



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE NANCY II – LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE
GROUPE DE RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTE (E.A.n°2337)

THESE
(nouveau régime)

pour obtenir le grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITE NANCY II
Discipline : PSYCHOLOGIE
Mention : Psychologie clinique et pathologique

Année 2002
Philippe CLAUDON

L'INSTABILITÉ PSYCHOMOTRICE INFANTILE
Approche psychodynamique comparative
par une méthodologie projective

Directeur
M. le Professeur Claude de TYCHEY, Université Nancy 2

Jury
M. le Professeur Jean-Marie GAUTHIER, Université de Liège (Belgique)
M. Pascal ROMAN, Maître de conférences – H.D.R., Université Lyon 2
M. le Professeur Claude de TYCHEY, Université Nancy 2
Mme le Professeur Colette VIDAILHET, Université Nancy 1

MES REMERCIEMENTS CHALEUREUX

Aux enfants et aux parents que
j'ai rencontrés. À ma famille.
A tous mes ami(e)s qui ont
soutenu mon investissement.

Particulièrement au Professeur Claude
de Tyche. Aux membres du jury pour
l'attention qu'ils ont porté à ce travail.

MADAME ET MESSIEURS LES MEMBRES DU JURY

- M. Jean-Marie GAUTHIER est psychanalyste, pédopsychiatre et professeur de psychologie clinique, Université de Liège (Belgique)
- M. Pascal ROMAN est psychologue clinicien et maître de conférences en psychologie clinique – H.D.R. – qualifié PR, Université Lyon II (France)
- M. Claude de TYCHEY est psychologue clinicien et professeur de psychologie clinique, Université Nancy II (France)
- Mme Colette VIDAILHET est professeur de pédopsychiatrie, Université Nancy I (France)

PLAN

INTRODUCTION. Présentation et justification du choix de la problématique.

1. Présentation de l'objet d'étude (p.7).
2. Réflexions épistémologiques sur les conceptions "française" et "anglo-saxonne" (p.10).
3. Positionnements personnel et scientifique dans la recherche (p.12).

Première partie. CADRES DE RÉFÉRENCES THÉORIQUES.

Chapitre 1. Déterminants relationnels précoces de l'instabilité dans la dyade primaire.

1.1. Altérations précoces des potentiels organisateurs d'une enveloppe somato-psychique infantile.

- 1.1.1. La dépression maternelle et les enveloppes psychiques (p.17).
 - ♦ *La dépression maternelle sur le corps de l'enfant* (p.18).
 - ♦ *Sensations corporelles, enveloppes psychiques, enveloppe somato-psychique* (p.23).
- 1.1.2. De l'enveloppe somato-psychique du mouvement aux images motrices (p.26).
 - ♦ *Représentants psychiques du mouvement* (p.26).
 - ♦ *Une image motrice dynamique* (p.28).

1.2. Le processus de symbolisation dans l'agir de l'instabilité.

- 1.2.1. Une représentation d'action spécifique comme structure psychodynamique de l'instabilité (p.30).
 - ♦ *La Représentation Corporelle d'Action pour "penser" le mouvement* (p.31).
 - ♦ *Destins des affects de déplaisir* (p.34).
- 1.2.2. La représentation corporelle d'action comme faille de symbolisation (p.36).
 - ♦ *La symbolisation dans l'agir instable* (p.36).
 - ♦ *L'agir comme ancrage aux sensations corporelles* (p.38).

Chapitre 2. Déterminants relationnels moins précoces de l'instabilité altérant les relations d'objet.

2.1. Organisations précœdipiennes et relation d'objet anale.

- 2.1.1. Réflexions cliniques et psychodynamiques sur la phase anale de la libido (p.42).
- 2.1.2. Fixations précœdipiennes et significations "perverses" de l'instabilité (p.44).

2.2. Les valeurs relationnelles de l'instabilité : une pathologie de l'individuation identitaire.

- 2.2.1. Le statut d'objet pour l'enfant : constitution d'un lien de dépendance (p.47).
- 2.2.2. Expériences de la pulsion anale brute dans les instabilités (p.53).
- 2.2.3. Vécus et genèse d'une angoisse anaclitique : la mère entre ses parents et son enfant (p.57).
- 2.2.4. Autres types de difficulté intergénérationnelle : mère et enfant seuls (p.61).
 - ♦ *Altération des pare-excitations au cours du développement psychomoteur* (p.63).
 - ♦ *L'agir comme interface soi/monde ou contenant narcissique* (p.65).

Deuxième partie. CADRES MÉTHODOLOGIQUES.

Chapitre 3. Échantillons d'étude.

3.1. Deux groupes d'étude (p.74).

Enfants instables, parents d'enfants instables.

3.2. Trois groupes témoins pour une démarche comparative (p.75).

Chapitre 4. Techniques et outils utilisés.

4.1. Technique d'entretien avec les parents et comptes-rendus d'entretien (p.77).

4.2. Grille d'investigation clinique de l'instabilité (p.78).

Outil construit pour la recherche.

4.3. Deux épreuves projectives avec l'enfant (p.79).

Les Contes, le Rorschach.

4.4. Deux échelles d'observation de l'enfant (p.81).

D'hyperactivité, d'anxiété.

4.5. Outils statistiques et traitement des données (p.82).

Informations descriptives des groupes constitués (p.83).

Chapitre 5. Hypothèses de travail.

Hypothèses et indicateurs d'opérationnalisation (p.84).

Troisième partie. ANALYSES DES DONNÉES CLINIQUES.

Chapitre 6. Examen des hypothèses et discussions.

6.1. Analyses des données pour chaque hypothèse (p.106).

6.2. Discussions sur l'instabilité (p.125).

6.3. Vignette illustrative d'un cas clinique (p.132).

CONCLUSIONS de la recherche.

1. Résultats de la recherche (p.145).

2. Aspects théoriques et méthodologiques (p.148).

3. Aspects cliniques et thérapeutiques (p.155).

BIBLIOGRAPHIE (p.163). Deux cent une références.

OBSERVATIONS CLINIQUES : Nathan (p.33), Geoffrey (p.33), Laurent (p.35), Nicolas (p.51), Julie (p.52), Jeremy (p.52), Pierre (p.54), Alexandre (p.58), Coralie (p.65), Maxime (p.69).

TABLEAUX DE DONNEES.

Tableaux de données des Contes :

1–Poussin (p.93).	6–Fourmi (p.97).	11–Cerfs (p.102).
2–Renards (p.94).	7–Ourson (p.98).	12–Cadeau (p.102).
3–Chevreaux (p.94).	8–Terre et eau (p.99).	13–Métamorphoses (p.103).
4–Tom (p.95).	9–Poulain (p.100).	
5–Oisillon (p.96).	10–Course (p.101).	

Tableau A. Choix de la planche mouvement au Rorschach (p.104).

Tableau B. Echelle CONNERS d’hyperactivité (p.104).

Tableau C. Echelle R-CMAS d’anxiété (p.104).

Tableau D. Indices du psychogramme Rorschach (p.105).

ANNEXES (second volume séparé).
--

- A— Grille originale d’investigation clinique de l’instabilité (suivie de la démarche d’élaboration de la grille) (p.2).
- B— Contenus latents visés par les thèmes de la grille (p.8).
- C— Protocoles des Contes des enfants instables (précédés des textes des contes [p.10-15] et des 13 tableaux de données brutes [p.16-26]) (p.10).
- D— Protocoles de Rorschach des enfants instables (précédés des tableaux A et D) (p.69).
- E— Comptes-rendus d’entretiens, issus de la grille d’investigation de parents d’enfants instables (p.93).
- F— Données de l’échelle de Connors des enfants instables (texte de l’échelle et tableau B) (p.139).
- G— Données de l’échelle d’anxiété des enfants instables (texte de l’échelle et tableau C) (p.142).
- H— Protocoles Rorschach des enfants du groupe témoin (p.145).
- I— Comptes-rendus d’entretiens, issus de la grille d’investigation de parents du groupe témoin (p.158).

INTRODUCTION

**Présentation et justification du choix
de la problématique**

1. Présentation de l'objet d'étude.

Le psychologue clinicien de pédopsychiatrie est fréquemment confronté à des familles et des enfants qui lui présentent une multitude de questionnements, aussi nombreux que variés. À l'origine de ces rencontres patients-professionnel, il existe un motif des plus fréquents référé à "l'hyperactivité de l'enfant" ou à "l'instabilité psychomotrice infantile". Il s'agit selon B. Golse d'un « *véritable problème de santé publique* » (1996, p.422). Un ensemble de signes dérange les parents qui mettent en avant : inattentions, instabilités motrices, impulsivités, agitations, troubles émotionnels et des habitus sociaux, des apprentissages. L'intolérance du milieu par rapport à ces symptômes serait la condition première de la consultation (Zanotti, 1998). L'entrée au cours préparatoire vient révéler, en l'amplifiant, toute la désorganisation à laquelle sont soumis l'enfant et la famille, l'intégration au groupe fonctionnel obligatoire de l'école agissant comme un révélateur de difficultés relationnelles infantiles importantes (Mille, 1993). Le plus souvent, l'enfant désigné a entre cinq et dix ans (Mazet, 1996) et l'instabilité vient troubler ses relations à son environnement et celles que l'environnement voudrait entretenir avec lui. Les statistiques françaises font état de 4% d'enfants d'âge scolaire (Duché, 1996), il s'agit de garçons dans 75 à 85% des cas (Mouren-Siméoni et coll., 1997a,b).

La question de la prévalence mérite en soi des recherches car l'augmentation importante de l'hyperactivité ces dernières années peut être discutée : aucune donnée n'explique cette augmentation (Fournier, 1997) ; elle serait plus apparente que réelle (Barkley, 1981, 1997) ; on ne peut pas prouver que des conditions de vie influencent le symptôme (Marcelli, 1996) ; aucune donnée n'explique une fonction adaptative du trouble face aux mutations techniques et sociales de notre société (Shelley-Tremblay et coll., 1996). Cependant, la demande est bien réelle en service de pédopsychiatrie et la mise en avant de l'agir comportemental infantile, domaine peu étudié en psychopathologie, incite à mener des études. Les défauts dans les apprentissages scolaires sont importants chez ces enfants (Bouvard, 1996 ; Mouren-Siméoni et Touzin, 2000), inhérents aux symptômes et souvent conséquences d'une personnalité fragile qui ne peut se projeter dans les investissements intellectuels. La superposition des troubles scolaires et hyperactifs va jusqu'à 92% des cas selon les études (Biederman et coll., 1991a) ; cela se situe *a priori* dans le vaste champ des dysharmonies de développement, avec une altération de l'usage de la motricité jusqu'à celui des représentations mentales ; la temporalité,

l'espace et le contrôle corporel n'échappent pas à la pathologie. Actuellement, Ph. Mazet (1996), B. Golse (1996) et M. Berger (1999) donnent une tendance des auteurs français qui évoquent l'instabilité psychomotrice infantile plutôt que l'hyperactivité et trouble de l'attention qui renvoie au TDA/H (trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité ; DSM 4, A.P.A., 1994).

Délimitations cliniques de l'objet d'étude.

D'après J. Corraze et J.-M. Albaret (1996, p.89 ; citant Werry), un tiers des mères pense que le début des difficultés se situe à la fin de la première année de vie. Les ensembles symptomatiques relevés à cette période ne sont pas spécifiques (cris fréquents, moins grande fréquence des sourires, ...) et pourraient s'inscrire dans d'autres difficultés du bébé. À l'inverse, les signes spécifiques sont repérés à l'approche de trois ans. Le tableau clinique doit être distingué des manifestations instables banales de l'enfant jeune de deux à trois ans qui s'insèrent dans le développement de la motricité tonique globale. D.-J. Duché (1996) insiste sur l'existence d'une part de l'instabilité psychique qui altère l'attention et génère de l'impulsivité, et d'autre part de l'instabilité motrice avec ou sans immaturité motrice qui altère les relations de l'enfant au monde. On peut distinguer quatre domaines où apparaissent des signes pathologiques :

- **Instabilité motrice.** Elle apparaît sous forme d'agitation importante, voire permanente pour certains cas, parfois plutôt désordonnée ou inadaptée que réellement excessive ; elle ne permet pas à l'enfant de s'organiser vers un but précis. On lui associe des qualificatifs comme remuant, bruyant, explosif, envahissant (il y a une atteinte des limites de l'espace physique et psychique d'autrui). Elle parasite les activités, les actions constructives, et elle altère la qualité du contact de l'enfant au monde externe (objets ou relations). Une mère nous disait de son fils "c'est un pétard". L'enfant manipule beaucoup les objets, il les touche sans raison motivée apparente, comme s'il les explorait mais sans jamais rien en dire.
- **Instabilité psychique et trouble de l'attention.** L'enfant est impulsif, passant d'une activité à une autre ou d'une idée à une autre. Il y a une faible aptitude à anticiper, à gérer les situations, à s'autonomiser et se responsabiliser, et nous avons remarqué que l'enfant ne se projette presque jamais dans l'avenir, l'incertitude est comme activement évincée de la pensée. Les difficultés de concentration dans les tâches cognitives donnent un profil d'enfant rêveur, fainéant, distractible, impulsif. Le passage à l'acte paraît souvent "court-circuiter" la pensée et les règles sont difficilement

respectées. Les capacités d'autocontrôle sont faibles, l'agir domine. La concentration est trop soumise aux motivations internes de l'enfant.

- **Troubles émotionnels.** L'émergence d'affect paraît déstabiliser l'enfant. Il y a souvent une faible tolérance à la frustration montrant aussi une sorte de règle ou de loi personnelle exigeante. L'opposition est fréquente dans les relations et induit facilement des désaccords avec l'adulte (un parent ou un éducateur). L'enfant préfère beaucoup plus les situations duelles, en particulier avec un adulte, plutôt que les contextes naturels de groupe (école, copains de quartier) ; cela participe à renforcer l'allure d'immaturité affective. Il y a une angoisse généralement diffuse en entretien clinique, qui peut être masquée par l'agitation ; la crainte de l'autre ou celle de perte d'un objet aimé apparaissent fréquemment à l'entretien.

- **Troubles relationnels et des apprentissages.** On constate des difficultés dans le rapport aux personnes et à soi-même. Les apprentissages scolaires fondamentaux ne sont pas bien investis et sont dépendants de l'opposition, de l'humeur de l'enfant, le risque d'échec scolaire et de retard dans les acquisitions est parfois grand. Les difficultés surgissent surtout dans l'apprentissage du langage écrit, le langage oral est aussi souvent faiblement investi. Si l'on peut voir s'infiltrer des tendances agressives au travers des agirs, il semble qu'il y ait rarement une volonté de nuire rappelant une dynamique sadique. La relation interpersonnelle nécessite beaucoup de "réglages" de la part de l'autre. Les avatars relationnels sont nombreux et souvent décrits comme incompréhensibles par les parents qui voient leur fonction éducative mise en déroute. Au plan individuel, une difficulté importante réside dans les failles d'expression de l'imaginaire et, partant, de l'acte de jouer (on situera ici des difficultés importantes à dessiner, inventer le jeu et ses scénarios, à parler avec l'autre pour développer des images et fantasmatisations, etc.).

Le tableau clinique tel qu'il vient d'être présenté est général, chaque cas clinique va présenter une formule singulière de ces signes, mettant plus en évidence un aspect ou un autre. Ces quatre grandes séries permettent en fait de délimiter à quel type d'enfant le clinicien a affaire, elles renvoient au diagnostic d'instabilité psychomotrice infantile. Les enfants présentant ces critères s'inscrivent dans l'instabilité dite "entité clinique" (dans la perspective de M. Berger, 1999, en particulier pp.25, 138) qui dépasse une instabilité "symptôme" et constitue un ensemble de difficultés assez spécifiques touchant plusieurs niveaux de fonctionnement psychologique de l'enfant ; la distinction clinique entre ces deux types est fondamentale car elle permet de distinguer le groupe d'enfants qui constitue l'objet d'étude. **L'entité de l'instabilité psychique et motrice ne constitue pas un symptôme isolé d'une difficulté psychique aisément repérable, il ne s'agit pas d'une difficulté psychomotrice que l'on**

rencontre dans d'autres pathologies infantiles d'ordre structurel ou réactionnel. Par contre, l'instabilité symptomatique serait l'agitation qui apparaît dans des organisations psychiques diverses, symptôme réactionnel (par exemple les formes ponctuelles névrotiques ou post-traumatiques) ou associé (par exemple dans la psychose infantile précoce). En outre, l'instabilité comme entité accepte une étiopathogénie multifactorielle, et surtout elle renverrait à une organisation psychique particulière (Berger, *ibid.*). Cette pathologie se situerait dans le champ des états limites de l'enfance (au sens de R. Misès, 1990).

2. Réflexions épistémologiques à propos des conceptions "française" et "anglo-saxonne".

Il apparaît que parler de trouble de l'attention/hyperactivité c'est implicitement proposer une étiopathogénie spécifique appelant l'action de psychostimulants. L'action chimiothérapique concerne le noyau central du TDA/H, un déficit d'attention qui est supposé être sous-tendu par des mécanismes neurobiologiques (Baving et coll., 1999). Dans les années soixante et soixante-dix, la notion de MBD (Minimal Brain Damage puis M. B. Dysfunction) était centrale (Lang et Bergès, 1975 ; Flavigny, 1988 ; Thomas et Willems, 1997). Selon C. Mille (1993), la référence étiologique au MBD est encore utilisée par les cliniciens qui se fondent exclusivement sur les travaux américains, ces travaux déjà anciens étant critiquables sur le plan méthodologique. L'idée d'une "vulnérabilité" du système nerveux central est défendue aujourd'hui par des travaux en génétique, en neurophysiologie et en neuropsychologie (Fournier, 1997).

Il y a nécessité de mener des recherches cliniques psychodynamiques car beaucoup de choses restent peu expliquées quelle que soit l'approche théorique envisagée. D. Marcelli (1999) dénonce un abus scientifique qui a conduit à une corrélation linéaire entre troubles moteurs, lésions encéphaliques et hyperactivité de l'enfant : « *Par une série de glissement et d'assimilations subtiles et progressives, on est passé de la description d'un comportement séquellaire d'encéphalite (encéphalite de Von Economo, 1917) à une suspicion possible de lésions cérébrales minimes, puis de la lésion on est passé au désordre cérébral mineur, pour aboutir au syndrome hyperkinétique (du DSM 2)* » (p.88). Le travail de G. Micouin et J.-C. Boucris (1988) présente un historique détaillé des concepts d'instabilité et d'hyperkinésie ouvrant sur une critique épistémologique de la position anglo-saxonne. Les auteurs montrent

que les troubles “psychomoteurs” avaient été individualisés par opposition aux troubles “moteurs” (inscrit dans la neurologie). Pourtant, il y a à nouveau une assimilation de par l’usage unique du terme d’hyperkinésie ou hyperactivité dont l’étymologie donne “trop moteur” et ne marque que l’aspect moteur. Le terme d’instabilité psychomotrice infantile conserve l’intérêt de signifier l’importance de l’affectivité et de la relation au cours du développement du sujet. Mais en regard de l’approche psychopathologique psychodynamique, les approches neurobiologiques et neurophysiologiques sont actuellement dominantes. L’ouvrage de J. Thomas et G. Willems (1997) présente une documentation riche des travaux sur le TDA/H des points de vue biologique et neurocognitif¹. Les recherches neurobiologiques et neurophysiologiques sur l’hyperactivité sont dominantes chez les auteurs nord-américains, elles tentent de préciser le rôle des dispositions et facteurs causaux somatiques dans l’hyperactivité (Cole, 1975 ; Abikoff et coll., 1985 ; Sandberg, 1996 ; Taylor et coll., 1998 ; Baving et coll., 1999 ; Weller et coll., 1999 ; Hoagwood et coll., 2000). Une étude nord-américaine assez récente (Baving et coll., 1999) posait à nouveau avec force le poids du facteur neurologique unique dans l’étiopathogénie de l’hyperactivité : chez l’enfant hyperactif jeune (de niveau préscolaire et élémentaire), l’activité cérébrale du lobe frontal présenterait une activation atypique que les auteurs mettent en lien direct avec le syndrome hyperactif et inattentif. De manière générale, les préoccupations des chercheurs se portent essentiellement sur une pathologie cérébrale (région corticale préfrontale et région sous-corticale du noyau caudé ; Foster et coll., 1994 ; Leclercq, 1999) et une altération du système dopaminergique (Vallée, 1999). Il apparaît que le MBD voudrait rendre compte d’un grand nombre d’hyperactivités en reliant directement le comportement à une hypothétique défaillance cérébrale². Ce point de vue unique sur le sujet (et *a fortiori* un sujet en développement) méconnaît l’importance et la complexité des phénomènes psychiques qui sous-tendent un système d’attitude et de comportement (B. Golse dénonce « *un évident renoncement à l’approche psychopathologique du problème* », 1996, p.424). La comorbidité clinique montre que l’enfant se trouve dans une situation psychopathologique qu’on ne peut pas négliger, avec des traits dépressifs, de l’anxiété, des signes d’immaturité et des complications caractérielles (Biederman et coll., 1991a, 1991b, 1996 ; Mouren-Siméoni et coll., 1997a ; Raynaud, 1999 ; Marcelli, 1999 ; Adrian, 2001).

1. Voir en particulier les chapitres 4 à 7 (p.11-158). Voir aussi le numéro spécial de *A.N.A.E.*, 1999, n°53-54.

2. « *L’action médicamenteuse me fait penser par ailleurs que l’étiologie du syndrome relève d’un dysfonctionnement de l’encéphale – étant entendu que je n’entends pas par-là un dérèglement lésionnel* » (Dopchié, 1975, p.690). B. Welniarz (2000) montre justement que dès le début des travaux de Bradley en 1937 aux Etats-Unis, la double erreur a été de considérer le succès thérapeutique comme une preuve de l’organogenèse (par principe de similitude avec le traitement des séquelles d’encéphalite) et de se focaliser sur les effets chimiothérapiques sans tenir compte des autres soins.

Par ailleurs, de plus en plus de travaux (Barkley, 1997 ; Fourneret, 1997, 1999, 2001) dans une approche de neuropsychologie cognitive soutiennent les arguments posés « *au niveau neurophysiologique (potentiels évoqués “cognitifs”) et neuroanatomique (exploration du métabolisme cérébral)* » (Fourneret, 1999, p.108). Les préoccupations de recherche représentent toutefois une évolution plus positive dans la mesure où l'étiopathogénie n'est plus recherchée uniquement au niveau de l'organe cérébral et se porte sur un l'ensemble plus complexe qu'est la cognition (Sonuga-Barke, 1992 ; Carte et coll., 1996 ; Barkley, *ibid.* ; Fourneret, *ibid.*). L'intérêt de cette approche est qu'elle ne préjuge pas du sens et de la valeur psychique des symptômes psycho-comportementaux même si elle prétend rendre compte de leur production en termes de corrélations cognitivo-cliniques. L'axe central de recherche explique le TDA/H comme un défaut des fonctions exécutives et plus précisément un défaut des fonctions inhibitrices (Barkley, *ibid.*) ou encore un défaut de planification-organisation de l'action et de contrôle-régulation de l'action (Fourneret, *ibid.*).

Enfin, il existe un axe de recherche situant l'étiopathogénie dans le registre génétique (Cantwell, 1978, 1996 ; Biederman et coll., 1990). M. Berger (1999, p.13) prend une position critique à l'égard de cette approche en énonçant que « *certaines travaux qui tendent à la prouver souffrent de biais importants, ce qui montre qu'ils ont été faits dans une optique idéologique* ». Les études génétiques s'intéressent souvent aux gènes codant des protéines pour le système dopaminergique (Vallée, 1999 ; Morel, 1999).

3. Positionnements personnel et scientifique dans la recherche.

De l'analyse historique et psychopathologique du concept d'instabilité proposée par F. Joly (1996), il ressort nettement qu'il s'agit pour l'enfant d'une difficulté de structuration psychique profonde. M. Berger (1999) a introduit son ouvrage sur l'enfant instable en évoquant l'idée de pathologie du mouvement. La question concerne le geste, entendu comme réalisation d'une motivation ou d'un instinct, inséparable du sujet qui le produit. Le mouvement pathologique chez l'enfant a été peu étudié jusqu'à aujourd'hui, même en France. M. Berger (*ibid.*) en donne deux raisons majeures. D'abord, les sujets ne se plaignent pas directement. Dans le cas de l'instabilité psychomotrice, c'est l'entourage qui désigne l'enfant et souvent ce sont les difficultés scolaires qui motivent cette démarche. L'agir appartient au corps de l'enfant et ne le dérange pas *a priori*. Ensuite, le mouvement ne s'accompagne pas

facilement de mots, « *le muscle est le mal aimé de la psychanalyse* » (W. Reich, cité par M. Berger, *ibid.*, p.5)³.

En outre, le geste, par essence développemental chez l'enfant, participe à l'évolution du sujet. Il est difficile de reconnaître quel geste ou ce qui en lui est pathologique et ne l'est pas : « *l'enfant nous confronte sans cesse et inévitablement à la question du corporel* » (Gauthier, 1999a, p.119). Les travaux de J.-M. Gauthier (1993 ; 1999a,b,c) et de M. Berger (*ibid.*) nous semblent être des voies ouvertes pour théoriser le développement de l'enfant à partir d'observations précises puisées dans la pratique clinique. J.-M. Gauthier (*ibid.*) pose comme un des enjeux actuels la révision des épistémologies de la médecine et de la psychanalyse pour penser le corps dans ses rapports avec la psyché, la psychologie clinique s'inscrit dans ce débat. **La question passionnante est alors celle de penser les pathologies du développement et en ce sens l'instabilité psychomotrice infantile semble être un point d'ancrage théorico-clinique pertinent.** Parler d'une pathologie du mouvement, c'est déjà se poser la question fondamentale du lien psyché-soma. C'est également, en prenant en compte la dimension ontogénétique, se poser la question de l'influence des interactions entre l'enfant et ses parents, autrement dit de l'impact de la problématique parentale sur l'organisation du psychisme de l'enfant et des effets des échanges mère-enfant *via* le(s) corps. Ainsi, comme l'appareil psychique s'élabore en partie au travers du développement du soma, on est amené à réfléchir aux liens pouvant s'établir, lors du développement d'un enfant, entre d'un côté les objets somatiques et psychiques infantiles, et de l'autre les mêmes objets parentaux (en particulier l'objet primaire, principalement la mère). Les mots clés sont alors *motricité (corporelle)*, *développement (infantile)* et *relation (à l'autre)*. La pathologie du mouvement dans l'instabilité infantile semble se situer au croisement de ces trois grandes notions et son étude apparaît comme un moyen pour penser le corps chez l'enfant en développement.

L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre comment l'agir infantile qui est par nature essentiel et développemental deviendrait pathologique et se fixerait dans un tableau de développement dysharmonique de la personnalité. Le travail consiste à décrire au mieux les fonctionnements de l'enfant instable. Nous pensons que les expériences motrices de l'enfant participent au développement de la pensée et aussi qu'elles peuvent la contraindre à utiliser certaines formes selon le tissu relationnel dont le corps de l'enfant est l'objet, notamment observables dans le cas des pathologies du mouvement. L'idée générale de départ est que l'instabilité psychomotrice de l'enfant (IPM⁴) constituerait une difficulté de développement

3. Le corpus théorique de la psychanalyse ne suffirait pas pour étudier le corps.

4. Nous utiliserons parfois l'abréviation IPM pour le long terme d'instabilité psychomotrice infantile.

s'inscrivant aux plans psychomoteur et relationnel ; elle concerne le développement des espaces propres de l'enfant ; la psychomotricité fait le lieu du symptôme et met en exergue l'autonomisation du sujet et son identité. Il s'agit donc d'un contexte de pathologie de l'individuation. De quelle façon le corps de l'enfant en évolution serait impliqué, pourquoi le canal moteur est privilégié ? Quels rapports peuvent exister entre l'action (sensations) et la pensée (images de soi, de l'autre) ? Quelle souffrance traverse un parent qui ne supporte plus les gestes de son enfant ?

Enfin, et sur un plan plus personnel, il semble que la question de "l'agir" nous intéresse particulièrement. Nous pensons qu'il existe des fondements subjectifs aux choix et points de vue de l'étudiant chercheur. Nous avons essayé de prendre en compte cette dimension d'implication personnelle car il est impossible de ne pas lui accorder de valeur, qu'elle soit force de facilitation ou de limitation. Notre recherche est liée à la pratique clinique d'un service de pédopsychiatrie où nous travaillons comme psychologue clinicien et à une motivation pour éclairer les troubles du développement.

Il apparaît que réfléchir à une pathologie mettant en jeu les niveaux corporel et psychomoteur dans une approche psychodynamique n'est pas une entreprise aisée mais la recherche en psychologie clinique peut apporter des éléments de réponse pour éclairer cette pathologie qui n'est nullement explicable par un modèle biologique unique. Nous allons privilégier d'une part une approche psychogénétique éclairant le développement de l'enfant et de ses relations d'objet, et d'autre part la méthode projective permettant la validation d'hypothèses psychodynamiques.

Première partie

CADRES DE

RÉFÉRENCES THÉORIQUES

Des propositions théoriques d'auteurs et d'autres personnelles vont se présenter de façon complémentaire mais aussi parfois concurrente car elles ne font pas appel aux mêmes dimensions psychiques et psychopathologiques ; cette diversité à valeur heuristique évite d'être trop réducteur face à une entité clinique complexe. La littérature nous a conduit à rédiger deux grands chapitres. Entre ces deux ensembles seront proposés des liens théoriques (les liens apparaissent sous la forme de quelques renvois *supra* et *infra*) car certaines réflexions s'associent même si elles sont distantes dans le texte. Cette mise en forme est nécessaire à l'intelligibilité des discussions qui traiteront de concepts très différents. Tout au long seront énoncées dix hypothèses théoriques.

Le premier chapitre va permettre de réfléchir aux processus en jeu dans l'émergence du comportement de l'instabilité. Il s'agira d'étudier la spécificité de cet agir infantile au travers de notions comme celles d'enveloppe psychique, de symbolisation et de représentation. Le point de vue privilégié sera l'intrasubjectif. La question générale pourrait être : **Comment se forment les actions désorganisées de l'enfant instable ?** Les réflexions débiteront par la prise en compte des phases précoces du développement et conduiront à l'étude des déterminants somato-psychiques sous-jacents à l'instabilité motrice, notamment avec la notion de représentation corporelle d'action.

Le second chapitre abordera les conditions ontogénétiques d'une telle pathologie infantile et s'intéressera aux significations relationnelles que ces troubles véhiculent dans la continuité du développement infantile. Le point de vue privilégié sera l'intersubjectivité. La question serait ici : **Quelle valeur la mobilisation corporelle prend-elle dans le développement intra et intersubjectif de l'enfant ?** Les réflexions tiendront compte des périodes précoces et surtout de la phase dite anale du développement, et aussi du corps et des espaces infantiles dans le lien parents-enfant, et amèneront à une perspective développementale de l'instabilité, éclairant notamment la question de l'appropriation par l'enfant de son propre corps.

Chapitre 1

Déterminants relationnels précoces de l'instabilité dans la dyade primaire

1.1. Altérations précoces des potentiels organisateurs d'une enveloppe somato-psychique infantile.

1.1.1. La dépression maternelle et les enveloppes psychiques.

En premier lieu et avant d'aborder la question de la dépression maternelle, si l'on tient compte d'une perspective ontogénétique infantile, il apparaît opportun de débiter les réflexions théoriques par les éléments les plus précoces disponibles dans la littérature sur l'instabilité et l'hyperkinésie. Si aucun travail, à notre connaissance, ne s'est porté sur la phase de vie prénatale de ces enfants, il existe un auteur qui accorde un grand intérêt à l'instant majeur qu'est la naissance ; on se situe aux débuts du développement somato-psychique de l'individu. A. Janov (1982) a développé au croisement du psychique et du somatique une théorisation de *l'empreinte de la naissance*. Avec la notion d'empreinte, on constate que les premières confrontations du corps à l'environnement externe mais aussi les premières confrontations d'un appareil psychique "embryonnaire" au corps et à l'environnement peuvent constituer une expérience particulière et participer à expliquer des phénomènes ultérieurs dans la motricité corporelle. Il s'agit d'étudier des liaisons pouvant s'établir entre le corps avec la sensori-motricité et les premières formes d'inscription de l'appareil psychique dans le soma.

Si l'on suit A. Janov (1982), la mobilisation motrice et corporelle pourrait apparaître comme une réaction dépendante de l'encodage originel lors de la naissance. « *L'impulsif fuit une séquelle de la naissance. Il vit véritablement des impulsions nerveuses électriques* » (p.177). Pour l'auteur « *l'important dans l'impulsivité, c'est que l'empreinte précoce a été marquée à un moment où la pensée n'existait pas (...). L'impulsif agit d'abord et réfléchit ensuite* » (p.178). Par ailleurs, lors d'une naissance difficile, A. Janov (1983) se questionne sur la

rupture précoce d'équilibre entre les systèmes sympathique et parasympathique⁵ dans le traitement des excitations, car sous la dominance du premier, le comportement peut être infléchi vers l'hypermotricité. Selon l'auteur (1982), la naissance engendre une *souffrance prototypique* qui induit des *réactions prototypiques* ultérieures. Il apparaîtrait alors que l'instabilité du jeune enfant serait un indice pathologique d'un rapport assez étroit entre le comportement et les fondements somatiques du comportement (on trouverait ici les structures musculaires striées et lisses, les proprioceptions). En deçà d'une approche psychosomatique, la théorie de A. Janov présente la possibilité d'une prédisposition somatique à l'instabilité motrice. Le psychisme se développera ensuite sur cette base corporelle particulière et en fonction des difficultés relationnelles dans le registre du corps (il est utile de se questionner sur l'histoire du corps de l'enfant et pas seulement sur les faits biologiques qui le concernent).

Nous proposons une **première hypothèse théorique**.

Des conditions traumatiques ou particulières de la naissance, induisant une activation dominante du système sympathique, constitueraient un facteur de risque envisageable dans la genèse d'une instabilité. Ces événements pourront prendre une valeur traumatique ou anxiogène pour les parents et/ou pour l'enfant.

De telles données cliniques d'anamnèse seraient utiles à relever pour chaque cas d'IPM, d'autant plus que dans les cas de naissance difficile, il peut être induit précisément une pré-organisation d'un lien anaclitique dans l'imaginaire maternel ou une dépression maternelle, et cela tend à structurer dès le départ une relation particulière entre la mère et l'enfant.

♦ La dépression maternelle sur le corps de l'enfant.

Les difficultés générées par la grossesse ou la naissance peuvent constituer un risque dépressif chez la mère. Des recherches de Ph. Mazet et coll. (1994) sur les phénomènes psychiques précoces dans la dyade montraient la fréquence du surinvestissement de la motricité tonique (avec une attention labile et avec des éléments de type dysphorique) chez des bébés sujets à des perturbations précoces des échanges avec leur mère déprimée. Les interactions pathologiques dont il est question chez les auteurs sont constituées essentiellement d'une discontinuité des échanges, d'une pauvreté de l'harmonisation affective et d'un trouble de l'accordage affectif. Le corollaire de ces interactions pathogènes se retrouve dans la notion de *fuite dans l'hyperkinésie* (*ibid.*, 1994, 1996) ; cette notion renvoie à

5. Les deux systèmes nerveux régulateurs de la vie neurovégétative, leurs effets sont antagonistes.

des défenses du type maniaque contre une souffrance dépressive sous-jacente et envahissante, au sens de M. Klein (1957), avec déni de la réalité interne et fuite vers la réalité externe.

Le mécanisme en jeu est le suivant selon les auteurs.

Il y a une discontinuité dans les échanges interactifs entre la mère en situation de dépression psychopathologique et le bébé très jeune (premier semestre). Cette discontinuité dépressive de la dyade va obliger progressivement (en quelques semaines) l'enfant à utiliser des comportements d'instabilité motrice puis psychique, avec comme noyau pathologique le besoin de s'autostimuler (comportement maniaque contre les angoisses dépressives). La structure relationnelle mise en place va conduire à des désordres croissants du contact affectif et à une pauvreté de l'accordage affectif ; la fuite dans l'hyperkinésie apparaît dans ces conditions comme une protection efficace pour le bébé et conduit au tableau clinique.

L'étude d'une situation de risque dépressif chez l'enfant apparaît intéressante, il y a des cas où cette dépression est un événement déterminant. Par contre, l'hypothèse de dépression maternelle dans la relation précoce prise isolément semble peu spécifique ; en effet, l'auteur n'explique pas pourquoi la dépression maternelle induit l'instabilité plutôt qu'une organisation psychotique par exemple. J. Corraze et J.-M. Albaret (1996) relèvent aussi que les signes hyperkinétiques dans le contexte précoce sont peu spécifiques. L'étude de N. Guedeney (1989, p.306) sur les enfants de parents déprimés explique que « *le problème de la dépression maternelle et de ses conséquences ne peut être réduit à une relation de causalité* », la dépression précoce est un facteur pathogène mais pris avec d'autres ; les propos de Y. Blanchon et coll. (1992) et de A. Guedeney (1999) vont dans le même sens. M. Berger (1999) considère que la dépression maternelle précoce est une notion trop floue car elle est citée comme étant à l'origine de diverses difficultés psychiques. La théorisation de Ph. Mazet et collaborateurs n'explique pas comment l'IPM s'installe dans la suite du développement de l'enfant ; car les échanges affectifs et les modes interactifs infanto-maternels peuvent aussi avoir des formes et des contenus spécifiques bien au-delà de la première année de développement. La clinique témoigne que les difficultés apparaissent souvent plus tardivement que cette première année et qu'elles mettent en jeu la motricité de déambulation, c'est plutôt autour de deux ou trois ans que les signes se précisent (observations soutenues précisément par J. Malarrive et M. Bourgeois, 1976, et D.-J. Duché, 1996). Il serait important de donner une explication des facteurs qui vont organiser et entretenir l'hyperactivité, et ceci avec des effets suffisants pour inscrire la personnalité de l'enfant dans un tableau pathologique pérennisé. Toutefois, la difficulté de la mère à assurer une fonction maternelle précoce adéquate paraît nécessaire à retenir : une étude de E. M. Cummings et P.

T. Davies (1994) sur le devenir à long terme des enfants de mère déprimée a montré que ces enfants avaient par la suite nettement tendance à développer des troubles externalisés (colères, désobéissances, agitations) ; une autre de L. Murray et P. Cooper (1997) fournit des données similaires.

L'origine précoce et interne à la dyade mère-enfant était avancée par J. Malarrive et M. Bourgeois (1976) avec certaines différences. Les auteurs insistaient d'emblée sur la distorsion du lien mère-enfant repérée dans l'anamnèse mais aussi lors des entretiens cliniques des consultations, les auteurs relèvent donc aussi des interactions particulières à distance des moments précoces. Il est question dans cette étude d'une « *pathologie relationnelle entre la mère et l'enfant* » (p.112).

Le mécanisme psychopathologique en jeu est le suivant selon les auteurs.

L'absence de stimulations précoces pertinentes envers l'enfant génère une « *série silencieuse (bébé sage, tendances dépressives et régressives, agitations nocturnes)* » (p.111). D'une part, ce défaut de la fonction contenant et pare-excitante de la mère est amplifié au moment de la marche et l'enfant ne semble pas pouvoir filtrer les excitations externes, d'autre part, la mère est en difficulté pour jouer auprès de l'enfant un rôle de repère sécurisant ce qui le conduit à fantasmer l'autonomie motrice comme un abandon manifeste réveillant une souffrance dépressive intense. L'auteur fait référence à une difficulté d'individuation (au niveau de la phase symbiotique, Mahler, 1968). L'agitation apparaissant dans l'IPM serait alors une défense de type maniaque masquant la structure dépressive de l'enfant.

La théorie de J. Malarrive et M. Bourgeois apporte des pistes d'étude sur le lien mère-enfant passé et actuel et sur les caractéristiques de ce lien (problématique de dépendance infanto-maternelle infiltrant le développement). Les auteurs font aussi référence à une faille du pare-excitation ; cette question importante sera discutée plus loin (§2.2.4) car d'autres arguments vont être apportés à ce sujet. Les auteurs donnent le diagnostic de dysharmonie d'évolution pour les enfants qu'ils ont rencontrés et les situent donc nettement dans une organisation psychique précœdipienne. On constate qu'à l'instar de Ph. Mazet et coll. (1996), J. Malarrive et M. Bourgeois évoquent un système défensif de type maniaque comme mécanisme de l'IPM, l'idée de souffrance dépressive précoce est commune aux deux travaux. Si Ph. Mazet précise l'existence d'une dépression maternelle à effets pathogènes directs, J. Malarrive et M. Bourgeois ne donnent pas de précisions quant à l'acuité d'une dépression sur le versant de l'objet primaire. Ils supputent cependant l'absence de stimulations précoces pertinentes et

surtout la difficulté maternelle à accepter la rupture de la phase symbiotique et/ou la perte d'objet.

J. Malarrive, M. Bourgeois et Ph. Mazet ne proposent pas de réflexions sur la façon dont le corps peut être profondément impliqué et constituer une organisation symptomatique si spécifique. Autrement dit, **ils n'expliquent pas réellement pourquoi le recours au canal moteur est une voie pérennisée pour l'enfant, et quelles significations l'agir instable⁶ prend et garde quand il grandit**. Un mécanisme de défense maniaque ne semble pas suffisant pour expliquer le rôle et la place du corps, cet argument est aussi en partie soutenu par M. Berger (1999). Si la place du père n'est pas évoquée par Ph. Mazet, à l'inverse, J. Malarrive et M. Bourgeois notent précisément un *barrage au père* de la part de la mère qui se situe dans une attitude protectrice, comme si la dyade symbiotique ne devait jamais s'ouvrir sur d'autres objets (la surprotection peut masquer un rejet inconscient profond de la part de la mère, ce qui est important ici est le lien de dépendance). Les caractéristiques du lien mère-enfant et ses évolutions sont donc observées par J. Malarrive et M. Bourgeois, ces pistes de réflexion sont intéressantes à étudier, notamment l'idée d'une pathologie relationnelle sous-jacente et pas seulement celle d'un processus interactif précoce.

Nous proposons une **seconde hypothèse théorique**.

Ce seraient les toutes premières relations mère-enfant qui contiendraient les distorsions variées et pathogènes altérant le lien d'accordage affectif, en particulier sous l'effet dominant d'une dépression maternelle, laquelle serait l'origine très précoce des troubles d'instabilité, ceux-ci permettraient une lutte anti-dépressive infantile (de nature maniaque).

Toujours dans la perspective des relations précoces mais au-delà de "l'hypothèse dépressive", M. Berger (1999) propose des réflexions heuristiques s'appuyant sur plusieurs mécanismes intrapsychiques et sur des particularités cliniques importantes observées chez l'enfant.

Le mécanisme psychopathologique en jeu est le suivant selon l'auteur.

La difficulté pourrait correspondre à « *une forme de difficulté à être seul en présence de l'autre* » (p.99 ; selon le concept de D.W. Winnicott, 1958). Il s'agit d'un défaut dans la relation à l'objet primaire qui s'explique par : les conséquences d'un Holding défectueux (Winnicott, 1958, 1971), la mise en place de processus autocalmants, un échec dans la constitution de

6. Nous appelons *agir instable* toutes les manifestations cliniques comportementales qui participent à l'instabilité psychomotrice et qui s'observent ; il s'agit des actes, actions, comportements au caractère excessif ou désorganisé et impulsif qui s'imposent à l'enfant et participent à son fonctionnement global psychique/somatique. L'agir instable peut être aussi appelé agir de l'IPM.

l'espace imaginaire et de la rythmicité, la présence flottante d'un objet menaçant. L'auteur prend en compte aussi « *la charge pulsionnelle sexuelle qui ne parvient pas à trouver de représentation apaisante [...] vient alors surcharger l'instabilité* » (p.105), cet aspect concerne la question des capacités de mentalisation des excitations internes.

L'auteur montre qu'il est nécessaire de réfléchir à la relation entre pensée et mouvement⁷. Il prend en compte également une angoisse liée à la « *crainte de perdre le lien avec un être aimé* » (*ibid.*, p.101) quand l'enfant a déjà plusieurs années et qu'on le rencontre en entretien. L'étude de cette problématique du lien aux objets privilégiés que nous retrouvons fréquemment dans les cas cliniques semble incontournable ; cette question implique le narcissisme et la relation d'objet à distance des phases précoces. M. Berger apporte des réflexions qui mettent en avant la relation entre l'enfant instable et l'autre, sont alors évoqués (p.100-104) : « *l'immobilisation de l'objet menaçant* » ; « *la mise de l'objet à l'extérieur de soi* » ; « *le corps, objet malléable et insaisissable* » ; « *l'agitation comme défense contre le débordement pulsionnel* » ; « *l'utilisation de l'objet comme miroir visuel* ». M. Berger donne de l'importance au fait que l'enfant instable (au moment d'une consultation ou d'une séance de psychothérapie) ne puisse pas dans un premier temps tolérer la présence de l'autre, cette tolérance sera développée en cours de thérapie et seulement après que l'enfant et le thérapeute passent par un accordage relationnel particulier (être maîtrisé par l'enfant avant de pouvoir travailler sur le mode de relation qu'il instaure et au-delà duquel il ne peut fonctionner psychiquement). L'autre est pour le psychisme de l'enfant un objet d'effraction, un objet menaçant l'espace subjectif de fantasmes et de rêveries autonomes. Pour M. Berger, la dynamique en jeu (de protection narcissique) va être de se soustraire à la menace véhiculée par l'objet en deux temps : d'abord en l'immobilisant, lui refusant une présence comme sujet ; ensuite en faisant subir à l'autre la tyrannie que l'objet a fait vivre à l'enfant lors des phases précoces, en le maîtrisant.

Selon l'auteur (*ibid.*, p.138), il existe une unité particulière du fonctionnement psychique des enfants instables. Il s'agit du passage, à un moment précoce de la vie psychique du sujet, à une activité motrice inorganisée, sans rythme et persistante. **L'unité de l'instabilité "entité" réside dans le fait qu'il s'agit d'un comportement qui concerne spécifiquement ce qui n'aurait pas pu se structurer psychiquement chez un sujet.** Elle renverrait alors à ce qui n'a pas pu être symbolisé, mis en représentation dans l'histoire du sujet grâce à un échange intersubjectif avec son environnement à une période préverbale, et ne pourrait jamais être

7. Notre travail poursuivra cette idée avec l'étude de la symbolisation dans l'agir instable (§1.2.1 et 1.2.2).

refoulé. Ce seraient les traces de ce vécu non symbolisé qui harçèleraient l'enfant de l'intérieur.

Les travaux de M. Berger sont importants parce qu'ils permettent d'expliquer des faits cliniques tels qu'ils apparaissent en consultation (les fonctionnements psychiques des registres narcissiques, objectaux, somato-psychiques), *i.e.* quand l'instabilité est installée et pérennisée, alors que les autres théories d'auteurs sont surtout centrées sur l'étiologie en ne donnant que peu d'explications sur le fonctionnement même de l'enfant *hic et nunc*. Le travail de M. Berger (1999) conçoit des mécanismes concernant un désaccordage parents-enfant à la période préverbale ; seront étudiés ultérieurement (§2.2.1) des travaux de M. Berger présentant d'autres arguments majeurs sur la relation mère-enfant dans les *pathologies du forçage* ; ils soutiendront nos propres réflexions dans une perspective développementale.

♦ Sensations corporelles, enveloppes psychiques, enveloppe somato-psychique.

B. Golse (1990, 1996) propose une hypothèse avec d'autres pistes théoriques, il faut d'abord évoquer la notion d'*enveloppe psychique* puisqu'il en sera question. D. Houzel (1987) a détaillé ce concept à partir des travaux de S. Freud et de D. Anzieu. Ce terme a été utilisé en premier de façon claire dans une théorie psychanalytique par D. Anzieu pour décrire les structures frontalières de la psyché : « *l'enveloppe psychique est par nature située aux frontières de différents espaces psychiques individuels ce qui en fait une structure complexe et d'une grande richesse* » (Houzel, *ibid.*, p.53). Les enveloppes psychiques supportent des fonctions spécifiques pour le fonctionnement du sujet et participent au développement ainsi qu'à la continuité de sa vie psychique globale. Dans la problématique d'IPM, on peut constater que l'agir se situe à la périphérie de plusieurs domaines, il s'agit au moins du corps, de la relation à l'environnement, et de l'inscription du geste dans ce tissu corps/relation. Le concept d'enveloppe psychique met fondamentalement en avant les notions de contenance et d'espace psychique, de spatialité. D. Anzieu (1985 ; 1993 ; 1994a) évoque le sac, le bord, l'interface, la frontière et la sphère, qui sont autant de métaphores d'une délimitation des objets somato-psychiques⁸. Dans les préliminaires épistémologiques du *Moi-peau* (1985, p.12-20 ; notion source de celle d'enveloppe psychique), l'auteur explicite son origine ou plutôt son contexte somato-psychique ; cette métaphore corporelle permet de penser les premières images d'unité que l'enfant se construit. Si nous écrivons ici le terme d'*enveloppe somato-*

8. Le terme *somato-psychique* évoque simultanément le somatique et le psychique, avec les continuités somato-psychiques et les liaisons précises entre ces deux domaines du vécu subjectif profond (en particulier la proprioception).

psychique, c'est parce que nous portons particulièrement attention au rôle de contenance qu'une enveloppe psychique a pour des matériaux somato-psychiques. Cette enveloppe concernerait donc les espaces subjectifs et l'occupation de ces espaces par des indices de différentes natures : des sensations, le corps et ses mouvements, des pensées, des images du corps. L'enveloppe somato-psychique serait un des feuillets d'enveloppement psychique du sujet, et peut être définie comme une enveloppe de matériaux qui existent et qui ont une valeur pour le soma en même temps que pour la psyché. En reprenant la définition de D. Houzel (*ibid.*), il s'agit d'une enveloppe qui délimite le monde psychique interne lié aux sensations corporelles par rapport au monde psychique externe d'autrui. Dans le cas de l'instabilité psychomotrice, on peut concevoir que cette enveloppe somato-psychique sera particulièrement liée aux sensations et images du mouvement corporel infantile, lequel est une source dominante et constante de sensations et d'excitations. Elle participe à maintenir le sentiment de continuité d'exister. Ce qui paraît important sont les dynamiques que ces matériaux et leurs enveloppes induisent ou subissent en fonction des avatars de la relation à l'objet maternel au cours du développement.

