



L'impact des mots sur les enfants souffrant d'une hyperactivité associée à un déficit de l'attention (ADHD) Conséquences pour la technique psychanalytique

Björn Salomonsson

DANS **L'ANNÉE PSYCHANALYTIQUE INTERNATIONALE** 2007/1 (VOLUME 2007), PAGES 99 À 118
ÉDITIONS **IN PRESS**

ISSN 1661-8009

ISBN 9782848351247

DOI 10.3917/lapsy.071.0099

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-l-annee-psychanalytique-internationale-2007-1-page-99.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour In Press.

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

L'IMPACT DES MOTS SUR LES ENFANTS SOUFFRANT D'UNE HYPERACTIVITÉ ASSOCIÉE À UN DÉFICIT DE L'ATTENTION (ADHD *)

Conséquences pour la technique psychanalytique

Björn SALOMONSSON

Karolinska Institutet, Department of Woman and Child Health, Child and Adolescent Psychiatric Unit, SE-171 76 Stockholm, Sweden – bjorn.salomonsson@ki.se

Résumé : Les enfants souffrant d'une hyperactivité associée à un déficit de l'attention (ADHD) et ceux qui présentent des troubles de l'attention, du contrôle de la motricité et de la perception (DAMP) sont souvent très sensibles aux interventions de l'analyste. Cela n'est pas toujours dû au contenu littéral de l'intervention. Parfois, les enfants réagissent comme si les mots étaient des objets concrets dangereux contre lesquels ils doivent se protéger physiquement. L'auteur rapporte ce phénomène à l'instabilité de la situation interne de tels enfants. Toute intervention réveille souvent un objet interne mauvais, non contenant, qui menace d'expulser les mots de l'analyste, indépendamment de leur contenu. Il en découle des situations cliniques violentes. Les recherches sur l'*infans* et le travail analytique avec les *infans* et leurs mères mettent en évidence le processus sémiotique complexe qui se développe entre la mère et son bébé. La condition requise pour la mise en route et le maintien d'un tel processus réside dans un objet externe sécurisant, qui peut être progressivement intériorisé. On utilise ici les découvertes provenant de la recherche sur le développement, et le travail clinique avec l'*infans* afin d'éclairer le travail analytique avec des enfants souffrant de ADHD et de DAMP. Des vignettes cliniques montrent combien il est important que l'analyste choisisse les mots de ses interprétations après avoir jaugé tant l'état de l'objet interne de l'analysant que celui de son propre contre-transfert. Si cette évaluation est négligée, le dialogue analytique peut facilement sombrer. L'auteur propose quelques recommandations techniques concernant l'analyse de tels enfants. Il soulève, en tant que faisant partie de la discussion théorique, la question générale de la classification des représentations que le bébé constitue en interaction avec la mère, et que l'analysant constitue en interaction avec l'analyste. Plutôt que de les classer selon la bipartition freudienne de « représentations de choses – représentations de mots », l'auteur propose la classification sémiotique en trois catégories de C. S. Peirce, selon laquelle le bébé formerait des représentations d'icônes, d'indices et de symboles.

* ADHD : attention-deficit/hyperactivity disorder = trouble [caractérisé par un] déficit de l'attention et de l'hyperactivité. Ce sigle ADHD sera utilisé tout au long de l'article. Note de la traductrice. Traduit de *The impact of words on children with ADHD and DAMP* par Florence Guignard.

MOTS-CLÉS : Hyperactivité associée à un déficit de l'attention (ADHD) — Troubles de l'attention, du contrôle de la motricité et de la perception (DAMP) — Traitement psychanalytique des *infans* avec leurs mères.

Dans un article précédent (Salomonsson, 2004) j'ai proposé de considérer la psychanalyse comme une alternative importante, conjointement aux mesures pédagogiques et pharmacologiques qui pourraient s'avérer nécessaires, pour les enfants souffrant d'un trouble caractérisé par une hyperactivité associée à un déficit de l'attention (ADHD), ainsi que pour ceux qui présentent des troubles de l'attention, du contrôle de la motricité et de la perception (DAMP¹), un diagnostic utilisé principalement en Scandinavie (Gillberg, 1996). Pour être bref, DAMP comprend ADHD, auquel s'ajoute un trouble moteur ou perceptif. ADHD et DAMP sont répertoriés en tant que troubles neuropsychiatriques. D'un point de vue *psychanalytique*, ils ne sont probablement pas plus spécifiques que d'autres diagnostics psychiatriques, c'est-à-dire que les mondes internes de ces enfants peuvent apparaître assez différents les uns des autres. Mon argument pour en faire une discussion psychanalytique est avant tout pragmatique ; en tant qu'analystes, on nous demande de soigner des enfants porteurs de tels diagnostics. J'ai soutenu que la psychanalyse aide l'enfant à mettre des mots sur ses expériences et l'aide à être l'enfant qu'il se trouve être². La psychanalyse fournit une situation de calme pour contenir les angoisses à l'intérieur de la relation transféro-contre-transférentielle. La capacité de l'enfant à verbaliser ce qui se passe à l'intérieur de lui – capacité qui peut augmenter considérablement au cours de l'analyse – va l'aider à supporter les angoisses et les affects dépressifs qui déclenchent son comportement impulsif et son déficit d'attention, symptômes qui causent des troubles importants pour l'enfant dans son environnement.

Une psychanalyse ou une psychothérapie analytique intensive peuvent être nécessaires et utiles au traitement de ces enfants (Carney, 2002, Gilmore, 2000, Levin, 2002, Orford, 1998, Palombo, 2001, Schaff, 2001, Widener, 1998). Il importe de garder à l'esprit les corrélations biologiques de ces troubles (Barkley, 1998, Levin, 2002), mais le psychanalyste au travail ne peut fonder sa position sur une étiologie définie par les sciences naturelles. Il ne peut considérer les symptômes d'un enfant atteint d'ADHD et de DAMP que comme tous les symptômes qui se manifestent dans la pièce d'analyse ; ceux-ci expriment des conflits internes et la façon dont l'enfant y réagit. On peut considérer l'impulsivité et le manque d'attention comme une pathologie du moi (Gilmore, 2000) et/ou comme un trouble de la relation à un objet interne contenant (Salomonsson, 2004). Quel que soit le cadre théorique psychanalytique qu'il choisit, l'analyste doit utiliser son cadre analytique psychique et maintenir une régularité dans la situation analytique, ainsi qu'une attitude de contenance optimale.

Pourtant, cet objectif est souvent malmené dans la situation clinique. Mon article traite des situations problématiques rencontrées en psychanalyse et en psychothérapie

1. DAMP : disorder of attention, motility control and perception = troubles de l'attention, du contrôle de la motricité et de la perception. Ce sigle DAMP sera également utilisé tout au long de l'article. Note de la traductrice.

2. J'utiliserai le masculin tout au long de cet article, car il se trouve que la plupart des enfants souffrant de ces troubles sont des garçons.

analytique avec des enfants souffrant d'ADHD/DAMP. Je veux parler ici spécifiquement de leur sensibilité lorsqu'ils reçoivent des commentaires verbaux. En constatant leurs réactions violentes à des interventions que j'avais jugées bienveillantes et inoffensives, j'ai eu l'intuition qu'ils haïssaient mes mots. Ceci entraîna de graves problèmes dans mon contre-transfert. En même temps, leurs difficultés face à mes mots surgissaient tout spécialement lorsque je n'étais pas conscient de mes propres sentiments d'irritation et d'humiliation. Lorsque je compris les problèmes de ces enfants à l'égard des mots et la relation de ces problèmes avec mon contre-transfert, je parvins à les aider davantage à bénéficier de mes interprétations.

Naturellement, des interprétations peuvent se trouver rejetées dans toute psychanalyse. Les analysants ont maintes raisons de rejeter le contenu d'une interprétation. Mais, avec ces enfants, j'ai rencontré une réaction tout à fait spécifique. L'enfant ne rejette pas seulement le contenu, mais aussi les mots eux-mêmes, comme s'ils étaient des choses concrètes qu'on lui lançait, parce qu'il éprouve comme une douleur physique la douleur psychique que ces mots cherchent à soulager. C'est pourquoi l'enfant doit expulser les mots rapidement et violemment, comme s'ils étaient une menace physique. Cette expulsion a de graves conséquences. En se battant, en hurlant et en se bouchant les oreilles, il dénie le fait que les mots pénètrent son psychisme. Son langage se désorganise en jargon inintelligible et le jeu symbolique devient de la pure violence. Dans une telle situation, cela n'a plus de sens de considérer le langage et le jeu comme des médiateurs du monde interne de l'enfant. Ce sont plutôt des méthodes pour évacuer la détresse. Je vais illustrer mes propos avec du matériel clinique, suivi d'une discussion théorique sur la manière dont la symbolisation et la verbalisation dépendent d'un objet interne contenant ; enfin, je développerai les conséquences techniques de mon modèle.

