

Psychoterapie psychanalytique d'enfants avec deficit mental

Alicia Fagliano*

Introduction

Le champ d'application de la Psychanalyse en tant que psychothérapie, s'est élargi de manière constante, ainsi que de manière visionnaire fut imaginé par Freud (1918). En ce qui concerne l'analyse d'enfants, autour du 1920 s'établirent les bases effectives pour aborder le traitement des patients très petits, avec des troubles sévères du développement, qui auraient atteint un niveau d'intelligence normale s'il n'y avait pas eu des difficultés plus o moins graves dans les liens primaires. De cette manière le traitement de la déficience mentale chez les enfants, a été prise en compte en tant que conséquence des troubles névrotiques graves ou de psychose, mais toujours dans la mesure où la structure de base du système nerveux central soit normale et qu'il n'y ait existé de trouble génétique ou lésionnel.

Pour les enfants qui présentent des troubles sévères du développement à cause d'une déficience mentale, provoquée par des syndromes génétiques ou comme conséquence des lésions cérébrales, les difficultés émotionnelles s'interprètent comme défauts qui surviennent comme une conséquence de leur maladie au moment de la naissance. Les traitements qui sont entrepris avec eux, même en âge précoce, sont de nature rééducative, médicamenteuse, de scolarité spéciale, mais dans un nombre très réduit la possibilité d'introduire un traitement psychothérapeutique est évaluée. Dans la littérature psychanalytique il y a peu de travaux où est tenté l'abord spécifiquement psychothérapeutique de ces enfants.

Dans ce travail nous tentons de poser d'une manière plus large, la compréhension psychanalytique des enfants avec déficiences mentales et les avantages qui en découlent

* afagliano@gmail.com / [CV](#)

pour le développement intégral de leur personnalité, ce qui a pour conséquence une meilleure qualité de vie, aussi bien pour l'enfant comme pour la famille.

Il existe, dans le milieu psychothérapeutique en général comme dans le milieu psychanalytique en particulier, l'idée que ceux qui subissent une pathologie de cause génétique ou lésionnelle ne peuvent tirer un bénéfice d'un traitement de psychothérapie individuelle.

Nous savons que le développement de l'intelligence des enfants avec ces difficultés n'atteint la complexité de la pensée symbolique d'un sujet avec une dotation normale du système nerveux, mais au contraire, il atteint le niveau de certaines opérations logico concrètes.

Nous préciserons à continuation les termes utilisés afin de mieux cerner la population des enfants concernés par le présent travail. Celle-ci se limite spécifiquement, dans le champ des oligophrénies ou retards mentaux, aux troubles déficitaires produits par des causes génétiques ou non génétiques (malformations, aberrations chromosomiques ou des oligophrénies acquises d'origine prénatale, natale ou périnatale et postnatale), afin de les différencier du champ) des déficiences mentales comme conséquence de troubles sévères du développement, comme le sont par exemple les psychoses infantiles ou les névroses graves.

Un facteur qui, en outre, rend l'abord difficile c'est les failles du développement du langage, rendant celui-ci limité, d'apparition tardive ; dans beaucoup de cas rempli de dyslalies et dans d'autres cas avec une absence de développement chez qui nous avons trouvé seulement l'apparition de quelques syllabes. Dans le cas des bébés ou des enfants très petits, il est fréquemment prescrit des traitements de stimulation précoce avant tout traitement psychologique ou de contention familiale.

De manière paradoxale, presque seulement les enfants qui ont un bagage intellectuelle supposé normal (étant donné qu'il n'y aurait pas de pathologie organique ou génétique à la base du trouble) pourraient accéder au traitement psychothérapeutique, même s'ils sont sévèrement limités dans leur capacité de communication, d'expression et dans leur pensée. Ce le cas des enfants psychotiques qui sont supposés avoir un potentiel intellectuel normal ou supérieur malgré le fait de présenter des déficits sévères de la symbolisation et de la communication qui font d'eux des incapables mentaux.

Le panorama devient complexe fréquemment avec l'interrogation, d'une certaine façon utilitaire, qui émerge, aussi bien chez les parents comme dans la communauté

médicale et pédagogique. Est-ce que l'investissement des efforts qu'implique le soutien d'une psychothérapie de longue durée, chez un enfant qui présente depuis le début de sa vie un panorama de développement limité, vaut vraiment la peine, puisque possiblement il ne pourra acquérir l'autonomie nécessaire pour se valoir de soi-même en devenant adulte ? Un bénéfice quelconque pourrait être acquis afin de changer les conditions de vie de ces enfants ?