B. Golse précise que toutes les dépressions maternelles ne donnent pas un tableau d'instabilité et que tous les enfants n'ont pas connu une mère dépressive. L'auteur fait référence aux notions de Holding, Handling et Object presenting (Winnicott, 1958, 1971) à la base du sentiment de continuité d'exister. L'accent est porté par B. Golse sur le besoin fondamental qu'a le bébé d'être contenu et supporté par la mère aussi bien pour l'alimentation et la survie somatique que pour la mise en place de l'appareil psychique. Cette fonction contenante maternelle est difficile à assurer « *d'une part si la mère n'a pas intériorisé un objet primaire suffisamment contenant, et d'autre part si elle ne peut vivre librement une double identification à son enfant et à l'enfant qu'elle a été* » (Golse, 1996, p.425). L'auteur pointe le risque d'une faille dans la fonction contenante et pare-excitante maternelle et plus tard dans les capacités de pare-excitation propres à l'enfant dont il aurait besoin pour se développer harmonieusement. L'histoire intergénérationnelle de la mère serait aussi en jeu.

Le mécanisme psychopathologique en jeu est le suivant selon l'auteur.

Sans cette capacité contenante et délimitante maternelle, l'enfant se retrouve « *à nu* » et va devoir se forger une contenance de remplacement en fonction de ses possibilités pour traiter les angoisses archaïques (dispersion, annihilation, ...) et ses proto-pensées. Il y a nécessité de construire une « *deuxième peau psychique substitutive* » du Moi-peau et des premières enveloppes psychiques trop fragilisées par les effets de la dépression maternelle. L'agitation

motrice et la carapace qu'elle induit permettent à l'appareil psychique en constitution de se donner une contenance et d'évacuer la mentalisation des affects les plus douloureux ou les plus dépressifs.

L'auteur prend aussi en compte tous les aspects interactifs et les effets d'après-coup qui vont compliquer le schéma proposé et surdéterminer l'organisation d'une instabilité. D'une façon générale, la dépression va à la fois entraver le travail psychique de maternité et activer les souffrances de son histoire relationnelle. L'auteur (1990, p.146 ; 1996, p.425) suit L. Kreisler (1987) avec les notions de « *dépression blanche* » et de « *syndrome de comportement vide* » visant l'absence psychique maternelle malgré sa présence physique. On constate ainsi l'idée d'un désaccordage d'ordre somato-psychique infantile qui s'inscrirait dans l'appareil psychique en développement et que l'on retrouverait ultérieurement dans le symptôme corporel. Des propos d'E. Bick (1968) rappellent que des enfants confrontés à une carence de la fonction maternelle primaire surinvestissent l'environnement concret pour s'y accrocher, éventuellement par une hyperactivité, afin d'éprouver une unité des parties de leur personnalité lors du contact avec les objets-choses (notion de seconde peau psychique reprise par B. Golse).

Nous proposons une **troisième hypothèse théorique**.

Ce seraient les premières relations mère-enfant qui constitueraient un défaut dans la relation à l'objet primaire (essentiellement la mère). L'instabilité serait une conséquence ultérieure de relations défectueuses altérant les capacités précoces de penser de l'enfant. Seraient en cause une difficulté à accéder à l'espace imaginaire, une précarité du sentiment de continuité de soi, les conséquences d'une préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1970) vécue par l'enfant comme défectueuse.

B. Golse fait largement référence à D. Anzieu (1985) avec le concept de Moi-peau et les fonctions des enveloppes psychiques. Le caractère opératoire des agitations motrices peut découler directement d'une faille du Moi-peau puisque les états et les sensations qui marquent le corps du bébé ne se transforment en pensées que si le Moi-peau bien constitué peut servir à l'étayage du Moi-pensant, qui lui seul contient les pensées (Anzieu, 1994a). La constitution de ces fonctions d'enveloppement psychique et de liaisons somato-psychiques dépend étroitement des relations affectives de l'enfant avec l'objet maternel dans les spirales interactives, en particulier celles qui infiltrent, soutiennent et stimulent le développement psychomoteur. Pour D. Anzieu (1994a, p.13), « *l'esprit a tendance à se concevoir comme un appareil analogique du corps vivant et de ses organisations* », il existe dans l'appareil

psychique en développement des entités qui fonctionnent sur un plan psychique mais de façon très similaire à leurs fonctionnements sur un plan somatique. L'idée sous-jacente de l'auteur (*ibid.*) est aussi « *qu'il n'y a rien dans l'esprit qui ne soit passé par une forme ou une autre de motricité* », et **il y a une marque corporelle et sensorielle qui émane de toute image mentale du corps**. Du point de vue théorique, on peut alors penser que cette marque essentielle s'observe singulièrement lorsque le corps et sa motricité sont mis en avant de façon prégnante comme c'est le cas dans l'instabilité psychomotrice infantile.

À l'instar de Ph. Mazet, B. Golse et M. Berger, nous pensons que la motricité est d'une certaine façon prise en soi dans l'agir instable de l'enfant. La piste théorique qui s'est ouverte concerne une enveloppe somato-psychique spécifique sous-tendant la représentation du corps propre mobile.

1.1.2. De l'enveloppe somato-psychique du mouvement aux images motrices.

L'agir instable serait lié à des images corporelles précoces, générées depuis que la pensée a commencé de se constituer, qui s'implantent dans le développement des fonctionnements psychomoteur et psychique. Il s'agirait d'images actives : en étroite liaison avec les mouvements du corps qu'elles figurent, mais aussi opératoires dans la psyché de l'enfant dès leur origine au début et dans la suite du développement.

♦ Représentants psychiques du mouvement.

Des pistes théorico-cliniques sur l'activité de la pensée normale ou pathologique (Rosolato, 1985 ; Anzieu, 1987, 1994a, 1994b ; Gauthier, 1993, 1999a ; Tisseron, 1993, 1994, 1995) permettent d'imaginer la façon dont des échanges peuvent s'effectuer entre le corps vécu et des représentations de diverses natures. S. Tisseron (1993, 1994) développe des théorisations pour étudier les rapports entre le corps et la pensée au cours de l'ontogenèse, il propose les notions de *schème d'enveloppe* et de *schème de transformation* à l'œuvre dans les images mentales, en particulier dans les images du corps. Ce sont les *schèmes de base* du fonctionnement psychique, leur source est perceptivo-motrice. D'après l'auteur, « *les schèmes de transformation correspondent aux opérations mentales d'union-désunion et les schèmes d'enveloppe aux opérations de contenance* » (1994, p.42). La notion de schème de base recouvre celles de *signifiant de démarcation* de G. Rosolato (1985) et de *signifiant formel* de

D. Anzieu (1987). Cette dernière renvoie globalement à une structure psychique infantile précoce mais qui s'inscrit dans le *continuum* du développement et qui est directement dépendante du corps pris dans l'interaction avec l'objet primaire : « *le signifiant formel pourrait donc s'entendre comme signifiant de configuration [...] il s'agit de signifiants concernant les changements de forme* » (Anzieu, *ibid.*, p.1). Il s'agit principalement de pré-représentations des contenants psychiques, dans la logique du processus primaire et d'une topique psychique archaïque. Selon D. Anzieu, les signifiants formels sont répétitifs et monotones, identiques chez un même sujet. Ils impliquent la transformation d'une caractéristique géométrique ou physique, aussi sont-ils constitués « *d'images proprioceptives, tactiles, cœnesthésiques, kinesthésiques, posturales, d'équilibration* » (*ibid.*, p.14). Ils ne se rapportent pas aux organes des sens à distance et renvoient plutôt aux ressentis directs dans le corps sous les formes de pressions, tensions, déformations. Lorsqu'il est pathologique, le signifiant formel subit une modification ressentie comme irréversible, travaillant comme une fonction toxique et imprégnant largement les différents niveaux de la pensée du sujet. On perçoit ici l'intérêt que ces théorisations, entre corps et pensée, vont apporter aux réflexions sur l'omniprésence de l'agir corporel dans l'instabilité.

S. Tisseron (1993) montre que les affects éprouvés avec la mère au travers des séquences d'interaction « *permettraient, par introjection, l'installation dans le Moi des schèmes psychiques* » (p.63) ; ces derniers deviennent opératoires à partir d'étayages sur les expériences du fonctionnement corporel en interaction avec l'environnement. Donc, au travers des relations infanto-maternelles, les sensations et les actions du corps de l'enfant s'inscrivent dans la psyché infantile en organisant certaines entités (schèmes de base, signifiants formels, prémices d'images du corps et de représentations de soi) ; ces objets prennent et conservent des qualités affectives spécifiques et singulières à la dyade. En outre, les travaux de S. Tisseron montrent que ces schèmes de transformation et d'enveloppe sont des structures sous-jacentes à tout type de symbolisation (sensori-affectivo-motrice, imagée, verbale). Ils participent à organiser les transformations psychiques, par exemple le mouvement de séparation d'avec la mère ; organiser aussi la contenance de matériaux psychiques, par exemple des limites entre soi et la mère. **Ainsi, il y aurait au cours du développement de l'enfant une continuité opérationnelle et affective de certaines représentations de soi corporelles (sensorielles et motrices) qui s'établissent et se rejouent à trois niveaux de structuration : le corps de l'enfant, son espace psychique, les séries de relations infanto-maternelles.**

En outre, ces structures peuvent être représentées dans l'appareil psychique en situations pathogènes par des *images de schèmes* qui « *correspondent aux mises en scène des mécanismes psychiques eux-mêmes* » (Tisseron, 1994, p.41). L'apparition et la réapparition d'images de schèmes constituent en fait une manœuvre protectrice de l'appareil psychique au moment d'une perturbation des assises narcissiques (notamment si la symbolisation primitive en mode sensori-affectivo-moteur a été déficiente dans la relation précoce mère-enfant). Selon l'auteur, l'image de schèmes serait une sorte de raccourci qui permettrait au Moi de se réétayer sur les bases de son propre fonctionnement, en particulier sur ses origines à la fois somatique et psychique. « *Toute mise à mal ou toute rupture de la sécurité psychique de base mobilise les schèmes de base [...] toute menace psychique mobilise leur représentation imagée comme un moyen magique de tenter de faire face* » (Tisseron, 1993, p.66). Enfin, ces images mentales de schèmes se lient à un vécu contextuel qu'elles rappellent, elles ont ainsi une valeur particulière dans un contexte pathogène particulier⁹. Il y a finalement une idée majeure : **l'appareil psychique de l'enfant peut construire des images spécifiques liées aux mouvements corporels et qui vont participer à gérer des dynamiques narcissico-objectales dans les premiers temps du développement psychique du sujet et aussi dans la continuité des relations mère-enfant.**

♦ Une image motrice dynamique.

Nous voulions montrer l'utilité de prendre en compte « *l'existence de représentations de configuration du corps et des objets dans l'espace, ainsi que de leurs mouvements* »¹⁰ pour étudier les représentants psychiques du mouvement corporel, et cela à partir de la notion d'enveloppe somato-psychique du mouvement corporel. Ces images corporelles du mouvement s'organisent au croisement de deux grands axes développementaux : d'abord les éprouvés corporels infantiles et leurs expressions (rythmes, positions, tensions, tonus, sensations et émotions diverses), ensuite la spécificité des réponses et attitudes maternelles.

Reprenons les pistes théorico-cliniques sur la dépression maternelle et notamment l'idée de désaccordages affectifs mettant au premier plan le corps : il apparaît que les éprouvés corporels en cause dans l'instabilité seraient de nature essentiellement proprioceptive et que les désaccordages des interactions mère-enfant seraient essentiellement centrés sur ces éprouvés perceptivo-moteurs. Au plan clinique, nous observons souvent en entretien que les

9. Nous envisageons au chapitre 2 la problématique de dépendance dans la relation mère-enfant instable et dans ce contexte la position maternelle au registre narcissique.

10. Formule de D. Anzieu reprise par S. Tisseron (1993, p.62).

mères donnent beaucoup d'importance aux réactions motrices de l'enfant dans leurs échanges même en dehors signes instables précis. Les gestes et les positions de l'enfant paraissent avoir pris depuis longtemps des significations pour la mère qui ne sont pas *a priori* celles du développement psychomoteur et de l'autonomie, la gestuelle de l'enfant semble parfois directement adressée ou liée à la mère. La dépression maternelle ne paraît pas être un facteur causal dominant mais plutôt un facteur prédisposant ou aggravant. Ce qui importe est la conjonction entre d'un côté des sentiments dépressifs ou une angoisse de perte d'objet émanant du versant maternel, et de l'autre ces images corporelles motrices associées à la sensorialité proprioceptive émanant du versant infantile. C'est aussi tout au long du développement moteur tonique que ces images corporelles motrices seraient activées, à chaque fois que le corps propre s'expérimenterait de façon singulière ou que les actions de l'enfant seraient désaccordées avec la mère à cause de leurs espaces, rythmes et motivations respectifs. Notamment lors du début de l'apprentissage de la marche, les éprouvés infantiles et les représentations associées entreraient directement en contact avec les représentations ou attitudes maternelles pathogènes, alors **la coercition ou les projections d'angoisse s'opposant aux motricités sur le versant maternel infiltreront les vécus intimes perceptivo-moteurs sur le versant infantile**. Cela ne se situe pas au registre du conflit mais de l'accordage émotionnel et affectif. L'instabilité fait intégralement partie de la personnalité de l'enfant et aussi d'une partie de celle de la mère, du lien établi entre eux. Elle serait à chaque instant redynamisée et remise en situation par les interactants et, du côté de l'enfant, le mouvement corporel excessif serait inhérent à une image de transformation du corps et plus précisément de transformation par mouvement du corps¹¹. I. Barande (1995) apporte des vues théoriques similaires où les sensations kinesthésiques et les mouvements joueraient un rôle essentiel dans la constitution et le destin des images du corps et de soi.

Nous pensons qu'une enveloppe somato-psychique délimite et rassemble des matériaux somatiques et psychiques issus du mouvement corporel. **L'agir est lié à cette enveloppe du mouvement par le biais d'une image motrice. On peut se demander alors si l'agir instable constitue une production somato-psychique "autogène", c'est-à-dire qu'il y aurait un processus circulaire entre le corps et le psychisme tel que l'agir génèrerait une représentation d'action qui elle-même induirait un agir**. Cela expliquerait en partie l'inscription tenace de ce symptôme dans le fonctionnement global de la personnalité de

11. Le mouvement du corps imprime une transformation à l'objet corps et aussi aux objets externes matériels dans la mesure où le mouvement définit des formes et des espaces du corps dans l'espace ; il apparaît une certaine équivalence entre espace, corps et mouvement ; les travaux de J.-M. Gauthier (1999a,b,c) permettent d'étayer ces idées.

l'enfant instable et surtout son allure foncièrement répétitive ou continue. L'agir touche la motricité autant globale que fine, il est parfois même presque imperceptible en apparaissant par exemple sous la forme d'une contraction musculaire.

Il a été question d'une image motrice liée en qualité et quantité au soma et aux espaces du corps infantile. Nous allons expliquer comment s'établit cette dynamique autogène subodorée (quelle représentation et quel niveau de symbolisation y sont impliqués).

1.2. Le processus de symbolisation dans l'agir de l'instabilité.

1.2.1. Une représentation d'action spécifique comme structure psychodynamique dans l'instabilité.

La place et le rôle de l'agir instable dans l'économie psychique et somatique globale de l'enfant sont importants à étudier. En effet, une des particularités de cette pathologie est la dominance de la voie comportementale par rapport à une voie somatique. Les données cliniques accumulées¹² ne présentent pas de cooccurrence significative avec une ou plusieurs maladies fonctionnelles ou infectieuses particulières. C. Mille (1993) avance l'idée d'une certaine vulnérabilité somatique, souvent hâtivement interprétée, expliquant l'énurésie et des épisodes infectieux répétitifs de certains cas. Des auteurs nord-américains (Crawford et coll., 1994) ont établi une relation entre l'hyperactivité et certaines maladies somatiques ; d'un point de vue neurodéveloppemental, la prévalence de certains troubles immunitaires, corrélés à la non-latéralisation manuelle droite, augmentait dans des cas d'hyperactivité (les indices de nature immunitaire présentés semblent peu spécifiques, il y en a vingt-cinq). Ce type d'étude présente cependant la possibilité d'apparition d'une surcharge somatique quand les agirs ne permettraient plus de contenir les tensions psychiques habituellement traitées. Avant cette limite et généralement, il semble que l'organisation profonde et stable des agirs de l'instabilité fait partie d'un système suffisant pour traiter les excitations intra et intersubjectives.

♦ La Représentation Corporelle d'Action pour "penser" le mouvement.

12. Dugas, 1987 ; Duché, 1996 ; Corraze et Albaret, 1996 ; Mazet et coll., 1996 ; Déjardin, 1997 ; Berger, 1999.

Des travaux antérieurs (Claudon, 2001a,b) avaient montré aux épreuves projectives que l'agir instable apparaît ponctuellement mais de façon répétée comme une faille du processus de symbolisation. Ces réflexions permettent de décrire et d'étudier l'émergence répétitive de l'agir instable :

La motricité du corps servirait d'outil-contenant pour un matériel psychique non pensé ou pas assez pensé car dysharmonique ou conflictualisé dans la relation à la mère, et dont la qualité affective de déplaisir serait en partie figurée par la cœnesthésie proprioceptive. Les difficultés de mentalisation conduisent le corps à supporter, à figurer des tensions psychiques. L'instabilité apparaît au final comme un mode de figuration corporelle qui est diffractée ou dispersée par des **Agirs-actions**. Ces derniers seraient des agirs qui ne présentent pas de réel but, par exemple agressif, ils demandent à se présenter dans l'action du corps, l'agir-action soutient le mouvement corporel excessif de l'enfant. La somme des agirs-actions dans la continuité temporelle et spatiale constitue les agirs instables qui sont eux le flux comportemental observé au plan clinique. Pourquoi émergent les agirs-actions ?

Un déficit de symbolisation chez l'enfant instable inscrit le corps comme lieu du symptôme, et ensuite le corps, en tant que mode de figuration stéréotypée d'ordre sensoriel, serait en retour à l'origine d'une image mentale corporelle spécifique¹³ qui se construit au cours du développement. Il s'agit d'une représentation des cœnesthésies proprioceptives, d'une représentation corporelle (ex : des proprioceptions issues de muscles striés des jambes induisent une image active de propulsion). Cette image corporelle de soi est investie à outrance à la place d'autres représentations de l'espace et de soi (de soi dans son espace), et des objets internes anxigènes inhérents. Le corps devient pour le Moi psychique une figuration cœnesthésique des tensions psychiques et impasses vécues, de plus en plus quand l'enfant grandit. Ce serait comme le surinvestissement d'une image de soi exclusivement corporelle-active et dont l'essence corporelle impliquerait une fusion avec des sensations proprioceptives, d'où la propension à l'agir : les agirs-actions émergent et entraînent le comportement instable. Une circularité s'établit alors : sensation → représentation → agir-action → sensation. Cette circularité expliquerait la pérennisation de l'agir instable et l'aspect compulsif et envahissant du symptôme. Ce type d'image motrice est appelé **Représentation Corporelle d'Action (RCA)** pour signifier que le mouvement corporel est tributaire d'une certaine image inconsciente de soi. La RCA fonctionne comme représentation de soi.

13. Processus déjà abordé par F. Duparc (1998) avec *l'image motrice* ou S. Tisseron (1993) avec l'idée de D. Anzieu d'une *représentation de configuration du corps et de ses mouvements*. Voir aussi E. Fivaz (2001) et J. Malka (2001).

Les réflexions du second chapitre permettront d'approfondir l'explication des sources de cette difficulté de symbolisation et de représentation/figuration particulière des espaces de soi. Il s'agissait ici d'expliquer le processus d'émergence de l'agir quand l'instabilité est installée.

Des arguments de recherche étayent nos propositions sur la RCA :

- Des travaux récents en neuropsychologie cognitive (Jeannerod, 1993, 1995 ; Jeannerod et Fournieret, 1998 ; Fogassi et coll., 2000 ; Decety et coll., 2000) apportent des résultats soutenant l'idée du potentiel moteur des images motrices. L'étude du métabolisme cérébral local a montré que les zones cérébrales activées lors de la préparation de l'action et surtout au cours de son imagerie se superposent avec les zones qui s'activent lors de l'exécution réelle de l'action. Une action simulée et établie à un plan purement mental impliquerait les mêmes circuits nerveux que l'action exécutée au plan comportemental.
- Selon A. Calza et M. Contant (1989 ; 1993, p.70) « *il n'y a pas de fonction transitive entre l'acte et sa représentation : il y a immanence* ». Nous retenons que si le corps bouge dans la RCA, le corps réel bouge aussi, et inversement. De même, P. Marty et M. Fain (1955) ont montré que la motricité et la sensorialité forment un tout cliniquement indissociable et que la motricité implique toujours un rôle pour l'activité sensorielle conjointe. Et pour Sami-Ali (1974, p.59), « *l'image du corps [...] est d'ores et déjà inscrite dans la kinesthésie* », elle serait par essence kinesthésique. L'hypothèse de la RCA s'inscrit dans ce point de vue ; le mécanisme de l'agir étant le résultat d'une circularité entre le geste et ses sensations, économique et naturelle, indépendante de la représentation de mot.
- S. Tisseron (1995, p.27) évoque les puissances de l'image psychique. Parmi d'autres, il y a celles qui montrent le rôle de la RCA dans la liaison entre représentation de soi et sensorialité/action. D'abord, « *chaque image est accompagnée d'un halo sensoriel qui s'y trouve plus ou moins réactivé, toute image qui est d'abord liée à un état corporel tend plus ou moins à en retrouver le chemin* » ; la RCA est une image de soi corporelle et motrice liée à un halo proprioceptif de mouvement. Ensuite, « *toute image a une puissance d'action. Celle-ci consiste dans un acte ou dans la tendance à réaliser un acte* ». La nature de la RCA favorise la mise en action répétitive du corps.
- B. Gibello (1984, 1994) a montré que les schèmes d'activité musculaire et les actions qui en découlent ont l'importance d'un contenant de pensée (voir aussi sa notion de *représentation de transformation*). L'agir a une fonction de délimitation de certains objets somato-psychiques dans le tissu des relations à la mère. A. Bullinger (1989, 1997) montre aussi avec ses travaux sur l'action et la cognition que toutes les catégories d'images mentales chez l'enfant se

soutiennent du mouvement. Le processus de la RCA permet de poser une liaison entre l'agir et les processus psychiques *via* les proprioceptions.

Observations cliniques

Lors des séances de suivi individuel, les enfants instables utilisent avec moi surtout deux modes de médiation, il s'agit du jeu de Lego (jeu de construction avec des pièces en plastique à emboîter) et de la pâte à modeler. Il semble que les enfants instables préfèrent prendre le Lego, au moins dans un premier temps. La pâte apparaît trop "fragile", trop malléable pour ces enfants qui semblent souvent avoir besoin de bases solides et résistantes pour se laisser aller à jouer et imaginer. La dimension tonique de l'agir renvoie en premier lieu à son aspect énergétique, les objets *a priori* plus résistants auraient peut-être intuitivement une meilleure contenance de l'énergie libérée.

Nathan (7 ans et demi) apprécie particulièrement le Lego. Son comportement depuis les quinze premières séances pendant ce jeu montre une tension psychique (énervements) et somatique (contraction, tonicité) qui émerge. Dès que l'objet résiste, quand l'enfant n'arrive pas bien à emboîter ou élaborer ce qu'il se représente, cette tension globale advient et parfois pousse l'enfant jusqu'à la colère et au rejet brusque du jeu (auquel il revient rapidement par la suite). Hormis ce phénomène d'excitation circonstancielle qui éclaire sur le fonctionnement de la personnalité de l'enfant, je n'ai pas observé chez Nathan une autre logique systématique s'établissant entre les instabilités et le jeu en séance, ce sont plutôt les thèmes ou les contenus issus d'un jeu qui influent sur les agirs-actions (en stimulant ou en inhibant), il y a des séances où aucun l'instabilité n'apparaît pas et d'autres où elle envahit l'enfant ; cette irrégularité symptomatique rappelle par ailleurs qu'il existe dans l'instabilité une détermination psychodynamique liée aux contenus et aux cadres relationnels.

Avec le Lego, **Geoffrey** (8 ans) joue beaucoup et essaie souvent (en y parvenant quelquefois) de créer des maisons aux formes et architectures quelque peu extravagantes. Outre les formes irrégulières de la maison qui rappellent les agirs et les investissements désorganisés de cet enfant, il est apparu que lors d'une séance, Geoffrey a construit une telle maison qui a presque pris une allure de maison-bonhomme, sa réalisation évoquait une métaphore corporelle globale, une représentation du corps dans l'espace. Pour réaliser cette maison, l'enfant était assez stable sur sa chaise et est resté la séance entière sur cette tâche. Rapidement, je constatais que plus la construction prenait une forme de maison-corps, et plus apparaissaient des agirs parasites, des mouvements de plus en plus grands des jambes, des mises en mouvement des pièces (les faire tourner sur elles-mêmes, les lancer dans la caisse à Lego, je voyais aussi des essais et erreurs d'ajustement de plus en plus fréquents – parfois il prend les mêmes pièces mais de couleurs différentes et les essaie tour à tour sans arriver à en fixer une). Pendant cette phase du jeu, Geoffrey ne répond plus à mes questions, le repli est ici aussi une marque de la centration sur la maison-corps, je ressens que ce repli est indispensable à l'enfant (noter que l'enfant instable en général est peu sensible aux sollicitations externes quand il est agité).

Il semble que l'apparition progressive de ces instabilités renvoie à des agirs-actions et à une RCA qui viennent s'infiltrer dans le processus de pensée de l'enfant. La représentation de la

maison, de l'objet investi, prend du sens au sein de la progression du jeu (soit le sens métaphorique corporel, soit plus simplement le sens d'un objet total constitué ou en voie de constitution et pouvant recevoir des investissements). Plus cette représentation trouve un écho dans la réalité externe (la construction de la maison Lego), plus l'enfant investit son projet (la représentation de la maison) et c'est au travers de cette progression que les agirs-actions s'amplifient et prennent une allure symptomatique alors qu'ils participent au fonctionnement psychique de l'enfant. Les transformations successives de la maison qui génèrent une forme puis une autre, dans une direction puis une autre, ses aspects contenant et structurés (volumes et murs-parois), seraient des figurations d'une enveloppe somato-psychique de l'enfant, *i.e.* une enveloppe psychique qui délimite les sensations des transformations (du mouvement) par rapport à l'espace extérieur. L'enfant construit sous la forme d'une présentation matérielle (Lego) quelque chose de son espace psychique où le mouvement corporel tient une place particulière (à la fois comme source [maison-bonhomme distordue] et comme contenu ou produit [les instabilités émergentes]).

Comme dans le cas de Nathan, l'exemple de Geoffrey présente l'émergence d'une tension (somatique et aussi psychique) qui prend son origine et se confond dans le fonctionnement imaginaire de l'enfant instable, imaginaire qui se met en liaison avec un objet externe. Les agirs apparaissant être le "fil" de cette liaison. Donc, à partir d'un objet (son image puis sa réalisation) mais aussi à partir du halo sensoriel des contacts sujet-objet, et enfin à partir des gestes, transformations et désirs moteurs, on constate que les agirs-actions s'infiltrèrent et participent au fonctionnement psychique de l'enfant alors qu'il s'agit pour l'observateur de l'apparition de l'hyperactivité. En tant qu'image de soi et du soi mobile face à l'autre, la RCA traduit d'une certaine manière la façon dont l'enfant s'est approprié son propre corps, il s'agit ainsi d'un produit intime et paradoxalement lié aux caractéristiques réelles et fantasmatiques sur le versant maternel qui ont marqué ou imprégné le fonctionnement du corps infantile.

♦ *Destins des affects de déplaisir.*

A partir des travaux de C. de Tyche et coll. (1991, 1994a, 2000) sur la symbolisation des sources pulsionnelles et la mentalisation des affects associés, on peut penser que la gestion de l'affect de déplaisir par la voie corporelle serait possible chez l'enfant instable, avec des effets invalidants pour le développement et le fonctionnement psychique. Cette dynamique affective dans la mentalisation ne serait pas totale car force est de constater au plan clinique que les enfants instables ont plus ou moins de possibilité de fantasmer – dans les jeux et les échanges verbaux – et de mettre en lien affects et représentations en exprimant des souffrances du registre de la dépression ou de l'agressivité (voir ci-dessous l'observation de Laurent). Cette observation est également rapportée par M. Berger (1999) qui ne voit pas dans l'instabilité l'équivalent d'une défense maniaque. Quelquefois, il existe des variations d'humeurs sans que le contexte affectif global de l'enfant soit de type antidépressif ou d'un

vécu de perte d'objet réalisée, il y a plutôt en jeu une fragilité psychique montrant la faiblesse des intégrations narcissiques. La distinction est ici importante car la défense maniaque intervient comme protection contre l'effondrement du sujet dans une dynamique de nature psychotique où l'objet et le sujet sont peu différenciés, alors que la problématique dépressive accompagne la relation d'objet dans un contexte de dépendance dans un autre type de personnalité (voir les travaux de J. Bergeret, 1974, 1986, sur les organisations limites et l'angoisse anaclitique). C'est une partie seulement des affects dépressifs qui peuvent être exprimés par le biais de tensions corporelles. Par ailleurs, les difficultés de type dépressif chez les adolescents et jeunes adultes ayant été des enfants instables sont souvent mises en évidences (Biederman et coll., 1991a, 1996 ; Duché, 1996 ; Petot, 1998, 2001 ; Massie et Szajnberg, 1998 ; Mouren-Siméoni et Bange, 2000 ; Snow et coll., 2001). Ces affects seraient liés à la problématique anaclitique qui tend à organiser la personnalité infantile (*cf.* chap.2), et nous pensons qu'en affleurant, ils participent à la dynamique affective (ressentis, vécus) sans être déniés et supprimés du champ de l'expérience.

Observations cliniques

Laurent (7 ans), moyennement instable, sévèrement inattentif, montre quelquefois dans les jeux en séance une fantasmatisation qui prend en compte l'angoisse dépressive. Ces affects qui sont attribués par identification projective aux personnages (animaux) mis en scènes marquent la possibilité qu'ils ont d'être pris en compte par l'appareil psychique de l'enfant même si c'est inconsciemment. Laurent n'en laisse par contre rien paraître dans ses discours, et la gestion des affects dépressifs dans son quotidien apparaît problématique, par exemple lors du décès subit de sa grand-mère maternelle (accident de la circulation) où l'enfant n'a quasiment pas montré de souffrance affective (au grand étonnement de sa mère qui a relevé une augmentation sensible de l'inattention et des agirs à la maison, l'école n'ayant rien remarqué). Cependant il semble qu'il n'y avait pas en jeu de procédé maniaque. En effet, on ne retrouvait pas de comportement d'excitation maniaque euphorique ou de défiance particulière vis-à-vis de l'adulte et de l'extérieur en général, le rapport à la réalité ne montrait rien d'atypique et, de plus, le comportement de l'enfant était à la maison différent de l'école, et surtout l'apparition dans les projections imaginaires au cours du jeu en séance montrait une possibilité, même si elle est réduite, de lier l'affect dépressif à des représentations (d'objet ou bien représentations de relation). Le cadre contenant de la séance permettait cette dynamique d'élaboration. Laurent a inventé un jeu de rôle où les personnages (une femme et un homme faits de Lego) pouvaient se plaindre d'être tristes et seuls, les reproches se portaient sur un coupable assez mystérieux qui n'apparaissait pas réellement ; Laurent manifestait une nécessité de créer des liens avec des objets de "remplacement" dès qu'un objet disparaissait dans le jeu, le tiers mystérieux était alors souvent invoqué comme objet d'échanges agressifs ou congruents. Le décès de la grand-mère a beaucoup plus éveillé chez l'enfant des inquiétudes quant à la présence et à l'absence de sa propre mère ; celles-ci étaient pour moi

observables, verbalisables, interprétables, elles existaient dans le champ intersubjectif et il est difficile dans ce contexte d'évoquer un procédé maniaque opérant, celui-ci aurait évincé ces traces affectives. C'est vers la fin du suivi psychologique (arrêt pour cause de déménagement de la famille) que des angoisses dépressives ont mieux émergé, et cela se produisait uniquement lorsque Laurent était en colère contre un des parents (il était exigeant avec eux et son intolérance à la frustration conditionnait beaucoup les schémas relationnels parents-enfant et surtout mère-enfant). L'enfant se fâchait et, débordé par ces tensions, il se décompensait sur un mode dépressif avec un sentiment manifeste et pouvant être verbalisé d'abandon ou de dévalorisation. Au cours du travail avec Laurent, j'ai toujours senti cette angoisse d'abandon, il ne s'agissait pas d'une crainte d'effondrement comme on pourrait en ressentir face à un enfant psychotique. Un des bénéfices thérapeutiques pour l'enfant a été de pouvoir dire à sa mère l'inquiétude qu'il avait de ne pas être chéri, choyé voire satisfait par elle. Un autre bénéfice important a été le retour d'un potentiel de concentration adéquat.

1.2.2. La représentation corporelle d'action comme faille de symbolisation.

S'appuyer sur des avancées théorico-cliniques de R. Roussillon permet de faire intervenir la notion de RCA et d'agir-action dans une explication de l'agir du point de vue de l'élaboration psychique. L'auteur donne une formule freudienne : « *rien n'est dans la pensée qui ne fut d'abord dans les sens* » (1995, p.1481). On voit alors l'importance des proprioceptions associées aux agirs dans l'instabilité lorsqu'on se place du point de vue du processus de symbolisation.

♦ La symbolisation dans l'agir instable.

La représentation d'action dont il est question dans nos propos ne constitue pas une mentalisation mais il s'agit d'un certain travail d'élaboration psychique lié à l'agir et au comportement de l'enfant. Nous avons proposé (*supra* p.31) qu'un certain matériel psychique ne peut être pensé ou ne serait pas assez pensé car il est pris dans un désaccordage relationnel avec la mère. Ce trouble de symbolisation se situerait dans le modèle de R. Roussillon (1995, 1997) au niveau du passage de la *symbolisation primaire* à la *symbolisation secondaire*. La première est d'abord non-représentative puis représentative-de-chose : chose issue de l'éprouvé sensoriel et appelée indice perceptif. Dans notre point de vue sur l'IPM, il s'agit à l'origine de la représentation corporelle d'action : d'essence corporelle, elle contient les indices perceptifs cœnesthésiques inhérents aux mouvements du corps. À ce niveau primaire et d'après l'auteur (*ibid.*), la représentation-chose de l'indice perceptif est intégrée au Moi

pour y être subjectivée car elle est mise en relation avec certaines représentations internes activées ; elle est insérée dans un contexte d'organisation narcissique et pulsionnelle signifiant pour le Moi. Dans notre réflexion, les représentations activées qui donnent un sens contextuel subjectif à l'excitation sensorio-motrice proprioceptive sont du registre du lien rigide à l'objet maternel altérant l'usage de la motricité : le matériel psychique «non pensé ou pas assez pensé» s'inscrirait essentiellement dans ce registre relationnel et narcissique pathogène pour le Moi (cf. chap.2). La symbolisation primaire s'élaborerait rarement ou difficilement vers la secondaire ; cette dernière est représentative-de-mot, dégagée de la trace corporelle, le mot pouvant s'intégrer au préconscient/conscient en réalisant une mentalisation de la perception et de l'imaginaire.

L'agir-action s'établit ainsi dans une sorte de court-circuit du processus de symbolisation secondaire et cela de façon privilégiée et répétée. Ce court-circuit s'entretient surtout par le rapport étroit existant entre d'une part la représentation corporelle des indices proprioceptifs de l'agir et d'autre part des expériences motrices constituant le contexte relationnel mère-enfant pathogène déjà évoqué. La symbolisation des limites de soi et de l'objet, des limites du geste sont difficiles pour l'enfant : qui influe sur qui, sur quoi, où se trouvent ses espaces et ceux de l'autre ? Au final, le trouble de symbolisation conduirait à une difficulté de mentalisation¹⁴ qui s'exprime cliniquement en partie par la voie comportementale, laquelle contient alors suffisamment les énergies pulsionnelles et affectives en jeu.

La représentation corporelle d'action porte un rôle de *représentation de soi*. Cette notion se distingue et recouvre celles de schéma corporel et d'image du corps (Sanglade, 1983 ; Chabert, 1998). Cliniquement indissociables, ces trois termes sont théoriquement imbriqués, depuis le corporel (schéma), en passant par des traces du vécu de soi (l'image), vers le sentiment de soi en relation dans le monde (représentation) : « *la représentation de soi se trouve ainsi au carrefour de l'éprouvé narcissique et de la vie relationnelle* » (Sanglade, *ibid.*, p.106). La représentation de soi est évolutive, elle se construit et se modifie au cours du développement de l'enfant en fonction des expériences corporelles, émotionnelles, sociales du sujet : cette représentation est une figure de l'insertion du sujet dans le monde, **elle a directement à voir avec son identité**. Ce concept est intéressant pour sonder les développements du corps et de

14. Au sens de J. Bergeret et C. de Tychey : « pour Bergeret la mentalisation correspond à l'utilisation mentale qu'on va faire de l'imaginaire [...] : la mentalisation est une attitude où l'imaginaire est traité, élaboré, utilisé en tant qu'imaginaire ; c'est à dire sur le plan de représentations qui restent dans le domaine mental [...] le comportement est là pour utiliser l'imaginaire dans un modèle relationnel qui n'est pas mentalisé, qui passe par des actes au lieu d'être mentalisé » (de Tychey, 1994a, p.244-245).

l'identité dans le lien à la mère (d'autant plus qu'au plan méthodologique l'usage de la méthode projective est particulièrement pertinent pour étudier cette notion).

Nous proposons une **quatrième hypothèse théorique**.

L'agir émergerait d'une représentation motrice. Cette représentation corporelle d'action s'inscrit dans une symbolisation primaire des excitations internes et externes (représentation primaire, représentation-chose) et contribue à la représentation de soi. Cela entraînerait des agirs-actions qui constituent la source de l'instabilité motrice dans une dynamique interne circulaire et répétitive.

♦ *L'agir comme ancrage aux sensations corporelles.*

La RCA a été présentée comme témoignant au final d'une faille d'élaboration symbolique. Faille ne veut pas dire faillite. Si l'on suit le modèle de R. Roussillon (1995), l'acte est une forme primaire de symbolisation. La difficulté de mentalisation concerne la liaison intrapsychique des excitations et des affects ; ces objets trouvent difficilement une issue pour se dégager du système corporel de base, et ils ne peuvent pas alors évoluer dans le domaine mental et s'inscrire dans l'appareil psychique comme des expériences subjectives significantes. Il y a un attachement particulier d'une partie de la psyché de l'enfant aux sensations kinesthésiques et aux mouvements corporels. L'instabilité montre un certain "désaccordage" du sujet avec ses expériences et plus loin avec son monde interne, ses espaces propres.

Des théorisations de M. Berger (1992), s'appuyant sur celles de B. Gibello (1984), rappellent que dans le développement normal les débuts de l'activité de représentation sont fondés sur le fait que « *la perception des mouvements des muscles et des articulations lors de la répétition de schèmes moteurs est la première ébauche de la représentation psychique* » (p.78). Selon M. Berger, les individus qui ne peuvent faire l'expérience d'un environnement leur permettant d'élaborer des schèmes moteurs cohérents vont répéter de façon inlassable certains gestes de la première année de leur vie. B. Gibello (*ibid.*) montrait que les schèmes d'activité musculaire chez le jeune enfant ont l'importance d'un contenant de pensée capable d'engendrer ultérieurement des représentations. M. Berger (*ibid.*, p.77) rappelle aussi que « *l'observation directe des enfants montre que l'activité exploratoire est d'abord manipulatrice* ». L'auteur propose alors que le sujet "pense" d'abord avec ses muscles, et que les premières façons plus ou moins organisées d'entrer en contact avec le monde sont musculaires ; A. Green (1985) évoque la *main psychique*. On comprend qu'être en relation par

l'intermédiaire de l'agir serait une partie intégrante du développement. Chez l'enfant, la mise en action du corps n'est pas seulement une régression pathologique d'un niveau mental à un niveau comportemental car au plan ontogénétique elle est d'abord une forme d'expression d'images et d'affects. L'agir infantile est une dimension développementale qui implique le corps, le psychisme et les contacts avec l'environnement. **Ainsi, l'instabilité psychomotrice apparaît comme une difficulté du développement, difficulté à intégrer ou organiser l'agir le long du développement moteur et de l'évolution intersubjective.** Le mouvement peut être étudié alors comme la marque d'un développement problématique de la motricité corporelle et des images que la psyché s'en fait au-delà de la première année de vie.

En suivant les pistes de M. Berger (1992, 1999), S. Tisseron (1994) et D. Anzieu (1987, 1994b), il semblerait que l'agir instable constitue une forme de fixation, non pas libidinale (au sens freudien) mais plutôt un *statu quo*, un ancrage sensoriel de l'appareil psychique en cours de développement, ancrage aux sensations typiques des grandes motricités et aussi à une enveloppe somato-psychique du mouvement ; cela évoque une perturbation d'une fonction en *voie de constitution* (Sami-Ali, 1987, 1998) ou en *latence d'agencement* (Berger, 1992). Une pathologie infantile tel que l'IPM serait corrélative d'une organisation psychique profonde et spécifique, le travail psychologique avec ces enfants le montre bien. Si l'instabilité revêt une allure de désorganisation, il s'agit de son allure symptomatique donnée à voir à l'observateur. Les mécanismes spécifiques et la nature du symptôme seraient à l'inverse très organisés et pèseraient lourdement sur les dynamiques psychiques développementales de l'enfant.

Nous proposons une **cinquième hypothèse théorique** qui découle de la quatrième.

L'organisation profonde et durable des agirs de l'instabilité constituerait en temps normal un système suffisant pour traiter les excitations intra et intersubjectives, et dans ces conditions la voie comportementale dominante et privilégiée ne serait pas complétée par le recours à la voie somatique. Cela renverrait à un trouble de mentalisation ponctuel mais répété et portant sur les affects de dé plaisirs et les sources pulsionnelles.

◆ Remarques sur la notion d'agir-action.

Le terme d'agir-action utilisé conjointement à celui de représentation corporelle d'action nous aide à préciser ce que l'agir de l'instabilité a de particulier parmi la catégorie plus générale du comportement chez l'enfant. L'agir-action serait un agir comportemental (motricité fine ou globale) qui ne présente pas de but en soi mais demande à se présenter dans

l'action du corps. Les agirs-actions peuvent être mis au service de la pulsion (en particulier la dynamique dite anale) selon le but et l'objet *hic et nunc* de celle-ci ; ils peuvent aussi servir plus directement à une décharge d'énergie interne ou de tension psychique. Il s'agit d'un agir d'origine non consciente, inséré dans la continuité du tonus corporel et directement lié à la cœnesthésie proprioceptive ; il est inhérent à la représentation de soi, au vécu de continuité de soi. Ce serait une "brique élémentaire", une unité minimale de l'agir instable qui, lui, se présente cliniquement comme un flux de comportements et d'actions. C'est ce flux d'agirs mêlé aux relations globales de l'enfant que le clinicien appelle instabilité psychomotrice. L'agir-action n'est donc pas directement l'agir instable, ce dernier est clinique et symptomatique, complexe et probablement surdéterminé. Les instabilités motrices sont à la fois la source et aussi le produit de grandes quantités de proprioceptions, en contingence peu ou prou avec des ressentis émotionnels : il y aurait ainsi en continu le potentiel ou la possibilité pour l'appareil psychique de l'enfant de générer une représentation corporelle d'action. Tous ces arguments nous amènent à comprendre l'instabilité comme un symptôme, un écueil, une conséquence d'un développement troublé.

Le premier chapitre est maintenant achevé. Nous allons maintenant étudier la problématique de séparation progressive mère-enfant au cours des déambulations dans le développement moteur infantile, ainsi que le rôle des représentations motrices de soi dans cette séparation.

Chapitre 2

Déterminants relationnels moins précoces de l'instabilité altérant les relations d'objet

La notion de représentation corporelle d'action s'inscrit totalement dans ce second chapitre où sont étudiées certaines relations entre la mère et l'enfant devenant instable, avec leurs répercussions sur l'entourage au fur et à mesure du développement. S'il est nécessaire de prendre en compte les premiers temps du développement somatique et psychique de l'enfant, il s'avère que l'hypothèse de dépression maternelle ou de défense contre les angoisses primitives, prise isolément, ne fait pas l'unanimité chez les cliniciens. Le poids des développements des relations d'objet et de leurs avatars paraît important. Les théorisations liées à la dépression maternelle seront prises en compte car celle-ci a une importance au plan clinique mais ce sera fait dans une optique différente. Dans les réflexions qui vont suivre, le repère central devient la période d'apprentissage de la marche avec ses corollaires d'individuation infantile, il s'agit là du cadre d'expression symptomatique spécifique de l'instabilité psychomotrice. La période entre la naissance et le moment où la pathologie est bien établie recouvre une multitude d'expériences narcissiques pour l'enfant et déjà une infinité d'expériences relationnelles au travers desquelles vont être éprouvées les premières enveloppes psychiques ; les parents et la mère en particulier ont interagi avec l'enfant en imprégnant constamment la relation de leurs fantasmes, défenses, plaisirs et angoisses. Il existe ainsi un large espace (temporel, spatial, interactif) entre la naissance et l'autonomie motrice de l'enfant où s'instaure la parentalité par le jeu identificatoire et les effets générationnels sur le système relationnel infanto-parental.

Proposer qu'il existe des déterminants qui seraient plus tardifs que ceux touchant précocement les enveloppes psychiques mais plus actifs dans le temps permettrait donc d'approcher « *l'impact de la problématique parentale sur l'organisation à plus long terme du psychisme de l'enfant* » (Golse, 1994, p.90). Chez l'enfant devenant instable, avant trois ans et dès le début de sa motricité véhiculant un désir d'agir dans le monde ou sur soi¹⁵, se poserait

15. Il y a ici le cadre plus large des déambulations, les actions autonomisantes conscientes ou non, l'expérimentation par l'enfant de sa force et les effets de cette force sur les objets du monde mais aussi sur le corps propre et celui de l'autre.

une problématique singulière induite par des enjeux relationnels maternels. Il pourrait s'établir une contrainte pesant sur le lien mère-enfant et plus précisément sur l'autonomisation des actions et des représentations d'actions infantiles. La question concernerait alors les espaces psychiques du corps propre infantile dans le tissu relationnel.

2.1. Organisations précœdiennes et relation d'objet anale.

2.1.1. Réflexions cliniques et psychodynamiques sur la phase anale de la libido.

Il paraît utile de présenter quelques repères sur la notion "d'analité" dans le champ de la psychanalyse pour formuler ultérieurement des hypothèses qui y sont relatives. En effet, des études mettent particulièrement en avant la libido dite anale et ses organisations dans l'IPM (Malarrive et Bourgeois, 1976 ; Dolto, 1984 ; Flavigny, 1988, 1996 ; Berger, 1992 ; Valentin, 1996). Elles relèvent que c'est dans l'action du corps, sa dynamisation, ses contractions et tensions musculaires qu'il est possible de repérer la marque de la pulsion anale et de sa dynamique. C'est aussi à travers les schémas relationnels dominants de l'enfant, et en particulier avec sa mère, que l'on retrouve des indices cliniques impliquant la phase anale du développement : le contrôle de l'objet, la problématique de dépendance/indépendance, la distance sujet/objet, l'agressivité contre un objet total ou le soi, etc., sont autant de marqueurs évoquant les spécificités de cette phase (Freud, 1905, 1908, 1913, 1926 ; Abraham, 1924). Dans leur étude concernant l'importance de la motricité dans la relation d'objet, P. Marty et M. Fain (1955, pp.239, 251) parlaient de « *motricité pulsionnelle* » pour lier l'agir à une poussée pulsionnelle ; la motricité pulsionnelle anale est directement liée au geste, au contact avec l'objet par l'agir corporel. Néanmoins, pour étudier la notion d'analité dans le champ de la clinique infantile, il est possible de ne pas considérer la musculature comme inscrite par essence dans l'analité mais plutôt de **considérer l'analité dans le cours du développement infantile comme un cas particulier de la musculature et du développement corporel moteur, des espaces et fonctionnements corporels**. Les espaces psychiques et les espaces corporels chez l'enfant seront conçus comme les contenant de base des nouvelles situations, motivations et possibilités émergeant de la maturation du corps et de la relation d'objet. Ce second stade libidinal apparaît être un pivot entre la problématique du besoin et celle du désir, entre les relations à l'objet partiel et celles à l'objet vraiment total, entre le narcissisme

et son intégration dans le sexuel phallique œdipien (Bergeret, 1995). D'après M. Berger (1992), l'organisation anale de la pulsion permet de renverser en indépendance ce qui fut la dépendance orale antérieure à l'égard de l'objet maternel et d'autrui. Alors, pour le sujet, le but devient de se faire plaisir seul sans assujettissement aux objets externes et il s'accompagne d'un fonctionnement imaginaire spécifique qui pose la réalisation du désir sur le mode autonome, sans attente et sans effort. La pulsion anale devra être "éduquée" pour participer harmonieusement à la continuité du développement. Au cours de l'organisation anale de la pulsion, le sens de la globalité s'acquiert et les contenants de pensée s'organisent plus précisément, mettant en exergue le "fonctionnement de la partie et du tout" (Berger, *ibid.*). Ces propositions montrent une des difficultés développementales essentielles liées à cette période, le travail psychique infantile va être d'organiser une position psychique entre la dépendance sous contrôle de l'objet maternel d'un côté et de l'autre l'autonomie impulsive désorganisatrice. Au-delà du sphincter anal, le corps est au centre de la problématique.

Pour J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1967), le stade anal renvoie à une relation d'objet spécifique dont un des supports majeurs est le développement somatique de la musculature et de l'action musculaire. La question de la pulsion d'emprise est d'emblée posée dans les pathologies "anales". On peut souligner, comme le ces auteurs, que la relation d'objet anale s'établit avec un objet total extérieur opposé et étranger au sujet ; la conflictualité met en présence deux sujets dont les préoccupations seront surtout les liens interpersonnels réels et fantasmatiques. Le sadisme est dynamiquement lié à l'activité anale et à la pulsion d'emprise ainsi qu'à l'agressivité envers l'objet (*ibid.*). J. Bergeret (1995) montre que la musculature sert de source à la pulsion d'emprise à un premier niveau d'organisation de la libido (réjection du premier sous-stade anal), et sert au besoin de maîtrise à un niveau plus élevé d'organisation (rétention du second sous-stade anal). Agressivité et action du corps peuvent être facilement associées, en particulier en cas de difficultés relationnelles lors des phases anaales de développement.