Exemple clinique : Martin

Martin a cinq ans lorsqu'il commence son analyse (voir Salomonsson, 1998). On a diagnostiqué un DAMP sévère³, et sa violence est difficile à gérer dans l'école maternelle. Rétrospectivement, les parents pensent que Martin est devenu plus exigeant et rageur à l'âge de trois ou quatre mois. La mère a continué à le nourrir au sein jusqu'à l'âge de six mois. Les parents observèrent ses premières tendances à la violence lorsqu'il avait un an et qu'il attaqua sa mère. Ils n'ont aucune idée de ce qui a déclenché son changement dramatique de comportement. Aujourd'hui, Martin est un garçon solitaire, sans amis, suant la rage et la violence. En passant, les parents mentionnent ses cauchemars à propos de lions.

Dans le premier entretien, Martin joue avec un renard et un panda. Le panda a des cauchemars. Il doit être protégé des fantômes qui le menacent. Le renard propose de protéger le panda, mais on ne peut pas compter sur lui. Le renard mange le panda pendant

3. Dans la plupart des pays aujourd'hui, on aurait utilisé le diagnostic de ADHD sévère. J'ajoute ceci pour permettre à tout lecteur qui n'est pas familier avec le diagnostic de DAMP de se former une idée de l'état de Martin.

que celui-ci dort, et ensuite, il mange toute la nourriture du panda. Martin dit que le panda n'a pas d'autre ami que le renard. Le renard m'apparaît comme un compagnon objet interne fourbe. J'ai l'impression que le renard contient la rage orale projetée par Martin et la dissimulation de celle-ci. Face à un tel ennemi, Martin ne connaît pas d'autre langage que celui du renard : mordre rapidement et sournoisement tout objet externe par lequel il se sent menacé dans l'instant. Il joue volontiers durant ce premier entretien, mais le matériel est d'une inquiétante étrangeté.

Dans la suite de l'analyse – à raison de quatre séances par semaine – la violence est déclenchée par de nombreux facteurs. L'un d'eux est l'envie à l'égard de mes enfants fantasmés par lui, et de mes autres patients. Un autre facteur est son sentiment de culpabilité à propos des batailles qui ont eu lieu précédemment avec moi. Ses attaques créent une culpabilité primaire, dont il se protège en renouvelant ses assauts. Ainsi sont créés des cercles vicieux. Toute allusion à une diminution de l'estime de soi – comme lorsque je suggère qu'il se sent mal avec moi, ou avec ses camarades, fait surgir des batailles féroces. Du point de vue de Martin, cependant, sa violence est une réaction légitime à mes interprétations, parce qu'elles expriment *ma* violence. Voici deux vignettes cliniques pour illustrer la diversité de ses réactions à mes interventions.

Première vignette

Martin a sept ans, il est en analyse depuis deux ans. Il commence la séance en disant qu'il veut m'opérer. Il montre alors fièrement un serpent en étoffe verte qu'il a fait à l'école. Nous parlons du fait qu'il a créé quelque chose de joli, qu'il a pu le protéger et l'apporter pour me le montrer. Pendant ce temps, je pense qu'une opération peut aussi bien être une activité de soin qu'une attaque sadique. Contemplant le serpent, je pense aussi avec attendrissement à ses efforts pour tenir en échec son sadisme et créer des choses jolies et durables. Mes considérations me conduisent à lui interpréter qu'il veut m'opérer et me soigner. Pourtant, immédiatement après cela, je me sens mal à l'aise, et hésitant quant aux motifs qui se cachent derrière son désir d'opérer. Je me souviens qu'hier, il a « opéré » le placard et l'a abîmé. J'ajoute alors qu'il y a des choses qu'il voudrait réparer, comme le placard. Je dis qu'il s'est probablement senti mal de l'avoir éraflé et qu'il se sent triste en se rendant compte qu'on ne peut pas réparer sa surface.

Mes interprétations visent à reconnaître la fierté qu'il a au sujet de son serpent, ainsi que son amour pour moi, en même temps que sa culpabilité et son désir de me réparer et de réparer ce qui m'appartient. J'interprète en présumant qu'il sait que je contiens et que j'accepte qu'il m'ait fait aussi bien des choses aimantes que des choses pleines de haine. La réaction de Martin montre qu'il me considère tout à fait différemment, et que mes présomptions étaient bien naïves. Il passe à la vitesse supérieure.

MARTIN — Ha, je vais faire s'enrouler mon serpent boa autour de ton cou ! Il va te tuer !

Il devient incontrôlable. Comme je lui dis que je comprends combien il est en colère contre moi maintenant, il rejette mes mots de façon méprisante et tente de me fouetter avec le serpent. La situation devient inconfortable et je place le serpent au-dessus d'un meuble, hors de sa portée, pour le protéger.

MARTIN — Bourreau d'animaux ! Tu ne sais pas que le serpent a peur de l'altitude ! ?

À partir de là, toute tentative de contact verbal rencontre un mouvement de tête de rejet méprisant, et il hurle : « Boucle-la, ferme-la, tu fais rien que parler, bla-bla ! T'es qu'un petit gamin ! »

Deuxième vignette

Cette vignette a lieu un an et demi plus tard. J'arrive à la séance avec une minute de retard, ce qui a obligé Martin à rester à l'extérieur de mon bureau avec son chauffeur de taxi. En le voyant debout devant la porte, je suis très inquiet. Je connais son extrême sensibilité à l'abandon. Je me demande ce qui va arriver maintenant. Il commence immédiatement à m'engueuler.

MARTIN — T'étais en retard ! Le chauffeur de taxi a vraiment autre chose à faire ! Espèce de con ! Enculé de ta mère ! Tu fais caca ! Nique ta mère ! Sois pas gentil avec elle ! Demain, tu vas mourir trois fois si tu ne réponds pas à ma question : est-ce que je peux aller dans la salle d'adultes et prendre autant de feuilles de papier que j'en ai envie ? Réponds-moi !

La « salle d'adultes » est une pièce qui jouxte celle où nous travaillons. Quelque temps auparavant, il avait émis l'idée que les patients autorisés à y entrer devaient être des enfants plus calmes que lui. Je le regarde, petit chef impuissant face à l'analyste-sentinel. Dans mon contre-transfert, je reconnais et sympathise avec ce qui l'effraie vraiment : il se sent impuissant, parce qu'il ne peut supporter la moindre frustration. Je me sens détendu lorsque je lui dis : « Et je réponds que je réfléchis à ce que tu as dit, à combien tu te sens en colère parce que je suis en retard, à quelle punition sévère je vais recevoir. Que la vie est dure ! Tu as commis plein de crimes. Peut-être que tu te demandes quelle va être ta punition. »

Il peut accepter que je lui rappelle que je ne suis pas seulement quelqu'un qui commet des erreurs, mais qu'il l'est également – et que cela mérite de la compassion, plutôt que la peine capitale qu'il redoute. Martin se calme. Puis, survient un jeu. Il est un voleur qui me trompe, en m'invitant à participer à un jeu télévisé où je vais recevoir des gâteaux. Mais, en fait, je n'en recevrai aucun ! À l'évidence, il me fait souffrir le supplice de Tantale, comme vengeance pour celui qu'il a ressenti que je lui avais fait subir en le faisant attendre devant ma porte fermée.

Plus tard dans la séance, je lui demande :

ANALYSTE — Tu as arrêté la bagarre, il y a un petit moment. Pourquoi ?

MARTIN — Il y a eu un « bip-bip » ! [C'est le terme qu'il utilise pour désigner un signal interne qui, parfois, l'avertit lorsque la rage et le chaos le menacent].

