

CRUAUTE, MALLEABILITE, EMPRISE

1 Selon Freud (1905), la cruauté se distingue du sadisme au sens où le sujet cruel est indifférent à la souffrance de l'objet, n'en tire pas de plaisir particulier. Cette cruauté peut être présente chez l'enfant à certains moments de son développement psychique, sans avoir de caractère pathologique. On pourrait penser que c'est alors le rôle éducatif, au sens large du terme, des parents d'amener l'enfant à y renoncer, parce qu'il veut conserver l'amour d'autrui, ou parce qu'il parvient à s'identifier à la victime, ou pour d'autres raisons encore.

2 En réalité, le tableau est beaucoup plus complexe dans la mesure où le « rôle éducatif » parental implique toute une série de processus qui accompagnent l'intégration des motions cruelles au sein du développement psychique. Avant d'évoquer quelques aspects cliniques des violences pathologiques extrêmes, nous devons faire un détour rapide par une réflexion sur les modalités classiques de cette intégration psychique.

3 Lorsque Freud, dans *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905), évoque la cruauté, il la ramène globalement à l'un des aspects de la pulsion d'emprise. Il suppose que pulsion de cruauté et pulsion sexuelle se lient l'une à l'autre très précocement par « anastomose ». Il ne dit rien sur les conditions de possibilité de cette liaison et sur ses qualités d'équilibre suffisant. Il remarque cependant que l'association entre cruauté et sexualité est freinée, sinon contrôlée par l'émergence de la pitié. La possibilité de compatir à la douleur de l'autre, qui fait obstacle à l'emprise, se forme relativement tard dans le développement de l'enfant. Elle est donc le résultat d'un processus que l'un d'entre nous (A. Ferrant, 2001) désigne comme « travail de l'emprise ».

4 Nous en évoquerons rapidement deux volets : le premier concerne le sujet, le deuxième envisage la position de l'objet et spécifiquement sa fonction de « butée ».

5 Freud (1915) souligne que tout enfant doit se rendre maître du monde et maître de lui-même. Il ne peut parvenir à cette maîtrise qu'en s'engageant dans une série de transactions qui impliquent l'environnement. La mise en œuvre de la motricité lui permet de s'éprouver lui-même, de se sentir lui-même dans l'instant où il est en contact avec le monde. Il conquiert ainsi la conviction, nécessaire tout au long de l'existence, de pouvoir, ne serait-ce que de façon limitée, transformer le monde et se l'approprier dans la perspective de la satisfaction de ses besoins et désirs. Cette perspective de transformation potentielle de soi et de l'environnement relève des logiques de l'espoir et implique le principe de réalité.

6 Ces potentialités nécessaires au fonctionnement psychique ne peuvent s'organiser que si l'environnement précoce se laisse transformer en même temps qu'il résiste à la transformation imposée par l'emprise. La « butée de l'objet » implique d'une part une plasticité suffisante qui offre au sujet la possibilité d'une rencontre en « double », et d'autre part une compacité suffisante qui préserve sa part d'altérité fondamentale. Cette « plasticité compacte » construit la possibilité d'une identification non seulement au parent, mais aux potentialités transformationnelles du parent. Notre hypothèse serait que chaque fois que l'identification massive à l'objet n'est pas dialectisée avec une identification à sa

transformabilité, la pulsion d'emprise ne trouve aucune butée et génère la cruauté qui sert, on va le voir, d'écran à la terreur.

7 On est ainsi amené à interroger les modalités de réponse de l'objet au « travail d'emprise » engagé par l'enfant. Jusque-là, ce sont surtout les réponses par retrait, indifférence ou disqualification qui ont été travaillées. Nous rencontrons aujourd'hui de plus en plus fréquemment des situations dans lesquelles non seulement l'objet n'exerce aucune butée mais, au contraire, manifeste une cruauté de tous les instants. Qu'en est-il alors, du côté de l'enfant, soumis à un tel environnement dès les premiers mois de sa vie ?

cette question, nous allons évoquer la cruauté des enfants qui présentent ce que nous appelons une violence pathologique extrême. Ces enfants sont très difficiles à soigner, et l'enjeu thérapeutique est considérable : en cas d'échec, dès l'adolescence, ils blesseront gravement, tueront ou violeront, et ceci de manière répétitive. Ce mode de cruauté n'a pas d'« âge biologique » : il apparaît chez des enfants de plus en plus petits, âgés de dix-huit mois à deux ans, souvent même dès la marche qui leur permet d'avoir les mains libres pour attaquer. Il ne sert à rien de tenir à de tels sujets un discours éducatif tentant de leur faire intégrer la loi, ou de leur proposer des « modèles identificatoires » ; c'est totalement à côté de la plaque.