Une précision semble ici nécessaire : La représentation corporelle d'action et ses agirs-actions ne sont pas directement tributaires d'une motivation anale agressive, la RCA renverrait d'abord au corps global de l'enfant, à son identité somatique, ses limites et ses transformations possibles. Mais l'agressivité, reliée à l'objet par la musculature, peut être investie dans la RCA et alors s'inscrire dans le tissu relationnel. L'agir instable peut participer à traduire une tension agressive entre le sujet et l'objet mais il n'est pas en soi agressif. Il n'a pas de but envers l'objet, au moins au départ, bien que l'acte puisse être investi et chargé secondairement d'un objectif particulier, en fonction de conditions intra ou intersubjectives

circonstanciellées et de plus en plus quand l'enfant grandit. J. Bergeret (*ibid.*) explique que le passage à la maîtrise anale (le second sous-stade) n'est pas systématiquement agressif car il s'agit bien plus de satisfaire un plaisir narcissique par la réception, l'émission et la contention d'apports extérieurs. Selon l'auteur, cette phase de maîtrise risque d'être élaborée sur le mode de la réjection sadique et agressive à cause de difficultés relationnelles : accéder à la maîtrise devient alors un problème développemental insoluble. La personnalité de l'enfant instable serait fragilement organisée autour de la divided-line, *i.e.* qu'elle aurait pour l'essentiel dépassé la période anale de réjection violente, sans avoir pleinement réalisé les intégrations narcissiques de la maîtrise anale.

Enfin, notons que le stade anal met en évidence une autre problématique que celle de sa relation d'objet spécifique. **Il y aurait la question de la marche et des déambulations, celle de l'activité musculaire tonique et du développement moteur global (dépendance-autonomie corporelle et subjective).** Ce "stade locomoteur", comme il est parfois nommé (Wallon, 1934 ; Royer, 1978 ; de Tychev, 1993), correspond au stade anal freudien (Freud, 1905, 1913) élargi par une réflexion portant sur la problématique de l'apprentissage de la marche qui le traverse ; il s'agit alors en fait des franges de développement psychosexuel et relationnel inscrites dans une problématique des grandes motricités corporelles. Ce stade locomoteur correspond à une période relativement large où l'autonomie motrice est très importante parce qu'elle soutient *l'affirmation de l'individuation identitaire infantile* (de Tychev, 1993) ; nous reprendrons largement cette dernière notion au cours de ce travail car elle nous semble représenter le point clé de nos réflexions et recherches sur le développement infantile.

2.1.2. Fixations préœdipiennes et significations "perverses" de l'instabilité.

Ch. Flavigny (1988, 1996) apporte une hypothèse concernant les écueils des développements œdipiens et particulièrement le garçon (rappel : sex-ratio 5/1).

La dynamique en jeu est la suivante selon l'auteur.

Le désir œdipien du garçon apparaît comme réalisé car l'imaginaire maternel induit inconsciemment des sollicitations incestueuses (le conflit œdipien est rendu irréprésentable psychiquement), les comportements du garçon représenteraient des gestes d'une défense agie face à une peur de l'inceste envahissante. Parallèlement, la mère est fixée avec l'enfant dans un commerce de type anal où les désirs agressifs inconscients envers l'enfant sont contre-investis et masqués par les fantasmes incestueux. La position du père est disqualifiée dans ce

contexte, ce qui voile ou évacue la haine du rival de même sexe pour l'enfant. Et toute l'excitation en jeu dans l'instabilité du garçon est de nature sexuelle, ressortissante à la sexualité anale. Cette organisation libidinale fige l'enfant dans son développement, d'où aussi une difficulté à penser la distance entre les objets.

Ch. Flavigny (1996) évoque dans ce contexte fantasmatique une faible intériorisation des interdits et une faible intégration des identifications structurantes (du registre œdipien). Il conçoit par ailleurs une signification à l'IPM : une impossibilité d'intériorisation d'une référence sexuelle masculine, ce qui tend à expliquer la sex-ratio comme un reflet d'une incidence majeure de la sexualité infantile psychique dans l'espace relationnel. Pour l'auteur, l'instabilité psychomotrice équivaut à une satisfaction motrice trouvée face à une excitation diffuse du corps ; cette excitation ne pouvant trouver une dérivation normale par l'auto-érotisme masturbatoire. Au sujet de la place du père, Ch. Flavigny (1998, p.202) précise l'existence chez l'enfant « *d'une dimension provocatrice à l'égard d'une autorité (de registre paternel) à la fois sollicitée et récusée* ». L'auteur (1988, 1996) donne de l'importance à la dimension agressive ; du côté de la mère essentiellement et aussi du côté de l'enfant avec l'idée d'une provocation directe du garçon envers le père. Malgré cela il y aurait chez l'enfant une association seulement inconstante de manifestations bruyantes de type agressivité agie ou destruction. L'auteur donne de l'importance à une tendance dépressive omniprésente chez l'enfant qui témoigne d'une sensible fragilité des objets internes répercutée dans la difficulté d'élaboration du conflit œdipien.

Les perspectives de Ch. Flavigny se retrouvent en partie chez E. Valentin (1996).

Pour E. Valentin, l'excitation interne est vécue comme venant du monde externe, l'agitation serait une tentative illusoire de recréer un pare-excitation. Une activité fantasmatique est néanmoins greffée sur cette agitation, un refoulement est associé à ces fantasmes dans leur dimension œdipienne. L'angoisse de castration œdipienne est centrale et inélaborable car elle dépasse les capacités de liaison du Moi de l'enfant, l'instabilité est pour l'auteur « *comme un refoulement [des composantes œdipiennes] dont les rejets sont les actes moteurs* » (*ibid.*, p.123).

E. Valentin note que les parents présentent en général une fantasmatique riche où l'enfant est vécu comme une partie d'eux-mêmes, sans qu'ils n'en aient jamais conscience. Les perspectives de Ch. Flavigny et de E. Valentin conçoivent, pour l'essentiel, que l'IPM serait le résultat d'un conflit intrapsychique, avec une étiologie sexuelle importante et une définition de l'agir instable comme un symptôme freudien (formation de compromis) ; il s'agirait pour ces auteurs des conséquences d'une dynamique œdipienne trop difficile à élaborer. Ce point de

vue théorique sera en grande partie rejeté par l'ensemble de nos réflexions (chap.1 et 2) qui montrent que les déterminants de l'IPM s'établiraient à d'autres registres et au-delà de la seule hypothèse d'un conflit intrapsychique.

Les travaux de J. Ménéchal et coll. (1999, 2000, 2001) apportent des idées différentes.

L'hypothèse originale se fonde sur l'idée d'un déficit de l'auto-érotisme, il s'agit d'étudier l'instabilité comme une solution psychique pour l'enfant voisine de celle que met en scène l'adulte dans la problématique perverse. La problématique de l'enfant repose au départ sur des carences de l'environnement (en référence à D.W. Winnicott, 1971, avec *l'espace potentiel* et *l'objet transitionnel*) et des carences des apports auto-érotiques. L'auteur se réfère à l'agir instable comme à une fixation sur l'activité à la place d'un objet. Devant la nécessité de gérer des failles narcissiques, l'enfant devenant instable userait de défenses de type maniaque, et les carences d'apports auto-érotiques conduiraient à une fétichisation de l'acte. Le "fétiche" est alors l'agir qui s'implante et perdure au cours de l'ontogenèse.

Il s'agit pour l'auteur d'une potentialité perverse et d'une pathologie du lien à l'objet primaire ; il propose que la problématique de l'IPM conduise à une réflexion théorique sur la possibilité d'une *perversion infantile pathologique*. J. Ménéchal (1999, 2000) avance que le déficit de l'auto-érotisme chez l'enfant est tenté d'être rééquilibré dans l'interactivité par la mise en mouvement supplétive de l'excitation de l'autre et par la présence de l'autre ainsi constituée, mais sans que celle-ci puisse s'inscrire dans une perspective symbolisée d'échange. Le sujet hyperactif provoque la mise en mouvement de l'agir corporel et transgressif de l'autre. Le mécanisme invoqué ici est celui d'*alliance introjective* où « *l'enfant introjecte une place virtuelle de l'autre, qui devient lui-même capté par l'enfant qui le sollicite en retour afin de l'aider à supporter les effets potentiellement débordants et destructeurs de cette introjection* » (2001, p.112). Ce serait dans sa capacité à mobiliser l'agir de l'autre que se manifesterait la particularité de cette pathologie, et ce serait là que le déficit d'auto-érotisme (avec la difficulté à instaurer une relation objectale) induirait au final « *une fonction psychique supplétive que peut remplir l'hyperactivité* » (*ibid.*, p.121). En effet, la clinique montre que rapidement l'IPM n'appartiendrait plus seulement à l'enfant et résulterait d'une construction conjointe d'ordre intersubjectif, mettant en tension les bases narcissiques infantiles mais aussi celles de l'autre. C'est précisément cette conjonction narcissique qui participerait à la ténacité de cette pathologie, les sujets étant impliqués profondément dans leur personnalité. On constate aussi que l'enfant mobilise excessivement l'attention de l'autre et l'oblige à maintenir une relation duelle exclusive et dense ; c'est une des caractéristiques majeures de l'IPM que de solliciter et provoquer l'environnement. J. Ménéchal (*ibid.*, p.110)

parle à ce sujet du *transfert des compétences attentionnelles* de l'enfant vers l'autre mobilisé, il y a une implication mutuelle enfant-autrui qui s'institue et restreint la relation intersubjective.

Nous proposons une **sixième hypothèse théorique**.

L'enfant instable présenterait une personnalité de statut préœdipien et de fonctionnement dysharmonique, cette personnalité serait particulièrement marquée par des fixations anales et autres prégénitales qui renverraient à des difficultés narcissiques et objectales limitant le développement, en particulier celui des dynamiques œdipiennes.

2.2. Les valeurs relationnelles de l'agir instable : une pathologie de l'individuation identitaire.

Des avancées théoriques de F. Dolto (1984) vont servir de point de départ pour approcher l'instabilité psychomotrice infantile sous d'autres angles de vue, la *castration anale* est un concept utile pour réfléchir aux problèmes touchant la motricité dans l'individuation identitaire infantile. Pour Sami-Ali (1998, p.72), « *paradoxalement, ce qui se passe dans le corps ne se passe pas dans le corps mais dans une relation implicite à l'autre* » puisque « *le psychique est relationnel et l'organique également* » (p.82). La musculature et la motricité ne sont pas réductibles à l'analité, les dynamiques anales constituent un moment particulier du développement moteur et corporel. Le but à présent est de mieux expliquer la valeur relationnelle de la mobilisation corporelle pour l'enfant et pour la mère¹⁶, particulièrement aux moments où il apprend à déambuler.

2.2.1. Le statut d'objet pour l'enfant : constitution d'un lien de dépendance.

H. Wallon (1942) proposait que, lors de la période de 12 à 24 mois du développement psychomoteur, le geste ait une finalité expressive et identitaire ; l'enfant se constitue une représentation de son propre corps et de ses effets sur le monde. Ensuite, peu à peu, le psychisme voit renversée sa dépendance en indépendance, il s'agit de la nécessité de remettre

16. À ce sujet, les travaux de J.-M. Gauthier (1993 ; 1995 ; 1999a,b,c) ont été pour nous un support à l'évolution de nos positionnements cliniques et théoriques par l'induction d'une épistémologie différente et à forte valeur heuristique.

en une forme nouvelle un lien qui serait sinon périmé et ne permettrait plus au sujet de se développer. J.-M. Gauthier (1999b, p.69) montre que « *dès la naissance, en effet, le corps de l'enfant appartient à l'autre (sa mère et l'entourage de celle-ci), et l'appropriation de ce qui constituera un des socles les plus solides de notre identité, révèle la mise en route d'un processus de création radicalement imaginaire* ». Les développements des structures somatiques et psychiques permettent de constituer un espace subjectif et la continuité du développement dans la phase dite anale va permettre d'organiser cet espace infantile. Les discussions qui vont être menées ci-dessous émergent de la première acception du concept de castration anale de F. Dolto (1984). Il s'agit d'une prise de distance entre l'enfant devenu capable de motricité et sa mère, celle-ci doit promouvoir cette modification du lien : « *l'enfant devenant sujet cesse d'être un objet partiel retenu dans la dépendance de l'instance tutélaire, soumis à sa possessivité et à sa totale surveillance (nourriture, habillement, toilette, coucher, déambulation)* » (p.107).

L'enfant va progressivement conquérir son autonomie affective en partie grâce à l'autonomie motrice. Les pathologies de la castration anale commencent à émerger dans le tissu relationnel autour de la marche et de la propreté. Les coercitions maternelles dans ces deux types d'apprentissages interdisent la liberté du plaisir anal brut et aussi du plaisir lié à son contrôle. La mère (ou un de ses représentants) impose à l'enfant des exigences éducatives inadaptées à l'âge ou des exigences devenant coercitives car il ne peut pas s'y soustraire, les rythmes et les attentes/préoccupations maternelles deviennent des repères exclusifs d'attachement. Il y a de façon subtile mais continue une atteinte aux plaisirs corporels et mentaux que l'enfant pourrait trouver dans ses vécus d'expériences motrices individuelles ou interactives, la mère agit comme si elle « *interdisait à son enfant de s'individualiser par rapport à elle* » (Dolto, *ibid.*, p.263). L'anxiété vécue par la mère conduit l'enfant à une maîtrise musculaire acquise pour lui plaire et se mettre en « *bonne harmonie avec elle* » (Dolto, 1985, p.255), et si l'on tient compte de cette proposition, l'instabilité peut apparaître comme une réaction narcissique infantile face à cet accordage artificiel. Des études anglo-saxonnes (Routh et coll., 1978) en psychologie du développement ont montré que chez des enfants hyperactifs de 5 ans, les troubles devenaient significativement plus forts en présence de leur mère : l'attachement de l'enfant à la mère prend un rôle explicatif. D'autres études similaires aux États-Unis (Cunningham et coll., 1979 ; Mash et coll., 1982) ont montré que lors de jeux libres mère-enfant, les enfants hyperactifs comparés à un groupe témoin donnent plus de réponses aux sollicitations de la mère, et lorsqu'elle n'interagit pas, ces enfants la sollicitent plus et sont en grande difficulté pour jouer seul. Nous pensons qu'il y a une série de facteurs pouvant

mener à la constitution d'un lien pathogène mère-enfant où l'enfant prend le statut d'objet narcissique pour l'autre, le corps et la motricité se trouvant au centre relationnel : les intrusions parentales dans les ressentis perceptivo-moteurs infantiles, dans ses pensées cognitives ou imaginaires ; les contraintes parentales spatio-temporelles pesant sur l'autonomie et la singularité infantile ; les attitudes éducatives et affectives avec l'enfant qui induisent une limitation sensible des découvertes et des prises de plaisir dans les fonctionnements du corps et de la pensée en phases anales ; les identifications projectives parentales (celles potentiellement pathogènes) remettant en jeu sur l'enfant des images de relations objectales du passé (agressives et de deuil notamment) ; les craintes ou les fragilités narcissiques parentales qui fragilisent la fonction d'étayage parentale et de pare-excitation.

En outre, l'espace de sécurité et de liberté où l'enfant peut développer sa motricité est l'espace que la mère a investi avec les capacités et les failles de sa personnalité. Au-delà de cet espace, l'enfant ressent que ses désirs et ses initiatives sont anxiogènes pour sa mère et pour lui. Les frustrations qu'elle vit lors des séparations induites par les déambulations s'expriment inconsciemment en infiltrant l'espace relationnel. L'enfant y est directement sensible car il est en relation intersubjective avec elle pour "apprendre" l'autonomisation motrice, ses propres désirs d'autonomie se limitent, ce qui n'est pas encore découvert ne le sera pas. C. Mille (1993, p.204) note que « *l'enfant semble conserver la motricité explosive et brouillonne habituelle dans les mois qui suivent l'acquisition de la marche, sous-tendue par le plaisir de découvrir et de s'approprier l'espace environnant* ». J. Malarrive et M. Bourgeois (1976) notaient précisément qu'un tableau d'hyperkinésie installé et organisé ne se présenterait qu'après l'âge de la marche (souvent seulement à partir de 3 ans). Ce n'est pas l'apprentissage de la marche en soi qui est en jeu ou pas seulement. C'est surtout à travers lui la capacité de l'enfant à prendre une distance avec l'objet maternel ou un de ses représentants et d'intégrer des espaces propres potentiels. En surface, il s'établit une circularité de stimulation-réaction peu à peu conflictuelle où la mère et l'enfant prennent une place et l'autre à tour de rôle. **Le statut d'objet de l'enfant qui est nécessaire au besoin possessif narcissique maternel induit la fixation d'une image du corps anale (entendue comme moment ou élément participant à la représentation de soi) dont la castration n'est pas symboligène¹⁷ mais perversante, car elle maintient les désirs moteurs infantiles confondus aux motivations maternelles.** Les désaccordages tonico-émotionnels entre la

17. Pour F. Dolto (1984, p.78-80), *castration symboligène* signifie : Limitation donnée par un langage à l'enfant pour lui interdire la réalisation de son désir sous la forme qu'il espérait accomplir ; les bénéfices pour l'enfant sont une autonomisation, une inscription sociale et une satisfaction personnelle supplémentaires.

mère et l'enfant vont régulièrement grever, imprégner le développement psychomoteur d'images de soi particulières et de vécus "négatifs" ; la notion de RCA contribue à expliciter cela. D'un point de vue général, la relation d'objet anaclitique a ceci de particulier qu'elle fixe une demande ou un besoin narcissique chez les sujets de telle sorte que la dépendance intersubjective est recherchée autant qu'elle est conséquente de la relation (voir les travaux de J. Bergeret, 1974, 1986, sur les états-limites et les pathologies narcissiques ; voir aussi R. Misès, 1990, sur le lien spéculaire dans les dysharmonies évolutives infantiles).

Par ailleurs, J.-M. Gauthier (1993) évoque la difficulté parfois pour l'enfant d'habiter un corps qui lui appartienne, d'investir son corps comme objet personnel de désir et d'échanges. L'auteur (1993, 1995) fait aussi référence à la notion de *Surmoi corporel* de Sami-Ali pour expliquer comment une instance extérieure, en l'occurrence la mère, peut donner au sujet l'illusion que son corps est toujours sous la dépendance de l'autre. Cette emprise entretient une indistinction intersubjective, la projection d'un Surmoi corporel place le sujet dans une forte dépendance par rapport à l'environnement. Il est alors sûrement difficile pour le Moi infantile de se constituer une représentation unifiée, continue et stimulante du corps propre, indépendante des rythmes et des critères propres à chaque nouvel objet d'attachement et d'interaction. **C'est la constitution des espaces de séparation mère-enfant qui serait altérée. L'IPM ne serait alors pas un "conflit moteur" ni un symptôme en tant que formation de compromis et uniquement référé à une étiologie sexuelle désorganisatrice. Ce qui semble être en jeu est la constitution de la psychomotricité dans le champ ouvert par la maturation du corps et le développement affectif.**

M. Berger (1999) a étudié ce qu'il nomme le *forçage éducatif* et son corrélat *la pathologie de l'appropriation* comme une cause possible de l'instabilité. Il s'agit d'une influence parentale exagérée sur le fonctionnement corporel et mental de l'enfant, ce point de vue théorico-clinique rejoint celui développé à partir du concept de castration anale :

« L'enfant est pris avec ses parents dans un conflit qu'il intériorise totalement, concernant la manière dont il peut s'approprier ou non une rythmicité corporelle personnelle et ses propres raisonnements, et dont il peut organiser les mouvements pulsionnels liés à l'analité, garder/donner, se fermer/se laisser pénétrer, lier/désunir, grâce à des compromis qui ne soient pas exagérément conflictuels » (p.37).

Les conséquences peuvent être :

« des troubles psychosomatiques sous forme de tension extrême ; des colères explosives face à la moindre contrainte ; un comportement d'inertie en réponse à tout ordre ou tout apprentissage ; une confusion entre le forçage, c'est-à-dire l'intrusion de l'autre en soi, et l'effort que le sujet fait pour lui et à son initiative ; une

identification à un objet partiel surexcitant ; une disqualification par l'enfant de ses propres perceptions, éprouvés corporels et intuitions : il cherche la solution à toute question d'abord sur le visage d'autrui » (*ibid.*).

M. Berger (2002) a étudié plus précisément les pathologies du forçage dans le contexte de l'IPM, son travail montre l'importance de cette situation interactive parent-enfant comme une dysrythmie intersubjective, les liens d'attachement sont alors en jeu. L'auteur (*ibid.*) prolonge son hypothèse *d'une forme de difficulté à être seul en présence de l'autre* (1999) par la prise en compte de *l'impossibilité pour l'enfant instable d'articuler l'autorité avec la dépendance*, difficulté d'où émergent une impossibilité de jouer avec l'autre et un refus de la dépendance à l'autre (« *le sujet peut jouer en présence de l'autre mais pas avec l'autre. Il ne peut pas être en même temps un peu en contact avec son monde interne et avec celui de l'autre* »). L'auteur évoque aussi la place de l'objet, intérieure ou extérieure, maîtrisable ou non, support d'expérience personnelle ou non ; l'intersubjectivité du forçage empêche l'enfant de se représenter la place de l'objet sans angoisse (« *mieux vaut faire comme s'il n'y avait pas d'objet plutôt que d'être confronté à un objet qui ne répond pas ou qui impose son rythme* »). Au final, M. Berger parle d'une « *pathologie de l'attachement caractérisée par un refus de la dépendance* », autant du côté infantile que de celui maternel (la mère refuse la dépendance que la présence et les rythmes de son enfant lui imposent). Il s'agit d'une *forme paradoxale du refus de la dépendance* (concept emprunté à R. Roussillon : se rendre dépendant de l'objet c'est conserver la maîtrise de sa présence ; voir aussi l'idée de *relation d'évitement et de quête* de A. Cohen de Lara, 1998 ; 2000, p.111).

Observations cliniques

Lors des premiers entretiens avec les parents, il est fréquent d'entendre dans le discours des mères une problématique de maîtrise sur l'enfant. La pression maternelle sur les attitudes, les paroles et même les jeux de l'enfant, apparaît alors centrale ; la mère a d'ailleurs souvent besoin de verbaliser cette tension pour s'en dégager mais que momentanément.

La mère de **Nicolas** (7 ans) expliquait qu'il "lui échappe" ou "qu'elle ne le contrôle pas bien", des verbes comme *dominer, guider, tenir, maîtriser, se soumettre, décevoir, exiger, demander*, sont très fréquents dans ses discours, le père ne les remarque même pas et se justifie en soutenant sa femme par "il faut bien qu'elle s'en occupe ? !". On peut voir ici comment le travail d'éducation chez les parents, et surtout la mère, est totalement coupé des représentations inconscientes qui motivent le besoin (le désir ?) de maîtriser l'enfant. La sœur de Nicolas se trouve être préservée de cette pression qui ne se joue en fait qu'entre le fils et la mère, ce fait clinique était aussi l'idée que c'est une particularité psychique maternelle inconsciente qui construit le lien à l'enfant instable (on pourrait aussi là penser à des dynamiques œdipiennes). La mère ne peut que difficilement se représenter cette situation et le

travail psychologique mère-enfant a débuté par une longue phase d'observation et d'explication des attitudes éducatives maternelles.

Il existe une forme modérée de ce type de relation d'objet coercitive chez la mère et que l'on retrouve dans de nombreux cas. Il s'agit des formulations maternelles en entretien utilisant "il me fait ceci ou cela" ou "je ne peux pas à le tenir", l'enfant est aussi là mis dans une position particulière où l'attention et la réaction maternelles sont directes, la mère se sent directement mobilisée par son enfant et la distance mère-enfant est d'emblée réduite.

Le cas de **Julie** est également informatif. Il s'agit d'une enfant de 6 ans dont la mère (de haut niveau socio-culturel) ne supporte pas le moindre échec ou la moindre défaillance chez ses proches, l'IPM est associée à une dyslatéralité. La pression éducative est énorme et l'enfant réagit par des maladies somatiques et une forte instabilité qui cède sensiblement lors des déplacements professionnels de sa mère. Le Surmoi maternel paraît tellement agressif pour la mère qu'elle ne peut pas l'en détacher des représentations qu'elle a de sa fille, la constante pression surmoïque maternelle inconsciente a peut-être conduit très tôt Julie à exprimer la maladie : asthme, infections O.R.L. à répétition et enfant hypertonique depuis le tout premier âge. La référence à la notion de *Surmoi corporel* de Sami-Ali pourrait ici expliquer l'influence de la problématique intrapsychique de la mère sur les avatars des toutes premières *projections sensorielles* (Sami-Ali, 1998) et sur la création d'un corps imaginaire défaillant. Le lien mère-enfant est excessivement rigide et établit une dépendance marquée jusque dans le corps de l'enfant. La RCA, en tant qu'image de soi issue du corps dans la relation à l'autre, opèrerait ici comme un contenant ou une sécurité narcissique et corporelle pour la petite fille, et constituerait une image de « soi/mère ». Les instabilités cédaient en grande partie lors des absences de la maman, comme si l'espace se dénaturait alors et faisait profiter l'enfant d'une moindre anxiété.

Un autre exemple issu d'entretiens mère-enfant montre les anticipations anxieuses de la mère et l'influence de ces projections sur les motricités de l'enfant. Pendant l'entretien, et alors qu'il était immobile, **Jeremy** (4 ans et demi) se lève et sort du champ de vision de la mère pour aller voir un jouet dans l'armoire qui est derrière elle et face à moi-même. La démarche de l'enfant est naturelle puisque je lui en avais donné la possibilité au début d'entretien. Mais la mère intervient : "Où vas-tu ?" et l'enfant s'arrête aussitôt, s'assied en délaissant l'objet convoité, il ne répond pas et la mère n'ajoute rien. L'interaction est "pertinente" pour Jeremy et sa mère dans la mesure où la situation se résout implicitement et rapidement dans le sens de la motivation maternelle. Je demande à la mère ce qui l'a fait réagir, elle ne peut pas le dire et explique que pour elle c'est comme un réflexe, une réaction qui s'impose à elle ; elle comprend après-coup que son intervention n'était pas nécessaire. Dans cette situation, il me semble aussi que la mère est dépendante, soumise à la position spatiale de l'enfant, comme si tenir compte et savoir ce que faisait Jeremy la plaçait dans une contrainte continue de vigilance et de préoccupation pour son fils. Le résultat pour Jeremy est une limitation de ses actions et désirs, c'est en ce sens que la relation à la mère est coercitive.

Un lien de dépendance mère-enfant peut s'établir et s'entretenir au travers des interactions précisément centrées sur les mouvements du corps infantile. Pour J.-M. Gauthier (1999a,

p.139), « toute histoire du corps est aussi une histoire que l'on peut interpréter comme une histoire sur la manière dont les patients ont été capables ou non de s'approprier leur propre corps et ceci dans des mouvements de vie non exempts d'ambivalences, de contradictions, d'avancées et de reculs possibles ». **La place particulière du mouvement corporel à l'articulation du psychique et du somatique supporte un risque potentiel d'impasse développementale.** Dans le cadre de rééducations psychomotrices avec des enfants instables, G. Parpillat (1996, p.24) parle précisément d'une « *perversion du but évolutif d'une fonction psychomotrice* » touchant les enjeux de prise de distance-autonomisation.

2.2.2. Expériences de la pulsion anale brute dans les instabilités.

L'autre acception de la castration anale est l'interdit signifié à l'enfant de tout agir nuisible. Donner la castration c'est aider l'enfant à organiser ses actions pour lui-même et pour ses relations au monde dans un but fondamental de socialisation : « *la castration anale c'est l'interdit de nuire à son propre corps, comme au monde inanimé et animé qui entoure le triangle père-mère-enfant, par des agissements moteurs, rejetant, dangereux ou non contrôlés* » (Dolto, 1984, p.108).

Les agirs et la fantasmatique impulsifs et souvent désorganiseurs de l'enfant instable expriment la difficulté pour le Moi à organiser la pulsion anale dans la réalité externe ; l'agir ne permet pas à l'enfant d'entrer dans un commerce progressif et valorisant avec autrui et le monde par l'intermédiaire du langage verbal. F. Dolto (*ibid.*) rappelle le caractère centrifuge de la dynamique du désir et de la pulsion lors de la phase anale. Le manque de contrôle dans l'instabilité pourrait être compris comme un écho plus ou moins direct de la pulsion anale brute ou peu sublimée, l'effet plénier industriel et socialisant de la castration n'aurait pas eu lieu. M. Berger (1999) constate que l'enfant se met bien plus en danger qu'un autre enfant et qu'il détériore plus les objets qu'il manipule. En général, les auteurs français notent aussi une propension à avoir des accidents (Mille, 1993 ; Valentin, 1996 ; Duché, 1996 ; Corraze et Albaret, 1996 ; Déjardin, 1997) ; plus précisément, on trouverait 46% d'accidents chez les instables contre 11% chez les normaux, et 15% de ces accidents sont graves contre 4,8% chez les autres (Corraze et Albaret, 1996). Cela montre comment le corps "entier" est mis en avant comme un objet ou une véritable interface soi/monde externe, et dont la place et les limites sont imprécises.

Il s'agit d'observations et de réflexions du travail psychologique avec **Pierre**, enfant très instable de 7 ans et demi, les difficultés sont invalidantes pour ses apprentissages scolaires et son fonctionnement social intra ou extra familial. Essayer de maîtriser l'enfant quand il est tendu et agité relève du défi et le plus souvent du conflit. Pierre est peu sensible à la parole de l'adulte, les relations deviennent rapidement une sorte de course-poursuite énergique, qui traduit une grande excitation chez l'enfant ainsi qu'une absence de repère interne pour le comportement, et cela épuise vite l'adulte. La nécessité d'en venir à une contention physique s'impose la plupart du temps et l'enfant se défend encore de ces contacts corporels tout en mettant l'adulte dans l'obligation d'y recourir (la dimension de provocation d'une transgression de l'autre est ici évidente). À l'école, la maîtresse ne supporte plus Pierre, son rôle d'éducateur enseignant est impossible à exercer, ses réactions sont aussi amplifiées par les attitudes désorganisatrices de l'enfant ("il nous fout tout en l'air !"). Pierre ne comprend pas sa situation, il ne peut pas en parler et se comporte comme un petit enfant à qui il faut imposer beaucoup de chose pour s'occuper de lui et l'aider à dépasser les situations où il se trouve, il semble manquer d'un cadre interne de référence ce qui le laisse souvent sans ressource et comme subissant les injonctions extérieures. Au cours des séances, Pierre ne peut pas se passer de mon attention sur lui, si je relâche mon regard ou mon écoute, il part (s'enfuit) dans un coin du bureau pour y faire une bêtise ou une action provocatrice destinée à capter mon attention. Pierre n'est pas destructeur mais ses jeux et ses manipulations altèrent les objets (livres, personnages, jeux de construction laissés par d'autres enfants), il montre toujours une difficulté à jouer, même avec moi, non négligeable. En dehors du cadre de l'hôpital, il arrive souvent que l'enfant "attaque" des objets sans aucun autre but que de les altérer. Ce n'est pas violent mais Pierre va essayer de démonter l'objet, de le déformer, éventuellement il jouera à un jeu qui conduit à la destruction de l'objet dans le jeu et de l'objet réel support des projections imaginaires brutes. Ce qui est bien plus remarquable c'est que cet enfant ne connaît pas les limites entre ses motivations et les biens matériels d'autrui (et aussi les désirs d'autrui), sa mère et son père surtout ne réalisent pas à quel point Pierre dispose des biens d'autrui (par exemple, il dévisse les antennes des autos et joue avec, les garde parfois), le père dira à ce sujet "on ne peut pas tout lui interdire, de toute façon il le fait quand même...". La dimension transgressive chez cet enfant apparaît directement dans ses comportements et aussi en filigrane dans la relation éducative enfant-parents.

Les difficultés éducatives des parents, les défiances parfois et les oppositions-provocations montrent que l'enfant établit une relation d'objet problématique dont un aspect sado-masochiste peut parfois apparaître au premier plan. Mais l'enfant instable ne présente pas systématiquement de traits agressifs ou de composantes sadiques extériorisées dans la relation au monde (Flavigny, 1988, 1996 ; Claudon, 1998). Il s'agit toujours "d'un enfant qui dérange" mais la clinique rappelle sans ambiguïté qu'on ne peut pas assimiler de la sorte l'instabilité à des comportements d'allure et de nature psychopathique. S'il y a passage par l'acte, il ne s'agit pas d'un passage à l'acte multiple. Une étude nord-américaine (August et coll., 1999)

montre à partir de grands groupes que si l'hyperactivité est fortement liée aux difficultés de type opposition et provocation (oppositional defiant disorders du DSM 4), elle ne l'est que peu à celles plus graves (conduct disorders). Par ailleurs, des auteurs remarquent que les sanctions sont souvent inefficaces (Corraze et Albaret, 1996 ; Flavigny, 1996). Si le statut d'objet occupé par l'enfant pour la mère concentre une relation d'objet maternelle rétentrice rigide, alors les réprimandes et les punitions reçues habituellement d'autrui sont des rappels de règles auxquels l'enfant ne réagit pas ou peu puisqu'ils sont hors des "paroles-actions-signes maternels" du passé qui ont eu valeur de limite frustrante uniquement. Le manque de possibilité de symboliser l'interdit s'articule à un vécu de souffrance narcissique intense et récurrente. Ce vécu est inscrit dans le tissu relationnel mère-enfant et répété dans le temps et les situations. L'anaclitisme de la relation infanto-maternelle s'exprime donc aussi par la faible sensibilité de l'enfant aux lois/règles externes. **L'enfant instable ne peut trouver en lui-même le moyen de réguler ses comportements puisqu'ils résonnent avec une organisation dysharmonieuse prototypique qui est devenue constitutive de sa personnalité.**

M. Berger (1992) montre que dans une problématique infantile pathologique au registre anal, la mère peut percevoir l'enfant comme une source d'excitation exogène qui aboutit pour elle à une représentation provocante et désordonnée de l'enfant. À partir de cette constatation, l'idée de l'auteur serait qu'en regard de la dispense d'énergie psychique sur le versant infantile, il y a une sollicitation fonctionnant comme une stimulation de la propre organisation anale maternelle. Cette excitation devenant endogène pour la mère « *la surcharge, l'épuise et l'oblige à maintenir un contrôle permanent* » (*ibid.*, p.144). Dans le cas de l'instabilité, les relations mère-enfant se développent ainsi sur la base d'un "jeu" perpétuel de perception/excitation et de réaction directe entre l'enfant et la mère. Il y a alors peu d'espace de parole ou de négociation possible entre parent et enfant, comme si leur relation équivalait à tout instant à une opposition entre deux forces : d'un côté l'énergie apportée par l'agir infantile, de l'autre la maîtrise véhiculée implicitement ou explicitement par la réaction maternelle.

L'agir instable serait totalement inscrit au sein de la personnalité de l'enfant et de ses espaces somato-psychiques, et il concernerait aussi une partie de la personnalité de la mère. Au plan clinique, on constate que l'enfant mobilise de façon indifférenciée le monde qui l'entoure, les pensées des autres, les actions des autres (observations, surveillances, punitions ; J. Ménéchal, 1999, 2001, soutient précisément cette perspective avec la notion *d'alliance introjective*). Les résultats d'une recherche de D. Jacobvitz et coll. (1987) montrent l'intérêt de décrire l'IPM

avec la notion de castration anale ; à partir d'une étude prospective portant sur le comportement de 67 mères d'enfants devenus hyperactifs et suivis de l'âge de six mois à six ans, le développement d'une hyperkinésie serait prédictible par l'existence de particularités dans le comportement maternel : l'intrusivité des soins maternels (interruptions fréquentes et interférences physiques des activités engagées par le petit enfant) ; la sur-stimulation ; l'implication importante de la mère dans les actions de l'enfant. Dysrythmies et empiètements des espaces infantiles sont ici très nets.¹⁸

L'aspect désorganisé des agirs instables et impulsifs traduit-il le fonctionnement d'un corps profondément construit dans une rythmicité impossible avec des repères stables et précis ? Les travaux de J.-M. Gauthier (1993, 1999a,b,d) expliquent l'importance de la rythmicité dans la constitution du corps propre et de l'identité. L'encadrement et le traitement que la mère fait autour des énergies corporelles et musculaires de l'enfant au cours de ses apprentissages en déambulations imposent un rythme spécifique qui va former une grande part de l'enveloppe corporelle motrice infantile.

Ces différents arguments cliniques et théoriques tendent à montrer chez l'enfant instable **une carence des cadres internes de référence pour ressentir et penser/symboliser la relation au monde et à soi-même**. L'hyperactivité, en tant que non contrôle de la motricité dans l'espace et non contrôle des pensées (instabilité psychique et déficit d'attention¹⁹), traduit cette précarité des repères organisateurs. La position de la mère (ou un de ses représentants) renvoie globalement à une sorte d'impossibilité de soutenir l'enfant en développement sur la voie de l'autonomie et d'une motricité industrieuse. Dans nos expériences cliniques, nous constatons souvent les difficultés plus ou moins grandes mais bien visibles que les mères, et souvent les pères, ont pour trouver ou décider d'une attitude éducative adaptée aux problèmes posés par leur enfant. Souvent, lors des premiers entretiens, pour un enfant jeune ou plus âgé, les mères demandent des conseils éducatifs comme si cette fonction d'éducation et de compréhension de l'enfant leur échappait totalement. Au-delà d'un épuisement éducatif, ce qui apparaît dans les entretiens avec les parents est une méconnaissance, une connaissance "périphérique" de l'enfant, celui-ci ne renvoyant qu'à peu de représentations autres que celles des signes hyperactifs. À l'instar de la position infantile, on peut se demander comment le parent se laisse imprégner et s'adapte à son enfant en conservant un sentiment suffisant d'identité

18. Dans un contexte plus général de recherche, H. Montagner (1978, chapitre 9) a montré non seulement l'importance des communications significantes gestuelles entre mère et enfant, mais aussi l'importance des attitudes globales maternelles comme une influence dominante du profil de comportement infantile.

19. D. Petot (1999) montre qu'un défaut attentionnel global et pathogène dans la personnalité de l'enfant existe au-delà d'un trouble cognitif isolé de l'attention.

propre ; un attachement évitant entre parent et enfant pourrait être évoqué dans ce type de situation clinique.

Nous proposons une **septième hypothèse théorique**.

L'instabilité psychomotrice constituerait une pathologie de l'affirmation de l'individuation identitaire de l'enfant, i.e. une pathologie de la castration anale (Dolto, 1984). Il s'agirait alors d'une dysharmonie au cours de la phase anale qui mettrait en péril certaines dimensions psychiques intra et intersubjectives fondamentales (intégrations narcissiques, individuation, contrôle, agressivité).

Si les rythmes, la présence corporelle, l'attachement, les autonomisations et les motivations infantiles représentent des entités mal vécues par la mère ou désaccordées avec elle, il est utile de réfléchir à l'histoire ou au contexte maternel dans lequel l'enfant vient s'inscrire.

2.2.3. Vécus et genèse d'une angoisse anaclitique : la mère entre ses propres parents et son enfant.

Selon F. Dolto (1984), la castration doit être donnée par la mère pour pouvoir être reçue par l'enfant en développement. Il s'agit d'un fait relationnel dont le corps est la source de modifications et d'évolutions psychiques. Ne pas pouvoir être castrée analement par le développement de l'enfant, c'est ne pas pouvoir renoncer à maîtriser l'enfant et ne pas pouvoir accepter la rupture d'un lien objectal de dépendance qui va prendre une valeur anaclitique (de Tychey, 1993). **L'instabilité s'établit comme une pathologie du lien infanto-maternel dans le cours du développement infantile.** C'est dans une perspective intergénérationnelle que cette hypothèse va être approfondie. La réflexion va porter alors sur des difficultés de la mère à dépasser les failles narcissiques issues de son propre développement et qui vont venir altérer l'ontogenèse de l'enfant devenant instable.

F. Dolto (*ibid.*) fournit une piste en montrant que le fantasme possessif maternel repose en partie sur la relation qui existait entre elle et sa propre mère. La capacité maternelle à assurer "suffisamment" une fonction contenant et pare-excitante dépend étroitement de l'introjection d'un "suffisamment" bon objet maternel non possessif et non culpabilisant. L'auteur explique comment l'angoisse maternelle devant la prise d'autonomie infantile prend la forme d'une culpabilité de type surmoïque – limitante – qui résonne pour elle avec les relations de

registres anal et œdipien avec sa propre mère. Cette culpabilité identifiée/projetée sur l'enfant s'exprime maintenant par des regards hostiles, par des vides de contact, par des représentations de rupture d'amour, des motivations agressives qui s'infiltrant dans l'intersubjectivité et dans les relations au corps et aux mouvements de l'enfant. On voit qu'une ambivalence non intégrée infiltre les échanges imaginaires et interactifs dans la relation infanto-maternelle. L'agressivité inconsciente de l'enfant envers la mère peut aussi être dominante car les sujets sont trop proches dans l'espace réduit d'une relation anaclitique (amour et haine tendent à se confondre). Concernant la clinique des identifications projectives, B. Cramer et F. Palacio-Espasa (1993) montrent les effets que la relation réelle et fantasmatique de la mère avec sa propre mère peuvent avoir sur le développement de l'enfant : les identifications projectives pathologiques (agressives ou anaclitiques) traduisent un fonctionnement narcissique de la mère visant à expulser des aspects conflictuels de ses propres parents et d'elle-même enfant ; ce sont des relations passées faites de difficultés de deuils objectaux et narcissiques que l'on peut retrouver dans les désordres relationnels du côté des parents de l'enfant devenant instable, en particulier chez la mère. Une étude descriptive de L. Hechtman (1996) rapporte que, comparées à des familles normales témoins, les familles d'enfants instables contiennent plus de difficultés relationnelles, les problèmes de santé et les décès y sont plus fréquents et y génèrent des vécus émotionnels plus néfastes, pouvant s'établir sur plusieurs générations.

Les difficultés propres à l'érotisme phallique maternel et à l'interdit de l'inceste semblent aussi faire partie des causes de la régression maternelle vers l'analité rétentrice et du conflit anxigène avec sa propre mère (Dolto, *ibid.*). J. Bergeret (1995) montre que lorsque les parents ou un des parents insuffisamment phallique n'a pas pu assez disposer dans son propre développement d'une maîtrise anale, il la recherche dans les relations avec son enfant. Pour ce parent, l'enfant devient et demeurera un indispensable complément phallique à conserver comme objet narcissique de dépendance et non comme objet avec lequel pourront se jouer les échanges du registre œdipien.

Observations cliniques

La mère d'**Alexandre** (6 ans) ne voit son fils qu'au travers de la tâche éducative qui doit être parfaite en suivant des critères maternels. Les repères éducatifs sont très coercitifs pour l'enfant et en entretien la mère se culpabilise de ses propres attitudes. Une peur de "mal aimer" son enfant apparaît rapidement. Elle verbalisera lors du second entretien le fantasme suivant: "Peut-être que je n'aime pas mon fils !". Le travail d'entretiens psychologiques s'est orienté sur les relations que cette femme avait eues avec sa propre mère, la soutenir faisait partie des enjeux cliniques de ce cas. Il est apparu que les coercitions éducatives qui

angoissaient la mère d'Alexandre, les réactions de défi et d'agressivité de l'enfant envers elle, prenaient beaucoup leur origine dans les conseils éducatifs de la grand-mère d'Alexandre. Cette grand-mère faisait peser sur sa fille et son petit-fils des contraintes de type anal (ordre, propreté, respect strict des formes, respect de l'adulte excessif) dont la mère de l'enfant n'avait pu que peu se différencier à la fois dans son propre développement et aussi dans sa relation à son fils. La place de cette grand-mère avait été et restait primordiale pour sa fille, le lien qui les unissait apparaissait excessivement rigide sans être rejeté par la fille. L'équilibre relationnel était satisfaisant, en tout cas tant que le petit-fils ne le remettait pas en cause indirectement par ses symptômes. C'est cette complicité qui pesait sur les mouvements et les désirs de l'enfant. Ainsi, le matériel psychique véhiculé par la grand-mère et la mère constituait une intolérance aux motions agressives. La position aggressive dans laquelle se trouvait Alexandre vis-à-vis de sa mère jouait en positif (*i.e.* en la faisant émerger) la problématique intergénérationnelle d'agressivité largement contre-investie. Les difficultés de l'enfant et la détresse maternelle masquaient cette problématique qui opérait inconsciemment. Les effets des entretiens ont été d'aider la mère à suffisamment se libérer de l'angoisse de ne pas aimer son enfant ; on pourrait penser que du côté maternel s'est opéré une meilleure intégration de l'agressivité, vers une ambivalence plus facile à gérer.

Pour J.-M. Gauthier (1999, p.131), « *l'organisation corporelle de l'enfant est le reflet de l'organisation psychique de la mère en fonction des liens qu'elle a établis avec sa mère et sa culture* ». La notion freudienne d'étayage et celle de castration symbolique de F. Dolto devraient être étendues à l'ensemble des dimensions du corps infantile. Les soins maternels au bébé et au jeune enfant incluent la vie fantasmatique de la mère, le poids pesant sur le développement dépend de ses adhérences imaginaires, familiales, culturelles et sociales. **Dans tous les cas de figure de préoccupations libidinales maternelles (anales et/ou phalliques), on peut évoquer l'expression d'une problématique intergénérationnelle de grands-parents à parents, et plus précisément de grand-mère à mère, ayant des effets anaclitiques "mutilants" sur la relation entre la mère et l'enfant devenant instable. Les organisations corporelles infantiles s'imprègnent de contraintes relationnelles environnementales.** Ces effets seront plus ou moins forts selon les cas mais ce qui est important sont les attitudes et les identifications projectives maternelles qui induisent peu ou prou une dépendance mère-enfant. Ch. Flavigny (1988, 1996) et B. Golse (1996) ont également relevé l'importance de la dimension intergénérationnelle. La dominance masculine chez les enfants instables induit l'idée qu'il apparaît aussi en écho à une position fantasmatique incestueuse (mère-fils essentiellement). Il est possible que la plus faible proportion de fille s'explique aussi en partie par le fait que dans nos sociétés l'éducation fait peser plus de contraintes inhibitrices sur le Moi des filles, ces limites étant conjuguées à des

dynamiques psychiques et pulsionnelles moins “centrifuges” (Dolto, 1984). Des études nord-américaines (Arnold, 1996 ; Taylor et coll., 1998) donnent des résultats avançant que les filles hyperactives auraient été négligées par les cliniciens et les chercheurs.

Ainsi, l'instabilité se montrerait comme un avatar d'une relation d'objet infanto-maternelle pathogène où les besoins narcissiques sont au premier plan, d'abord chez la mère dans son histoire, puis chez l'enfant instable dont la castration anale non symboligène l'ampute d'un grand apport narcissique. **Une contingence majeure de cette situation concerne le rôle du père qui semble marqué par une absence essentielle** : absence de dire symboligènes palliant les manques maternels, absence auprès de la mère qui n'a que son enfant en complément narcissique, absence d'une instance de séparation mère-enfant (autant au registre anaclitique qu'œdipien), absence réelle dans le tissu éducatif, interactif et relationnel. Le ratage de la castration anale infantile met en péril la phase œdipienne, le père est mis ou se met en défaut dans sa fonction castratrice symbolique, ce qui réduit la possibilité de triangulation infanto-parentale. G. Parpillat (1996) rapporte que le père est très rarement impliqué dans le cadre des rééducations psychomotrices de l'enfant. J. Malarrive et M. Bourgeois (1976, p.113) évoquaient précisément un « *barrage au père* » induit par la mère, il était absent ou apparaissait comme trop ambivalent et se présentait en « *père-mère* ». Les auteurs notaient que la nature de la relation entre la mère et l'enfant s'établit sur le mode de la dépendance comme si tout devait se jouer uniquement entre eux seuls. J. Abécassis et M. Bellion (1998) et M. Bellion (1998) ont également relevé cette carence paternelle, au moins face à la densité de la relation mère-enfant. Dans nos expériences cliniques, le père est rarement présent pour parler de l'enfant.

Nous proposons une **huitième hypothèse théorique**.

La place du père est défaillante, c'est-à-dire qu'il ne peut intervenir entre l'enfant et la mère, et/ou la mère ne le laisse pas s'impliquer dans la relation infanto-maternelle trop exclusive. L'absence paternelle conduit à une difficulté dans les élaborations œdipiennes infantiles et à un renforcement de la dépendance mère-enfant.

En résumé, il apparaît que la mère frustre excessivement au lieu de donner une castration anale à vertu symboligène. Les contacts interpersonnels sont intrusifs ou désaccordés (dé-rythmés, insensés, surexcitants, coercitifs), le corps mobile inscrit en lui-même ces particularités ; les images de soi qui en naîtront seront ainsi floues, imprécises quant aux espaces propres. Ainsi, la capacité à concevoir l'autre comme sécurisant et à distance de soi est altérée. Le sentiment des espaces propres, des limites psychiques et corporelles est

incertain. Dans le contexte de l'IPM, il s'instaure une règle ne correspondant pas à la loi pour tous²⁰ ; plus l'enfant grandit et plus une distorsion se transmet, celle d'être pris dans le désir de l'autre maternel parce que la mère peut être, malgré elle, prise dans une difficulté intergénérationnelle.

2.2.4. Autres types de difficulté intergénérationnelle : mère et enfant seuls.

C. de Tychey (1994b, 1999) a travaillé sur l'effet pathogène potentiel des pertes et séparations maternelles avant et pendant la phase anale d'individuation infantile. Il ne s'agit plus seulement des angoisses et désirs maternels profonds comme cela a été étudié plus haut sous l'angle intrapsychique, ce sont aussi les circonstances personnelles réelles et évènementielles dont les effets psychiques vont pouvoir infiltrer la relation intersubjective mère-enfant. On peut trouver au moment de l'autonomisation motrice en phase anale ou alors antérieurement (naissance, oralité) des événements qui tendent à organiser une relation d'objet maternelle ne pouvant cesser d'être anaclitique avec l'enfant : **a**– l'existence d'un travail de deuil non fait ou encore d'un deuil à faire pendant la grossesse ou la première voire la deuxième année de la dyade ; **b**– une séparation traumatique mère-enfant avant ou pendant la phase de la marche (hospitalisation ; les situations ayant valeur de rupture des liens et des assises narcissiques infantiles) ; **c**– un sevrage vécu négativement et donnant des effets de rupture du corps à corps sans médiation suffisante par le langage ; **d**– la séparation ou la mésentente conjugale pouvant placer l'enfant dans un rôle de soutien psychologique pour la mère ; **e**– il y aurait aussi tous les événements mettant en tension le lien mère-enfant et les singularités propres à chaque cas clinique qui construisent une situation particulière.