Maintenant, il reprend le jeu. Je dois avoir un entretien avec le voleur qui, en fait, ne veut pas se bagarrer. Son chef ordonne au voleur de se bagarrer, parce que les autres se moquent de lui, le chef. Cette relation de moquerie me rappelle des histoires d'école, où Martin ne sait jamais qui est son véritable ami et qui ne fait que semblant de l'être, juste pour se moquer de lui. Lorsque je relie maintenant sa bagarre et ses injures avec ce qu'il ressent à l'école lorsque ses camarades se moquent de lui, j'interviens à partir de mon point d'avantage⁴ contre-transférentiel de compassion et d'humour.

4. Terme de tennis [NdT].

ANALYSTE — Tout à l'heure, tu m'as traité de con et d'enculé de ma mère. C'est comme ça que tes camarades t'ont appelé. Tu m'as dit que, maintenant, à l'école, tu entends le « bip-bip » et que tu peux te retenir de te bagarrer même si tes camarades se moquent de toi. Et maintenant, tu as eu ce « bip-bip » pour t'arrêter de te bagarrer avec moi.

MARTIN — Hmm... Ton cœur est malade du cancer. Je suis un docteur. Je ne suis pas certain de pouvoir te sauver. En fait, je travaille avec les enfants. Bon, peut-être que ça va marcher !

ANALYSTE — Tout d'abord, tu voulais me tuer. Maintenant, tu veux guérir mon cœur... Peut-être que tu voudrais aussi guérir ton cœur. Tu te demandes peut-être si tu deviendras un jour le garçon au bon cœur que tu voudrais tant être ?

MARTIN — Oui, je pense...

ANALYSTE — OK, la séance est finie.

MARTIN — Et je peux partir sans punition. J'ai guéri ton cœur – et ma manie de me bagarrer !

Commentaires sur les deux vignettes de Martin

Dans la première vignette, la situation a mal tourné. J'ai interprété les sentiments d'amour (m'opérer) et de fierté (le serpent) de Martin, mais je suis allé un peu plus loin. J'ai inclus son désir de réparer les dégâts qu'il avait fait subir la veille au placard. Cela déchaîna des souvenirs marqués par la culpabilité, qu'aucune interprétation ne réussit alors à soulager. Sa réaction exprima la haine qu'il éprouvait, non seulement pour ce que j'avais dit, mais également pour le seul fait que j'avais parlé. Mes mots étaient devenus du jargon, un bla-bla.

Dans la deuxième vignette, je n'ai pas évoqué directement sa rage pour mon retard. Au lieu de cela, j'ai exprimé combien il était douloureux de vivre dans un monde où l'on était condamné à mort parce qu'on était en retard. Il a accepté mes paroles interprétatives, comme le jeu qui a suivi le met en évidence, révélant un monde interne cruel où les victimes sont dupées par un voleur fourbe, qui est lui-même tourmenté par un méchant chef. Puis, lorsqu'il s'est désigné comme un docteur du cœur, j'ai interprété qu'il se demandait si son « cœur », sa nature violente, était curable. Il a pu, alors, prendre dans son cœur, non seulement la douleur provoquée par mon interprétation, mais aussi ma compassion pour lui.

Mes commentaires concernant mon contre-transfert rendent compte de la façon dont mon équilibre interne oscille entre des sentiments d'appréhension et de ressentiment d'une part, et de tendresse et de compassion d'autre part. Plus je penche du côté des sentiments chaleureux, plus il lui est facile de bénéficier de mes interventions. Dans la première vignette, ma compassion avait été usée par les dégâts qu'il avait fait subir au placard. Ma façon d'intervenir est exemplaire d'« un moment de disjonction... lorsque l'enfant ne se sent plus compris par le thérapeute » (Palombo, 2001, p. 276).

Les raisons de ces moments de dérapage dans l'équilibre interne de l'analyste sont multiples. Des enfants comme Martin peuvent facilement transformer notre sympathie en ressentiment et en humiliation. Sa manière de recevoir mes paroles était intimement liée à l'état de mes sentiments du moment. Il n'est pas dans mon intention, cependant, de disserter sur le contre-transfert, mais bien de discuter la manière dont le point de vue

qu'avait Martin sur mes mots a transformé ceux-ci ; de transmetteurs de messages symbolisés, ils sont devenus des missiles chargés de mes mauvaises intentions. Cela s'est produit parallèlement au changement de mon point de vue sur ses propres paroles. Je parvins à comprendre que la signification correcte du « bla-bla » qu'il me crachait à la figure était, littéralement, l'acte de cracher, avec sa puanteur et son goût infect, son visage mauvais lorsqu'il m'insultait – et sa haine à mon égard. À l'évidence, le niveau de symbolisation avait changé. Ses mots étaient devenus des « missiles déversés sur autrui pour exprimer l'agressivité, l'insulte ou le rejet » (Walsh, 1968, p. 200).

Représentations de choses et représentations de mots

Pour mieux comprendre, sur le plan théorique, pourquoi le processus de symbolisation se détériore soudain chez des patients comme Martin, il nous faut comprendre comment manier des situations cliniques aussi nocives. Pour y parvenir, nous devons tout d'abord trouver un modèle de symbolisation et de verbalisation qui soit utilisable. Je vais commencer par la description de Freud, à propos des représentations de choses et des représentations de mots ; puis je discuterai quelques insuffisances de ce modèle, et j'introduirai un modèle alternatif, basé sur la sémiotique de C. S. Peirce.

Dans *L'inconscient*, Freud écrit que la différence entre les représentations conscientes et les représentations inconscientes réside dans le fait que « la représentation consciente comprend la représentation de chose plus la représentation de mot afférente, l'inconsciente est la représentation de chose seule » (1915, *OCF*, XIII, p. 240). Dans notre inconscient, certains phénomènes n'existent que sous forme de représentations de chose sans nom. Lorsqu'ils se lient à des représentations de mots, ils entrent dans le système *Pcs* et nous pouvons les penser. Comment un tel mouvement est-il vécu affectivement dans la séance ? La réponse varie selon l'état interne de Martin et la relation de cet état avec mon contre-transfert. Parfois, comme dans la première vignette, c'est tellement douloureux pour Martin de faire le lien entre la représentation de chose et la représentation de mot à l'écoute de mon interprétation, que la représentation de chose sombre à nouveau dans l'impensable sans nom, tandis que la représentation de mot se perd ou explose sous forme de jargon.

Il existe cependant une autre raison pour qu'une interprétation ne puisse qu'insuffisamment décrire la réalité psychique sous-jacente. Elle concerne une différence qualitative entre la représentation de chose et la représentation de mot. La représentation d'objet-chose est « un complexe d'associations formé d'une très grande variété de représentations visuelles, acoustiques, tactiles, kinesthésiques et autres... [Elle] est donc à considérer comme une représentation inachevée, et, quasiment, une représentation qui ne peut s'achever... » (Freud, 1891, Appendice C, *SE* XIV, p. 213-214). Par ailleurs, la représentation de mot est un complexe achevé dans lequel l'image sonore du mot se lie à la représentation de chose. C'est pourquoi la représentation de mot ne peut jamais rendre la totalité de la signification de la représentation de chose. Nos interprétations ne peuvent que tenter d'inférer l'inconscient de l'analysant. Cependant, Martin ne vivait pas mes interprétations comme des tentatives de formulation, mais comme des affirmations bornées et inopportunes. Que lui coûterait-il de les éprouver comme des efforts de traduction, et non comme des attaques ? J'avancerai l'idée que

la présence d'un objet interne contenant est nécessaire pour adoucir la souffrance causée par l'interprétation.

Quoi qu'il en soit, je vais commencer par chercher un moyen de décrire l'évolution du processus sémiotique qui se déroule entre l'analyste et l'analysant. Selon le modèle freudien, soit nous nous représentons inconsciemment la chose ineffable, soit nous la relierons à un mot, et nous commençons alors à nous la représenter consciemment. Un modèle de représentation plus diversifié pourrait rendre compte des degrés de représentation et des nuances du dialogue analytique. Cela pourrait avoir une incidence sur des situations cliniques avec des enfants comme Martin.

Problématique des concepts de représentation de chose et de représentation de mot

Les concepts de représentation de chose et de mot sont indispensables à Freud pour sa définition du refoulement.

Nous pouvons maintenant exprimer aussi avec précision ce que, dans les névroses de transfert, le refoulement refuse à la représentation repoussée : la traduction en mots qui doivent rester connectés à l'objet (*OCF XIII*, p. 240).