Antécédents théorico-cliniques. Réflexions

Probablement, cette idée de l'exclusion de l'abord en psychothérapie des enfants déficients mentaux, ait restée installée à partir de certaines affirmations de Freud ayant leur fondement dans les termes dans lesquels il pensait la méthode psychanalytique et quel type de patients pourraient en bénéficier avec succès.

Dans *La sexualité dans l'étiologie des Névroses* (1898) :

La thérapie psychanalytique n'est pour l'instant d'application universelle ; j'en connais les limitations suivantes : elle exige un certain degré de maturité et de capacité intellectuelle chez le malade, et c'est pour cela inapte pour des personnes infantiles ou des adultes imbéciles ou incultes. (P. 274, T. III).

Plus loin il ajoute : Je considère très probable qu'il soit possible de développer des procédures complémentaires pour les enfants et pour le public qui demande assistance dans les hôpitaux.

Dans *La méthode psychanalytique de Freud* (1904) :

La personne qui se soumettra avec profit à la Psychanalyse doit remplir beaucoup de conditions (...) Il est nécessaire de lui exiger un certain degré d'intelligence naturelle et de développement éthique ; chez des personnes où la moindre valeur est absente, le médecin perd l'intérêt de pénétrer en profondeur dans la vie d'âme du malade assez vite. (P. 241, T. VII).

En *Sur la psychothérapie*, (1905) :

En fait, la psychothérapie analytique n'est pas une procédure pour le traitement de la dégénérescence neuropathique ; tout au contraire, elle trouve là sa limite. (...) Je n'écarte pas complètement l'idée qu'une modification appropriée de la procédure nous permette de surmonter cette contradiction et pouvoir de cette façon aborder une psychothérapie des psychoses. (P. 253, T VII)

Nous croyons que ces affirmations ont découragé la possibilité d'imaginer une psychothérapie chez un enfant ou un jeune avec une déficience mentale du moment où l'intelligence et le langage sont des facteurs indispensables pour considérer l'abord psychothérapeutique en général et psychanalytique en particulier.

Nous rappellerons que malgré ces affirmations, Freud lui-même considérait avec optimisme que l'application de sa méthode puisse être élargie dans le futur pour d'autres pathologies. Le progrès des connaissances et de l'expérience permettraient d'établir les modifications techniques nécessaires afin d'élargir le champ du travail.

En Conférence 28, La thérapie analytique (1916) :

Comme vous le savez, la thérapie analytique est jeune ; il a fallu beaucoup de temps jusqu'à ce qu'il soit possible d'établir sa technique, et ceci a pu seulement se faire dans le travail même et grâce à l'accumulation de l'expérience. (P. 417, T. XVI)

En Nouveaux chemins de la thérapie psychanalytique (1918) :

Par ailleurs, il est prévisible que un jour la conscience morale de la société se réveillera et lui rappellera que le pauvre n'a pas moins de droits d'accéder à la thérapie d'âme que ceux que l'on accorde à la chirurgie de base. Et que les névroses ne constituent pas une menace moindre pour la santé populaire que la tuberculose, et, pour cette raison, à la même enseigne que celle-là il n'est pas possible de les laisser livrées aux soins impuissants de l'individu commun. Des sanatoriums ou des lieux de consultation seront créés, auxquels on assignera des médecins avec une formation psychanalytique, lesquels en appliquant l'analyse seront plus capables de résistance et plus productifs (...), pour des enfants pour qui le seul avenir est l'option entre l'abrutissement ou la névrose. (P. 162, T. XVII).

Dans le même travail il arrive à la conclusion :

Et il est aussi très probable que l'application de notre thérapie aux masses nous exige de faire l'alliage de l'or pur de l'analyse avec le cuivre de la suggestion directe, (...). Mais quelque soit la forme future de cette psychothérapie pour le peuple, et sans qu'il soit important les éléments qui la constitueront finalement, il n'y a pas de doute que les ingrédients les plus efficaces et les plus importants

seront toujours ceux qu'elle prenne de la Psychanalyse rigoureuse s'écartant de tout choix partisan. (P. 163, T. XVII).

La tâche que nous proposons, même si elle est difficile, est d'éviter une plus grande dégradation affective et cognitive et l'institutionnalisation sans retour d'un jeune ou d'un adulte avec déficience mentale. Pour que ceci ne soit pas possible, le sujet doit avoir la possibilité de développer un *self* consistant, jusqu'aux limites de ses propres conditions.