Il s'agirait en fait souvent de faisceaux de causes complexes qui s'établissent au fil du temps, par effet cumulatif ou de pérennisation, et qui impliquent des processus psychiques profonds et variés de la mère et de son entourage. La recherche de M. Robin et coll. (1999) illustre ce propos par l'étude des effets de l'anxiété maternelle de séparation dans les désordres psycho-fonctionnels du jeune enfant. Chez les femmes cherchant à concilier leur vie familiale et leur vie professionnelle, certaines sont « *dépassées par leur anxiété [...] et maintiennent en*

20. La castration est symboligène si les règles énoncées transcendent l'énonciateur. Lorsqu'une limitation coercitive émane de l'autorité arbitraire et éruptive d'un parent, on peut constater que l'enfant est sensible à cet aspect arbitraire, le comportement ne suivant que peu l'injonction. Ce serait une origine des difficultés dites "éducatives". L'enfant apprend que les règles sont changeantes selon la volonté parentale ; elles sont alors difficiles à intérioriser, la relation ambiguë au parent prend le pas sur le rapport au cadre. Des facteurs externes d'ordre psychosocial peuvent aussi influencer sur cette distorsion éducative (Heuyer et Lebovici, 1951 ; Dolto, 1984 ; Biederman et coll., 1995).

permanence leur enfant dans un surplus de tension et de surprotection qui entraverait chez celui-ci le processus d'autonomisation » (p.70). Les auteurs montrent que l'anxiété maternelle de séparation est sensiblement liée aux difficultés de séparation de l'enfant. Est précisément évoquée dans ce type de contexte relationnel l'idée d'une *spirale pathogène* allant plus ou moins contre l'autonomisation infantile. La position de J. Bergeret (1974) au sujet de la genèse des organisations limites de la personnalité est également utile car l'auteur explique que la mère réduit la possibilité de prise de distance autonomisante en projetant sur l'enfant une série de représentations à valeur anaclitique : rester près de la mère confère une sécurité ; quitter le giron maternel implique des dangers. Au fur et à mesure du développement, les espaces du corps infantile constituent un espace où s'infiltrer de telles images anxiogènes.

Ce qui est important à retenir pour notre propos est que tous ces évènements de vie et de contexte singulier (cf. a,b,c,d,e) peuvent entretenir une angoisse de perte d'objet durable chez la mère et donner à l'enfant le rôle de prendre une place d'objet anaclitique ou d'objet d'amour. Cette place est alors sujette à recevoir des représentations maternelles (par interaction et identification projective) qui vont influencer sur le développement de l'enfant car ses différentes fonctions en voie de constitution seront directement infiltrées par des entités pathogènes. Cette fragilité narcissique maternelle peut renvoyer plus précisément à une difficulté à élaborer efficacement ses angoisses et affects dépressifs avant la phase anale de l'enfant et surtout pendant cette phase de prise de distance. Ce sont des affects de déplaisir qui vont entrer en résonance et induire chez la mère des défenses, des anticipations anxiogènes, un sentiment d'incapacité à gérer les excitations de l'enfant qui pèseront sur l'exercice d'autonomisation subjective infantile. Le travail clinique de D. Lepage (1981) montre précisément que l'enfant instable vit une sorte d'insécurité dans le champ relationnel avec les parents avec une angoisse de perte d'objet sous-jacente.

La recherche de H. Massie et N. Szajnberg (1998, p.21-25) sur l'évolution d'enfants hyperactifs de la naissance à trente ans montre que les parents présentent des caractéristiques induisant un défaut d'attachement en phase précoce et aussi dans la suite des relations intersubjectives : une relation à l'enfant comme à un objet plutôt qu'à une petite personne douée de multiples qualités ; des attentes parentales de niveau supérieur à l'âge de l'enfant ; la projection de sentiments parentaux sur l'enfant et difficultés relationnelles (notamment l'agressivité) ; une différence entre l'idée que les parents ont d'eux-mêmes et la réalité de leurs relations avec l'enfant ; les parents ne présentent pas d'attitude abandonnique et révèlent au contraire une forte implication personnelle dans la vie de l'enfant. Outre l'hyperactivité, les conséquences au niveau des enfants sont évidentes mais de degré variable selon les cas : il

s'agit essentiellement d'une précarité de l'estime de soi, d'un sentiment d'insécurité et d'un risque dépressif latent dans la vie adulte (*ibid.*, p.26-30).

Nous proposons une **neuvième hypothèse théorique**.

Il s'agit d'une pathologie de la castration anale (Dolto, 1984) sur le versant maternel, la phase anale de développement de l'enfant génère chez la mère des difficultés narcissiques. Les relations de la mère avec l'enfant s'établissent au travers d'une angoisse de perte d'objet (problématique de séparation) ressentie par elle et générée par son histoire affective avec ses parents et/ou par des événements de vie renforçant un lien qui ne peut cesser d'être anaclitique.

♦ Altération des pare-excitations au cours du développement psychomoteur.

Les fragilités maternelles évoquées au sujet de l'angoisse de séparation vont se traduire aussi par une faille de sa fonction de pare-excitation lors des déambulations infantiles, en particulier autour de ce qui concernerait la présence ou l'absence de l'objet. Ceci induit chez l'enfant devenant instable une faille dans la capacité à élaborer ses propres représentations et affects de déplaisir qui se mêlent aux proprioceptions ; ceci autant dans l'apprentissage de la marche avec ses avatars que dans son imaginaire et ses relations d'objet corollaires. Or, il y a nécessité pour l'enfant de pouvoir apprendre à gérer l'angoisse, la culpabilité, les émotions et affects inhérents à l'autonomisation motrice et à l'individuation identitaire.

L'idée d'une faille des systèmes de pare-excitation (infantile et/ou maternel) apparaît d'ailleurs plus ou moins selon les auteurs. Les arguments de B. Golse (1996) et de M. Berger (1999) montrent l'importance que prennent des difficultés dans la fonction maternelle de pare-excitation et de contenance des ressentis (corporels, psychiques) lors des phases précoces. Cette question est reprise ici du point de vue développemental au niveau de la phase de déambulation infantile. J. Malarrive et M. Bourgeois (1976) notaient que la mère n'aurait pas eu une fonction de repère sécurisant pour l'enfant pendant l'apprentissage de la marche ; les enfants semblaient avoir été « *brutalement confrontés au moment de la marche à un cumul d'excitations extérieures* » (p.112). Les auteurs avaient aussi noté qu'ils évoluent dans un vécu d'angoisse d'abandon inconsciente et semblent « *vivre l'autonomie permise par la marche comme un abandon manifeste et irréversible* » (p.113). L'idée d'une difficulté chez l'enfant à gérer la pression pulsionnelle et les affects se retrouve dans d'autres études. M. Berger (1999) avance que l'agitation externe peut avoir une fonction pare-excitante supplétive parce que la mère constituait précocement un objet excité/excitant ou angoissant par sa dépression ou

d'autres tensions. L'agitation externe serait une protection dans le registre des *processus autocalmant*. Ce concept de G. Szwece (1993, 1995) explique comment l'enfant met en place un procédé autocalmant lorsqu'il est confronté à l'échec de la fonction maternelle à atténuer ses angoisses et son besoin d'être apaisé, la recherche répétitive de l'excitation tente de ramener le calme ; l'agir corporel a alors ponctuellement une fonction pare-excitante et protectrice.

Donc, une faille de la fonction de pare-excitation maternelle va induire une perturbation des capacités de pare-excitation chez l'enfant. Cette difficulté altère ses désirs d'autonomie motrice car l'enfant se trouve dans une fragilité psychomotrice et psychique où les excitations ne peuvent pas trouver d'issue dans la relation à la mère (voir ici J.-M. Gauthier, 1999a,b). Les capacités de représentation et de mentalisation de l'enfant jeune et avant trois ans sont faibles, l'appareil psychique a donc recours aux moyens disponibles *hic et nunc*. Ainsi, **la psychomotricité apparaît être le lieu d'origine des tensions et en même temps l'outil circonstanciel pour les gérer. Elle apparaît comme la logique dominante pour lier les vécus et leurs sensations avec les représentations de soi, ceci dans l'espace du tissu relationnel avec la mère.** Cela favorise l'émergence d'une représentation corporelle d'action qui apparaît peu à peu comme une image d'une dysharmonie de trois aspects du fonctionnement somato-psychique : lien anaclitique/psychomotricité/identité. Les difficultés pesant sur un aspect de la triade pèseront alors aussi sur les deux autres²¹. En outre, si pour l'enfant s'autonomiser c'est abandonner ou être abandonné, alors on peut comprendre que la psychomotricité et le corps mobile émanent d'un *corps relationnel*²² perturbé et perturbant, les proprioceptions et les affects de déplaisir se fondant dans un même vécu anxigène.

Rappelons que ce n'est pas l'apprentissage de la marche en soi qui est en jeu ou pas seulement. C'est surtout à travers lui la capacité de l'enfant à prendre une distance avec l'objet en conservant un sentiment de sécurité et d'identité suffisant du corps propre et du psychisme. C'est une problématique des rythmes et des espaces propres, somatiques et psychiques, autrement dit une question d'identité.

Nous proposons une **dixième hypothèse théorique**.

La fonction de pare-excitation maternelle est défaillante dans un contexte de lien de dépendance, la mère ne peut pas contenir à la fois l'autonomisation infantile, ses propres angoisses de perte

21. Selon G. Guillerault (1996), l'image du corps opère un travail de validation symbolique du schéma corporel, les conditions d'élaborations de celui-ci s'inscrivent au plan des représentations de soi.

22. Au sens de J.-M. Gauthier (1999a) : le corps à l'image des soins que la mère lui a prodigués ; il s'agit des fonctions biologiques et psychologiques en voie de développement qui sont organisées par la mère (sensorialité, tonus, motricité, alimentation, propreté, sphère émotionnelle, langage, etc.).

d'objet, et les actions et éprouvés infantiles. Les capacités de pare-excitation de l'enfant sont alors insuffisantes pour élaborer l'angoisse, les émotions et tout affect inhérents à l'autonomisation motrice.

♦ L'agir comme interface soi / monde ou contenant narcissique.

Pour prolonger nos discussions sur l'enveloppe somato-psychique et sur la RCA (cf. chap.1), citons J. Bergès qui a travaillé sur la question des enveloppes corporelles dans les agirs instables et a observé deux situations (1995, p.1575) : l'agitation apparaît comme « *une irruption dans un contexte de contention insupportable* » ou bien comme « *une quête incessante des limites, des frontières, la place du corps agissant étant très problématique ou impossible à intégrer comme telle* ». L'auteur montre que cette problématique des enveloppes corporelles intervient au long du développement de l'enfant et aussi quand la pathologie est installée. Il explicite une interface entre l'enfant et le monde externe, une délimitation se présentant comme un contenant protecteur, une barrière ou un enveloppement par l'excitation et par le contact avec l'extérieur (chocs, mouvements, proprioceptions, touchés corporels). La question des espaces subjectifs est posée et étaye l'hypothèse d'une pathologie de l'individuation. La notion d'*agir expressif* de C. Dejours (1989, 1997) peut aussi enrichir l'idée de l'instabilité comme instrument de contenance narcissique ; selon l'auteur, le corps mobilisé d'une façon ou d'une autre peut aussi véhiculer une potentialité d'expression de soi, ceci jusque dans l'intersubjectivité.

Observations cliniques

Le cas de **Coralie** (6 ans 9 mois) est intéressant en ce qu'il permet de constater la recherche du lien de dépendance chez cette enfant instable et le recours adaptatif ou défensif à une enveloppe corporelle d'excitation en regard de la relation de dépendance. En séance, Coralie n'est pas hyperactive, les agirs se limitent à quelques mouvements de pieds ; ceux-ci suffisent cependant à montrer la tension somatique sous-jacente même si elle est mise au plan secondaire pendant la séance qui offre un lien duel privilégié à l'enfant. Il apparaît rapidement que ma présence, mon attention portée sur l'enfant, ma disponibilité suffit à contenir Coralie qui en est avide. Les fins de séance sont difficiles durant les six premiers mois du suivi psychologique ; la fin de la relation duelle privilégiée semble prendre une valeur de rupture du lien pour Coralie. Cette hypothèse provient du fait que l'agitation au sortir des séances est majeure (les séances ont lieu à 13h avant l'école) ; les répercussions sur l'attitude de l'enfant en classe sont fortes, cela a conduit l'institutrice de Coralie à s'opposer aux entretiens psychologiques. Lors des discussions avec l'enfant au sujet de cette difficulté, Coralie essaie de m'expliquer : « si je viens te voir c'est parce que je suis trop triste de pas être sage...si je viens pas te voir je suis trop triste de pas être sage ». Noter la formulation : je viens / je ne viens

pas pouvant être pris pour : je suis / je ne suis pas (être en séance, être soi-même). Le recours à un verbe d'action à la place du verbe d'identité (*venir* à la place *d'être*) évoque aussi la représentation corporelle d'action comme représentation se soi dans la relation à l'autre.

Cet extrait témoignerait aussi d'une circularité fonctionnant comme un soutien narcissique, qui n'a pas de logique autre que narcissique : le destin de la "tristesse" de Coralie est en jeu et apparaît en position centrale dans un lien fort à l'autre. Coralie est une petite fille qui ne pleure pas, elle n'est pas timide ou craintive, ni même inhibée, néanmoins elle présente un besoin impérieux de s'assurer la présence pour elle-même d'un adulte investi (sa mère ou son père, le psychologue) et elle semble ne faire attention qu'aux mises en relation et aux séparations interpersonnelles. L'agir instable semblait fonctionner chez cette enfant comme une interface entre le sujet et le monde, comme un véritable contenant narcissique qui suppléait à la rupture d'une relation duelle. L'enveloppe corporelle construite par les agirs renvoyait à une recherche de limites du Soi sans lesquelles le risque de perte du Soi aurait peut-être émergé.

Avec l'étude du "passage" du corps réel au corps imaginaire, Sami-Ali posait « *qu'avoir un corps c'est donc avoir un espace [...]. Le corps se voit dans un espace alors que c'est le corps lui-même qui définit l'espace* » (1986, p.86 ; 1987) ; « *les objets sont d'abord des images du corps et l'espace une entité corporelle* » (1974, p.81). Selon l'auteur, ce passage peut être entravé de nombreuses façons et se traduire, entre autres, par des troubles instrumentaux et psychomoteurs. Ce passage n'est pas un passage effectif, un étayage de l'un sur l'autre ou une mutation du même substrat ; les écrits de Sami-Ali (1986, 1987, 1998) montrent que corps réel et corps imaginaire sont deux types ou deux niveaux de fonctionnement différents d'un sujet, inscrits dans une même structure spatiale qui préside partout à l'élaboration de la représentation. Nous avons énoncé que dans une dynamique pathologique de la castration anale, le corps, les actions et l'espace du sujet sont et restent trois aspects confusionnels d'une même réalité subjective. En reprenant les termes de Sami-Ali, il semblerait que chez l'enfant instable le passage du corps-réel [sensoriel, tonique, musculaire] à un vécu différent de corps-imaginaire [affectif, anal, imagé] a été profondément marqué par les enjeux relationnels de dépendance, les situations influant sur les fonctionnements et inversement ; et ceci jusqu'à la dysharmonie développementale des fonctions en jeu et plus loin encore dysharmonie de la personnalité. C'est la notion de *corps propre* qui est discutée ici, celui-ci soutient un vécu du monde et de soi, l'idée sous-jacente est que les corps propre renvoie à un espace et que l'espace est par essence corporel (Sami-Ali, 1998, p.75-76) : la difficulté à vivre harmonieusement cet espace propre est selon nous le noyau de la pathologie.

Prolongeant les travaux de Sami-Ali, J.-M. Gauthier (1999b, p.70) montre qu'à partir de l'indifférenciation de la dyade primaire, la constitution/reconnaissance de l'espace par le bébé

suppose la création d'un espace imaginaire, celui-ci ayant d'abord une nature différente de celle de l'espace tridimensionnel de l'adulte. Cet espace de soi en voie de constitution enveloppe par l'imaginaire le sujet qui ainsi se sépare peu à peu de l'autre. Un espace de séparation se constitue et s'investit par les vécus propres du corps et par les images que l'enfant s'en fait, ouvrant par-là un espace de pensée. C'est par le processus de *projection sensorielle* que se mettent à exister des objets-images du corps (Sami-Ali, 1998, p.76), le corps fonctionnant comme un schéma de représentation des objets et de l'espace, un format prototypique qui dégage de lui-même peu à peu du sens et des accumulations d'expériences avec l'environnement : dans ce jeu perpétuel de construction imaginaire et de progressive représentation de soi, de l'espace et de l'autre, la motricité est primordiale. La continuité et la stabilité des échanges avec la mère, un sentiment d'unité du corps propre suffisant, l'évolution progressive de l'espace de séparation sont des nécessités pour que puisse être découverte l'image d'un sujet indépendant des objets. On perçoit l'intérêt de ces arguments théoriques pour reprendre nos discussions sur la pathologie du lien entre la mère et l'enfant en train de construire ses expériences motrices et plus loin ses espaces propres et donc son identité.

Pour approfondir la réflexion sur la dialectique corps réel / corps imaginaire, J.-M. Gauthier (1993 ; 1999a,b,c) étudie le corps dans la relation chez l'enfant très jeune. **Le corps réel dans sa relation précoce à la mère (soins, nourrissage, etc.) devient l'objet d'une histoire relationnelle : l'auteur le nomme *corps relationnel* ; le corps réel est inscrit dans les interactions signifiantes qui aboutissent à la constitution du psychisme et de l'identité.** Le corps relationnel se situe probablement entre le corps réel et le corps imaginaire, c'est lui qui s'imprègne de l'environnement. **L'histoire du corps peut alors s'interpréter et exprimer la manière dont le sujet s'est approprié son propre corps** (Gauthier, 1999a,b). Le poids de la fantasmatique maternelle dans la relation au corps du bébé influe sur les transformations et les socialisations de son corps réel et relationnel et aussi sur les émergences des représentations de l'espace, du temps, de soi et de l'autre (*ibid.*). L'hypothèse générale de J.-M. Gauthier (1999b, p.63) au sujet des dysharmonies nous paraît contenir nos réflexions sur la pathologie du lien chez l'enfant instable : « *les difficultés de mentalisation doivent être mises en relation avec les difficultés de se représenter l'espace et le temps et d'habiter leur propre corps* ». On constate avec cet auteur qu'il s'agit bien d'une problématique identitaire. Les difficultés à construire des représentations continues et originales s'expriment finalement par le surinvestissement de la RCA, cette image de soi envahissante qui condense les vécus de l'espace/rythme corporel et de l'espace/rythme de l'autre : image d'un corps propre au

final qui n'appartient pas totalement à l'enfant, image témoin d'avatars de l'identité. Les travaux de l'auteur permettent de prolonger la théorisation de F. Dolto sur l'affirmation identitaire en phase anale ; ils permettent de mieux comprendre le rapport entre le registre corporel et les phénomènes observables ultérieurement au registre psychique et interactif ; la castration anale pathologique serait un cas particulier d'une dysharmonie de développement de l'espace propre et de l'identité de l'enfant. J.-M. Gauthier (1999a, p.129) énonce que *« l'identité doit être conçue comme une construction, une représentation mentale »* qui a la particularité d'être *« d'emblée conflictualisée, par certains côtés paradoxale et ainsi en perpétuel devenir »*.

Nous pensons que les dynamiques étudiées par J.-M. Gauthier (1993 ; 1999a,b,c) seraient opérantes au-delà des phases précoces en restant importantes dans la suite du développement, au moins jusqu'à trois ou quatre ans, même si les soins maternels sont moins fondamentaux. Il ne s'agit alors plus seulement d'une perturbation des rythmes primaires propres à l'enfant, il y a aussi la contrainte interactive/éducative pesant sur des rythmes plus complexes, sur ses projets et désirs²³ via les espaces du corps et les comportements. **La motricité et les désirs moteurs de l'enfant se jouent dans le réel en grande partie au travers du corps mis en mouvement et présenté à l'attention de la mère (ou à ses représentants), c'est-à-dire au travers d'un corps relationnel qui est en train "d'écrire" la page de son histoire de déambulation et d'autonomie motrice, fût-elle instable.** Les travaux de Sami-Ali et de J.-M. Gauthier nous enseignent que du point de vue du sujet **l'espace a par essence des propriétés corporelles et psychiques**. Au travers de l'apprentissage à la propreté, à la déambulation, aux actes, c'est bien du corps relationnel et de l'appropriation du corps dont il s'agit entre l'enfant et l'autre.

La notion de "rencontre avec l'objet" paraît se trouver au centre de la problématique (ceci est effectivement d'une grande importance clinique au point de vue comportemental et symptomatique). Les images dynamiques du corps, les gestes vers quelque chose ou quelqu'un, les regards d'autrui sur soi, la désignation du symptôme, tous ces aspects de l'instabilité mettent en exergue la "place de l'autre" autour et à partir du corps de l'enfant ; (on pourrait d'ailleurs se demander si l'enfant est instable lorsqu'il est absolument seul). Il existe un fait clinique soutenant ces réflexions sur la place de l'autre : il s'agit pour le psychothérapeute de la nécessité de dépenser une grande quantité d'énergie pour rester

23. Ces deux-là sont une autre forme (plus "psychique" que les rythmes biologiques) de repère interne et personnel qui participe à organiser une continuité temporelle et identitaire du sujet.

concentré, rester avec ou près de l'enfant instable lors des séances²⁴. Nous avons souvent le sentiment auprès de lui de ne pas avoir de réelle place, d'importance. La concentration du clinicien pour être présent en séance participe souvent à l'implication et à la capacité à jouer de l'enfant.

Observations cliniques

Le cas de **Maxime** (7 ans et demi) donne l'exemple d'une forme de relation spéculaire avec l'autre *via* le(s) corps. L'enfant est très instable et très impulsif, à l'école surtout et moins à la maison, il ne l'est que peu en séance. Son travail psychologique a comme support médiateur unique le dessin, avec cette particularité qu'il ne peut dessiner que si je dessine avec lui et comme lui ; dessiner le même objet, la même histoire, tous les deux assis face à face de chaque côté du bureau, chacun avec sa feuille. Au début d'une "séance dessin", Maxime a souvent besoin de me prendre une idée ou de me faire choisir le thème, mais ensuite l'enfant individualise rapidement sa création et prend le rôle de diriger le dessin-miroir. Ce faisant, il exige de moi de le suivre sinon il s'arrête et n'est plus intéressé par la séance. Durant le dessin, il scrute constamment mes réalisations et les compare aux siennes ; quand je traîne, il me stimule « dessine, dessine ! », et quand je fais mieux que lui, il rompt le jeu ou exige de l'aide. Les capacités de mentalisation, la confiance de l'enfant en ces capacités, la confiance en moi, l'importance du lien à l'objet pour le fonctionnement intrapsychique, sont des dimensions fondamentales que le travail avec Maxime a pu en partie éclairer ; j'ai pratiqué 33 séances de ce type avant que Maxime puisse jouer avec la pâte à modeler, laquelle fut utilisée de façon unique assez longtemps.

Le travail psychologique avec cet enfant a montré le besoin d'une sorte de reflet narcissique pour pouvoir représenter et penser des objets dans l'espace de la séance. Pour Maxime, le corps de l'autre fonctionnerait comme une sorte de créateur de l'espace de son propre corps dans lequel est possible l'émergence de la pensée (ici les projections dans le dessin qui témoignent d'un processus de pensée efférent). La position ou relation spéculaire sujet/autrui qu'exige l'enfant est associée à l'absence d'instabilité. Dans les séances de Maxime, les proprioceptions de l'agir sont complétées ou peut-être même remplacées par une image visuelle du corps de l'autre qui ouvre un repérage corporel, un étayage corporel à l'activité de la pensée. Cette situation concerne aussi ce que M. Berger (1999) appelle *l'utilisation de l'objet comme miroir visuel* où l'entité corporelle passe pour l'enfant du SENTI au VU, le corps de l'autre est pour l'enfant instable un corps VU qui soutient l'unification du corps propre. O. Moyano (2002) décrit également le rapport de specularité pathologique entre le sujet et l'objet avec la notion d'*identification bijective*, laquelle rend compte de la psyché qui devient le reflet de l'image de l'autre dans un écueil des identifications primaires : « *elle se réduit à n'être qu'une identification en surface (ou de surface) à une image* ». En outre, quand l'image du corps et de ses proprioceptions est possible à constituer et à intégrer comme telle, il apparaît que l'agir est moins émergent, la représentation corporelle d'action peut alors laisser

24. Ce fait est aussi relaté par M. Berger (2002) : « *le thérapeute se trouve confronté à un effort surmoïque particulier qui nécessite une attention et une présence sans faille* ».

la place à une image du corps plus entier et dont la dimension imaginaire est plus large. Le dessin de Maxime et l'acte de pensée qui le détermine adviennent grâce à la présence en miroir du corps de l'autre, comme du point de vue historique, lors du début des mouvements globaux et toniques où un enfant vit, ressent et se représente son corps et ses désirs moteurs à travers les renvois (le miroir) des paroles, des affects et des actes de sa mère (ou un de ses représentants).

Le cas de Maxime montre que le "corps" est recherché pour "contenir" l'enfant, comme si cet enveloppement n'allait pas de soi et devait être activement recherché dans l'autre. L'autre est alors repère, tuteur, voire format de son propre corps, une forme corporelle. Le SENTI et le VU impliquent autant l'espace relationnel que l'intimité, ils concernent le lien intersubjectif.

Pour résumer le second chapitre théorique : L'instabilité psychomotrice infantile serait une expression de la motricité qui n'a pas assez de valeur industrielle et socialisante pour la personnalité de l'enfant. En tant que dysharmonie développementale, elle renvoie à une relation de dépendance à l'objet maternel et une organisation psychique de niveau préœdipien. Les troubles d'autonomisation motrice et la difficulté à élaborer les motions anales chez l'enfant s'entravent dans un autre travail de symbolisation qui est celui de penser la distance entre le soi et l'objet maternel. Du point de vue de l'interaction de l'enfant avec la mère, c'est la constitution d'un espace somato-psychique propre, d'un "corps relationnel moteur", qui serait en jeu. Ainsi, ce que nous appelons la représentation corporelle d'action évoque en grande partie la façon dont l'enfant s'est approprié son corps mobile. Il s'agit d'une trace et d'un repère existentiel pour l'enfant, une image de soi dominante/surinvestie dans la continuité du vécu subjectif, fonctionnant comme une représentation de soi.

Conclusions brèves sur les réflexions théoriques.

L'instabilité psychomotrice infantile clinique présente selon nous trois spécificités que nous avons essayé d'approfondir en menant cette étude théorico-clinique. D'abord, il s'agit de la pérennisation de l'agir instable et du mode de relation ambiguë à l'environnement qui l'accompagne, ces deux traits suffisent en général aux adultes pour définir l'enfant. Ensuite, si l'on considère une théorie de la mentalisation, il s'agit du recours privilégié au mode comportemental (organisation profonde et stable) avec une certaine précarité pour imaginer en jouant, pour parler, s'exprimer et créer. Enfin, il s'agit d'une difficulté particulière pour l'enfant surtout mais aussi les parents à penser des limites à l'agir corporel, cela évoque une capacité insuffisante pour éprouver des repères et rythmes personnels organisant le rapport au monde et à soi-même.

L'instabilité psychomotrice *entité* (au sens de M. Berger, 1999, pp.25, 138) constitue une dysharmonie, résultat d'un processus long et vaste impliquant l'ensemble du tissu relationnel de l'enfant et de nombreuses fonctions psychologiques en développement (exemple : les processus attentionnels). Une problématique infantile s'établit dans le registre de la motricité corporelle et des espaces somatique et psychique. On observe alors le développement d'un mode de relation d'objet dominant chez l'enfant du type dépendance avec certaines caractéristiques psychiques quand l'enfant grandit : trouble des capacités de mentalisation, dysharmonie affective, surinvestissement de représentations corporelles motrices, (etc.). Le tableau clinique aura les particularités propres à l'histoire de chaque cas en fonction de ses histoires relationnelles, intergénérationnelles, selon les événements de vie et aussi les facteurs biologiques prédisposant (conditions de naissance, neurophysiologie, etc.). L'IPM semble ainsi constituer l'expression symptomatique d'une problématique du lien dans les espaces propres infantiles, une difficulté à habiter son propre corps (Gauthier, 1999a,b,c).

Deux grands axes théoriques ont été développés. D'une part le processus de symbolisation dans la représentation de soi et d'un espace propre et entier. D'autre part les relations infanto-maternelles dans le développement de l'autonomie motrice identitaire. Ce serait l'intrication singulière de ces deux domaines somato-psychiques qui faciliterait l'apparition et surtout la pérennisation des difficultés psychomotrices spécifiques. Il semble alors nécessaire d'éclairer la façon dont le corps propre et son sentiment subjectif se

constituent dans la relation à l'autre et ceci, en tenant compte de la continuité du développement, jusqu'au moment de la rencontre du clinicien avec les sujets. Plus qu'une question de comportement, l'instabilité concernerait l'identité dans la personnalité de l'enfant.

Dix hypothèses théoriques ont été formulées. La première concerne les conditions de la naissance (p.18). La seconde renvoie à l'idée d'une dépression maternelle (p.21) et la troisième à un défaut dans la relation à l'objet primaire (p.25). La quatrième et la cinquième traitent de la psychodynamique d'une représentation spécifique d'action et d'un trouble de la mentalisation à la source de l'agir instable (p.38 et p.39). La sixième hypothèse implique les difficultés d'élaborations œdipiennes dans la personnalité de l'enfant (p.47). La septième évoque ce que serait une pathologie de la castration anale sur le versant infantile (au sens de Dolto, 1984), la phase anale de développement étant profondément altérée par une relation mère-enfant de nature anaclitique (p.57). La huitième cible l'absence paternelle, l'enfant reste dans une relation trop exclusive à la mère (p.60). La neuvième rappelle une pathologie de la castration anale mais cette fois-ci sur le versant maternel (p.63). La dernière hypothèse renvoie à l'altération des pare-excitations, maternelle puis infantile, mettant en difficulté l'élaboration mentale au cours de l'individuation motrice et identitaire de l'enfant (p.65).

L'objectif est maintenant de proposer une méthodologie permettant de tester la validité de ces hypothèses et de les confirmer ou infirmer par des données cliniques.

Deuxième partie

CADRES METHODOLOGIQUES

Chapitre 3

Populations étudiées

3.1. Deux groupes d'étude.

Les hypothèses formulées dans la partie théorique de ce travail portent sur les fonctionnements psychiques de l'enfant instable mais aussi sur ceux des parents. Des données sont récoltées à partir de ces deux axes cliniques principaux.

- Nous avons constitué **un groupe d'enfants instables (N=26)**.
- Les parents de ces enfants constituent ainsi **un groupe parental** à étudier (N=15).

Les enfants proviennent de la file active d'un service de pédopsychiatrie du département 88 des Vosges (milieu urbain, semi-urbain, semi-rural de montagne) et répondent aux critères diagnostiques définis dans l'introduction de notre travail. Ils présentent donc les critères diagnostiques de la classification française (Misès et coll., 1988). Ce sont tous des enfants dont le motif de consultation est celui d'instabilité (adressés par l'école, la famille, un médecin spécialiste ou généraliste). Outre le diagnostic, les caractéristiques des enfants pour notre recherche sont les suivantes : être âgé de 6 à 9 ans²⁵ ; avoir au plus un an de retard scolaire ; montrer un niveau intellectuel global normal (au Wisc-R ou Wisc-3 ou K-abc) ; être garçon ou fille ; vivre avec au moins un des parents ; ne pas présenter de maladie somatique sévère connue ni de handicap physique ou sensoriel ; n'avoir jamais consulté dans le champ de la pédopsychiatrie avant notre protocole de bilan.

Nous avons contrôlé et homogénéisé au mieux de nos possibilités le groupe des enfants en ne conservant que ceux présentant une instabilité *entité clinique* (selon M. Berger, 1999, pp.25, 138), l'instabilité psychique ou motrice ne constitue pas un symptôme isolé d'une difficulté psychique autrement repérable. Les contextes à exclure sont les suivants : **1**– Atteinte neurologique avérée ou atteinte somatique congénitale (syndrome X fragile, syndrome de West, dysmorphie faciale, perte d'un membre ou altération importante du corps, etc.). **2**– Avoir un parent malade somatique ou psychique (handicap important, cancer, dépression majeure, psychose, etc.).

²⁵. A ces âges, les enfants ont pu être confrontés aux différentes grandes étapes psychosexuelles (jusqu'à la latence), l'instabilité participe alors pleinement à leur personnalité. La limite d'âge supérieure situe les enfants en deçà de la prépuberté, celle-ci renvoie à de nouvelles dynamiques qui ne sont pas prises en compte dans nos hypothèses théoriques.

3– Carences socio-éducatives et/ou économiques sévères et avérées. 4– Etat dépressif infantile franc. 5– Enfants traumatisés par un événement extérieur ou par une situation psychologique particulière (accident, drame familial de toute nature, deuil récent d'un membre de la famille ou d'un proche, abus sexuels, etc.). 6– L'instabilité motrice s'inscrit comme un des symptômes d'une pathologie infantile identifiée d'ordre structurel ou réactionnel, en particulier les états psychotiques de l'enfance et les états réactionnels névrotiques (en référence à la nosographie de R. Misès et coll., 1988).

3.2. Trois groupes témoins pour une démarche comparative.

Nous avons choisi de comparer les deux groupes d'étude à des groupes témoins (sujets "normaux", non-cliniques, tout-venant, non-consultant) et cela définit une méthodologie comparative de recherche. Nous avons eu recours à **deux groupes d'enfants normaux** et un **groupe de parents d'enfants normaux** pour contrôler les données issues des trois outils d'investigation (cf. chap.4).

- Pour le test des Contes, le groupe témoin (N=40, enfants normaux, 6 à 10 ans) est celui constitué par C. de Tychey (1993) pour la validation de cette épreuve projective.
- Pour le test de Rorschach, le groupe témoin (N=14) a été constitué pour la recherche, il s'agit d'enfants normaux de 6 à 9 ans ayant passé le Rorschach, ne présentant pas d'instabilité et profitant d'une situation familiale, somatique et scolaire normale. Il s'agit d'enfants normaux tout-venant, vivant dans des conditions globalement harmonieuses, dans des milieux urbains, semi-urbains et semi-rural.
- Pour les entretiens parentaux, le groupe témoin (N=9) a été constitué pour la recherche, il s'agit de parents d'enfants normaux et ayant été soumis à notre grille d'investigation clinique de l'IPM. Ces sujets correspondent aux critères des enfants normaux du groupe témoin au Rorschach.

Justification du choix de la démarche comparative.

D'abord, l'objectif principal de cette recherche est d'étudier des spécificités des enfants instables quant à leurs fonctionnements intrapsychiques et relationnels, ainsi que des particularités sur le versant parental. En se fondant sur un groupe d'étude et un groupe témoin

suffisamment différents, la méthode comparative favorise l'observation de différences significatives qui permettent par la suite de formuler des analyses et des propositions sur les fonctionnements spécifiques du groupe d'étude (de Tychev, 1994a). Les hypothèses théoriques posées dans cette recherche sont testées par les observations et les analyses intergroupes.

Ensuite, la démarche comparative permet aussi d'augmenter sensiblement le pouvoir de généralisation des résultats si l'homogénéité du groupe d'étude est suffisante pour contrôler les variables multiples présentes en chaque cas clinique. Selon O. Bourguignon (1995), homogénéiser l'échantillon d'étude permet de faire ressortir ses caractéristiques dominantes comparativement à un échantillon témoin homogène. L'homogénéité des groupes d'étude que nous avons concrétisée favorise donc la mise en évidence de caractéristiques propres. Selon les critères définis par R. Perron (1995), notre démarche est une comparaison explicite où sont comparés des échantillons dans le but d'énoncer des propositions sur un groupe comparativement à l'autre ; ce type de comparaison repose sur des groupes indépendants, des critères d'échantillonnage similaires, en isolant une variable indépendante (le diagnostic d'instabilité).

Enfin, le recueil des données pour chaque sujet a été effectué dans une démarche qui est authentiquement clinique à sa source. La compilation des données ne s'est faite que dans un second temps pour faciliter leur traitement. Les épreuves projectives et les entretiens sont utilisés dans un contexte de demande parentale de consultation/bilan, les rencontres avec les sujets (enfants et adultes) bénéficient de nos expériences en consultation de pédopsychiatrie²⁶. Les données sont en partie traitées statistiquement, cela conduit à abriter les singularités individuelles mais les conditions cliniques initiales de recueil ont permis aux sujets de s'exprimer librement et spontanément.

²⁶. Nous proposons aux sujets de participer à la recherche en effectuant un bilan psychologique approfondi de leur situation. Ce bilan correspondait donc à une première explicitation et analyse des difficultés des patients dans le service hospitalier où ils venaient consulter. L'intérêt des personnes se recoupait avec l'intérêt de la recherche, notre travail leur profitait ainsi directement. Dans leur accord de participation à la recherche, ces personnes consentaient à ce que certaines questions soient particulièrement développées et approfondies pendant ou après le bilan.

Chapitre 4

Techniques et outils utilisés

Notre méthodologie explore deux champs cliniques : avec les parents, il y a les entretiens pour sonder les relations d'objet et l'évolution de la dyade mère-enfant ; avec l'enfant, il y a les techniques projectives pour sonder les dynamiques intrapsychiques et son développement.

4.1. Technique d'entretien avec les parents et comptes-rendus d'entretien.

Les entretiens sont multiples (quatre à cinq séances). Ils sont orientés vers la mère de façon privilégiée car les hypothèses théoriques développées la concernent principalement. Les données cliniques sont récoltées en deux temps : une phase d'enquête de nature anamnétique et informative générale (une séance), et une phase d'investigation où est utilisée plus précisément notre grille d'investigation clinique de l'instabilité (§4.2) et où sont approfondies les discussions (deux à trois séances). Il s'ajoute une séance de compte-rendu de bilan.

Ces rencontres représentent beaucoup d'échanges et de mots, de gestes, de silences et d'émotions, *i.e.* beaucoup d'expériences psychiques pour les sujets et nous-même. Il apparaît difficile de vouloir retransmettre l'intégralité de ces relations psychologue/sujet, *a fortiori* dans un travail avec des groupes. Nous avons alors choisi de procéder à la manière habituelle de notre travail en psychologie clinique, cette démarche d'investigation étant pour nous la plus familière et donc la plus efficace : il s'agit de traduire une compréhension du sujet, de donner ce qui a structuré les discours et les significations du sujet *hic et nunc* dans le moment clinique. D'une façon générale, nous pensons que le psychologue fait partie du dispositif de recherche, il représente en soi un "outil" à partir duquel émergent informations et connaissances. C'est en ce sens que des comptes-rendus d'entretien peuvent faire partie de la méthodologie de la recherche clinique, ils reposent sur les sensibilités et le savoir-faire propres au chercheur (selon le propos d'O. Bourguignon, 1995). Le recours aux comptes-rendus constitue un instrument médiateur de la recherche qui conserve en partie la richesse clinique et facilite l'exploitation et la transmission des données dans un but scientifique. La méthode

du compte-rendu clinique a donc été retenue parce qu'elle est économique mais aussi parce qu'elle se rapproche le plus du travail habituel en psychologie clinique et enfin parce qu'elle permet de faire figurer suffisamment d'informations organisées grâce à l'usage d'une grille d'investigation de l'instabilité.

4.2. Grille d'investigation clinique de l'instabilité.

Cet outil est original, il répond aux besoins propres au thème de la recherche. Il est constitué de six thèmes ou groupes de questions contenant au total trente items²⁷. Il ne bénéficie d'aucune validation rigoureuse mais il a cependant été formalisé grâce à nos expériences cliniques antérieures de consultation et de psychothérapie autour de l'instabilité ; cet instrument a été élaboré empiriquement, aménagé, et cela nous a amené à utiliser son potentiel d'investigation clinique pour la recherche. L'usage d'une telle grille d'entretien se rapproche « *d'une démarche d'observation en situation standardisée* » (*ibid.*, p.47) qui fait partie des techniques couramment utilisées en recherche et en pratique de psychologie clinique. Cette technique permet une observation suffisamment organisée des contenus d'entretien dans un souci de formalisation pour l'interprétation et la transmission des résultats, il fournit ainsi une structure d'observation pour le lecteur de la recherche. La grille est d'abord utilisée en phase d'enquête mais elle l'est surtout en phase d'investigation. Il s'agit d'un dispositif semi-structuré qui permet de proposer à chaque cas un nombre minimum de thèmes communs, ce dispositif s'inscrivant dans le contexte d'entretiens cliniques semi-directifs. Les relances sur un thème (par le biais de ses items constitutifs) ne sont effectuées que si les sujets ne l'abordent pas, sinon c'est la dynamique de l'entretien avec les déroulements des discours des sujets qui priment.

Pour retransmettre les données cliniques de tous les entretiens, nous nous inspirons *a minima* du travail de N. Jeammet (1995). L'objectif est de produire des comptes-rendus certes non exhaustifs mais suffisamment explicatifs. Des données, on dégage les *ensembles significatifs* (p.116) : les discours des parents présentent certaines caractéristiques communes qui sont regroupées après analyse. Il s'agit donc de significations particulièrement importantes pour les sujets et qui se présentent comme des repères structurant leurs discours. Les données

27. Voir l'annexe A pour le contenu de la grille et l'annexe B pour les dimensions théoriques sous-jacentes aux thèmes retenus. Dans l'annexe A se trouvent également des détails de la démarche empirique d'élaboration de la grille.

cliniques nombreuses peuvent alors être traitées et utilisées sous cette forme “réduite” qui dégage les problématiques des sujets. Ces ensembles significatifs constituent en fait les résultats de l’investigation par les entretiens, c’est à partir d’eux que sont discutées des hypothèses.

La construction de la grille repose sur des réflexions théoriques et cliniques sur l’instabilité, c’est pour cela qu’elle contient des thèmes choisis qui peuvent orienter les échanges lors des entretiens et organiser l’investigation sans être directifs, en respectant la liberté des sujets à développer ou non les thèmes proposés. La grille d’investigation est présentée à la mère inmanquablement, avec le père quand il est présent. En résumé, le principe méthodologique d’élaboration de la grille est le suivant : construite empiriquement à partir de thèmes spécifiques relatifs à des observations cliniques et psychodynamiques de l’instabilité, cette grille est susceptible d’enregistrer les singularités des mères (parents) dans leurs discours sur ces thèmes précis, les données servent à mettre en évidence ensuite des ensembles significatifs du groupe d’étude.

4.3. Deux épreuves projectives avec l’enfant.

Les épreuves projectives sont des outils cliniques permettant d’appréhender une figuration des dynamiques psychiques (dynamiques affectives et pulsionnelles, investissements narcissiques et relations objectales, angoisses, défenses), ainsi que le processus de symbolisation des matériaux somato-psychiques ; ce sont « *des dispositifs à symboliser* » (Roman, 1997b, p.39), adaptés pour mettre à l’épreuve des hypothèses psychodynamiques. Ces épreuves paraissent alors particulièrement utiles pour étudier chez l’enfant instable les rapports entre le soma et la psyché, entre les mouvements du corps et l’image qui peut en être faite, puisque c’est justement là que semble se poser la problématique d’instabilité. Par ailleurs, la réponse projective articule le monde interne du sujet avec son environnement (Chabert, 1995), en particulier la sensorialité et les émotions profondes articulées avec les exigences de la réalité ; il s’agit donc d’une « *situation caractéristique à l’image de la vie* » (Chabert, 1998, p.29). La situation projective constitue « *véritablement un espace d’interactions, un lieu de convergence de divers mouvements psychiques* » (Rausch de Traubenberg, 1990, p.673), elle constitue une sollicitation de multiples dimensions où sont mobilisés l’engagement du sujet et le dévoilement du sens. M. Bellion et J. Abécassis (1998) ont conclu leur travail sur

l'hyperactivité en montrant que les angoisses et les vécus de ces enfants sont difficilement observables et nécessitent « *le recours à une méthode clinique et à des techniques laissant place à la subjectivité* » (p.457) ; l'utilisation d'épreuves projectives permet de répondre à ce type d'exigence de recherche. L'objectif est donc de pouvoir donner une figuration du fonctionnement psychique des enfants étudiés. Le choix du recours à deux épreuves sert à aborder des processus psychiques différents.²⁸

▪ **Le test des Contes** (Royer, 1978 ; de Tychey, 1993). Il y a deux intérêts majeurs à utiliser cette épreuve. Tout d'abord, elle a été validée (de Tychey, *ibid.*) et fournit ainsi un outil efficace dans une double perspective clinique (grille de lecture des données projectives) et psychométrique (repères normatifs). Pour tous les contes utilisés, les contenus latents de chaque question ont été établis par C. de Tychey (*ibid.*) lors de la validation de l'épreuve ; c'est exclusivement à ce travail récent que nous faisons référence²⁹. Ensuite, en tant qu'épreuve infantile thématique, elle permet d'explorer en détail les différents enjeux du développement psychoaffectif et leurs apports narcissiques. Au final, elle sonde l'intériorisation des relations d'objet et ainsi l'histoire affective de l'enfant. Les treize contes utilisés pour la recherche sont : poussin (stade de la naissance) ; renards, chevreaux, tom, oisillon, fourmi, ourson (stade oral, assises narcissiques) ; terre-et-eau, poulain, course (stade anal et locomoteur) ; cerfs, cadeau, métamorphoses (stade œdipien et images parentales). Cette sélection préserve suffisamment de subtests pour obtenir une investigation pertinente du fonctionnement psychique des sujets tout en permettant aux enfants instables de travailler dans de bonnes conditions. Les textes-questions de tous les contes sont donnés au début de l'annexe C (p.10-15).

▪ **Le test de Rorschach**. L'intérêt majeur de cette épreuve est de fournir un moyen efficace pour analyser plus précisément les processus de symbolisation et de mentalisation, ainsi que les qualités du fonctionnement imaginaire (de Tychey, 1994a). Les nombreux travaux pertinents sur le Rorschach (RCH) en donnent une validation ou tout au moins une pratique standard suffisamment fiable sur les plans clinique et psychométrique pour que l'on puisse l'utiliser avec l'enfant de façon efficace³⁰. Un autre aspect intéressant du RCH pour notre

²⁸. Les étalonnages utilisés pour analyser les réponses aux épreuves projectives sont ceux de C. de Tychey (1993) pour le test des Contes et ceux de J. Blomart (1990, 1998) pour le Rorschach (qualité formelle, découpages de la tache, contenus et banalités).

²⁹. Sauf le conte *Course* qui n'a pas été validé depuis l'étude originale de J. Royer (1978). Le contenu latent du subtest est le suivant : « *La course est toujours motivée par un sentiment excessif, qui porte à forcer l'action de la marche. C'est pourquoi nous avons pensé que ce thème mettrait en évidence une tonalité affective profonde de l'enfant, serait l'expression de son dynamisme intime* » (*ibid.*, p.125).

³⁰. Beizmann (1974), Rausch de Trautenberg et Boizou (1977), Chabert et Rausch de Trautenberg (1982), Chabert (1987), de Tychey (1994a), Roman (1997b), Blomart (1990, 1998).

recherche réside dans le fait que cette épreuve « *trouve dans la métaphore corporelle un ancrage méthodologique tout à fait pertinent* » (Roman, 1997a, p.80), elle permet d'étudier les conditions fonctionnelles des opérations symbolisantes ; et « *le Rorschach sollicite fortement la projection d'images corporelles* » (Chabert, 1995, p.98), notamment dans le repérage d'une topographie basique soutenant l'organisation de l'espace. On peut alors s'attendre à ce que la problématique corporelle et comportementale de l'enfant instable, entre psyché et soma, ait une résonance particulière avec le matériel RCH puisqu'il favorise l'émergence de représentations de soi spécifiques, entre sensorialités et représentations mentales. Il émergerait alors au cours de la passation RCH un fonctionnement psychique correspondant en partie au fonctionnement psychique en jeu dans la clinique de l'instabilité, *i.e.* une dynamique interne faisant "rebondir" l'enfant dans l'environnement et où le corps et le Moi-corporel seraient au premier plan (Sanglade, 1983). Ainsi, « *le Rorschach teste une image du corps intégré, qu'il y ait ou non des réponses portant sur le corps* » (Rausch de Trautenberg et Boizou, 1977, p.99). Finalement, et en suivant P. Roman (2001a, pp.240, 246), nous retenons que le Rorschach convoque les images du corps et la continuité de la pensée dans une situation d'excitation à la fois présentée (le stimulus) et induite (la réponse spécifique au test), ceci dans un mouvement de centration narcissique et identitaire.

4.4. Deux échelles d'observation de l'enfant.

Ces échelles validées servent à compléter les informations pour l'étude de l'émergence de l'agir dans l'économie psychique de l'enfant. Elles sont proposées à l'enfant et aux parents lors des entretiens³¹.

■ **Echelle d'hyperactivité de CONNERS** (1970 ; version à 48 items pour parents, constructions et validations in J. D. Guelfi, 1997). Cette échelle sert à évaluer et décrire les types de symptômes et leur sévérité (indice d'hyperactivité avec 10 items), elle apporte un complément para-clinique pour l'évaluation diagnostique. En outre, elle contient un indice « psychosomatique » et un indice « anxiété » qui permettent d'observer un retentissement somatique des tensions psychiques de l'enfant eu égard à la sévérité du tableau clinique. Auto-administration parentale.

³¹. Les items et les conditions de cotation des deux échelles sont reproduits aux annexes F pour CONNERS et G pour R-CMAS.

■ **Échelle d'anxiété manifeste pour enfants R-CMAS** (Reynolds et coll., 1985) pour évaluer le niveau d'anxiété à travers ses composantes psychique et psychosomatique. Elle contient un indice « anxiété physiologique » et un autre « anxiété psychique » pour l'étude des phénomènes d'allure psychosomatique dans le fonctionnement global de l'enfant. La cotation est faite par le psychologue auprès de l'enfant. Cette échelle peut être utilisée en auto-administration mais beaucoup d'enfants (les plus jeunes) n'y arrivent pas ; nous avons harmonisé à tous les sujets le mode hétéro-administration.

4.5. Outils statistiques et traitement des données.

Les méthodes utilisées pour comparer les groupe d'études avec les groupes témoins sont les suivantes.

