique.

Ceci s'illustre d'abord par la proposition de mesures de guidance parentale (rituel du coucher). Il est important de ne pas se limiter au symptomatique mais il serait absurde de refuser systématiquement son usage pour passer un cap. D'autre part, la guidance parentale consiste aussi à s'assurer de l'existence d'un cadre à la maison en relais du cadre thérapeutique.

Les interventions du soignant sont ici plus nombreuses. Pierryck a certes besoin d'un espace pour penser et s'exprimer mais il semble en difficultés pour verbaliser selon l'association libre.

Pierryck présente plusieurs symptômes invalidants dans sa vie familiale et dans sa scolarité. Pour que sa situation change, des interventions semblent nécessaires y compris dans le jeu.

Le travail avec la maman tente de favoriser la contenance tout en maintenant des relations articulées entre des personnes différenciées. Ce jeu de triangulation reste difficile. La séparation entre les conflits conjugaux et Pierryck d'une part et une ébauche d'idylle de Pierryck et la curiosité maternelle n'est pas établie. Parallèlement, dans le jeu avec Pierryck, je m'oppose à Pierryck qui place dans le même lit deux bébés et je lui propose des figures sexuées et individualisées (un personnage masculin adulte puis un petit garçon). Il peut parfois s'en saisir (cf « le technicien » ou « l'oncle »). L'interdit du meurtre ou la fonction paternelle sont

personnifiés par le policier interventionniste. Le docteur renvoie à une fonction maternelle ou peut être aux fantasmes de réparation du soignant. Il est important de comprendre son contre-transfert. Ainsi dans ce jeu partagé, je peux facilement jouer avec un docteur ou un policier mais pas avec la servante !

Globalement, la symptomatologie négative reste délicate à interpréter. La prise en compte des autres éléments sémiologiques oriente davantage l'impression clinique vers une difficulté pour Pierryck à imaginer plutôt qu'à oser partager son univers interne. Ceci semble parfois s'associer à une hostilité contenue ou l'incapacité à accepter le tiers que je représente.

II. J. Analyse des dessins

Il s'agit de proposer une analyse des dessins de Pierryck d'après la méthodologie semi-structurée de L'interprétation des dessins d'enfants de Daniel Widlöcher (3). Cette analyse pourra être mise en comparaison avec l'impression clinique spontanée des capacités d'imagination de Pierryck.

II. J. 1. Les conditions de réalisation

Celles-ci correspondent au cadre de la psychothérapie. A l'exception de celui de la salle d'attente, les dessins ont tous été réalisés en situation duelle pendant les consultations. Mon rôle était d'être pleinement attentive à ce que Pierryck essayait d'exprimer à ce moment là. J'ai formulé des interventions ou des questions si Pierryck présentait des angoisses ou des difficultés à élaborer. Le dessin de la salle d'attente a été effectué alors que je discutais avec la maman de Pierryck. Je le lui avais proposé pour canaliser son agitation. Pierryck ne bénéficiait donc pas de la disponibilité psychique d'un adulte.

Pierryck était âgé de 7 ans et demi lors de l'exécution des dessins.

Selon Widlöcher (3), les productions sont analysées selon quatre axes distincts et complémentaires :

Un axe développemental concernant les aptitudes graphiques permet une évaluation sommaire des compétences motrices et perceptives.

La valeur expressive du dessin traduit les dispositions affectives du dessinateur pendant son activité graphique. Celle-ci dépend donc du contexte, de la relation entre l'auteur et le destinataire du dessin ainsi que des émotions du moment.

La valeur projective du dessin donne un aperçu des traits de personnalité de l'enfant. Enfin, la valeur narrative du dessin présente un intérêt : que raconte l'enfant à travers ou en appuie sur son dessin ? Cette question rassemble les commentaires du dessinateur, l'aspect symbolique et les traces laissées par l'inconscient dans l'expression graphique.

L'analyse du dessin d'enfant doit rester prudente afin de ne pas confondre les projections du dessinateur avec celles de l'observateur. Ce risque est d'autant plus important quand le matériel à interpréter est restreint (un seul dessin, pauvreté des représentations graphiques, rareté des commentaires de l'enfant...). Pour tenter d'échapper à cette confusion, les données graphiques doivent être confrontées entre elles mais aussi à la clinique et à son évolution. Des approches synchronique et diachronique s'avèrent donc nécessaires afin de finaliser l'analyse du dessin.

Légende :

Chambre en C1

Cow-boys en CB2

Vampires en V3

Salle d'attente en SA4

NB : Les chiffres correspondent à l'ordre de réalisation des dessins.

II. J. 2. Aptitudes graphiques

II. J. 2. a) Habileté manuelle

Elle ne présente pas de particularité.

II. J. 2. b) Disposition dans l'espace

L'ensemble des éléments figurés se situent en appui sur la limite inférieure du dessin, ce qui est attendu pour l'âge du dessinateur.

II. J. 2. c) Qualités perceptives

Il existe une grande précision dans C1 de la composition et les rapports spatiaux des différents modules informatiques (écrans, unité centrale avec lecteur CD, console, souris, manette de jeu y compris la connectique !). Les couleurs semblent réalistes (meuble et porte latérale en bois, console et écran en gris, sol bleu). Il en est de même pour l'emploi des couleurs du dessin avec les tampons (trou noir, barrière en bois...).

Ceci témoigne de bonnes compétences dans la perception et l'orientation.

II. J. 2. d) Echelle de Wintch

Cet outil permet à partir du dessin d'un bonhomme de donner un aperçu de l'âge développemental. Cette échelle ne fournit pas d'indice des causes du retard de développement ou ses mécanismes psychopathologiques.

Voici les correspondances entre âge chronologique et acquisitions graphiques moyenne (4) :

« 20 mois : début des gribouillages.

3 ans : premiers dessins de bonhommes : un rond pour la tête et deux bâtons qui descendent.

4ans : Deux points dans le rond pour les yeux.

5 ans : Apparition du tronc, c'est-à-dire d'un rond entre la tête et les jambes (en outre nez et bouche).

6 ans : membres mal articulés.

7 ans : membres à double contour parfois, et déjà homme et femmes se distinguent par quelques traits du costume.

8 ans : apparition du cou.

9 ans et au delà : détails de plus en plus nombreux et construction meilleure. »

Résultats :

Les personnages de Pierryck présentent globalement des caractéristiques en deçà de celles attendues pour l'âge du dessinateur avec une grande hétérogénéité.

Le nez qui fait son apparition chez des dessinateurs de 5 ans en moyenne n'est jamais représenté. Les bras des personnages sont toujours présents sauf chez le vampire, omission que l'on peut interpréter comme liée à une angoisse envahissante au moment du dessin ou à la prédominance de la thématique de l'oralité (l'image inconsciente du corps ?). La présence de membre à double contour attendu à 7 ans contraste avec l'absence de distinction homme femme qui devrait apparaître au même âge. Il n'existe pas de cou (à 8 ans en moyenne), les éperons et ceintures des cow-boys constituent des détails dont le recours se situe vers 9ans.

Selon l'échelle de Wintsch, il existe de grandes disparités dans les résultats. En effet, la cotation des caractéristiques des personnages dessinés s'échelonnent entre 5 et 9 ans. Dans leur globalité, les compétences graphiques de Pierryck correspondent aux acquisitions d'un enfant légèrement plus jeune. Cette hétérogénéité du profil cognitif s'illustre aussi à travers les résultats scolaires globalement bons associés à des difficultés en français mais de bonnes compétences en calcul.

II. J. 2. e) L'échelle de Goodnough

Cette échelle (5) vise également à donner un âge développemental de l'enfant en cotant les éléments ou les justes proportions d'un bonhomme dessiné sur consigne. Elle recense 47 items classés selon leur apparition dans le développement des aptitudes graphiques (confère annexes). Elle corrobore l'échelle de Wintch, bien que cette dernière soit beaucoup plus sommaire.

Résultats :

Selon cet outil, le nombre de points obtenus par Pierryck est : 16.

Ce score est déterminé à raison d'un point pour la présence des items suivants :

1 la tête

2 les jambes

3 les bras

4 le tronc

5 « longueur du tronc supérieure à la largeur »

6 les épaules

7 « bras et jambes attachés à un point quelconque du tronc »

8 « bras et jambe attachés à des points corrects du tronc »

11 les yeux

13 la bouche

16 cheveux (cf V3)

18 présence de vêtements

19 « deux parties de vêtements sans transparence » (cf CB2)

23 les doigts

24 « nombre correct de doigts » (cf CB2)

30 proportion de la tête (« pas plus de la moitié du tronc, pas moins de 1/10 du tronc. »)

Le barème de cette échelle fixe une moyenne de 14 points pour 6 ans et 18 points pour 7 ans.

Les performances de Pierryck correspondent aux compétences d'un enfant de 6 ans et demi soit un retard de un an. Les acquisitions sont encore très dysharmonieuses : la proportion respectée de la tête par rapport au tronc figure en 30e position alors que la représentation du nez, des oreilles, du cou sont attendus beaucoup plus tôt. De même l'esquisse de l'intégralité du costume est classiquement espérée avant de faire figurer la bonne proportion de la tête.

II. J. 2. f) Discussion des résultats

Les échelles de Wintsch et de Goodnough correspondent à la réalisation d'un dessin de bonhomme sur consigne. Or ici le choix du thème était libre. Il existe donc un biais. En effet, les personnages représentés dans un décor ou en groupe ont peut être fait l'objet de moins de soin dans le graphisme que l'esquisse d'un seul bonhomme.

Malgré ce biais, plusieurs bonhommes ont été représentés de façon similaire et les résultats avec l'échelle de Wintsch sont superposables à celle de l'échelle de Goodenough. Ils sont aussi cohérents avec le profil de scolarité. L'évaluation du développement semble donc relativement fiable. Les aptitudes graphiques de Pierryck se situent globalement en deçà de la norme, sans grand retard mais avec un profil de compétences hétérogènes au sein de cette lignée.

II. J. 3. La valeur expressive du dessin

Le trait est appuyé et correcte.

Les débordements lors du **coloriage** du vampire par impulsivité motrice marquent un débordement émotionnel ; ce personnage suscitait beaucoup d'angoisse chez Pierryck. De ce fait sa valeur expressive est marquée. En revanche, dans le dessin C1, le coloriage est appliqué. Pour ce dessin, Pierryck ne semble pas avoir présenté de disposition affective non maîtrisée. Il s'agit du premier dessin de la prise en charge. Dans un contexte inconnu, selon D. Widlöcher, les

enfants s'efforcent de faire un « beau » dessin comme à l'école. Pierryck a peut être identifié cette nouvelle situation à une activité scolaire pour se rassurer. La chambre correspond en effet au dessin le plus soigné. Son temps de réalisation a été le plus long. Mais il n'exprime aucune émotion.

Les dessins sont polychromes et **les couleurs** syntones au sujet dessiné. On observe en effet le souci de signifier tel objet de la manière la moins équivoque. Pierryck décrit ainsi un vampire qui devient vert dans son histoire et ajoute la couleur correspondante dans sur la feuille.

II. J. 4. La valeur narrative du dessin

Le thème des dessins es thèmes donnent un aperçu du monde interne de l'enfant. Ici, ils mettent en scène une situations concrète (salle d'attente), l'univers quotidien de Pierryck (sa chambre et les écrans), un duel de cowboys et un vampire dévorateur inspiré d'un film et d'un cauchemar.

Les indices temporels (ciel, données saisonnière...) sont absents. Toutefois, ils ne sont pas systématiquement attendus et leur emploi semble facultatif lors de la représentation d'intérieurs.

Les éléments spatiaux du décor sont souvent présents dans les dessins de la chambre et de la salle d'attente. Dans le dessin des cow-boys, Pierryck précise oralement qu'il y aurait des maisons autour de la scène pour ne pas avoir à les dessiner. Le recours à un cadre spatial est donc maîtrisé.

Quelque soit le dessin, **l'identification des objets** figurés de la scène est aisée : éperons ceinture et armes à feu pour les cow-boys, vampire dévorateur avec un gros ventre et des toits avalés visibles en transparence. Les productions ont donc formellement une bonne valeur informative.

Il n'y a pas **d'évolution du thème** pour un dessin donné. L'idée originale est toujours respectée. La trame de l'histoire des dessins est absente (chambre, salle d'attente) ou très simple.

Le choix du thème bien que varié, reste toujours en appui sur un support concret (film Retour ver le futur, cauchemar, environnement matériel). Des tampons ont été employés quand Pierryck refusait de dessiner. Ils constituent une trame graphique à appliquer et à combiner.

Les commentaires sont peu nombreux à l'exception d'une chaîne d'associations s'appuyant sur les dessins du vampire et des cow-boys. L'absence d'évolution graphique, la brièveté des commentaires, la quasi-absence du scénario et le besoin d'un thème d'appui suggèrent des difficultés d'élaboration.

Pour l'ensemble des dessins, il n'y a très peu d'éléments témoignant de **processus psychiques inconscients** (répétition injustifiées, ambiguïtés, manque de cohérence dans le dessin en rapport avec un déplacement ou une condensation...). On peut donc émettre l'hypothèse soit d'une grande résistance de la part de l'enfant (compatible avec une inhibition névrotique) soit de l'absence de refoulé (pathologie limite ou psychose).

La dynamique de transfert n'est pas évidente pour l'ensemble des productions alors même que les dessins sans consigne sont censés la favoriser. Le dessin le plus pauvre (celui de la salle d'attente vide) est réalisé en absence de relation duelle et d'attention conjointe. Je m'ajuste à Pierryck par une relation d'étayage et de contenance plus que de neutralité bienveillante. Ces arguments orientent vers une hypothèse de profil non névrotique.

La valeur informative est donc marquée par des disparités. Les repères spatiaux sont de qualité. Les représentations sont facilement identifiables. Mais les commentaires et l'évolution du thème sont quasi absents. Les processus inconscients et la dynamique de transfert sont difficilement observables.

II. J. 5. La valeur projective du dessin

L'effet global provoqué par le dessin est important. Pour le dessin de la chambre et de la salle d'attente, l'absence d'émotion, l'aspect factuel du thème et la dimension statique de la représentation constituent des indices de pauvreté. Ces pièces sans forme humaine initialement

induisent une impression de vide voire d'angoisse. On perçoit plus de mouvement pour la représentation du western. Le dessin des vampires dont le graphisme reste simpliste évoque de façon vivante la terreur de la dévoration.

II. J. 6. Approche synchronique

On peut retrouver **des assonances de ces dessins avec la présentation clinique** de Pierryck. Le choix du thème des vampires s'inspire d'un cauchemar récent et se trouve corroboré par des symptômes cliniques autour de l'oralité. Même si Pierryck est en difficulté pour circonscrire l'angoisse générée par ce thème de dévoration, l'élaboration de ce dessin constitue un compromis probablement moins invalidant que des symptômes ou un cauchemar.

D'autre part, les représentations de la chambre et de la salle d'attente sans figure humaine peuvent être **mises en lien avec les projections de Pierryck dans le jeu** de la quatrième consultation. En effet, la disposition interminable des meubles sur l'aire de jeu semblait s'effectuer au détriment de l'investissement des bonhommes et de la construction d'une histoire. Le duel sans pourquoi ni comment des cow-boys du dessin ressemble au meurtre impulsif et gratuit du fantôme.

Je dois proposer une trame de jeu dont Pierryck semble se saisir. De même le dessin, le choix des thèmes s'effectue d'après un modèle. L'abord du champ transitionnel reste donc difficile. Le caractère opératoire et la crudité des expressions agressives compte tenu de l'âge semblent des composantes installées du monde interne de Pierryck.

II. J. 7. Approche diachronique

Il existe une progression entre le premier dessin de la chambre et ceux des vampires. Les raisons en ont déjà été exposées. Mais cette évolution positive s'effondre en l'absence d'étayage

par un adulte (dessin de la salle d'attente). Les interprétations de la clinique et des dessins semblent converger vers la nécessité de renforcer le cadre et la contenance. L'attitude de neutralité bienveillante ne semble pas efficiente face à l'inhibition et les angoisses présentées par Pierryck.

Ainsi, la médiation par le dessin est difficilement investie. Cela s'expliquerait par les angoisses importantes de Pierryck mais aussi ses capacités d'imagination limitée. L'appui relationnel du soignant ne permet que partiellement à l'enfant de surmonter ses difficultés. Il existe de plus un léger retard des aptitudes graphiques globales qui contrastent avec de bonnes compétences en repérage spatial. L'analyse des dessins de Pierryck conforte le tableau clinique présenté par cet enfant.

II. K. Evolution

II. K. 1. Pendant la prise en charge

Les deux premiers entretiens ont été consacrés aux antécédents médicaux, au développement intellectuel et moteur et à l'élimination d'un TED étant donné le repli de l'enfant. Dans un premier temps, la maman n'osant pas poser un cadre d'interdiction ; je craignais un dérapage incestueux. J'ai négocié que les deux enfants dorment dans la même chambre mais pas dans le même lit. Le fait que la situation de danger potentiel soit écartée m'a rendu disponible pour écouter l'histoire de Pierryck.

La maman a pris l'initiative de réajuster ses relations avec Pierryck (favoriser un dialogue au dîner avec la télévision éteinte, rituel du sommeil avec questions sur sa journée à l'école). Elle a pu dire secondairement qu'elle avait vécu le déménagement comme un déracinement elle aussi et que peut-être son fils l'avait perçu. Pierryck me parlait plus spontanément en entretien et essentiellement des bons moments partagés avec ses sœurs notamment quand je jouais avec lui.

Il abordait parfois ses activités avec ses copains ou son père (« faire de la musculation avec papa »). Ses propos restaient néanmoins brefs et descriptifs. Il a manifesté deux fois une attitude de bouderie/ inhibition brève : l'une lors d'un changement de bureau d'entretien, l'autre lors de la dernière séance. Ces deux épisodes se sont désamorçés en séance par le jeu. Pierryck m'a interpellé à la toute fin de la dernière consultation pour réparer son pistolet qu'il avait cassé.

Après la régression des symptômes, le suivi s'est poursuivi car la maman de Pierryck était extrêmement désemparée face à l'aggravation de l'état de santé de sa propre mère. Son vécu anaclitique semblait s'être réactivé lors de la maladie (sans gravité) de sa propre mère.

Nous avons travaillé ensemble autour de ce qu'elle pouvait faire de cet évènement, ce qu'elle pouvait en dire à Pierryck. En supervision, le Dr Hagneré m'avait suggéré d'aborder sa propre enfance. Cela a mis en évidence une histoire familiale émaillée de ruptures et conflits. Pierryck n'a pas présenté d'angoisse particulière en réaction à l'accident de sa grand-mère, il était possible de discuter très simplement de cet évènement avec lui seul à seul. Finalement, la grand-mère s'est rétablie. La maman allait mieux et s'est positionnée pour un arrêt du suivi alors qu'un relais avait été proposé. Lors de l'avant dernière séance, Pierryck a également pu me dire qu'il ne comprenait pas pourquoi il venait car maintenant il ne faisait plus de cauchemars. Il a pu approuver mon hypothèse de tristesse suite au déménagement sans en dire plus.

Pierryck et sa maman ont bien entendu qu'il était possible de nous recontacter le cas échéant. Le suivi s'est interrompu comme annoncé deux séances après la demande d'arrêt de la maman.

II. K. 2. A long terme

Selon sa maman contactée en Février 2012, Pierryck va bien. Spontanément, elle me précise qu'il n'a plus jamais dormi avec sa sœur et qu'il est très « autonome ». Il est en CM2 et

« ça se passe très bien à l'école » (« 14/20 de moyenne ») à part pour le Français... Il ne présente plus de problèmes d'articulation. Il a beaucoup de copains et fait du judo car il faut le « canaliser ». Il a un petit frère.

III. Perspectives diagnostiques et repères nosographiques

L'inhibition n'étant qu'un symptôme, la démarche diagnostique implique de discuter dans quelle entité nosographique elle s'inscrit. Elle doit examiner successivement les symptômes/syndromes associés, les compétences cognitives, le registre thymique et la structure de personnalité sous-jacente. Ainsi, il sera abordé l'hypothèse d'un retard mental, d'un mutisme sélectif, d'une dépression d'un trouble névrotique, et d'une dysharmonie d'évolution.

A. Déficience intellectuelle

III. A. 1. CIM 10

Les directives pour le diagnostic de retard mental selon la CIM 10 sont les suivantes (6) :

« L'intelligence ne constitue pas une faculté univoque. Son évaluation repose sur l'appréciation d'un grand nombre de facultés différentes, plus ou moins spécifiques. Chez un individu donné, ces facultés se développent en général simultanément et atteignent un niveau comparable ; il peut toutefois y avoir des discordances importantes dans ce développement, en particulier chez les sujets présentant un retard mental. (...). L'évaluation du niveau intellectuel doit prendre en considération toutes les informations disponibles, en particulier les résultats de l'examen clinique, les capacités adaptatives (en tenant compte du contexte socioculturel du sujet), et les résultats des tests psychométriques. »

« Le diagnostic repose sur la présence d'une réduction du fonctionnement intellectuel, à l'origine d'une diminution des capacités d'adaptation aux exigences quotidiennes de l'environnement social. La présence d'un autre trouble mental ou physique a une influence majeure sur le tableau clinique et sur l'usage que le sujet peut faire de ses facultés. Le choix de la catégorie appropriée de retard mental repose sur une évaluation globale des aptitudes, et non pas

sur celle d'une déficience ou d'une faculté spécifique. (...) Le Q.I. doit être évalué à l'aide de tests d'intelligence standardisés (...) adaptés au niveau de fonctionnement de l'individu et à certains déficits spécifiques (...). Les échelles de maturité et d'adaptation sociale, standardisées en fonction des normes locales, doivent être cotées, si possible, à l'aide d'un entretien avec un membre de la famille ou d'une autre personne qui s'occupe du sujet et qui connaît bien ses capacités dans la vie quotidienne. Quand on ne peut pas utiliser une méthode standardisée pour évaluer le niveau intellectuel et le degré d'adaptation sociale, les résultats des évaluations doivent être considérés comme provisoires. » (6)

Les caractéristiques cliniques du sous-type retard mental léger se déclinent de la manière suivante (7) :

« Le sujets présentant un retard mental léger apprennent à parler avec un certain retard, mais acquièrent habituellement une maîtrise du langage suffisante pour converser avec autrui et pour participer à l'entretien clinique. La plupart des sujets atteignent une autonomie complète en ce qui concerne les besoins quotidiens (alimentation, toilette, habillage, contrôle sphinctérien) et les tâches pratiques et domestiques, même si le développement se fait plus lentement que les sujets d'intelligence normale. Les difficultés concernent essentiellement les performances scolaires, en particulier l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. L'évolution d'un retard mental léger peut toutefois être influencée très favorablement par des programmes éducatifs différenciés, visant à développer les facultés et à compenser les déficiences. Les sujets appartenant à la limite supérieure de cette classe peuvent habituellement être employés à des tâches demandant des compétences qualifiées quand le sujet vit dans un contexte socio-culturel requérant peu de problème en soi. Quand il s'accompagne d'une immaturité émotionnelle et sociale importante, le déficit intellectuel se traduit en revanche par des manifestations évidentes (...) ou des difficultés à se conformer aux normes et exigences de la vie en société.