Dans l'histoire du développement des théories psychanalytiques, on peut observer comment les affirmations de Freud sont en train de s'accomplir en ce qui concerne le progrès et l'extension de la psychothérapie psychanalytique à partir des apports théoriques et cliniques fondamentales des écoles française et anglaise. Ceci a permis l'abord des patients psychotiques, des petits enfants et des patients gravement perturbés.

Melanie Klein se réfère au problème des inhibitions intellectuelles depuis ses tout premiers articles. Dans *Analyse infantile* (1923), article où elle étudie l'inhibition névrotique du talent, elle affirme que :

[...] l'absence ou la présence des capacités (ou même le degré dans lequel elles se trouvent présentes), malgré le fait qu'elles semblent déterminées simplement par des facteurs constitutionnels et faisant partie du développement des instincts du moi, montrent qu'elles sont également déterminées par d'autres facteurs, libidinaux, et d'être susceptibles de changer à travers l'analyse. (P. 95)

A l'intérieur de la psychanalyse, c'est Maud Mannoni qui dans son livre *L'enfant avec retard et sa mère*, qui introduit dans le champ clinique les problématiques émotionnelles des enfants avec retard et les préjugés sociaux (en incluant ceux des propres psychothérapeutes) qui dénie l'avènement de la propre subjectivité.

Même Alvarez, dans son livre *Live company* (2001), en faisant l'examen de l'élargissement du champ d'application de la méthode psychanalytique, souligne l'influence de Donald Winnicott et les nouveaux champs de traitement que la Psychanalyse a inauguré les derniers temps.

Il y a eu des développements postérieurs, beaucoup d'entre eux dans le champ de la psychiatrie préventive. Les enseignements de Donald Winnicott, ce grand pédiatre et analyste d'enfants, ont inspiré les thérapeutes d'enfants déjà entraînés à l'observation d'enfants, pour commencer à travailler dans le suivi de bébés et dans les unités de soins obstétricales et pédiatriques dans les hôpitaux généraux afin d'aider les mères des bébés

angoissés avec des problèmes d'alimentation ou de sommeil (Daws, 1989). Certains d'entre eux sont convoqués pour aider des mères avec des bébés qui semblent trop isolés pour des raisons de santé et pour son propre bien. Certains ont leur consultation dans des centres de jour pour des bébés et des enfants de moins de cinq ans, quelques autres dans des foyers résidentiels pour enfants et dans des unités pour des bébés prématurés. D'autres sont en train de travailler avec des enfants avec de la souffrance émotionnelle d'enfants handicapés physiques et des malades terminaux et avec les parents et les infirmiers que prennent soin d'eux (Sinason 1986 ; Judd, 1989). Malgré le fait que ce travail n'est pas toujours dans chaque cas une simple thérapie psychanalytique, il met en œuvre beaucoup des habilités, en particulier la sensibilité et la familiarité avec les insupportablement douloureux états primitifs de la psyché. (P. 7, traduction de l'auteur).

Points de départ pour la psychothérapie

J. de Ajuriaguerra (1975), dans son *Traité de Psychiatrie Infantile* soutient :

De ce point de vue, il est possible d'accepter (...) que la déficience mentale dépend de l'association de deux critères (dont chacun d'eux isolément n'est pas suffisant). Une infériorité générale du développement intellectuel qui commence dans la période du développement et une qualité de réponse médiocre aux stimuli du milieu naturel et social (dégradation du comportement adapté). (P. 504)

C'est dans le domaine du deuxième des critères énoncés que nous réfléchissons dans le présent travail. Jusqu'à quel point cette qualité de réponse se trouve déterminée par la sévère perturbation des liens précoces avec les parents, qui se présentent chargés d'une profonde ambivalence et quelques fois avec un rejet manifeste vis-à-vis de ce bébé que est né différent et avec un pronostique réservé de son développement mental et de sa personnalité ? La naissance d'un enfant déficient déclenche une situation traumatique d'une grande intensité dans la famille. Le degré d'élaboration de cette situation va dépendre de la personnalité des parents, des situations familiales qu'ils traversent et d'une multiplicité de facteurs qui doivent être considérés dans chacun des cas. Mais globalement, cette naissance va troubler l'équilibre narcissique de tout en chacun et d'une manière décisive va déterminer l'élevage de cet enfant.

Dans ce sens, les psychanalystes, nous avons entrepris d'étudier avec un intérêt grandissant, la manière où cette ambivalence émotionnelle des parents bouleverse les contacts primaires qui fondent le psychisme et par conséquent jusqu'à quel point ces

liens provoquent distorsions sévères dans le développement du *Self* et du monde mental.