- Pour le test des Contes, la comparaison intergroupe est effectuée par **la méthode du khi2** (selon les préconisations de N. Rude et O. Retel, 2000, p.151-162). Pour chaque conte, son tableau présente le dépouillement des protocoles et reprend les mêmes catégories de contenus de réponse que celles définies par C. de Tychev (1993) pour la validation de l'épreuve. Les sigles statistiques utilisés dans ces tableaux de données sont : un tiret [—] quand que le calcul du khi2 est techniquement impossible, [.01] pour indiquer un seuil significatif à 1%, [.05] à 5%, [.10] à 10%, [NS] pour un seuil statistique non significatif.
- Pour le test de Rorschach ainsi que pour les deux échelles d'observation sont utilisées des **statistiques descriptives (moyenne et fréquence observée)**, ceci pour chaque indice psychométrique afin de comparer les données principales. Cela permet la comparaison des tendances centrales des répartitions et distributions des données entre le groupe d'étude et le groupe témoin.
- Pour les données issues de la grille d'entretien, les comparaisons sont effectuées sur la base des contenus des comptes-rendus, *i.e.* sur la nature des ensembles significatifs observés. Il nous paraît important ici d'effectuer une **analyse qualitative des thèmes significatifs apparaissant** dans les discours parentaux d'enfants instables car ce type d'analyse permet de mieux se figurer leurs motivations subjectives.

Informations descriptives des groupes constitués.

Groupe d'étude d'enfants.

N=26. Garçons=21, filles=5. Age moyen 8 ans 1 mois. Enfants uniques=4, aînés=14, cadets=8. 85% des aînés sont des garçons.

Au sein de ce groupe :

- la majorité a passé le Test des Contes (N=21. Garçons=17, filles=4. Age moyen 7 ans 10 mois)
- tous ont passé le Rorschach
- tous ont passé les échelles R-CMAS et CONNERS.

Groupe d'étude parental.

N=15. Parents de 13 garçons et 2 filles. Age moyen 7 ans 11 mois. Enfants uniques=3, aînés=7, cadets=5. Familles avec parents séparés ou divorcés=2.

Groupe témoin d'enfants au Rorschach.

N=14. Garçons=8, filles=6. Age moyen 8 ans 2 mois. Enfants uniques=2, aînés=6, cadets=6.

Groupe témoin parental.

N=9. Parents de 6 garçons et 3 filles. Age moyen 8 ans 0 mois. Enfants uniques=2, aînés=4, cadets=3.

Chapitre 5

Hypothèses de travail

Rappel de l'hypothèse générale. *L'instabilité psychomotrice infantile constitue une pathologie du lien qui s'établit entre la mère et l'enfant lors des phases précoces comme dans la continuité du développement : la période de la marche met en jeu les espaces, la motricité, les capacités de symbolisation et l'affirmation de l'individuation identitaire infantiles dans le lien mère-enfant.*

Cette proposition, représentant nos dix hypothèses théoriques, a été détaillée en dix hypothèses de travail à mettre à l'épreuve de la clinique.

H1– Des conditions particulières ou traumatiques de la naissance constitueraient un facteur de risque dans la genèse d'une instabilité psychomotrice.

Deux indicateurs permettent d'étudier dans quelles conditions réelles et imaginaires a eu lieu la naissance.

- Sur le versant maternel (ou parental) : les données issues du **6^{ème} groupe de questions** (item 4) de la grille d'investigation visent les événements de la naissance et l'état de santé de la mère et de l'enfant.
- Sur le versant infantile : les données projectives issues du conte **Poussin** permettent de sonder les traces inconscientes et préconscientes de la vie fœtale et de la naissance (Questions 1 et 2), ainsi que les répercussions sur la projection de l'enfant dans l'avenir (Q 3, 4).

Ces données devraient montrer des événements et des vécus traumatiques ou anxiogènes plus fréquents autour de la naissance des enfants instables.

H2. L'instabilité serait liée à l'effet dominant d'une dépression maternelle altérant le lien d'accordage affectif mère-enfant lors des premiers mois du bébé.

L'existence d'une dépression maternelle précoce et ses effets potentiels sur la dyade seront évalués par l'anamnèse avec la mère (ou les parents) et en particulier avec les **2^{ème}** et **5^{ème}** groupes de questions de la grille d'investigation.

- Le **groupe 2** sonde les relations mère-enfant (en particulier celles précoces).

- Le **groupe 5** sonde les faits et vécus dépressifs de la mère dans son histoire personnelle et de maternité.

Ces données devraient montrer que la dépression maternelle était plus souvent présente et s'inscrivait dans la relation précoce mère-enfant chez les enfants instables.

H3. L'instabilité serait une conséquence de relations défectueuses altérant la relation à l'objet primaire et les capacités précoces de penser de l'enfant.

Les défauts dans les soins maternels primaires et dans leurs vécus infantiles seront étudiés par les données projectives issues des contes sondant les premières phases du développement (oralité, assises narcissiques, identité).

- **Renards** : sentiment de sécurité (Question 1) ; satisfactions des besoins fondamentaux (Q2, 3).
- **Chevreaux** : qualité du sevrage (Q1) ; potentiel de prise de distance avec la mère (Q2 à 4).
- **Oisillon** : introjection d'un bon objet maternel et capacité à tolérer la séparation (Q1 à 4).
- **Fourmi** : qualité de l'investissement du corps propre (Q1) ; qualité de l'image du corps et des représentations corporelles (Q2, 3) ; qualité des échanges primaires *via* l'enveloppe corporelle et donc qualité de l'investissement narcissique de l'enveloppe corporelle (Q4 à 6).
- **Ourson** : qualité des assises narcissiques infantiles pour l'identité narcissique (représentation de soi) (Q1, estime de soi de Q2, Q3) ; capacité de l'acceptation aimante des parents (Q2).

Ces données devraient montrer des difficultés affectives plus fréquentes qui génèrent une faiblesse des assises narcissiques chez les enfants instables.

H4. L'agir instable serait lié à une représentation motrice (RCA) inscrite dans une symbolisation primaire des excitations internes et externes.

Le fonctionnement psychodynamique d'une représentation spécifique d'action sera étudié grâce aux données projectives issues du **Rorschach**.

- La fréquence des actings intratest observés : agitations [acting in et out], manipulations de la planche (nous créons l'indice Mp qui est la somme des mouvements de planche $< > v^{\wedge}$ observés pendant la passation), annexion de l'espace autour du dispositif projectif par des instabilités motrices.
- Le recours à l'agir corporel pour exprimer la représentation ou la tonalité affective d'une réponse : mimes des réponses, gestes mimétiques en écho à la verbalisation, impulsivité gestuelle directement liée à la réponse.

- La fréquence des représentations montrant l'altération de l'image du corps au travers des réponses anatomiques, corporelles altérées/partielles, ou d'objets altérés, dans une manifestation de *désymbolisation* (de Tychey, 1994a) ou d'*hallucination corporelle* (Roman, 1997a) ; la fréquence des représentations évoquant la fragilité de l'enveloppe psychique corporelle au travers des réponses de fragilité des limites contenant³².
- La fréquence des représentations d'actions toniques peu élaborées ou de représentations d'actions agressives dont l'objet est spécifiquement du registre corporel.

Ces données devraient montrer que l'activité de penser des enfants instables s'établit plus souvent par le biais d'une représentation d'action stimulant l'agir.

H5. L'organisation profonde des agirs de l'instabilité constituerait un système privilégié pour traiter les excitations intra et intersubjectives, comme un trouble de la mentalisation.

Les difficultés de symbolisation de l'enfant instable seront évaluées par les données projectives, le recours dominant à la voie comportementale sera évalué par les données cliniques de la grille d'investigation.

- Aux **Contes** : étude des difficultés d'élaboration des réponses terminales (dénouements) qui traduisent un potentiel de dégagement altéré face à l'angoisse réactivée.
- Au **Rorschach** :
 - Une altération du potentiel imaginaire (de Tychey, 1994a) : la diminution sensible du nombre des réponses ; une verbalisation faite sur le mode du constat factuel pauvre sans mise en scène ou épaisseur fantasmatique ; l'augmentation du déterminant formel ; la diminution des kinesthésies (surtout humaines K) ; réaction excessive à la couleur (chocs C et R).
 - La difficulté à élaborer la pulsion agressive aux détails rouges des planches 2 et 3 avec l'usage de la projection qui domine la formation réactionnelle, et la difficulté à élaborer la pulsion sexuelle à travers une altération de la sensibilité aux détails phalliques et en creux (en particulier à P4, 6, 7, 9) (de Tychey, 1994a).
 - La fréquence des indices n°1 et n°2 des *catastrophes de symbolisation* selon les critères définis par P. Roman (1997a), *i.e.* pour le premier les réponses dans le registre de la perception immédiate [descriptions, nominations-couleur, dominance sensorielle C/C'/E], et pour le second les "effets de blanc" affectant les liaisons internes du discours [sidération, inhibition, ruptures à tous niveaux du discours, latences importantes].

32. Cet indicateur s'inscrit dans celui que P. Roman (2001a, p.242) propose pour évaluer « le mode d'investissement de la peau » (concernant sensorialité et intériorité), cette dimension nous paraît nécessaire pour étudier le vécu de contenance de la substance et des mouvements corporels.

- **Groupe de questions 6** : items 1 à 4 au sujet du fonctionnement somatique et psychosomatique global ; indices “anxiété” et “psychosomatique” des échelles CONNERS et R-CMAS pour évaluer le degré général de retentissement corporel des tensions psychiques.

Ces données devraient montrer un fonctionnement psychique plus difficile chez les enfants instables, les mentalisations défaillantes seraient supportées par le corps et l'agir.

H6. L'enfant instable présenterait une personnalité de statut précœdipien et de fonctionnement dysharmonique, les dynamiques œdipiennes sont difficiles à élaborer.

La dynamique œdipienne (désirs, interdits, identifications) sera étudiée grâce aux données projectives des contes cerfs, cadeau et métamorphoses.

- **Cerfs** : qualité de l'engagement dans les relations œdipiennes (Q1, 3, 4) ; capacité à s'affirmer dans le contexte œdipien (axes narcissique et identificatoire) (Q2).
- **Cadeau** : choix d'objet œdipien (Q1) ; nature des choix identificatoires (Q5) ; capacité à gérer la prise de position identificatoire (Q3, 4).
- **Métamorphoses** : nature de l'investissement dominant (libidinal, agressif) pour chaque image parentale (Q1, 2).
- Les contes sondant les phases prégénitales [Renards, Chevreux, Oisillon, Fourmi, Ourson] témoigneront de l'existence de difficultés altérant le développement affectif et identitaire.

Ces données devraient montrer un niveau de développement psycho-affectif prégénital plus fréquent chez les enfants instables mettant en faillite la structuration œdipienne.

H7. L'instabilité constituerait un trouble de l'affirmation de l'individuation identitaire de l'enfant, une pathologie de la castration anale (Dolto, 1984).

Les difficultés pour l'enfant d'élaborer la castration anale seront étudiées avec les contes sondant les aspects de cette étape, et aussi par la grille d'investigation avec la mère (ou les parents).

- **Terre-et-eau** : qualité de l'élaboration symbolique de la pulsion anale (Q1, 2) ; caractéristiques de la castration anale reçue de l'objet maternel (limitations, frustrations, réactions) (Q3) ; soumission passive ou réaction d'opposition au désir maternel (Q4) ; intériorisation des interdits et gestion affective de la castration (culpabilité, agressivité, estime de soi) (Q5).
- **Poulain** : attitudes de l'enfant dans l'apprentissage de la marche (Q1) ; attitude des parents face aux agirs et désirs moteurs (en particulier fonction pare-excitation) (Q2) ; capacité infantile à

adopter une position d'autonomisation à travers ses désirs et agirs moteurs (Q3) ; qualité de la gestion affective dans l'autonomisation (en particulier culpabilité et angoisse d'abandon) (Q4).

- **Tom** : potentiel d'élaboration du lien primaire mère-enfant et attitudes de coercition ou de surprotection maternelle ou parentale (Q1 à 3) ; capacité de l'enfant à prendre une position autonomisante (soumission à la maîtrise maternelle *versus* autonomisation motrice) (Q5 à 7).
- **Course** : vécu subjectif des motricités et capacité à donner du sens à l'action corporelle (Q1 à 5).
- **Groupe de questions 6** : item 5 sur l'organisation globale de la pulsion anale de l'enfant à travers l'observation de ses jeux, sa capacité à jouer seul et avec autrui, de ses traits de caractères, de ses agirs (élaboration symbolique de la pulsion anale, position active ou passive, agressivité agie ou subie, difficultés à tolérer les séparations et les conflits).
- **Echelle de CONNERS** : les indices "hyperactivité", "impulsivité" et "trouble des conduites" évaluent l'importance du mouvement incontrôlé et l'excitation corporelle, ils renseignent sur l'investissement de la musculature striée.

Ces données devraient montrer une castration anale non symboligène plus fréquente chez les enfants instables, cela montrant la précarité du potentiel de développement de l'enfant.

H8. La place du père serait défaillante, il ne pourrait intervenir entre l'enfant et la mère, et/ou elle ne le laisserait pas s'impliquer dans une relation à l'enfant trop exclusive.

L'absence ou l'évincement réel et symbolique du père de la relation mère-enfant sera évalué chez l'enfant et chez les parents.

- Sur le versant parental : par les données de la grille d'investigation issues du **groupe de questions 5** en particulier ; par l'observation de l'implication du père dans les activités familiales mais aussi dans les consultations et la recherche.
- Sur le versant infantile : par les données projectives des contes **Cerfs** (Q1), **Métamorphoses** (Q1) et **Tom** (Q3) évoquant l'investissement de l'image du père.

Ces données devraient montrer chez les enfants instables un manque plus important dans la présence réelle et symbolique de l'image du père auprès de la mère et/ou de l'enfant.

H9. Il s'agirait aussi d'une pathologie de la castration anale sur le versant maternel, les relations de la mère avec l'enfant s'établiraient au travers d'une angoisse de perte d'objet.

La relation d'objet anaclitique et les fragilités narcissiques maternelles seront étudiées à travers la grille d'investigation.

- **Groupe de questions 1, 2 et 3** : observation des relations intersubjectives entre la mère et l'enfant qui infléchissent l'autonomisation identitaire infantile.
- **Groupe de questions 4 et 5** : les effets des relations intergénérationnelles (mère avec sa propre mère ou ses parents, père avec ses parents) favorisant la constitution d'un lien anaclitique mère-enfant ; les effets des événements de vie impliqués dans le lien infanto-maternel.
- **Groupe de questions 6** : item 6 sur les attitudes inconscientes de la mère vis-à-vis de l'enfant pendant les consultations et vis-à-vis du psychologue, sur les contre-attitudes et sentiments propres au psychologue issus de la relation avec la mère.
- Au **Rorschach**, le choix de la planche "mouvement"³³ viserait de façon privilégiée la même planche que celle du choix "maternel".

Ces données devraient montrer que la position maternelle renvoie à un besoin narcissique et possessif inconscient vis-à-vis de l'enfant plus fréquent chez les mères d'enfants instables.

H10. La fonction de pare-excitation maternelle serait défaillante et intériorisée sur ce modèle par l'enfant au cours de son autonomisation motrice.

L'altération ou les difficultés du fonctionnement des systèmes de pare-excitation seront évaluées chez la mère et chez l'enfant.

- Sur le versant maternel : par les données de la grille d'investigation issues du **groupe de questions 1** (attitudes maternelles autour de la marche et des motricités) et du **groupe de questions 3** (attitudes maternelles autour des apprentissages à la propreté), ces données présenteront les difficultés de la mère (des parents) face aux excitations et réalisations motrices infantiles.
- Sur le versant infantile : par les données projectives des contes visant la fonction de pare-excitation maternel (ou parentale) intériorisée dans les contextes de déambulation/autonomisation motrice **Poulain** (Q2, 4) et aussi de séparation **Oisillon** (Q3, 4) ; la qualité de l'ensemble dénouements renseigne aussi sur les capacités à faire face aux excitations affectives et pulsionnelles. Au Rorschach : on observe le poids du contrôle formel (F%) et celui du déterminant sensoriel couleur (somme des C) ; la proportion de réponses aux trois planches pastelles finales (RC%) renseigne sur la capacité globale à contenir l'excitation induite par le stimulus ; l'indice n°4 des *catastrophes de symbolisation* (Roman, 1997a) : réponses donnant un vécu d'effraction des limites contenantes

33. Nous avons demandé aux enfants instables et aux enfants du groupe témoin de choisir, en plus des choix habituels [père/mère/soi/aimée/non aimée], une planche qui leur fait le plus penser à du mouvement. Cette démarche repose sur le fort potentiel d'activation d'images corporelles du Rorschach. Notre attente est que l'expérience du mouvement vécue *via* le stimulus Rorschach sera associée à l'image parentale la plus liée aux expériences du mouvement corporel infantile.

ou porteuses de violence ou réprimant les images kinesthésiques humaines K remplacées par des représentations inanimées.

Ces données devraient témoigner d'une sensible précarité de la fonction de pare-excitation entre la mère et l'enfant instable, ce qui conduit à des difficultés infantiles plus importantes pour gérer ses propres excitations.

Troisième partie

ANALYSES DES DONNEES CLINIQUES

Chapitre 6

Examen des hypothèses et discussions

Dans ce dernier chapitre, nous présentons d'abord les tableaux de données (épreuves projectives et échelles cliniques). Puis nous produisons des analyses pour chacune des hypothèses de travail (§6.1). Ensuite, nous proposons des discussions sur l'instabilité psychomotrice enrichies par les données de la recherche (§6.2). Enfin, nous présentons une vignette clinique illustrative d'un enfant instable, Geoffrey, qui a été pour nous un cas formateur (§6.3).

Indications pour la lecture des tableaux et des analyses :

- Pour éviter d'encombrer lourdement le texte de tableaux et de parties de tableau fréquemment répétées, nous avons choisi de présenter les dix-sept pièces entières en préambule (tableaux 1 à 13 des contes suivis des tableaux A à D des observations). Le lecteur pourra consulter le tableau ou la partie de tableau qui lui sera utile au cours des analyses.
- Pour faciliter la consultation des tableaux au cours de la lecture des analyses, le lecteur pourra se reporter au volume séparé des annexes : tableaux des contes pages 16 à 26, tableaux A et D du Rorschach p.69, tableau B de l'échelle de Conners p.141, tableau C de l'échelle d'anxiété p.144.
- Les textes-questions des contes sont dans l'annexe C pages 10 à 15 (pour retrouver précisément les questions posées à l'enfant).

Tableaux 1 à 13 de données des Contes.

Les catégories de contenus analysés (1^{ère} colonne) correspondent aux contenus des questions du conte. Lorsqu'il est noté dans la première colonne *Qx*, cela signifie *Question n°x* dans le conte. Les seuils statistiques écrits en gras et soulignés dans la 4^{ème} colonne sont ceux cités au cours des analyses.

Tableau 1 du conte POUSSIN

<i>Catégories de contenus analysés</i>	Groupe témoins N=40	Groupe instables N=20	Test du χ_1^2
<i>Q1. Le poussin Se trouve bien</i>	37	14	<u>.05</u>
<i>Veut sortir</i>	37	13	<u>.05</u>
<i>Q2. Né facilement</i>	11	5	NS
<i>Q3. Reste sous l'aile</i>	19	14	.10
<i>Court dans la ferme</i>	20	6	<u>.05</u>
<i>Q4. Dénouement avec mort</i>	2	2	–

Tableau 2 RENARDS

Catégories de contenus analysés		Groupe témoins N=40	Groupe instables N=20	Test du χ_1^2
<i>Q1. Qui va dans le terrier</i>	Petit seul	19	10	NS
	Petit et mère	5	0	–
	Tous solidaires	13	7	NS
	Sauf le petit	3	3	–
<i>Q2. Qui va manger</i>	Petit seul	23	9	NS
	Petit et parents	5	2	–
	Tous solidaires	5	6	–
	Sauf le petit	7	3	NS
<i>Q3. Dénouement</i>	Solution immédiate	16	4	<u>.05</u>
	Grandissent	7	0	–
	Été arrive	8	4	NS
	Mitigé ou négatif	9	12	<u>.01</u>

Tableau 3 CHEVREAUX

Catégories de contenus analysés		Groupe témoins N=40	Groupe instables N=20	Test du χ_1^2
<i>Q1. Manger de l'herbe</i>	Content	20	4	.01
	Pas content	11	13	<u>.01</u>
	Mitigé	9	3	NS
<i>Q2. Aller dans le troupeau</i>	Content	25	8	.05
	Pas content	12	10	<u>.05</u>
	Mitigé	3	2	–
<i>Accueil des autres</i>	Bon	33	10	<u>.05</u>
	Mauvais	4	6	NS
	Mitigé	3	4	–
<i>Accueil du berger</i>	Bon	37	13	<u>.05</u>
	Mauvais	3	7	–
<i>Q3. Rêve du chevreau</i>	Mère	15	3	<u>.01</u>
	Montagne	18	0	–
	Berger	1	4	–
	Autre	1	8	–
	Fuite	5	5	NS
<i>Q4. Dénouement avec mort</i>		7	7	<u>.05</u>

Tableau 4 TOM

<i>Catégories de contenus analysés</i>		Groupe témoins N=40	Groupe instables N=21	Test du χ^2_1
<i>Q1. Tom préfère</i>	Lait	10	6	NS
	Viande	28	12	.10
	Mixte	2	3	–
<i>Q2. Tom apprend</i>	Aime	18	7	.05
	N'aime pas	17	9	NS
	Mitigé	5	5	–
<i>Educa- tion</i>	Dure	5	10	.01
	Douce	26	3	.01
	Mixte	9	8	NS
<i>Toujours sage</i>		22	8	.10
<i>Q3. Attitude du maître</i>	Gentille	18	4	.05
	Pas gentille	5	3	–
	Mitigée	17	14	NS
<i>Q5. Tom tenu en laisse</i>	Dame	15	16	.01
	Maître	23	2	–
	Autre	2	3	–
<i>Ne veut pas la laisse</i>		30	7	.01
<i>Q6. Dénoue- ment</i>	Agressif	12	11	.05
	Fuite	23	5	.01
	Divers	5	5	NS
<i>Q7. Fin avec mort</i>		2	3	–

Tableau 5 OISILLON

<i>Catégories de contenus analysés</i>		Groupe témoins N=40	Groupe instables N=20	Test du χ^2_1
<i>Q1. Cause du départ nourriture</i>		31	10	.05
<i>Réaction de l'oisillon</i>	Mange	2	1	–
	Imite	3	1	–
	Attend	7	3	–
	Proteste	5	4	–
	Anxiété	23	11	NS
<i>Q2. Destin de l'oisillon seul</i>	Attaqué	15	4	.10
	Tombé	14	9	NS
	Vole	7	0	–
	Rejoint bien les parents	1	1	–
	Divers	3	6	–
	Sottises	0	0	–
<i>Q3. Qui revient en premier</i>	Père	20	5	.10
	Mère	20	15	.10
<i>Attitudes parents au retour</i>	Nourris-sent	6	0	–
	Confort-ent	26	3	.01
	Négatifs	1	5	–
	Pleurent	0	5	–
	Divers	7	7	NS
<i>Q4. Fin</i>	+	31	6	.01
	—	9	14	.01

Tableau 6 FOURMI

<i>Catégories de contenus analysés</i>		Groupe témoins N=40	Groupe instables N=20	Test du χ^2
<i>Q1. Lieu d'arrivée</i>	Extrém.	23	11	NS
	Autre	17	9	NS
<i>Q2. Trajet externe</i>	Sans confus.	34	17	NS
	Avec	6	3	—
<i>Trajet</i>	Réf. senso. riches	28	6	<u>.01</u>
	Pauvres	12	14	.05
<i>Q3. Orifice entrée et sortie</i>	Naturel	30	6	<u>.01</u>
	Problém-atique	10	14	.05
<i>Trajet interne</i>	Avec confus.	8	5	NS
	Sans	32	15	NS
<i>Q4. Evaluation du voyage</i>	Beau <u>et</u> pas beau	28	4	<u>.01</u>
	Beau <u>ou</u> pas beau <u>ou</u> rien	12	16	.05
<i>Q5. Ressentis</i>	Plaisir	18	6	<u>.05</u>
	Autres	22	14	NS
<i>Q6. Fin</i>	+	35	8	.05
	—	5	12	<u>.01</u>

Tableau 7 OURSON

<i>Catégories de contenus analysés</i>		Groupe témoins N=40	Groupe instables N=20	Test du χ^2
<i>Q1. Cause de la différ.</i>	Couleur	28	9	.05
	Diff. Positive	10	0	—
	Diff. négative	2	11	—
<i>Q2. Estime de la mère</i>	+	29	10	.05
	—	11	10	.05
<i>Estime du père</i>	Comme mère	27	13	NS
	Plus	5	2	—
	Moins	8	4	—
	Divers	0	1	—
<i>Estime de la fratrie</i>	+	19	2	—
	—	19	11	NS
	Neutre	2	7	—
<i>Estime de soi</i>	+	15	4	.10
	—	13	11	.05
	Neutre ou refus	12	5	NS
<i>Q3. Dénouement</i>	Bien	30	7	.05
	Mal	5	9	.01
	Mitigé	5	4	—
<i>Contenus de mort</i>		2	5	—

Tableau 8 TERRE-ET-EAU

<i>Catégories de contenus analysés</i>		Groupe témoins N=40	Groupe instables N=21	Test du χ^2
<i>Q1. N'aime pas jouer</i>		3	16	.01
<i>Q2. Enfant fabrique</i>	Pâtés	3	0	–
	Pots	5	1	–
	Maison	2	0	–
	Château	10	4	NS
	Sujet	2	0	–
	Divers	5	6	.10
	Boue	13	10	.05
<i>Enfant</i>	Casse	3	5	–
	Agressif	2	8	–
<i>Q3. Attitude de la mère</i>	Accord	16	3	.05
	Mitigée	5	2	–
	Désacco	15	5	.10
	Punit	4	11	.01
<i>Q4. Attitude de l'enfant</i>	Donne	13	12	NS
	Mitigée	7	3	–
	Donne pas	20	6	.05
<i>Q5. Fin si défendu</i>	Obéit	14	2	.01
	Pleure	10	1	–
	Boude	7	4	NS
	Désobéit	6	6	.05
	Divers et dangers	3	8	–

Tableau 9 POULAIN

Catégories de contenus analysés		Groupe témoins N=40	Groupe instables N=21	Test du χ^2
Q1. Cause de la chute	Petit	39	7	.01
	Divers	1	14	–
Douleur	Non	18	1	–
	Un peu	11	3	–
	Oui	11	17	.01
Q2. Mère	Console	1	1	–
	Aide	33	4	.01
	Stimule	3	0	–
	Négatif	3	10	.01
	Absente	0	6	–
Père	Console	3	0	–
	Aide	20	2	–
	Stimule	5	0	–
	Indifférent	12	19	.01
Autres	Aider	9	0	–
	Indiff.	19	8	NS
	Moquer	9	0	–
	Divers	3	13	–
Q3. Poulain voit	Objet divers	13	4	NS
	Animal	16	6	NS
	Parent	6	0	–
	Humain	5	3	–
	Menace	0	8	–
Attitude du poulain	Saute	23	3	.01
	Fuite	10	5	NS
	Divers	7	13	.05
Q4. Dénouement	Adulte	34	3	.01
	+	3	9	–
	—	3	9	–
Contenus de mort		3	3	–

Tableau 10 COURSE *

<i>Catégories de contenus analysés</i>		Groupe témoins N=23	Groupe instables N=21	Test du χ^2_1
<i>Q1. Course</i>	Vers un attrait	6	5	NS
	Sans but	6	9	.05
	Vers école	7	0	–
	Fuite	4	7	.10
<i>Q2. Direction</i>	Maison	5	7	.10
	Externe	18	14	NS
<i>Q3. Pensées</i>	Plaisir	13	7	NS
	Déplaisir	10	14	.05
<i>Q4 et 5. Fin</i>	Plaisir	11	4	NS
	Neutre	6	3	NS
	Mitigée	3	5	–
	Déplaisir	3	9	.05
<i>Mort</i>	Agie	0	0	–
	Subie	0	1	–

* Les données témoins présentées sont celles du groupe d'enfants normaux constitué par J. Royer (1978) lors de la création du test des contes.

Tableau 11 CERFS

Catégories de contenus analysés		Groupe témoins N=40	Groupe instables N=21	Test du χ_1^2
<i>Q1. Va avec</i>	Même sexe	18	5	.05
	L'autre	16	10	NS
	Les deux	4	0	–
	Autre	2	6	–
<i>Q2. Ressemble à</i>	Mê. sexe	23	6	.05
	L'autre	16	10	NS
	Les deux	0	1	–
	Lui-mê.	1	4	–
<i>Miroir</i>	Surprise	6	3	–
	Un autre	16	2	–
	Estime +	14	5	NS
	Estime –	3	7	.05
	Problèm.	1	4	–
<i>Q3. Vœu</i>	Cornes	2	2	–
	Ami	7	4	NS
	Grandir	9	6	NS
	Vivre long	1	3	–
	Divers oral ou protection	21	6	.10
<i>Q4. Contenus de mort</i>		0	3	–

Tableau 12 CADEAU

Catégories de contenus analysés		Groupe témoins N=40	Groupe instables N=20	Test du χ_1^2
<i>Q1. Veut avoir animal</i>	Mê. sexe	16	15	.01
	L'autre sexe	24	5	.01
<i>Q5. Rêve d'être</i>	Mê. sexe	24	12	NS
	L'autre sexe	16	8	NS
<i>Dénouement avec mort</i>		3	5	–

Tableau 13 METAMORPHOSES

<i>Catégories de contenus analysés</i>		Groupe témoins N=40	Groupe instables N=20	Test du χ^2_1
<i>Q1. Père</i>	Puissant	10	6	NS
	Positif	20	5	.05
	Négatif	10	3	NS
	Divers	0	2	–
	Incohérence	0	4	–
<i>Q2. Mère</i>	Puissant	10	3	NS
	+	25	5	.01
	—	5	7	.05
	Divers	0	1	–
	Incohérence	0	4	–
<i>Q3. Fratrie</i>	Puissant	5	4	NS
	+	27	4	.01
	—	7	1	–
	Divers	1	11	–
<i>Q6. Lui-même</i>	Puissant	9	4	NS
	+	25	3	.01
	—	4	0	–
	Divers	2	2	–
	Incohérence	0	11	–
<i>Q7. Fin</i>	Optim.	28	5	.01
	Pessim.	12	8	NS
	Mitigée	0	7	–
<i>Dénouement</i>	Restent animaux	11	15	.01
	Humain	29	2	.01
	Refus	0	3	–
<i>Contenus de mort</i>		4	4	–

Tableaux A à D de données d'observations.

TABLEAU A	Choix de la planche "MOUVEMENT" au Rorschach					
	choix autre	identique choix mère	identique choix père	identique choix soi	identique choix aimée	identique choix non aimée
Instables N=16	25	6,25	37,5	6,25	0	25
Témoins N=14	50	14,3	7,15	21,4	7,15	0

Fréquences observées (%).

TABLEAU B

Moyennes des scores standards des enfants instables à l'échelle de CONNERS					
Score hyperactivité	Troubles des conduites	Troubles d'apprentissage	Troubles psychosomatiques	Troubles d'impulsivité	Troubles d'anxiété
78	75	69	66	76	74

(m50, σ 10). Seuil pathologique si $x \geq 70$. N=26.**TABLEAU C**

Moyennes des scores standards des enfants instables à l'échelle d'anxiété R-CMAS				
Score anxiété	Anxiété physiologique	Inquiétude et hypersensibilité	Préoccupations sociales	Mensonge
62	11	14	9	8

Echelle totale : (m50, σ 10). Sous-échelles : (m10, σ 3). Seuil pathologique si $x \geq m + 1\sigma$. N=26.

TABLEAU D. Moyennes d'indices du psychogramme Rorschach.

Indices	Groupe instables	Groupe témoins
Mp*	31	7,6
R	11	20
G%	55	39
D%	38	52
F%	68	62
F+%	67	73
K	0,73	1,79
C	1,42	1,15
k	1,08	2,36
E	0,17	0,24
RC%	26	36
H%	18	16
A%	57	55
Ban	2,3	4,3
Refus	1,27	0,21

* mouvements de planches (^ v > <).

^ signifie position droite de la planche

v inversée

> tournée sur le côté droit

< tournée sur le côté gauche

6.1. Analyses des données pour chaque hypothèse.

Pour chacune des hypothèses de travail, nous analysons ici ses indicateurs d'opérationnalisation qui ont été proposés dans la méthodologie (Chap.5, p.84).

Hypothèse H 1. Des conditions particulières ou traumatiques de la naissance constitueraient un facteur de risque dans la genèse d'un trouble instable.

Les données issues de la grille d'investigation (6^{ème} groupe de questions, item 4) pour le groupe d'étude parental infirment H1 si on la considère comme reflétant une prédisposition uniquement du registre somatique. Les mères décrivent des grossesses et des naissances qui se passent bien, à deux reprises on note des souvenirs désagréables. Ce qui est intéressant par contre est que le désir et l'attente de l'enfant sont très forts 6 fois sur 15 ; il y a 1 fois la perte d'un jumeau ; on note 3 fois une déception importante de la mère devant le sexe réel de l'enfant ; enfin, 5 fois sur 15 les pères sont décrits comme se désinvestissant massivement de la situation. Le même thème observé dans le groupe témoin n'est pas similaire, cependant il y a 2 fois le souvenir d'une naissance longue et parfois elle est décrite particulièrement douloureuse pour la mère. **Si la naissance réelle n'est pas particulièrement problématique pour le futur enfant instable, le contexte psychologique parental (surtout maternel) semble à l'inverse dysharmonieux** et la naissance apparaît comme un facteur de risque de complication ultérieure ; l'imaginaire maternel est prégnant et particulier, on devrait en retrouver des signes du côté de l'enfant par les données projectives.

Les données issues du conte POUSSIN (tableau 1) confirment en effet largement H1. Les traces imaginaires du tout début de la vie et des possibilités de se mettre à distance de la mère vont dans le sens d'une souffrance particulière qui s'exprime au test. Les enfants instables projettent l'image d'un sujet souffrant dans l'œuf (70% d'entre eux ; Q1, χ^2 significatif à .05), et paradoxalement ne voulant pas sortir (Q1, χ^2 significatif à .05), et ensuite sortant avec difficulté pour 75% des enfants. La capacité à se projeter dans l'avenir est atteinte, le poussin ne peut explorer l'espace ouvert (Q3, χ^2 significatif à .05), soit 70% du groupe. **L'autonomisation est d'emblée invalidée dès la naissance. Les enfants instables imaginent une sortie difficile et une distance moindre avec la mère contrairement aux enfants témoins.** Au travers des

verbalisations projectives de l'enfant, les espaces (réels et de soi) semblent avoir un caractère materno-centrique. Au plan onogénétique, on peut suggérer que le processus d'individuation a été précocément altéré chez l'enfant instable.

Exemples du protocole 4 : A la question 1 le poussin est mal dans l'œuf mais veut rester dans l'œuf près de sa mère « *parce que il pouvait...il...non parce que il veut rester près de sa mère* ». A la question 2 il ne veut pas sortir car cela représente pour l'enfant un espace de séparation « *non parce qu'il fallait s'en aller, il avait pas l'habitude* ». A Q3 le poussin est mieux sous l'aile et rien ne se passe, la fin se dégage par l'identification totale au format adulte, le poussin est avec sa mère et devient un adulte, l'enfant ne peut pas imaginer le dénouement qui n'ouvre pas de perspective individuelle « *je sais pas...* ». Voir protocole 15.

Hypothèse H 2. L'instabilité serait liée à l'effet dominant d'une dépression maternelle altérant le lien d'accordage affectif mère-enfant lors des premiers mois du bébé.

Les données issues de la grille d'investigation pour le groupe d'étude parental (2^{ème} et surtout 5^{ème} groupes de questions) infirment H2 si la dépression est considérée dans une causalité linéaire précoce et dominante donnant une évolution infantile spécifique vers l'IPM. Si la dépression maternelle n'est pas contextuelle des premiers mois de l'enfant, il y a effectivement 9 fois sur 15 un décès dans l'histoire de la mère dont 6 sont particulièrement difficiles à vivre (2 fois le suicide ou l'overdose d'un frère de la mère, 2 décès d'un parent jeune, 1 décès de la meilleure amie de la mère, 1 perte d'un jumeau à la naissance) ; deux mères vivent une dépression chronique, une est déjà malade à la naissance. **Les vécus de deuils et de ruptures difficiles sont dispersés dans l'ensemble de l'histoire des mères et ne se posent pas en phase précoce précisément à l'origine d'une instabilité. Mais l'idée d'une souffrance intime colorée par la dépression est récurrente chez les mères du groupe d'étude.** La dimension de perte d'objet apparaît nettement dans les discours des mères d'enfants instables. Dans le groupe témoin il y a 3 décès après la troisième année de l'enfant ; la particularité très nette qui distingue ce groupe est que les deuils semblent pouvoir se faire de façon adaptative sans complication et ne sont pas marqués par une souffrance envahissante comme c'est le cas dans les discours des mères d'enfants instables. C'est la fréquence des expériences difficiles de deuil qui permettrait de soutenir H2, les mères des enfants instables présenteraient effectivement une problématique particulière de souffrance liée à la perte d'objet (à mettre en liaison avec les données de H1).

Exemples : Protocole 1 des instables : thème n°5, un deuil d'une grand-mère qui avait un rôle maternel pour la mère, décès ancien mais deuil pathologique non résolu 17 ans après, complication avec le décès d'un cousin proche mort en voiture quand l'enfant de madame avait 2 ans. Protocole 3 : thème n°5, le père de madame est décédé quand elle avait deux ans, le silence de sa propre mère est énorme et le manque paternel s'exprime surtout par le reproche fait à sa mère de ne pas parler de son père. Protocole 5, les deux parents de madame meurent presque en même temps alors qu'elle avait 25 ans, le deuil semble fait mais les souvenirs sont difficiles en approfondissant en entretien, la fragilité de la mère apparaît finalement. Cette double perte semble avoir précipité cette maman dans un sentiment de solitude fort et omniprésent, son propre enfant est né dans ce contexte à risque.

Hypothèse H 3. L'instabilité serait une conséquence de relations défectueuses altérant la relation à l'objet primaire et les capacités précoces de penser de l'enfant.

Les données discutées pour H2 tendent à soutenir H3. Les données issues des contes confirment largement H3. De façon générale, les fins de contes sont difficiles, les dénouements avec mort témoignent de la charge d'angoisse réactivée et difficilement traitée, **le potentiel de projection positive de soi vers l'avenir est ainsi fortement altéré.** A RENARDS (tableau 2) on constate que **le sentiment de sécurité des petits est précaire** et le dégagement des situations défectueuses est altéré pour 80% des enfants instables (Q3, χ^2 significatif à .05 et .01). A CHEVREAUX (tableau 3) la qualité du sevrage imaginé est mauvaise (Q1, χ^2 significatif à .01) et le potentiel de prise de distance mère-enfant est fortement altéré (Q2, χ^2 significatif à .05), l'environnement social apparaît négatif (χ^2 significatif à .05 et .05). La distance avec la mère est niée et le rapprochement domine pour 85% des enfants (Q3, χ^2 significatif à .01) dans une forte émergence d'angoisse (morts de fin pour 35% du groupe ; Q4, χ^2 significatif à .05).

Exemples du protocole 4 : RENARDS à la question 1 « *le terrier va exploser* », à Q3 « *ils retrouvent un autre terrier et ils mangent les lapins, les renards sont morts après de froid* ». CHEVREAUX à Q1 « *il pense que c'est pas bien l'herbe* », à Q2 « *non, il veut pas quitter sa maman* », Q3 « *il a réveillé la berger et il reste avec lui* », Q4 « *le berger il a tué plein de chevreaux* ».

À OISILLON (tableau 5) on observe que **l'introjection d'un bon objet maternel est précaire**, laissant le sujet dans une insécurité omniprésente (Q1, χ^2 significatif à .05), cela concerne 66% du groupe. Les expériences précoces de séparation sont imaginées douloureuses et déstabilisantes (Q2, χ^2 significatif à .10), cela est aggravé par des images parentales non

réconfortantes pour 85% des enfants (Q3, χ^2 significatif à .01). De ce fait le dégagement dans **un sentiment de continuité de soi est très difficile** (Q4, χ^2 significatif à .01), **le noyau de l'identité est altéré**³⁴.

Exemples du protocole 12 : A la question 1 « *la maman elle est partie, un chat l'a mangée...ils ont peur* », à Q2 « *le chat il est rentré dans le nid et il l'a mangé* », à Q3 « *ils sont morts* », à Q4 « *bien...euh non pas bien il sait plus...* ».

À FOURMI (tableau 6) apparaissent des failles dans la qualité de l'enveloppe corporelle et de l'image du corps (Q2, χ^2 significatif à .01) pour 70% du groupe d'étude, mais l'unité du vécu corporel et la distinction dehors/dedans restent effectives (trajets externes et internes). On constate encore à 70% du groupe que le corps est marqué par une connaissance parcellaire (Q3, χ^2 significatif à .01) et par un vécu flou et nettement désagréable des échanges primaires *via* les corps pour 80% des enfants instables (Q4, χ^2 significatif à .01 ; Q5, χ^2 significatif à .05), cela concerne l'investissement du corps par l'objet primaire. **L'issue de l'interaction corps à corps imaginée est négative** (60% des enfants ; Q6, χ^2 significatif à .01), marquant un défaut dans l'investissement narcissique de l'enveloppe corporelle, cela questionne aussi le sentiment de posséder des espaces propres. À OURSON (tableau 7) se confirment les failles narcissiques et la précarité des échanges primaires, la représentation de soi apparaît négative de façon dominante chez 50% des enfants (Q1, χ^2 significatif à .05 ; Q2, χ^2 significatif à .05), **les assises narcissiques sont fragiles** face aux jugements parentaux imaginés pour 55% du groupe (Q2, χ^2 significatif à .05). Le dénouement est pessimiste, le contenu de mort fréquent marquant la perte de soi ou du corps devient un point d'appui pour des affects négatifs et envahissants dans 55% des cas (Q3, χ^2 significatif à .01).

Exemples du protocole 13 : FOURMI aux questions 3 et 4 « *le trou...c'était...l'avait une guêpe qui l'avait piqué* » – « *pas belles tout moches c'est pas beau et pis il respirait plus* », à Q5 « *rien [ressenti] il était en bois mais un jour un monsieur est venu et il a enfermé la fourmi dans le bois* », à Q6 « *mal la fourmi elle meurt* ». OURSON à Q2 « *elle l'aimait pas, il était pas trop joli – le papa il voulait le prendre et le jeter* », à Q3 « *il est mort de fatigue à la fin* ».

Les données issues de ces contes sondant des problématiques fondamentales du développement montrent nettement **une multitude de points de fixation libidinale, de failles narcissiques et de vécus de défauts dans le maternage primaire**. L'identité et la

³⁴. Voir C. de Tychev (1993, p.57-59) : de telles données montrent que l'imaginaire de la séparation est imprégné d'un sentiment de danger, questionnant la qualité de l'intériorisation de l'objet.

représentation de soi semblent bien altérées chez les enfants instables, des carences et des souffrances affectives semblent omniprésentes.

Hypothèse H 4. L'agir instable serait lié à une représentation motrice (RCA) inscrite dans une symbolisation primaire des excitations internes et externes.

Les données du conte Fourmi montrent déjà une précarité de l'investissement narcissique de l'enveloppe corporelle : les corps se délimitent dans l'interaction mais de façon particulière en engendrant du déplaisir ; les enveloppes psychiques se montrent ici fragiles et questionnent le sentiment de continuité de soi ; on constate aussi au conte Ourson des failles dans l'investissement narcissique.

Les données issues du Rorschach confirment H4. **Les réactions devant le matériel projectif mobilisent largement l'acte, une représentation par l'acte et une représentation induite par l'acte.** Les données des enfants instables sont très riches ; nous invitons le lecteur à consulter les annexes (instables p.69, et témoins p.145) pour observer la nature spécifique des protocoles eu égard aux quatre indicateurs qui suivent :

- L'indice Mp des mouvements de planche³⁵ pendant la passation permet de distinguer les enfants instables des témoins : **31 contre 7,6** (tableau D) ; ce qui est important aussi est que chez les enfants témoins les retournements permettent mieux de produire une nouvelle réponse ou d'approfondir la perception alors que pour les instables **c'est essentiellement une agitation qui ne fait que passer du mouvement et du temps pendant la réponse.** Les agirs instables sont aussi beaucoup plus fréquents et envahissent l'espace projectif : se lever ; lancer et faire bouger les planches ; stéréotypies ; s'agiter et se décentrer du bureau pendant la passation ; aller chercher un objet externe à la passation (jouet, crayon, ...) ; etc. L'aire transitionnelle paraît décalée, déformée, réduite, ne permettant que peu d'activité projective.

Exemples : (Protocole 1 des instables, planche 4) : « [^]v[^]v[^] ça je sais pas beaucoup v<><v> (il regarde derrière la planche plusieurs fois) [^]v une chauve-souris peut-être ». (Pro.10, pl.2) : « v[^]v[^]<>v<><v[^]v[^]v[^]v[^] je sais pas ce que c'est... ». (Pro.17, pl.6) : « v[^] un violon v[^]v c'est tout (il s'agite et lance la planche en l'air pour jouer comme à la balle, la fait tomber plusieurs fois) ».

³⁵. Rappel : l'indice Mp représente la moyenne par protocole des retournements de planche pour chaque groupe.

• Le recours à l’agir pour exprimer la représentation ou la tonalité affective d’une réponse est dominant, la passation est faite d’un tissu de mouvements corporels qui émergent à chaque nouvelle réponse. **La mise en mot de la réponse n’apparaît que secondairement et se place sur ou dans ce tissu corporel** : mimes des réponses et gestes en écho à la valence affective de la représentation émergente sont deux indices dominants qui apparaissent que rarement chez les enfants témoins. C’est la liaison entre représentation-chose et représentation-mot qui est questionnée, marquée cliniquement ici par un échec de la constitution d’une intériorité garante de la fiabilité des limites entre réalités interne et externe ; l’objet est trop excitant ou trop présent.

Exemples : (Pro.9, pl.9) : « v ...10” c’est un animal qui est là (il mime un corps recroquevillé et me regarde pour voir si je comprends/si je le vois) ». (Pro.10, pl.7) : « v>^v>^ (il mime une forme de pont avec tout son corps et doit se mettre par terre pour cela) un pont ... ». (Pro.25, pl.4) : « v>v (il fait la moue) v<^10”...y’a des espèces de crochets ou de cornes sinon y’a rien ». (Pro. 18, pl.8) : « v^v un gros monstre ! (il mime un monstre au faciès terrifiant) ».

Toutefois, P. Roman (2001a, p.246) distingue utilement dans l’agir hyperactif au Rorschach deux états de la mobilisation corporelle : l’agir en acte (porté sur le matériel, cf. l’indice Mp) et la représentation en acte (le geste tend à figurer la représentation). L’évaluation différentielle de ces deux registres permettrait d’avoir une idée de l’aire de jeu (transitionnalité) disponible chez un enfant.

• Les enfants instables se distinguent des témoins par la fréquence des réponses donnant des représentations d’altération de l’image du corps et aussi de fragilité des limites contenant : réponses anatomiques, réponses crues dans le registre corporel, image de corps (entier ou partiel) désignant une problématique de l’enveloppe et des limites (les images sont le plus souvent unitaires mais soumises à une altération soit de l’enveloppe [bêtes écrasées ou coupées, ...] soit de l’état [bêtes mortes ou inertes]). Les représentations corporelles ne permettent pas comme chez les témoins de situer l’objet dans une nomination ou une délimitation claire des objets malgré un contrôle formel important. De façon dominante, et proche de la proprioception, **c’est la prégnance du registre corporel qui semble motiver les instables. Le corps est ainsi évoqué pour lui-même, pour la corporéité et les dimensions majeures qu’elle implique** (limites, espaces propres, sécurité et continuité de l’objet, repérages identitaires et représentation de soi). Les réponses à contenu anatomique sont fréquentes, celles-ci expriment la fragilité des limites entre soi et l’extérieur. Les multiples agirs se posent dans ce contexte somato-psychique.

Exemples : (Pro.10, pl.9) : « un monstre il a des jambes au bout des jambes là (il montre ses jambes) ». (Pro.23, pl.9) : « colonne vertébrale v^v^ des poumons encore v^v^>< les muscles des poumons là ». (Pro.3, pl.9) : « une épine qui transperce une abeille ». (Pro.4, pl.8) : « alors là je crois que c'est un estomac avec la gorge de l'autre...sa gorge ». (Pro.5, pl.8) : « c'est une madame un peu bizarre c'est tout ». (Pro.9, pl.10) : « je n'en sais rien du tout, c'est du fouillis ». (Pro.13, pl.4) : « un monstre gluant qui se dégouline de partout [...] c'est un robot là qui a...il est bizarre on sait pas comment il est...c'est un jouet ? (il jette la planche) ».

- La fréquence des représentations d'actions toniques peu élaborées permettent aussi de distinguer les protocoles des enfants instables de ceux des témoins : elles mettent en scène d'une part beaucoup de kinesthésies mineures (surtout kan et kob) impulsives et brutales, et d'autre part des actions agressives dont l'objet est précisément du registre corporel. Les témoins ont une capacité large à modérer les projections agressives et à les insérer dans un scénario fantasmatique alors que les instables montrent **une libération ponctuelle mais répétée d'agressivité souvent crue et qui met en image une partie du corps ou un corps entier dénaturé**, les contenus de mort et anatomiques sont fréquents. Les images d'action ont une tendance désorganisante chez les enfants instables.

Exemples : (Pro.8, pl.6) : « v^><><v^ (elle tape des pieds contre sa chaise et contre les pieds du bureau sans s'en rendre compte) c'est une bête qui est écrasée par terre qui fait splash et elle est foutue, elle fait un peu peur celle-là ». (Pro.23, pl.6) : « oh là ! y'a v^><>< une libellule on dirait une bête écrasée elle est éclatée aplatie ». (Pro.2, pl.8) : « deux tigres qui bouffent un animal sur un sapin v^v^ ». (Pro.18, pl.10) : « je n'en sais rien du tout, peut-être c'est l'explosion, je vois pa'ce que il y a là une petite mèche...v^><><v une bête qui est toute déchirée ».

Ces quatre indicateurs de l'agir sont autant de signes de la mobilisation corporelle face à la centration narcissique et corporelle que constitue le matériel Rorschach ; l'identité et l'agir semblent être parfois deux aspects d'une même chose. Mais les agirs ne sont pas purement des symptômes, ils soutiennent certaines représentations, on peut voir dans les protocoles que les mouvements de planche, par exemple, précèdent en général une réponse corporelle. On constate que **le corps des enfants instables participe beaucoup plus que chez les témoins à l'émergence de la représentation. Délimiter une pensée semble nécessiter de délimiter d'abord ou en même temps une situation corporelle propre** que les agirs et les grandes motricités constituent le plus efficacement ; la représentation de soi passe par une représentation d'action liant un halo proprioceptif avec une image mentale du corps, nous la désignons Représentation Corporelle d'Action. Cette difficile et singulière représentation de

soi va de pair avec le flou des objets internes observé dans des protocoles Rorschach qui, sans évoquer les confusions psychotiques, sont marqués par la discontinuité (on constatera cela à nouveau avec H5).