En général, les difficultés comportementales, émotionnelles et sociales des sujets présentant un retard mental léger, et les modalités de traitement et d'assistance qu'elles nécessitent, s'apparentent plus aux difficultés rencontrées chez le sujet d'intelligence normale qu'à celle de sujets présentant un retard mental moyen ou sévère. (...). »

Le diagnostic de retard mental léger s'appuie sur les arguments suivants (7):

« Un QI de 50 à 69 à des tests d'intelligence standardisés et appropriés indique la présence d'un retard mental léger. L'acquisition de la compréhension et de l'utilisation du langage est souvent retardée, mais à des degrés variables. Les problèmes de communication peuvent entraver l'acquisition de l'indépendance (...) Une étiologie organique peut être mise en évidence chez une minorité seulement de sujets. Le trouble peut être associé à un autisme, un autre trouble du développement, une épilepsie, un trouble des conduites, ou une incapacité physique grave. (...). »

Discussion :

La CIM précise bien que les perturbations émotionnelles et comportementales des personnes présentant une déficience intellectuelle légère sont globalement similaires à celle sans troubles cognitifs. Autrement dit selon cette nomenclature, l'hypothèse d'une déficience intellectuelle légère et isolée ne permet pas à elle seule d'expliquer la survenue des troubles de Pierryck.

III. A. 2. DSM IV

Dans ce manuel, le fonctionnement intellectuel limite est défini comme suit (8) :

« Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est associé à un fonctionnement intellectuel limite, c'est-à-dire un QI entre 71 et 84. Le diagnostic différentiel entre

un fonctionnement intellectuel limite et un Retard mental (QI inférieur ou égal à 70) est particulièrement difficile en cas de troubles mentaux concomitants (...) »

Les critères diagnostiques du retard mental se définissent ainsi (9) :

« A. Fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne : niveau de QI d'environ 70 ou au dessous, mesuré par un test de QI passé de façon individuelle (...)

B. Déficits concomitants ou altérations de fonctionnement adaptatif actuel (...) concernant au moins deux des secteurs suivants : communications, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisirs, santé et sécurité.

C. Début avant l'âge de 18 ans »

Le sous-type retard mental léger présente le tableau clinique suivant (9) :

« (...) En tant que groupe, les sujets atteints d'un Retard mental de ce niveau développent habituellement des aptitudes à la socialisation et à la communication pendant la période préscolaire (de 0 à 5 ans). Ils ont une altération minimale des fonctions sensori-motrices et ne peuvent souvent être distingués des enfants sans retard mental qu'à un âge plus avancé. Vers la fin de l'adolescence, ils peuvent faire des acquisitions scolaires jusqu'au niveau de la sixième environ (...) »

III. A. 3. CFTMEA R 2012

La CFTMEA établit la définition de la déficience mentale selon les mêmes critères que la CIM 10 (10).

Discussion :

Il est important d'évoquer le diagnostic de retard mental au vue de l'incapacité de l'enfant à réaliser certaines tâches, à s'exprimer et ses antécédents de retard de parole et d'intoxication au CO pendant la grossesse. Dans l'absolu, il semble délicat de conclure sur un diagnostic de déficience intellectuelle en l'absence de test standardisé d'évaluation de l'intelligence.

Toutefois il n'y a pas d'échec scolaire ni de redoublement. Un enfant dont le QI est inférieur à 70 ne peut pas effectuer une scolarité ordinaire, surtout s'il est en CE1. Il s'agissait plutôt de blocages ponctuels perçus par l'institutrice qui n'était pas inquiète quant à l'ensemble de la scolarité de Pierryck. La maman qui veillait aux devoirs ne rapportait pas de difficultés de compréhension. L'axe développemental de l'analyse des productions graphiques met en évidence un léger retard dans ce domaine. Il n'est toutefois pas permis de généraliser cette conclusion à l'ensemble des compétences cognitives.

D'autres parts, Pierryck a été surveillé étroitement pendant la première année de vie et les acquisitions développementales étaient globalement dans les temps (à l'exception d'un retard de parole). Enfin le motif de consultation s'inscrit dans une rupture du fonctionnement de l'enfant suite à un déménagement. Ceci plaide plus en faveur d'un trouble psychique réactionnel que d'un déficit intellectuel primitif dont la constitution est progressive (même si elle peut être irrégulière). Certes, les enfants avec une déficience intellectuelle présente en général moins de ressources adaptatives mais cette vulnérabilité peut difficilement être la seule raison d'un changement persistant de comportement avec inquiétude parentale. Il semble donc peut pertinent de retenir le diagnostic de déficience intellectuelle comme diagnostic principal et à l'origine de la symptomatologie de Pierrick. Il est possible de discuter une déficience intellectuelle dysharmonique secondaire à une pathologie psychique invalidante qui bloquerait les processus d'apprentissage. En effet, en dehors du cercle familial, Pierryck n'a pas recours de façon fluide au langage oral alors qu'il est attendu à son âge dans la scolarité une consolidation des acquisitions du

langage écrit. Dans une perspective dynamique, il existe un retard de développement psycho-affectif avec des retentissements potentiels sur les apprentissages et les capacités cognitives.

Par ailleurs, l'hypothèse d'un Fonctionnement intellectuel limite (QI entre 71 et 85) serait plus compatible avec une scolarité en milieu ordinaire. Toutefois, les critères diagnostiques excluent la notion d'altération du comportement adaptatif.

Pour Pierryck, l'emploi de l'échelle de Vineland (11) aurait permis de déterminer ses comportements adaptatifs (comportements d'autonomie et de responsabilité sociale) à travers quatre domaines de la vie quotidienne dont la communication et la sociabilité. Le QI permet de poser le diagnostic de retard mental mais pas de définir des difficultés d'adaptation liées à celui-ci. Son indication est plus pertinente dans le cas d'une orientation scolaire or dans cette situation, la scolarité de Pierryck n'est pas menacée.

III. B. Mutisme sélectif

III. B. 1. CIM 10

N.B. : Les critères diagnostiques de ce trouble sont les même pour le DSM IV.

III. B. 2. DSM IV

Dans le DSM, l'hypothèse d'un mutisme sélectif est proche du tableau clinique présenté par Pierryck. En voici, les critères diagnostiques (12):

« A. Incapacité régulière à parler dans des situations sociales, spécifiques (situations dans lesquelles l'enfant est supposé parler, p. ex., à l'école) alors que l'enfant parle dans d'autre situations.

B. Le trouble interfère avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.

C. La durée du trouble est d'au moins 1 mois (pas seulement le premier mois d'école).

D. L'incapacité à parler n'est pas liée à un défaut de connaissance ou de maniement de la langue parlée nécessaire dans la situation sociale où le trouble se manifeste.

E. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un Trouble de la communication (p. ex, Bégaiement) et elle ne survient pas exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique. »

Les auteurs complètent cette définition par des éléments sémiologiques associés (12) :

« Les caractéristiques associées au mutisme sélectif peuvent comprendre une timidité excessive, la crainte d'être gêné en société, l'isolement et le retrait social, un attachement excessif, des traits compulsifs, un négativisme, des crises de colère, et des conduites de domination ou d'opposition, surtout à la maison. Il peut exister une altération sévère du fonctionnement social et scolaire (...)

Bien que les enfants atteints de Mutisme sélectif aient en général des capacités de langage normales, il peut parfois exister un Trouble de la communication associé (p. ex, Trouble phonologique, Trouble du langage de type expressif ou Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif) ou une affection médicale entraînant des anomalies de l'articulation. Un retard mental, une hospitalisation ou des facteurs de stress psychosociaux extrêmes peuvent être associés au trouble. De plus, les enfants vus en consultation pour un Mutisme sélectif reçoivent presque toujours un diagnostic additionnel de Trouble anxieux (en particulier de Phobie sociale). »

III. B. 3. CFTMEA R 2012

Selon cette nomenclature, la définition du mutisme chez l'enfant est la suivante (13) :

« *Suspension ou disparition de la parole* chez un enfant qui l'avait acquise antérieurement. Le mutisme peut être total ou électif. »

Au sein de cette entité, le mutisme sélectif est décrit comme suit (13) :

« Le mutisme ne se manifeste que dans certaines conditions ou vis-à-vis de certaines personnes :

- Le plus souvent il s'agit d'un *mutisme extra-familial* : l'enfant ne parle qu'aux personnes familières et reste mutique vis-à-vis des étrangers y compris le plus souvent en milieu scolaire. A l'école, l'enfant est souvent inhibé, participe peu aux activités ou seulement aux activités écrites. (...) »

Discussion :

La CFTMEA évoque dans la définition du mutisme sélectif extra-familial sa coexistence ou son chevauchement avec le symptôme inhibition. Pour le DSM, Les troubles de Pierryck peuvent être rattachés aux critères A B C et E sus cités. Le critère D est également valide si l'on considère qu'il s'agit d'un défaut d'investissement du langage, les difficultés d'articulations étant mineurs chez cet enfant. Le paragraphe « caractéristique et troubles associés » énonce l'intrication possible entre un trouble de la communication (dont un trouble phonologique) et le mutisme sans que le premier constitue de façon linéaire le facteur explicatif du second. Au total, la symptomatologie de Pierryck remplirait tous les critères DSM ce qui validerait le diagnostic de mutisme sélectif. Le trouble s'est déclaré lors de la rentrée scolaire du CP, après le déménagement. La maman m'avait bien précisé qu'auparavant Pierryck était un petit garçon sociable qui aimait saluer son entourage même sur son lieu de vacances. Il s'agirait d'un mutisme sélectif extra-familial secondaire. D'autre part, ce type de diagnostic ne permet pas d'expliquer les difficultés en dictée, dans le dessin et le jeu qui constituent des modalités d'expression sans recours obligatoire au langage oral. Ceci amène à remettre en cause le diagnostic isolé de mutisme sélectif. Le symptôme inhibition serait remplacé ou associé à celui du mutisme mais ceci n'apporte pas d'information quant à la structure de personnalité sous jacente à ces troubles. Daniel Marcelli recommander de rechercher une personnalité limite ou psychotique sous jacente à ce symptôme

(14) : « *Il semble, que malgré une apparente adaptation de surface, ce mutisme [électif] masque souvent des troubles profonds de la personnalité de type psychotique ou prépsychotique.* »

Le diagnostic de trouble envahissant du développement a été écarté lors de la première consultation. Le profil clinique de Pierryck et l'anamnèse permettent en effet facilement d'éliminer cette hypothèse qui ne fera pas l'objet de discussions. Il s'avère donc pertinent de discuter dans un second temps les hypothèses d'un trouble névrotique et d'une pathologie limite. L'éventualité d'un épisode dépressif doit d'abord être étudiée.

III. C. Episode dépressif

III. C. 1. CIM 10

Selon cette nomenclature, l'épisode dépressif présente les caractéristiques suivantes (15):

« (...) le sujet présente habituellement un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, et une réduction de l'énergie, entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. (...) un épisode dépressif comporte souvent :

- (a) une diminution de la concentration et de l'attention
- (b) une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi
- (c) des idées de culpabilité ou de dévalorisation (même dans les formes légères)
- (d) une attitude morose et pessimiste face à l'avenir
- (e) des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires
- (f) une perturbation du sommeil
- (g) une diminution de l'appétit

L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, mais elle peut présenter des variations caractéristiques au cours du nyctémère. Le tableau clinique varie

considérablement selon les individus et est souvent atypique chez les adolescents. Il peut être dominé par une anxiété, un désarroi ou une agitation psychomotrice ou être masqué par une irritabilité, une consommation excessive d'alcool, un comportement histrionique, une exacerbation de symptômes phobiques ou obsessionnels préexistants, ou des préoccupations hypochondriaques. Une durée de deux semaines est habituellement exigée pour le diagnostic d'épisode dépressif (...) »

Discussion :

Il est à noter que dans cette classification, il n'est pas fait mention des spécificités de la symptomatologie dépressive de l'enfant. Il s'agit d'une description adultomorphe difficile à utiliser en pratique clinique pédopsychiatrique malgré sa reconnaissance internationale.

III. C. 2. DSM IV

Le diagnostic d'épisode dépressif majeur s'appuie sur les critères ci-dessous (16) :

« A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt et de plaisir

NB : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste u vide) ou observée par les autres (...).

N.-B. : Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p.ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou **N.-B.** : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
- (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (...).
- (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- (9) Pensée de mort récurrentes (...), idées suicidaires récurrentes (...) ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Episode mixte (...).

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (...) ou d'une affection médicale générale (...)

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c-à-d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération

marquées du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur. »

Discussion :

Dans le DSM, deux correctifs ont été apportés en vue d'une adaptation à la sémiologie pédo-psychiatrique. Dans l'affirmation du diagnostic, les auteurs ont néanmoins choisi de privilégier comme chez l'adulte : la rupture avec le fonctionnement antérieur, l'aboulie/anhédonie et la dépressivité de l'humeur. Pour celle-ci, il est reconnu qu'elle peut être remplacée par une irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

Dans la situation de Pierryck, on peut retenir 4 sous critères en A 2, 4, 5, 8 ainsi que les critères B, C, D, E. En effet, le manque d'expressivité de son visage peut s'interpréter comme un ralentissement ou un émoussement des affects. Le repli peut être envisagé sous l'angle d'une anhédonie ou aboulie d'une activité sociale. L'aptitude à penser est entravée. En revanche, les dessins s'interprètent moins comme un sentiment de vide en rapport avec une tristesse qu'une pauvreté de l'imaginaire.

Il existe bien une rupture persistante du fonctionnement antérieur. Les diagnostics différentiels envisagés en C, D, E sont faciles à écarter.

Au total, il ne manque qu'un seul sous critère en A pour valider le diagnostic. On peut donc suspecter une dépression atypique à défaut d'un diagnostic d'épisode dépressif majeur.

III. C. 3. Autre référence

Selon **la conférence consensus de 1994 1995** de l'ANAES au sujet de la dépression de l'enfant, le tableau d'appel en faveur d'une dépression de l'enfant serait à évoquer « face à un enfant en retrait, au visage souvent sérieux, peu mobile, ou à l'air absent » (17). Cette conférence décrit également les éléments sémiologiques suivants s'inscrivant dans ce type de diagnostic :

Le discours de l'enfant comporte une thématique d'échec et dévalorisation plus que l'expression de la tristesse.

Les perturbations du comportement sont variées et parfois fluctuantes.

« L'irritabilité de l'enfant, une excitation débordante allant jusqu'à l'épuisement au détriment du jeu sont parfois au premier plan. On note alors le peu d'intérêt pour le contact avec autrui. Ces symptômes alternent avec des moments de repli et d'inertie motrice. Avec l'âge, la sémiologie marquée par l'instabilité, l'irritabilité, la colère peut devenir prépondérante par rapport à l'inertie et au retrait. » (17)

« Le sommeil est difficile à trouver avec souvent des oppositions au coucher, des refus d'endormissement, des cauchemars. »(17) Des perturbations de l'appétit peuvent être recensés.

Les auteurs rappellent que le fléchissement scolaire est un argument fort mais non systématique.

Un changement progressif, voire une rupture avec l'état antérieur de l'enfant constitue un élément d'orientation diagnostic assez significatif.

Les auteurs insistent sur le fait que : « pour évoquer l'épisode dépressif de l'enfant, il importe que soit retrouvée, à travers des modes d'expression divers, une souffrance reliée à la perte et au sentiment d'impuissance. » (17)

Discussion :

Le tableau d'appel renvoie à l'impression clinique spontanée qui a une importance dans la démarche diagnostique. Ces recommandations insistent sur les défenses maniaque et le masque de l'agir qui peuvent camoufler une souffrance en lien avec la perte ou le découragement. Si la rupture avec le fonctionnement antérieur est importante pour le diagnostic, l'humeur dépressive ainsi que l'anhédonie et l'aboulie sont présentes mais moins évidentes. Le discours de l'enfant semble plus marqué par des projections que par des plaintes fonctionnelles. Ces recommandations établissent un tableau du syndrome dépressif de l'enfant assez différent de celui du DSM.

Pour Pierryck, l'attitude de retrait initial, le manque d'expressivité de son visage et les angoisses d'endormissement pourraient s'inscrire dans un tableau dépressif. La rupture avec son fonctionnement antérieur est aussi un bon argument en faveur de ce syndrome. La prévalence de la dépression plus élevée chez les garçons avant la puberté plaide timidement pour cette hypothèse.

Les symptômes clé tels que la souffrance liée à la perte et le vécu de désespoir/dévalorisation ne m'ont pas interpellé pendant les entretiens et ne faisaient pas l'objet d'inquiétudes parentales. D'autre part, si le retrait à l'école s'est amendé suite à une consultation avec le médecin de famille, peut-on poser un diagnostic de dépression au moment de la consultation devant la seule notion d'angoisse d'endormissement ? On pourrait plutôt parler d'un symptôme résiduel d'un épisode dépressif. D'autre part, Pierryck présentait beaucoup de difficultés à élaborer en entretien : c'était l'élément qui me préoccupait le plus. Ce symptôme n'est pas signalé par la maman ni comme quelque chose de nouveau ni comme un fait identifié depuis longtemps. On peut se demander si ces difficultés entrent dans le cadre d'un fléchissement thymique ou étaient anciennes.

La conférence consensus établit par la suite une distinction entre le tableau clinique de la dépression névrotique de l'enfant et celle en lien avec une pathologie limite (17) :

« L'épisode dépressif peut apparaître chez un enfant présentant une organisation névrotique de la personnalité. Dans ce cas, en raison de ses conflits internes, il ne parvient plus à trouver de réponse adaptée en lui-même et dans son entourage. Il est confronté à une menace de perte d'amour et d'estime de soi. Cette souffrance se traduit alors par une inhibition, avec un désinvestissement général des activités, ou par des ruminations douloureuses avec malaise corporel et recherche inconsciente de punition. »

Discussion :

La symptomatologie de Pierryck emprunterait à cette description l'inhibition si l'on considère qu'il possède des capacités d'élaboration mais qu'il n'ose pas les dévoiler. Il semble peu vraisemblable que le fait de dormir dans le lit de sa sœur constitue ici une «*recherche inconsciente de punition*» (17). Les autres éléments cliniques énoncés se rapprochent très peu de ce que Pierryck semble vivre. En particulier la «*menace de perte d'amour et d'estime de soi*» (17) réelle ou fantasmatique ne semblait pas faire partie des ressentis de Pierryck. Les productions imaginaires n'étaient pas en lien avec une thématique d'abandon. Sa maman était présente à toutes les consultations et son discours reflétait une préoccupation maternelle et une bonne connaissance de son enfant. La rupture dans le cadre de discontinuités plus que la perte pleinement perçue semblait marquer les interactions parents-enfant et l'existence de Pierryck. Enfin, la dépression névrotique reste peu probable.

Selon les mêmes auteurs, la dépression au sein d'une personnalité limitée présente les caractéristiques cliniques suivantes :

« Les épisodes dépressifs sont très fréquents chez les enfants présentant une pathologie limite. Les traits caractéristiques de cette pathologie associent un retard de développement affectif, une vulnérabilité à toute séparation ou perte, des angoisses d'abandon, une incapacité à recevoir une aide et des conduites de dépendance massives. » (17)

« C'est dans ce type de pathologie que l'épisode dépressif a le plus grand potentiel évolutif. Chez ces enfants, aux capacités d'adaptation très précaires et qui ne parviennent pas à élaborer mentalement leurs conflits, l'épisode dépressif peut conduire à des passages à l'acte ou à l'enlèvement dans une sidération ou un vide mental (...) Son évolution est en grande partie conditionnée par la précocité des mesures d'aides multi-dimensionnelles et leur valeur de restauration. » (17)

Discussion :

Cette description clinique de la dépression chez un enfant avec un trouble de la personnalité de type limite diffère fortement de celle d'un enfant névrosé. La dépression ici présentée prend plutôt l'allure d'une accentuation des symptômes de la personnalité limite que d'un état lié à une tristesse pathologique. Cette description clinique semble en cohérence avec la psychopathologie kleinienne. La prise en charge recommandée s'oriente vers un étayage rapide et par différents intervenants coordonnés.

L'histoire de vie et les aléas du cadre thérapeutique ont mis en évidence la vulnérabilité de Pierryck à la séparation.

Le fait de dormir avec sa sœur peut être interprété comme une attitude régressive plus qu'incestueuse et s'inscrire dans une immaturité et dépendance affectives. Le comportement immature de Pierryck en présence de sa maman peut aussi être un indice de retard de développement affectif. Les attitudes d'opposition figée semblent en rapport soit avec l'incapacité à accepter une aide soit avec les difficultés d'élaboration. « Une sidération ou un vide mental » se manifesteraient également dans la pauvreté du discours et des productions fantasmatiques.

Ce type de dépression constitue une hypothèse diagnostique plus vraisemblable.

III. D. Troubles névrotiques

III. D. 1. DSM IV R

Le DSM étant censé être athéorique, le concept de névrose chez l'enfant est absent.

L'article névroses et troubles névrotiques chez l'enfant de EMC (18) renvoie à l'anxiété de séparation pour ce diagnostic. Celle-ci comporte les critères suivants (19) :

« A. Anxiété excessive et inappropriée au stade du développement concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché, comme en témoignent trois des manifestations suivantes (ou plus) :

- (1) détresse excessive et inappropriée au stade du développement concernant la séparation d'avec la maison ou les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations
- (2) crainte excessive et persistante concernant la disparition des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver
- (3) crainte excessive et persistante d'un évènement malheureux ne vienne séparer l'enfant de ses principales figures d'attachement (p. ex., se retrouver perdu ou être kidnappé)
- (4) réticence persistante ou refus d'aller à l'école, ou ailleurs, en raison d'une peur de la séparation
- (5) Appréhension ou réticence excessive et persistante à rester à la maison seul ou sans l'une des principales figures d'attachement, ou bien dans d'autres environnements sans des adultes de confiance
- (6) Réticence persistante ou refus d'aller dormir sans être à proximité de l'une des principales figures d'attachement, ou bien d'aller dormir en dehors de la maison
- (7) Cauchemars répétés à thèmes de séparation

(8) Plaintes somatiques répétées (...) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations

B. La durée du trouble est d'au moins quatre semaines.

C. Début avant l'âge de 18 ans.

D. Le trouble entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire (...), ou dans d'autres domaines importants.

E. Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et, chez les adolescents et les adultes, il n'est pas mieux expliqué par le diagnostic de Trouble panique avec agoraphobie. »

D'autres caractéristiques viennent compléter cette définition (19) :

« (...) Loin de la maison ou de ceux qu'ils aiment, ils sont généralement timides, apathiques, tristes et ne peuvent se concentrer ni sur leur travail ni sur des jeux (...) Les demandes excessives de l'enfant deviennent souvent source de frustration pour leurs parents, ce qui amène des ressentiments et des conflits dans la famille(...) »

Discussion :

L'ensemble de ces critères diagnostiques évoque un cortège de symptômes bien en lien avec la séparation. D'autre part, la composante relationnelle de la symptomatologie est majeure : les parents sont mobilisés par des signes d'appel clairs. En effet, la « détresse » est clairement exprimée ou manifestée à défaut de verbalisation. Pour Pierryck, il s'agit à l'inverse d'une attitude de repli relationnel à l'extérieur de la cellule familiale. Il n'a pas présenté de difficultés lors de sa scolarisation et ne manifeste pas d'opposition ou d'angoisse lorsqu'il vient seul en entretien avec moi. Seuls les troubles du sommeil coïncident avec la description clinique ci-dessus. Le lien entre les troubles et la séparation est probable mais il est plus difficile à établir. La ligne de conduite adoptée par le DSM est de ne pas intégrer de réflexion psychopathologique dans le diagnostic. Il

semble cependant délicat de penser un diagnostic sans les mécanismes de sa genèse. De plus, la description DSM de l'anxiété de séparation s'inspire d'un tableau névrotique chez l'enfant de part la présence de l'anxiété anticipatoire, de la force de levier relationnel des manifestations et de l'exclusion dans sa définition même de tout trouble psychotique. Les difficultés à comprendre le sens des symptômes de Pierryck pour les proches et la diffusion des troubles dans plusieurs domaines sans lien évident avec un facteur déclenchant immédiat situeraient Pierryck en deçà de l'anxiété de séparation de type névrotique sur la chaîne psychopathologique ou l'orienteraient vers un pronostic plus défavorable.