Cette définition implique deux sortes de représentations. L'une est le langage « original » ; la représentation refoulée. L'autre est un langage étranger à l'inconscient, c'est-à-dire, la représentation de mot de la pulsion. Un tel modèle peut rendre compte de l'histoire du cœur dans la deuxième vignette. Martin ne semble pas conscient du fait que : « Ton cœur est malade du cancer. Je suis un docteur. Je ne suis pas sûr de pouvoir te sauver » est l'expression de son amour, de sa haine et de son identification à moi, parce que ses pulsions sont refoulées et non traduites. Mais quand il hurle : « enculé de ta mère » et : « tu fais caca », à combien de représentations avons-nous affaire ici ? Veut-il vraiment dire que je commets un inceste ? Ou que je défèque ? Ou que je suis aussi répugnant que quelqu'un qui ferait tout cela ? Suis-je l'inceste ? Ou les fèces ? Ou est-ce la signification de son visage tordu par ses hurlements, ou encore, le son de sa voix lorsqu'il m'humilie ? La réponse est probablement « oui » à toutes ces questions. Nous sommes en présence d'un bataillon de représentations, plutôt que de représentations *soit* de chose, *soit* de mot.

La dichotomie freudienne est aussi interrogée par la recherche sur l'*infans* (Beebe et Lachmann, 2002 ; Fonagy *et al.*, 2002 ; Muller, 1996) et par le travail psychanalytique avec les *infans* et les mères (Norman, 2001, 2004). Les représentations des bébés se construisent selon une série d'expressions qui ne peuvent être rangées ni dans les représentations de chose, ni dans les représentations de mot. Norman différencie les aspects lexicaux et non-lexicaux des mots : « L'aspect non-lexical est le langage affectif qui s'exprime par les gestes, les expressions du visage, la musique de la voix et le langage du corps » (2001, p. 84). La signification non-lexicale comprend une gamme de représentations qui ne peuvent être saisies par le seul concept de représentation de chose.

Nous rencontrons un autre problème avec la dichotomie freudienne, si nous considérons que les représentations du bébé sont des représentations non-lexicales de chose – et pourtant, elles sont conscientes ! Les représentations de chose sont, par définition,

inconscientes, mais la réponse spécifique d'un bébé à son environnement – par exemple, à sa mère – prouve qu'il a des représentations conscientes d'elle et de leur interaction. Ses représentations sont tout à la fois conscientes et non-lexicales, ce qui ne s'accorde pas avec le cadre freudien (cf. Maze et Henry, 1996).

Le processus sémiotique – mère et enfant, analyste et analysant

La recherche sur les *infans* démontre les capacités discriminatoires du bébé (voir Beebe et Lachmann, 2002, pour une vue d'ensemble). Dans ce qu'il enregistre, le bébé trie les informations qui sont saturées de significations émotionnelles. Par exemple, les expériences de *Still Face* (visage inexpressif) de Tronick et de ses collègues (Tronick *et al.*, 1978 ; Tronick et Cohn, 1989) mettent en évidence les réactions affectives intenses du bébé à ses enregistrements différenciés du visage maternel, respectivement inexpressif ou expressif. Je propose d'appeler ces enregistrements du terme *signe*, tel que l'utilise C. S. Peirce.

Un signe est quelque chose qui transmet la connaissance d'une autre chose, censée être mise à la place de, ou représenter. Cette chose est appelée l'*objet* du signe ; l'idée-dans-le-psychisme qu'excite le signe – qui est un signe psychique du même objet – est appelée un *interprétant* du signe (1998, p. 13).

Les études sur l'*infans* et le travail clinique indiquent que les bébés créent des signes – c'est-à-dire, signifient – des situations émotionnellement chargées. Qu'est-ce qui caractérise ces signes, et comment se développent-ils ? Muller (1996) suggère que la mère et le bébé interagissent dans un développement sémiotique. Ils commencent par une activité en miroir mutuel, face à face et voix à voix. Le bébé forme des représentations en *icônes*, c'est-à-dire, des images émotionnelles basées sur des imitations : « Maman fronce les sourcils, je fronce les sourcils. » Plus tard, ces icônes deviennent des *indices*, qui sont ressentis comme des impulsions énergiques ou des incitations : « Maman fronce les sourcils, elle ressent quelque chose à mon sujet. Je réagis, je ressens quelque chose, et je réponds. » Finalement, la mère et le bébé participent à une circulation de *symboles* culturellement admis, c'est-à-dire, des mots. « Maman fronce les sourcils et dit que je n'ai pas été sage. Je réponds par un babillage. »

Icône, indice et symbole sont des termes empruntés à Peirce. Les *icônes* « transmettent les idées des choses qu'elles représentent au moyen d'une simple imitation » (Peirce, 1998, p. 5). Un *indice* « force le psychisme à faire attention à cet objet-là » (p. 14). Enfin, les *symboles* « ont fini par être associés à leurs significations, par l'usage. Il en est ainsi pour la plupart des mots et des phrases » (p. 5). Cette terminologie est plus diversifiée que la dichotomie habituelle symbole/signe. Elle couvre la totalité du spectre de la signification, allant de la simple image évoquant une activité mentale, jusqu'à un symbole complexe. Tout signe peut être interprété aux trois niveaux de signification. Le visage de Maman fronçant les sourcils peut être vécu comme une icône de sa vexation, et comme un indice qui impose au bébé d'amener un changement dans Maman, afin qu'elle se détende. Plus tard, lorsque le bébé fait l'expérience du froncement de sourcils en tant que symbole, cela peut devenir le point de départ d'un dialogue avec Maman.

Quand je parle à Martin de son désir de m'opérer, il vit probablement ma communication essentiellement aux niveaux de l'*icône* et de l'*indice*. Il trouve l'expression de mon visage menaçante et veut s'en débarrasser. En outre, il expérimente mes mots comme un *indice* au sein d'une relation de pouvoir, comme un ordre de ne pas m'abîmer. Par conséquent, il est inutile de discuter avec Martin de la signification *symbolique* – c'est-à-dire, *lexicale* – de mes interprétations. Un jour, Martin a paniqué, alors que je portais une simple veste. Longtemps après, il m'a dit qu'il pensait que j'avais un air « sévère ». La veste avait créé un *indice* terrifiant dans l'esprit de Martin.

Le modèle de Muller rend compte de la complexité croissante des signes qui se développent dans le psychisme du bébé. Le prérequis est qu'il existe, dans l'environnement, un objet qui peut aider le bébé à gravir l'échelle sémiotique. Cet objet est tout d'abord un objet externe, mais il est continuellement internalisé. Un bébé écoute les mots apaisants de sa mère : « Qu'est-ce qui t'inquiète, mon chéri, as-tu peur de quelque chose ? » Il se détend, parce qu'il comprend son message en tant qu'*icônes* ou en tant qu'*indices*, avec une importation émotionnelle – et que ce message provient d'un objet contenant, qu'il peut internaliser. Dans la situation clinique, l'analysant et l'analyste refont le trajet de ce développement. Je peux utiliser ce modèle pour jauger à quel niveau sémiotique l'analysant me comprend. Me considère-t-il essentiellement comme communiquant sous une forme symbolique, ou plutôt sous des formes plus primitives ? À l'évidence, ces paramètres doivent continuellement être vérifiés.

Longtemps avant l'ère actuelle des ADHD et DAMP, les analystes ont été conscients du fait que les enfants « trouvent extrêmement difficile d'écouter ou de parler à propos des sentiments, et les mots qui évoquent des affects douloureux sont habituellement rejetés immédiatement » (Chused, 1996, p. 1049). Il était déjà clair que les enfants diffèrent dans leurs capacités de comprendre ce que l'on entend par communication symbolique. Charlotte Balkányi (1964) a mis en évidence une particularité du développement normal ; l'enfant dé-verbalise avant de pouvoir verbaliser, c'est-à-dire qu'il comprend les mots, avant de pouvoir parler. Cela perturbe les enfants lorsqu'ils sont confrontés à un traumatisme ; ils en font l'expérience, mais ne peuvent le verbaliser, ni même le penser : « en l'absence d'une verbalisation préconsciente, il n'y a encore aucun appareil à penser – aucun outil – pour lier l'énergie » (p. 68). Martin correspond à cette description, ce qui le conduit à « être en conflit avec son entourage, de sorte qu'il va former, soit des peurs exagérées à l'égard de son environnement, soit des sentiments de culpabilité trop précoces » (Katan, 1961, p. 186).