Hypothèse H 5. L'organisation profonde des agirs de l'instabilité constituerait un système privilégié pour traiter les excitations intra et intersubjectives, comme un trouble de la mentalisation.

Les données issues des contes confirment H5 (tous les tableaux). Normalement, les fins des contes correspondent à un travail d'élaboration des angoisses réactivées et impliquent la capacité à se dégager des enjeux affectifs et relationnels. Pour les enfants instables, les fréquences des contenus de mort [moyennes : instables 1,55 et témoins 0,575 **soit 2,7 pour 1**] et de dénouements négatifs [instables 2,30 contre 0,65 **soit 3,5 pour 1**] montrent que la gestion mentale des excitations internes et externes³⁶ renvoie à **une faille de mentalisation susceptible d'ouvrir une voie périphérique de décharge dans l'agir**.

Les données issues du Rorschach confirment H5. Les données des enfants instables sont très riches ; nous invitons le lecteur à consulter les annexes (instables p.69, et témoins p.145) pour observer la nature spécifique des protocoles eu égard aux trois indicateurs qui suivent :

- **L'espace imaginaire est présent mais son utilisation mentale est perturbée et il est réduit par rapport aux témoins** (tableau D). Le nombre de réponses est faible [**R=11** chez les instables contre **20** chez les témoins]. Le contrôle formel est plus fort [**F%=68** contre **62**]. Les kinesthésies humaines sont nettement plus rares [**K=0,73** contre **1,79**] ; la voie mentale de l'imaginaire est privilégiée par les témoins pour élaborer la motricité corporelle [**K+k=1,81** contre **4,15** pour les témoins], d'autant plus que nous avons constaté à la validation de H4 que les projections avec images d'action sont déstructurantes chez les instables. Les capacités globales d'adaptation par les réponses banales sont plus faibles [**Ban=2,3** contre **4,3**].
- Aux détails rouges des planches 2 et 3, les difficultés de symbolisation se confirment, **la qualité d'élaboration de la pulsion agressive est précaire** : les images d'agressivité subie ou agie sont fréquentes, l'objet représenté est ainsi altéré, il s'agit le plus souvent d'un objet corporel. La planche 2 est la plus difficile à traiter pour les instables (la structure bilatérale ne

³⁶. Les sollicitations relationnelles à travers le lien au clinicien et le matériel projectif qu'il présente.

permet pas de soutenir la projection de relation et les détails rouges sont moins bien symbolisés qu'à la planche 3, réponse Sang fréquente).

Exemples : (Protocole 2 des instables, planches 2 et 3) : « un corps à l'envers, sa tache de sang » – « un bonhomme de neige avec du sang qui coule un peu partout ». (Pro.13, pl.2 et 3) : « ça a une forme de toupie avec autour du noir et un peu de rouge » – « un loup...du noir avec du rouge et du noir beaucoup...je peux plus rien voir ». (Pro.17, pl.2 et 3) : « une chauve-souris mort qui saigne de son sang non toute noire » – « une mouche, des pieds, du sang qui est là c'est toute les mêmes (il montre les détails rouges et tape dessus avec son doigt) ».

La sensibilité aux détails phalliques (notamment aux planches 4 et 6) et en creux (planche 7 et 9) qui évoquent **la symbolisation du sexuel est faible mais semble meilleure que l'élaboration de la pulsion agressive** : ces détails sont rares pour les enfants instables et la thématique phallique/contenante apparaît parfois avec des distorsions notables.

Exemples : (Pro.17, pl.7) : « ouille ! des pattes, deux trompes écrabouillées, un morceau d'os qu'on a là ». Parfois la thématique est au contraire explicite : (pro.7, pl.7) « là c'est deux femmes avec les robes avec leurs mains (bouge et danse) », et le contact sexuel peut être explicitement projeté (pro.1, pl.7) « des amoureux qui font des bisous ». Contenant et pénétration sont fusionnés : (pro.3, pl.9) « une épine qui transperce une abeille ». Symboliser le phallique est possible mais surexcitant et finalement flou quant à la nature sexuelle : (pro.3, pl.6) « un grand cou avec une grande gorge on voit l'intérieur, un marteau piqueur (rires et mimes du m.p. tremblant) ». Le phallique inquiète aussi : (pro.25, pl.4) « (il fait la moue) y'a des espèces de crochets ou de cornes sinon y'a rien ».

• **La qualité globale de la symbolisation est faible, l'observation des protocoles des enfants instables montre que les opérations symbolisantes sont marquées par la rupture et la faille.** On constate rapidement à la lecture des protocoles qu'il y a peu de jeu possible entre le réel et l'imaginaire, l'aire transitionnelle chez ces enfants se révèle problématique. L'indice n°1 des catastrophes de symbolisation (Roman, 1997a) révèle une perception immédiate qui laisse peu de possibilité pour dépasser le vécu sensoriel et le processus primaire : les descriptions du matériel sont très fréquentes, les critiques du matériel aussi ; les nominations-couleur apparaissent comme un lien superficiel et sensoriel à l'objet [moyennes : instables 0,81 et témoins 0,21 **soit 3,9 pour 1**] ; les déterminants sensoriels purs C/C'/E montrent l'importance de la sensorialité dans le processus de symbolisation [moyennes de C+C'+E : instables 0,50 contre 0,14 **soit 3,6 pour 1**]. L'indice n°2 révèle que la continuité de la pensée symbolisante est altérée par la rupture qui prend plusieurs allures : les refus (tableau D) marquent une rupture nette de la pensée dans l'aire projective [1,27 chez les instables contre 0,21

chez les témoins **soit 6 pour 1**] ; les temps de latence pré-réponse et intra-réponse sont élevés chez les enfants instables qui sont de l'ordre de **10 secondes** et prennent parfois l'aspect d'une sidération (ex : pro.13, pl.3-6-9), alors que chez les témoins ces latences sont pour la quasi-totalité au-dessous de **5 secondes**. L'impact de l'objet (le stimulus Rorschach) sur le fonctionnement somato-psychique du sujet se constate avec les silences longs, les ruptures diverses dans les réponses, les actings-in/out, le manque de qualité des réponses, qui donnent une allure de vécu d'intrusion et d'effraction.

Enfin, il est difficile de quantifier les ruptures dans les registres sémantique et syntaxique du discours, mais on constate à la lecture des protocoles d'instables que contrairement aux témoins les réponses ne prennent pas une forme narrative. C'est surtout descriptif, l'absence de lien entre réponses d'une même planche est très marquée. Les difficultés du discours émergent comme autant de butées, de complications, pour arriver à "décoder" ou "élucider" la tâche : la réponse est bien plus difficile à élaborer et le discours plus chaotique que chez les témoins, l'objet semble flou et les réponses sont verbalisées comme une recherche de certitude et de reconnaissance objective (ex : comparer les protocoles 11 chez les témoins et les instables; comparer le pro.18, pl.4 des instables avec le pro.1, pl.3 des témoins pour observer deux styles très différents) ; P. Roman (2001a, p.244) parle à ce sujet du besoin pour l'enfant de présentifier l'objet et de s'assurer de sa permanence (cela corrobore notre hypothèse du lien anaclitique comme base du lien à l'objet interne et externe, *cf. infra* H7 et H9) ; c'est encore la capacité à jouer qui se trouve être en défaut.

Nous constatons que la mentalisation, approchée par la qualité de la symbolisation avec ces trois indicateurs, est plus difficile chez les enfants instables.

Les données issues de la grille d'investigation (6^{ème} groupe de questions) tendent à confirmer H5. Une évaluation du fonctionnement somatique grâce aux échelles (d'hyperactivité et d'anxiété) et aux entretiens montre que la santé des enfants instables ne diffère pas de celle des témoins. L'échelle de CONNERS montre notamment que le **score élevé d'hyperactivité est lié à des scores élevés d'anxiété et de trouble des conduites, et lié à un score faible de trouble psychosomatique** (tableau B) ; ces données sont liées à un **score d'anxiété (R-CMAS) fort mais sans composante physiologique** (tableau C). Donc, les enfants instables ne présentent pas de disposition particulière aux affections psychosomatiques et somatiques mais sont des sujets très anxieux : les agirs moteurs pourraient constituer un système habituellement suffisant pour contenir les excès de tensions psychiques et somatiques. De plus, comparés aux

témoins, les instables ne présentent pas plus de particularités psychomotrices (hors IPM) comme les tics, stéréotypies ni plus de troubles fonctionnels comme énurésie, encoprésie ni d'allergies. Il existe encore un ensemble significatif des parents d'enfants instables par rapport aux témoins : il s'agit de **la préoccupation des mères pour la santé de l'enfant** qui est beaucoup plus forte voire abusive pour quatre d'entre elles ; le corps infantile et son fonctionnement semblent constituer un centre d'intérêt particulier pour la mère.

Hypothèse H 6. L'enfant instable présenterait une personnalité de statut précœdipien et de fonctionnement dysharmonique, les dynamiques œdipiennes sont difficiles à élaborer.

Les données issues des contes confirment H6. Les contes sondant les phases précœdipiennes et étudiés pour valider H3 montrent nettement que les enfants instables comparés aux témoins projettent un vécu imaginaire où les assises narcissiques et la relation à l'objet sont marquées par des angoisses délétères pour le développement affectif. **Les dynamiques œdipiennes aux contes sont également altérées et témoignent d'une difficulté accrue chez les instables pour se positionner sur le plan des identifications et des désirs de façon harmonieuse.** À CERFS (tableau 11) l'engagement dans les relations œdipiennes est difficile pour 80% des instables (Q1, χ^2 significatif à .05), le petit ne va pas avec le parent de même sexe et aussi se détourne plus souvent que les témoins des enjeux relationnels. La fin imaginée est marquée par un certain isolement (Q3, χ^2 significatif à .10) et par le risque de mort (29% des enfants à Q4). **La capacité à s'affirmer dans ce contexte sur les plans narcissique et identificatoire est altérée chez les instables** : la ressemblance du petit n'est pas faite avec le parent de même sexe (Q2, χ^2 significatif à .05) et cette image de soi est nettement dévalorisante chez 67% des enfants instables (Q2, χ^2 significatif à .05).

Exemples du protocole 3 : A la question 1 « avec la mère, il joue, [le père?] il s'en fout », à Q2 « il dit Tiens ! c'est moi ? [estime?] oui non... [ressemble?] à son copain », à Q3 « il veut être petit petit pour se cacher », à Q4 « mal à cause du chasseur, il le tue ».

À CADEAU (tableau 12) les difficultés sont encore plus marquées. A Cerfs l'identification ne passait pas par le même sexe et ici le choix d'objet au début est orienté vers le même sexe pour 75% du groupe (Q1, χ^2 significatif à .01) : **les positionnements narcissico-objetaux et la distinction des identités sexuelles ont comme conséquence une structuration œdipienne précaire et problématique.** Cependant, le positionnement identificatoire est ici plus précis

(Q5, χ^2 est non significatif) mais aussi difficile à assumer : le dénouement montre la charge d'angoisse dans ce contexte (mort fréquente). À METAMORPHOSES (tableau 13) l'investissement dominant de l'image maternelle ressemble à celui de l'image paternelle avec toutefois une distinction : **si les deux figures parentales ne sont pas explicitement valorisées, on constate pour celle maternelle que la tendance est plus négative** dans 75% des cas (Q1, χ^2 significatif à .05 ; Q2, χ^2 significatif à .01 et .05). Dans ce contexte l'investissement de sa propre image ne peut pas être valorisant pour 85% des instables (Q6, χ^2 significatif à .01). Les deux figures parentales sont plus souvent dévalorisées par les enfants instables et n'offrent donc pas de support identificatoire stable pour la dynamique oedipienne.

Exemples du protocole 10 (fille) : CADEAU à la question 1 « *la poule parce qu'elle fait des œufs* », à Q4 « *quelqu'un l'avait pris et déchirée [fin?] ...mal* », à Q5 « *[rêve d'être?] une poule parce que c'est son petit animal qu'elle avait avant* ». METAMORPHOSES à la question 1 « *en rien il le voit pas* », à Q2 « *en méchante sorcière* », à Q6 « *[lui-même?] ...en... rien* ».

Hypothèse H 7. L'instabilité psychomotrice constituerait un trouble de l'affirmation de l'individuation identitaire de l'enfant, une pathologie de la castration anale (Dolto, 1984).

Les données issues des contes confirment H7. A TERRE-ET-EAU (tableau 8) l'enfant n'assume pas le plaisir de jouer dans 76% des instables (Q1, χ^2 significatif à .01), les constructions imaginées renvoient à un manque d'élaboration (faire de la boue : 48% du groupe ; Q2, χ^2 significatif à .10 et .05) ; casser et être agressif sont fréquents. Ici l'attitude de la mère est coercitive, elle s'oppose au désir de l'enfant et le punit dans 52% des cas (Q3, χ^2 significatif à .10 et .01), alors que chez les témoins les actions de l'enfant sont plus construites et induisent un soutien maternel. Ainsi l'agressivité s'échange entre mère et enfant, il se soumet au repère maternel coercitif pour 71% du groupe (Q4, χ^2 significatif à .05). Le dénouement montre que 90% des instables n'imaginent pas l'obéissance (Q5, χ^2 significatif à .01), le danger devient important dans ce contexte (38% des enfants), l'intériorisation de l'interdit est défaillante : l'enfant se soumet sans intégrer la loi qui règle le comportement, **il y a aller-retour désorganisé entre soumission et réaction transgressive, et dans le lien mère-enfant cette dysrythmie évoque une castration anale pathologique.**

Exemples du protocole 11 : A la question 2 « *du ciment et de la boue, la gadoue, il le jette en l'air* », à Q3 « *elle dit que c'est pas bien, elle le punit parce qu'il désobéit* », à Q4 « *oui il faut (donner), elle le jette,*

il est triste et il mord sa mère », la fin Q5 est typique dans ce trouble d'accordage « il criera le plus fort qu'il peut, mal la mère elle le tape et il la tape ».

À POULAIN (tableau 9) l'apprentissage de la marche révèle un sentiment d'imaturité associé à un déplaisir vécu dans la douleur physique chez 81% des enfants instables (Q1, χ^2 significatif à .01 et .01). L'attitude maternelle est alors négative, sans pare-excitation, imaginée peu soutenante pour 81% du groupe (Q2, χ^2 significatif à .01 et .01), et le père est imaginé indifférent (Q2, χ^2 significatif à .01) ce qui ne permet pas de disposer d'un modèle pare-excitant substitutif ou compensatoire. **L'autonomie propre est invalidée d'emblée.** Prendre une position d'autonomisation est alors difficile, le sujet est imaginé statique et en recherche d'étayage (Q3, χ^2 significatif à .01 et .05) : seulement 15% des enfants instables mettent en scène un poulain pouvant sauter la barrière vers l'extérieur. La fin fait émerger ainsi une angoisse avec des dangers et sans possibilité de fantasmer l'évolution vers la maturité fonctionnelle de l'adulte pour 57% des sujets (Q4, χ^2 significatif à .01).

Exemples du protocole 13 : A la question 1 « *ouh ! oui très mal, il voulait tout le temps téter sa mère, il se couchait* », à Q2 « *elle le remettait près d'elle couché pour téter – le papa il était pas là il s'en foutait* », à Q3 « *un lapin là-bas, il s'est piqué sur la barrière et il est mort, non pas mort mais à l'hôpital* ». La fin est en statu quo « *[devenir?] rien du tout ... sa mère noire et lui tout blanc* ». Protocole 14 : à la fin Q4, être un « *gentil enfant* » est lié directement à l'impossibilité de s'autonomiser (Q1 et Q3).

À TOM (tableau 4) le lien primaire de corps à corps passant par l'allaitement est difficile à rompre, l'aliment solide ne se substitue pas au lait (Q1, χ^2 significatif à .10). L'autonomisation des corps passe par des attitudes maternelles engendrant du déplaisir pour 48% du groupe (Q2, χ^2 significatif à .05 et .01 et .10) ; l'image paternelle n'est pas stimulante (Q3, χ^2 significatif à .05). **La capacité à assumer un désir d'autonomisation est alors altérée, la soumission aux désirs et règles de l'autre est dominante** (Q5, χ^2 significatif à .01 et .01) : contrairement aux témoins, 85% des enfants instables imaginent le petit Tom tenu en laisse, et le rejet de la laisse n'apparaît ensuite seulement à 33%. Le dénouement plutôt négatif montre que l'agressivité subie et agie émerge (52% des cas) dans un espace restreint où il n'y a pas d'image de prise de distance et d'autonomie motrice pour 76% du groupe (Q6, χ^2 significatif à .05 et .01).

Exemples : (Protocole 8, Q2) : « *elle voulait l'inscrire où on les dresse pour qu'ils obéissent [aimer cela?] oui* ». (Pro.11, Q5) : « *[tenir en laisse?] oui, parce que ... [qui tient?] la mère [aimer être tenu?] oui pour pas qu'il se sauve* ». Si la fin marque une représentation de prise de distance c'est le danger qui envahit (pro.21, Q6 et 7) : « *il se sauve – pas bien, une voiture l'écrase, non il se perdre* ».

À COURSE (tableau 10) l'agir corporel est représenté sans but chez 57% des enfants instables (Q1, χ^2 significatif à .05) et orientée vers le centre de dépendance de la maison (Q2, χ^2 significatif à .10), cela corrobore les observations faites à Tom et Poulain. Le vécu subjectif des motricités relève du déplaisir pour 67% du groupe (Q3, χ^2 significatif à .05) et le dénouement est également une trace de souffrance personnelle (à 67%), **comme si penser aux expériences motrices impliquait une histoire de soi et une image de soi négatives** (Q4 et Q5, χ^2 significatif à .05).

Exemples : Une instance surmoïque peut s'associer directement aux agirs (voir protocole 1). Le protocole 18 témoigne de l'excitation importante qui émerge de l'agir et induit l'agir (cf. notion de RCA). Au contraire, au protocole 21 l'agir est inhibé, la position passive et le refus du mouvement sont liés à une adaptation à l'image maternelle. Le protocole 19 montre une angoisse flottante associée à l'imaginaire du mouvement corporel. Au protocole 3 la restriction domine face à l'angoisse réactivée : Q1 « *il y a quelqu'un qui l'attaque* », Q2 « *chez lui* », Q3 « *[il pense?] je sais pas* », Q4 « *[il se passe?] rien* », Q5 « *[fin?] je sais pas* ».

Les protocoles de Terre-et-eau, Poulain et Tom tendent à montrer que la maîtrise de l'objet externe importe aux enfants instables, le contact entre le sujet et l'environnement est une affaire de maîtrise, les interactions sont surtout centrées sur la façon de lier ou de se lier. Par ailleurs, sur l'ensemble des données brutes des contes, en recherchant le mot punir / puni / punition, on relève 21 occurrences (en moyenne une pour chaque sujet instable) : la composante éducative « punition » que ces enfants connaissent plus que les normaux se retrouve dans leur imaginaire et est devenu une composante du lien à l'objet.

Les données issues de la grille d'investigation (6^{ème} groupe de questions, item 5) soutiennent H7. Les résultats de l'échelle de CONNERS (tableau B) montrent **l'importance du mouvement incontrôlé et de l'excitation corporelle** dans l'espace familial (les scores impliquant l'agir sont bien au-dessus de la norme : scores d'hyperactivité, troubles des conduites, impulsivité). Les données d'entretien au sujet des jeux de l'enfant montrent trois ensembles significatifs chez les instables : **l'agressivité** (33% des cas), **la passivité** (33%) et **la pauvreté des expressions imaginaires** (47%). Ces enfants ont d'autres particularités qu'on ne retrouve pas chez les témoins : 27% disent ne pas aimer jouer ; 20% préfèrent jouer avec les adultes plutôt que les pairs ; des jeux riches sont décrits seulement dans 13% des cas ; le dessin est particulièrement peu investi. À l'inverse, les témoins présentent des jeux variés, imaginatifs, pouvant être joués seul ou à plusieurs, ce qui va dans le sens d'une richesse et d'une qualité plus grandes de l'acte de jouer. Jamais un enfant témoin a dit ne pas aimer jouer. Il nous semble que cet indice est tout à fait évocateur des **difficultés des enfants instables à se projeter dans leur monde**

imaginaire et à mettre leurs propres rythmes, repères, formats identitaires en scène et en représentation. Dans le groupe témoin, la science, le sport et les jeux de société sont présents ; la richesse du jeu est observable dans 67% des cas, le fait d'imaginer est reconnu comme tel et mis en avant par les parents. Il y a encore une distinction entre parents d'instables et parents du groupe témoin : il s'agit de la possibilité, pour la mère en particulier, de parler du jeu de l'enfant, *i.e.* de faire preuve d'une connaissance de son enfant dans cet espace qui lui est propre, reconnu comme un espace singulier, tout en ayant une implication en pensées et en sentiments (noter de plus que seule des mères du groupe témoin ont pu parler de leurs propres jeux quand elles étaient enfants).

Hypothèse H 8. La place du père serait défaillante, il ne pourrait intervenir entre l'enfant et la mère, et/ou elle ne le laisserait pas s'impliquer dans une relation à l'enfant trop exclusive.

Les données issues de la grille d'investigation (5^{ème} groupe de questions en particulier) confirment H8. En effet, dans le groupe d'étude parental, **la place du père apparaît lacunaire, parfois franchement vide, les dires de la mère tendent à disqualifier le père** qui semble que rarement prendre un rôle de soutien et de repère lors des moments difficiles évoqués dans la vie de la famille (ou dans la vie de la mère, notamment les deuils). Du point de vue de la mère, le père est dit absent et à distance dans 53% des cas, pour 33% il n'y a quasiment pas de contact père/enfant instable. Le père n'a pas participé au bilan dans 73% des cas. Les données d'entretien du groupe témoin sont différentes, le père n'est absent qu'à 33%, et surtout il y a une co-construction de la vie familiale importante qui se retrouve cliniquement par la co-construction des entretiens où chaque parent peut parler de lui et de l'autre en valorisant la communication et la compréhension. Une attitude de disqualification par la mère de l'image du père n'apparaît jamais chez les témoins contrairement au parents d'enfants instables.

Exemples : On trouve des verbalisations de ce type : « *il ne s'intéresse pas à ça* » (protocole 11), « *il ne s'en mêle pas* » (pro.1), « *il est jamais là...il ne sait pas* » (pro.5), « *il s'en fiche parce qu'il sait pas faire attention aux autres, il a jamais ressenti c'que je ressentais* » (pro.9).

Les données issues des contes vont dans le même sens sur le versant infantile. L'hypothèse 6 confirmée montre déjà la pauvreté des repères paternels eu égard aux dynamiques œdipiennes. À TOM (tableau 4) l'attitude imaginée pour la figure paternelle n'est pas gentille et soutenante chez 81% des sujets (Q3, χ^2 significatif à .05). À CERES (tableau 11) c'est le parent de

l'autre sexe qui est imaginé interactif chez (donc la mère pour les garçons majoritaires du groupe) contrairement aux enfants témoins (Q1, χ^2 significatif à .05). A METAMORPHOSES (tableau 13) la projection sur le père n'est pas positive pour 45% du groupe (Q1, χ^2 significatif à .05), la puissance est un caractère majeur et l'aspect négatif est plus fréquent. **Ces données montrent que l'investissement de l'image du père est plus difficile pour les enfants instables.**

Exemples : TOM à la question 3 « *il le voyait pas* » (protocole 4). CERFS à Q1 « *avec sa maman, c'est souvent avec les mamans qu'on va [et que pensait le papa qui était tout seul?] il s'en fout* » (pro.11).

METAMORPHOSES à Q1 « *en rien* » (pro.3), « *en tigre, il risque de le manger* » (pro.7).

Hypothèse H 9. Il s'agirait aussi d'une pathologie de la castration anale sur le versant maternel, les relations de la mère avec l'enfant s'établiraient au travers d'une angoisse de perte d'objet.

Les données issues de la grille d'investigation confirment H9. Les groupes de questions 1, 2, et 3 sondent des périodes anciennes du développement, ils permettent de faire nettement émerger huit ensembles significatifs chez les parents d'enfants instables comparés au groupe témoin :

1. l'enfant est décrit propre très tôt dans 33% des cas (contre 11% chez les témoins)
2. les difficultés à organiser et les irrégularités 40% (contre 0%)
3. un vécu maternel de séparation anxiogène 33% (contre 0)
4. un sentiment de dépendance forte mère-enfant 47% (contre 0)
5. les motricités du jeune enfant envahissantes pour la mère 53% (contre 11%)
6. l'influence grand-maternelle anxiogène dans l'éducation 27% (contre 22%)
7. la force des exigences maternelles pour l'éducation 53% (contre 22%)
8. l'inquiétude maternelle face aux agirs [sécurité et agressivité] 40% (contre 11%).

Une caractéristique importante des discours de parents du groupe témoin concerne l'idée omniprésente de soutenir l'évolution de l'enfant ; des difficultés et des exigences parentales existent mais sont toujours subordonnées à la question du développement de l'enfant. A l'inverse, pour les sujets d'étude l'enjeu apparaît être d'abord du côté des parents, notamment de la mère, qui a besoin de justifier ses attitudes et de délimiter ses propres intérêts dans une dynamique de centration narcissique importante. Les difficultés à trouver des rythmes et à organiser les premières propretés et motricités globales de l'enfant nous semblent être un indicateur fort d'une relation mère-enfant désaccordée et ne pouvant définir un espace commun adapté à l'un comme à l'autre : **l'enjeu et l'intérêt personnels sont des notions**

omniprésentes dans les discours des mères d'enfants instables ; le lien à l'objet dans la dimension de présence-absence est important pour la mère.

Les groupes de questions 4 et 5 sondent plus spécifiquement les relations intergénérationnelles entre la mère et ses propres parents, ils amènent encore six ensembles significatifs :

1. une éducation dure reçue par la mère dans 27% des cas (contre 11% chez les témoins)
2. un fort sentiment d'isolement infantile, avec notamment un manque de présence maternelle, 47% (contre 11%)
3. une situation de rupture actuelle des liens parents/grand-parents 27% (contre 0%)
4. un comparaison très dissemblable entre enfant instable et mère 33% (contre 0)
5. un vécu de dépendance mère/grand-mère maternelle 27% (contre 0)
6. le respect de l'enfant et la tendresse comme base relationnelle 7% (contre 67%).

Dans le groupe témoin, les pères prennent facilement la parole et en plus grande quantité au sujet des relations entre générations. L'absence des pères d'enfants instables aux entretiens induit une nécessité pour la mère de se mettre à nouveau beaucoup en avant et cela renforce l'aspect négatif des discours sur l'axe intergénérationnel. Il y a là **une souffrance particulière pouvant émerger chez beaucoup de mères d'enfants instables qui expriment le poids de leur vécu passé et actuel avec leurs propres parents**. Ces indices montrent que les échanges et les étayages émotionnels semblent beaucoup plus fragiles dans le contexte de l'instabilité.

Les données issues du 6^{ème} groupe de questions (visant les modes de relation mère-enfant et mère-clinicien en entretien) donnent quatre indications importantes. L'alliance avec nous est difficile pour la mère même si elle a accepté de participer à la recherche. L'observation clinique des relations mère-enfant montre une distance importante. Ceci est directement lié au fait clinique où la mère parle beaucoup plus d'elle-même et se centre essentiellement sur ses propres préoccupations. La maîtrise de la mère sur l'enfant n'est pas importante cliniquement mais, lorsque cela advient, il y a réellement une tension forte entre lui et elle. Il nous semble que ces entretiens ont montré qu'il existe entre la mère et l'enfant instable un lien particulier constitué **d'une distance intersubjective qui se comble spontanément par les besoins narcissiques maternels ou en tout cas les préoccupations maternelles**.

Les données issues du Rorschach ne confirment pas H9. Le choix de la planche mouvement ne décrit pas la situation attendue au plan théorique : au contraire de l'image maternelle, c'est

celle paternelle qui est associée de façon dominante à la planche mouvement (tableau A). Les enfants du groupe témoin choisissent surtout une planche autre (50% des cas) et ne font donc pas de lien avec une image parentale, c'est plutôt avec l'image de soi (21%) qu'advient la collusion imaginaire du mouvement et d'un objet. Outre la planche paternelle (37%), les enfants instables font un lien fréquent avec la planche non aimée (25%) et excluent la planche soi. Il est difficile d'interpréter ses résultats, cependant on constate que **les instables font preuve d'une moins grande indépendance que les témoins quand il s'agit de définir des représentations de soi.**

Hypothèse H 10. La fonction de pare-excitation maternelle serait défaillante et intériorisée sur ce modèle par l'enfant au cours de son autonomisation motrice.

Les données issues des contes confirment H10. Nous avons vu pour discuter H5 que les fins des contes sont de mauvaise qualité. Cette difficulté spécifique peut être comprise du point de vue économique comme un effet de débordement que les débuts et fins formels de contes ne permettent pas de contenir. La question habituelle « *Comment cette histoire finit-elle ?* » ne marque pas une limite comme chez les témoins mais **une perte de contenant ou de repère, les affects émergent alors massivement** et donnent des contenus fréquents de mort ou autre annihilation (voir notamment les fins de Terre-et-eau [tab.8] et de Poulain [tab.9] qui sondent les motricités). Au conte Fourmi, on a constaté les fragilités de l'enveloppe corporelle, cela est un indice pertinent d'une précarité du pare-excitation. À Chevreau et Tom, les enfants instables imaginent le sevrage comme une excitation de déplaisir. À Renard, 80% des instables imaginent un dénouement négatif face au risque sécuritaire et alimentaire, témoignant d'une capacité réduite à supporter les problèmes.

À OISILLON (tableau 5) le positionnement des images parentales dans une situation de séparation est marqué chez les enfants instables par une présence dominante de la mère (Q3, χ^2 significatif à .10) **associée à un manque de réconfort** (avec une nette tendance à une attitude négative pour 85% du groupe) (Q3, χ^2 significatif à .01), la fin est dans ce contexte fortement négative pour 70% des instables (Q4, χ^2 significatif à .01). À POULAIN (tableau 9) la mère (pour 76% du groupe ; Q2, χ^2 significatif à .01 et .01) comme le père (pour 90% du groupe ; Q2, χ^2 significatif à .01) sont imaginés **incapables de contenir la détresse du petit lors des déambulations**. La fin est ici aussi négative et se fige en *statu quo* non progressant (Q4, χ^2 significatif à .01). Ainsi,

les contes montrent la difficulté pour l'enfant instable à penser la mère comme source de contenance et de sécurité de soi dans les situations de séparation et d'expérience motrice, cela indique une faille du pare-excitation. Toutes ces données projectives montrent que **les enfants instables n'auraient trouvé à aucun moment de leur développement une figure adulte suffisamment pare-excitante (la mère comme le père voire l'adulte extrafamilial).**

Exemples : OISILLON à la question 3 « *la mère, elle l'embrasse et elle le gronde, elle dit : attention ! [le père?] il est en course, je sais pas* » (protocole 2), « *la mère, elle le prend, elle pleure* » (pro.3), « *la maman, elle va voir si...il est encore là mais non... [le père?] pareil..., ils pleurent [Q4 fin?] pas bien il est mort* » (pro.21). POULAIN à Q2 « *elle regarde pas elle s'en fout [le père?] il était pas là, il faisait que de manger* » (pro.1), « *elle le voyait pas (rires) – pareil* » (pro.7), « *elle a peur qu'il marche – il lui apprenait mais il tombe, il veut plus le voir [qui?] le papa* » (pro.21).

Les données issues du Rorschach (tableau D) soutiennent aussi H10. Le contrôle formel est plus fort chez les instables avec cependant un niveau d'expression du déterminant sensoriel de la couleur important [$F\%=68$ chez les instables contre 62 chez les témoins ; $C=1,42$ contre $1,15$]. En observant encore la réactivité des enfants aux déterminants sensoriels de la couleur on constate que les réponses aux planches pastelles baissent pour les instables [$RC\%=26$ contre 36]. On constate que l'appréhension en réponse globale est forte chez les instables ce qui témoigne peut-être d'une plus grande difficulté à se laisser aller à la discrimination et à l'introspection [$G\%=55$ contre 39 chez les témoins ; $D\%=38$ contre 52]. La quasi-absence de Dd montre aussi que les enfants instables ne peuvent prendre le risque de discriminer l'objet parmi d'autres, l'espace et l'objet sont presque superposables, comme s'il n'y avait qu'un objet-espace, autre façon de dire que l'objet est envahissant. L'observation des réponses nombreuses qui sont marquées par **une excitation ponctuelle mais forte renseigne aussi sur les débordements affectifs et les déstabilisations pulsionnelles** vécus par les enfants instables au cours de l'épreuve de Rorschach.

Exemples : Protocole 1 aux planches pastelles en fin de passation : pl.9 « *une explosion enfin je sais pas ou autre chose qui explose* » et pl.10 « *ouh la la ! je ne sais pas* ». (Pro.13, pl.9) : après une longue réponse donnant des représentations agressives puis une sensibilité à l'effet "trou" du blanc l'enfant ajoute « *et là c'est comme des couilles qui sont là (rires) je sais pas c'est le trou d'une fille en bas et puis on voit les fesses (rires + +)* » ; la pl.10 qui suit et termine le protocole présente des représentations d'action fortes.

L'indice n°4 des catastrophes de symbolisation (Roman, 1997a) révèle aussi **l'effraction des fonctions contenantantes et pare-excitantes**. Certaines données étudiées pour valider H4 et H5

témoignent de l'altération des pare-excitations : fiabilité des limites (réponses d'objets entiers mais altérés, déformés, coupés ; la qualité formelle n'est pas optimale $F+\%=67$ contre **73** chez les témoins) ; objets désintégrés peu ou prou, vers l'écrasement, le squelette, l'intérieur du corps (réponses anatomiques) ; objets porteurs d'une violence importante (subie le plus souvent). Les protocoles des instables montrent nettement une charge d'angoisse bien plus forte que ceux des témoins ; un vécu persécutoire est une constante avec des animaux dévorateurs, mutilateurs, agents d'effractions (ex : voir le protocole RCH n°8, on y trouve : bête qui pique-dents d'araignées-bête écrasée-caillou s'écroule sur un lapin-bête qui dévore).

Nous avons terminé ici l'analyse des indicateurs d'opérationnalisation pour chacune des hypothèses de travail. Celles-ci sont validées car elles peuvent toutes être discutées dans le sens d'une confirmation ou d'une infirmation grâce à une variabilité suffisante des données entre les groupes comparatifs. Nous avons obtenu pour les groupes d'étude des informations qui permettent maintenant d'énoncer des discussions, celles-ci visent à revenir sur les grands points de réflexion de notre recherche formulés en introduction, à savoir : **la façon dont le corps de l'enfant serait impliqué – les rapports existant entre l'action (sensations) et la pensée (images de soi, de l'autre) – les particularités psychodynamiques.**

6.2. Discussions sur l'instabilité psychomotrice infantile

issues des données et analyses de la recherche.

1– Notre approche théorique de la genèse et de la pérennisation de l'IPM se relie à des faits cliniques de la recherche et cela permet d'énoncer certaines explications de ce trouble. Des concepts variés conduisent finalement à une hypothèse majeure : il s'agit d'une **dysharmonie entre l'imaginaire et l'expérience du corps** (cf. Sami-Ali, 1998, p.78). Il s'agit plus précisément d'une dysharmonie entre d'une part le mouvement qui au fil du développement fait exister le positionnement du sujet par rapport aux objets, et d'autre part les expériences du corps qui sont contraintes ou formées par les règles et les enjeux maternels (de toute nature). L'instabilité constitue un symptôme ou une conséquence de ce trouble de développement. L'environnement est pour l'enfant un facteur majeur venant en renforcer d'autres, notamment en "modelant" le mouvement du corps et les images qui en découlent ;

le mouvement corporel serait une interface soi/environnement où les pressions de l'environnement et les pressions internes d'origine somatique et vitale s'exprimeraient conjointement.

2— Les épreuves projectives permettent aussi de constater que les enfants instables disposent dans leurs fonctionnements psychiques de **moins de mécanismes de défense variés et de ce fait sont entravés par plus de rigidité défensive**. On a constaté que les refus au Rorschach sont six fois plus fréquents que chez les témoins, et les réponses deux fois moins : ces indices marquent nettement l'inhibition et la limitation fantasmatique ; également, l'expression de l'espace imaginaire approché par les kinesthésies apparaît bien plus réduit chez les instables. Nous pensons que cela tend à induire une limitation progressive, à fur et à mesure que l'enfant grandit, de ses capacités à s'investir harmonieusement dans les apprentissages scolaires et les questionnements personnels. La clinique montre souvent des enfants de huit ans et plus qui ont par exemple peu de connaissances sur la sexualité, ces choses de la vie qui portent le germe d'une perspective de grandir et de changer dans le monde, les recherches sexuelles infantiles ont dû être et restent pauvres de sens. L'enfant grandissant et étant confronté à de plus en plus d'enjeux relationnels et individuels, il arrive rapidement que cette rigidité défensive renforce le recours à l'agir pour décharger des tensions ou exprimer un sentiment de soi ou encore pour maintenir un équilibre somato-psychique. C. de Tyche et coll. (2000, p.477) ont bien montré au Rorschach chez l'adulte que l'on retrouve cette pauvreté/rigidité défensive liée à une faiblesse importante de la mentalisation. Soutenir et stimuler la variété des modes défensifs et l'originalité devraient faire partie des objectifs de la prise en charge globale des enfants instables.

3— Grâce aux épreuves projectives, nous avons constaté : d'une part que les enfants instables présentent un imaginaire qui n'est pas vide mais carencé et dont l'expression est altérée par une difficulté de symbolisation altérant au final la mentalisation ; d'autre part que la représentation émerge avec une participation dominante du corps propre (ex : les actings intratest) dont une image se projette excessivement ; enfin que l'investissement de l'enveloppe corporelle montre une fragilité des limites et du sentiment de continuité. Ainsi, nous pensons que ces trois éléments fournissent une preuve clinique d'une dialectique pathogène du corps avec l'espace, laquelle limite l'individuation identitaire plus qu'elle ne la définit. Le corps réel semble continuer, chez ces enfants de 6 à 9 ans, de servir de repère principal pour vivre une délimitation des objets, du lien à l'objet, des contenus émotionnels et de représentations. Autrement dit, et en reprenant certains arguments de J.-M. Gauthier (1999a,b) qui peuvent

trouver ici une validation empirique, il nous semble que **l'instabilité psychomotrice de l'enfant peut être décrite comme le vécu sensoriel, émotionnel et cognitif d'un espace interne qui ne peut être représenté de façon suffisamment précise et continue. Les difficultés de mentalisation sont liées à une précarité de représentation mentale de l'espace, des rythmes propres et d'autrui, et finalement à une difficulté "d'habiter" son propre corps.** Il s'agit bien d'un trouble de *l'affirmation de l'individuation identitaire*³⁷.

4— Il nous importe de discuter d'un concept d'auteur qui trouve une expression dans nos données. Il s'agit de *l'objet menaçant et sa présence flottante* que décrit M. Berger (1999) et qui renvoie directement à l'idée de **l'envahissement par l'objet en lieu et place des espaces, rythmes et pensées propres**. Nous avons retrouvé cette problématique au travers des données des contes Fourmi et surtout Course : dans le premier, être en présence de l'autre implique une continuité de soi précaire ; dans l'autre, la course est liée au déplaisir et à un danger flou et omniprésent. Au Rorschach aussi se dessine très souvent un objet flou qui inquiète avant qu'il ait été identifié et mis en mot dans une réponse ; les verbalisations visent à objectiver l'objet plus qu'à interpréter la tache. Aux deux épreuves projectives, les sollicitations au clinicien sont très fréquentes, cela est un signe clinique fort de la difficulté de l'enfant à instaurer l'objet et le lien à l'objet. La pathologie du lien que nous décrivons dans la relation entre l'enfant instable et sa mère, et que nous théorisons à partir du concept de castration anale de F. Dolto, peut tout à fait être enrichie par l'hypothèse clinique d'un objet menaçant dont « *la présence est potentiellement traumatique [...] parce qu'il est intrusif et parce qu'il risque aussi de lâcher le sujet* » (*ibid.* p.100). Les difficultés narcissiques et de mise en lien à l'objet observées par notre recherche sur un groupe d'enfants vont dans le sens des réflexions cliniques de M. Berger. Nous retenons l'idée d'un vécu de risque d'effraction du soi et une fragilité des espaces propres face à l'objet extérieur.

5— Concernant la question de l'effraction des espaces propres, il y a une autre discussion possible, celle concernant le traitement de l'excitation. Des données du Rorschach montrent aussi que l'objet constitue un risque d'envahissement. Les agirs et les représentations agressives et souvent crues dans la réponse RCH indiquent que l'instauration de l'objet doit nécessairement passer par une gestion de l'excitation : corps et objet se "touchent" par la décharge d'excitation. Ainsi, et de la même façon que le propose A. Cohen de Lara (2000), nous pensons qu'il est important de tenir compte de l'impact de l'environnement et de ses réalités (de toutes natures) dans la prise en charge de ces enfants : les

³⁷. Notion proposée par C. de Tyche (1993, pp.10, 83).

réalités perceptives/sensorielles et les fonctionnements du corps réel sont des éléments qui importent aux enfants devenant instables. L'environnement constitue un champ excitant dans la mesure où l'enfant ne peut pas bien distinguer le dedans du dehors, **une problématique d'intrusion/effraction apparaît tout au long du contact de l'enfant avec l'environnement. L'objet et le corps propre semble être deux faces d'un même feuillet d'excitation.** C'est la question des assises narcissiques et du sentiment de continuité de soi qui est en jeu.

6– La notion de *Surmoi corporel* de Sami-Ali (1998) sert à montrer comment une instance extérieure, en l'occurrence la mère, peut **donner au sujet l'illusion que son corps reste sous la dépendance de l'autre.** Cette situation d'emprise entretient selon nous une certaine indistinction intersubjective, les objets sont suffisamment distincts (les contes Poussin et Fourmi le montrent bien) mais leurs motivations et préoccupations sont fortement liées et "échoïsées" (les contes Tom, Terre-et-eau le montrent aussi bien) ; il y a là une autre façon de décrire une limitation de l'espace propre infantile et la difficulté à habiter un corps qui lui appartienne ; la mère est présentée dans les contenus projectifs thématiques comme une façade contre laquelle l'enfant se pose, cette présence est alors incontournable. Nous pensons que nos discussions théoriques et nos résultats de recherche apportent des arguments similaires à la perspective de Sami-Ali et permettent de décrire une pathologie de la dépendance. Ce qui importe est la difficulté pour le Moi infantile à constituer une représentation unifiée, continue et gratifiante du corps propre.

7– Le concept de castration anale de F. Dolto (1984) nous a servi de point de départ pour réfléchir aux interactions infanto-maternelles en tenant compte du corps de l'enfant et de ses agirs. Il est indissociable du concept d'image du corps, fond théorique de la castration, qui définit « *la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles* » (*ibid.*, p.22). Ces expériences sont inhérentes à l'histoire de l'enfant, à son corps, à l'histoire de son corps. Il nous semble que **la notion de castration symboligène est une figuration ponctuelle du corps relationnel** (Gauthier, 1999a). F. Dolto écrit d'ailleurs que *l'acte de langage qui signifie à l'enfant l'interdit (i.e. la castration) vient se poser sur des situations ou actes interpersonnels déjà constitués, cela consiste donc à mettre en symbole quelque chose qui se produit ou s'est produit dans le tissu d'échanges corporels et intersubjectifs organisant peu à peu l'identité de l'enfant.* Par exemple, l'auteur écrit au sujet de la castration orale : « *le sevrage du sein sépare l'enfant de sa mère comme nourriture substantielle, en séparant la bouche de l'enfant du sein lactifère. La tactilité, l'odeur, le corps à corps pour le biberon ou*

l'alimentation à la cuiller et la boisson au verre demeurent ; la mère demeure objet total de la relation qu'a l'enfant avec elle » (ibid., p.83). On voit ici que c'est l'organisation initiée par la mère et touchant le corps de l'enfant qui prend la valeur d'une castration orale ; et celle-ci permet à la mère de se projeter avec son bébé dans l'avenir et de continuer à penser/agir les repérages identitaires de son enfant. La notion de castration symboligène de F. Dolto (1984, p.78-90) nous paraît utile pour la clinique infanto-maternelle ; on trouve dans la théorie des castrations symboligènes une préoccupation pour l'histoire du corps infantile.

8— Un résultat non attendu se dégage de nos données projectives. Les protocoles d'enfants instables montrent une particularité par rapport à la notion de passivité. Normalement, le traitement de la planche 6 du Rorschach tend à faire émerger une réponse courante (catégorie « peau d'animal ») qui permet au sujet de se positionner dans un état de passivité. À la place de ce type de réponse qui apparaît fréquemment chez les enfants du groupe témoin, on observe à cette planche des représentations où les contenus de mort et d'objets altérés sont fréquents, on observe aussi une difficulté à donner une réponse :

- Prise de position passive³⁸ : 7% chez les instables contre 50% chez les témoins
- Position passive avec altération de l'objet³⁹ : 19% contre 7%
- Aucune position passive⁴⁰ : 55% contre 43%
- Aucune réponse⁴¹ : 19% des instables contre 0%

Cette prégnance de la violence en regard d'une difficile prise de position passive suggère que le vécu d'une passivité du soi implique chez les enfants instables un risque fort d'altération voire de destruction du soi. **L'agir instable se révèle être un symptôme lié à un équilibre impossible entre passivité et activité.** Cela est cohérent avec la description clinique de ces enfants qui ne peuvent pas facilement se laisser aller à jouer en imaginant et à imaginer le jeu d'interprétation aux épreuves projectives ; la participation dans l'activité de symbolisation face au Rorschach d'une représentation corporelle d'action s'explique à nouveau, l'enveloppe motrice qui se constitue ainsi travaille comme un repère de continuité de soi. De telles données suggèrent aussi que l'agitation instable soit le symptôme d'une gestion difficile d'une angoisse de mort associée à la position passive. Ces données ouvrent sur l'utilité d'une piste de recherche sur le couple activité/passivité dans le développement.

³⁸. Instables : protocoles 12–26. Témoins : protocoles 1–4–5–8–11–12–14.

³⁹. Instables : 4–5–7–8–23. Témoins : 2.

⁴⁰. Instables : 3–6–9–10–11–14–15–17–18–19–20–22–24–25. Témoins : 3–6–7–9–10–13.

⁴¹. Instables : 1–2–13–16–21.

9— Nous pouvons approfondir les discussions au sujet des troubles de symbolisation et de mentalisation (*cf.* H4 et H5). En effet, à l’instar de l’observation précédente, on constate à la planche 2 du Rorschach que les enfants instables se distinguent très nettement des témoins. Cette planche bilatérale appelle la projection d’une relation et de figures entières. Contrairement aux enfants du groupe témoin, on observe pour les instables à cette planche une difficulté importante de symbolisation du lien objectal :

- Objet détérioré ⁴² : 15% chez les instables contre 0% chez les témoins
- Réponse Sang (sur un détail rouge) ⁴³ : 23% contre 7%
- Kinesthésies relationnelles (K et kan) ⁴⁴ : 14% contre 71%
- Aucune réponse ⁴⁵ : 27% des instables contre 0%

L’affect et la pulsion débordent les capacités d’élaboration, l’objet serait excitant et déstabilisant. La fréquence du refus est importante à cette planche bilatérale, cela apparaît comme un rejet du lien pour rejeter la présence de l’objet et de la relation potentielle qu’elle implique : investir ou pas le lien est alors comme un moyen pour gérer la distance à l’objet. On sait que, par sa nature, l’épreuve Rorschach impose une centration narcissique et identitaire au sujet : il y a donc ici un indice supplémentaire montrant que **les enfants instables mettent sérieusement en jeu le lien objectal quand il s’agit de vivre les limites de soi et les repérages identitaires**. Cette interprétation soutient l’argument théorique que nous énoncions (chap.2 et conclusions théoriques) : l’instabilité est une pathologie du lien et de l’identité plus que du comportement.

10— S’intéresser à L’IPM conduit à prendre en compte le lien entre le mouvement et la vie psychique. Il ne semble pas possible sinon d’expliquer la valeur psychologique du trouble psychomoteur dans le développement de l’enfant. À défaut, ce serait le corps réel et biologique devant le clinicien qui appellerait son attention et sa thérapeutique (les “abus” souvent dénoncés de l’usage de la méthylphénidate s’inscrivent probablement dans cet écueil). J. Ménéchal (2001) a bien monté cet aspect de l’enfant instable qui mobilise l’agir et l’attention de l’autre directement sur son corps réel, concrétisant une intersubjectivité de l’agir. Nos observations de recherche soutiennent largement cette hypothèse, il existe de façon omniprésente une sorte atypique de “dialogue tonique à distance” qui oblige, dans l’échange ou pendant les passations d’épreuves projectives, à **tenir compte du geste de l’autre et**

⁴². Instables : protocoles 3–4–17–24.

⁴³. Instables : 2–7–9–18–23–24. Témoins : 10.

⁴⁴. Instables : 4–7–13–17. Témoins : 1–3–3–4–5–6–8–10–11–12.

⁴⁵. Instables : 1–8–10–11–20–25–26.

d'essayer de délimiter les intentions et réactions de l'un et l'autre pour communiquer. L'étude de l'instabilité montre que la présence corporelle dans la relation à l'autre constitue un axe majeur de l'affirmation identitaire. Avant ou en même temps que l'on étudie les conflits en présence chez l'enfant, notamment quand il est plus âgé, il semble nécessaire d'éclairer la façon dont le corps propre et son sentiment subjectif se sont constitués dans la relation à l'autre, de se questionner sur la nature et les singularités actuelles de cet espace propre pour mieux comprendre comment les notions essentielles de mouvement, espace, rythme, présence-absence sont vécues et représentées par l'enfant.

11– L'agir instable se réalise ou s'objective aux niveaux individuel et interindividuel. Individuel parce qu'il est relatif au fonctionnement somato-psychique du sujet en développement et en ce sens il lui est "familier", continuellement fonctionnel, surtout après la quatrième ou cinquième année du développement moteur et affectif. Conséquence symptomatique d'un développement dysharmonieux, il instruit et sert naturellement la représentation de soi par une image du corps propre motrice et proprioceptive (la RCA). Interindividuel parce que l'agir est inscrit dans une problématique vaste qui met en jeu le corps mais dans la relation à la mère. Il émerge d'un certain contexte et **va pouvoir aussi se charger ultérieurement de significations quand l'enfant grandira**, par le biais de tous les développements fantasmatiques, conflictualités et échanges affectifs avec ses objets proches, ce qui compliquera la compréhension du trouble (par exemple quand le rapproché mère-fils prend une connotation œdipienne, l'agir peut devenir en partie et plus facilement une défense contre les désirs). L'instabilité psychomotrice naîtrait ainsi d'une évolution qui conduit le corps et l'agir à dominer la scène de la vie mentale de l'enfant. L'agir instable renvoie à un trouble complexe dont l'explication n'est jamais univoque même si certains processus déterminants singularisent nos groupes d'étude.