N.B. : les descriptions DSM de l'anxiété de séparation et du mutisme font état d'un contraste entre le comportement de domination de l'enfant au sein de la cellule familiale et la soumission ou le repli à l'extérieure de celle-ci. Ceci est souvent rencontré en clinique pédopsychiatrique et concerne Pierryck. Alors que le DSM se veut purement descriptif, on devine néanmoins dans ces deux tableaux cliniques la problématique sous-jacente du lien et de la séparation parents-enfant. Nous aborderons ces notions psychopathologiques dans la partie suivante de ce travail.

III. D. 2. CFTMEA 2012 R

Les troubles névrotiques de l'enfant se caractérisent par les éléments ci-dessous (20) :

« Classer ici des troubles variables dans leur expression et leur intensité, mais qui ont en commun les éléments suivants, observables à partir de 3 ans, quelles que soient les hypothèses étiopathogéniques :

- il s'agit de perturbations durables sans tendance spontanée à la guérison, non explicables par les événements récents mis souvent en avant par l'entourage de l'enfant et qui constituent surtout des facteurs déclenchants.

- les relations avec l'environnement s'établissent sous le double signe de la contrainte et de la

dépendance mais sans aboutir à un dessaisissement complet des capacités d'individuation et d'autonomie (se discutent ici les limites vis-à-vis des pathologies de la personnalité non psychotiques, catégorie 3).

- l'enfant tend à répéter, dans un environnement nouveau, les conduites et les conflits développés initialement dans le milieu familial.

- la souffrance psychique - particulièrement l'angoisse sous la forme pure ou sous d'autres aspects - occupe une place centrale, y compris pour les cas où certains mécanismes limitent les expressions directes du malaise affectif de fond.

- quelles que soient les variations symptomatiques, fréquentes, l'évolution inclut une restriction des capacités et potentialités des sujets, mais sur un mode limité à certains secteurs.

- les distorsions apportées à la mise à l'épreuve de la réalité restent limitées à certains domaines : il n'y a pas menace de rupture ni véritable perte de contact avec le réel (on discutera ici les frontières vis-à-vis de la psychose et des pathologies de la personnalité).

Au sein de cet ensemble nosographique, la forme avec une prédominance des inhibitions se décline ainsi (21) :

« Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères généraux ci-dessus énoncés les cas dominés par une inhibition durable dans le domaine des apprentissages et des acquisitions intellectuelles avec réduction des activités, défaut d'utilisation des potentialités. Outre l'inhibition, le déroulement des activités est marqué par l'absence de plaisir, le sentiment de doute et d'incapacité. »

Discussion :

Selon la CFTMEA, dans la névrose de l'enfant, les symptômes peuvent être labiles mais l'ensemble des troubles persistent et serait à l'origine de souffrances et angoisses importantes. Les perturbations sont invalidantes mais circonscrites. Le développement global de l'enfant et le

rapport à la réalité restent préservés. Les relations parents-enfants sont altérées par des problématiques œdipiennes marquées. Les mécanismes identificatoires sont présents mais n'offrent pas à l'enfant une voie de résolution des conflits interpersonnels.

Cette description s'oppose à la rupture du fonctionnement observée chez Pierryck. Dans les relations sociales et les productions imaginaires, les mécanismes identificatoires ne sont pas évidents chez cet enfant. Si la scolarité reste préservée, on peut se demander si le développement psychoaffectif n'a pas été bloqué au vue de l'importance de l'isolement social à l'école. La forme névrotique avec une prédominance de l'inhibition se caractérise selon la CFTMEA par l'association de ce symptôme avec des éléments de la lignée obsessionnelle. Ceux-ci ne sont pas présents chez Pierryck.

III. D. 3. Autre référence

Dans *Enfance et psychopathologie* (22), Daniel Marcelli recense trois manifestations de l'expression anxieuse névrotique en période de latence, qui se conjuguent plus ou moins : l'inhibition, les conduites obsessionnelles, les symptômes névrotiques persistants.

L'inhibition :

L'auteur distingue l'inhibition des conduites externes et socialisées et l'inhibition des conduites mentalisées :

« L'inhibition peut être relationnel (timidité) s'accompagnant souvent de façon plus ou moins importante de phobie sociale (crainte du jugement ou du regard des autres...). Cette inhibition s'accompagne souvent de discrets symptômes. Si la souffrance névrotique est parfois éprouvée sous forme de honte ou de culpabilité (en particulier du fait de l'échec scolaire relatif), elle peut être ignorée par l'enfant et projetée sur l'extérieur ce qui protège le Moi de l'enfant et ses possibilités adaptatives. » (22)

Concernant les conduites mentalisées, « l'inhibition porte ici soit sur l'organisation fantasmatique elle-même, soit sur le fonctionnement intellectuel. L'inhibition à rêver, imaginer, fantasmer est assez fréquente, même si elle ne représente pas un motif fréquent de consultation. Elle s'accompagne habituellement de petits traits obsessionnels. Il s'agit d'enfants jouant peu, ou alors à des jeux très conformistes, préférant recopier des dessins plutôt que d'en inventer, raturant et gommant beaucoup avec un graphisme mal assuré, parfois même tremblant, aimant les activités de manipulation qui ont toujours un aspect répétitif. » (22)

« [L'inhibition] peut être cognitive aboutissant à des difficultés d'apprentissage chez un enfant à l'intelligence par ailleurs normale. Il s'agit en général de difficultés dans un domaine pédagogique particulier : difficultés d'apprentissage de la lecture (alors que tout ce qui est du domaine du calcul ou de l'expression grapho-motrice semble normalement acquis), difficultés d'écriture type « crampe de l'écrivain » sans autre dyspraxie, difficulté d'orthographe sans antécédent de retard de langage en particulier quand ces difficultés sont localisées à certains mots ou groupes consonantiques. » (22)

Les conduites obsessionnelles :

« Elles prennent la forme de petits rituels typiquement aménagés autour des deux secteurs susceptibles de mobiliser l'angoisse : le coucher et le travail scolaire (...). » (22)

Les symptômes névrotiques persistants :

« (...) ces symptômes témoignent d'une anxiété persistante directement éprouvée à travers des plaintes hypocondriaques, des phobies simples ; ailleurs on rencontre (...) des cauchemars un peu trop fréquents (...), un zézaiment rebelle à toute rééducation.

Parfois il peut s'agir de troubles d'allure comportementale : instabilité modérée liée à un contexte particulier (...), des comportements d'opposition répétitive et systématique aboutissant à des réponses parentales punitives, un vécu de culpabilité, etc.

(...) la caractéristique éventuellement « névrotique » ou pathologique de ces symptômes est d'une part qu'ils n'entravent pas à l'excès le développement (il est rare par exemple que l'échec scolaire soit complet (...)); d'autre part, ils sont souvent persistants, assez rebelles aux tentatives thérapeutiques « rééducatives » (...); ou encore elle réapparaissent volontiers dans un autre domaine (...); enfin et surtout ces symptômes « gâchent la vie » de l'enfant qui éprouve (...) honte et culpabilité à l'égard de cette conduite. » (22)

Discussion :

Pour Pierryck, on pourrait qualifier d'inhibition des conduites socialisées son isolement à la garderie et son retrait en entretien, repli apparu après un déménagement. Le silence en entretien peut également s'interpréter non comme une inhibition mais une sorte d'entêtement selon un mode rétentionnel.

Les « blocages » à l'école correspondent-ils à une inhibition du fonctionnement intellectuel ? Il aurait été intéressant de savoir quel type de tâche induisait cette attitude : s'agissait-il d'activité relativement libre qui valorisait la créativité ou l'autonomie ? Pierryck avait présenté des difficultés en dictée qui s'étaient un peu amendées ; il manifestait de bonnes compétences en calcul. On peut émettre l'hypothèse qu'il se sentait plus à son aise sur des matières scolaires en rapport avec un certain contrôle et était parvenu à circonscrire ses difficultés à un seul domaine-symptôme. Il ne formulait pas d'anxiété anticipatoire vis-à-vis des dictées ou autres contrôles des connaissances. Le maintien des acquisitions scolaires plaide également en faveur d'un trouble névrotique.

On retrouve la notion de trouble de l'articulation qui semble avoir résisté à la rééducation orthophonique puisqu'elle était importante en début de suivi et gênait sa compréhension. Les productions imaginaires ne mettaient pas en évidence de projection de honte culpabilité ou de notion de réparation. Le trait était assuré, il n'existait pas d'appréhension pendant l'activité

graphique. La pauvreté des dessins semble plutôt en rapport avec une incapacité à aborder l'imaginaire plutôt que des hésitations, une retenue ou l'angoisse de se tromper.

Les thématiques de ses dessins ne paraissaient pas obéir à une conformité par crainte de se dévoiler. Il me semble qu'il s'agissait plutôt d'une adhésivité par difficulté d'élaboration. Ce dernier mécanisme à la différence du premier n'est pas névrotique.

La maman ne rapportait pas d'autres symptômes de la lignée névrotique tels que des rituels envahissants, des plaintes hypochondriaque, une phobie ...

En entretien, je n'ai pas constaté la nécessité de l'enfant de répéter quelque chose : c'était plutôt mon souci d'introduire une continuité entre les rencontres.

Je n'ai pas ressenti de culpabilité ni de honte de sa part. Pierryck ne semblait pas perturbé de laisser sa sœur dans un lit de camp pendant qu'il occupait le sien et sa chambre. Il m'a paru un peu plus scrupuleux quand il m'a demandé l'arrêt du suivi en avançant le motif qu'il ne dormait plus avec sa sœur. Il faut bien se rappeler que cette demande a eu lieu après que les parents aient ensemble posé un cadre ferme vis-à-vis de ce comportement.

L'inhibition en période de latence évoque en général un trouble névrotique. Si l'on se contentait d'examiner la symptomatologie comportementale en creux de Pierryck, on tendrait à pencher pour une inhibition névrotique classique. Toutefois, l'incapacité majeure à aborder le registre imaginaire, l'absence de culpabilité et d'un cortège de symptômes névrotiques permettent d'écarter cette hypothèse diagnostique de névrose de l'enfant.

III. E. Dysharmonie d'évolution

III. E. 1. Introduction

Plusieurs auteurs appellent à la prudence devant un tableau d'inhibition. Celle-ci pourrait s'inscrire dans une pathologie limite plus que dans un trouble névrotique.

« Dans certains cas, l'inhibition paraît tellement massive, semble entraver à un point tel les capacités d'autonomisation de l'enfant, qu'une pathologie plus lourde de type organisation limite (...) n'est pas à exclure : c'est ce qu'on observe dans certains mutisme extrafamiliaux graves et prolongés » (22)

Pierre Delion établit comme signe d'alerte la persistance des troubles malgré la consultation thérapeutique parents-enfants :

« La consultation avec l'enfant et ses parents permettra de déjouer ces mécanismes entropiques, en mettant le plus souvent en évidence le bon niveau intellectuel de l'enfant et les mécanismes défensifs œdipiens à l'œuvre. Toutefois, lorsque ces résultats attendus ne sont pas présents, et qu'au contraire l'inhibition semble contenir une forte agressivité sous-jacente, un approfondissement du bilan psychopathologique est nécessaire et peut mettre en évidence une pathologie limite (...). » (23).

La question d'une pathologie limite doit donc être étudiée à travers les différentes nomenclature.

III. E. 2. DSM IV

Pour ce manuel, cette pathologie prend l'appellation de « *trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance* ». Elle se définit comme suit (24):

« A. Mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade du développement, présent dans la plupart des situations et ayant débuté avant l'âge de 5 ans, comme en témoignent les manifestations (1) ou (2) :

(1) incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée au stade du développement, qui se traduit par des réponses excessivement inhibées, hypervigilantes, ou nettement ambivalentes et contradictoires (p. ex., l'enfant se comporte vis-à-vis personnes qui prennent soins de lui en alternant tentatives

d'approche, réactions de fuite et refus de se laisser consoler, parfois il montre une « vigilance glacée »)

(2) liens d'attachement diffus, qui se manifestent par une sociabilité indifférenciée et une incapacité marquée à faire preuve d'attachements sélectifs (...)

B. La perturbation décrite dans le critère A n'est pas uniquement imputable à un retard du développement (comme dans le Retard mental) et ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement.

C. Carence de soins adaptés, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :

(1) négligence persistante des besoins émotionnels élémentaires de l'enfant concernant le confort, la stimulation ou l'affection

(2) négligence persistante des besoins physiques élémentaires de l'enfant

(3) changements répétés des personnes prenant soin de l'enfant, empêchant l'établissement de liens d'attachement stables (...)

D. On présume que la carence de soins décrite dans le critère C est responsable de la perturbation du comportement décrite dans le critère A (...). »

Au sein de cette entité nosographique, le sous-type inhibé peut être retenu. Il est décrit ainsi (24) :

« (...) le trouble du comportement social prédominant est l'incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée au stade de développement »

Discussion :

Les critères A1, B, C1 et D sont pertinents pour décrire les manifestations de Pierryck. Il a été difficile pour la maman de Pierryck de me préciser la petite enfance de son fils. Toutefois, elle a bien verbalisé le traumatisme lié à l'intoxication au CO et l'ambivalence de ses sentiments pour le bébé qu'elle attendait. Il s'agit d'un facteur de risque de trouble des interactions précoces mère enfant. Elle n'identifiait pas de difficultés dans les relations mère-enfant avant 5 ans. Ceci n'exclue pas un défaut d'étayage sur le plan fantasmatique

D'autre part, les observations cliniques montrent l'absence de négligence concernant les besoins élémentaires de Pierryck. Sa maman connaissait ses antécédents médicaux, ses goûts alimentaires, elle était observante dans la prise en charge de son fils. Elle veillait à ce que les devoirs soient faits et consacrait le mercredi à ses enfants. Cependant, la maman de Pierryck ne parvenait pas à poser un cadre éducatif, à lire des histoires et à s'adapter aux émotions de son fils. Elle se rendait compte des angoisses de Pierryck au coucher mais il lui était difficile de mettre en place un rituel du soir. Elle était démunie face à la maladie de sa mère et redoutait de parler de cet événement à ses enfants. L'extrait de la quatrième consultation met en évidence ses angoisses face à de probables problèmes conjugaux exposés de façon abrupte à son fils. Une carence qualitative des soins maternels semble donc présente et concernerait le registre émotionnel. La maman de Pierryck a secondairement pu identifier son propre trouble de l'adaptation suite au déménagement : on peut donc émettre l'hypothèse d'un renforcement d'une carence qualitative de soins maternels à l'origine en partie de l'anxiété de Pierryck (critère D).

III. E. 3. CFTMEA R 2012

La définition de ce trouble de la personnalité est la suivante :

« Les pathologies limites de l'enfant s'expriment à travers des manifestations très diversifiées, variables d'un cas à l'autre et qui peuvent se modifier dans le cours de l'évolution.
(...) »

« Au point de vue clinique et psychopathologique, on relève les éléments suivants :

- **des défauts précoces d'étayage** d'où résultent des failles et des distorsions dans l'organisation de la vie mentale ; cependant l'enfant met en œuvre des capacités adaptatives notables, en s'appuyant sur des fonctionnements en faux-self ;

- **des défaillances portant sur l'abord du champ transitionnel et sur les supports de la pensée** : en découle une dominance des expressions par le corps et par les agirs ;

- **des atteintes portées au travail de séparation et à l'élaboration de la position dépressive** : elles ne permettent pas l'intégration des angoisses dépressives ; elles entraînent une extrême vulnérabilité à la perte d'objet ; néanmoins l'enfant accède à une différenciation soi / non soi (...)

- **des failles narcissiques constantes** : elles peuvent inclure une représentation de soi inacceptable, au point de porter atteinte au sentiment d'identité ; à titre défensif, l'enfant est souvent conduit à développer des réactions de prestance qui mènent à des affrontements répétitifs avec le milieu.

En dépit de ces composantes péjoratives, des ouvertures de type névrotique se dessinent, mais sans permettre un véritable affrontement aux conflits de désir et d'identification. En résulte une **hétérogénéité structurelle**, soutenue par des clivages, de sorte que, d'un côté, se développent des capacités d'adaptation, tandis que, sur un autre versant, persistent des modalités archaïques de symbolisation et de fonctionnement mental. »

Discussion :

Les quatre caractéristiques ici énoncées semblent similaires à celle du DSM. Les troubles des interactions précoces ont fait l'objet d'une discussion précédemment. L'éclosion des troubles après un déménagement et l'incapacité à dormir seul illustrent l'échec du processus de séparation. L'incapacité de Pierryck à accéder à une pensée nuancée se traduit davantage par une symptomatologie négative que par une instabilité psychomotrice ou des troubles somatoformes. La

faible narcissique ici induirait une opposition face à l'autorité parentale mais également le besoin d'étayage. L'hétérogénéité structurelle est retrouvée puisque malgré les difficultés à penser et imaginer, Pierryck a pu retrouver une bonne intégration auprès de ses pairs et ne présente pas de retard scolaire ou de trouble du comportement invalidant pour les apprentissages.

Au sein de l'ensemble des pathologies limites, le sous-type dysharmonie évolutive semble recouvrir la symptomatologie présentée par Pierryck. Elle est décrite ainsi (26) :

« Classer ici des troubles à symptomatologie variable et dont les traits et mécanismes caractéristiques s'inscrivent dans une perturbation évolutive multifactorielle d'instauration précoce, toujours avant six ans, qui entraîne un développement dysharmonique. Les troubles du langage, de la psychomotricité, des fonctions cognitives se présentent principalement comme des dysharmonies fonctionnelles en rapport avec des défauts d'investissement, des insuffisances d'apprentissage, des modes d'échanges inadaptés avec l'environnement mais ils peuvent progressivement conduire à une restriction durable des potentialités. Les troubles de la personnalité pris dans ce processus s'expriment principalement par l'insécurité de fond, l'immaturation, l'existence d'angoisses dépressives et de séparation liées aux difficultés d'individuation. La composante dépressive tient une place importante, qu'elle s'exprime ouvertement ou qu'elle soit recouverte par des troubles dominants des conduites. »

Discussion :

Le fait que soit discuté comme hypothèses diagnostiques la dépression et la pathologie limite plaide en faveur d'une composante dépressive au sein de la dysharmonie. Cette hypothèse se justifierait également par la survenue de troubles identifiés après le déménagement. Les difficultés antérieures « de fond » (discrète instabilité motrice, difficultés en langage...) devaient probablement être compensées par des capacités d'adaptation de Pierryck et la tolérance parentale.

La notion de défaut d'investissement de la pensée plus que le conformisme ou l'incapacité à lâcher prise semble bien le mécanisme sous jacent de l'inhibition de Pierryck.

III. E. 4. Autre référence

Marcelli insiste sur le large éventail des symptômes pouvant s'intégrer dans ce type de pathologie (27) :

« Manifestations internalisées (...), ou externalisées ((...) inhibition comportementale), troubles d'une des grandes fonctions somatiques (...)retard de maturation d'une ligne particulière de développement (retard de langage), (...) difficultés relationnelles majeures (...)»

L'auteur recense quatre éléments plus significatifs (27) :

- « - L'âge de début des troubles (...) vers 3 - 4 ans
- La multiplicité et la variabilité des symptômes qui traduisent une altération de la régulation et de l'état affectif et de l'anxiété. (...) Cet enfant (...) ne paraît pas en revanche capable d'établir une organisation psychique susceptible de lui permettre une maîtrise et un dégageant d'une angoisse toujours perceptible.
- Un comportement, une sensibilité sociale constamment altérée (...)
- Un décalage entre les lignes de développement au plan de la maturation neurobiologique (..) ou au plan de la maturation pulsionnelle et de l'organisation de la personnalité (...) voire une dysharmonie au sein d'une ligne même de développement. »

Marcelli conclue sur le fait que : « L'ensemble de ces difficultés conduisant à une altération des processus de pensée. » (27)

Discussion :

Le concept de dysharmonie d'évolution rassemble un large panel d'expressions symptomatiques. Il semble donc mal aisé de le définir d'un point de vue sémiologique. Ce sont les caractéristiques psychopathologiques évoquées dans la CFTEMEA et par Daniel Marcelli qui permettent de la différencier cette entité nosographique des TED et des troubles névrotiques. La distinction du soi et non soi et la perception du réel y sont préservées. Mais la précocité des perturbations, la persistance de l'angoisse de perte d'objet, les défaillances de la régulation émotionnelle avec l'impossibilité d'investir la pensée ou le symbolique semblent caractéristiques de la pathologie limite. Certaines compétences en secteur permettent à ces enfants de faire illusion. L'inhibition, l'isolement et les troubles du sommeil de Pierryck peuvent donc faire partie des multiples manifestations cliniques énumérées dans la littérature.

Face à certains grands moments de mutisme, mon sentiment a souvent été partagé entre une réelle incapacité de Pierryck à pouvoir s'exprimer et le refus de parler au mauvais objet que je représentais. J'étais en effet la première à poser fermement l'interdit de dormir avec sa sœur. On pourrait retrouver ici « *l'agressivité* » contenue évoquée par Pierre Delion (28).

L'expression directe ou médiatisée de l'angoisse, la souffrance ou de la tristesse étaient quasi-impossibles alors que la perturbation du fonctionnement social est majeure.

La pauvreté de l'imaginaire (adhésivité aux films, brièveté des scénarios...) fait contraste avec la qualité des aptitudes visuo-perceptives mises en jeu dans les mêmes productions graphiques. On peut donc parler d'hétérogénéité au sein même d'une lignée de développement. De plus, les compétences en langage (écrit et oral) seraient déficitaires par rapport aux autres lignées de développement (motricité, mémoire...).

III. F. Conclusion

Enfin, les hypothèses d'une déficience intellectuelle primaire, d'inhibition névrotique et de dépression névrotique peuvent être écartées. Le mutisme sélectif serait un symptôme ou un syndrome mais ne constitue pas un diagnostic suffisant.

Les diagnostics de dépression dysharmonique ou de dysharmonie d'évolution sont envisagées. Ces hypothèses convergent vers un fonctionnement psychique emprunt d'une forte composante archaïque et une vulnérabilité latente aux séparations. Pierryck présenterait un tableau d'inhibition à penser. Il peut être perçu sous l'angle d'une immaturité avec un défaut d'investissement des processus de créativité. Ces troubles s'inscrivent dans un contexte de carence qualitative discrète mais installée. Une rupture du processus de développement était décrite au décours du déménagement.

Des apports théoriques psychodynamiques s'avèrent nécessaires afin de redéployer ce symptôme à la lumière du développement précoce.