Les analystes d'enfants ont parlé de symptôme de type ADHD bien avant la naissance de ce diagnostic ; par exemple, Kay Tooley a décrit « des enfants orientés vers l'action, sujets à un comportement violent » (1974, p. 341). La détérioration du fonctionnement du moi a été bien décrite. Pourtant, de mon point de vue, les modèles de la psychologie du moi ne prennent pas suffisamment en compte la manière dont l'analyste devient un mauvais objet interne qui pousse l'enfant à la violence et à la haine des mots. Muller met l'accent sur le fait que le développement sémiotique survient en interaction avec un objet externe. Il nous faut comprendre comment cet objet sert de matrice pour former l'objet interne. Il est nécessaire de comprendre la relation compliquée de l'analysant enfant avec les mots et avec l'objet qui les lui procure : l'analyste. Du fait qu'il est continuellement affecté par son contre-transfert, toute discussion concernant la manière dont l'enfant reçoit les mots de l'analyste doit également se centrer sur l'état interne de l'analyste.

Les mots de l'analyste et l'objet interne

Je vais maintenant utiliser un modèle établi par Bion (1954, 1992) et développé par Segal (1957) pour rendre compte de la manière dont Martin accueille mes mots. Les auteurs appliquent leur modèle à des patients schizophrènes, et je dois donc expliquer pourquoi je l'utilise avec Martin. Les enfants souffrant d'ADHD et de DAMP n'ont pas une *structure* psychotique. Ils ne vivent pas dans un monde insulaire de significations idiomatiques – et ils ne se retirent certainement pas du contact avec les autres êtres humains. Pourtant, l'on peut qualifier de psychotiques les *mécanismes* au travers desquels ils reçoivent les interprétations ou les commentaires, puisqu'il s'agit de mécanismes violents de projection identificatoire et de clivage. La réalité extérieure est mise en équation avec la réalité psychique, et les limites entre soi et l'objet sont effacées. Lorsque Martin hurle : « Tu fais caca ! » il s'agit d'une projection identificatoire temporaire de son propre chaos et de son image de soi, mais cela ne constitue pas une preuve que sa personnalité a une structure psychotique.

Pour Bion, la capacité à former des symboles dépend :

1. « De la capacité à saisir l'objet dans sa totalité (relation d'objet total) ;
2. Du renoncement à la position paranoïde-schizoïde avec le clivage qu'implique celle-ci ;
3. De la capacité à réunir les parties clivées et à entrer dans la position dépressive » (1954, p. 114).

« La pensée verbale aiguise la conscience de la réalité psychique et, par conséquent, de la dépression qui est liée à la destruction et à la perte des bons objets. La présence de persécuteurs internes... est, du même coup, mieux reconnue » (p. 114).

Les mots que j'adresse à Martin lui évoquent son monde destructeur. Ils lui causent une douleur dépressive, et il n'est pas étonnant qu'il les hâisse.

Bion affirme que la capacité à former des symboles verbaux est liée à l'entrée dans la position dépressive. Mais lorsque la pensée verbale est « entre-tissée avec le sentiment de catastrophe et l'émotion douloureuse de la dépression », le patient doit soulager lui-même sa douleur. Il a recours à la projection identificatoire, clive la douleur et « la pousse dans l'analyste » (1954, p. 117). C'est ce qui s'est passé avec mon interprétation à Martin quant à son désir de réparer le placard. Il l'a transformée en un missile des traits-indésirables-de-Martin, qu'il cherche à faire pénétrer en moi sous une forme détériorée (bla-bla).

Qu'est-ce qui détermine le sort d'une interprétation ? Bion dit que cela dépend de l'état de l'espace psychique de celui qui la reçoit (1970, 1992). Segal relie cette description avec la relation contenant/contenu (1979, note ajoutée à son article de 1957). La compréhension de l'enfant est facilitée si « l'*infans* a vécu des expériences émotionnelles et que la mère lui a fourni le mot ou la phrase qui a pu lier cette expérience. Ce mot ou cette phrase la contient, la cerne et en exprime le contenu ». Mais lorsque Martin hurle « caca », l'objet contenant a été remplacé par un mauvais objet qui crie : « Fous le camp avec ta souffrance ! » et crache des invectives qui reflètent l'opinion de lui-même qu'il a dans ce moment-là. Il serait donc insensé d'interpréter à Martin : « Peut-être que tu te sens comme un garçon-caca », parce qu'il ne se trouve alors aucun objet contenant disponible pour accommoder cette interprétation.

En revanche, lorsque j'ai exprimé combien je comprenais sa souffrance psychique « quelle punition sévère !... Que la vie est dure ! », mes mots ont atteint un bon objet interne. Il faut noter que « bon » ne signifie pas seulement que l'objet a de bonnes intentions, mais aussi qu'il aide l'enfant à développer une pensée et une communication symboliques. L'expression de surprise de Martin fut une preuve que le bon objet était arrivé sur le devant de la scène.

Pour me résumer, lorsque nous donnons au patient une interprétation psychanalytique, il en résulte de la souffrance et le sentiment que cette interprétation est insuffisante pour décrire la réalité psychique sous-jacente, puisque le « complexe fermé » de l'interprétation ne peut que suggérer le réseau des représentations de choses inconscientes. C'est le bon objet interne qui tempère la souffrance et la frustration. Il aide le patient à ne pas être envahi par une signification primitive et à recevoir les mots de l'analyste à un niveau symbolique. Ainsi, le patient peut se centrer sur *ce* que j'ai dit, plutôt que la manière dont je l'ai dit, ou la tête que je faisais alors. Le mode sur lequel le patient reçoit ce que je lui communique est aussi infléchi par la conscience que j'ai de mon contre-transfert, qui influence la façon dont je parle et dont je me présente. Lorsque j'entreprends de discuter une technique psychanalytique qui permet à l'enfant de vivre l'analyste comme un représentant d'un bon objet interne, je mets l'accent sur le fait que la technique analytique ne comprend pas seulement une action orientée vers l'extérieur, mais également une réflexion sur soi-même de la part de l'analyste. Mes recommandations techniques visent à inspirer la réflexion de l'analyste sur la situation transféro-contre-transférentielle.

La technique psychanalytique dans les troubles neuropsychiatriques

Un enfant qui souffre d'ADHD et de DAMP a souvent fait l'expérience du visage contrarié des autres personnes en réponse à sa conduite inappropriée, et il peut redouter que l'analyste ne soit une personne de plus qui le réprimande. On explique souvent cette sensibilité au niveau iconique et indiciel comme une conséquence des critiques exprimées par les adultes confrontés à sa mauvaise conduite. Je pense que c'est là une explication trop superficielle. L'enfant est à la merci d'un introject qui entre facilement en action et qui rejette avec force toute parole, qu'elle soit émotionnelle ou banale. Si l'objet interne est mauvais et tend à comprendre la communication sur un niveau iconique ou indiciel, alors, quoi que dise l'analyste, l'enfant va centrer son attention sur la manière dont parle l'analyste, son apparence et ce qu'il a l'air d'éprouver. Si la technique psychanalytique ne prend pas en considération la fragilité sémiotique de tels patients, nous pouvons découvrir soudainement qu'ils ont réagi à une interprétation sur un niveau sémiotique différent de celui que nous avions l'intention de transmettre. Ceci conduit à une détérioration de la situation clinique et à un sentiment de persécution chez l'enfant. Nous devons jauger ce que nous disons, la manière et le moment où nous l'exprimons, et demeurer conscients, minute après minute, des changements de l'objet interne de l'enfant.

La situation analytique

Analyser des enfants souffrant d'ADHD et de DAMP est une tâche délicate. Il faut encourager toute mesure qui vise à orienter la situation analytique vers une situation analogue à celle d'une mère qui contient les angoisses de son bébé. Puisque le cadre analytique traditionnel comporte une telle ressemblance (Quinodoz, 1992 ; Salomonsson, 1998), on pourrait tout simplement dire que nous devrions faire de l'analyse comme d'habitude. Une fréquence élevée et une durée fixe des séances sont aussi nécessaires que l'est une situation analytique calme, sans imprévu, et pauvre en stimuli. Cela aide à maintenir « l'application régulière d'une attitude interprétative et d'un point de vue dynamique » (Gilmore, 2000, p. 1274). Pourtant, il est rarement facile d'appliquer cette recommandation, face à la violence et aux insultes. Et il faut aussi prendre en considération la fragilité sémiotique du patient. C'est pourquoi nous devons examiner quelques-uns des problèmes spécifiques de la situation analytique avec de tels enfants.