12– Pour résumer notre compréhension de cette entité complexe qu'est l'instabilité psychomotrice de l'enfant, il faut à nouveau considérer deux points fondamentaux dans la clinique infantile : la notion longitudinale de *développement* et celle de *corps relationnel*⁴⁶.

Dans la continuité des développements et des expériences motrices individuelles, les actions de l'enfant font exister pour lui des espaces, des objets et des relations. Ces trois types d'entité se délimitent progressivement en intégrant aussi les qualités sensibles et affectives inhérentes au contact avec le monde. Ces entités s'inscrivent spontanément et naturellement dans la personnalité qui ainsi se constitue : l'affirmation de

⁴⁶. Au sens précis de J.-M. Gauthier (1999a).

l'individuation identitaire est ce long processus de délimitation constante du dedans et du dehors, du soi et du non-soi, de l'actif et de l'immobile, de la présence et de l'absence, du désir et de la réalité des règles du monde.

Il s'agit donc de construire la représentation d'un espace de séparation enfant/mère, fondée en grande partie sur les grandes motricités, et dont les avatars feront dire au clinicien qui rencontre l'enfant ultérieurement qu'il s'agit d'une pathologie du lien. Il lui incombe de réfléchir et de connaître l'histoire du corps infantile à l'origine de ce lien "corporel" qui implique autant la mère que l'enfant.

Chez l'enfant grandissant, il s'agit de comprendre les difficultés à vivre un sentiment de continuité de soi harmonieux. L'observation des représentations de soi et des images du corps comme notre recherche l'a faite est un moyen de constater les possibilités ou les difficultés d'évoluer psychiquement et corporellement dans un espace propre ayant un pouvoir d'organiser les expériences.

6.3. Vignette illustrative d'un cas clinique.

L'objectif ici n'est pas de produire une analyse détaillée d'un cas car ce sont les comparaisons de groupes qui ont effectué la validation de nos hypothèses. Il s'agit d'illustrer notre travail par quelques éléments de clinique individuelle allant dans le sens de nos observations statistiques.

Geoffrey est un enfant de 8 ans 4 mois, présentant une instabilité psychomotrice sévère qui altère ses performances scolaires, les relations à ses proches et à son environnement plus large et également à lui-même (symptômes dépressifs légers mais fréquemment observés, blessures nombreuses par accidents, traits de caractère immature). L'agir est envahissant mais aussi irrégulier parce qu'il cède dans certaines situations, notamment de relation duelle (sauf celle infanto-maternelle). La mère vient à la consultation pour essayer de comprendre ce qui se passe chez cet enfant, le père dit qu'il est en accord avec ce travail mais il ne désire pas y participer activement. La mère se plaint très fortement des oppositions, des traits de caractères provocateurs et désorganiseurs de son fils. Il est enfant unique, la grossesse était très attendue par la mère sans qu'elle puisse aujourd'hui expliquer vraiment pourquoi. Cette femme se présente de façon très contrôlée, excessivement attentive et courtoise dans le contact, montrant une bonne volonté et une coopération qui amène des

discours ne montrant que peu d'affects et des idées déjà préparées avant nos rencontres. Il en ressort une faible spontanéité constituant une résistance non négligeable au début du travail psychothérapique. La relation avec sa propre mère est difficile (son père est décédé il y a 6 ans), elles semblent incapables d'échanger et de communiquer réellement ; à n'en pas douter madame aime sa mère et l'inverse est aussi vrai, c'est l'accordage affectif qui serait difficile ou perturbant. Du côté de l'enfant, le bilan de niveau à la WISC-3 donne un profil légèrement dysharmonique et les résultats sont normaux mais plutôt faibles (QIP98, QIV86, QI à 92). Il présente la particularité d'avoir sévèrement échoué au subtest SIMILITUDE. Les résultats à l'échelle d'anxiété R-CMAS (Reynolds et coll., 1985) sont plus alarmants. En effet, l'anxiété dite physiologique (évaluant les phénomènes d'allure psychosomatique) est anormale car nettement supérieure à la moyenne (score à 15). L'anxiété dite psychique (évaluant l'inquiétude et l'hypersensibilité) est aussi de niveau pathologique (score à 14). Les résultats de l'échelle d'hyperactivité de CONNERS sont très péjoratifs et illustrent bien les phénomènes cliniques observables (score d'hyperactivité sévère). On retrouve une susceptibilité aux phénomènes de somatisation (maux de ventre, fond asthmatique associé à une fragilité aux infections O.R.L.), une impulsivité importante liée à l'hyperactivité, cela témoignant des grandes difficultés de contrôle de la pulsion et de l'émotion par l'enfant. Les troubles d'apprentissage et du caractère peuvent être compris dans cette personnalité perturbée et en difficulté de développement. Geoffrey s'implique très positivement dans l'examen psychologique, disant que ceci est fait pour son bien et qu'il me trouve gentil. Ce commerce narcissique sur lequel l'enfant insistera évoque à la fois la demande maternelle (très incisive pour faire le bilan) et en même temps la position subjective de l'enfant qui est à l'aise dans ce type de relation déconflictualisée et fondée sur le soutien narcissique ; l'institutrice a relevé le même type d'attitude dominante à l'école. Lors du bilan, le contact avec l'enfant semble concentrer une relation de dépendance, il n'y a pas d'opposition ni de trouble majeur du comportement. Lors des premiers entretiens, la relation entre Geoffrey et sa mère est faite d'une soumission de l'enfant. Les questions de la mère envers Geoffrey trouvent toujours une réaction de l'enfant qui se place exactement là où la mère attendait la réponse, le contact entre eux lors de nos entretiens ne montre jamais d'opposition. A l'inverse, à l'extérieur, l'enfant est décrit insupportable par la mère, celle-ci ne supporte plus son fils dont les instabilités sont pour elle autant de provocations et de stimulations trop excitantes. Les souffrances de cette femme sont importantes et le travail psychothérapique commence par une série d'entretiens mère-enfant pour soutenir et expliciter la place de l'un et de l'autre dans leur relation, en essayant de faire intervenir le père (ceci échouera longtemps). La dimension de dépendance intersubjective se

confirmera par la suite lors de la psychothérapie avec Geoffrey où ce que pensait ou faisait l'autre était un repère de pensée et d'acte pour l'enfant ; l'espace restreint de la séance condense et fait loupe sur ce type de relation. L'évolution de ce mode relationnel ira de pair avec les évolutions positives de l'enfant et de la situation initiale.

Nous allons présenter des éléments du bilan et du suivi psychologique :

1– Notes cliniques de psychothérapie.

Le Lego plait beaucoup à Geoffrey, il essaie souvent et parvient quelquefois à créer des maisons aux formes et architectures quelque peu extravagantes. Au-delà des formes irrégulières de la maison qui rappellent les agirs et les investissements désorganisés de cet enfant, il est apparu que lors d'une séance, il a construit une telle maison qui a presque pris une allure de maison-bonhomme, sa réalisation évoquait une métaphore corporelle globale, une représentation du corps dans l'espace. Pour réaliser cette maison, l'enfant était assez stable sur sa chaise et est resté toute la séance sur cette tâche. Rapidement, je constatais que plus la construction prenait une forme de maison-corps, et plus apparaissaient des agirs parasites, des mouvements de plus en plus grands des jambes, des mises en mouvement des pièces (les faire tourner sur elles-mêmes, les lancer dans la caisse à Lego, je voyais aussi des essais et erreurs d'ajustement de plus en plus fréquents – parfois il prend les mêmes pièces mais de couleurs différentes et les essaie tour à tour sans arriver à en fixer une).

Il semble que l'apparition progressive de ces instabilités renvoie à des agirs-actions et à une RCA qui viennent s'infiltrer dans le processus de pensée de l'enfant. La représentation de la maison, de l'objet investi, prend du sens au sein de la progression du jeu (soit le sens métaphorique corporel, soit plus simplement le sens d'un objet total constitué ou en voie de constitution et pouvant recevoir des investissements). Plus cette représentation trouve un écho dans la réalité externe (la construction de la maison Lego) plus l'enfant investit son projet (la représentation de la maison) et c'est au travers de cette progression que les agirs-actions s'amplifient et viennent se poser comme un "symptôme" alors qu'ils participent au fonctionnement psychique de l'enfant. Les transformations successives de la maison qui génèrent une forme puis une autre, dans une direction puis une autre, ses aspects contenant et structurés (volumes et murs-parois), seraient des figurations d'une enveloppe somato-psychique de l'enfant, *i.e.* une enveloppe psychique qui délimite les sensations des transformations (du mouvement) par rapport à l'espace extérieur. L'enfant construit sous la forme d'une présentation matérielle (Lego) quelque chose de son espace psychique où le mouvement corporel tient une place particulière : à la fois comme source [maison-bonhomme distordue] et comme contenu ou produit [les instabilités émergentes].

Les observations avec Geoffrey présentent l'émergence d'une tension (somatique et aussi psychique) qui prend son origine et se confond dans le fonctionnement imaginaire de l'enfant, imaginaire qui se met en liaison avec un objet externe ; le protocole de Rorschach montre bien cela également. Les agirs apparaissant être le "fil" de cette liaison. On constate ici que la question n'est pas vraiment celle d'un manque imaginaire mais celle du mode d'expression de l'espace imaginaire. Donc, à partir d'un objet (son image puis sa réalisation) mais aussi à partir du halo sensoriel des contacts sujet-objet, et enfin à partir des gestes (transformations et désirs moteurs), on constate que les agirs-actions s'infiltrant et participent au fonctionnement psychique de l'enfant alors qu'il s'agit pour l'observateur de l'apparition de l'hyperactivité. En tant qu'image de soi et du soi mobile face à l'autre, la RCA traduit aussi la façon dont l'enfant s'est approprié son propre corps, il s'agit ainsi d'un produit tout à fait intime et paradoxalement tout à fait lié aux caractéristiques réelles et fantasmatiques sur le versant maternel qui ont marqué ou imprégné le corps infantile.

La lecture de ces faits cliniques nous amène à évoquer « *le corps propre qui ne cesse de fonctionner, au niveau inconscient qui caractérise toute projection, comme schéma fondamental de représentation* » (Sami-Ali, 1998, p.76). La "maison lego-objet-image du corps" se délimite dans le temps de la séance grâce ou avec les agirs instables, l'image globale qui doit en résulter finalement du point de vue de l'enfant évoque une représentation de soi assez originale, plutôt atypique mais unitaire et symbolisante.

2– Extraits du test des Contes de Geoffrey et analyses.

Nous présentons ici seulement des contes particulièrement informatifs, ceux directement liés à la problématique de dépendance et à celle de l'agir corporel infantile dans le tissu de la relation à la mère. Ces deux dimensions sont centrales dans les discussions théorico-cliniques de notre travail de recherche.

TERRE ET EAU

1) Un enfant joue avec de la terre et de l'eau, aime-t-il jouer à cela ?

Non, il aime pas, il sait pas

2) Que fabrique-t-il avec la terre et l'eau ?

Il fait de la boue, il la lance contre le mur pour la mettre...

Que fait-t-il de ce qu'il fabrique ?

Lance contre le mur je t'ai dit

3) Sa maman arrive et regarde ce qu'il a fait, que dit-elle ?

Elle me dit « tu vas me lâcher ça tout de suite ! »

Que fait-elle ?

Elle lui en fout une, non elle le punit

4) Si la maman demande à l'enfant de lui donner ce qu'il a fait, le donne-t-il ? Pourquoi ?

Oui, parce que sinon elle est en colère maman

Qu'en fait la maman ?

Je sais pas

Que pense l'enfant ?

Je sais pas, il s'en fout

Que fait-il ?

Il s'en fout

5) Et si la maman défendait à l'enfant de jouer à ces jeux là, qu'arriverait-il ?

Il le ferait quand même parce que il veut s'amuser et il veut pas l'écouter, elle l'embête et il en a marre et dès fois il l'aime pas

Comment cette histoire se termine-t-elle ?

La maman elle meurt pa'ce qu'il est méchant

POULAIN

Dans une prairie, il y avait un petit poulain, né depuis peu, qui essayait de marcher. Il n'arrivait pas facilement à se tenir sur ses jambes sans tomber.

1) Pourquoi tombait-il ?

Il est trop petit, il peut pas marcher

Se faisait-il mal ?

Oui, parce qu'il s'est cassé la jambe

Que faisait-il quand il était par terre ?

Il peut pas marcher, il a la jambe cassée

2) Que faisait la maman, la jument, quand elle voyait son poulain tomber ?

Elle le gronde, elle dit « tu vois bien que tu es méchant ! »

Et le papa, le cheval ?

Il sait pas

Et les autres bêtes qui étaient dans la prairie ?

Je sais pas

3) Un jour, le petit poulain devenu plus fort, s'aperçut qu'il pouvait très bien marcher, courir, sauter.

Alors, il s'approcha de la barrière du parc où on l'avait mis. Que vit-il ?

Il voit rien, il a des mauvais oeil

Que fit-il ?

Il regarde si y'a quelqu'un

Qu'est-ce qui arriva ?

Y'a personne

4) Et puis, plus tard, que devint le petit poulain ?

Il est devenu un papa qui s'en va

Comment cette histoire se finit-elle ?

Je sais pas, je sais pas

TOM

1) Une dame possédait un petit chien appelé Tom. Elle lui donnait à manger du lait ou de la pâtée avec de la viande. Que préférait Tom, le lait ou la pâtée avec la viande ?

Le lait

Mangeait-il tout ce qu'on lui donnait ?

oui

Sinon, que faisait la dame ?

Elle gronde fort

2) Comme la maîtresse du petit Tom voulait que ce soit un chien bien élevé, elle lui apprenait à obéir quand elle disait : « assis, couché, fais le beau, donne la patte, etc. ». Que voulait-elle encore qu'il fasse ?

Qu'il soit gentil et qu'il dit tout ce qu'elle veut ...

Le petit chien aimait-il faire tout cela ?

oui

Comment la maîtresse s'y prenait-elle pour lui faire apprendre ?

Elle prenait le martinet

Tom était-il toujours sage ?

Oui oui

3) Que disait, que faisait le maître du petit chien, le mari de la dame, quand il rentrait le soir ?

Il disait « je suis crevé » au petit garçon

4) Y avait-il encore d'autres personnes qui s'occupait de l'éducation du petit chien Tom ?

non

Que pensait le petit Tom ?

Il est ... qu'il sait pas

5) Parfois, les maîtres du petit chien l'emmenaient se promener. Est-ce qu'ils le tenaient en laisse ?

Pourquoi ?

Oui pas'ce que sinon il se sauve ou il peut y avoir un accident

Qui le tenait ?

La maman

Aimait-il être tenu en laisse ? Pourquoi ?

Oui, non, enfin oui il faut pour que la maman elle dise c'est bien

6) Un jour, pendant que les maîtres avaient le dos tourné, il se passa quelque chose. Qu'arriva-t-il ?

rien

7) Comment fini cette histoire ?

Y'en a peut-être un qui meurt...non bien

■ La dynamique de castration anale intériorisée par l'enfant est sans ambiguïté marquée par des traits pathogènes. Les relations avec la mère intériorisées et projetées à l'occasion du test sont difficiles et ne permettent pas à Geoffrey de penser un espace personnel suffisant dès lors que l'image maternelle est invoquée. On constate à la lecture des contenus que la charge affective est très importante pour cet enfant ; les difficultés quotidiennes pour gérer les émotions et pour maintenir une ligne de développement (apprendre, travailler à l'école, interagir avec les parents ou les pairs, etc.) doivent être importantes pour Geoffrey. On comprend que dans ce type de situation intapsychique un enfant puisse peu à peu se déprimer en grandissant.

■ A TERRE ET EAU, outre le déplaisir associé au jeu (Q1) évoquant une difficulté issue de la sollicitation régressive du conte, l'objet « boue » (Q2) vient à la place d'une construction et l'agressivité qui l'accompagne traduit une élaboration symbolique précaire. La pulsion anale est d'emblée très dynamique et peu élaborée. La mère est fantasmée comme un agent de frustration majeur (Q3 et 4 ; voir en particulier Q3 où Geoffrey perd la distance avec le test et utilise le pronom à la première personne ; *idem* à Q4), autoritaire, auquel l'enfant s' imagine en soumission et dont il ne peut tirer aucune prise de position personnelle (Q4). L'intériorisation des interdits est faible, elle est placée dans un commerce d'amour (Q5) qui conduit l'enfant à éprouver le conflit avec l'objet maternel comme mortifère et extrêmement culpabilisant (Q5 : « la maman elle meurt pa'ce qu'il est méchant »).

Les affects (colère, culpabilité, abandon) liés à l'agressivité et à la relation conflictuelle sont prégnants au dénouement de TERRE ET EAU mais aussi à TOM.

- Là encore, Geoffrey fantasme une opposition à la mère qui ne peut se développer et conduit au final à une charge pulsionnelle agressive importante qui déborde les capacités de gestion du sujet (Q5, 6 et 7). Dans ce conte, la place de l'image maternelle est encore mieux marquée par un pouvoir de domination sur l'enfant (Q1 et surtout Q2). Ces deux premiers contes, qui mettent particulièrement en jeu la relation intersubjective lors de la phase anale d'autonomisation, montrent que le lien mère-enfant est pour Geoffrey saturé par une dépendance coercitive, d'où naissent peu à peu des sentiments de culpabilité peu gérables et une agressivité latente ou manifeste omniprésente.

- Le conte POULAIN sonde surtout les traces préconscientes ou inconscientes de la phase de la marche et des déambulations précoces. On ne retrouve pas d'angoisse aussi forte qu'aux deux autres subtests, mais une dynamique précise se définit également. En effet, les attitudes parentales face aux avatars des expériences motrices infantiles sont peu contenant et peu pare-excitantes (Q1 et 2). La mère agresse l'enfant lorsqu'il s'est blessé, l'agir est alors marqué par une empreinte de déplaisir extrême qui établit un lien entre trois dimensions : la motricité autonomisante, la position maternelle anxiogène, et l'identité du corps. La position de l'image maternelle est pour Geoffrey anxiogène et castratrice (au sens de Dolto, 1984, *i.e.* limitante), sur un mode peu symboligène (*i.e.* frustrante excessivement, Q2 : « tu vois bien que tu es méchant »). L'autonomisation est alors impossible, le désir ne pointe pas, la motricité s'inhibe et Geoffrey maintient un *statu quo* protecteur : à Q3, le héros ne voit rien car il a de mauvais yeux et lorsqu'il regarde, il n'y a rien à voir en dehors de l'espace maternel. La position du père (Q2) brille par son absence dans l'imaginaire de Geoffrey. Bien que cela évolue en mieux au cours du conte POULAIN (voir la fin), la place de l'image paternelle semble prise par l'autre maternelle (Q2). Il y a un envahissement par le désir maternel à TERRE ET EAU. Il y a une lacune manifeste dans l'image du père à TOM (Q3).

La fin de POULAIN est nettement plus progrédiente que celle de TOM, le petit poulain est fantasmé au travers d'une identification œdipienne au père (Q4), ce qui resitue le Moi de l'enfant dans une structure psychique plus organisée et plus sécurisante (cette capacité de Geoffrey à investir une position plus élaborée a été observée aussi lors de l'enquête aux limites du Rorschach, où des réponses en Ban [Pl.3 et 8] et des possibilités identificatoires [Pl.3] pouvaient émerger).

L'imaginaire projeté dans ces contes montre que l'histoire du corps infantile pose des repères singuliers qui s'intègrent difficilement à la personnalité globale. Ce qui est ici utile à interpréter concerne le vécu de son corps dans le lien à l'autre. A l'âge de 8 ans, Geoffrey vit

des conséquences affectives importantes à cette difficulté de mettre en place harmonieusement un espace propre et une affirmation de son identité.

Sur un plan méthodologique, les contes (épreuve thématique) donnent une figuration chez l'enfant des modes de contact et de compréhension/intériorisation de son environnement. Nous allons voir grâce au Rorschach à un niveau subjectif plus profond comment l'espace interne et le corps propre se délimitent ; cette épreuve non thématique est complémentaire de la première.

3– Protocole de Rorschach et analyses.

Ces données projectives permettent d'observer la façon dont l'enfant vit le traitement de l'excitation dans un espace ouvert entre sensorialités et représentation de soi.

PLANCHE 1 10''...v<^ <^ une chauve-souris, je vois, j'ai trouvé, un papillon, plutôt une chauve-souris, un peu noire (il mime le battement d'aile de la chauve-souris)	tout	G FC' A ban
PLANCHE 2 10'' v<^ >v>v ça me rappelle quelque chose mais je sais pas quoi ^v un sang c'est tout	D3 rouge inf.	D C Sang Choc R
PLANCHE 3 5''...un robot, non..non...oh si ! v un robot mort qui saigne, non qui saigne pas (il mime le robot, en prenant une allure de mouvement rythmique saccadé)	EL : « ah oui ! y'a des gugusses qui se tapent sur les...pieds » (G K H ban)	G KC– (H) Choc R
PLANCHE 4 10''...v (bouge + + les pieds, se dresse sur la chaise, s'appuie sur le bureau et monte à moitié dessus, ne réagit pas à mes demandes de se réinstaller) je trouve que ça ressemble rien...5''...^ un gros monstre avec une petite tête ouais v^< > ^v< >v c'est tout (il jette la planche)	tout	G Fclob (H)
PLANCHE 5 v un papillon, j'y vois rien là il est noir	tout	G FC' A ban
PLANCHE 6 ah ! 8''...> chien qui est à l'envers, non un loup à l'envers qui fait ouh ! très très fort (il mime, il bouge + + pendant 10 sec.) (il tape des pieds en cadence entre Pl. 6 et Pl. 7)	tout	G kan A
PLANCHE 7 v>v^v>v (il saute sur sa chaise et fait tourner la planche comme une toupie) je ne sais rien 10''...^> <v ah ! des éléphants un peu coupés, c'est des têtes d'éléphants... et aussi de la viande qui vient des éléphants (agité + + surtout les jambes qui battent contre les pieds de sa chaise)	D3 milieu D1 sup.	D F+ Ad D F– alim

PLANCHE 8 v^v un gros monstre ! (il mime un monstre au faciès terrifiant) un peu de viande ... oh non ! un squelette juste là (il tape des pieds en cadence entre Pl. 8 et Pl. 9)	EL : « oui oui je vois bien les bêtes, elles sautent là hop ! » (D kan A ban) D2 rose+orange D4 gris	G Fclob- (H) D F- anat D F- quel
PLANCHE 9 v ^ v 10''...(il fait tourner la planche + + à plat comme avec une toupie) bof...il est comme ça, ça ressemble à un hibou qui est en haut	tout	G F+ (A)
PLANCHE 10 je n'en sais rien du tout, peut-être c'est l'explosion, je vois pa'ce que il y a là une petite mèche 5''...v^ > < > < v une bête qui est toute déchirée	D10 vert inf. tout	(D)G kob frag G F- A defect

CHOIX +. 5

CHOIX-. 2

CHOIX PERE. 2

CHOIX MERE. 2

CHOIX SELF. 2 et 5

CHOIX MOUVEMENT. 2

Son avis sur le test : « *Je trouve c'est bien et pas bien, c'est pas très drôle, t'avais dit c'est un jeu d'imagination mais j'aime pas ce jeu je le ferai plus ! J'ai bien réussi ? Tu le diras à maman ou on le refait ?* ». Nous jouons longuement après cette épreuve, Geoffrey en a besoin, il s'agit d'un jeu de Lego où l'enfant construit un objet sans identité précise (agglomération de pièces finissant par faire une demi-boule).

Psychogramme résumé :

R=14	T=10'	G%=64	D%=36	mp=51
F%=43	F+%=33			
TRI=1/3	Fc=2/0	RC%=38		
H%=15	A%=38	Ban=2	IA%=21,4	

L'avis de l'enfant sur la passation du test révèle une ambiguïté au sujet de l'objet et également de soi (cf. le souligné) ; la mère réapparaît comme un pivot dans cette situation. La passation Rorschach mène à une délicate confrontation à soi-même, l'objet altère les repérages identitaires.

■ Au Rorschach, on note une fragilité des limites contenant et la fragilité de l'enveloppe psychique corporelle. Les réponses anatomiques et celles portant directement sur le corps sont fréquentes (à Planches 2, 3, 6, 7, 8, 10). Des images d'altération corporelle sont fréquentes (7 fois sur 14 réponses ; exemple à Pl. 3 « *un robot mort qui saigne, non qui saigne pas* »), il y a trois actions subies entraînant une atteinte corporelle majeure et trois images où le corps ne peut être unitaire (en réponse anatomique). Lorsque le corps est entier, il présente souvent une bizarrerie qui lui donne une valeur dépréciée (4 fois sur 7 réponses A ou H, à Pl. 1, 3, 4, 6. Exemple à Pl. 4 « *un gros monstre avec*

une petite tête »). A l'enquête de Pl. 3 et 8, on relève deux images nettement plus positives que celles du protocole. Fondamentalement, l'unité du corps et la distinction entre les objets sont acquises, il n'y a pas de confusion de nature psychotique ; c'est plutôt la sécurité et la valeur des limites qui fait la problématique, l'enveloppe corporelle est singulièrement mise à l'épreuve.

■ On constate que la fréquence des représentations d'actions agressives et toniques n'est pas importante, il y a en effet peu de kinesthésies dans ce protocole, mais la qualité des réponses concernées soutient l'hypothèse de la représentation corporelle d'action (RCA). En effet, on observe que l'objet est soit en interaction réciproque agressive (ex : réponse de l'enquête aux limites de Pl. 3), soit atteint passivement par un agresseur non dénommé (à Pl. 3, 6, 7, 8) (*cf. l'objet menaçant* selon M. Berger, 1999). On remarque que les images où l'action est très énergétique (et/ou agressive) sont suivies de projections marquant une altération sensible d'élaboration symbolique (réponse anatomique et en F- à Pl. 6 et 10). La dynamique de la réponse à Pl. 2 (passation et enquête) semble montrer aussi la prégnance du registre corporel mettant en évidence une expérience subjective qui se rabat vers une représentation-chose, l'objet peut ici être mis en représentation mais avec beaucoup de difficultés et à la frontière du registre de la représentation-mot (réponse Sang unique à cette planche). La difficulté à constituer une représentation de soi progrédiente apparaît sur l'ensemble du protocole. L'excitation pulsionnelle agressive est projetée de façon crue sans possibilité de symbolisation suffisante (Pl.2 et 3). Une mauvaise gestion de la pulsion agressive induit ici une altération sensible de la mentalisation.

■ On peut appréhender la notion de RCA par un autre type de donnée qui est le comportement de Geoffrey au cours de l'épreuve. En effet, la rareté des réponses kinesthésiques trouve son contraire dans l'importance des actings-in et out, signes d'une impossible suspension de l'acte : le corps propre mobile vient suppléer les difficultés de symbolisation et permettre ainsi un repérage identitaire de ce qui est soi dans le jeu de l'aire projective. Le protocole de l'enfant paraît à première vue peu soumis au débordement émotionnel, les images sont surtout cadrées et contrôlées par la forme. Mais la formule du F+% montrent que la poussée affective est difficile à contrôler (les formules élargies évoquent un contrôle meilleur), et l'expression de l'imaginaire est problématique (R et K sont faibles ; réponses anatomiques nombreuses ; sensibilité à la dimension symbolique des planches très faible). Cela évoque aussi ce que P. Roman (1997a) nomme *les catastrophes de symbolisation*, c'est le processus de symbolisation qui semble en premier lieu être ponctuellement mais régulièrement en faillite, le pulsionnel réinvestit son énergie en direction du somatique à travers l'agir. Les agitations de l'enfant au début ou au milieu des planches sont très fréquentes, les retournements des planches sont très fréquents aussi et montrent combien le stimulus sollicite en premier lieu le corps propre de l'enfant

avant toute construction authentiquement psychique (voir surtout Pl. 2, 4, 7) ; autant dans les contenus que dans la forme de la passation on constate une sérieuse mise à l'épreuve de l'enveloppe corporelle.

■ Au total, on compte sur le protocole de Geoffrey pas moins de 51 changements de sens de la planche. On peut se demander s'il s'agit de retournements de l'objet Rorschach ou s'il s'agit d'une projection corporelle dans l'objet sensé recevoir et contenir les contenus de représentation ou s'organiser en fonction d'eux : la planche et sa tache bougent autant que le corps propre instable, la sensorialité de ce dernier "existerait" aussi pour l'autre. Il s'agit selon nous d'un indice clinique fort de la RCA, cette représentation de soi qui au final témoigne d'un corps fonctionnant comme un modèle pour les représentations psychiques. Du point de vue de la dynamique des réponses, on constate que la manipulation de la planche est nettement plus marquée au début d'une planche, comme si le matériel, par le choc qu'il induit et la métaphore corporelle qu'il figure, facilitait l'émergence de l'action corporelle. Cette action apparaît alors en écho à une image inconsciente de soi représentant du mouvement.

Geoffrey est soumis à des affects dépressifs qui émergent aux planches 1 et 5 au travers du déterminant achromatique C' et aux planches 3, 7, 8 et 10 au travers de la thématique de mort. Cette dynamique affective suggère la présence d'une menace de perte d'objet dépressiogène si l'on tient compte de la fragilité de l'instauration de l'objet et du lien objectal que les données cliniques et projectives mettent en évidence.

■ Deux autres types d'agir instable sont apparus dans la passation. D'abord, il y a des actings-out de pieds battus contre la chaise entre certaines planches qui montrent que l'ensemble du corps est dynamisé pour faire naître du mouvement en lieu et place d'une mentalisation. Ensuite, il est important de constater que les mimes de Geoffrey constituent une véritable figuration de l'objet, figuration par l'agir, par les proprioceptions (nous reconnaissons là encore une trace clinique de la RCA). Moins qu'une représentation en acte, on peut voir dans la qualité des réponses liées aux agirs que le corps de l'enfant constitue une partie de la réponse présentée au clinicien (si l'acte n'est pas, il n'est pas de réponse) : à la planche 1, la chauve-souris est perçue sans kan, mais c'est le mime du battement d'aile qui prolonge la projection de l'image du corps ; la représentation de soi est alors « active », il s'agit d'une représentation de soi corporelle d'action, à la fois en image et en mouvement. Il est également possible qu'à la Pl. 4 les comportements de l'enfant préfigurent l'image de la réponse qui suivra (monter sur le bureau et s'agiter avant de voir sur la tache un gros monstre).

En guise de conclusion pour cette vignette clinique, nous voudrions soutenir à nouveau l'intérêt de la méthode projective pour mener des investigations cliniques et de recherche sur

les fondements de la pensée dans la perspective corporelle et identitaire. Pour Geoffrey, à partir de tous ces éléments de bilan et d'observation, on peut constater les difficultés à fonctionner dans des espaces clairement identifiés, dans des désirs pleinement intégrés. L'importance de l'objet externe (jouets, comportements et modes de penser devant les épreuves, sollicitations au clinicien) se révèle être surtout une valeur perturbante pour l'enfant tout en lui étant indispensable pour la continuité de la vie psychique et du sentiment de sécurité. Ce paradoxe ou cette impasse reflète le caractère dysharmonique du développement de l'enfant instable. Une certaine lutte anti-dépressive apparaît à travers divers indices cliniques, le lien à l'objet est problématique, l'identité paraît fragile.

Ce chapitre d'analyse des données est maintenant achevé. Dans la dernière partie, celle des conclusions, nous présentons nos résultats pour répondre aux exigences scientifiques visant à préciser les hypothèses de travail (§1), et enfin nous énonçons des perspectives sur le plan de la recherche (théorie/méthodologie, §2) et sur le plan de la pratique (clinique/thérapeutique, §3).

**CONCLUSIONS
DE LA RECHERCHE.
Résultats et perspectives**

1. Résultats de la recherche.

Chaque hypothèse de travail est réévaluée à la lumière des analyses effectuées afin de parvenir à une synthèse des informations principales.

Nous pensons que nos données ont **confirmé H1** en tenant compte non pas d'une prédisposition somatique unique mais d'une problématique corporelle et interactive précoce, autant du point de vue infantile que parental. Nos deux sources de données (entretien-anamnèse et épreuve projective) sont contradictoires, mais les effets imaginaires projetés par l'enfant au test des Contes ont un poids si fort dans son fonctionnement psychique qu'il semble que des marqueurs somatiques de la naissance font partie des facteurs de risque de l'IPM.

Nous pensons que nos données ont **infirmer H2** si l'on considère que ce sont les effets précoces et spécifiques d'une dépression maternelle qui engendrent un tableau d'IPM ultérieurement. Il n'y a pas dans nos données de causalité linéaire entre la dépression maternelle précoce et l'instabilité. Mais H2 est soutenue en partie par l'importance des vécus de deuils difficiles dans l'histoire de vie de la mère, la perte d'objet constitue une problématique significative des mères d'enfant instables.

H3 est confirmée. Les enfants instables comparés aux témoins présentent au test projectif une réactivation de failles narcissiques plus intenses et des fantasmatiques impliquant plus de vécus de défauts sur le versant de l'objet primaire, la qualité de l'intériorisation d'un bon objet interne et le sentiment de continuité de soi sont altérés. C'est un défaut dans la relation intériorisée avec l'objet primaire qui émerge des analyses.

H4 est confirmée. L'activité de penser des enfants instables s'établit spécifiquement par le biais d'une représentation corporelle d'action stimulant l'agir et une représentation de soi altérée dans le lien à l'objet. Les marques de la liaison entre des indices sensoriels (stimuli Rorschach et vécus corporels pendant la passation) et une représentation-mot sont excessivement portées par la mobilisation motrice *i.e.* corporelle. La RCA décrit la représentation de soi chez ces enfants.

H5 est confirmée. Le processus de symbolisation et partant la mentalisation sont altérés et cela maintient la pensée de l'enfant instable plus proche de la sensorialité et du processus

psychique primaire. L'organisation profonde des agirs instables constitue un système privilégié pour traiter les excitations intra et intersubjectives. Gérer l'anxiété est difficile et ce débordement affectif est souvent prégnant, l'agir du corps semble être une voie privilégiée de décharge de l'angoisse.

H6 est confirmée. Le niveau de développement affectif est évalué chez les enfants instables à un statut préœdipien. Les dynamiques œdipiennes (désir, interdit, identification) ne permettent pas un positionnement harmonieux face aux images parentales et les relations imaginaires à chacune d'elles sont empreintes d'agressivité. Le profil dysharmonique du développement de ces enfants se confirme.

H7 est confirmée. Le potentiel de développement de l'enfant est altéré jusque dans les enjeux affectifs et relationnels inhérents à l'exercice de la motricité et aux désirs d'autonomisation du corps propre. L'imaginaire de la relation mère-enfant est restreint à une proximité ayant valeur de soumission infantile. Il s'agit d'un trouble de l'affirmation de l'individuation identitaire. Le corps mobile et le jeu sont deux dimensions qui paraissent manquer de maîtrises et d'investissements personnels, évoquant une difficile appropriation subjective de soi et des objets.

H8 est confirmée. La situation relationnelle des enfants instables avec l'image paternelle est marquée par une figure défaillante, aux plans réel et symbolique. Cette place paternelle est caractérisée par le manque et l'absence tant du côté de l'enfant que de celui de la mère ; implications familiales, communications, échanges éducatifs et affectifs sont perturbés.

H9 est confirmée. Le lien à l'enfant du côté maternel est constitué d'une prégnance narcissique posée sur les différentes formes de relation (congruence, maîtrise, agressivité, etc.). Ces relations se sont établies et se ré-établissent au travers d'une angoisse de perte d'objet ou en tout cas d'une nécessité pour la mère de maîtriser le lien intersubjectif. Les relations avec ses propres parents constituent des adhérences affectives qui limitent la connaissance des espaces propres de l'enfant et l'évolution du lien infanto-maternel au cours du développement.

H10 est confirmée. Les enfants instables projettent une fonction de pare-excitation maternelle altérée et vivent un effet de déstabilisation. L'élaboration mentale des excitations est problématique (cf. aussi H5), cela induit des débordements émotionnels. Les défauts dans l'intériorisation d'une mère suffisamment contenant implique un défaut dans la capacité à

gérer ses propres excitations. Les agirs instables sont ainsi inscrits dans un système pare-excitation défaillant.

L'instabilité est une entité complexe. Il est difficile de hiérarchiser les hypothèses confirmées tant elles sont en fait liées les unes aux autres pour décrire cette pathologie du développement. Cependant, il semble que trois observations soient des arguments majeurs de nos résultats : le processus d'une représentation de soi particulière (RCA) H4 ; une faille de mentalisation H5 ; un lien infanto-maternel problématique dans le cours du développement H7. Ils résument bien l'ensemble des données et peuvent être détaillés pour approfondir au plan clinique (avec les notions d'espace propre, de rythmicité corporelle et kinesthésique, de symbolisation primaire et secondaire, d'enveloppe psychique, de pare-excitation, d'individuation, etc.).

En sondant grâce aux contes l'imaginaire du lien mère-enfant, on a constaté que les premières séparations, naissance et sevrage oral, sont déjà difficiles avant l'époque d'autonomisation motrice et la castration anale. Le développement de l'enfant instable serait dans son ensemble inhérent à une difficulté importante d'individuation. Dans la théorie de F. Dolto (1984), il s'agirait d'un cumul de ratages des castrations ombilicale, orale et anale ; les séparations sont précocément problématiques, le destin de l'enfant est infléchi vers une problématique du lien. Une caractéristique centrale est retenue quelque soit le moment ontogénétique observé : il s'agit de la façon dont l'enfant vit son corps propre dans le lien à l'environnement.

A l'issue de notre travail, la perspective est de considérer l'instabilité psychomotrice infantile comme une dysharmonie développementale qui renvoie essentiellement les sujets à la difficulté de penser un espace de séparation. La question fondamentale est celle des espaces et des rythmes propres infantiles au sein des enveloppements somato-psychiques et cadres fournis d'abord par l'objet primaire et ensuite par les parents, de la naissance à la socialisation.

2. Aspects théoriques et méthodologiques.

Pistes de recherche théorique.

1– Nos motivations de recherche s’inscrivent dans ce que D.W. Winnicott nomme « *le vaste thème concernant le parcours qui conduira progressivement l’individu de la dépendance à l’indépendance* » (1971, p.208). Ce paradigme nécessite de poursuivre les recherches tant **il est encore difficile de décrire et expliquer le développement dysharmonique** en clinique infantile. Il nous paraît évident que c’est un travail de description fine des processus en jeu dans les faits cliniques qui permettra de se donner des outils pour comprendre les difficultés de développement d’un enfant. La notion de représentation de soi que nous soutenons largement (avec la RCA) est de nature développementale, elle est utile pour décrire la situation dans laquelle se trouve un enfant. En effet, cette représentation participe fortement à maintenir un sentiment de continuité d’exister, elle s’établit dans la continuité, mais elle bénéficie d’évolutions, de modifications mineures mais régulières tout au long du développement en synthétisant les expériences narcissiques et objectales et en intégrant toujours plus d’images de soi et de pensées. En ce sens, elle témoigne du processus d’individuation identitaire. La méthode projective est adaptée pour l’étudier.

2– Il serait important de reconduire notre méthodologie comparative, au-delà de l’IPM, avec d’autres enfants rencontrés en pédopsychiatrie et dont les difficultés relèvent aussi d’une dysharmonie de développement. Le but serait de rechercher des différences quant au processus de pensée entre corps et psychisme lorsque l’expression symptomatique est de nature différente. Cela permettrait d’affiner les hypothèses cliniques qui servent à théoriser le développement somato-psychique et identitaire, les phénomènes d’évolution infantile seraient mis en lumière selon plusieurs angles d’observation. La qualité de l’individuation identitaire serait à nouveau étudiée par la représentation de soi comme cela a été fait avec les enfants instables. On peut attendre que chez des enfants présentant par exemple une dysharmonie cognitive dominante (au sens de B. Gibello, 1984) on observerait une représentation de soi véhiculant une caractéristique majeure différente de celle des instables et **cela permettrait, par comparaison entre les groupes cliniques, de mieux décrire les implications du corps dans les troubles de développement.**

Par ailleurs, on sait que la démarche comparative a pour objectif l'étude des différences entre deux situations. Mais il serait également intéressant de réfléchir aux similitudes qui se présentent, afin d'améliorer les descriptions d'un patient particulier et aussi de retrouver au sein des variations cliniques des constantes des modes d'organisation psychopathologique, autant au niveau du fonctionnement corporel et intersubjectif qu'au niveau intrapsychique.

3– Si l'argument de la représentation corporelle d'action et du processus qu'elle constitue est suffisamment convaincant, nous pouvons maintenant moduler nos réflexions théoriques et proposer que **la RCA soit une entité normale pour toute psyché en développement et en fonctionnement**. L'enveloppe que le psychisme constitue pour le sujet est naturellement en grande partie fondée sur le mouvement corporel et les sensations inhérentes, il s'agit alors de parler d'une enveloppe motrice comme une des sources de représentation de soi. Ce qui spécifie l'IPM est le surinvestissement progressif d'une telle image de soi corporelle directement liée aux espaces propres infantiles, laquelle finit chez l'enfant de cinq ou six ans par être une représentation de soi dominante et stabilisée, ne se permettant que peu d'évolution, et devenant envahissante. L'hypothèse de la RCA a été proposée pour tenter de décrire des processus en jeu entre les sensorialités, les actions du corps et les espaces somato-psychiques vécus par l'enfant instable ; le tout étant inscrit dans le lien à l'objet maternel. Il s'agissait aussi d'insister sur l'envahissement par le mouvement corporel qui place l'enfant dans une problématique spécifique que l'environnement ne peut pas *a priori* reconnaître comme étant l'espace propre du sujet et va s'ingénier à vouloir réprimer ou modifier : en tant que représentation de soi, la RCA désigne cet espace. Des recherches futures devraient étudier chez l'enfant et l'adolescent les différentes problématiques de l'agir au travers de cette notion pour mieux décrire et définir la notion d'enveloppe motrice, ceci toujours dans la perspective d'étudier les organisateurs de la symbolisation.

4– L'intersubjectivité dans l'agir paraît fondamentale à prendre en compte, notre recherche montre que l'agir n'est pas indépendant des objets qui créent l'environnement de l'enfant. Afin de prolonger l'étude des troubles infantiles de la pensée et du comportement, il nous semble utile de suivre des pistes données par J.-M. Gauthier (1999b, p.63 ; 1999c, p.95) et que notre travail a tenté d'éclairer un peu pour l'enfant instable : Quel lien faire entre action et pensée ? Quels rapports peut-on formaliser entre les représentations du corps et celles de l'espace ? **C'est une perspective de psychologie clinique développementale qu'il est possible de promouvoir ici** (perspective potentiellement transdisciplinaire). Nos recherches nous

montrent que les représentations de soi émergent à partir des images du corps qui sont constituées grâce à un ancrage corporel et émotionnel du système de représentation psychique ; il s'agirait de ce que D. Anzieu définit comme la ligne allant du Moi-peau au Moi-pensant (1994, p.20 notamment) où toute pensée est pensée du corps : du corps propre et des autres corps.

Des travaux de recherche longitudinale et prospective dans le champ des dysharmonies de développement permettraient de poser une démarche de psychologie clinique développementale qui s'attacherait à décrire les modifications des fonctionnements somato-psychiques tout au long du développement de l'enfant. Au-delà de la psychopathologie freudienne, on serait obligé de prendre en compte les fondements de la pensée et du processus identitaire dont les transformations évolutives sont propres à l'enfance. Cette perspective serait utile notamment pour les actions préventives et thérapeutiques, elle faciliterait une approche multicentrique selon les socles somatique, neurobiologique, cognitif et affectif. La recherche longitudinale est longue et coûteuse quand il s'agit de méthode comparative de groupe mais elle a aussi l'avantage d'être plus proche de la recherche clinique fondée sur le cas, lequel demande naturellement un suivi long et minutieux des évolutions. À l'issue de notre travail de recherche, une piste s'ouvre quant à la notion de temporalité qui nous paraît renvoyer à une dimension incontournable en psychologie clinique de l'enfant, dans une perspective théorique ou méthodologique ou clinique.

5— Dans le champ clinique avec les enfants instables, nous avons constaté qu'à tout âge, ils s'orientent beaucoup vers les jeux basiques, souvent ceux des petits (3 ans) qu'ils réutilisent peu ou prou d'une manière plus évoluée mais ce n'est pas toujours le cas, l'intérêt pour le matériel de base y est manifeste. Nous avons pris l'habitude, en les voyant faire, de penser « qu'ils prennent encore les jeux clic-clac ou tic-toc ». Ces onomatopées dénomment les jeux qui présentent avant tout des dimensions simples et fondamentales de rythme, d'emboîtement, d'espace ou de position, de configuration, les cubes de couleurs et de tailles différentes, les puzzles géométriques, etc. Nous avons l'idée qu'après le temps et l'espace, il existe une troisième dimension majeure qui participerait à organiser l'identité de ces enfants : **il s'agit de la forme ou du format prototypique d'un objet**. La forme constitue autant une perception qu'une représentation de l'objet, elle appartient au réel et aussi à l'imaginaire. Les objets « clic-clac » et « tic-toc » sont des systèmes simples qui impliquent ou s'impliquent

dans des transformations et des configurations simples ; nos résultats de recherche éclairent en partie cela⁴⁷.

Quelques indices généraux en psychologie permettent d'étayer l'importance de la forme :

D. Anzieu (1987) a précisément théorisé les signifiants formels qui sont, en résumé, des applications de l'espace sur une forme prototypique ou une configuration (exemples de l'auteur : un axe vertical s'inverse ; un corps liquide s'écoule ; un gant se retourne ; une forme s'approche). Les différents tests cognitifs sondant les capacités à traiter les percepts sont largement portés sur la dimension formelle ; l'intelligence, *i.e.* la capacité intrinsèque à former et transformer des représentations, se trouve à sa source directement liée à la forme (la notion d'organisation perceptive ; les tests de Kohs ; les tests d'analogie dans les matrices de Raven sensés refléter un facteur général de l'intelligence ; au plan psychophysiologique : l'importance de la discrimination perceptive en vision binoculaire qui évoque la qualité d'identification et de reconnaissance de l'objet visuel, cet axe cognitif est des plus importants chez l'humain). Il y a aussi la GestaltPsychology qui s'inscrit avec la perception de l'espace et du temps dans le large courant de la psychologie expérimentale de la perception (la notion de *prégnance* dans cette théorie montre qu'avant le fait perceptif qui est mesurable il existe un phénomène plus profond et obscur concernant la forme). L'imaginaire du ruban de Möbius donne un exemple où l'espace et la forme sont les aspects princeps de l'objet. En neurophysio/psychologie, on peut trouver des travaux qui traitent du "face-cell", groupe de cellules cérébrales dont le fonctionnement supposé se spécialise chez le bébé dans le traitement des signaux liés aux formes et formats du visage de l'adulte. De plus, rappelons que le visage maternel constitue une forme-source de la prégnance de l'attachement, différentes disciplines de la psychologie ont étudié cette problématique (voir le paradigme du still-face). Enfin, comme dernier exemple, observons dans nos sociétés le Design qui renvoie l'adulte à l'importance de la forme, toujours à la limite de la perception et de la représentation où un trait tend à se délimiter et tend à évoquer une image potentielle ; design de formes qui évoquent le mouvement, la structure, l'objet et le sujet, le négatif et l'énigmatique, l'absence/présence, l'émotion forte ou subtile, le caractère (design automobile, ...).

Il pourrait être intéressant de poursuivre cette piste de recherche sur la forme ou le format prototypique afin de déterminer le rôle que l'espace y joue. A partir de là, on pourrait déterminer s'il existe une dimension particulière, probablement moins précoce et moins

⁴⁷. En effet, les données Rorschach des enfants instables montrent d'une part l'importance du contrôle formel pour délimiter l'objet et d'autre part l'importance de la dialectique entier/altéré sur les objets, cela mettant en exergue l'allure ou l'apparence du corps de l'objet (les images sont d'abord unitaires mais soumises souvent à une altération soit de l'enveloppe [bêtes écrasées ou coupées] soit de l'état [bêtes mortes ou inertes]).

basique que la rythmicité et l'espace, mais également importante dans le processus du développement de la pensée, tant au plan des organisateurs de la symbolisation qu'à celui plus large de la cognition. La notion de dysharmonie cognitive (au sens de B. Gibello, 1984) pourrait constituer un point de départ de recherche. De façon plus générale, l'observation des petits enfants ou des enfants présentant des troubles envahissants du développement (notamment l'autisme) permettraient de décrire les premiers rapports du sujet aux objets-jouets basiques et les premiers modèles de comportements interactifs (les travaux de D. Stern seraient un des points de départ).

Critiques et réflexions méthodologiques.

1– En premier lieu, nous voulons signaler que les recueils de données ont été très **intéressants et informatifs mais aussi qu'ils ont été difficiles**, parfois très difficiles. Notamment avec les enfants lors des passations du test des contes qui est long et demande une attention et une implication assez importante. Il y avait quelquefois pour l'enfant une situation artificielle mettant en avant malgré lui ses difficultés de comportement et d'attention. D'autant plus que le motif d'instabilité lors de sa venue au service faisait peser sur lui une observation ou une demande implicite qui le désignait directement. Les implications affectives demandées aux parents ont été aussi importantes et il est apparu rapidement que cela n'était pas du tout évident pour certains sujets. Même s'ils avaient fait le choix de participer à la recherche et d'approfondir le bilan psychologique autour de la question de l'instabilité, un premier travail de verbalisation et d'explicitation nécessitait de leur part bien plus qu'un simple accord de coopération.