Joël

9 La description de la situation de Joël, sept ans, va nous aider à comprendre une partie des processus en jeu.

10 Pendant les deux premières années de sa vie, Joël a été placé treize fois par un juge des enfants, parfois à la demande des éducateurs et des travailleurs sociaux qui s'occupaient de cette situation, parfois à la demande de sa mère pour le protéger de la violence du père. Joël a vu ce dernier taper à coups de poing le ventre de son épouse lorsqu'elle était enceinte d'un deuxième enfant. Chaque fois, le juge des enfants a décidé que Joël devait retourner vivre chez ses parents, jusqu'à ce qu'ils déménagent dans une autre ville. Là un autre juge, après avoir demandé l'avis d'une expert psychologue, a ordonné un placement long et des visites médiatisées, rencontres parents-enfant qui n'ont lieu qu'en présence de deux professionnels. Personne ne sait ce qu'est devenu le père de Joël, sorti de prison après une longue peine. Et au cours de ce placement, il est apparu que la mère de cet enfant, qui était elle-même violente, était aussi abandonnante : à plusieurs reprises, elle est restée six mois sans donner signe de vie à son enfant. Actuellement, elle n'a pas demandé à le rencontrer depuis dix-huit mois.

11 Dans l'institution pour enfants où il a été admis de l'âge de trois ans à l'âge de cinq ans et demi, avant d'être placé en famille d'accueil, Joël a eu un comportement d'une violence très importante. Son jeu préféré consistait à étrangler les autres enfants, « jusqu'au bout » et en riant, ce qui demandait et demande toujours une surveillance absolument constante de la part des adultes. Dans l'hôpital de jour où il est pris en charge actuellement cinq jours par semaine, il peut taper sans raison apparente et sans retenue. Il a ainsi blessé cinq enfants en une journée, et il attaque aussi les adultes.

12 Quand les soignants essaient de discuter avec lui pour comprendre ce qu'il ressent dans ces moments, ou pour le gronder, il rit ou il affiche un grand sourire « mécanique » qui évoque le visage du joker joué par Jack Nicholson dans Batman. Cette attitude laisse les adultes désarmés et très inquiets. En classe, il lui arrive de ne pas pouvoir s'empêcher de hurler comme une sirène pendant plusieurs minutes, devant l'institutrice qui ne sait que faire. Ilya encore peu de temps, à certains moments, il se précipitait contre un mur la tête en avant, et se « fracassait » le crâne avant que les éducatrices aient le temps d'intervenir. Il faut ajouter que Joël était terrorisé le soir, et même dans la journée. Ainsi quand il avait besoin d'aller aux toilettes, il fallait l'accompagner pour traverser le couloir et l'attendre derrière la porte.

13 Les théorisations habituelles se sont révélées la plupart du temps inutilisables. Nous avons dû d'abord faire référence au travail de S. Fraiberg (1993), qui a décrit la précocité et la spécificité des processus de défense pathologiques mis en place par les nourrissons, à partir d'une étude concernant des mères gravement déprimées, « psychologiquement absentes » la plus grande partie de la journée, mais qui présentaient aussi des crises de fureur imprévisible. Parmi les processus de défense mis en évidence, plusieurs évoquent le comportement de Joël :

– La réaction de gel, observable à partir de cinq mois : certains bébés s'immobilisaient complètement, gelant leur mobilité et leur voix. Au bout d'un moment, cette rigidité pouvait être remplacée par un hurlement sinistre qui durait plusieurs minutes, au cours duquel la personnalité de l'enfant semblait se désintégrer. La lutte : dès l'acquisition de la marche, ces nourrissons se comportaient comme des « petits monstres », de vraies terreurs dans la journée, mais ils étaient terrifiés la nuit. Avant chacun des épisodes de lutte, une expression de peur traversait leur visage. Les transformations de l'affect : à partir de neuf mois, le nourrisson réagissait à une situation angoissante, telle un jeu de taquinerie sadique effectué par un parent, en transformant la peur en un sentiment « opposé », le rire, rire grinçant, théâtral. Même lorsqu'il avait mal, l'enfant riait. Il s'agit sans doute d'une des formes les plus précoces du déni. L'inversion des attitudes, à partir de 13 mois. Le nourrisson retournait contre lui-même l'agressivité qu'il ressentait en se tapant la tête contre le sol, etc., ce qui préservait la relation avec la mère.