Le traitement médicamenteux de l'ADHD préoccupe beaucoup les thérapeutes. Après avoir constaté les effets des médicaments modernes et spécifiques, je pense qu'un rejet *a priori* d'une médication revient à sacrifier le patient sur l'autel de l'orthodoxie psychanalytique. Un traitement médicamenteux ne modifie pas la propension qu'a l'enfant à errer entre différents niveaux sémiotiques, mais elle l'aide parfois à se concentrer sur ce problème lorsqu'on s'adresse à lui, dans l'analyse ou à l'école. Quoiqu'il en soit, les décisions de traitement médicamenteux sortent de notre activité psychanalytique (Salomonsson, 2004) et un analyste qui prend une décision pharmacologique enfreint le cadre analytique. Le médicament acquerra inévitablement des significations de bon, ou de mauvais objet, et cela plongerait la relation analytique dans la confusion si l'analyste en était le prescripteur. Dans son contre-transfert, il peut se sentir désespéré et penser : « Si seulement ce garçon avait un traitement médicamenteux ! » Je pense que sa première réaction à une telle fantaisie devrait être d'explorer ce qui, dans le *hic et nunc* de la séance, a fait surgir ces sentiments avec une telle intensité dans son contre-transfert.

La question de la médication est une preuve que les facteurs extérieurs influencent la situation analytique. L'information s'insinue dans l'analyse et affecte le transfert et le contre-transfert : « une information extra-analytique complique facilement la compréhension psychanalytique. C'est pourquoi tout matériel extérieur que l'on reçoit doit être traité avec beaucoup de prudence. Ceci est tout particulièrement important au début de la cure, avant qu'un processus analytique ne soit solidement établi » (Salomonsson, 2004, p. 123). C'est une astreinte que de demeurer impavide face à la pression exercée par les parents, les enseignants, et l'équipe médicale. Parfois, l'analyste a besoin de rencontrer les autres professionnels impliqués dans le devenir du patient, et de leur expliquer pourquoi la régularité et la fréquence des séances – de préférence quatre fois par semaine – sont tellement importantes. Comme le fait remarquer Schaff (2001, p. 553), les tensions intrapsychiques de ces enfants ont tendance à se projeter sur les enseignants, l'équipe médicale et le thérapeute. L'analyste peut facilement s'identifier aux sentiments d'impuissance et de stupidité projetés sur lui par l'enfant. Cela peut le rendre défensif. Le prestige devient ainsi le premier ennemi interne à combattre. Les autres ennemis sont les craintes de l'analyste, d'être impuissant et ridiculisé. Ces questions sont prédominantes dans les contacts qu'a l'analyste avec les parents. Un travail avec

les parents est vital pour maintenir une bonne alliance de travail avec eux. La fréquence et le contenu de ce travail varient en fonction des besoins de l'enfant et de ses relations dans son foyer.

La formulation des interventions

Lorsque ces enfants sont aux prises avec un mauvais objet interne, ils réagissent violemment, même aux interprétations d'affects positifs, comme la fierté ou la joie. Si l'analyste tentait de circonvenir ce risque en usant de métaphores, il pourrait bien, à son grand dam, être de toute façon rejeté. Comprendre une métaphore requiert quelque chose de plus que la compréhension de la signification manifeste des mots. Une métaphore excite facilement chez l'enfant le sentiment d'être stupide, ce qui le conduit à réagir avec hostilité.

L'art de l'analyste consiste à évaluer l'état de l'objet interne de l'enfant, état qui, pour compliquer les choses, varie à une vitesse extrême. Dans la première vignette, j'ai imprudemment rappelé à Martin l'égratignure du placard faite la veille, parce que j'ai mal évalué son objet interne. J'ai pensé que son désir de m'opérer représentait aussi bien des pulsions réparatrices que des pulsions sadiques, mais ma réflexion a été brouillée par mon mécontentement contre-transférentiel non résolu à propos des dégâts faits au placard. Mon interprétation était intempestive et a été vécue à un niveau sémiotique différent de celui que je souhaitais. En conséquence, son sadisme a explosé et le fonctionnement de son moi s'est détérioré.

C'est lorsqu'elles sont guidées par un certain sens ludique de la part de l'analyste que les interprétations semblent fonctionner au mieux. Je ne parle pas de jouer avec l'enfant, mais d'avoir avec lui une attitude plutôt détendue. Il m'arrive parfois d'être plongé dans des discussions terre à terre à propos de voitures, d'avions et de montres, tout en enregistrant mes réactions contre-transférentielles. Nicolas, sept ans (un garçon souffrant d'ADHD, voir plus loin), me dit que le pilote de l'avion en papier qu'il venait de fabriquer était « tremblant » (*shaky*⁵) parce que son avion venant de s'écraser. Je me suis intéressé à ce que voulait dire « tremblant » ; est-ce que cela voulait dire que le pilote tremblait réellement, ou quelque chose d'autre ? S'il tremblait réellement, cela aurait-il pu avoir quelque chose à faire avec ce que le pilote a ressenti lorsqu'il s'est écrasé ? Qu'a-t-il éprouvé ? Peut-être de la peur ? Plutôt que d'interpréter « tremblant » comme un symbole d'un état interne, mes commentaires visaient à rendre un peu plus lâche le lien rigide entre le signe et l'objet.

Bion (1967) conseille de conduire l'analyse « sans mémoire ni désir ». La première vignette démontre ce qui peut se passer lorsque l'analyste est guidé par des souvenirs d'événements passés et veut ramener ceux-ci dans son interprétation – un comportement qui est souvent dicté par une position contre-transférentielle non clarifiée. L'enfant se sent persécuté, et un mauvais objet va se manifester. Une information extra-analytique constitue un autre facteur qui tente facilement l'analyste à se départir de son attitude

5. En anglais, *shaky* est un adjectif extrêmement polysémique ; il signifie tout à la fois : « instable, sujet à des tremblements, tremblant, malsain, infirme, non fiable, bégayant, oscillant » [NdT].

sans mémoire ni désir. L'analyste prend alors un risque gigantesque s'il dit : « J'ai appris par ta Maman qu'il y avait eu une bagarre hier, à l'école. »

Le paradoxe de la recommandation de Bion – qui ne devrait pas être prise pour une prescription de ne jamais mentionner des faits du passé – devient aménageable et créatif si nous maintenons une distance particulière dans la relation à l'analysant. Cette distance est attentive et ludique, mais jamais condescendante. Elle requiert une situation contre-transférentielle détendue, qui nous permet de laisser naître en nous une interprétation et de la transmettre ensuite au patient. Je vais proposer deux vignettes pour illustrer mes remarques techniques.

Troisième vignette

Frédéric, huit ans, a été diagnostiqué comme souffrant d'ADHD. Il se bagarre à l'école et ne peut suivre les indications du maître. Ses symptômes ont été préoccupants dès la dernière année d'école maternelle. Peut-être n'ont-ils pas été jugés alarmants plus tôt en raison des traits authentiquement charmants de sa personnalité, qui cachaient les aspects terrifiants de son monde interne. Il est en début de traitement. Pour des raisons pratiques, il a deux séances par semaine et va bientôt en avoir trois. Lors d'une séance, il dessine un personnage de Pacman, un de ses jeux électroniques. Les bleus poursuivent un Pacman rouge. Si le rouge est touché, les bleus gagnent des points, m'explique Frédéric. Je suis son histoire. Puis, je remarque qu'il m'a tout d'abord demandé si je connaissais Pacman, mais qu'il a tout de suite continué en m'expliquant le jeu. Maintenant, Frédéric paraît inquiet. Je pense qu'il s'est senti critiqué par ma remarque. Sachant combien il redoute mes interprétations d'affects négatifs, je demeure silencieux.

FRÉDÉRIC — Est-ce que je peux manger quelques-uns des gâteaux que j'ai apportés ? Je les ai faits à l'école.

Je hoche la tête affirmativement et il en mange un.

Frédéric — Tu en veux un ?