Chez n'importe quel patient névrotique, l'aspect infantile de la personnalité est bouleversé par l'attitude ambivalente des objets primaires. Cette situation est accentuée quand il s'agit d'un enfant déficient.

L'inhibition intellectuelle qui résulte des angoisses devant le connaître intelligent est compréhensible si nous nous trouvons devant un enfant névrotique. Nous pouvons également comprendre l'absence de développement et les déficiences de l'appareil mental d'un enfant psychotique, profondément bouleversé émotionnellement. Mais devant un enfant avec le diagnostic de débilité mentale, la perspective devient incertaine. La famille et son entourage croient qu'il n'arrivera pas à atteindre un développement de sa subjectivité qui puisse supporter une identité personnelle originale, productive, capable de s'intégrer dans la famille et dans les différents groupes où dont il pourrait faire partie.

Plusieurs difficultés que Ajuriaguerra appelle « dégradation du comportement adapté » sont le résultat des problèmes émotionnels provoqués par les troubles des liens précoces, troubles qui se perpétuent et qui conditionnent et aggravent encore plus la déficience du développement intellectuel.

Depuis Freud nous savons que le développement de l'intelligence dépend du développement émotionnel du sujet et non seulement des éléments dont est pourvu au départ le système nerveux lui-même. Pour la Psychanalyse l'idée d'aptitude de l'intelligence se trouve directement en rapport avec la capacité d'affronter les anxiétés internes, avec la possibilité de ressentir un sentiment de sécurité et de confiance en soi-même et le milieu environnant afin de pouvoir parcourir toutes les expériences qui vont progressivement constituer la différenciation efficace entre les territoires du moi et du non moi.

Les apports théoriques et cliniques qui s'ouvrent à partir de l'œuvre de Winnicott et Bowlby mettent l'accent dans l'étude du développement du sentiment de soi-même et de la constitution de l'identité et la mesure dans laquelle les liens précoces les affectent. Les théories de l'espace transitionnel, le jeu, le vrai et faux *Self*, la théorie de l'attachement, ainsi que les prometteuses lignes de recherche qui s'ouvrent en permanence à partir de ses œuvres, permettent de s'engager dans la connaissance du processus de mentalisation de l'enfant et de la construction du monde interne à partir de l'établissement des relations objectales et leur internalisation. Les deux auteurs mettent

en avant les failles de l'entourage qui conditionnent les sentiments d'insécurité ou de vulnérabilité qui résulte des liens primaires en tant que générateurs de pathologie.

Ces perspectives permettent de comprendre avec une majeure précision les vicissitudes et les risques du développement des pathologies dans la constitution du *Self*. Quand ceci arrive, le bagage mental qui apportent les enfants déficients mentaux se verra amoindrie dans une plus grande mesure, parce que le développement par la voie optimale (Bowlby) trouvera un obstacle pour la constitution d'un *Self* fragile et affaibli. Dans beaucoup de cas ceci se cache derrière la cuirasse d'un faux *Self* rigide et dans des cas plus graves, la difficulté d'intégration donne lieu à l'apparition de traits psychotiques.

Il serait possible de penser que traiter ces enfants exige des modifications importantes dans la technique du traitement. Il sera nécessaire de mettre en œuvre des modifications de la technique, mais, d'après notre expérience la position analytique de préservation du cadre, qui a comme noyau l'attitude émotionnelle équilibrée, réceptive et d'observation de la part de l'analyste, fait que les modifications nécessaires ne soient pas la chose la plus importante et dépendent davantage de chaque cas individuel que de règles préétablies.

Le travail thérapeutique général requière que la famille soit aussi traitée, que dans ces cas a besoin d'une contention et d'une orientation thérapeutique afin d'élaborer la situation traumatique et d'ouvrir la perspective, de manière qu'elle puisse garder l'espoir et une compréhension le plus réaliste possible des limitations de la situation de l'enfant affecté.

Nous entendons que c'est à l'intérieur du cadre théorique et clinique de la Psychanalyse, que l'abord thérapeutique peut se réaliser. A partir du cadre théorique, des études sur le développement précoce et la constitution du *Self*. A partir de la clinique, en travaillant avec le transfert et le contretransfert. Nous croyons que d'une autre façon il serait impossible de soutenir ces traitements qui se prolongent souvent longuement dans le temps et qui accompagnent le développement souvent jusqu'à l'âge adulte.