IV. Articulations théorico-cliniques

IV. A. Apport théorique de Winnicott

IV. A. 1. Le développement précoce selon D. Winnicott

Au XXe siècle, les premières théories psycho-dynamiques du développement de l'enfant se partagent entre les travaux Kleiniens et les conceptions d'Anna Freud. L'œuvre de Mélanie Klein met l'accent sur les mécanismes psychiques de la scission de la dyade mère enfant et la dimension archaïque de la relation d'objet qui en découle. Anna Freud étudie l'enfant et son autonomisation sous l'angle des « *lignes de développement* ».

Les axes de travail de Winnicott s'inscrivent dans une position intermédiaire. Le chef de file du « Middle groupe » a centré le développement de l'enfant comme le fruit des relations précoces avec son environnement.

Winnicott (1896 – 1971) est un pédiatre et psychanalyste Anglais. Il a développé les concepts de préoccupation maternelle primaire, de mère suffisamment bonne et d'aire et d'objet transitionnels.

Dans les écrits Winnicottiens, « la mère » correspond à la personne qui réalise la fonction maternelle donc en général la maman mais il peut également s'agir du papa ou toute autre personne qui offre au bébé des soins ajustés, continus et affectueux. Il en va de même pour le terme de père dans lequel on peut voir la personnification de la fonction paternelle. De plus, ses deux types de fonctions parentales s'exercent de façon non exclusive par l'un et l'autre des parents, selon les circonstances et leurs dispositions personnelles. Elles sont complémentaires mais articulées.

IV. A. 1. a) Sécurité

La fonction maternelle permet la construction de la sécurité interne du bébé. Elle se décline à travers les concepts de Préoccupation maternelle primaire, de holding et du rôle de miroir du visage maternel.

La Préoccupation maternelle primaire

Selon Winnicott, le nouveau-né, vulnérable, dépend de l'adulte de façon psychique et physique. En effet, il a besoin de soins maternels bien ajustés à ses besoins physiologiques. Il s'agit d'assurer l'alimentation, les changes, la régulation des stimulations sensorielles du nourrisson mais également son portage et ses besoins d'affection et de tendresse.

Dans l'article éponyme de ce concept, Winnicott introduit le lecteur aux particularités de la Préoccupation Maternelle Primaire :

« Ma thèse est qu'au cours de la phase la plus précoce, nous avons affaire à un état très spécial de la mère, une condition psychologique qui mérite un nom celui de préoccupation maternelle primaire(...) Il[cet état] se développe progressivement et devient un état de sensibilité élevée pendant et surtout vers la fin de la grossesse.(...)» (29)

Cet ajustement étroit et continu au bébé n'est pas le fruit de la technicité d'une mère professionnelle ou d'une élite matriarcale. L'attention bienveillante et L'identification de la mère au bébé motivent l'adéquation et la justesse des soins maternels. C'est sur un « *état d'hypersensibilité* » (29) de la mère pour son bébé que se fonde la préoccupation maternelle primaire.

« En fait pour que les soins soit bénéfiques, c'est le dévouement qui importe, non le savoir-faire ou les connaissances intellectuelles » (30)

De cette réceptivité si particulière aux éprouvés corporels de son bébé, naissent une adéquate et un enrichissement des réponses à l'enfant. Le psychisme du bébé peut ainsi commencer à se construire :

« elle [la mère] pourra se sentir elle-même à la place de son bébé et rencontrer ainsi les besoins de celui-ci. Ce sont d'abord des besoins corporels ; ils deviennent progressivement des besoins du moi lorsque l'élaboration par l'imagination de l'expérience physique à ce qui est psychique. » (31)

Le holding

En quoi consiste cette adaptation maternelle si subtile ? Il s'agit essentiellement du holding (physique et psychique) et également du rôle miroir du visage maternel. Ces soins comportent une dominante corporelle mais s'accompagnent de regards et de prosodies. Ils s'organisent ainsi autour de correspondances transmodales animées par l'affection et les émotions maternelles.

Le portage maternel procure au bébé un tel sentiment de sécurité qu'il peut se sentir vivre et exister malgré sa fragilité. La maman porte son bébé dans son ventre pour le mettre au monde, elle le porte dans ses bras et son psychisme pour qu'il soit au monde.

En effet, selon le Robert et Collins (32), le verbe to hold recouvre des traductions aussi diverses que « tenir », « maintenir » et « contenir ». Ce terme renvoie donc selon ses emplois à des dimensions spatiale, temporelle et psychique. La multiplicité de ces références permet de comprendre les diverses caractéristiques du holding.

Il s'agit d'abord au sens propre d'un appui physique pour préserver l'enfant de la chute.

Le holding protège également le psychisme du bébé contre la violence de ces éprouvés corporels, contre la détresse de l'abandon et son « angoisse d'effondrement ».

Il est de plus spécifique à chaque bébé et à ses états psychiques.

Enfin, le portage est un processus dynamique et régulé selon les événements et stimuli environnementaux. Il est de plus évolutif avec la croissance de l'enfant. Il existe donc bien des variabilités temporelles mais pas de ruptures. La continuité assurée parallèlement à ces modulations constitue une caractéristique fondamentale du holding.

Dans l'extrait qui suit, Winnicott décline les propriétés du holding (33) :

« Il [l'environnement] entre en contact avec des besoins physiologiques. Ici la physiologie et la psychologie ne sont pas encore bien séparées l'une et l'autre, elles ne sont qu'en train de le devenir ; et :

L'environnement est fiable. Mais ce que fournit l'environnement n'est pas fiable de manière mécanique. Cette fiabilité implique une empathie maternelle.

La tenue (holding) :

-Protège des blessures physiologiques.

-Prend en compte la sensibilité de la peau du bébé – le toucher, la température, la sensibilité auditive, visuelle, la sensibilité à la chute (par l'action de la gravitation), et l'absence de connaissance chez le bébé, de quoi que ce soit d'autre que lui-même.

-Elle implique une continuité de soins le jour et la nuit et elle est différente pour chaque bébé parce qu'elle fait partie du bébé et qu'il n'y a pas deux bébés semblables.

-Elle s'adapte aussi jour après jour aux menues transformations du bébé, liées à sa croissance et à son développement, à la fois physique et psychique. »

« (...) il faut que quelqu'un tienne le bébé et s'adapte suffisamment bien aux variations de ses besoins. Cette personne doit être portée par un amour qui corresponde à ce stade : un amour qui rende cette personne capable de s'identifier au bébé et lui donne le sentiment que l'adaptation à son besoin de valeur. (...)

Je pense que ce moment du JE SUIS est un moment difficile ; le nouvel individu se sent très à découvert. Ce n'est que si quelqu'un entoure alors le bébé de ses bras, que le bébé supportera ce moment du JE SUIS, et peut être s'y risquera-t-il. » (34)

Les soins maternels s'inscrivent dans le corps à corps mais aussi dans le face à face.

Le rôle miroir de la mère

L'adaptation au vécu du bébé concerne ainsi également les mimiques et leurs correspondances émotionnelles : dans l'échange de regards, l'état émotionnel du bébé est réfléchi et enrichi par les expressions du visage maternel. Il s'agit d'une mise en acte dynamique et partagée des états intérieurs du bébé. Cette boucle de retour assure au nouveau né la conscience de se vivre pleinement à travers l'expérience présente.

« Que voit le bébé lorsqu'il regarde le visage de sa mère ? Je suggère que le bébé d'ordinaire se voit soi même. Autrement dit la mère regarde le bébé et, ce qu'elle exprime est lié à ce qu'elle voit ici. » (35)

Winnicott a décrit le ressenti du bébé porté et regardé par sa mère à travers l'expérience d'omnipotence. Il s'agit d'une première étape vers le sentiment continu d'exister.

L'expérience d'omnipotence du bébé

L'adéquation entre les éprouvés corporels du bébé et les réponses maternelles donne à ce dernier l'illusion de la toute puissance. Ignorant l'existence de sa mère, il croit être lui-même à l'origine de la réponse à ses besoins ; c'est l'expérience d'omnipotence. Elle constitue une phase très précoce de développement. Cet égocentrisme physiologique assure une intériorisation de ressentis non menaçants. Il s'agit d'apporter une sécurité au nourrisson qui n'a pas un appareil psychique suffisamment développé pour percevoir le monde tel qu'il est, et affronter le principe de réalité. Cela lui permet de prendre confiance en lui. Cette confiance est nécessaire pour lui donner l'impulsion ultérieure de partir à la rencontre du monde et surmonter les difficultés de l'existence.

Si à ce stade, le bébé prenait conscience de sa dépendance absolue à l'autre, cela générerait chez lui une « *angoisse d'effondrement* » dont la terreur mettrait à mal son développement.

L'expérience d'omnipotence, bien qu'initialement nécessaire, doit progressivement s'effacer pour que le bébé ne s'enferme pas dans un monde bercés d'illusions.

« Il faut dire que le bébé a créé le sein, mais, cela n'aurait pas été possible si la mère n'était pas venue donner le sein au bon moment. On communique au bébé : « Viens vers le monde avec créativité, crée le monde ; ce n'est que ce que tu crées qui a un sens pour toi ». Puis vient : « le monde est sous ton contrôle ». A partir de cette première expérience d'omnipotence le bébé est capable de commencer à faire l'expérience de la frustration, de parvenir même un jour à un point opposé à l'omnipotence et d'avoir le sentiment de n'être qu'une petite poussière dans l'univers ; dans un univers qui existait déjà avant que le bébé ne soit conçu, et conçu par deux parents qui prenaient du plaisir l'un avec l'autre. » (36)

C'est au rythme d'expériences successives d'omnipotence que le bébé peut s'inscrire dans la temporalité et éprouver le sentiment continu d'exister.

Le sentiment continu d'exister

Avec la continuité des soins corporels et la fiabilité de l'environnement, le sentiment continu d'exister se constitue et contribue à la formation du Moi du bébé. Winnicott emploie ici le terme de self pour désigner ce développement psychique :

« (...) lorsque l'on fournit au bébé un environnement suffisamment bon dans les premiers temps de la vie, on lui permet de commencer d'exister, de faire une expérience, de se construire un moi qui soit à lui, de dominer ses pulsions et de faire face à toutes les difficultés qui sont propres à la vie. Le bébé sent que tout cela est réel, alors qu'il commence à être capable d'avoir un self (...)»

(37)

IV. A. 1. b) Séparation

Une fois l'assise de la sécurité interne construite, les mouvements de différenciation et d'individuation peuvent se dessiner sans traumatisme. Dans l'article « objets transitionnels et phénomènes transitionnels », le psychanalyste met l'accent sur la chronologie de ces deux étapes : *« la tâche ultime de la mère est de désillusionner progressivement l'enfant, mais elle ne peut espérer réussir que si elle s'est d'abord montrée capable de donner les possibilités suffisantes d'illusion. »*(38)

Des mouvements de séparation apparaissent ainsi dans certaines caractéristiques des fonctions maternelles : l'aspect temporaire de la préoccupation maternelle primaire et la mère suffisamment bonne.

Le caractère temporaire de la préoccupation maternelle primaire

Winnicott décrit la préoccupation maternelle primaire comme un état physiologique et limité dans le temps. Cette attitude d'adéquation de la mère à son enfant n'est justifiée que pour les premiers temps de vie du nouveau-né, période de vulnérabilité maximale de celui-ci. Une fois l'appareil psychique du bébé suffisamment développé, celui-ci peut doucement se différencier de sa mère sans que cela constitue une rupture traumatique.

« Une relation au moi prend alors naissance entre la mère et le bébé ; la mère en sort et le bébé peut, à partir de ce moment se forger l'idée que sa mère est une personne. Vue sous cet angle, la reconnaissance de la mère en tant que personne se constitue de manière positive, normalement et non pas à partir de l'expérience d'une mère serait le symbole de la frustration »
(39)

La mère suffisamment bonne

L'auteur met en évidence que la figure maternelle ne présente pas un dévouement absolu à l'enfant. Les soins maternels sont de qualité mais limités. Ils évoluent parallèlement au développement de l'enfant. Dans ses écrits, l'auteur parle de continuité plus que de permanence et d'adaptation plus que de perfection.

Winnicott écrit qu'il peut arriver à la figure maternelle de faire vivre à son bébé des absences courtes ou des défaillances sans gravité pourvu qu'elles soient tolérables par le bébé :

« La « mère » (qui n'est pas forcément la propre mère de l'enfant) suffisamment bonne est celle qui s'adapte activement aux besoins de l'enfant. Cette adaptation active diminue progressivement, à mesure que s'accroît la capacité de l'enfant de faire face à une défaillance d'adaptation et de tolérer les résultats de la frustration. » (40)

La séparation est également instaurée par plusieurs modalités de la fonction paternelle : le besoin d'opposition, la survie de l'objet et le rôle du tiers.

L'opposition de l'objet

○ « stade théorique de non-inquiétude ou de cruauté »

Dans l'article intitulé « l'agressivité et ses rapports avec le développement affectif » (41), Winnicott décrit l'agressivité primaire du bébé comme un « *amour appétit primaire* », « *une avidité* ». A ce stade de « non-inquiétude », il s'agit de l'activité motrice précoce des nouveau-nés par laquelle ceux-ci peuvent être qualifiés par projection de « *cruels, blessants, dangereux* » (41) par les adultes : ils mordent le mamelon qu'ils aiment tant téter, ils s'agrippent et griffent ces visages qui les fascinent. L'auteur précise bien que ces mouvements ne sont pas réalisés à dessein contre la personne. En effet, à ce stade le bébé n'a pas conscience de l'individualité de l'autre.

«L'agressivité fait ici partie de l'amour (...) Si l'agressivité disparaît à ce stade du développement affectif, il s'ensuit, à un certain degré, une altération de la capacité d'aimer, c'est-à-dire de l'aptitude à établir des relations objectales » (42)

Cette attitude est bien distincte de la colère et de l'intolérance à la frustration d'un enfant contrarié par l'autorité parentale (ici l'individualité du parent frustrateur est perçue par l'enfant).

○ « le stade de la sollicitude »

L'opposition à l'agressivité du bébé est considérée par Winnicott comme une nécessité.

Le tout petit commence à accéder à la reconnaissance de l'autre parce que ce dernier s'oppose à ses attaques. Cette perception de l'individualité de l'autre conduit le bébé à se soucier de son intégrité face à ses propres mouvements agressifs. De là naît la culpabilité. Celle-ci convertie par les parents devient un moteur pour se faire pardonner, pour réparer puis pour vivre quelque chose avec l'autre sans le léser. De l'agressivité primaire assimilable à une rencontre physique **contre** l'autre, l'enfant est guidé par ses parents vers l'empathie et la sociabilité c'est-à-dire des expériences psychiques partagées **avec** l'autre. Cette étape est qualifiée de stade de la sollicitude. La fonction parentale permet donc de lier cette agressivité aux expériences libidinales et de la transformer en préoccupations altruistes.

« Ces considérations nous amènent à conclure qu'une certaine confusion peut naître de l'emploi du terme agressivité alors que nous voulons dire spontanéité. Le mouvement impulsif s'étend et devient aspect de réalité et elle s'unit très facilement aux expériences érotiques qui attendent le nouveau-né. Et ma thèse est la suivante : c'est cette impulsivité et l'agressivité qui se développe à partir d'elle qui font que l'enfant a besoin d'un objet externe et pas seulement d'un objet lui apportant une satisfaction » (43)

« L'intégration du moi de l'individu est suffisante pour lui permettre de se rendre compte de la personnalité maternelle ; en conséquence – et c'est extrêmement important – il se soucie des résultats de son expérience instinctuelle, qu'elle provienne du physique ou du psychisme.

Avec ce stade apparaît la capacité de se sentir coupable. Il en découle qu'une partie de l'agressivité se transforme cliniquement en chagrin ou en sentiment de culpabilité(...)L'enfant (...) peut supporter cette culpabilité et, ainsi, avec l'aide d'une mère vraie et vivante (...), il devient capable de découvrir son propre besoin personnel de donner, de construire et de réparer (...) Une activité sociale ne peut être satisfaisante que si elle se fonde sur un sentiment de culpabilité personnelle ayant un rapport avec l'agressivité. » (44)

L'opposition de l'objet permet donc au bébé d'établir la distinction entre soi et l'autre.

« La théorie orthodoxe suppose toujours que l'agressivité est réactionnelle à la rencontre avec le principe de réalité alors qu'en fait, c'est la pulsion destructrice qui crée la qualité de l'extériorité. C'est le point central de mon argumentation. » (45)

Il accède à la notion d'individualité physique et entre dans ce que Winnicott nomme « *la relation d'objet* ». (46)

« le mode de relation à l'objet est une expérience du sujet que l'on peut décrire par référence au sujet en tant qu'être isolé » (46).

Si le bébé commence à percevoir la distinction physique entre lui et sa mère, son monde interne en revanche n'est pas encore toujours bien différencié de la réalité extérieure. Le bébé vit encore des expériences d'omnipotence. Il projette ses fantasmes sur l'autre dont l'indépendance et la volonté propre ne sont pas toujours reconnues.

○ le stade de « l'utilisation de l'objet »

Cette étape correspond à une perception de l'autre et à des modalités relationnelles les plus abouties. L'objet et ses désirs propres sont ici pleinement reconnus et acceptés comme tel.

« Cette chose qui se situe entre le mode de relation et l'utilisation, c'est la phase assignée par le sujet à l'objet en dehors de l'aire du contrôle omnipotent de celui-ci : à savoir la

perception que le sujet a de l'objet en tant que phénomène extérieur et non comme entité projective, en fait, la reconnaissance de celui-ci comme d'une entité de plein droit. » (47)

La survie de l'objet

Lorsque l'opposition de l'objet à l'agressivité du bébé s'inscrit dans la temporalité, Winnicott parle de *survie de l'objet*. Le bébé passe ainsi de la reconnaissance de l'individualité physique de l'autre à celle de son altérité. Une séparation stable entre le monde interne et la réalité s'établit alors.

La survie de l'objet désigne le fait de ne pas appliquer la Loi du Talion. En d'autres termes, la relation entre le sujet et l'objet se poursuit malgré les attaques de ce dernier. Dans cette épreuve de réalité, le sujet perd ses illusions d'omnipotence ; il perçoit que sa colère n'aboutit pas à l'anéantissement de l'objet de son courroux. A ce stade, cette prise de conscience est à la fois limitante et rassurante. Elle offre aussi à l'enfant une véritable rencontre puisque pour la première fois, les désirs propres de l'objet sont reconnus.

« La description de l'utilisation d'un objet comporte la prise en considération de la nature de l'objet. (...) Si la relation peut porter sur un objet subjectif, l'utilisation, elle implique que l'objet fait partie de la réalité extérieure.

On peut observer la séquence suivante :

- 1) le sujet se relie à l'objet.*
- 2) L'objet est en train d'être trouvé au lieu d'être placé dans le monde par le sujet.*
- 3) Le sujet détruit l'objet.*
- 4) L'objet survit à la destruction.*
- 5) Le sujet peut utiliser l'objet.*

L'objet est toujours en train d'être détruit. Cette destruction devient la toile de fond inconsciente de l'amour d'un objet réel ; c'est-à-dire un objet en dehors de l'aire de contrôle omnipotent du sujet.

L'étude de ce problème comporte une estimation de la valeur positive de la destructivité. La destructivité, à laquelle s'ajoute la survivance de l'objet à la destruction, place celui-ci en dehors de l'aire des objets établis par les mécanismes projectifs mentaux du sujet. Ainsi se crée un monde de réalité partagée que le sujet peut utiliser et qui peut envoyer en retour dans le sujet une substance autre-que-moi. » (48)

Winnicott met en lien la survie de l'environnement face à la destructivité fantasmatique du bébé avec à la fonction paternelle :

« L'enfant...qui a des sentiments agressifs et qui est agressif, se sent en sécurité parce que le cadre de la famille représente la société sous cette forme déterminée. La confiance que la mère a dans son époux, ou dans le soutien qu'elle obtient de la société dans laquelle elle se trouve si elle fait appel à elle, dans le policier par exemple, permettra à l'enfant d'explorer crûment les activités destructrices qui s'associent au mouvement en général, et aussi plus spécifiquement à la destruction qui a à voir avec des fantasmes accumulés autour de la haine. De cette manière (en raison de la sécurité fournie par l'environnement, du soutien de la mère par le père, etc.) l'enfant devient capable d'effectuer une chose très complexe : intégrer ses pulsions destructrices à ses pulsions d'amour...

Afin d'accomplir ceci au cours de son développement, l'enfant a absolument besoin d'un environnement qui soit indestructible sur des points essentiels : certainement que les tapis seront salis, que les murs devront être retapissés et que, parfois, des vitres seront cassés, mais la maison tiendra debout malgré tout. Derrière tout cela, demeure la confiance que l'enfant conserve dans la relation entre ses parents ; la famille est une affaire qui marche. » (49)

La fonction paternelle se définit ici à travers différentes composantes : elle suppose d'abord directement les notions de solidité et persistance face à la destructivité de l'enfant. D'autre part, elle joue un rôle de soutien pour la mère confrontée à l'agressivité primaire de son bébé. Elle permet donc indirectement à la maman d'assurer la survie de l'objet.

Enfin, on observe que la continuité est une caractéristique nécessaire et commune aux fonctions maternelle (*holding*) et paternelle (*la survie de l'objet*).

La fonction de tiers

La fonction paternelle ne se résume pas à la triangulation réelle ni à une relation duelle différenciée de celle avec la mère : elle inclue également la place que le père occupe dans l'esprit de la mère et qui la sépare psychiquement de son enfant. Il s'agit d'une triangulation en pensées.

« ... Que trouve-t-on dans la présence réelle du père, et quel rôle joue-t-il dans l'expérience qui est faite de la relation entre lui et son enfant, entre son enfant et lui ? Qu'est-ce que cela fait au bébé ? Car il y a une différence entre le fait que le père soit là ou non, qu'il soit capable d'établir une relation ou non, qu'il soit sain ou non, qu'il soit une personne souple ou rigide.

Si le père meurt, cela a une signification, ainsi que le moment exact où il meurt dans la vie du bébé ; il faut également prendre en compte de l'image du père et de son destin, dans la réalité interne de la mère. »(50)

IV. A. 3. Conclusion

En résumé, la fragilité initiale du nouveau-né nécessite une adaptation maternelle subtile. Cette attention bienveillante couvre les besoins physiologiques avec les soins corporels. Elle cultive aussi un partage relationnel et l'éclosion d'émotions qui nourrissent la psyché du bébé en construction.

Pour Winnicott, la séparation s'inscrit pour une part dans la latence et les défaillances progressives de la fonction maternelle, une fois que le socle narcissique du bébé est suffisamment mature. Cette séparation conjugue également plusieurs modalités de la fonction paternelle : l'opposition à l'agressivité primaire, la survie à la destructivité par le bébé et la fonction de tiers réel ou fantasmatique.

La dyade mère enfant s'ouvre alors à une aire potentielle : celle du jeu et de la réalité partagée. Il existe ainsi une transition enrichissante entre l'état de symbiose mère-enfant où règne l'illusion d'un contrôle magique et une individualisation marquée par l'épreuve de réalité. La séparation se construit comme une interface créatrice et non comme une limitation sidérante.