Selon la technique analytique que je pratique normalement, une telle question est suivie par mon attente d'avoir davantage de matériel de Frédéric, ou par ma suggestion de quelque motif pour son offre de gâteau. Cependant, j'ai expérimenté avec Frédéric des réactions hostiles lorsque je cherchais une motivation sous-jacente. C'est pourquoi je redoute maintenant que le fait de lui poser des questions sur son offre n'entraîne le fait qu'il me tourne le dos pour le reste de la séance. Un « Non, merci » augmenterait son sentiment d'être critiqué par moi. Nous sommes au début du traitement, et il a le sentiment que ses parents l'ont forcé à venir voir un « psy » étranger qui l'empêche d'être avec ses amis. Il n'y a pas de problèmes ou de bagarres à l'école ; son seul problème est qu'il doit venir me voir ! Tandis que ces considérations se tissent dans mon esprit – durant les quelques secondes qui constituent le temps habituel alloué à la réflexion pour un analyste d'enfants – je réponds : « Oui, s'il te plaît. »

Frédéric élargit alors l'histoire et me raconte comment le Pacman rouge qui est poursuivi peut se retourner et manger les bleus. Dans ce cas, c'est le rouge qui obtient un point.

ANALYSTE — Cela me rappelle un autre jeu auquel tu as joué, où un crocodile chassait un cheval, qui a commencé à chasser le crocodile. Des jeux où l'on chasse et où l'on est chassé... N'est-ce pas un peu comme les bagarres à l'école quand toi et tes camarades, vous vous poursuivez et vous bagarrez ?

Ses bagarres à l'école sont un sujet sensible. Mon interprétation étant présentée ainsi, il peut composer avec cet affront à son estime de soi, et il hoche la tête affirmativement. Oui, dit-il avec une confiance inhabituelle, il a des ennuis avec les bagarres à l'école. Il en parle, puis dessine « un éléphant avec un masque à gaz ».

FRÉDÉRIC — J'ai dessiné un éléphant sans même y penser !

ANALYSTE — Peut-être es-tu devenu plus courageux, plus inventif. Tu as osé dessiner quelque chose dont tu n'avais pas décidé d'avance ce que cela allait devenir.

Cette intervention a été déterminée par mon impression que ce garçon, qui avait décliné auparavant toute discussion au sujet des significations possibles cachées derrière son comportement en séance, avait maintenant changé. Mon interprétation ne confirmait pas seulement sa spontanéité, mais aussi le fait que celle-ci était auparavant entravée par son manque de courage, et non, comme il l'avait proclamé, par son manque d'intérêt pour parler à un « psy ».

Palombo dit que :

... des déviations mineures concernant l'adéquation sociale, comme le fait de ne pas reconnaître un événement significatif de la vie de l'enfant, ou de ne pas répondre à ses questions sans expliquer pourquoi, introduisent dans la situation analytique un élément d'artificialité qui ne peut qu'apporter un inconfort et/ou un embarras à l'enfant (2001, p. 266).

Naturellement, un analyste qui veut éviter l'artificialité en acceptant un gâteau doit examiner ses motivations contre-transférentielles. Il craint peut-être le conflit, ou il veut se montrer un type sympa. Accepter le gâteau a été mon choix, après avoir examiné les autres interventions possibles. Cela devrait être suivi par une nouvelle observation de la relation transféro-contre-transférentielle. En poursuivant l'histoire de Pacman et en acceptant que je me mêle de sa vie quotidienne, Frédéric a montré que notre contact était devenu plus proche. Pendant ce temps, j'ai continué à penser à l'univers Pacman de Frédéric et à la consolation orale que représentaient les gâteaux. Dans mes interprétations silencieuses, les gâteaux étaient les symboles des sentiments et des relations. Dans mon comportement analytique manifeste, je les ai traités comme une communication *indicielle* : est-ce que je veux un gâteau, oui ou non ?

À propos du dessin de l'éléphant, une autre interprétation possible eût été de clarifier son contenu symbolique. Je pense qu'il évoquait un objet bizarre, qui a surgi lorsque Frédéric a eu recours à son monde sadique oral. Cela peut signifier à la fois une représentation de lui-même comme un étrange personnage, et une représentation de l'objet contenant comme fou et impuissant. Toutefois, je considère que j'aurais commis une erreur en interprétant ces significations. Les liens de l'objet bizarre avec son monde interne sont si éloignés de sa conscience que toute interprétation eût créé de l'indifférence, de la confusion ou de l'agitation. J'ai trouvé plus fructueux de confirmer le niveau *indiciel* de son dessin. C'est comme s'il m'avait exprimé : « Hé, le psy ! Je dessine et

je voudrais parler avec toi ! » C'est pourquoi j'ai commenté le dessin au niveau de son moi, mettant en évidence ses qualités créatives. Frédéric, qui se donne beaucoup de peine pour donner une impression de décence et d'ordre, est ravi de pouvoir commencer à dessiner sans savoir ce qui va en sortir. Cela augmente son estime de soi et va probablement, plus tard dans l'analyse, paver la voie conduisant à parler explicitement de la signification de ses dessins.

Après l'épisode du gâteau, j'ai abordé la question de ses bagarres dans le jeu et à l'école. Ceci va à l'encontre du travail sans mémoire ni désir, ce qui indique que la recommandation de Bion est un idéal, et non une prescription. En fait, il est impossible de ne pas se souvenir et de ne pas désirer.

Quatrième vignette

Nicolas, sept ans, est un nouveau patient, diagnostiqué comme souffrant d'un ADHD sévère. Ses symptômes sont apparus lorsqu'il avait deux ans. Il n'a pas de tendance à la violence, mais il suscite de grandes préoccupations, parce qu'il ne peut pas se concentrer et qu'il est très impulsif. Il dit : « Ma tête est un capharnaüm ! » Dans ce début de traitement, il refuse de rester dans la salle de consultation sans la présence de son père ou de sa mère. Il reste souvent silencieux, assis dans un coin, mais dans la séance que je présente ici, il est plus ouvert. Il demande à son père de plier une feuille de papier en carré, avec des rabats. Il invente des messages secrets et demande à son père de les écrire à l'intérieur des rabats. Ensuite, il me demande de désigner l'un des rabats. Il l'ouvre, et me dit d'exécuter ce qui est écrit dedans. Ravi, il me demande ce qui est écrit.

ANALYSTE — C'est écrit : « Embrasse et cajole le mur ! »

NICOLAS — Alors, tu dois le faire ! Fais-le tout de suite !

ANALYSTE — Je pense à ces mots...

NICOLAS — Fais-le !

ANALYSTE — Je pense à ce qu'on doit ressentir quand on embrasse et cajole un mur, et à ce que diraient les gens autour de moi. J'imagine qu'ils se moqueraient de moi...

NICOLAS (*l'air triste*) — Mon petit frère se moque de moi. Il me traite d'idiot... Embrasse le mur !... Je veux aller aux toilettes.

Lorsque Nicolas révèle que son frère se moque de lui, il me témoigne une confiance inhabituelle, car il s'agit d'un sujet fort sensible. Sa confiance a probablement libéré des sentiments douloureux, qu'il a dû évacuer comme de l'urine. Tandis que je lui parlais de son ordre d'embrasser le mur, j'ai pris conscience d'un sentiment interne de tristesse, de désolation et d'humiliation. Je me suis identifié avec un petit garçon rempli de tendresse et confronté à un objet interne qu'il ressent comme aussi plat et aussi peu accueillant qu'un mur.

Je n'ai interprété aucune de mes considérations, mais je suis entré à moitié dans le jeu, me demandant à haute voix ce que ça ferait de se trouver face à un mur. Comme si je jouais à haute voix avec l'idée, mais pas avec l'action. Je n'ai pas embrassé le mur, parce que je me serais senti mal à l'aise de le faire. Je n'ai pas non plus dit quoi que ce

soit des raisons pour lesquelles il me donnait cet ordre, pas plus que ce que cela pourrait signifier d’embrasser le mur. Mon attitude a diminué sa méfiance à mon égard et a ouvert un espace pour qu’il me confie que son frère se moque de lui. Ce fut le maximum de souffrance dépressive qu’il a pu supporter. On pourrait m’objecter que je n’ai pas aidé Nicolas à comprendre l’introduction symbolique du mur en tant qu’introject non accueillant, ni la manière dont il éprouve que la relation qu’établissent les gens avec lui est semblable à un mur. C’est exactement ce que je veux mettre en évidence. Dans cette situation, le mur a été traité en tant que mur, et l’ordre : « Embrasse et cajole le mur ! » comme un ordre. Son association à son frère a suivi mon commentaire concernant la manière dont on se sentirait face à un mur, et le risque d’être raillé. Son association a indiqué qu’il avait eu l’intuition d’un lien entre moi face au mur et lui-même face à son frère. Pourtant, l’exprimer à un niveau symbolique aurait interrompu la connexion entre nous et sa capacité à poursuivre sa réflexion.