Le nord de la boussole serait orienté vers l'atteinte de compréhension de ce qui advient dans chaque séance. « *Comprendre avant toute chose* » (Valeros, 1997). Essayer de le faire sans préjugés théoriques qui puissent contaminer la spontanéité dans la relation avec le patient, maintenir vivace la capacité d'observation et de détection des petits changements, de ce qui est nouveau dans le lien thérapeutique. Selon cette perspective, aucune séance ne ressemble à aucune autre et ceci nous met à l'abri de la menace de la perte d'intérêt, dont parle Freud.

Comprendre la situation de la famille, dont le référent le plus solide se trouve dans le contretransfert de l'analyste face à son patient et que dans des nombreuses occasions est intense et perturbateur.

Les fondements de ce type de psychothérapie restent toujours, comme le demande Freud, dans les « ingrédients les plus efficaces et les plus importants du la Psychanalyse rigoureuse » : les hypothèses de l'inconscient, de la sexualité infantile et de l'utilisation du transfert et du contretransfert dans la conduite du traitement. Aussi importants que ceux-ci sont l'attitude compréhensive (bienveillante) et sensible de l'analyste et la manière de comprendre chaque patient, en rapport avec l'analyse personnelle, l'expérience clinique et la formation théorique.

Exemple clinique

Cecilia avait quatre ans quand elle a été amenée à la consultation psychologique. Elle fut adressée par son neurologue et sa kinésithérapeute étant donné l'état d'isolement et la situation angoissante de la famille qui rendaient très difficile la mise en place de n'importe quel traitement de kinésithérapie ou de rééducation ou bien son insertion dans un collège spécialisé. Selon ses parents, juste à ce moment précis, le neurologue leur avait fourni le diagnostic d'autisme causé probablement par son problème organique. Ils acceptèrent de l'amener à la consultation avec l'espoir de son amélioration.

Le diagnostic neurologique adressé consignait : « ... elle subi un important retard mental conditionné par une dysgénésie. Elle présente retard mental et comportements atypiques. Depuis sa première année elle développe une épilepsie symptomatique... ».

Les parents se sont rendus compte quand leur fille avait six mois que celle-ci avait des problèmes et à ses neuf mois fut posé le diagnostic de l'origine organique du retard maturatif. Ils ont une autre fille qu'au moment de la consultation psychologique avait onze mois.

Dans les premiers entretiens on les percevait accablés, la mère ne pouvait arrêter de pleurer en disant – « Si au moins elle donnait une réponse qui nous faisait sentir qu'elle nous reconnaît, mais rien... ». Elle raconta qu'«elle se sentait étouffée par la situation de sa fille et qu'elle ne se sentait maîtresse de sa vie. Ceci empira depuis que la gouvernante qui l'aidait dut arrêter de travailler pour la famille. Le père essayait de se

contenir et de ne pas être déstabilisé, mais il a reconnu que quelques fois avait aussi une sensation d'étouffement. – « Quand on fait beaucoup et on obtient peu il y a usure ».

La mère craignait constamment qu'il y ait des convulsions de nouveau. Son état émotionnel s'empirait progressivement, elle se sentait de plus en plus sous le poids de l'exigence, en essayant d'être bien et de ne pas se montrer déprimée.

Quand ils ont amené Cecilia pour la première fois, ils la portaient dans les bras, elle ne marchait pas, ne parlait pas et son regard était absent. Elle ne donnait pas de signe de réaction face à la situation nouvelle. Elle ressemblait à une poupée de chiffons, très maigre et hypotonique. Elle donnait une impression d'une grande fragilité. Chez elle, si elle ne se trouvait au lit ou sur quelque fauteuil, elle demeurait toute la journée par terre. Elle ne s'asseyait sans soutien et elle ne pouvait pas tenir debout.

Au début je ne savais pas si j'arriverais à pouvoir aider cette fille. Pour cette raison, pendant plusieurs mois j'ai travaillé avec la maman dans la séance, bavardant avec elle et en faisant quelques petites tentatives d'approche et de contact avec la fille. Au fur et à mesure que les séances se déroulaient, en me basant sur des subtiles modifications dans ses réponses, je me suis rendu compte que Cecilia commençait à me registrer et elle pouvait rester seule avec moi. Il prenait de sens de tenter un travail avec elle. A partir de ce moment sa maman l'attendait dans la salle d'attente.