« La mère s'adapte aux besoins de son bébé, de son enfant, tout au long de l'évolution progressive de sa personnalité et de son caractère. Cette adaptation lui confère un certain degré de fiabilité. L'expérience que fait le bébé de cette fiabilité pendant une période donnée suscite chez le bébé et l'enfant qui grandit un sentiment de confiance. C'est la confiance du bébé dans la fiabilité de la mère et, à partir de là, dans celle d'autres personnes et d'autres choses qui rend possible le mouvement de séparation entre le moi et le non-moi. Dans le même temps, cependant, on peut dire que la séparation est évitée, grâce à l'espace potentiel qui se trouve rempli par le jeu créatif, l'utilisation des symboles et par tout ce qui finira par constituer la vie culturelle. » (51)

IV. B. Psychopathologie des troubles de Pierryck d'après l'œuvre de Winnicott

IV. B. 1. Les troubles de Pierryck

IV. B. 1. a) L'inhibition en tant que symptôme

Lorsque l'assise narcissique n'a pas été achevée par défaut de holding ou lorsque la séparation mère-enfant est trop brutale, Winnicott décrit des troubles chez l'enfant qu'il attribue à une incapacité d'investir une aire transitionnelle et d'être dans une réalité partagée avec l'autre.

Dans l'extrait qui suit, il est difficile d'affirmer si l'auteur envisage ces troubles à un niveau fantasmatique ou relationnel, le premier pouvant également modeler le second. Le défaut d'investissement d'une aire transitionnelle peut d'abord s'interpréter par une introversion et un refuge dans un imaginaire cloisonné. C'est un univers d'une extrême pauvreté mais maîtrisé. Elle ne permet pas un partage d'émotions dans la rencontre et une ouverture sur le monde avec l'enrichissement personnel qui en découle.

A l'opposé, sur un versant externalisé, les troubles peuvent prendre l'allure de réactions actives à ce qu'il nomme des « *empiètements de l'environnement* ». Dans ce cas, le monde externe par son hostilité annexe toute l'activité psychique de l'individu ; celui-ci ne peut plus faire l'expérience de sentir, réfléchir créativement ou d'imaginer. Toutes les ressources psychiques sont mobilisées pour survivre. L'agir ou plutôt le réagir asphyxie les émotions et la pensée.

Winnicott parle d'un « faux-self ». D'un point de vue comportemental, l'enfant n'a pas la capacité d'être pleinement lui-même pour jouer. Il adopte à défaut une attitude de déséquilibre relationnel : le repli ou l'agir. Dans les deux cas, il est incapable de faire intervenir son imagination pour jouer et de rencontrer un pair.

« Tel bébé sera traité avec une compréhension si grande au moment où la mère se sépare de lui que l'aire du jeu sera immense, mais tel autre aura, à ce stade de son développement, une

expérience si pauvre qu'il ne lui restera qu'une toute petite chance d'évoluer hors de l'alternative introversion-extraversion. Dans ce second cas, l'espace potentiel ne compte pas, car le sentiment de confiance combiné à la fiabilité n'a jamais pu s'édifier et, du même coup, il n'y a pas eu de réalisation de soi dans la détente. » (52)

L'état d'inhibition présenté par Pierryck semble s'inscrire dans cette lignée psychopathologique. D'autant plus que le jeu et le dessin sont difficilement investis en tant qu'aire transitionnelle. On peut émettre l'hypothèse qu'un trouble des interactions précoces n'a pas permis une mise en place adéquate de la sécurité interne de Pierryck. La maman a rapporté une ambivalence importante pendant la grossesse : elle était heureuse d'attendre un petit garçon mais se protégeait de trop investir un bébé dont la viabilité restait incertaine après l'intoxication au CO. Elle n'a pas décrit les interactions précoces avec beaucoup de précision. Les capacités d'adaptation de Pierryck auraient été dépassées par le déménagement. L'angoisse serait telle que Pierryck ne pourrait pas se risquer à investir des expériences partagées.

Dans l'article « L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications », l'auteur distingue en termes de pronostic l'hétéro-agressivité de l'angoisse d'effondrement. Cette différence ne s'établit pas sur un cadre nosographique mais sur le retentissement relationnel. En contraste avec ses prédécesseurs centrés sur les concepts de pulsion, désir ou de position dépressive, Winnicott privilégie le rapport à l'objet. L'aire transitionnelle et l'utilisation de l'objet en constituent l'aboutissement. A l'opposé, l'annihilation témoigne d'une angoisse intense impliquant un renoncement relationnel. Entre ces deux extrêmes, l'agressivité représente une quête de l'objet qui se heurte à la réalité. Winnicott nous invite à retenir que ce premier mouvement certes maladroit porte l'enfant vers l'autre. Cela signerait un meilleur avenir que la résignation et la menace d'effondrement qu'il lit dans la psychose.

« L'annihilation est plus primitive et tout à fait différente. L'annihilation signifie « sans espoir ». L'investissement dépérit, faute de résultat. D'un autre côté, l'attaque dans la colère relative à la rencontre avec le principe de réalité est un concept plus élaboré, venant après la destruction dont je fais ici l'hypothèse. Il n'y a pas de colère dans la destruction de l'objet à laquelle je me réfère ici, bien qu'on puisse dire qu'il y a de la joie quand l'objet survit. A partir de ce moment- ou suscité par cette phase-, l'objet dans le fantasme est toujours en train d'être détruit. Cette qualité d'être toujours en train d'être détruit fait ressentir la réalité de l'objet qui survit comme tel, renforce la qualité du sentiment et contribue à l'établissement de la constance de l'objet. L'objet peut alors être utilisé. » (53)

Dans une autre partie de son œuvre, Winnicott a préféré le terme d' « *agonie primitive* » à l'annihilation et a décrit plusieurs types d'angoisse s'y rapportant. Deux d'entre elles pourraient concerner l'inhibition relationnelle de Pierryck :

« L'isolement total parce qu'il n'existe aucun moyen de communication. » (54)

ou « *la perte de la capacité de se lier aux objets. (défense : états autistiques qui ne s'appuient que sur des phénomènes produit par le self) » (55)*

Le comportement de repli de cet enfant ne comporte ni la dimension relationnelle ni la recherche du principe de réalité d'une conduite hétéro agressive. Ce désengagement vis-à-vis de la relation et de l'environnement se situerait donc en deçà de l'agressivité externalisée. L'emploi du terme de psychose relève du champ psychanalytique. Celui-ci ne recouvre pas exactement la terminologie psychiatrique. On peut voir chez Pierryck une pathologie limite avec une introversion. Incapable de verbaliser ses ressentis, Pierryck « manifesterait » ses affects à travers une dichotomie comportementale : entre l'agir et la sidération. L'inhibition se présente alors à la fois comme l'expression de l'impossibilité d'agir mais serait aussi le symptôme du découragement d'un enfant dont l'assise narcissique serait fragile.

Plusieurs « blocages » ont eu lieu après que j'ai formulé l'interdiction que Pierryck dorme avec ses sœurs. Ce repli témoignerait d'une hostilité contenue. Ici l'inhibition prend la forme d'une attaque passive et désabusée du cadre. Cette agressivité sans externalisation ne comportait pas le mouvement de confrontation à l'autre comme si une réponse de ma part était redoutée ou qu'à moitié attendue.

L'inhibition apparaîtrait ici comme l'expression d'un défaut d'ajustement dont les origines pourraient être précoces.

Si elle représente un symptôme dans sa fonction de montrer une relative incapacité d'ajustement, l'inhibition est aussi porteuse d'un sens émotionnel. Elle vient exprimer tout autant le découragement de s'engager dans la relation à l'autre qu'une agressivité vis à vis d'autrui.

B. 1. b) L'inhibition en tant que défense

L'auteur considère les jeux à règles ou les jeux nourris ou conduits par un adulte comme un défaut d'investissement de l'aire transitionnelle chez l'enfant. Les jeux à règles permettraient à ces enfants de fuir un imaginaire menaçant qui les déborderait. Pierryck très volontaire pour une partie de cartes, se montre réticent pour le graphisme et les jeux de playmobils®. Lorsqu'il parvient à investir l'imaginaire pour raconter au crayon une histoire de vampires, son trait en proie à la terreur s'agite. L'impulsivité motrice traduit un débordement des affects malgré ma présence.

« (...) le jeu est toujours à même de se muer en quelque chose d'effrayant. Et l'on peut tenir les jeux (games), avec ce qu'ils comportent d'organisé, comme une tentative de tenir à distance l'aspect effrayant du jeu (playing). Des personnes responsables doivent être disponibles quand les enfants jouent, mais cela ne signifie pas qu'il leur faut entrer dans le jeu des enfants.

Quand un organisateur est amené à diriger le jeu, cela implique que l'enfant ou les enfants sont incapable de jouer au sens créatif où je l'entends ici. » (56)

Ici, l'inhibition des productions imaginaires apparaît comme une défense contre la survenue envahissante et non maîtrisable d'émotions.

Un défaut d'investissement d'aire transitionnelle peut d'ailleurs aussi bien s'interpréter comme une fuite des émotions que comme un évitement relationnel protecteur. Une aire transitionnelle constitue en effet à la fois un temps d'émotion mais aussi une rencontre. Le repli relationnel permettrait de se préserver par avance de potentielles expériences de rupture ou de privation affective. Pierryck pourrait ainsi être incapable de lier une relation nouvelle avec moi ou ses nouveaux camarades de classe afin d'éviter la déception lorsque celle-ci se termine. Ce repli relationnel aurait été mis en place comme mécanisme de défense après le vécu de rupture lié au déménagement.

D'autres symptômes étayent l'hypothèse d'un tableau clinique de pathologie limite.

IV. B. 1. c) Les conduites d'opposition :

Les angoisses de Pierryck le conduisent à s'imposer le soir à ses sœurs sans tenir compte de leurs besoins d'intimité. Ceci peut être le signe d'une difficulté dans la reconnaissance de la volonté de ses pairs tout comme d'une attitude de contrôle magique de l'autre. L'opposition à l'autorité parentale a permis à Pierryck de se confronter à la réalité. C'est peut être à travers cette opposition parentale, sur une trame de bienveillance, que Pierryck a finalement perçu la présence de ses parents et s'est senti protégé. Les troubles du sommeil ont, en effet, disparu après le rappel de l'autorité parentale.

IV. B. 1. d) les angoisses d'endormissement

On peut considérer que les troubles du sommeil résultent de l'angoisse de s'abandonner dans le sommeil sans la présence physique d'une figure parentale. Autrement dit, Pierryck n'a pas suffisamment introjecté la présence de ses parents pour se sentir en sécurité quand ceux-ci sont dans une autre pièce de la maison que lui. Il semble qu'au moment du coucher, il ait besoin d'une préoccupation maternelle primaire comme un tout petit. Il fait alors un appel maladroit à l'une de ses sœurs.

IV. B. 2. La prise en charge thérapeutique

IV. B. 2. a) Guidance parentale

Même si ce conseil n'a pas été mis en application par la maman, il me paraissait important d'instaurer des rituels du coucher pour Pierryck.

Les rituels du coucher permettent de marquer par leur rythme la fiabilité de l'accompagnement parental entre l'état de veille et le sommeil. La ritualisation de l'enfant en présence de ses parents se propose comme un équivalent du portage du bébé par sa mère.

« Ces expériences appartiennent (...) à ce qu'on pourrait appeler la relation vécue par le moi, à la place où il est permis de dire que la continuité cède le pas à la contiguïté. » (57)

Dans le cas d'une histoire, les enfants font aussi l'expérience du plaisir partagé avec leur parent autour du récit. La relation de nursing du tout petit est remplacée par une médiation agréable.

« La place où se situe l'expérience culturelle est l'espace potentiel entre l'individu et son environnement (originellement l'objet). »(58)

La relation de peau à peau mère-bébé évolue ainsi vers la régularité et à l'enrichissement des échanges parents-enfant.

Pendant le conte, l'enfant peut aussi vivre brièvement quelque chose dont il n'a pas la maîtrise par exemple la peur du loup, de l'ogre, le sentiment d'abandon du Petit Poucet ou d'Hanzel et Gretel... Mais cette expérience a lieu sous le holding d'un conteur adulte aimé et rassurant. Grâce au rituel, la présence parentale va progressivement être introjectée pour affronter des angoisses de façon plus autonome.

« Cet espace potentiel se situe entre le domaine où il n'y a rien, sinon moi, et le domaine où il y a des objets et des phénomènes qui échappent au contrôle omnipotent. (...) Tout bébé trouve là sa propre expérience favorable ou défavorable. (...) L'espace potentiel ne se constitue qu'en relation avec un sentiment de confiance de la part du bébé, à savoir une confiance supposant qu'il peut s'en remettre à la figure maternelle ou aux éléments du milieu environnant, cette confiance venant ici témoigner de ce que la fiabilité est en train d'être introjectée. »(58)

La maman ne s'est pas saisie de ma proposition de mettre en place un rituel du coucher. Les parents accompagnent Pierryck par des initiatives ponctuelles (veilleuse, échange des chambres entre les enfants, construction d'un meuble TV...). Ces mesures témoignent d'une réelle préoccupation mais l'absence de continuité de ces projets ne semble pas permettre à Pierryck de faire l'expérience de la fiabilité.

IV. B. 2. b) Principe de la psychothérapie

« La personne que nous essayons d'aider a besoin d'une nouvelle expérience dans une situation particulière. »(59)

Winnicott évoque dans *Playing : a Theoretical statement* la fonction qu'il attribue à la psychothérapie :

« La psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. En psychothérapie, à qui a-t-on à faire ? A deux personnes en train de jouer ensemble. Le corollaire sera donc que là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire. » (60)

Le psychanalyste Britannique considère l'aire transitionnelle comme psychothérapeutique en soi : l'expérience vécue et partagée assure au sujet le sentiment d'exister et de se réaliser. La répétition de ces expériences aboutit à la formation du moi.

Pierryck n'est pas dans la capacité de partager un tel moment de créativité. Le travail thérapeutique vise donc à rassembler les conditions, à créer « la situation particulière » propice à une ébauche d'aire transitionnelle. Il s'agit d'un travail sur le contenant en vue d'accéder à un contenu.

IV. B. 2. c) Le cadre thérapeutique

Une proposition de définition :

Le dispositif thérapeutique réfère à une organisation définie et régulière : un lieu, un temps de soin (heure, fréquence et durée) des règles édictées et un soignant identifié. Sa présence est ainsi mise en valeur par cette ritualisation et ce référentiel.

Ces repères organisationnels sont nécessaires mais non suffisants : la qualité relationnelle soignant-soigné est fondamentale.

Le soignant est en effet animé d'une attention particulière pour son patient. Ce dernier peut avoir confiance en son thérapeute.

L'expérience du dispositif et la bienveillance du soignant sont ainsi susceptibles d'être introjectées par le patient. Cette rencontre d'une tonalité particulière correspond au cadre thérapeutique. Winnicott désigne cette expérience par le sentiment d'être soi ou le fait de se surprendre soi-même.

« Mon but est simplement de rappeler ici que le jeu a tout en lui, bien que le thérapeute travaille sur le matériel et le contenu du jeu. Naturellement, dans un cadre professionnel et à une heure donnée, ce qui se présente est plus précis que ce qui se présente sur le sol de la maison, sans limite temporelle donnée ; mais cela nous aide à comprendre ce que nous faisons si nous savons que le jeu du patient en constitue le fondement : cette expérience créatrice prenant du temps et occupant une place est profondément réelle pour le patient. Cette observation nous aide à comprendre aussi comment ce type de psychothérapie qui va en profondeur peut s'effectuer sans travail interprétatif. (...) mon propos au sujet des consultations thérapeutiques : c'est le moment où l'enfant se surprend lui-même qui a une signification et non celui où mon interprétation a fait preuve d'habileté. » (61)

Selon le psychanalyste, le cadre thérapeutique emprunte les caractéristiques du holding, de la préoccupation maternelle primaire et du miroir maternel.

« Le bébé a besoin avant tout de la tranquillité des expériences que je décris ; il a besoin de se sentir tenu avec amour, c'est-à-dire de manière vivante et cependant sans agitation, sans angoisse, sans tension. Voilà ce qu'est un cadre. (...) Peu importe ce qui arrive exactement. La mère est là dans la situation et en fait partie ; (...) Elle n'a pas d'idées préconçues sur la manière dont le bébé doit se comporter. » (62)

« Le sentiment du soi, (...) par définition, n'est ni observé, ni remémoré par l'individu et qui est perdu, à moins qu'il ne soit observé et renvoyé en miroir par un être en qui on peut avoir confiance, qui justifie cette confiance et va au-devant de la dépendance. » (63)

Comme dans le rituel du coucher et les interactions précoces suffisamment bonnes, l'idée est de faire vivre au patient une expérience qualitative particulière. C'est grâce à ce vécu que le patient pourra prendre confiance en lui et déployer ses compétences.

La confiance ressentie par l'enfant au sein de ce procédé thérapeutique est proche de l'omnipotence du bébé auprès duquel veille une mère suffisamment bonne. La différence c'est que ce contrôle magique et la relation de dépendance entre les deux protagonistes ne peuvent s'exercer que dans les limites définies par le cadre thérapeutique. Par exemple Pierryck a demandé à jouer aux cartes. Ceci m'a beaucoup interrogé sur le contenu thérapeutique de cette activité. Je l'ai cependant accepté car il était en échec les productions graphiques et ces demandes ne mettaient pas à mal le cadre thérapeutique. Je n'ai pas non plus insisté lorsqu'il refuse de dessiner une famille. Ceci était probablement difficile pour lui, bien plus tard il pourra me dire qu'il n'aime pas dessiner. Les objectifs ont dû être réajustés, comme dans le cas d'une préoccupation maternelle primaire qui permet une adaptation de la mère au bébé. Autrement dit le cadre doit faire preuve d'une solidité sans rigidité. Il reste souple mais consistant en préservant certains invariants. Il peut ainsi poser une résistance pensée et persistance sans représailles ou menace.

La survie du cadre thérapeutique et du soignant

Fort de ces expériences de contrôle magique au sein du cadre thérapeutique, l'enfant peut faire preuve d'abus de pouvoir et attaquer le cadre. Winnicott y voit une rencontre un peu brutale avec le soignant : l'enfant déploie sa volonté propre et tente d'y annexer le thérapeute, les règles et l'esprit du processus thérapeutique. Cette confrontation lui permet d'expérimenter la différence entre la fiabilité d'un lien pérenne et la domination ou dépendance.

Ici l'enjeu est de faire respecter le cadre sans rejet ou rupture du lien thérapeutique. La fiabilité du thérapeute et du cadre doivent s'inscrire dans la durée. C'est ce que l'auteur nomme la survie du cadre thérapeutique. Il s'agit d'une propriété de la fonction paternelle.

Avec Pierryck, il a fallu composer avec ces blocages réactionnels à l'interdiction de dormir avec sa sœur sans revenir sur cette règle ni arrêter le suivi ou la séance. A la différence des conduites externalisées, les attitudes de retrait ne permettent pas une confrontation directe au cadre. En revanche, ces blocages interrogent la pérennité du lien au thérapeute. La survie du cadre constitue une réponse thérapeutique à ces attaques.

« (...) l'analyste, la technique analytique, et le cadre analytique interviennent tous en tant qu'ils survivent, ou ne survivent pas, aux attaques destructrices du patient. Cette activité destructrice correspond à la tentative que fait le patient pour placer l'analyste hors du contrôle omnipotent, c'est-à-dire dehors, dans le monde. »(64)

IV. B. 2. d) Le mouvement régressif

La régression ne constitue bien évidemment pas un objectif thérapeutique. Elle s'envisage comme un passage temporaire et nécessaire afin que la personne abandonne ses défenses (son faux self). Déposer les armes exige d'accepter de se sentir affaibli avant de se reconstruire autrement. Ceci implique une relation de confiance et un ressenti de dépendance vis-à-vis du soignant. Cette relation thérapeutique est portée mais aussi délimitée par le cadre thérapeutique. Après ce temps de régression, une reprise développementale peut s'amorcer. Une authenticité dans les relations interpersonnelles apparaît. Cette qualité relationnelle résulte de ce que Winnicott désigne par le vrai self. Après avoir été mis à nu pendant le temps de régression, le vrai self peut s'enrichir par l'expérience de la psychothérapie.

Ici le temps de régression de Pierryck serait les jeux de bulles et de marionnettes avec les peluches alors qu'à l'école il jouait à la guerre avec les copains. Pendant ses activités il n'est pas survenu de repli.

« Le cadre de l'analyse reproduit les toutes premières techniques de maternage. Sa fiabilité invite à la régression. La régression d'un patient est un retour organisé vers une première

dépendance, ou vers une double dépendance. Le patient et le cadre se confondent dans une situation de narcissisme primaire qui, à l'origine, fut une réussite.

Il est possible de sortir à nouveau hors du narcissisme primaire lorsque le vrai self peut entrer en contact avec des situations où l'environnement est défaillant, sans que s'organisent des défenses impliquant que le vrai self soit protégé par un faux self. (...)» (65)

« Lorsque nous parlons de régression en psychanalyse, nous parlons implicitement de l'existence d'une organisation du moi et d'une menace de chaos. (...) C'est comme si on attendait que des conditions favorables surviennent qui permettent à cet individu de régresser, et que s'offre à lui une nouvelle chance de se développer, ce que la défaillance d l'environnement avait rendu impossible ou difficile au début.»(66)

IV. B. 2. e) Le travail avec la maman

Le travail avec Pierryck n'aurait pas porté ses fruits sans l'implication de la maman dans les soins. Il semble peu pertinent d'instaurer un cadre thérapeutique d'une heure tous les quinze jours si l'angoisse permanente règne à la maison. Cette maman fragilisée par les troubles de son fils, le déménagement a d'abord du être accueillie et écoutée. Ceci n'est pas si simple : il a fallu colmater des réflexions maternelles maladroites en présence de Pierryck et accepter certains compromis (Pierryck occupe le lit et l'espace de sa sœur ; celle-ci doit se contenter d'un lit de camp sans intervention parentale mais les enfants ne dormaient plus dans un même lit !). Cette maman détestait lire des histoires et s'est initialement opposée à un rituel du coucher. La supervision du Dr Hagneré m'a permis de m'intéresser à cette dame à travers son histoire. Son enfance a été difficile et cette personne a fait preuve d'une grande générosité pour aider sa sœur et ses frères. Ceci m'a aidé à accepter cette maman telle qu'elle était : la réalité partagée s'applique aussi au soignant ! C'est peut être cette acceptation qui m'a permis de porter véritablement cette maman à travers ces difficultés.

Peu après, elle a pu prendre l'initiative d'instaurer des dîners sans télé et de ritualiser le coucher de Pierryck par des questions au sujet de sa journée d'école. Cela paraît tout simple mais il s'agissait de sa propre initiative. Cette attitude maternelle encourageait Pierryck à grandir et s'épanouir à l'extérieur de la relation mère enfant. Il s'agit à la fois d'un temps d'attention individualisé et d'un regard sur l'école c'est-à-dire à l'extérieur de la dyade mère enfant. Dans l'article « la localisation de l'expérience culturelle », Winnicott souligne dans son concept de l'aire transitionnel ce paradoxe du partage entre sécurité et exploration :

« J'ai localisé cette aire importante d'expérience dans l'espace potentiel entre l'individu et l'environnement, cet espace qui au départ, à la fois unit et sépare le bébé et la mère, quand l'amour de la mère qui se révèle et se manifeste par la communication d'un sentiment de sécurité donne, en fait, au bébé un sentiment de confiance dans le facteur de l'environnement. »(67)

IV. B. 2. d) Le travail avec Pierryck

L'auteur a théorisé les étapes du développement physiologique du jeu chez l'enfant. Si la psychothérapie est assimilable à un jeu, on peut déduire de cette approche développementale du jeu des paliers dans le processus thérapeutique.