Résumé des recommandations techniques

Je conclurai par une liste de mes recommandations techniques. Je propose cette liste, qui est nécessairement simplifiée et schématisée, comme un bref résumé des points techniques que j’ai abordés plus haut – comme quelque chose qui peut inspirer le travail analytique avec les enfants souffrant d’ADHD et de DAMP.

- Prendre garde de ne pas interpréter un contenu affectif, à moins d’être certain qu’il existe, avec l’analysant, une alliance de travail basée sur la présence d’un objet interne qui est bon et sûr, au moins dans le moment considéré.

- Éviter les métaphores, à moins de se sentir certain que l’enfant possède les capacités cognitives et émotionnelles pour les comprendre. L’enfant se meut rapidement entre différents niveaux sémiotiques, et l’on se trouve souvent à un niveau différent du sien. Ce que l’on dit + la façon de le dire + l’allure et le ton que l’on a + l’apparence et l’odeur du bureau de consultation – tout cela constitue un ensemble qui donne forme à un message que l’enfant peut très bien interpréter à un autre niveau que celui auquel on voulait le transmettre.

- Être guidé par le principe de conduire l’analyse sans mémoire ni désir. Si l’on note en soi une urgence à interpréter, tenter de demeurer calme et de réfléchir plus avant à son contre-transfert. Si un souvenir surgit en soi, que l’on voudrait inclure dans l’interprétation, se demander si l’on se sent poussé à le faire, ou si l’on a un doute quant aux capacités actuelles de l’objet interne de l’enfant à l’accepter. Si la réponse est « oui », dans les deux cas, il est urgent d’attendre !

- Repérer dans son contre-transfert les sentiments d’être menacé, en colère, triste, désespéré, humilié ou confus, et chercher la raison de leur apparition. Considérer que nos propres sentiments font écho à l’intolérable chaos que l’enfant a projeté en nous. Cela peut aider pour atteindre un calme sans sentiment de supériorité face aux assauts. Si l’on est frappé, et qualifié d’idiot puant, un tel calme peut sembler impossible à atteindre. Considérer son contre-transfert comme un outil d’information sur l’état interne du patient peut aider à garder son calme. Si l’on parvient à trouver une distance attentive et quelque peu ludique, c’est le signe que l’on a probablement acquis une attitude plus détendue face à son contre-transfert et à la situation du patient. Cela nous aide énormément à l’aider.

• Considérer très sérieusement la violence dans la salle de thérapie. Si elle apparaît, il faut dire à l'enfant que nous allons tenter de l'aider à empêcher sa réapparition, parce qu'il se sent mal après nous avoir frappé, et que notre possibilité de l'aider est atteinte par ses assauts de violence. Souvent, lorsqu'on le lui explique, l'enfant comprend qu'un analyste effrayé ne peut pas faire du bon travail.

J'espère avoir contribué à la compréhension de la manière dont on peut travailler en analyse avec des enfants ADHD et DAMP. Selon moi, on devrait leur offrir bien davantage de traitements analytiques que ce n'est le cas aujourd'hui. Une fois que l'on peut voir à travers leur apparence de violence, de mépris, d'indifférence ou d'incompréhension, on peut noter leur soif d'exprimer leur monde interne. Il est triste de constater que, dans cette époque de sentiments anti-analytiques, anti-thérapeutiques et biologisants de façon bornée, on refuse souvent à ces enfants une telle possibilité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BALKÁNYI C. (1964). On verbalization. *Int. J. Psychoanal.* **45** : 64-74.
- BARKLEY R.A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment*, 2nd edition. New York, NY : Guilford Press. 628 p.
- BEEBE B., LACHMANN F. (2002). *Infant research and adult treatment*. Hillsdale, N.J. : Analytic Press. 288 p.
- BION W.R. (1954). Notes sur la théorie de la schizophrénie, *Réflexion faite*, PUF Paris, 1983, p. 29-42.
- BION W.R. (1967). *Notes on memory and desire*. In : Spillius E.R., editor. *Melanie Klein Today*, Vol. 2 : London : Tavistock.
- BION W.R. (1970). *L'attention et l'interprétation*, Paris, Payot, 1974.
- BION W.R. (1992). *Cogitations*, Paris, In Press, 2005.
- CARNEY J. (2002). Prologue to an issue on « self-regulation » : Issues of attention and attachment. *Psychoanal Inq.* **22** : 299-306.
- CHUSED J.F. (1996). The therapeutic action of psychoanalysis : Abstinence and informative experiences. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* **44** : 1047-1071.
- FONAGY P., GERGELY G., JURIST E., TARGET M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York, NY : Other Press. 577 p.
- FREUD S. (1891) *Appendice C*, S.E. XIV.
- FREUD S. (1915). *L'Inconscient*, in : *Métapsychologie*, Paris, Gallimard 1952, et *OCF XIII*, PUF.
- GILLBERG C. (1996). *Ett barn i varje klass — Om DAMP, MBD och ADHD* [One child in every classroom – On DAMP, MBD and ADHD]. Stockholm : Cura. 198 p.
- GILMORE K. (2000). A psychoanalytic perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* **48** : 1259-1293.
- KATAN A. (1961). Some thoughts about the role of verbalization in early childhood. *Psychoanal. Study Child* **16** : 184-188.
- LEVIN F. (2002). Attention deficit disorder : A neuropsychanalytical sketch. *Psychoanal. Inq.* **22** : 336-354.
- MAZE J.R., HENRY R.M. (1996). Problems in the concept of repression and proposals for their resolution. *Int. J. Psychoanal.* **77** : 1085-1100.
- MULLER J. (1996). *Beyond the psychoanalytic dyad*. New York, NY : Routledge. 240 p.
- NORMAN J. (2001). The psychoanalyst and the baby : A new look at work with infants. *Int. J. Psychoanal.* **82** : 83-100.

- NORMAN J. (2004). Transformations of early infantile experiences – A 6-month-old in psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal.* **85** : 1103-1122. Les transformations des expériences de la petite enfance. Un bébé de six mois en psychanalyse, *L'Année Psychanalytique Internationale*, vol. 3, 2005, p. 197-216.
- ORFORD E. (1998). Wrestling with the whirlwind : An approach to the understanding of ADD/ADHD. *J. Child Psychother.* **24** : 253-256.
- PALOMBO J. (2001). *Learning disorders and disorders of the self*. New York, NY : Norton. Peirce C.S. (1998). *The essential Peirce*, Vol. 2 : 1893-1913, Houser N., Eller J., Lewis A., de Tienne A., Clark C., Bront Davis D. (eds). Bloomington, in : Indiana U.P., 640 p.
- QUINODOZ D. (1992). The psychoanalytic setting as the instrument of the container function. *Int. J. Psychoanal.* **73** : 627-635.
- SALOMONSSON B. (1998). Between listening and expression : On desire, resonance and containment. *Scand Psychoanal Rev* **21** : 168-182.
- SALOMONSSON B. (2004). Some psychoanalytic viewpoints on neuropsychiatric disorders in children. *Int. J. Psychoanal.* **85** : 117-136.
- SCHAFF C. (2001). Das Hyperkinetische Kind im Spannungsfeld des Geist – Körper Dialogs – Oder : Jakob, wo bist du ? [The hyperkinetic child within the tension field of the body – mind dialogue – Or : Jacob, where are you ?] *Analytische Kinder- und Jugendliche Psychotherapie* **32** : 543-560.
- SEGAL H. (1957, post-scriptum 1979). *Notes sur la formation des symboles*. In *Délire et créativité*, p. 93-121, Paris : Des femmes, 1981.
- TOOLEY K. (1974). Words, actions and « acting out » : Their role in the pathology of violent children. *Int. Rev. Psychoanal.* **1** : 341-335.
- TRONICK E., Adamson L., Wise S., Brazelton T. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *J. Am. Acad. Child Adol. Psychiat.* **17** : 1-13.
- TRONICK E., Cohn J. (1989). Infant – mother face-to-face interaction : Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Dev.* **60** : 85-92.
- WALSH M. (1968). Explosives and spirants : Primitive sounds in cathected words. *Psychoanal. Q* **37** : 199-211.
- WIDENER A (1998). Beyond Ritalin : The importance of therapeutic work with parents and children diagnosed ADD/ADHD. *J. Child Psychother.* **24** : 267-282.