J'ai commencé en essayant de m'approcher de Cecilia. Je m'allongeais par terre à ses côtés, sans la regarder dans les yeux au début, mais en lui touchant les mains et en lui disant quelques phrases. Cecilia, par terre, ne s'intéressait presque à aucun objet dans la chambre, en apparence moi non plus ne l'intéressait pas. J'insistais à rester par moments auprès d'elle, mais elle ne donnait pas de signe de m'apercevoir ou de répondre, même si je l'appelait par son nom. Elle commença à faire de vocalisations pendant que au même temps elle secouait la tête d'un côté et de l'autre comme une autostimulation.

A d'autres moments je m'asseyais loin d'elle et l'observait depuis mon fauteuil. Peu à peu je commençais à me rendre compte qu'elle m'observait quand elle croyait que je ne la regardais pas. Si je la regardais directement, elle tournait la tête ou détournait le regard. Peu à peu ces échanges commencèrent à devenir une sorte de jeu de rencontre et de fuite de regards. Mais ça ne durait pas très longtemps. Après une certaine fréquence, elle ne répondait plus et se cachait dans une autostimulation en bougeant la tête rythmiquement.

Dans une des séances elle commença à se sentir attirée par le fil du téléphone, qu'elle étirait, secouait, allongeait et reprenait. Elle recommençait à plusieurs reprises cette action regardant très attentivement la manière ou la spirale du fil bougeait, qui s'étirait et rétrécissait selon le mouvement qu'elle faisait. Elle semblait effectuer une sorte d'exploration.

Dans une séance postérieure, pendant que Cecilia était concentrée dans cette activité j'ai eu peur que l'appareil téléphonique lui tombe dessus et je lui dis de le lâcher. Elle s'est arrêtée de bouger et resta immobile un certain temps sans lâcher le fil, finalement elle tourna la tête comme pour m'éviter et le lâcha. Je ne pris cette réponse comme un produit du hasard, mais il semblait qu'elle était différée dans le temps. Je me suis rendu compte qu'elle me registrait et que ce fait me permettait de continuer à tenter le jeu de regards et du contact avec les mains, tout en sachant qu'il serait nécessaire que je sois attentive pendant plus de temps afin de capter ses réponses différées dans l'interaction.

C'est comme cela que j'ai commençais à observer une séquence : elle me regardait un instant, puis rapidement elle baissait ses petits yeux et les dirigeait vers le côté. Mais alors je me mettais dans la direction de son regard. Elle s'échappait de nouveau et ceci commença à acquérir certaines caractéristiques plaisantes puisqu'il n'y avait pas de geste de tension ou de rejet et elle esquissait quelque sourire. Peu à peu j'ai commençais à la placer assise sur un fauteuil afin qu'elle soit redressée et je puisse la regarder face à face.

Un jour, pendant que je l'observais, j'ai bougeait de manière brusque son fauteuil où j'avais appuyé mes pieds. J'ai eu peur, mais elle, pour la première fois souri franchement avec plaisir. J'ai donc recommencé à faire bouger la chaise et ceci l'a fait rire de nouveau. Un jeu qui s'est prolongé très longtemps commença alors : je l'attachais par la ceinture au fauteuil et je le bougeais, des fois rythmiquement et en lui chantant quelque chanson, d'autres fois je le faisais bouger soudainement et ceci la faisait rire encore plus.

Un jour, la séance ayant déjà démarrée (on l'amenait deux fois par semaine) j'ai commencé à me sentir désorientée. Elle était à genoux par terre près du divan en train de bouger sa tête sans me regarder. Pendant ce temps elle avait réussi à se redresser et rester pendant des périodes de cinq à dix minutes assise sur ses jambes. C'était un de ces jours où je me demandais qu'est ce que j'étais en train de faire et si ceci avait du sens.

J'ai pris une flûte que je gardais dans un tiroir du bureau. Je me sentais vraiment paralysée avec aussi une sensation de pesanteur qui enlevait mon initiative. Afin de soulager cette sensation j'ai commencé à jouer une mélodie simple, sans que je eusse imaginé ce qui pouvait arriver. Cecilia s'est redressée instantanément, elle vint vers moi et presque grimpant sur mes genoux elle attrapa la flûte et la regarda. Ensuite elle me regarda et jeta la flûte vers le côté avec une expression satisfaite. De cette manière elle manifestait sa curiosité et son besoin de participer s'auto affirmant dans l'acte de jeter la flûte.

J'ai ramassé la flûte et j'ai joué encore. Cette fois-ci elle ne s'est pas éloignée, elle est restée près de moi avec ses petites mains sur mes genoux. Elle m'observait très attentivement, elle bougeait la tête d'un côté et de l'autre pendant qu'elle souriait. De temps en temps elle m'arrêtait en m'arrachant la flûte des mains et en la regardant ensuite. Elle montrait ainsi qu'elle se rappelait la chorégraphie de la séquence du jeu.