« A. Le bébé et l'objet sont en fusion l'un avec l'autre. Le bébé voit l'objet de manière subjective et la mère s'adapte à cela, rendant réel ce que le bébé est prêt à trouver. (...)

B. L'objet est rejeté, accepté à nouveau et perçu objectivement. Ce processus complexe dépend de l'existence d'une mère ou d'une figure maternelle prête à participer à cette activité et à rendre ce qui fut rejeté.

Cela signifie que la mère (ou une partie de la mère) est dans un aller-et-retour entre une première position où elle est ce que le bébé a la capacité de trouver et, (alternativement) qu'une seconde position où elle attend elle-même d'être trouvée.

Si la mère peut jouer ce rôle durant un certains temps sans (pour ainsi dire) admettre des entraves, alors le bébé a une certaine expérience de ce qu'est un contrôle magique : c'est-à-dire qu'il fait l'expérience de l' « omnipotence » selon la description des processus intra-psychiques.

(...)

C. L'étape suivante consiste à être seul en présence de quelqu'un. L'enfant joue maintenant en s'appuyant sur la supposition selon laquelle la personne qui aime, et qui par conséquent est fiable, est disponible et continue de l'être lorsqu'il s'en souvient après l'avoir oubliée. L'enfant sent que cette personne lui renvoie ce qui se passe dans son jeu.

D. L'enfant est maintenant prêt pour l'étape suivante dans laquelle il permet à deux aires de jeu de se recouper et il y prend plaisir. C'est d'abord certainement la mère qui joue avec le bébé, mais elle est plutôt attentive à s'adapter aux activités ludiques de ce dernier. Cependant, plus ou moins tôt, elle introduit son propre jeu, elle trouve que les bébés diffèrent suivant leur capacité d'aimer ou de ne pas aimer l'introduction d'idées qui ne sont pas les leurs. Ainsi le chemin pour se constituer une relation où l'on joue ensemble, est tracé. » (68)

L'inhibition de Pierryck peut ainsi être considérée comme la difficulté d'accès à un jeu créatif et partagé. Le cadre thérapeutique a permis d'introduire ce « jeu » entre Pierryck et moi : j'étais acceptée dans certains moments de régression dans le jeu (les bulles, les marionnettes avec les peluches...). Il était initialement délicat « d'attendre d'être trouvée ». La symptomatologie négative s'y prêtait peu ; il me semblait qu'un retrait de ma part renforçait l'impasse dans laquelle se trouvait Pierryck. Pour être trouvée, il m'a fallu revoir l'image que je me faisais du contenu d'un entretien avec un enfant et accepter des activités plus simples (les cartes...). Il s'agissait probablement d'un ajustement nécessaire aux difficultés de Pierryck. On peut imaginer que Pierryck a expérimenté une certaine omnipotence au sein du dispositif de soins pour retrouver confiance en lui. Les blocages signifiaient tantôt une incapacité à partager une expérience

complexe avec moi tantôt un rejet. Le maintien du cadre sans surenchère d'hostilité a permis de passer le cap de ces moments difficiles.

Lors de la fin de la prise en charge, Pierryck peut dessiner, poursuivre un jeu de playmobils© brièvement en ma présence sans échange : il a la capacité à être seul en présence d'un adulte selon Winnicott. C'est peut être également la raison de la fin des troubles du sommeil : il a suffisamment introjecté la présence de ses parents qui se trouvent dans une autre pièce que sa chambre.

« La Capacité d'être seul » où je disais que l'enfant, tout d'abord, n'est seul qu'en présence de quelqu'un d'autre, sans y développer l'idée d'un terrain commun qui existerait au sein de cette relation entre l'enfant et le quelqu'un d'autre. »(69)

Il existe une ébauche d'espace potentiel lorsque Pierryck me demande l'arrêt du suivi parce qu'il ne dort plus avec sa sœur ou lorsqu'il parle de l'école avec sa mère. Il m'a aussi interpellé au dernier entretien afin de réparer son pistolet en plastique cassé.

L'attitude maternelle s'inscrivait davantage dans une continuité d'accompagnement de Pierryck. Ceci semblait de bonne augure. Je ne doutais pas d'une nouvelle demande de suivi de la part de la maman en cas de soucis : l'arrêt du suivi renvoyait donc à une certaine capacité du thérapeute à être trouvée.

IV. C. Le développement précoce selon Françoise Dolto

Françoise Dolto (1908- 1988) est pédiatre et psychanalyste d'enfants.

Ses travaux prennent appui sur les œuvres de Freud. Elle est contemporaine de Lacan. Elle a développé les concepts d'image inconsciente du corps et de castrations symboligènes. Elle adjoint à ses travaux toute son expérience de clinicienne auprès des enfants. Elle a beaucoup communiqué au grand public ses idées au sujet de l'enfant, de son développement et de la parentalité.

IV. C. 1. L'image inconsciente du corps et les castrations symboligènes

Nous présentons ici le concept d'image inconsciente du corps ainsi que son évolution jalonnée par les castrations symboligènes, d'après les écrits de Françoise Dolto (70).

Les expériences vécues et les relations affectives modèlent les rapports voir les conflits entre les trois instances de l'appareil psychique : le ça, le moi, le surmoi. Les mouvements entre ces instances s'expriment notamment à travers des représentations fantasmatiques. Chez l'adulte, elles peuvent éclore lors des associations libres dans le cadre de rencontre régulière avec l'analyste (le transfert). Chez l'enfant, le langage est moins investi : les associations libres sont peu ou pas présentes. Les représentations fantasmatiques prennent littéralement corps sur un support graphique ou plastique lors d'une relation de confiance avec le thérapeute. Les désirs et conflits inconscients se révèlent donc toujours à travers le transfert mais ils nécessitent un appui matérialisé : une « *composition libre* » de type dessin ou modelage. Ses représentations inconscientes renvoient à la libido de son auteur mais sous une forme anthropomorphique : c'est l'image inconsciente du corps.

« *Dans toute composition libre, se représente, se dit, l'image du corps : les associations que fournit l'enfant venant y actualiser l'articulation conflictuelle des trois instances de l'appareil psychique.* » (71)

« *L'image du corps n'est pas l'image qui est dessinée là, ou représentée dans le modelage : elle a à se révéler par le dialogue analytique avec l'enfant.* » (71)

La psychanalyste complète sa définition de l'image inconsciente de corps par opposition au schéma corporel. Si les deux sont en rapport avec le vécu corporel, l'image inconsciente du corps fait référence au développement psychique et affectif d'un individu tandis que le schéma corporel renvoie à la perception du corps et son orientation dans le temps et l'espace. Le langage et les relations affectives permettent la construction du sujet et son image inconsciente du corps alors que c'est par le mouvement et l'expérience que l'enfant prend conscience de son appareil sensitif et moteur ainsi que de ses rapports avec l'environnement.

image inconsciente du corps	schéma corporel
« est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle » (72)	« réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate » (72)
« (...) est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. »(72)	« (...) spécifie l'individu en tant que représentant de son espèce, quels que soient le lieu, l'époque ou les conditions dans lesquels il vit. » «(...) est en principe le même pour tous les individus »(72)
« (...) est toujours inconsciente » « elle peut devenir en partie préconsciente, et seulement quand elle s'associe au langage conscient, lequel utilise métaphores et métonymies référents à l'image du corps(...) »(72)	« (...) est inconscient, préconscient et conscient »(72)
« se structure par la communication entre sujets et la trace, au jour le jour mémorisée, du jouir frustré, réprimé ou interdit (...). C'est en quoi elle est à référer exclusivement à l'imaginaire, à un intersubjectif imaginaire marqué d'emblée chez l'humain de la dimension symbolique »(72)	« abstraction d'un vécu du corps dans les trois dimensions de la réalité, se structure par l'apprentissage et l'expérience »(72)

Si ces deux entités sont bien distinctes, leur développement est interdépendant :

« (...) *le schéma corporel se développe croisé avec l'image du corps(...)* » (73)

C'est parce que il existe une maturation physiologique des compétences motrices et sensorielles de l'enfant que celui-ci peut faire l'apprentissage de nouvelles expériences de plaisirs partagés mais aussi d'interdits. Il peut ainsi déployer des modalités relationnelles nouvelles. En retour, l'enfant étayé par la présence parentale et guidé par le langage peut développer son habilité motrice et sa maîtrise de l'espace.

Se pose désormais la question du moteur de développement de l'image inconsciente du corps. Selon Françoise Dolto, il s'agit des castrations symboligènes.

Dans son sens commun, le terme de castration désigne une opération mutilante qui anéantit la fonction reproductive et par là, la filiation. Il évoque donc une atteinte à l'intégrité du corps mais également la mise à mal de la personne et de ses potentialités. Ainsi, le Nouveau Petit Robert (74) donne la définition suivante de la castration : « *opération par laquelle on prive un individu mâle ou femelle de la faculté de se reproduire* ».

Dans le registre psychanalytique, ce terme prend un tout autre sens. Françoise Dolto la définit ainsi : « *processus qui s'accomplit chez un être humain lorsqu'un autre être humain lui signifie que l'accomplissement de son désir, sous la forme qu'il voudrait lui donner, est interdit par la Loi. Cette signification passe par le langage, que celui-ci soit gestuel, mimique ou verbal.* »(75)

Elle évoque deux ordres de relations entre désir et Loi. En effet, l'interdit fait obstacle à l'assouvissement du désir et permet d'abord son renforcement. Il survient secondairement ce que la psychanalyste nomme une « *Inhibition à effet dépressif* » (75). Il s'agit d'un temps de refoulement modéré du désir nécessaire à son remaniement. Ce processus d'élaboration est nommé **symbolisation**. Elle est induite par l'interdit du but initial du désir (la castration) et aboutit à des sublimations pour satisfaire ce désir.

La sublimation se définit comme un « *processus postulé par Freud pour rendre compte d'activités humaines apparemment sans rapport avec la sexualité, mais qui trouveraient leur ressort dans la force de la pulsion sexuelle. Freud a décrit comme activité de sublimation principalement l'activité artistique et l'investigation intellectuelle.* » (74)

La pulsion s'est ainsi détournée d'une finalité directe et crue avec l'objet initial pour des intermédiaires de substitution : les symboles. A la différence de l'objet initial, ceux-ci ne sont pas congruents au désir. Ils laissent un petit goût d'insatisfaction mais ils offrent à l'individu tout un champ des possibles. En s'allongeant, la chaîne du plaisir se complexifie et se diversifie.

La castration renvoie donc ici à un interdit-barrage au désir sexuel initial. Aux primes abords elle donne l'image d'un obstacle infranchissable qui fait impasse : elle serait une privation par la répression. Si l'on y réfléchit bien, ce type d'interdit ouvre à une infinité d'issues : des déviations plus ou moins tortueuses mais qui mènent à un point d'arrivée valorisant pour l'individu. Il n'y a donc pas d'abandon de parcours malgré ces détours. La castration symboligène réoriente en effet le désir sans y renoncer vers un achèvement plus culturel ou social, c'est-à-dire un désir source de créativité et compatible avec la vie en société. Elle est donc à l'origine d'un dépassement individuel, de l'altérité et de notre humanité. Ces implications s'opposent à la connotation péjorative de la castration dans son sens commun.

Avec l'image inconsciente du corps, Françoise Dolto a intégré la dimension corporelle de la libido dans le développement de l'enfant.

« Alors, le « *circuit-court* » du désir de muqueuse à muqueuse, de la bouche au téton, se transforme, sur fond de tension souffrance, malaise ou manque, en circuit long de communication de psychisme à psychisme : communication plus étendue dans l'espace et le temps et plus subtile. » (75)

La progression de l'enfant n'est pas sans turbulences : angoisses, frustrations, échecs et conflits à dose modérée font aussi partie de son développement.

Françoise Dolto pose **deux conditions pour établir une castration réussie (76)**.

- L'enfant doit être en mesure de la recevoir :

Autrement dit cette castration doit s'effectuer au bon moment par rapport à son développement corporel et psychique :

Pendant les périodes précoces, les besoins du bébé doivent avoir été assouvis avec un emmagasinement de plaisir selon des modalités archaïques (théorie de l'étayage) avant d'accéder à un changement dans la satisfaction de ses désirs.

De plus, cela suppose de la part des parents une bonne connaissance des capacités de l'enfant et de compétences en devenir : ceux-ci n'édicte pas un interdit de façon brutale et arbitraire. Un interdit « juste » doit pouvoir être accepté par leur enfant et dépassé.

- Le parent doit être capable de la donner :

- par l'utilisation du **langage**, ils jouent un rôle de médiation entre « *l'être de besoin* » et « *le sujet de désir* » :

ils accompagnent ainsi leur enfant par des mots vers des plaisirs plus mature.

- par leur bienveillance et leur affection, ils se posent en guide de leur enfant :

celui-ci peut ainsi faire **confiance** à ses parents pour accepter les interdits, abandonner ses habitudes de tout-petit et vivre quelque chose d'inconnu parfois redouté ou d'apparence contraignant.

Pour transmettre l'envie et la sécurité intérieure pour grandir, les parents doivent eux même être convaincus de la nécessité d'autonomiser leur enfant. Cela suppose l'absence d'anxiété parentale démesurée et l'acceptation qu'une fois devenu adulte et indépendant, leur enfant puisse leur échapper. Pour cela, ils doivent avoir eux même dépasser leurs propres castrations d'enfant. Leur plaisir de parents est que leur enfant s'émancipe et devienne sujet de ses désirs même s'il est amené adulte à mettre en déroute leurs désirs parentaux.

- par leur attitude et leur maturité d'adulte, ils constituent une figure

d'identification pour leur enfant :

ils respectent eux aussi les interdits qu'ils imposent à leur enfant. Ils mènent une vie avec des responsabilités et des satisfactions différentes de celle de leurs enfants « *des parents heureux je veux dire des parents vivant d'une libido génitale* ». Ils donnent ainsi envie à leur enfant de suivre leurs traces d'adulte.

Le concept de castration symboligène se décline selon différentes étapes du développement de l'enfant : la castration ombilicale, la castration orale, la castration anale, le stade du miroir, la castration primaire et enfin la castration œdipienne.

IV. B. 2. La Castration ombilicale (77)

La naissance constitue la première castration pour le nouveau né et pour les jeunes parents.

Le nouveau-né subit ce que Dolto nomme la castration ombilicale : il s'agit d'un bouleversement pour toute sa physiologie et ses expériences sensorielles. En effet, il passe d'un bain amniotique et symbiotique avec sa mère à un environnement aérien peu régulé pour son organisme encore immature. Il perd son nid utérin confiné et chaud. Il n'est plus bercé par des battements cardiaques, des voix assourdies, des mouvements amortis. Il n'est plus nourri par une irrigation continue totalement digérée via son cordon ombilical. Sa naissance l'introduit dans un milieu aérien qu'il doit respirer et qui lui impose la pesanteur. Des efforts de tétées, une alimentation fractionnée, l'épreuve de la faim et un travail de digestion sont désormais à l'ordre du jour. Des lumières, des odeurs, des sensations tactiles, des bruits et des voix nouvelles l'assaillent.

Il s'agit également d'un temps de **séparation** pour les jeunes parents. L'auteur la désigne par le terme de « *castration imaginaires des parents* » : leur enfant imaginé meurt avec la naissance de leur bébé réel. Les parents rencontrent l'enfant tant attendu et doivent confronter leurs fantasmes à la réalité. L'inscription à l'état civil scelle la réalité de la naissance et la fin de l'enfant

de tous les rêves. Mais elle signe aussi son existence propre, son identité (sexe, prénom, nom) et son entrée au sein d'une communauté de personnes.

« Leur castration à eux, c'est l'inscription de l'enfant à l'état civil, qui signe son statut de citoyen quoiqu'il arrive à ses parents. Qu'ils le protègent, ou qu'ils ne puissent le protéger, il est dorénavant à leur charge, s'ils peuvent l'assumer ; mais il ne leur appartient pas entièrement, puisqu'il est un sujet légal de la société, sur lequel leurs droits sont limités. (...) les projets fantasmatiques de prénom et de sexe sont arrêtés par la fixation de cette inscription à l'état civil(...) » (78)

Le premier processus de **symbolisation** se met en place et s'étaye pour le nouveau né. Ce sont l'accueil, les paroles et les émotions des parents qui constituent le gain de la naissance. Selon Françoise Dolto, la répétition du prénom du nouveau-né, l'annonce de son sexe et les mots qui lui sont adressés le portent au monde en tant que personne.

« C'est le langage, donc qui symbolise la castration de la naissance que nous appelons la castration ombilicale (...) C'est comme si tous les affects accompagnés de phonèmes incarnaient un mode d'être narcissique premier. »(79)

Pour les parents, la symbolisation se manifeste par l'entrée dans la parentalité.

« il y a donc deux sources de vitalité symboligène qui promeut la castration ombilicale : l'une due à l'impact organique de la naissance dans l'équilibre de la santé psychosomatique de la mère et par là du couple des conjoints dans leur relation génitale [l'auteur cite plus haut la délivrance] ; l'autre est l'impact affectif que la viabilité de l'enfant apporte, en plus ou en moins de narcissisme, à chacun des deux géniteurs qui, de ce fait, vont l'adopter avec les caractéristiques de leur émotion du moment, et l'introduire à leur vie comme porteur du sens qu'il a eu pour eux à ce moment. »(80)

IV. B. 3. La castration orale (81)

Avec la poussée dentaire, arrive le sevrage : il pose l'interdit de cannibalisme. Le sein maternel ne peut être croqué. Cette castration marque la fin des tétées mais aussi du « corps à corps ». La relation duelle mère enfant presque exclusive se termine. Cette mise à distance physique et psychique de la mère offre un espace de transition et d'ouverture au monde. Il ne s'agit pas que de la diversification alimentaire. La cuillère de purée qui voyage entre l'enfant et sa maman préfigure le jeu d'échange d'objet. Le dialogue tonique cède le pas à la communication gestuelle. La motricité manuelle du bébé commence à se déployer et avec elle les conduites d'exploration. La fin des tétées et des attitudes de suçotement libèrent la bouche de bébé pour développer son babillage. La mère cultive le plaisir des échanges des vocalises et des prosodies en remplacement du corps à corps. L'allaitement était un plaisir exclusivement partagé par le nourrisson et sa mère. L'enfant peut désormais faire connaissance avec des interlocuteurs multiples si sa mère l'accompagne par des mots et des sourires vers un tiers.

IV. B. 3. La castration anale (82)

Il s'agit de la période de **l'autonomisation de la motricité sphinctérienne et de la motricité au sens large**. Les acquisitions développementales concernent en effet la propreté et un certain degré d'indépendance motrice : le faire tout seul. L'enfant plus autonome se sépare encore physiquement de ses parents : c'est la période du pot et des explorations du « touche à tout » et du « aller partout ». Cette avidité en expériences motrices forme le support de la curiosité intellectuelle, premier pas hors de la cellule familiale.

L'autre versant de la castration anale renvoie à « *l'interdit du meurtre et du vandalisme* ». La séparation n'est pas que le résultat de l'indépendance motrice elle met aussi en jeu une confrontation entre parents et enfant avec l'interdit de la violence physique. Le mouvement et l'excitation qu'il génère doivent être régulés sans asphyxie. L'interdit du meurtre assure une

compatibilité entre les compétences motrices « pour l'utile, le jeu, le plaisir » et le respect des autres et la sécurité de chacun. L'accès à la marche mène en effet aux rencontres avec les pairs et à la confrontation des désirs de chacun d'où l'épreuve de réalité.

« (...) la différence entre l'imaginaire du faire-avec-un-autre supposé semblable à soi et la réalité où l'autre n'a pas du tout envie de se comporter comme il l'attendait, instruit l'enfant de ceci : que son imaginaire ne correspond pas au désir de tout un chacun. » (83)

La conquête de l'espace ne se limite pas aux plaisirs de la déambulation et de la découverte. Elle introduit aussi aux questions et les litiges relatifs à la propriété, à l'acquisition et au territoire : Qu'est ce qui est à qui ? Peut-on faire main basse sur le nouveau jouet du petit copain ?

« (...) le respect de la possession personnelle d'un objet par l'autre provoque chez l'enfant la compréhension d'un espace à lui qui se prolonge vers le monde extérieur, mais qui doit aussi respecter que l'espace d'un autre se prolonge par ses propres objets personnels, sur lesquels il n'a pas de droit de fait, seulement ceux d'une négociation par le langage. » (84)

Grâce aux régulations et interventions parentales, l'épreuve de la réalité, le respect de la volonté et des biens d'autrui peuvent être appréhendés : la sociabilité est en jeu.

« la castration anale, c'est l'interdit de nuire à son propre corps, comme au monde inanimé et animé qui entoure le triangle initial père-mère-enfant, par des agissements moteurs, rejetants, dangereux et non contrôlés. »(85)

Pierre Delion a renommé cette étape « **la castration musculaire** » (86) afin de mettre l'accent sur la globalité des enjeux de cette période qui vont bien au-delà du pot !

De plus, cette période d'acquisitions motrices n'est pas dépourvue d'angoisse. L'enfant lové dans les bras parentaux bénéficiait d'un environnement à porté de main et maîtrisé par ses

parents. Les premiers pas étendent ce périmètre familial à un univers inconnu et...imprévisible. Il a besoin d'explications et d'un accompagnement parental : les mots lui permettent de sentir que les déconvenues ne sont pas des représailles issues de sa pensée magique. Ils l'introduisent à un monde dont la logique peut être apprivoisée. L'enfant peut ensuite introjecter la présence parentale pour aller de l'avant face à la nouveauté ou aux échecs.

« Jusqu'à l'autonomie déambulatoire, il observait sans risque, dans un nimbe de sécurité familière. Cette sécurité qui lui manque maintenant, l'enfant a besoin plus encore qu'avant de l'avoir imaginativement, par des paroles gardées en mémoire, soutien d'enseignements concernant les êtres nouveaux qu'il va rencontrer: paroles porteuses de connaissances technologiques sur le monde dont il fait partie et qu'il découvre au jour le jour, paroles qui l'initient à la manipulation des choses par leur permanence dans le souvenir quand la présence tutélaire lui manque. Avec ces paroles explicatives qu'il se remémore, c'est comme si la présence tutélaire était son initiatrice au comportement des êtres et des choses inconnus de lui. (...) il se sent valorisé dans ses premières épreuves narcissiques (...) » (87)

D'autre part, l'interdit assure à l'enfant la présence et les capacités de protection parentales face aux déconvenues de son inexpérience. L'interdit a donc une **valeur sécurisante**. L'enfant peut se risquer à explorer le monde en toute sérénité ; ses parents veillent sur lui et interviendront en cas de besoin.

« L'enfant, par expérience, découvre que les interdits sont sécurisants dès lors que, s'il les transgresse, ils amènent pour lui une souffrance réelle. C'est cette expérience qui donne confiance dans ses parents et dans leurs dires limitant sa complète liberté. » (88)

Selon Françoise Dolto, le stade anal comporte aussi un processus d'identification qu'elle nomme **identification motrice**. Avec Freud, le stade oral mettait en jeu l'incorporation, et l'identification constituaient la voie de résolution de l'Oedipe. L'identification motrice de Françoise Dolto serait le chaînon manquant entre ces deux mécanismes freudiens.