14 Mais si ces références à S. Fraiberg nous ont permis d'être un peu plus en terrain connu, elles se sont néanmoins révélées insuffisantes. Il a fallu les adapter, les personnaliser, les compléter par d'autres idées, car il était essentiel que nous ayons à notre disposition des représentations des processus en jeu pas trop éloignées de la clinique pour parvenir à poursuivre cette prise en charge. En voici quelques exemples.

15 Quand on interrogeait Joël sur ce qui s'était passé en lui *avant* qu'il ne tape brusquement, sa réponse était : « c'est papa », ce qui signifiait, lorsqu'on lui demandait d'expliquer : « c'est papa en moi qui m'a fait agir ainsi ». Ceci n'excuse rien, mais attire notre attention sur le processus suivant : l'enfant qui subit un niveau très important de violence parentale physique ou *verbale*, ou qui en est le spectateur obligé, est condamné à adopter un mode de survie psychique particulièrement coûteux, qui consiste à adhérer à la violence parentale dans la mesure où s'y opposer serait suicidaire. Il n'a pas d'autre choix que de « mettre en lui » la personne terrifiante, dans une sorte d'identification brute, d'incorporation globale. Ce que l'on appelle alors la toute-puissance de l'enfant, c'est en fait son impuissance face au surgissement hallucinatoire du père ou de la mère violents *en lui* (R. Roussillon), et non pas projeté sur l'autre comme c'est le cas dans l'état de terreur hallucinatoire. Lorsque cette

violence survient en lui, l'enfant n'a pas les moyens de se contenir, il ne peut que se laisser emporter en y adhérant. Cette violence est de la même nature que celle qu'il a subie, impitoyable, l'objet n'est pas pris en compte, et il devient impossible de voir l'enfant terrifié qui existe derrière l'enfant violent. On est donc là devant une forme extrême d'identification à l'agresseur. Et penser que l'enfant tente ainsi de se représenter ce qu'il a éprouvé en le faisant subir à autrui nous paraît trop optimiste : les tentatives d'interprétation ou de construction historique proposées à Joël dans ce sens n'ont pas eu d'effet.

16 Nous avons eu aussi l'idée de demander à Joël si son père jouait à l'étrangler en lui serrant le cou entre ses jambes, scène que nous avons observée dans une autre famille, et il a répondu que oui. Il avait alors très peur d'étouffer car son père poussait le jeu à sa limite, mais en même temps, Joël riait comme son père. Dans un tel contexte, un enfant n'a que peu de choix. S'il montre son angoisse, son père risque de le serrer encore plus fort avec sadisme. Le moins inadapté est de tenter d'amadouer le « tortionnaire » en riant avec lui, en faisant comme si cela n'était qu'un jeu, et comme si parents et enfant étaient complices, en communauté de pensée sur le fait que tous deux jouent. Et lors du moment de prise en charge individuelle avec son éducatrice de référence, le principal jeu de Joël consiste à menacer. En même temps, il a tellement peur que l'éducatrice ne se transforme en monstre (et il est aussi tellement vide au niveau de ses capacités représentatives) qu'il est apparu nécessaire qu'une autre éducatrice participe à ce moment de soins.

17 En présence de ces deux adultes, Joël joue à tuer des personnages, les éducatrices, auxquelles il demande de l'attraper. Elles lui prennent les poignets, et il se met à les mordre avec un rire silencieux. Il dit alors qu'il a une bombe dans la tête. Lors des prises en charge suivantes, il redemande qu'on le tienne; mais ce qui pourrait être une occasion de sentir sa violence contenue, est transformé par Joël en une scène sexuelle violente. Il explique qu'il doit tuer tous les protagonistes pour ne pas leur faire l'amour. Et on apprend qu'en famille d'accueil, il a joué à faire l'amour avec une poupée, puis lui a arraché les bras et les jambes en disant : « c'est comme papa, comme maman ».