De cette manière, désormais commença une étape de jeux avec de la musique, des chants et en recommençant des temps en temps les jeux de bouger le fauteuil. Plus tard, pendant qu'elle m'attendait avec sa maman dans la salle d'attente elle n'était plus par terre. D'habitude elle restait agenouillée en regardant par la fenêtre. Je disais bonjour à toutes les deux et j'entrais ensuite dans le cabinet de consultation et commençais à jouer un air connu d'elle. Je me plaçais derrière la porte. Quand elle entendait la musique elle se redressait et elle venait toute seule, en marchant à quatre pattes, dans le bureau. Elle s'arrêtait à l'entrée et elle me cherchait. Quand elle m'apercevait, elle rentrait. Plus tard, quand elle s'arrêtait en face de moi elle poussait la porte pour la fermer.

Je vais citer à nouveau Ann Alvarez (2001) qui, en parlant de l'importance de se focaliser dans l'ici et maintenant des phénomènes transférentiels affirme :

D'une certaine façon, cette attention prêtée au présent rend le travail du thérapeute psychanalyste plus ardu et plus demandant mais également le rend plus intéressant et infiniment plus animé. L'image populaire de la bouche fermée avec une fermeture éclair du distant et glacé psychanalyste scientifique, ne s'applique plus en réalité. On pourrait le comparer plutôt avec un musicien entraîné et préparé mais en constante improvisation que tout comme le patient, doit vivre et apprendre de l'expérience vécue autant que de la pratique. (Live company, P. 3, traduction de l'auteur)

Ce traitement s'est prolongé pendant quatre ans. Il a dû être interrompu parce que la famille déménagea à l'intérieur du pays à cause des questions de travail. Pendant ce temps Cecilia pu être incluse dans une école spécialisée.

On pouvait la voir plus vivante et connectée, intéressée à l'exploration de ce qui l'entourait, ainsi que la relation avec sa famille et avec moi. La mère racontait qu'elle se montrait plus active à la maison, qu'elle entrait dans la cuisine et vidait les armoires, sortait les casseroles et toute autre chose que se trouvait là dedans. Malgré le fait qu'elle ne réussit pas à marcher elle se déplaçait rapidement, marchant à quatre pattes ou bien debout s'appuyant de quelques meubles. Si on l'appelait, elle répondait avec un geste ou avec le regard. A plusieurs reprises je l'ai entendu clairement dire « non ». Mais elle prononçait aussi d'autres syllabes, avec l'intention de provoquer une quelconque communication. Ses parents étaient beaucoup plus soulagés : ils pouvaient sentir que au-delà de ses sévères limitations, Cecilia était une fille qui pouvait maintenant entrer en relation affective avec eux. Le changement dans l'attitude de la mère était remarquable, surtout quand elle était avec sa fille. Elle lui parlait et la regardait d'une autre façon, sachant que sa fillette pouvait la comprendre et qu'elle aussi pouvait se faire comprendre.

Conclusion

Pour finir, je transcrirai une citation d'Enrico Montobbio et Patricia Mainardi (1995) qui travaillent à Gènes, depuis plusieurs années, avec des enfants déficients mentaux (syndrome de Down) avec un schéma qui se réfère à Bion. Ils proposent une idée que je partage et que je crois est dans le fondement de la conviction que la psychothérapie est nécessaire dans ces cas.

Nous commençons avec une prémisse qui semble aller de soi et pouvant être partagée : Tout enfant avec un handicap a en soi toujours un enfant sain avec les exigences d'ordre affectif et éducatif propres à tout être humain. Toute personne a, par conséquent, un besoin propédeutique de toutes les autres, que nous appellerons besoin de normalité. Ce besoin de normalité est, à nos yeux, quelque chose de facile à comprendre, mais difficile à satisfaire. Des problèmes liés aux conditions biologiques de l'enfant et aux difficultés dans sa famille, en particulier dans la relation mère-enfant en interfèrent. (*La normalité niée*. Dans *L'identité difficile* P. 29)

Effectivement, dans la relation précoce mère-enfant se jouent des aspects décisifs du développement personnel abouti de l'enfant déficient mental. Dans le cas clinique que nous avons raconté avant, cet aspect n'est pas spécialement décrit mais cette fille n'a pas été suffisamment touchée, bercée, regardée, chouchoutée. Sa naissance déclencha une sévère situation traumatique (dépression maternelle, sur adaptation du père) qui finalement affecta aussi sa petite sœur saine, dans la mesure qu'elle aussi se développait sur adaptée en essayant de compenser avec une exigence intense la souffrance que subissaient les parents de Cecilia.