« La castration anale n'est possible, d'une façon symboligène qui rend l'enfant industriel, que lorsqu'il y a identification motrice à l'objet total que représente chacun des parents et des aînés dans sa motricité intentionnelle observable par l'enfant. » (89)

« Il est nécessaire que soit toujours affirmé à l'enfant qu'avec le temps, la patience, l'observation, une adresse plus développée, et l'identification au comportement des adultes auxquels il peut faire confiance, sa persévérance et ses efforts seront récompensés ; il pourra accéder un jour à la même puissance qu'il observe chez ses parents (...) » (90)

Comme dans l'incorporation qui s'appuie sur l'oralité, l'identification motrice comporte une dimension corporelle forte. Françoise Dolto souligne le dialogue entre développement de l'image inconsciente du corps et schéma corporel :

« Ses tentatives pour imiter les adultes et les aînés font comprendre au petit enfant, qui en est incapable, que sa faiblesse concerne son bassin et le manque de maîtrise de ses membres pelviens. » (91)

Quand la motricité atteint la maturité nécessaire à la stabilité de la marche, le plaisir de faire comme l'adulte apparaît. Cette attitude module les relations parents-enfant, introduit de nouvelles thématiques de plaisir partagé et façonne ainsi le narcissisme de l'enfant. Elle le confronte aussi à de nouvelles limites dans sa motricité, ce qui permet une meilleure prise de conscience du bas du corps et de sa coordination.

Cette identification se traduirait notamment à travers l'assimilation du « prendre soin » de soi puis des autres à la manière d'une figure parentale. Apparaissent ainsi l'autonomie dans l'habillement, l'alimentation et des attitudes de nursing envers les plus petits. La dernière constitue les premières attitudes altruistes. L'ensemble de ces acquisitions est une amorce de l'intégration sociale.

Le respect de l'interdit de la violence et le soin porté à soi et autrui sont des manifestations comportementales de l'introjection de l'éthique parentale. Françoise Dolto parle de pré-Surmoi. Cette intériorisation se prolongera avec le Complexe d'Œdipe (interdit de l'inceste, du parricide) pour achever la formation du Surmoi.

« Ce narcissisme qui pousse l'enfant à s'identifier aux adultes qu'il admire s'exprime par le fait qu'il est devenu capable de « se materner » lui-même quand il a faim, de se donner à manger, de se servir, de se mettre quelque chose pour se vêtir, de se mettre ses chaussures (...) Il peut se mettre à l'abri des désagréments pour son corps, exactement comme l'aurait fait sa mère : à l'abri des tensions, des besoins lorsque, évidemment, il a de quoi manger à sa disposition. Il peut aussi aider un plus jeune, en mimant le rôle de la mère et du père de façon adéquate. Il se conduit alors vis-à-vis de cet objet humain de manière à lui éviter danger et souffrance (...) En Psychanalyse, nous disons que cet enfant a élaboré déjà un pré-Surmoi concernant tout ce qui tient au corps et à sa survivance, aussi bien le sien que celui d'autrui. » (92)

Ainsi à l'image de l'identification œdipienne, le processus identificatoire moteur permet d'accepter un interdit (celui du meurtre) et tout en orientant le désir de motricité vers des compétences sociales ou des prises d'initiatives. L'identification constitue un appui, le mode de résolution d'un conflit entre désir et interdit. Elle serait donc pourvoyeuse de sécurité. Elle offre certes quelque chose de familier en exemple mais ce modèle mobilise aussi l'enfant vers des avancées : développement du schéma corporel (bas du corps), autonomie, altruisme. L'identification porte donc en elle une composante de séparation entre parents et enfant.

La castration musculaire ouvre à des voies de **symbolisation**. L'interdit du meurtre et du vandalisme constituent des points de butée de la force motrice « brute » de l'enfant. Cette limitation permet à l'enfant encouragé par ses parents d'amorcer un processus de symbolisation : il va façonner ses compétences vers la coordination, la motricité fine, le langage, le jeu... Ces limites permettent au tout petit de déployer sa créativité et de débiter son intégration sociale.

La castration anale est suivie d'autres castrations symboligènes : le stade du miroir, la castration primaire et la castration œdipienne. Celles-ci conjuguent aussi pour le sujet des limitations de ces droits à des activités sublimatoires et des acquisitions développementales. Le point d'aboutissement du développement de l'enfant, l'adolescent et l'adulte étant l'identification œdipienne. Ces notions ne sont pas développées ici car elles n'interviennent pas dans les interactions précoces.

Ainsi, lors des premiers mois de vie, l'assise narcissique est fondée sur une adéquation des soins parentaux aux besoins du bébé. Les interactions très précoces correspondent alors à modalités archaïques de plaisir du bébé.

Elles sont relayées par les castrations symboligènes. Il s'agit d'étapes de construction de l'image inconsciente du corps au cours desquelles un interdit serait dépassé vers une activité sublimatoire : la sociabilité ou la créativité.

En d'autres termes, une castration symboligène pourrait se définir comme l'association d'un processus limitant à des paroles et une attitude parentale respectueuse auxquelles l'enfant peut s'identifier. Loin de s'opposer, sécurité et séparation se conjuguent.

Si avec la symbolisation, le but ou l'objet initial du désir est constamment révisé pour grandir, le désir et le plaisir ne sont pas déniés.

IV. D. Psychopathologie des troubles de Pierryck sous l'abord des castrations symboligènes

IV. D. 1. Inhibition et avatars de la castration anale

Pour Françoise Dolto, l'**inhibition physiologique** correspond à la première étape du travail de symbolisation. Il s'agit du temps d'élaboration et de remaniement du désir dont le but initial a été interdit. Un discret refoulement s'organise mais sans renoncement complet au désir. Dans le cas d'une castration symboligène, le désir est réorienté par celle-ci. Une sublimation peut alors en éclore. Chez l'enfant, cette inhibition physiologique prédomine en période de latence, décrite comme une phase propice aux apprentissages.

A ce stade de développement peut apparaître une **inhibition d'origine névrotique** tant dans le champ intellectuel que sur un versant relationnel. Pour Françoise Dolto ce type de trouble serait le résultat d'une castration anale mal élaborée. La **castration motrice** pourrait se résumer en une conversion d'une force brute et brutale en langage, motricité fine et indirectement en socialisation.

L'inhibition névrotique serait le résultat d'un excès d'interdits. Cela aboutirait à l'extinction des désirs et la fragilisation de la confiance en soi : absence d'initiative, émoussement de la curiosité, incapacité à accepter l'incertitude de l'expérience devant la peur d'un éventuel l'échec... Françoise Dolto a dénoncé dans ses écrits les travers d'une éducation trop rigide :

« Et pourtant ! Si les adultes savaient ce qu'ils gâchent d'intelligence sensorielle et mentale, de confiance en soi et dans les autres, en n'ayant pas la tolérance du bruit et du désordre que font les bébé bien portants et les petits jusqu'à trois ou quatre ans (...) je suis sûre qu'ils abandonneraient les parcs et les éducations au « pas toucher » , qu'ils découvrirait l'intelligence précoce qui s'exprime dans cette activité continuelle et apparemment désordonnée. »

(93)

« La non socialisation de l'enfant vient de ce que les éducateurs n'ont pas respecté au jour le jour ses désirs d'initiatives motrices, alors même qu'elles ne comportaient aucun danger réel, simplement parce qu'elles faisaient quelque bruit, dérangeaient quelque peu l'ordonnance de l'espace, et provoquaient chez les parents des angoisses fantasmatiques au nom desquelles ils distribuaient imaginations prophétiques de malheur, menaces de punitions ou de coups, et fessées : et cela au moindre essai de transgression d'interdits absurdes et sadiques portant sur une saine promotion motrice qui honore bien plutôt la jugeote de l'enfant. » (94)

A l'autre extrême, une castration anale mal élaborée serait un **défaut d'autorité parentale**. Sans limites, l'enfant ne peut ni introjecter les règles de vie en société ni se décentrer de ses intérêts propres pour accéder à l'empathie et au principe de réalité. L'agir prévaut suite à l'absence de freins parentaux à la motricité de l'enfant. L'instabilité psychomotrice apparaît comme un défaut d'investissement de la pensée.

« Beaucoup d'éducatrices, au moment de la castration anale – donc entre dix-huit mois et quatre ou cinq ans, au moment où sont en jeu la motricité, la valeur de la convivialité dans le jeu avec les autres enfants, la valeur de maîtrise corporelle, source de plaisir et santé-, sont l'origine de troubles du caractère en famille et société. Ces troubles sont dus soit à l'inhibition, soit à l'irrespect de toute règle de conduite. » (94)

L'histoire de Pierryck pourrait alors donner l'impression d'un paradoxe. Si l'on ne s'intéresse qu'à Pierryck, il semble manifester une inhibition à l'école et en entretien. Si l'on considère les attitudes parentales, elles relèvent davantage d'une défaillance de l'autorité que d'une rigidité du cadre éducatif.

IV. D. a) Un éclairage sur les troubles de Pierryck

Pour clarifier ces ambiguïtés, il faut réétudier le fils de l'évolution des troubles de Pierryck.

De façon résumée, **la castration orale** aboutit à la transition :

- du lait maternel à la diversification alimentaire
- du plaisir de téter maman aux joies de babiller à un interlocuteur
- du dialogue tonique à une relation médiée par un objet ou un geste ou une vocalise
- d'une relation mère enfant duelle à l'introduction d'un tiers

Si l'on envisage chacune de ces avancées, Pierryck semble s'être figé entre les deux étapes de cette progression :

- Il a bien évidemment accédé à la diversification alimentaire mais sa maman signale une sélectivité alimentaire uniquement en sa présence (absence de difficultés alimentaires à la cantine).

- De même, la parole est acquise mais des troubles de l'articulation persistent et lors de la première consultation, à plusieurs reprises, la maman de Pierryck répond à la place de son fils alors que je m'adresse à celui-ci. Un peu comme s'il n'y avait pas de place pour un tiers.

- Même si Pierryck n'est plus en âge d'être porté, il semble en début de suivi s'agripper à sa grande sœur pour trouver le sommeil. Celle-ci serait un équivalent maternel. Il joue ou dessine de façon adhésive à un modèle. Ceci semble relever moins d'une symbolisation que d'une incorporation. Pierryck se situerait donc davantage dans une relation duelle de tout petit que dans une relation médiée.

- Son repli et mutisme à l'école ou en entretien contrastant avec l'aisance qu'il manifeste à la maison peut également s'interpréter comme l'incapacité à aller vers un tiers.

Marcelli évoque ce défaut de triangulation dans le mécanisme du mutisme :

« (...) la compréhension dynamique du mutisme électif global est plus difficile à aborder. Le lien qui unit le couple mère-enfant est toujours très fort et le langage peut y être alors investi comme une menace potentielle envers ce lien. » (95)

On peut voir dans les troubles de Pierryck une attitude de régression vers un point de fixation du stade oral face à une angoisse massive. Cette angoisse serait provoquée par la perte des repères liée au changement de domicile. Ce déménagement peut en effet s'envisager sous l'angle de la perte de tiers familiers et acceptés : perte des pairs, de l'enseignante, de la vie scolaire...

IV. D. b) Les soins de Pierryck : re-élaborer les castrations symboligènes

La consultation chez le médecin de famille a été suivie d'une première reprise développementale. En effet, à l'issue de cette consultation, l'isolement social de Pierryck à l'école a cessé. On peut voir dans cet entretien avec le médecin de famille la réintroduction d'un tiers connu et investi par Pierryck et sa maman. Cette consultation peut également être considérée comme un temps d'élaboration dans une famille qui semble dispersée entre les emplois du temps de chacun. Le médecin de famille en s'entretenant avec le garçon a mis l'accent sur le recours au langage. Elle a encouragé Pierryck à accepter de nouveaux amis, ce que la maman ne pouvait probablement pas faire de façon convaincante puisqu'elle était elle-même destabilisée par le déménagement.

Cette première prise en charge a peut être permis relancer la castration orale qui s'est traduite par un réinvestissement des pairs à l'école.

Lors du début du suivi en CMP, persistaient les blocages lors des apprentissages et en entretien ainsi que les troubles du sommeil. Ceux-ci s'accompagnaient d'une attitude de toute puissance de Pierryck qui annexait la chambre, le lit et la présence de ses sœurs pour palier à ces angoisses.

Si l'on s'intéresse au cadre éducatif de Pierryck, il semble donc davantage dans le champ d'une défaillance de l'autorité que d'une rigidité des règles éducatives. La maman de Pierryck n'arrivait pas à faire respecter la notion d'espace individuel. Les lits et les chambres des sœurs sont colonisés de fait par Pierryck sans recours à une demande. On peut imaginer qu'à force de s'imposer par des actes, l'investissement du langage et des représentations se fragilise.

Françoise Dolto rappelle dans cet extrait l'importance de définir la place et les possessions de chacun :

« Outre la pulsion de la possession d'objets partiels, le respect de la possession personnelle d'un objet par l'autre provoque chez l'enfant la compréhension d'un espace à lui qui se prolonge vers le monde extérieur, mais qui doit aussi respecter que l'espace d'un autre se prolonge par ses propres objets personnels, sur lesquels il n'a pas de droit de fait, seulement ceux d'une négociation par le langage. »(96)

La maman de Pierryck semblait en difficultés pour différencier les volontés individuelles de ses enfants. Son fils dormait avec sa sœur aînée Clémentine qui s'en accommodait au début puis s'y opposait et le renvoyait elle-même de sa chambre. Pierryck, incapable de prendre en considération les contraintes qu'il imposait aux autres, recommençait alors avec sa sœur cadette, sans se heurter à une autorité parentale.

« (...) bien souvent, les adultes obligent un plus grand à jouer avec un petit, alors que cela ne leur fait aucun plaisir et n'est pas du tout nécessaire au plus jeune. Il n'est jamais sain d'enseigner à un enfant de prendre plaisir au prix du déplaisir de l'autre. (...) Il en est de même quand les aînés reçoivent le conseil pervertissant de céder à leur petit frère ou à leur petite sœur, sous prétexte qu'il est petit ; ou de se laisser envahir par eux dans leurs préoccupations d'un intérêt tout différent, dans leur temps et dans leur espace (...) c'est pour le plus jeune qui ne reçoit pas la castration anale que c'est le pire. (...) J'entends pas « castration anale » l'interdit de faire n'importe quoi pour son plaisir érotique. » (97)

De même la différence entre la fiction et la réalité n'était pas encore solidement installée : l'accès à l'imaginaire quand il était possible devenait terrifiant comme en témoigne le dessin des vampires (cf dessin V3 en annexe). La croyance en l'existence des fantômes persistaient dans un contexte particulier. Par exemple, le train fantôme et ses mises en scène à Disneyland brouillaient les capacités de discernement de Pierryck.

On se rend compte qu'à long terme le fait de ne pas avoir posé de limites aux désirs de Pierryck entraînait un retard dans la distinction entre son monde interne et le monde réel. Ceci l'exposait à des angoisses importantes et au rejet social. Ses sœurs se défendent de ses passages en force par l'exclusion. La maman de Pierryck qui avait horreur de lire des histoires n'était pas à ses côtés le soir pour lui transmettre le goût de raconter des histoires et l'expérience de côtoyer en imagination les loups, les ogres et les sorcières...

La maman de Pierryck ne semblait pas pouvoir s'appuyer sur une autorité paternelle. Elle décrivait un père absent en semaine et plus souple qu'elle vis-à-vis des enfants. Ce défaut d'autorité ne paraissait pas permanent ou massif car avant le déménagement, Pierryck n'avait pas présenté de conduites externalisées entravant la socialisation telles que l'agressivité, le vol, les problèmes de comportement scolaire... Il manifestait une discrète instabilité psychomotrice sans répercussion sociale. La castration motrice a probablement été élaborée en partie, mais pas suffisamment pour que Pierryck investisse des voies de symbolisation telle que l'imaginaire et le langage. C'est un peu comme si Pierryck se trouvait bloqué juste en deçà de la Grande Bifurcation de Pierre Delion(98). Il serait perdu entre au milieu des deux alternatives de ce carrefour du développement et resterait immobile sans pouvoir prendre la voie de l'agir ou du Langage.

Lors de l'évaluation du développement de Pierryck, la maman de Pierryck se rappelait bien que son fils avait souvent recours au pointage proto-impératif mais pas ou peu au pointage proto-déclaratif. Ce contraste suggère que la parole, en tant que capacité à nommer, est acquise

mais le plaisir de communiquer des expériences et des émotions avec un autre n'est pas solidement installé.

De plus, il n'y a pas eu de difficultés lors de la scolarisation de Pierryck et l'enseignante ne formule pas de problèmes majeurs dans les apprentissages. La dyade mère enfant a probablement pu s'ouvrir à une triangulation avec la scolarité et la socialisation mais la triangulation avec le langage ou l'imaginaire reste précaire. Les difficultés d'abord du champ transitionnel étaient probablement anciennes mais « silencieuses », elles n'étaient pas identifiées par les parents. Elles pouvaient d'ailleurs être une des explications de l'incapacité à s'adapter au déménagement.

Les parents tentaient de répondre aux difficultés d'endormissement par une attitude de laisser faire et des mesures matérielles (meuble confectionné sur mesure, changement de chambre, veilleuse...). Cette stratégie n'était pas dénuée d'empathie, ce qui reste fondamental mais elle échouait à endiguer l'angoisse de Pierryck. La maman de Pierryck, fragilisée par le déménagement et les difficultés de son enfant, ne parvenait pas à poser des limites à son enfant. Un temps d'élaboration pour réaiguiller les demandes de Pierryck ne semblait pas avoir pu s'effectuer à la maison. Les parents ne se trouvaient donc en difficultés pour (re)donner la castration motrice et à effectuer un travail de symbolisation vers lequel orienter leur fils.

Le suivi de Pierryck a d'abord permis d'ouvrir un espace tiers entre Pierryck et sa maman, dans la continuité de la prise en charge chez le médecin généraliste. La castration orale en a peut être été consolidée.

Dans un second temps, les entretiens ont peut être permis à la maman de retrouver la confiance en elle pour affirmer son autorité parentale d'une part et imaginer ce qu'elle pouvait proposer à son enfant. L'injonction de dormir dans sa chambre a été posée par les deux parents et soumise à exécution. Un temps d'écoute sur la journée d'école au coucher, et des dîners désormais sans télé !, ont ainsi été instaurés. Elle a ainsi transmis à son enfant le goût de raconter une histoire. L'investissement du langage est ainsi cultivé. Il s'agit d'une symbolisation car cela

implique un temps d'élaboration et de latence. C'est dans ce cadre combinant attention et interdiction que Pierryck s'est senti valorisé et protégé par ses parents. Il a ainsi pu trouver l'apaisement nécessaire pour s'endormir. La castration anale a ainsi été (re)donnée.

« La castration anale met l'enfant en sécurité, tout en soutenant sa liberté de désirer et son espoir de réussir. »(99)

Les capacités d'imagination de Pierryck restaient néanmoins difficiles à mobiliser. L'institutrice n'était pas inquiète par les blocages et la maman a souhaité interrompre le suivi. Pour la première fois, Pierryck pouvait aussi me formuler cette demande.

Ainsi, l'inhibition apparaît comme la manifestation d'une régression d'une part et d'un défaut de castration symboligène d'autre part.

L'inhibition sociale à travers le mutisme et l'isolement serait l'expression de la perte de la capacité à investir un tiers. Dans le cas de Pierryck, elle serait produite par une régression à une fixation orale.

L'inhibition des productions imaginaires renverrait à un défaut de castration motrice. Il s'agit en fait ici plus d'une incapacité et d'un évitement que d'une inhibition : l'autorité parentale ne permet pas le respect des pairs. Les désirs personnels et ceux des autres ne se différencient pas. La distinction entre le monde interne et le monde réel est également floue. En conséquence, d'une part, l'investissement de l'imaginaire est angoissant et évité, d'autre part, le recours au langage est fragile ou aléatoire. La défaillance de l'autorité se double d'une difficulté parentale à cultiver le plaisir de partager les histoires.

V. Conclusion

Au travers de ce travail, plusieurs regards peuvent se poser sur l'inhibition.

En tant que symptôme, elle renvoie aussi bien à une incapacité à aborder l'imaginaire qu'un évitement de la pensée, perçue comme vectrice d'angoisses. Dans le champ relationnel, l'inhibition s'exprime tantôt comme un découragement tantôt comme une résistance hostile à l'acceptation d'une aide. Ce repli fluctuant pourrait aussi être à l'origine d'une hétérogénéité des compétences cognitives.

L'inhibition apparaît comme une entité transversale aux différents cadres nosographiques : déficience intellectuelle primaire, mutisme sélectif, dépression, névrose ou pathologie limite.

Au-delà de l'abord symptomatique, l'histoire de Pierryck illustre aussi quelques problématiques du métier de pédopsychiatre.

Il s'agit d'abord d'accueillir un enfant et ses parents et de leur proposer un espace de réflexion. C'est peut-être lorsque la maman de Pierryck s'est sentie réellement écoutée et soutenue qu'elle a pu poser une interdiction et prendre l'initiative de consacrer un temps individualisé à son fils. Accueillir un enfant et sa famille au sein d'un cadre thérapeutique suppose une grande réceptivité à cette rencontre mais cela ne signifie pas de tout accepter.

D'autre part, ma fonction de médecin implique une réflexion diagnostique, l'orientation et la coordination des soins. Pour Pierryck, même s'il existait des errances diagnostiques, il était fondamental d'éliminer un TED et une déficience intellectuelle avec un décrochage scolaire nécessitant une réorientation. Cette démarche médicale est classiquement décrite par la rigueur des temps d'interrogatoire, d'examen et de traitement. Cela semble bien loin de l'écoute, de la rencontre et de l'émergence de réflexions de l'espace psychothérapeutique ! Pourtant, Winnicott et Françoise Dolto (à la fois médecins et psychanalystes) me montrent qu'il est possible de jouer

avec le cadre et la créativité ou de conjuguer la Loi et le désir. J'espère parvenir à composer avec mes rôles de médecin et d'hôte d'espace thérapeutique pour soigner au mieux mes patients.

Enfin, les soins de Pierryck ont successivement impliqué une orthophoniste en libéral, le médecin de famille, l'avis de l'enseignante et un superviseur. Pierryck a aussi été porté par la réflexion de l'équipe en synthèse du CMP. Inviter un enfant à prendre sa place dans la société, c'est aussi être en capacité de travailler en équipe et en réseau si les soins le nécessitent (PMI, médecin généraliste, avis pédiatrique spécialisé, PPS, éducateur du foyer, référent social, assistante sociale...).

L'inhibition, selon Winnicott, serait dans son versant relationnel l'expression symptomatique d'un échec de l'accès au stade de l'utilisation de l'objet. L'ajustement relationnel fait défaut suite à une défaillance précoce de holding. Sans appui ni limite parentales, le rapport à autrui oscille alors entre l'agir et le repli.