L'échec de la séduction primaire

18 Nos recherches montrent qu'une telle évolution était prévisible dès les premiers mois de la vie chez 90% des enfants violents qui nous ont été adressés. Ce qui nous paraît être caractéristique des relations précoces entre ces enfants et leurs parents, c'est *l'échec de la séduction primaire*, dont nous avons pu observer ou reconstruire qu'il se manifestait de deux façons (C. Rigaud, 2001) : La désignification de l'ensemble des signaux corporels : dès les premiers jours, le sujet a vécu une désignification des signes qu'il a adressés à l'autre, une déformation ou une annulation de leur sens. Ceci aboutit constamment à des troubles massifs de la représentation du corps et de son fonctionnement. De plus, l'accès à la symbolisation est difficile pour ces sujets qui n'ont pas pu faire l'expérience que leurs signes avaient un sens. 2) L'absence d'attirance pour le corps de l'enfant, que la mère ne trouvait pas séduisant, pas mignon. Elle n'avait aucun plaisir à s'occuper de lui, plus même, ce corps lui répugnait ou l'angoissait. Les travailleurs sociaux qui passaient à domicile, constataient que l'enfant était laissé de longs moments dans son berceau. Dans certains cas, il devait prendre très tôt son biberon seul, calé par un coussin, etc... En place de la séduction normale, le plus beau bébé du monde, l'enfant mal traité a vécu des sentiments de solitude intolérable et de terreur. À

défaut de s'être senti séduisant, il aura comme mode de contact l'agrippement violent, et parfois à l'adolescence, le sexuel brut, non intégré dans un mouvement de tendresse.

19 Le rapport de ces parents au corps de leur enfant est très particulier, comme s'ils en avaient une mauvaise perception dans ses caractéristiques physiques : la taille, le poids, la résistance à la pression, etc... La maman d'une petite fille n'avait par exemple aucune idée de la taille du récipient qu'elle devait utiliser pour baigner son bébé. Jusqu'à la sortie de la maternité, elle pensait la lâcher dans la baignoire pour adulte remplie d'eau. Quand la puéricultrice, inquiète, va ensuite la voir à domicile et lui demande si elle n'aurait pas quelque chose de plus adapté, elle sort du placard un plat à gratin qui est trop petit pour l'enfant. Certains de ces parents disent clairement avoir totalement oublié à certains moments qu'ils avaient un bébé. Les effets sur l'organisation psychosomatique de l'enfant sont considérables. Ces enfants ne peuvent prendre conscience des caractéristiques physiques de leur corps que lorsqu'ils constatent la trace *réelle* qu'ils laissent dans le corps de l'autre, l'empreinte laissée sur l'environnement qui va renseigner le sujet sur ses propres propriétés (« je ne pensais pas pouvoir taper aussi fort »).

20 Enfin la violence parentale a souvent été présente, mais pas obligatoirement.

21 Bien sûr, il y a du transgénérationnel dans la manière dont un parent ne peut pas accueillir son enfant, et dans l'impossibilité dans laquelle il se trouve de développer la moindre identification même corporelle avec son bébé. Les processus décrits habituellement dans la transmission transgénérationnelle peuvent être retrouvés, la séduction narcissique, l'identification aliénante, etc. Mais ce transgénérationnel présente trois caractéristiques.

1. L'aspect quantitatif, massif, de la pathologie interactionnelle prime sur le qualitatif;
2. Cet aspect donne une tonalité littérale aux affects. On n'est pas dans le déni, la mère dit littéralement : « tu me répugnes », et l'enfant dit littéralement : « c'est papa ».
3. Les parents ne nous livrent jamais les fragments minimum de réalité-vérité historique qui nous aideraient à comprendre. En effet, malgré notre longue expérience du travail familial, toute tentative de proposer aux parents de penser sur leur propre histoire les renvoie à des vécus si intolérables qu'ils nous signifient clairement qu'il ne faut pas aller plus loin sous peine d'arrêt des rencontres. Il faut souvent au moins un an et demi d'entretien avant qu'ils commencent à évoquer leur histoire, et encore seulement leur histoire avec leur enfant lorsqu'il était bébé. Ce n'est que plus tard que certains évoqueront un peu leur histoire personnelle.