Dans un cas comme celui-ci, le plus difficile pour le thérapeute est de se centrer sur l'observation du cas en évitant de faire des pronostiques pessimistes. Le traitement psychothérapeutique eut le but de pouvoir nous connecter dans la mesure de ses possibilités et que de cette manière elle puisse commencer à se connecter avec l'environnement humain et que son intérêt se réveille non seulement par son exploration du milieu mais afin de pouvoir participer aux notions de dedans-dehors. Par ailleurs, atteindre la compréhension du vécu des parents en les aidant à l'élaboration de ses propres sentiments d'impuissance, de désolation, de culpabilité, de douleur et de rejet avec cette fillette.

La situation des parents s'est améliorée du moment où ils ont pu voir comment je m'arrêtais à observer les détails de l'interaction avec la fille. Ceci leur a permis d'apprendre avec moi une observation attentive de manière que cette attitude les aida à se dessaisir des sentiments de culpabilité. Le soulagement qui en découla a permis que la relation de tous les membres de la famille soit plus fluide et affectueuse.

Les questions qui émergent pour être étudiées et réfléchies en sont multiples. L'impact traumatique de la naissance d'un enfant handicapé, l'étude des ses liens avec les parents quand ils dépriment ou s'éloignent en déniaient l'existence de cet enfant. De quelle manière se tisse la constitution du *Self* et le surgissement de pathologies possibles dans le développement postérieur. La prévention de celles-ci, en traitant d'emblée la situation et en faisant le suivi tout au long des années de croissance de l'enfant.

D'un point de vue plus théorique : De quelle façon se développe-t-il l'appareil mental chez les enfants sévèrement atteints par des maladies qui mènent à la déficience mentale ? Parcourt-il les vicissitudes d'un développement normal mais décalé dans le temps ? Une instance « inconsciente » se développe-t-elle à l'instar d'un enfant normal ?

Finalement nous voudrions souligner l'importance de la diffusion et la sensibilisation des équipes de néonatalogie, des pédiatres et des spécialistes en apportant des connaissances qui s'acquièrent sur ces problématiques. Et au-delà de ce

qui est spécifiquement psychothérapeutique, le besoin de travailler et réfléchir sur l'insertion éducative et sociale de ces enfants et jeunes. Il peut arriver souvent que ces enfants soient installés dans des groupes de scolarité normale dans une tentative de réparation maniaque qui se solde par une ségrégation et un isolement encore plus dramatique de l'enfant.

Bibliographie

Ajuriaguerra, J. De (1975) *Manual de psiquiatría infantil*. 2ª edición. Barcelona, Toray- Masson.

Álvarez, Ann (2001) *Live company*. Tavistock- Routledge. London and New York.

Bowlby, John. (1988) *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona, Paidós.

Fonagy, Peter & Target, Mary. (1996) "Jugando con la realidad- I. Teoría de la mente y el desarrollo normal de la realidad psíquica". *Libro Anual de Psicoanálisis XII*: (pp.11- 26).

Freud. Sigmund. (1994) *Obras Completas*. 4ª edición. Buenos Aires, Amorrortu Editores.

Klein, Melanie.(1990) *Obras Completas*. 2ª edición. Buenos Aires, Paidós.

Mannoni, Maud (1990) *El niño retardado y su madre*.4ª edición. Buenos Aires, Paidós.

Marrone, Mario (2001) *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid, Ed. Prismática.

Misès, Roger. (1977). *El niño deficiente mental*. Buenos Aires, Amorrortu editores.

Montobbio, Enrico y Mainardi, Patricia. (1995) "La normalidad negada". En *La identidad difícil. El falso yo en la persona con discapacidad psíquica*. Barcelona, Ed. Masson.

Pérez de Plá, Esperanza y Carrizosa Silvia. Comp. (2000). *Sujeto, inclusión y diferencia*. Méjico, DF, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Stern, Daniel (2003) *El mundo interpersonal del infante*. 3ª edición. Buenos Aires, Paidós.

Tustin, Frances (1994) *Autismo y psicosis infantiles*. 4ª. Edición. Barcelona, Paidós.

Tustin, Frances (1996). *Estados autísticos en los niños*. 2ª. Edición. Barcelona, Paidós.

Valeros, José (1997) *El jugar del analista*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Winnicott, Donald (2000) *Realidad y Juego*. 7ª edición. Barcelona, Ed. Gedisa.