L'inhibition des productions imaginaires peut s'interpréter comme une défense vis-à-vis d'expériences émotionnelles non contrôlables. De cet évitement découle l'impossibilité de partager un jeu créatif dans lequel se marient les mondes intra et extrapsychique. Jouer avec cette frontière implique, en effet, quelques pré-requis. Pour investir l'imaginaire, il faut s'être assuré que la violence des rêves ne surgira pas dans le réel. Réciproquement, la survie de l'objet à la destructivité fantasmatique de l'enfant a aussi été expérimentée. Une fois cette sérénité établie, l'aire transitionnelle peut éclore : elle se présente comme un rendez-vous doux et riche entre les dimensions imaginaire et réelle. Si imaginaire et réel sont attachés et articulés sur ce terrain de jeu, l'autre polarité de chacune de ces deux dimensions est bien différenciée l'une de l'autre.

Les écrits de Françoise Dolto nous permettent de considérer l'inhibition sous deux angles. D'une part, en tant que symptôme névrotique, elle signerait l'écrasement de la spontanéité et des initiatives de l'enfant devant une rigidité du cadre éducatif. D'autre part, l'évitement de la pensée et la difficulté à investir l'imaginaire seraient l'expression d'un défaut de limitations. Si

l'éducation ne veille pas à décentrer l'enfant de ses seuls besoins et intérêts, la réalité ne se détachera pas des désirs personnels. En l'absence de processus limitants et d'une transmission cultivée par les aînés, la sociabilité et le recours au langage n'ont plus de sens.

Pour ces deux auteurs, l'inhibition désigne aussi bien une difficulté dans la rencontre qu'un évitement de la pensée en cas de faillite des limites mais aussi des voies d'accès à l'altérité.

Les relations entre limites et inhibition renvoient à la question de l'autorité. Selon la logique du court terme, celle-ci a souvent été restreinte à son caractère frustrant. Mais l'autorité représente aussi une protection parentale face à des situations de mise en danger que l'enfant n'a pas la maturité d'affronter. L'autorité serait, pour Dolto, la Loi qui garantit l'accès au symbolique. La fonction paternelle de Winnicott présente un caractère continu et un aspect dynamique au développement de l'enfant. Sur ces appuis, l'enfant va pouvoir se risquer puis jouer à s'identifier à ces parents.

L'autorité reflète toute la complexité et les nuances des relations parents-enfants. Celles-ci s'organisent selon deux tonalités et se retrouvent dans les postures maternelle et paternelle. Ces deux postures répondent aux besoins de l'enfant mais fixent aussi la limite à ses désirs. Ces deux fonctions sont portées par les parents en ce qu'ils font alors Autorité.

VI. Références bibliographiques

- (1) CNRTL, inhiber : étymologie de inhiber
<http://www.cnrtl.fr/etymologie/inhiber>, consulté le 14 août 2012
- (2) Bursztejn C, Danion Grilliat A. Névroses et troubles névrotiques chez l'enfant in L'encyclopédie médico-chirurgicale. Section Pédiopsychiatrie. 1995. [37-201-A-60]
- (3) Widlöcher D L'interprétation des dessins d'enfants. 15^e Ed. Liège : Margada ; 1998.
- (4) Winsch J Le dessin comme témoin du développement mental
Z Kinderpsychiatrie, 1935, 2, 69-83. Disponibilité sur internet :
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/enfan_0013-7545_1950_num_3_1_2194?Prescripts_Search_tabs1=standard&
(consulté le 2 septembre)
- (5) Weil P G Test d'un dessin d'un bonhomme comme contrôle périodique simple et rapide de la croissance mentale. Enfance. 1950, Vol 3, Numéro 3-1, p232.
Disponibilité sur internet :
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/enfan_0013-7545_1950_num_3_1_2188
(consulté le 2 septembre)
- (6) OMS. « Retard mental » in OMS. CIM-10, Classification internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement, Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic,
Paris : Masson ; 199 » p 201-203
- (7) OMS. « Retard mental léger » in OMS. CIM-10, Classification internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement, Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic,
Paris : Masson ; 1993 p203-204
- (8) OMS. « Fonctionnement intellectuel limite » AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM IV TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e Ed. Texte révisé. (Washington DC, 2000) Paris : Masson ; 2003. p 852
- (9) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION « Retard mental » in AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM IV TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e Ed. Texte révisé. (Washington DC, 2000)
Paris : Masson ; 2003. p 47-56
- (10) Misès R et Al. « Déficience Mentale » in Misès R et Al. CFTMEA R 2012. 5^e Ed. Presse de l'école des hautes études en santé publique. 2012. p 43-44
Disponibilité sur internet :
<http://www.psychiatrie-francaise.com/Data/Documents/files/CFTMEA%20-%20R-2012.pdf>
(consulté le 2 septembre 2012)
- (11) SPARROW S, BALLA D, CICCHETTI D. Vineland Adaptative Behavior Scales (Survey Form). American Guidance Service. Minnesota : Circle Pines ; 1984

- (12) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION « Mutisme sélectif » in AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM IV TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e Ed. Texte révisé. (Washington DC, 2000) Paris : Masson ; 2003. p. 146-148
- (13) Misès R et Al. « Mutisme » in Misès R et Al. CFTMEA R 2012. 5^e Ed. Presse de l'école des hautes études en santé publique. 2012. p 50
Disponibilité sur internet :
<http://www.psychiatrie-francaise.com/Data/Documents/files/CFTMEA%20-%20R-2012.pdf>
(consulté le 2 septembre 2012)
- (14) Marcelli D « le mutisme » in Marcelli D. Enfance et psychopathologie. Collection les âges de la vie. 7^e Ed. Paris: Masson ; 2006. p.137-138
- (15) OMS. « Episode dépressif » in OMS. CIM-10, Classification internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement, Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic Paris : Masson ; 1993 p 106-108
- (16) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION « Episode dépressif majeur » AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM IV TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e Ed. Texte révisé. (Washington DC, 2000) Paris : Masson ; 2003. p 403-412
- (17) Plantade A et Al. Les troubles dépressifs chez l'enfant : Reconnaître, Soigner, Prévenir. Devenir. Conférence Consensus. Anaes.
14 et 15 Décembre 1995 – Sénat
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confdepression.html> (consulté le 2 septembre 2012)
- (18) Bursztejn C, Danion Grilliat A. Névroses et troubles névrotiques chez l'enfant in L'encyclopédie médico-chirurgicale. Section Pédiopsychiatrie. 1995. [37-201-A-60]
- (19) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION « Trouble : l'angoisse de séparation » AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM IV TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e Ed. Texte révisé. (Washington DC, 2000) Paris : Masson ; 2003. p 141-146
- (20) Misès R et Al « Troubles névrotiques » in Misès R et Al. CFTMEA R 2012. 5^e Ed. Presse de l'école des hautes études en santé publique. 2012. p 30-31
Disponibilité sur internet :
<http://www.psychiatrie-francaise.com/Data/Documents/files/CFTMEA%20-%20R-2012.pdf>
(consulté le 2 septembre 2012)
- (21) Misès R et Al. « Troubles névrotiques avec prédominance des inhibitions» in Misès R et Al. CFTMEA R 2012. 5^e Ed. Presse de l'école des hautes études en santé publique. 2012. p 34
Disponibilité sur internet :
<http://www.psychiatrie-francaise.com/Data/Documents/files/CFTMEA%20-%20R-2012.pdf>
(consulté le 2 septembre 2012)
- (22) Marcelli D. « Les troubles anxieux et les manifestations dites névrotiques chez l'enfant » in Marcelli D. Enfance et psychopathologie. Collection les âges de la vie. 7^e Ed. Paris : Masson ; 2006. p 351-377

- (23) Delion P. La consultation avec l'enfant, Approche psychopathologique du bébé à l'adolescent. Collection les âges de la vie. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2010. p102
- (24) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION « *Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance* » AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM IV TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e Ed. Texte révisé. (Washington DC, 2000)
Paris : Masson ; 2003. p148-152
- (25) Misès R et Al. « pathologies limites » in Misès R et Al. CFTMEA R 2012. 5^e Ed. Presse de l'école des hautes études en santé publique. 2012. p 36-37
Disponibilité sur internet :
<http://www.psychiatrie-francaise.com/Data/Documents/files/CFTMEA%20-%20R-2012.pdf>
(consulté le 2 septembre)
- (26) Misès R et Al. « dysharmonie évolutives » in Misès R et Al. CFTMEA R 2012. 5^e Ed. Presse de l'école des hautes études en santé publique. 2012. p 37
Disponibilité sur internet :
<http://www.psychiatrie-francaise.com/Data/Documents/files/CFTMEA%20-%20R-2012.pdf>
(consulté le 2 septembre)
- (27) Marcelli D. « troubles multiplex de développement et les organisations dysharmoniques » in Marcelli D. Enfance et psychopathologie. Collection les âges de la vie. 7^e Ed. Paris : Masson ; 2006. p. 443 à 450
- (28) Delion P. La consultation avec l'enfant, Approche psychopathologique du bébé à l'adolescent. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2010. p102
- (29) Winnicott D W « La Préoccupation Maternelle Primaire » in Winnicott D W. De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris : Payot ; 1969 p302
- (30) Winnicott D W « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels » in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p42-43
- (31) Winnicott D W « La Préoccupation Maternelle Primaire » in Winnicott D W. De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris : Payot ; 1969 p302-303
- (32) « hold » in le Robert et Collins, Paris : Dictionnaires le Robert ; 2007 p 830-831
- (33) Winnicott D W « La théorie de la relation parents nourrisson » in Winnicott D W. De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969 p48-49
- (34) Winnicott D W « Les enfants inadaptés et le groupe : quelques réflexions sur les problèmes posés par la scolarisation » in Winnicott D W. Deprivation et délinquance, Paris : Payot ; 1994 p148
- (35) Winnicott D W « Le rôle de miroir de la mère et de la famille » in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p205
- (36) Winnicott D W « La communication entre le nourrisson et la mère, et la mère et le nourrisson : comparaisons et contrastes » in Winnicott D W. Le bébé et sa mère. Paris ; Payot : 1990 p101

- (37) Winnicott D W « La Préoccupation Maternelle Primaire » in Winnicott D W. De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris : Payot ; 1969 p304
- (38) Winnicott D W « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels » in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p44
- (39) Winnicott D W « La Préoccupation Maternelle Primaire » in Winnicott D W. De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris : Payot ; 1969 p302-303
- (40) Winnicott D W « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels » in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p42
- (41) Winnicott D W « l'agressivité et ses rapports avec le développement affectif » in Winnicott D W. De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris : Payot ; 1969 p150-169
- (42) Winnicott D W « l'agressivité et ses rapports avec le développement affectif » in Winnicott D W. De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris : Payot ; 1969 p153
- (43) Winnicott D W « l'agressivité et ses rapports avec le développement affectif » in Winnicott D W. De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris : Payot ; 1969 p167-168
- (44) Winnicott D W « l'agressivité et ses rapports avec le développement affectif » in Winnicott D W. De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris : Payot ; 1969 p.153 154
- (45) Winnicott D W « l'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications » in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p174
- (46) Winnicott D W « l'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications » in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p165
- (47) Winnicott D W « l'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications » in Winnicott D W. Jeu et Réalité. ; Gallimard : 1971 p168
- (48) Winnicott D W « l'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications » in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p175 176
- (49) Winnicott D W « La délinquance, signe d'espoir » in Winnicott D W. Conversations ordinaires, Paris, Gallimard 1988 p94
- (50) Winnicott D W « L'usage d'un objet dans le contexte de Moïse et le monothéisme » in Winnicott D W. La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques. Paris : Gallimard ; 2000 p242
- (51) Winnicott D W « La localisation de l'expérience culturelle » in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p201-202
- (52) Winnicott D W « La localisation de l'expérience culturelle » in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p199
- (53) Winnicott D W « l'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications » in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p174 175

- (54) Winnicott D W « La communication entre le nourrisson et la mère, et la mère et le nourrisson : comparaisons et contrastes » in Winnicott D W. Le bébé et sa mère. Paris ; Payot : 1990 p99
- (55) Winnicott D W « la crainte de l'effondrement » in Winnicott D W. La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques. Gallimard : 1971 p90
- (56) Winnicott D W « Jouer. Proposition théorique » in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p103
- (57) Winnicott D W « La localisation de l'expérience culturelle» in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p187
- (58) Winnicott D W « La localisation de l'expérience culturelle» in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p186
- (59) Winnicott D W « Jouer. L'activité créatrice et la quête de soi in jeu et réalité» in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p111
- (60) Winnicott D W « Jouer. Proposition théorique » in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p84
- (61) Winnicott D W « Jouer. Proposition théorique » in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p103-104
- (62) Winnicott D W « La mère qui nourrit » in Winnicott D W. L'enfant et sa famille. Paris ; Payot : 1971 p 46
- (63) Winnicott D W « Jouer. L'activité créatrice et la quête de soi» in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p120
- (64) Winnicott D W « l'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications » in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p171
- (65) Winnicott D W « Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique » in Winnicott D W. De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris : Payot ; 1969 p286-287
- (66) Winnicott D W « Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique » in Winnicott D W. De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris : Payot ; 1969 p281
- (67) Winnicott D W « La localisation de l'expérience culturelle» in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p190
- (68) Winnicott D W « Jouer. L'activité créatrice et la quête de soi» in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p97-98
- (69) Winnicott D W « La localisation de l'expérience culturelle» in Winnicott D W. Jeu et Réalité. Gallimard : 1971 p179

- (70) Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil : 1984
- (71) Dolto F « Schéma corporel et image du corps » in Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil : 1984 p16
- (72) Dolto F « Schéma corporel et image du corps » in Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil : 1984 p22-23
- (73) Dolto F « Schéma corporel et image du corps » in Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil : 1984 p110
- (74) « castration » in Le nouveau Petit Robert. Paris ; Dictionnaires le Robert : 1993 p318
- (73) Dolto F « La notion de castration symboligène » in Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil : 1984 p78
- (74) Laplanche J. Pontalis J B « Sublimation » in Laplanche J. Pontalis J B. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris ; Presses Universitaires de France : 1998 p465
- (75) Dolto F « La notion de castration symboligène » in Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil : 1984 p83
- (76) Dolto F « La notion de castration symboligène » in Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil : 1984 p78-90
- (77) Dolto F « La castration ombilicale » in Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil : 1984 p90-98
- (78) Dolto F « La castration ombilicale » in Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil : 1984 p94
- (79) Dolto F « La castration ombilicale » in Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil : 1984 p93
- (80) Dolto F « La castration ombilicale » in Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil : 1984 p95
- (81) Dolto F « La castration orale » in Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil : 1984 p99-107
- (82) Dolto F « La castration anale » in Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil : 1984 p107-147
- (83) Dolto F « La castration anale » in Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil : 1984 p140
- (84) Dolto F « La castration anale » in Dolto F. L'image inconsciente du corps Seuil : 1984 p141
- (85) Dolto F « La castration anale » in Dolto F. L'image inconsciente du corps Seuil : 1984 p108

- (86) Delion P « La castration musculaire et moi-musculaire » in Delion P. Tout ne se joue pas avant trois ans, Paris ; Albin Michel : 2008 p140-145
- (87) Dolto F « La castration anale » in Dolto F. L'image inconscient du corps. Seuil : 1984 p135
- (88) Dolto F « La castration anale » in Dolto F. L'image inconscient du corps. Seuil : 1984 p120
- (89) Dolto F « La castration anale » in Dolto F. L'image inconscient du corps. Seuil : 1984 p110
- (90) Dolto F « La castration anale » in Dolto F. L'image inconscient du corps. Seuil : 1984 p120
- (91) Dolto F « La castration anale » in Dolto F. L'image inconscient du corps. Seuil : 1984 p132-133
- (92) Dolto F « La castration anale » in Dolto F. L'image inconscient du corps. Seuil : 1984 p139
- (93) Dolto F « La castration anale » in Dolto F. L'image inconscient du corps. Seuil : 1984 p138
- (94) Dolto F « La castration anale » in Dolto F. L'image inconscient du corps. Seuil : 1984 p122
- (95) Marcelli D « le mutisme » in Marcelli D. Enfance et psychopathologie. Collection les âges de la vie. 7^e Ed. Paris : Masson ; 2006. p.138-139
- (96) Dolto F « La castration anale » in Dolto F. L'image inconscient du corps. Seuil : 1984 p 141
- (97) Dolto F « La castration anale » in Dolto F. L'image inconscient du corps. Seuil : 1984 p 140 141
- (98) Delion P « Du muscle à la parole : la grande bifurcation » in Delion P. Tout ne se joue pas avant trois ans, Paris ; Albin Michel : 2008 p138-149
- (99) Dolto F « La castration anale » in Dolto F. L'image inconscient du corps. Seuil : 1984 p 120

VII. Annexes

L'échelle de Goodnough

D'après la traduction et l'article de Pierre- Gille **Weil** (5) « Test d'un dessin d'un bonhomme comme contrôle périodique simple et rapide de la croissance mentale. » publié dans la revue *Enfance* en 1950

Dépouillement des dessins.

Goodenough a établi une méthode très ingénieuse pour établir le barème que nous allons utiliser et dont nous avons traduit ici les éléments essentiels.

On donne 1 point pour chaque élément du dessin. Maximum 52 points.

Catégorie A :

Le bonhomme n'est pas reconnaissable (gribouillages, lignes enchevêtrées). 0
S'il y a un certain contrôle dans les lignes (triangles, cercles, etc.). 1
Lorsque les éléments sont reconnus comme parties du corps humain, intégrer le dépouillement dans la catégorie B.

Catégorie B :

Il n'y a pas de demi-points; chaque élément de figure compte pour 1 point.

1. *Tête présente.*
2. *Jambes présentes.* Les deux de face ou une de profil. S'il n'y a qu'une jambe avec deux pieds le résultat est positif 1
3. *Bras présents.* Les doigts seuls ne suffisent pas, sauf au cas où un espace est laissé entre ceux-ci et le corps. 1
- 4a. *Tronc présent.* 1
- 4b. *Longueur du tronc supérieure à la largeur.* La mesure se fait à partir des points les plus opposés en longueur et en largeur 1
- 4c. *Épaules nettement indiquées* 1
- 5a. *Bras et jambes attachés à un point quelconque du tronc.* 1
- 5b. *Bras et jambes attachés à des points corrects du tronc.* Si 4c n'est pas réussi, les bras doivent se trouver à l'endroit exact où se trouveraient les épaules, si elles avaient été indiquées. 1
- 6a. *Cou présent* 1
- 6b. *Contour du cou formant une ligne continue avec ceux de la tête, du tronc ou des deux réunis* 1
- 7a. *Yeux présents.* L'un des deux yeux ou les deux sont nécessaires. 1
- 7b. *Nez présent* 1
- 7c. *Bouche présente.* 1
- 7d. *Nez et bouche représentés par deux traits; les deux lèvres indiquées* 1

7e. <i>Narines représentées</i>	1
8a. <i>Cheveux présents</i>	1
8b. <i>Cheveux bien placés sans que la tête soit vue en transparence</i> . . .	1
9a. <i>Présence de vêtements</i> . Une des premières manifestations de vêtement est constituée par les boutons. Simples hachures et transparence admis.	1
9b. <i>Deux parties de vêtements sans transparence</i> (chapeau et pantalon par ex.). Des boutons seuls sans autres indications de la veste ne sont pas admis.	1
9c. <i>Dessin complet du vêtement libre de toute transparence</i> . Manches et pantalons doivent être représentés	1
9d. <i>Quatre articles vestimentaires bien marqués</i>	1
Par exemple : chapeau, souliers, veste, chemise, faux-col, cravate, ceinture ou bretelles, pantalons, etc.	
Ces articles doivent avoir leurs signes caractéristiques. Exemple : des chaussures doivent avoir des lacets, un talon, etc.	
9e. <i>Costume complet sans défaut</i> . Commerçant, soldat, etc.	1
Le chapeau, les manches, les pantalons et les souliers doivent obligatoirement être représentés.	
10a. <i>Doigts présents</i>	1
Ils doivent être présents sur les deux bras. Le nombre n'importe pas.	
10b. <i>Nombre correct de doigts</i>	1
Sur chaque main lorsque ce sont les deux mains qui sont représentées, sinon sur celle qui est apparente.	
10c. <i>Détails corrects des doigts</i>	1
Deux dimensions, la longueur plus grande que la largeur. S'il n'y a qu'une main, tirer les conclusions sur celle-ci.	
10d. <i>Opposition du pouce</i>	1
Nette différenciation entre le pouce et les doigts. La règle est stricte. Le point est accordé lorsque l'un des doigts lapercaux est nettement plus court que chacun des autres.	
10e. <i>Mains distinctes des doigts et des bras</i>	1
11a. <i>Bras articulés aux épaules, aux coudes ou aux deux</i>	1
11b. <i>Articulation des jambes aux genoux, aux hanches ou aux deux</i> . . .	1
12a. <i>Proportion de la tête</i>	1
Pas plus de la moitié du tronc, pas moins de 1/10 du tronc.	
12b. <i>Proportion des bras</i>	1
Égale à la longueur du tronc ou un peu plus long, mais en aucun cas n'atteignant les genoux.	
12c. <i>Proportion des jambes</i>	1
Pas moins longues que le tronc et pas plus que deux fois le tronc.	
12d. <i>Proportion des pieds</i>	1
Les pieds et les jambes doivent être vus en deux dimensions. Longueur du pied plus grande que la hauteur. Elle ne doit pas dépasser le tiers de la jambe ni avoir moins d'un dixième de la hauteur totale de la jambe.	
12e. <i>Deux dimensions</i>	1
Les deux jambes et les deux bras ont deux dimensions.	

13. <i>Présence du talon.</i>	1
14a. <i>Coordination motrice par le contour</i>	1
14b. <i>Coordination motrice par les articulations.</i>	1
14c. <i>Coordination motrice par articulation de la tête.</i>	1
14d. <i>Coordination motrice des articulations du tronc.</i>	1
14e. <i>Coordination motrice des bras et des jambes</i>	1
14f. <i>Coordination motrice de la physionomie</i>	1
15a. <i>Présence des oreilles.</i>	1
15b. <i>Présence des oreilles avec bonnes proportions et positions</i>	1
16a. <i>Détails des yeux, cils, sourcils ou les deux</i>	1
16b. <i>Détails des yeux. Présence des pupilles.</i>	1
16c. <i>Détails des yeux. Proportions.</i>	1
La longueur plus grande que la hauteur si les yeux sont vus de face.	1
16d. <i>Détails des yeux. Brilliance</i>	1
17a. <i>Menton et front présents</i>	1
17b. <i>Menton nettement distinct de la lèvre inférieure</i>	1
18a. <i>Tête, tronc et pieds de profil.</i>	1
Une erreur peut être tolérée (transparence, position fautive de bras ou de jambes).	
18b. <i>Profil parfait sans les erreurs tolérées précédemment</i>	1

Pour plus de détails, il conviendra de se référer à l'ouvrage de Goodenough.

Il est bien entendu que la valeur artistique du dessin n'entre pas en ligne de compte dans cette évaluation et que seuls sont pris en considération le nombre d'éléments figurés et leur proportion avec toutes les indications que nous venons de voir.

§ 3. — *Le barème en niveaux d'âge.*

Age.	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Points	2	6	10	14	18	22	26	30	34	38	42

Le quotient intellectuel *QI* s'obtient en divisant l'âge mental *AM* par l'âge réel *AR*.

$$QI = \frac{AM}{AR}$$