22 Du fait de ces trois caractéristiques, nous ne disposons pas des conditions permettant de réaliser avec les parents un travail de mise en représentation des processus et des affects en jeu. Une séparation parents-enfant est alors indispensable, rapidement, et elle doit être suivie de rencontres soigneusement médiatisées et d'une hospitalisation et/ou d'un placement dans une famille d'accueil très étayée au niveau psychique. Malheureusement, le plus souvent, les professionnels concernés, travailleurs sociaux, juges des enfants, psychologues, pédopsychiatres, ne veulent ou ne savent pas mesurer la gravité de la situation, et mettre en place à temps cette séparation protectrice pour le psychisme du nourrisson. Il est alors difficile de soigner les enfants lorsque le sentiment de cruauté pathologique est constitué. Si l'on accepte de ne pas faire appel à des théorisations « bouche-trou », on est confronté à des processus psychiques dont nous ignorons jusqu'où ils sont mobilisables.

Quels dispositifs de soin ?

23 Nous avons constaté que si une psychothérapie effectuée d'emblée par un psychothérapeute, psychologue ou psychiatre, aide certains de ces enfants qui présentent ces troubles, beaucoup d'autres n'en tirent aucun bénéfice, même à un rythme pluri-hebdomadaire : ils n'ont pas atteint le niveau de capacité de symbolisation suffisant pour effectuer un travail psychothérapique, et le matériel qu'ils apportent est très pauvre ou très répétitif; ou les enfants fonctionnent de manière clivée, le thérapeute est satisfait des « productions » et du mode de pensée assez créatif de son jeune patient, mais il tombe de haut lorsqu'il apprend que ce dernier a des comportements très perturbés dans la réalité, dont il ne parle jamais lors des séances (fugues à répétition, violence, agressions sexuelles, refus du travail scolaire). Force est alors de constater que la psychothérapie s'est effectuée en « faux-self », l'enfant produisant pour le psychothérapeute le matériel qui, pense-t-il, lui plaira.

24 Il en est de même de la participation à un groupe thérapeutique. Efficace pour un certain nombre d'enfants violents, elle se révèle être un échec pour les enfants que nous recevons si elle est proposée d'emblée. Ainsi, Joël qui a subi le « jeu de la mort », était incapable de participer à la moindre activité groupale et d'en intégrer les règles. Dès qu'il était en présence de plus de deux personnes, il était débordé par l'excitation et n'écoutait plus rien. Il a d'abord été nécessaire qu'il acquière la capacité de créer un lien, pendant plusieurs mois de prise en charge individuelle. Puis il a fallu introduire une deuxième éducatrice pour atténuer l'intensité des projections hallucinatoires dont la première était l'objet. Mais le cadre n'était pas celui d'un psychodrame individuel tant les passages à l'acte « hallucinatoires » étaient encore fréquents. Ce n'est qu'au bout d'un an de soin qu'il a pu intégrer et bénéficier d'un groupe thérapeutique.

25 Ceci nous a amené à proposer des modes de prise en charge relativement « inhabituels », et il est probable que l'on peut en imaginer d'autres.

Le dispositif d'écoute individuel

26 Le dispositif d'écoute individuelle que nous utilisons est d'« essence » psychothérapique, tout en étant à la fois différent d'une psychothérapie et de l'écoute habituelle des éducateurs effectuant un travail « socio-éducatif ». La relation est autre que celle qui existe en psychothérapie, pour plusieurs raisons : la personne référente, éducatrice ou infirmière psychiatrique régulièrement supervisée, s'occupe presque quotidiennement de l'enfant lorsqu'il est en institution ou en hôpital de jour, jusqu'à cinq fois par semaine, fréquence qui la rend signifiante aux yeux de ce dernier; alors qu'un psychothérapeute qui ne reçoit un tel enfant qu'une fois par semaine, fait-il toujours partie de son monde psychique ? La personne référente est au courant des événements de la vie de l'enfant, elle y joue un rôle éducatif, participe à des moments de repas, à des échanges avec l'école, est au courant de son comportement et de la manière dont se déroulent les rencontres avec les parents, et peut poser des questions directes à propos de ces événements, si nécessaire. En résumé, c'est une personne qui a la préoccupation constante de l'enfant. Ce travail se déroule dans le cadre d'un lien régulier, dans un lieu réservé à ce moment, et c'est un travail de pensée sur le lien quotidien; il fera contrepoids à la position nostalgique de l'enfant à l'égard de ses parents (ni

deuil ni dépression), qui peut mettre en échec une psychothérapie. La constitution d'un tel lien est indispensable car aucun enfant ne peut aborder la confrontation avec des imagos parentales terrifiantes s'il n'a pu au préalable se constituer une solide « ceinture de sécurité » affective.

Les buts de l'écoute

27- *Le premier but de cette écoute est de permettre à l'enfant de s'engager pour la première fois de son existence dans une relation able, résistante, attentive, avec une personne adulte. La personne de référence devient un « objet-cadre » (D. Flagey, 1986), qui est là quand il en a besoin, qui peut écouter les pensées de l'enfant au moment où elles lui viennent à l'esprit, alors qu'il peut lui être impossible de les réévoquer plus tard au jour et à l'heure de la psychothérapie. Le jeu avec une telle personne a une valeur particulière. D'une manière générale, les enfants dont nous parlons ici ne parviennent pas à se faire une représentation de leur mère, qui était étrange, étrangère, mosaïque, partielle, avec souvent de brusques changements d'attitude. Dans le jeu en prise en charge, l'éducatrice, l'enfant, et les personnages, poupées ou figurines, changent tout en restant identiques, dans la continuité; alors que ces enfants n'ont pas bénéficié d'un parent qui changeait en restant identique. Paradoxe qui n'est pas des moindres, c'est en dissociant de la personne la fonction maternelle exprimée ici par la préoccupation et le jeu, que l'éducatrice souligne qu'il existe une « non-mère », c'est-à-dire une mère sans caractéristiques maternelles, jusqu'ici non représentable par l'enfant (J. C. Rolland). C'est nous qui créons la mère. L'éducatrice est une « mère » dans le cadre et le jeu, et l'enfant se rend compte alors qu'elle n'est pas sa mère. Et quand dans ce cadre, Joël parvient à dire qu'il aimerait retourner chez sa mère, ceci est traité d'abord comme un fantasme, et comme la prise de conscience du manque de mère adéquate. Nous lui demandons : «qu'est-ce qui te manque par rapport à ta mère ? » Ou «que lui dirais-tu si tu étais avec elle ? » Et il ne peut rien dire. Alors que dans le dispositif de protection de l'enfance, les intervenants éducatifs et sociaux répondent souvent dans la réalité, sans faire confiance à leur pensée ou à celle de l'enfant. Un autre objectif est de permettre ce qui va l'autoriser à s'approprier ses sentiments au lieu de se sentir débordé par des « flux » d'émotion dont il ne distingue pas s'ils viennent de lui ou de l'extérieur. C'est dans ce cadre que l'enfant va accepter très progressivement de penser à sa souffrance. En effet, les éducatrices référentes ont constaté que ces enfants ne restent jamais dans la souffrance, ils font tout pour s'en défendre grâce à des procédés particulièrement hermétiques et qui traduisent un « art » avancé du camouflage : carapace d'indifférence, agressivité, sourire permanent derrière lequel peut exister un grand vide, de la colère, une incompréhension des situations, etc.*

Un troisième but est d'aider l'enfant à modifier la représentation qu'il a de ses parents, de manière à ce qu'il soit moins envahi par des images parentales trop angoissantes pour lui. Sinon il ne peut jamais se sentir bien, que ce soit en leur présence ou en leur absence. C'est là que se situe le pivot essentiel de l'évolution psychique d'un enfant soumis à des parents très inadéquats. Ce travail ne porte pas seulement sur la représentation que l'enfant a de ses parents, mais aussi sur la représentation du lien qu'il a avec eux. On constate que l'objectif n'est pas d'amener l'enfant à renoncer à l'image idéale qu'il a de ses parents, ni de renoncer à les changer ou à les soigner. Le but est que l'enfant parvienne à différencier son fonctionnement psychique de celui de ses parents, parce qu'il devient alors sujet de son histoire. Un tel changement ne peut se produire que de manière très progressive.

Le travail d'écoute

28 Cet accompagnement nécessite que le référent accepte de « plonger », c'est-à-dire de ressentir en lui les affects que l'enfant lui fait vivre, et qu'il a ressentis ou subis lui-même auparavant dans sa famille sans pouvoir les identifier : confusion, excitation, plaisir voyeuriste, érotisation, sentiment d'être sous emprise, ou abandonné, solitude, terreur, désir de meurtre, avec une intensité parfois extrême. Avoir de l'intérêt pour ce que l'enfant montre dans le jeu ne suffit, pas, il faut jouer réellement avec lui. Et quelque chose doit se passer dans le vrai, ce qui effraye beaucoup de professionnels.

29 L'adulte doit accompagner l'enfant dans ses mouvements affectifs, en tentant de ne pas se défendre des affects exprimés par ce dernier. Au contraire, il doit poursuivre le mouvement affectif de l'enfant s'il le pense souhaitable. Ainsi un enfant met en scène un scénario meurtrier. L'éducatrice référente souligne que tout est effectivement détruit, sans crainte phobique d'accompagner l'enfant au bout de son mouvement.

30 L'adulte accepte la gravité de ce que l'enfant lui dit sur son état interne, *sans chercher à le « réparer » ou à le consoler*. Il est nécessaire que l'enfant puisse vivre des moments de désespoir, ou de sensation que tout est informe, etc., mais en étant *accompagné*, ce qui est une différence fondamentale par rapport à ce qu'il a vécu auparavant. En prenant cette position de *témoin*, au sens fort du terme, l'adulte permet à l'enfant de ne plus être dans l'éprouvé solitaire, mais d'être dans l'éprouvé partagé. Ce n'est pas seulement la terreur ou l'absence totale d'espoir qui définit la détresse, mais aussi la solitude, le sentiment de se sentir sorti de l'humanité (R. Roussillon).

31 Arriver jusqu'à permettre à l'enfant de jouer avec ses pensées est un progrès considérable. Citons Suzanne, neuf ans, qui déclare : « je voudrais tuer ma mère ». Quelques séances plus tard, elle change l'histoire et imagine pendant trois semaines le scénario suivant : sa mère est dans le coma, et elle hésite énormément pour choisir si sa mère va mourir ou vivre. *L'infirmière référente lui propose d'imaginer les deux*, c'est-à-dire de traiter cela comme un fantasme alors que Suzanne est tendue comme s'il y avait un enjeu vital à son récit, et l'enfant accepte. Dans son premier choix, sa mère meurt parce qu'elle a les poumons malades et parce que ses enfants se vengent d'elle; son décès ne les empêche pas de grandir par la suite. Dans le deuxième choix, la mère survit et Suzanne se demande si elle pourra retourner chez sa mère. Peut-être à dix-huit ans ? L'enjeu, pour cette fillette extrêmement sensible à la rupture, est ici de savoir si on peut rétablir un lien, une continuité. Cette enfant a quitté le registre de l'hallucination puisqu'elle peut maintenant jouer avec ses idées.

Les enveloppements

32 Enfin dans certaines situations extrêmes, des enveloppements « secs » peuvent se révéler nécessaires dans un premier temps. Leur but n'est pas que le sujet se sente moins morcelé, comme c'est le cas pour les enfants autistes, mais qu'il vive, contenu, les émotions, sensations et bribes de pensées terrifiantes qu'il chasse par l'acte cruel. La description de ce processus de soin nécessiterait un long détour.

33 Quel que soit le dispositif thérapeutique, les soignants seront soumis à des identifications corporelles et émotionnelles très primaires et fatigantes, et ceci pendant de très nombreux

mois. Il est donc indispensable qu'une écoute des écoutants soit mise en place pour les aider à contenir ce qu'ils vont éprouver.

Extrait de : REVUE CAHIERS DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE

- **Notes cliniques sur la cruauté pathologique de l'enfant**
- **Maurice Berger, Alain Ferrant**
- Dans **Cahiers de psychologie clinique 2004/1 (n° 22)**, pages 125 à 139