2– Le travail que nous demandions de réaliser aux mères d'enfants instables en s'impliquant dans l'histoire de l'instabilité et l'histoire du lien mère-enfant s'est donc révélé quelquefois trop difficile : la déperdition des cas dans le groupe d'étude parental s'explique par cette difficulté du travail psychologique à mener sous-couvert de la recherche. La plupart des parents étaient d'accord pour que l'enfant effectue le bilan technique (tests, échelles, jeux et entretiens) mais les ruptures dans la collaboration advenaient lorsqu'il s'agissait d'ouvrir les questionnements sur leurs liens intersubjectifs. En général, c'est après le bilan que les sujets voulaient arrêter. Cela nous montre la difficulté à vouloir appliquer systématiquement un protocole de recherche à des sujets en souffrance qui répondent difficilement à un

approfondissement trop rapide, ce qui leur est bien légitime. **Le clinicien-chercheur doit d'abord respecter et penser les temps et les rythmes qui sont ceux de ses patients.**

3– Le groupe d'enfants instables constitué pour notre travail ne peut être considéré comme un échantillon représentatif des enfants instables pour la raison suivante : afin d'obtenir des profils cliniques les plus proches des descriptions sémiologiques de l'IPM, nous avons tout au long de notre récolte de données sélectionné les sujets pour ne conserver que ceux dont nous n'avions pas de doute quant au diagnostic et à la profondeur de l'histoire de l'instabilité, et il y avait aussi les critères méthodologiques de constitution des groupes à respecter. Ainsi, nous avons constitué un groupe très homogène (ce qui explique la fréquence des données convergentes et de bonne qualité) mais qui a négligé certains aspects (par exemple des données démographiques ou sociologiques). **Homogène pour favoriser les comparaisons avec les sujets témoins, le groupe d'étude n'est pas forcément un échantillon représentatif des enfants instables de la pédopsychiatrie.**

4– Au niveau du plan de recherche, le choix d'une démarche comparative reste à discuter même si celle-ci a été justifiée par ailleurs et mérite d'être développée en tant que méthode de recherche clinique. Il nous semble qu'une démarche par groupe est utile pour dégager des dimensions à étudier plus finement ultérieurement lors d'une autre phase de recherche sur la problématique et en faisant appel à des réflexions cliniques orientées vers le cas singulier. En outre, si le travail est moins innovant avec des groupes, il apporte cependant un bon moyen de valider des hypothèses qui ne l'étaient pas bien que sous-tendues par les faits cliniques et de repérer ultérieurement des constantes dans les trajectoires singulières. Par exemple, au cours de notre recherche nous avons pu donner des précisions sur les grandes lignes du fonctionnement psychique des enfants s'inscrivant dans le champ clinique large des dysharmonies de développement : le monde imaginaire de ces enfants n'est pas vide mais il est plus pauvre que chez des enfants témoins normaux, il est altéré dans son fonctionnement par une mobilisation corporelle très singulière et une difficulté à mettre en représentations certains ressentis affectifs, ce que l'on peut nommer finalement trouble de mentalisation. **La possibilité de généraliser reste le principal intérêt de la méthode comparative de groupe mais la richesse de la clinique demande à un moment ou un autre à s'exprimer.** D. Widlöcher (1995, p.30) rappelle que la différence entre une recherche sur le cas et une autre sur le groupe concerne moins la méthode que le niveau d'observation, l'objectif de la recherche étant de stimuler de nouvelles hypothèses cliniques.

5– Notre recherche a pris comme axe méthodologique majeur la méthode projective puisque nous voulions donner des informations précises sur les fonctionnements psychiques des enfants instables. **Les entretiens auraient pu être utilisés avec plus d’approfondissements** car il s’agit bien d’un des outils les plus féconds de notre pratique. Mais autant que les épreuves projectives, le travail d’élucidation et d’analyse (de la dynamique et du contenu) des entretiens constitue un axe méthodologique majeur de la recherche clinique, le travail de N. Jeammet (1995) l’explique bien. Il s’avérerait pour nous trop difficile de mettre en œuvre deux axes méthodologiques de cette ampleur, le poids de notre plan de recherche nous semblait déjà lourd pour ne pas complexifier davantage le travail. La recherche clinique est vivante, elle reprend des pistes et manques laissés antérieurement, particulièrement sous la forme de réflexions épistémologiques et méthodologiques ; il conviendra de poursuivre notre travail sur ce thème en se concentrant sur le cas singulier et en usant largement de l’analyse des contenus d’entretiens, de séances, de rencontres... sans craindre de discuter les premières écritures.

6– Il nous est apparu **une difficulté pour sonder les pare-excitations infantiles avec le Rorschach**. Les critères classiques (F%, ΣC , RC%, qualité de l’objet) n’étaient pas assez spécifiques si l’on retient l’intérêt de mettre en lien cette fonction de pare-excitation précisément avec l’image maternelle. Au-delà de l’évaluation des capacités fonctionnelles de pare-excitation, il s’agirait d’étudier les mises en place précises des organisateurs somato-psychiques impliqués dans les enveloppements et les contenances psychiques. Il serait utile de formaliser des indicateurs Rorschach en clinique infantile qui tiendraient compte des avancées théorico-cliniques dans le champ conceptuel des enveloppes psychiques et de l’espace psychique:

- Les contenus latents des planches 1 et 9 (voire 7) sont habituellement considérés comme visant la mère archaïque (Rausch de Trautenberg et Boizou, 1977), il y a probablement là un premier lieu dans lequel insérer des indicateurs nouveaux et plus précis.
- Un de ces indicateurs pourrait être extrait des travaux de P. Roman (2001b) qui propose une piste pour observer le processus d’enveloppement psychique dans l’épreuve projective : la notion *d’enveloppe maternelle primitive* formulée par l’auteur nous paraît porter une ouverture méthodologique riche pour relier l’étude des organisateurs de la symbolisation à celle de la fonction contenante, avec comme fond théorique la question de l’espace psychique et de sa rythmicité.

- Un autre indicateur, en lien avec le précédent, pourrait résider dans le repérage à chaque planche des mobilisations motrices (notamment les retournements de planches [$\wedge$ $v > <$] qui n'ont jamais été étudiés de façon spécifique au Rorschach) et dont on a constaté chez les enfants instables qu'elles s'inscrivent parmi les organisateurs du processus de symbolisation.

Il nous semble utile d'enrichir la méthode projective, notamment Rorschach, de procédures nouvelles qui exploitent directement les richesses des concepts psychodynamiques récents, ceci afin de développer des axes de recherche fondamentale sur les processus psychiques. Le processus de symbolisation chez l'enfant est déjà un paradigme scientifique en psychologie clinique auquel nous adhérons.

3. Aspects cliniques et thérapeutiques.

Réflexions dans le champ clinique.

1— Notre recherche a montré que l'instabilité psychomotrice infantile concerne la construction et surtout l'affirmation de l'identité. Le travail clinique en pédopsychiatrie devrait toujours tenir compte de la difficulté de développement face à ce problème si fréquent qui implique les parents, les médecins, l'école et finalement le groupe social. Il est vrai malheureusement que la charge de travail des psychologues et pédopsychiatres dans les services conduit parfois une famille à n'avoir qu'une discussion unique avec un pédiatre ou un médecin généraliste, l'écueil est alors le projet de suppression du symptôme. La chimiothérapie est d'un usage utile pour aider l'enfant à retrouver ponctuellement un fonctionnement valorisant, dans le champ scolaire essentiellement ; noter que l'usage de la Ritaline® est à l'origine prévu dans ce sens, avec une fonction de remédiation d'un trouble spécifique de l'attention altérant directement le fonctionnement scolaire⁴⁸. Les excès sont à mettre sur le compte d'un renoncement à comprendre le trouble psychopathologique de l'enfant. Nous pensons qu'il incombe aux spécialistes, cliniciens et chercheurs de la

⁴⁸. Nous avons eu que rarement un diagnostic de trouble spécifique de l'attention lors du bilan psychologique avec les enfants instables, la référence critérielle systématique à cette dimension « trouble d'attention/hyperactivité » nous paraît abusive. Une recherche de groupe menée précisément sur cette problématique par D. Petot (1999) confirme notre observation et produit la même critique.

pédopsychiatrie, d'informer leurs confrères et collègues et d'être disponibles pour les discussions et réflexions.

2– Nous considérons l'instabilité comme une forme de retrait, non pas un retrait dépressif manifeste mais un *retrait relationnel* tout de même (dans le sens de A. Guedeney, 1999) *i.e.* une limitation importante que l'enfant vit dans le cours dynamique de son développement, dans le lien d'attachement, et qui induit plus loin le risque délétère d'une dysharmonie de développement. Il nous paraît indispensable de ne jamais négliger l'instabilité motrice et psychique chez un enfant même si elle ne perturbe pas l'environnement du sujet et que personne ne s'en plaint. Notre expérience clinique nous montre que ces enfants sont toujours en souffrance, il leur est d'ailleurs particulier de la cacher adroitement, l'agir s'exprimant avant l'affect (peut-être est-ce cela qui a amené des auteurs à expliquer l'instabilité motrice uniquement comme une défense maniaque). Le travail clinique en service de pédopsychiatrie nous confronte quotidiennement aux troubles dysharmoniques du développement, qu'ils s'expriment particulièrement par la sphère intellectuelle, instrumentale ou plus spécifiquement cognitive ou encore celle des émotions et de la vie affective ou encore du comportement et du caractère. La plupart des enfants que nous rencontrons sont en peine pour grandir, prendre plaisir à penser, à jouer, dessiner, inventer, ils se sentent seuls mais ne se dépriment pas vraiment, ils sont congruents mais ont généralement aussi des difficultés relationnelles avec leurs proches ou les pairs, ils sont opposants et agressifs sans raisons, etc. Leur difficulté à dessiner est tout à fait typique, la trace graphique et l'imaginaire qui la supporte sont des entités qui sont quasiment niées par les enfants ; jouer et imaginer nécessite plus de mouvement et des objets plus solides/déjà créés. Le psychologue clinicien est relativement démuni devant ces troubles qui mettent en avant les espaces de représentation mais surtout le corps, son fonctionnement biologique parfois et souvent ses corollaires psychomoteurs.

Ainsi, **penser les pathologies du développement** relève assurément d'un défi et d'un enjeu pour l'avenir de la thérapeutique en pédopsychiatrie, la recherche en psychologie clinique peut et doit participer à cette entreprise à partir d'arguments théorico-cliniques de plus en plus précis : d'une part l'utilisation de théories et concepts prenant en compte le corps de l'enfant (Gauthier, 1993, 1999c), et d'autre part l'utilisation des épreuves projectives (notamment le Rorschach) pour l'étude du processus de symbolisation, constitueraient un moyen pertinent pour mieux décrire les troubles dysharmoniques du développement ; il y a assurément de nombreuses pistes de recherche clinique à développer dans ce champ de la pédopsychiatrie.

3— D'un point de vue pratique, avec les enfants instables, pouvons-nous proposer dans le domaine des suivis psychothérapiques une méthode faisant intervenir le corps ? Cette question est plus compliquée qu'elle n'y paraît, il est en effet difficile de donner un modèle qui permettrait de faire une synthèse unitaire des différents paramètres impliqués dans le trouble infantile. Nous pensons que le psychologue clinicien de l'enfant devrait maintenir comme à l'habitude une écoute attentive des signes et discours des sujets afin de pouvoir les accueillir (puisque l'on a vu l'importance de l'intersubjectivité jusque dans le moment de la consultation), accueil qui figure un premier repère neutre et disponible pour chacun. Le psychologue devrait en plus toujours penser que les choses qui se présentent doivent être comprises selon l'axe développemental et selon les interactions mère-enfant, dans une perspective historique motivée à prendre en compte le(s) corps. Il y a alors nécessité de réviser pour une part les épistémologies classiques afin de pouvoir proposer à notre réflexion de nouvelles hypothèses cliniques. L'intérêt de prendre l'espace, le temps et le mode de lien à l'objet comme des axes principaux dans le bilan et les investigations se révèle par quelques éléments :

D'abord, avec les enfants instables, il faut avant tout pouvoir laisser suffisamment de mouvement et de tension somatique occuper l'espace de la rencontre. Nous avons souvent le sentiment que pour ces enfants, venir en séance est un acte particulier, un agir au sens d'agir une distance (avec la mère en dehors de la séance ?) : dans un langage théorique on pourrait dire un acte définissant un espace propre, il est important alors de leur laisser la liberté de constituer les choses avec leur sensibilité. Ceux pour qui nous ne ressentons pas cela sont les cas qui sont les plus difficiles et de moins bonne évolution (plus de recul serait toutefois nécessaire pour l'affirmer). Ensuite, lorsque nous rencontrons chaque semaine un enfant instable, séance après séance, cela tend souvent à nous confronter à l'usure, au sentiment d'être fatigué par son énergie débordante dont nous voyons par ailleurs qu'elle masque un trou béant dans le processus de symbolisation. La mise en scène de personnages, les dessins et peintures, les constructions se font souvent de façon atypique et il est nécessaire pour nous de bien suivre ces dynamiques pour mieux comprendre dans quel type de contact sujet-objet l'enfant vit, dans quel type d'espace les liens s'exercent, sur quelle logique (spatiale, temporelle, émotionnelle) reposent les histoires, etc. Ainsi, quand la nuit est dix fois plus longue que le jour nous devons l'apprendre comme ça avec untel ; si les maisons dessinées d'un autre ne doivent pas avoir de porte ni de fenêtre, nous suivons aussi ces entités singulières ; si nous devons dessiner avec celui-ci de la même façon et toujours la même chose jusqu'à ce qu'il arrive à être original et ennuyé de cette spécularité, et bien nous dessinons longuement et

selon les injonctions de cadres qu'il nous pose dans la séance ; si celui-là s'inquiète et pense que le contenu de la séance est connu par sa mère, alors nous prenons le temps de se voir tous ensemble pour qu'il constate que sa mère n'a pas ce contenu même si dans son esprit elle est tellement avec nous deux : l'espace de représentation de l'enfant est alors mis en exergue par l'entrevue commune car des distinctions se posent entre son espace de pensée, le notre, celui de sa mère et l'espace de la séance. Nous voulons aussi dire ici que nous sommes soumis à agir nous-même avec ces enfants parce qu'il existe une continuité entre les vécus, les expériences, les actions agies et vues, et les espaces de représentation ; la pensée n'est pas indépendante de la réalité des places et états des corps (propre et celui de l'autre), nos propres actes ne sont pas seulement des effets symptomatiques de l'instabilité, ils sont aussi des éléments de la communication et du lien avec l'enfant. *L'intersubjectivité de l'agir* est en question selon nous, elle peut être une énigme pour le clinicien, il s'agit de comprendre comment y entrer et là communiquer.

Chaque enfant va présenter une formule singulière de ses liens objectaux, de ses investissements narcissiques, de ses représentations de la séparation et des espaces. **Le travail thérapeutique concerne beaucoup l'attention et la compréhension sans a priori que nous portons aux formes de la pensée de l'enfant.** J. Ménéchal (2001) et M. Berger (2002) ont déjà observé qu'il est nécessaire au clinicien de rester particulièrement attentif à l'enfant instable pour pouvoir être vraiment avec lui, pour jouer avec lui, de telle sorte qu'il puisse peu à peu jouer avec l'autre. Ainsi, plus que dans toute autre situation psychothérapique, le clinicien doit assurer à la fois une position de neutralité et une présence confirmée.

Perspectives de prévention clinique.

Au terme d'une recherche clinique sur l'instabilité, il est nécessaire de discuter de la prévention de ce trouble si fréquent en consultation de pédopsychiatrie ; d'autant plus que la perspective préventive constitue un axe majeur d'activité et de recherche pour l'équipe d'accueil de notre thèse de doctorat (de Tychev et Dollander, 2002).

1– Les données issues de nos groupes d'étude montrent qu'un facteur de risque important mais difficile à objectiver repose sur les avatars vécus par la mère soit dans son histoire personnelle (événements douloureux ou relations parents-enfant douloureuses) soit dans l'histoire du lien avec son enfant devenu instable. La dépression maternelle n'apparaît pas comme facteur causal d'une dysharmonie développementale aboutissant spécifiquement à

l'IPM mais il est probable que le mode dominant de relation d'objet chez la mère lorsqu'il est du registre anaclitique ou narcissique favorise grandement des troubles dans l'autonomisation infantile. Un fait clinique majeur ici est le manque paternel pour l'enfant qui serait autant une conséquence qu'un facteur favorisant l'isolement infanto-maternel. Travailler avec le père en pédopsychiatrie est parfois difficile et cela se présente fréquemment comme un enjeu de la consultation.

2— Notre étude montre qu'un autre facteur de risque important dans l'apparition et la pérennisation de l'instabilité psychomotrice réside dans le fait d'être un garçon et d'être l'aîné ; on pourrait ajouter que la plainte spécifique d'une mère au sujet de son fils aîné génère un risque supplémentaire. Si une mère se plaint d'une façon ou d'une autre de son garçon à travers l'apprentissage de la marche, de l'action du corps ou au travers d'une problématique d'autonomisation, le clinicien devrait s'intéresser à la façon dont le corps mobile de l'enfant se représente chez les parents (chez la mère en particulier) et à la façon dont l'enfant imagine les espaces et les contenants maternels (parentaux). Nous pensons que très souvent les premières demandes ou plaintes parentales concernent spécifiquement ce qui leur échappe profondément.

3— Dans une optique de **prévention primaire**, le clinicien pourrait développer très précocément avec les sujets un espace de parole et de relation où les enjeux actuels pourraient déjà être élucidés, sous forme d'une guidance psychothérapique (entretiens réguliers mais espacés avec parents et enfant) laquelle laisse aux patients un espace propre suffisamment large à développer et pose un rythme souple dans un tissu singulier d'échanges. Le principe consisterait là à parler et à observer ensemble les petits indices qui visent les premiers repères d'individuation et de construction des contenants/contenus de pensée et dont on peut dire qu'ils concernent l'harmonie du développement (par exemple : la mise en place instrumentale puis conceptuelle du langage oral ; les intégrations psychomotrices [grandes motricités et premières motricités fines, les patterns de contact d'approche/évitement dans les déambulations, etc.] ; la qualité des déambulations selon l'axe plaisir-déplaisir ; le partage affectif avec les proches et avec les étrangers ; etc.). Il serait important pour le clinicien de ne pas négliger la liaison étroite entre l'autonomisation infantile et la représentation parentale du corps de l'enfant, de ses rythmes et espaces individuels. Ainsi, on écouterait un parent parler du corps de son enfant et des liens qui s'y posent puisqu'il évoque par-là même le processus d'autonomisation. J.-M. Gauthier (1999a, p.139) évoque précisément *l'histoire du corps* qui doit être décrite, entendue, interprétée au-delà du conflit psychodynamique et des contenus fantasmatiques.

À plus grande envergure, un travail d'information et de réflexion avec les professionnels de la petite enfance (éducateurs, instituteurs, personnels de PMI, praticiens libéraux, etc.) et avec les parents (à l'occasion de réunions associatives, par le biais des médias [presse, TV, Web], etc.) et aussi avec les professionnels en formation dans le champ santé-social permettrait sûrement de lutter contre les complications relationnelles et éducatives qui émergent autour d'un jeune enfant chez qui est évoqué à tort l'hyperactivité/instabilité. Le terme « hyperactif » est entré dans le vocabulaire courant des adultes à l'école et la notion de trouble de l'attention réintroduite avec force par le DSM 4 (1994) permet d'établir un lien direct avec des difficultés d'apprentissage. Nous avons constaté, lors de discussions en équipe éducative⁴⁹, que des enseignants ou éducateurs effectuent un usage erroné du diagnostic d'IPM et surtout ont une idée erronée du développement psychomoteur infantile jusqu'à cinq ans : cela entraîne souvent des attentes et des exigences excessives ou mal adaptées envers certains enfants qui présentent une petite difficulté à suivre les consignes et le groupe-classe ; le risque majeur ici est de sur-conflictualiser des situations et de dépasser rapidement les capacités d'organisation et d'adaptation de l'enfant ; on retrouve probablement là aussi, entre l'enfant et l'adulte, des enjeux non conscients quant aux rythmes et espaces propres. Nous avons constaté également, lors de la première consultation avec des parents se posant la question de l'instabilité chez un enfant jeune (autour de trois ans), que certains adultes ont besoin de parler de ce qui est normal ou pas chez un enfant dans son développement psychomoteur (surtout quand il s'agit d'un premier enfant). Ces parents viennent en fait s'informer et évaluer avec l'aide d'un professionnel le risque s'il existe mais surtout ils viennent discuter pour modérer leurs inquiétudes ou celles de l'adresseur s'il y en a un (l'école notamment). Il nous semble que les psychologues et psychiatres de la pédopsychiatrie ont une responsabilité précise d'information envers leurs interlocuteurs.

4— Dans une optique de prévention secondaire visant à limiter des troubles qui inquiètent déjà ou à aider à réorganiser les liens intersubjectifs, on reprendrait le principe énoncé ci-dessus mais en adoptant une démarche plus approfondie et précise. Le clinicien consulté pourrait travailler en entretiens parents-enfant sur les notions les plus basiques qui émergent dans la situation (par exemple on ajoutera une focalisation sur : l'encadrement et le regard

⁴⁹. Il s'agit d'une réunion se tenant dans l'école, la plupart du temps provoquée par l'enseignant qui demande de l'aide, et regroupant les professionnels qui s'occupent d'un enfant en difficulté de développement. En général, cela concerne l'école, les personnes du service de pédopsychiatrie qui travaillent avec l'enfant, l'éducateur ou le médecin de PMI s'il y a un suivi de protection sociale. L'objectif est alors de faire la synthèse des difficultés et des évolutions de l'enfant pour organiser au mieux le suivi pluridisciplinaire ; dans ce type de travail, l'école pose souvent la question de l'orientation ; il y a assurément des enjeux institutionnels lors de ces réunions d'équipe éducative.

sur le corps/agir de l'enfant qu'ont les parents ou l'un d'eux ; les échanges entre les générations grands-parents/parents et grands-parents/enfant ; etc.). De plus, il s'agirait de proposer la mise en place d'entretiens individuels avec l'enfant pour lui proposer un espace malléable où pourront se développer et s'exprimer les repères des rythmes propres et les repérages de la place de l'objet et de ses rythmes. Un bureau suffisamment spacieux, quelques objets malléables, quelques objets supports d'identifications, la possibilité de laisser s'exprimer le corps en mouvement et de parler du(des) corps sont des outils simples et disponibles, utiles à l'enfant pour vivre une certaine appropriation de l'espace et du moment de la rencontre. Un travail à visée psychothérapique paraît indispensable lorsque les troubles ont émergé, la seule chimiothérapie ne suffit pas pour aider l'enfant à trouver ses propres espaces dans le monde et dans le lien à l'objet maternel, à trouver une bonne estime de soi et le désir de progresser. L'usage de la Ritaline® paraît utile pour limiter les échecs et rejets de l'enfant instable en accompagnant les évolutions psychologiques, notamment à l'école dont on sait qu'elle représente un petit monde d'une grande importance pour un enfant qui se confronte à lui-même, à ses pairs et à des adultes.

Les bilans psychologiques effectués pour un motif d'IPM devraient toujours prendre en compte la qualité du processus de symbolisation grâce à l'usage d'épreuves projectives. Cela permettrait de discuter des capacités de mentalisation (eu égard à l'âge) et ainsi d'aider à proposer la meilleure prise en charge possible selon les singularités somato-psychiques de l'enfant (un groupe d'accueil sous forme d'atelier et/ou une thérapie psychomotrice, une psychothérapie, l'usage d'une chimiothérapie symptomatique, une thérapie familiale, etc.). Le bilan est très souvent un prétexte, une porte d'entrée dans une discussion approfondie avec les parents et l'enfant, et il y a à ce niveau un travail de préparation d'un éventuel suivi psychothérapique ou institutionnel. Ce bilan psychologique est un outil très utile au diagnostic, à l'évaluation et à la compréhension du développement, et à l'ouverture d'espaces de parole et de réflexion.

Les psychologues de la petite enfance ont sans aucun doute une place importante à tenir dans la prévention de ces difficultés de développement qui émergent sous le signe de l'instabilité psychomotrice infantile. D'un point de vue plus général, il nous semble que la prévention est une question de tous les instants, appelant les praticiens et leurs instances de tutelle à investir des moyens pour réaliser ce type de mission.

La recherche clinique en psychopathologie est un travail passionnant, difficile, utile à n'en pas douter, déjà pour celui qui se forme par la recherche en questionnant ses pratiques et ses épistémologies.

BIBLIOGRAPHIE

- ABECASSIS J. et BELLION M. (1998). Psychodynamique familiale et hyperkinésie infantile, *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 46, 9, 447-458.
- ABIKOFF R., RUTTER M. et SMITH A. (1985). Hyperactive children treated with stimulants, *Arch. Gen. Psychiatr.*, 42, 10, 953-961.
- ABRAHAM K. (1924). Esquisse d'une histoire du développement de la libido, in *Œuvres complètes, tome I*. Paris, Payot, 1966.
- ADRIAN V. (2001). Hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent : quel devenir ?, *Nervure*, 14, 4, 43-50.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *DSM 4 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, Masson, 1996 pour la traduction française.
- A.N.A.E. (*Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*) (1999). Numéro spécial « Hyperactivité », n°53-54.
- ANZIEU D. (1985). *Le moi-peau*. Paris, Dunod.
- ANZIEU D. (1987). Les signifiants formels et le moi-peau, in *Les enveloppes psychiques* (D. Anzieu Ed.), 1-22. Paris, Dunod.
- ANZIEU D. et coll. (1993). *Les contenants de pensée*. Paris, Dunod.
- ANZIEU D. (1994a). *Le penser. Du moi-peau au moi-pensant*. Paris, Dunod.
- ANZIEU D. (1994b). Pour introduire au travail de la pensée, in *L'activité de la pensée. Emergences et troubles* (D. Anzieu Ed.), 1-9. Paris, Dunod.
- ARNOLD L.E. (1996). Sex differences in ADHD, *J. Abnorm. Psychology*, 24, 555-569.
- AUGUST G. et coll. (1999). Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38, 1262-1270.
- BARANDE I. (1995). La perception est kinesthésie, le verbe est action, *Revue française de psychanalyse*, 59, 2, 367-377.

- BARKLEY R.A. (1981). *Hyperactive children : a handbook for diagnosis and treatment*. New York, The Guildford Press.
- BARKLEY R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions : constructing a unifying theory of ADHD, *Psychological Bulletin*, 121, 1, 65-94.
- BAVING L. et coll. (1999). Atypical frontal brain activation in ADHD : preschool and elementary school boys and girls, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38, 1363-1371.
- BEIZMANN C. (1974). *Le Rorschach de l'enfant à l'adulte, étude génétique et clinique*. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.
- BELLION M. (1998). *Les troubles relationnels chez l'enfant hyperkinétique*. Thèse de Doctorat en psychologie, Université Strasbourg 1, 1998.
- BERGER M. (1992). *Les troubles du développement cognitif*. Toulouse, Privat.
- BERGER M. (1999). *L'enfant instable. Approche clinique et thérapeutique*. Paris, Dunod.
- BERGER M. (2002). L'enfant soumis à trop d'autorité. Une des origines de l'instabilité psychomotrice, *Groupal* (à paraître).
- BERGERET J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Paris, Dunod, 1985.
- BERGERET J.(1995). L'analité et la maîtrise, *Revue française de psychanalyse*, 59, 3, 659-682.
- BERGERET J. et coll. (1986). *Narcissisme et états-limites*. Paris-Montréal, Dunod-Presses Universitaires de Montréal.
- BERGES J. (1995). Les troubles psychomoteurs chez l'enfant, in *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé Eds.), tome 2, 1571-1590. Paris, PUF.
- BERGES J., LANG J.-L. et coll. (1975). L'enfant hyperactif (débat avec J. Bergès, N. Dopchie, C. Koupernik et R. McKeith), *Revue de Neuropsychiatrie infantile*, 23, 10-11, 689-700.
- BICK E. (1968). L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces, in *Exploration dans le monde de l'autisme* (D. Meltzer et coll.), 240-244. Paris, Payot, 1975.
- BIEDERMAN J. et coll. (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM III Attention Deficit Disorder, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 29, 526-533.
- BIEDERMAN J. et coll. (1991a). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders, *Am. J. Psychiatry*, 148, 564-577.

- BIEDERMAN J. et coll. (1991b). Evidence of familial association between attention deficit disorder and major affective disorders, *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, 7, 633-642.
- BIEDERMAN J. et coll. (1995). Family–environment risk factors for ADHD, *Arch. Gen. Psychiatry*, 52, 6, 464-470.
- BIEDERMAN J. et coll. (1996). Is childhood Oppositional Defiant Disorder a precursor to adolescent Conduct Disorder ? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35, 9, 1193-1204.
- BLANCHON Y.-C., BOURGEOIS F. et GRENIER M.-P. (1992). Le retentissement sur l'enfant de la dépression maternelle dans le post-partum, *Psychologie médicale*, 24, 1, 63-67.
- BLOMART J. (1990). *Le Rorschach appliqué aux enfants et aux adolescents. Evolution et étude statistique des réponses en fonction des facteurs âge, sexe et QI*. Bruxelles, Publications du service de psychologie différentielle de l'Université Libre de Bruxelles.
- BLOMART J. (1998). *Le Rorschach chez l'enfant et l'adolescent : étude génétique et liste de cotation des formes*. Paris, EAP.
- BOURGUIGNON O. (1995). Le processus de recherche, in *La recherche clinique en psychopathologie* (O. Bourguignon et M. Bydlowski Eds.), 35-51. Paris, PUF.
- BOUVARD M. (1996). Hyperactivité chez l'enfant, *Thérapsy*, 2, 4, 10-12.
- BULLINGER A. (1989). La formation d'actions motrices chez l'enfant, aspects sensorimoteurs, in *Développement et fonctionnements cognitifs chez l'enfant. Des modèles généraux aux modèles locaux* (G. Netchine-Grynberg Ed.), 155-163. Paris, PUF.
- BULLINGER A. (1997). Cognition et corps, *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 45, 11-12, 652-657.
- CALZA A. et CONTANT M. (1989). *L'unité psychosomatique en psychomotricité*. Paris, Masson.
- CALZA A. et CONTANT M. (1993). *Psychomotricité*. Paris, Masson.
- CANTWELL D.P. (1976). Genetic factors in the hyperkinetic syndrom, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 15, 2, 214-223.
- CANTWELL D.P. (1996). Attention deficit disorder : a review of the past 10 years, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35, 8, 978-987.
- CARTE E.T. et coll. (1996). Neuropsychological functioning, motor speed and language processing in boys with and without ADHD, *Journal of Abnormal Child Psychological*, 24, 4, 481-498.

- CASSIERS L. (1968). *Le psychopathe délinquant*. Bruxelles, Dessart Mardaga.
- CHABERT C. (1987). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris, Dunod.
- CHABERT C. (1995). Contribution des méthodes projectives dans la recherche en psychologie clinique et en psychopathologie, in *La recherche clinique en psychopathologie* (O. Bourguignon et M. Bydlowski Eds.), 93-110. Paris, PUF.
- CHABERT C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris, Dunod.
- CHABERT C. et RAUSCH DE TRAUBENBERG N. (1982). Test de projection de la personnalité de l'enfant, *Encyclopédie Médico Chirurgicale*, 37190, B10, 2-1982, 15 pages.
- CLAUDON Ph. (1998). Dynamique psychique de l'agir dans l'instabilité psychomotrice infantile, *Bulletin de psychologie*, 51, 436, 449-459.
- CLAUDON Ph. (2001a). Instabilité psychomotrice infantile et pathologie du lien, *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 49, 3, 200-210.
- CLAUDON Ph. (2001b). L'instabilité psychomotrice infantile, une pensée en action, *Psychologie clinique et projective*, 7, 153-173.
- COHEN DE LARA A. (1998). *Enfants agités : diversité des organisations psychopathologiques*. Thèse de Doctorat en psychologie, Université Paris 5, 1998.
- COHEN DE LARA A. (2000). Troubles du comportement chez l'enfant et dépendance : complémentarité des épreuves projectives, *Psychologie clinique et projective*, 6, 101-114.
- COLE S.M. (1975). Hyperkinetic children : the use of stimulant drugs evaluated, *Amer. J. Orthopsychiatr.*, 45, 1, 28-37.
- CONNERS C.K. (1970). Symptoms patterns in hyperkinetic, neurotic and normal children, *Child Dev.*, 41, 667-682.
- CONNERS C.K. et coll. (1978). Normative data on revised Conners parent and teacher rating scales, *J. Abnormal Child Psychology*, 6, 221-236.
- CONNERS C.K. et coll. (1983). Normative data in revised psychiatric evaluation form to quantify children's interview, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 51, 3, 353-359.
- CORRAZE J. et ALBARET J.-M. (1996). *L'enfant agité et distrait*. Paris, ESF.
- CRAMER B. et PALACIO-ESPASA F. (1993). *La pratique des psychothérapies mère-bébé*. Paris, PUF.

- CRAWFORD S. et coll. (1994). Are families of children with reading difficulties at risk for immune disorders and nonright handedness ?, *Cortex*, 30, 2, 281-292.
- CUNNINGHAM C.E. et BARKLEY R.A. (1979). The interactions of normal and hyperactive children with their mothers in free play and structured tasks, *Child Dev.*, 50, 217-224.
- DECETY J. et coll. (2000). Équivalence fonctionnelle : mythe cognitif ou réalité neurologique ?, *Psychologie Française*, 45, 4, 319-332.
- DEJARDIN D. (1997). L'instabilité psychomotrice de l'enfant, *Synapse*, 141, 41-46.
- DEJOURS C. (1989). *Recherches psychanalytiques sur le corps. Répression et subversion en psychosomatique*. Paris, Payot.
- DEJOURS C. (1997). Le "choix de l'organe" en psychosomatique : une question périmée?, *Psychologie clinique et projective*, 3, 3-18.
- DOLTO F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, Seuil.
- DOLTO F. (1985). *La cause des enfants*. Paris, Laffont.
- DOPCHIE N. (1975). L'enfant hyperactif, *Revue de Neuropsychiatrie infantile*, 23, 10-11, 689-692.
- DUCHE D.-J. (1996). *L'enfant hyperactif*. Paris, Ellipses.
- DUGAS M. (1987). *L'hyperactivité de l'enfant*. Paris, PUF.
- DUPARC F. (1998). *L'élaboration*. Paris, L'Esprit du temps.
- FIVAZ E. (2001). Corps et intersubjectivité, *Psychothérapies*, 21, 2, 63-69.
- FLAVIGNY Ch. (1988). Psychodynamique de l'instabilité psychomotrice infantile, *Psychiatr. Enfant*, 31, 2, 445-471.
- FLAVIGNY Ch. (1996). Psychodynamique de l'instabilité psychomotrice de l'enfant, in *Le désir à cache-cache*, 87-101. Lausanne, Delachaux et Niestlé.
- FLAVIGNY Ch. (1998). Instabilité ou hyperactivité chez l'enfant. (M. Grappe et B. Welniarz présentent et animent un débat avec C. Flavigny et Z. Dobroski), *Perspectives Psy*, 37, 3, 201-207.
- FOGASSI L. et coll. (2000). Représentation interne de l'action : nouvelles perspectives, *Psychologie Française*, 45, 4, 307-317.
- FOSTER J.K. et coll. (1994). The cognitive neuropsychology of attention : a frontal lobe perspective, *Cognitive Neuropsychology*, 11, 133-147.

- FOURNERET P. (1997). *Le syndrome hyperkinétique chez l'enfant : approche descriptive et explicative*. Thèse de Doctorat en médecine, Université Lyon 1, 1997.
- FOURNERET P. (1999). Contribution de la neuropsychologie cognitive à la compréhension du syndrome THADA, *A.N.A.E.*, 53-54, 107-108.
- FOURNERET P. (2001). L'hyperactivité : histoire et actualité d'un symptôme, in *L'hyperactivité infantile : débats et enjeux* (J. Ménéchal Ed.), 7-26. Paris, Dunod.
- FREUD S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, Gallimard, 1987.
- FREUD S. (1908). Caractère et érotisme anal, in *Névrose, psychose et perversion*, 143-148. Paris, PUF, 1992.
- FREUD S. (1913). La disposition à la névrose obsessionnelle, in *Névrose, psychose et perversion*, 189-197. Paris, PUF, 1992.
- FREUD S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, PUF, 1973.
- GAUTHIER J.-M. (1993). *L'enfant malade de sa peau*. Paris, Dunod.
- GAUTHIER J.-M. (1995). Troubles du rythme et risques somatiques chez le petit enfant, *Thérapie psychomotrice et recherches*, 102, 28-39.
- GAUTHIER J.-M. (1999a). Le corps et son interprète, in *Le corps de l'enfant psychotique* (J.-M. Gauthier Ed.), 119-142. Paris, Dunod.
- GAUTHIER J.-M. (1999b). Les questions de l'espace et du temps en pédopsychiatrie, in *Le corps de l'enfant psychotique* (J.-M. Gauthier Ed.), 37-77. Paris, Dunod.
- GAUTHIER J.-M. (1999c). Penser les pathologies du développement, in *Le corps de l'enfant psychotique* (J.-M. Gauthier Ed.), 79-117. Paris, Dunod.
- GAUTHIER J.-M. (1999d). Le temps du thérapeute et celui de l'enfant autiste, in *Le corps de l'enfant psychotique* (J.-M. Gauthier Ed.), 5-36. Paris, Dunod.
- GIBELLO B. (1984). *L'enfant à l'intelligence troublée*. Paris, Centurion.
- GIBELLO B. (1994). Les contenants de pensée et la psychopathologie, in *L'activité de la pensée* (D. Anzieu Ed.), 11-26. Paris, Dunod.
- GOLSE B. (1990). *Insister-exister, de l'être à la personne*. Paris, PUF.
- GOLSE B. (1994). Notes de lecture de « La pratique des psychothérapies mère-bébé », *Devenir*, 6, 4, 89-97.

- GOLSE B. (1996). Hyperactivité de l'enfant et dépression maternelle, *J. Pédiat. Puér.*, 9, 7, 422-425.
- GREEN A. (1985). Réflexions libres sur la représentation et l'affect, *Revue française de psychanalyse*, 49, 3, 773-788.
- GUEDENEY A. (1999). Dépression et retrait relationnel chez le jeune enfant, *Psychiatr. Enfant*, 42, 1, 299-331.
- GUEDENEY N. (1989). Les enfants de parents déprimés, *Psychiatr. Enfant*, 32, 1, 269-309.
- GUELFY J.-D. (1997). *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*, Tome 2. Paris, éditions médicales Pierre Fabre.
- GUILLERAULT G. (1996). *Les deux corps du Moi : schéma corporel et image du corps en psychanalyse*. Paris, Gallimard.
- HECHTMAN L. (1996). Families of children with attention deficit hyperactivity disorder : a review, *Can. J. Psychiatry*, 41, 6, 350-360.
- HEUYER G. et LEOVICI S. (1951). Forme conditionnée de l'instabilité psychomotrice, *Arch. Fr. Pédiatrie*, 8, 5, 548-549.
- HOAGWOOD K. et coll. (2000). Treatment services for children with ADHD : a national perspective, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39, 2, 198-206.
- HOUZEL D. (1987). Le concept d'enveloppe psychique, in *Les enveloppes psychiques* (D. Anzieu Ed.), 23-54. Paris, Dunod.
- JACOBVITZ D. et coll. (1987). The early caregiver-child relationship and attention deficit hyperactivity disorder with hyperactivity in kindergarten : a prospective study, *Child. Dev.*, 58, 1496-1504.
- JANOV A. (1982). *Empreinte*. Paris, Robert Laffont, 1983.
- JANOV A. (1983). *Prisonnier de la souffrance*. Paris, Laffont.
- JOLY F. (1996). Figures contemporaines et formes limites des instabilités chez l'enfant, in *Les formes contemporaines du malaise dans la civilisation* (ouvrage collectif), 73-101. Toulouse, PUM.
- JEAMMET N. (1995). L'entretien clinique et son analyse singulière et/ou comparée, in *La recherche clinique en psychopathologie* (O. Bourguignon et M. Bydlowski Eds.), 111-121. Paris, PUF.
- JEANNEROD M. (1993). Intention, représentation, action, *Revue internationale de psychopathologie*, 10, 167-191.
- JEANNEROD M. (1995). Mental imagery in the motor context, *Neuropsychologia*, 33, 1419-1432.

- JEANNEROD M. et FOURNERET P. (1998). Etre agent ou être agi. De l'intention à l'intersubjectivité, in *Subjectivité et conscience d'agir* (H. Grivois et J. Proust Eds.), 75-97. Paris, PUF.
- KAUFMAN A.S. et KAUFMAN N.L. (1983). *K-ABC. Batterie pour l'examen psychologique de l'enfant*. Paris, ECPA, 1993.
- KLEIN M. (1957). *Envie et gratitude, et autres essais*. Paris, Gallimard, 1984.
- KREISLER L. (1987). *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*. Toulouse, Privat.
- LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, PUF, col. Quadrige, 1997
- LECLERCQ M. (1999). Lobes frontaux et attention, in *Neuropsychologie des lobes frontaux* (M. Van der Linden et coll. Eds.), 137-166. Marseille, Solal Editeur.
- LEPAGE D. (1981). L'enfant hyperkinétique, personnalité et éléments du contexte familial, *Feuillets Psychiatriques de Liège*, 14, 3, 319-332.
- MAHLER M. (1968). *Symbiose humaine et individuation, Tome 1, Psychose infantile*. Paris, Payot, 1973.
- MALARRIVE J. et BOURGEOIS M. (1976). L'enfant hyperkinétique. Aspects psychopathologiques, *Ann. Méd. Psychol.*, 1, 1, 107-116.
- MALKA J. et coll. (2001). De l'agir à l'action de penser : réflexion à propos de l'instabilité psychomotrice chez l'enfant, *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 49, 5-6, 361-366.
- MARCELLI D. (1996). *Enfance et psychopathologie*. Paris, Masson.
- MARCELLI D. (1999). De l'hyperactivité au trouble déficit de l'attention. Réflexions d'un pédopsychiatre, *A.N.A.E.*, 53-54, 88-91.
- MARTY P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- MARTY P. et FAIN M. (1955). Importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet, *Revue française de psychanalyse*, 19, 1-2, 205-284.
- MASH E. et JOHNSTON C. (1982). A comparison of mother-child interactions of younger and older hyperactive and normal children, *Child Dev.*, 53, 1371-1381.
- MASSIE H., SZAJNBERG N. (1998). *The evolution of 6 hyperactive children from birth to age 30. A psychoanalytic study of troubled attachment and transformation of symptoms*, conférence à la journée d'études franco-américaines du Centre Alfred Binet, Paris, 4 juillet 1998, 34 pages.

- MAZET Ph. et coll. (1994). *Les interactions entre un bébé et une mère déprimée*, Abstracts, 2^{ème} salon international de psychiatrie et du système nerveux central, Paris.
- MAZET Ph. et coll. (1996). Instabilité psychomotrice, hyperactivité chez l'enfant : perspectives cliniques et thérapeutiques, *J. Pédiat. Puér.*, 9, 7, 413-421.
- MENECHAL J. (1999). L'alliance introjective, une hypothèse clinique pour penser les pathologies du lien, *Evolution psychiatrique*, 64, 567-578.
- MENECHAL J. et coll. (2000). Hyperactivité infantile et perversion. Aspects psychopathologiques et éthiques, *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 48, 5, 331-342.
- MENECHAL J. (2001). L'hyperactivité infantile, du « faux désir » au déficit auto-érotique, in *L'hyperactivité infantile : débats et enjeux* (J. Ménéchal Ed.), 105-122. Paris, Dunod.
- MICOUIN G. et BOUCRIS J.-C. (1988). L'enfant instable ou hyperkinétique. Une étude comparée des concepts, *Psychiatr. Enfant*, 31, 2, 473-507.
- MILLE C. (1993). Instabilité psychomotrice, in *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (P. Ferrari, C. Epelbaum Eds.), 203-209. Paris, Flammarion.
- MISES R. (1990). *Les pathologies limites de l'enfance*. Paris, PUF.
- MISES R. et coll. (1988). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, *Psychiatr. Enfant*, 31, 1, 67-134.
- MONTAGNER H. (1978). *L'enfant et la communication*. Paris, Stock.
- MOREL Y. (1999). Aspects génétiques et moléculaires du syndrome THADA, *A.N.A.E.*, 53-54, 114-115.
- MOUREN-SIMEONI M.-C. et coll. (1997a). Hyperactivité avec trouble de l'attention et troubles des apprentissages, *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 45, 9, 502-508.
- MOUREN-SIMEONI M.-C. et coll. (1997b). Hyperactivité de l'enfant, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, pédiatrie 4/101 G92 1997.
- MOUREN-SIMEONI M.-C. et TOUZIN M. (2000). Les troubles des apprentissages chez les enfants hyperactifs, *Annales de Psychiatrie*, 15, 3, 176-183.
- MOUREN-SIMEONI M.-C. et BANGE F. (2000). L'hyperactivité avec déficit de l'attention : devenir chez l'adulte, *Annales de Psychiatrie*, 15, 3, 184-189.

- MOYANO O. (2002). Une forme pathologique de l'identification primaire : l'identification bijective, *Bulletin de psychologie*, à paraître.
- MURRAY L. et COOPER p. (1997). *Postpartum depression and child development*. New York, The Guilford Press.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (1992). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. 10^{ème} révision. Paris, Masson, 1993 pour la version française.
- PARPILLAT G. (1996). Instabilité et psychosomatique ou le paradoxe de la recherche du calme par l'excitation motrice, *Thérapie psychomotrice et recherches*, 107, 20-26.
- PERRON R. (1995). La démarche comparative, in *La recherche clinique en psychopathologie* (O. Bourguignon et M. Bydlowski Eds.), 135-149. Paris, PUF.
- PETOT D. (1998). L'hyperkinésie peut-elle être une forme d'entrée dans la manie ?, *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 46, 7-8, 427-433.
- PETOT D. (1999). Enfants hyperactifs : troubles cognitifs spécifiques et troubles de l'attention, *Enfance*, 2, 137-156.
- PETOT D. (2001). Les particularités du fonctionnement psychologique des enfants hyperactifs à travers le test de Rorschach, in *L'hyperactivité infantile : débats et enjeux* (J. Ménéchal Ed.), 251-261. Paris, Dunod.
- RAUSCH DE TRAUBENBERG N. (1990). Santé mentale, pathologie mentale : des différents niveaux de prédiction à partir des techniques projectives, *Psychologie médicale*, 22, 8, 671-673.
- RAUSCH DE TRAUBENBERG N. et BOIZOU M.-F. (1977). *Le Rorschach en clinique infantile*. Paris, Dunod.
- RAUSCH DE TRAUBENBERG N. et SANGLADE A. (1984). Représentation de soi et relation d'objet au test de Rorschach : grille de représentation de soi, *Revue de psychologie appliquée*, 34, 1, 41-57.
- RAYNAUD J.-Ph. (1999). Hyperactivité de l'enfant : pour une approche prudente, pluridisciplinaire et concertée, *A.N.A.E.*, 53-54, 95-97.
- REYNOLDS C. et coll. (1985). *Echelle révisée d'anxiété pour enfants (R-CMAS)*, adaptation française. Paris, ECPA, 1999.

- ROBIN M., LAVARDE A.-M. et Le MANER IDRISSE G. (1999). L'anxiété maternelle de séparation et les troubles psycho-fonctionnels du jeune enfant, *Devenir*, 11, 4, 51-78.
- ROMAN P. (1997a). Troubles somatiques et catastrophes de symbolisation, *Psychologie clinique et projective*, 3, 75-86.
- ROMAN P. (1997b). La méthode projective comme dispositif à symboliser : enjeux cliniques et psychopathologiques, in *Projection et symbolisation chez l'enfant* (P. Roman Ed.), 39-51. Lyon, PUL.
- ROMAN P. (2001a). Contribution des méthodes projectives à la clinique de l'hyperactivité infantile, in *L'hyperactivité infantile : débats et enjeux* (J. Ménéchal Ed.), 233-250. Paris, Dunod.
- ROMAN P. (2001b). Des enveloppes psychiques aux enveloppes projectives : travail de la symbolisation et paradoxe de la négativité, *Psychologie clinique et projective*, 7, 71-84.
- ROSOLATO G. (1985). Le signifiant de démarcation et la communication verbale, in *Eléments de l'interprétation*, 63-82. Paris, Gallimard.
- ROUSSILLON R. (1995). La métapsychologie des processus et la transitionnalité, *Revue française de psychanalyse*, 59, 1, 1375-1519.
- ROUSSILLON R. (1997). Activité projective et symbolisation, in *Projection et symbolisation chez l'enfant* (P. Roman Ed.), 27-35. Lyon, PUL.
- ROUTH D.K. et coll. (1978). Development of activity level in children revisited : effects of mother presence, *Developmental Psychology*, 14, 6, 571-581.
- ROYER J. (1978). *Le test des contes*. Issy-les-Moulineaux, EAP.
- RUDE N. et RETEL O. (2000). *Statistique en psychologie*. Paris, In Press.
- SAMI-ALI (1974). *L'espace imaginaire*. Paris, Gallimard.
- SAMI-ALI (1986). A propos de la psychomotricité et de la psychosomatique, *Thérapie psychomotrice*, 4, 7-24.
- SAMI-ALI (1987). *Penser le somatique*. Paris, Dunod.
- SAMI-ALI (1998). *Corps réel, corps imaginaire*. Paris, Dunod. (3^{ème} éd. revue et corrigée, 1^{ère} éd. 1977).
- SANDBERG S. (1996). *Hyperactivity disorders of childhood*. Cambridge, Cambridge University Press.

- SANGLADE A. (1983). Image du corps et image de soi au Rorschach, *Psychologie française*, 28, 2, 104-111.
- SHELLEY-TREMBLAY J.F. et coll. (1996). Attention Deficit Hyperactivity Disorder : an evolutionary perspective, *Journal of Genetic Psychology*, 157, 4, 443-453.
- SNOW P.C. et coll. (2001). Drug education with special needs populations : identifying and understanding the challenges, *Prevention and Policy*, 8, 3, 261-273.
- SONUGA-BARKE E.J. (1992). The effects of delay on hyperactive and non hyperactive children's response times : research note, *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 33, 1091-1096.
- SZWEC G. (1993). Les procédés autocalmants par la recherche répétitive de l'excitation. Les galériens volontaires, *Revue française de psychosomatique*, 4, 27-51.
- SZWEC G. (1995). Relation mère-enfant machinale et procédés autocalmants, *Revue française de psychosomatique*, 8, 69-89.
- TAYLOR E. et coll. (1998). Differential effects of methylphenidate on working memory in ADHD children with and without comorbid anxiety, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37, 886-896.
- THOMAS J. et WILLEMS G. (1997). *Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant. Approche neurocognitive*. Paris, Masson.
- TISSERON S. (1993). Schèmes d'enveloppe et schèmes de transformation dans le fantasme et dans la cure, in *Les contenants de pensée* (D. Anzieu Ed.), 61-86. Paris, Dunod.
- TISSERON S. (1994). Schèmes d'enveloppe et schèmes de transformation à l'œuvre dans l'image, in *L'activité de la pensée. Emergences et troubles* (D. Anzieu Ed.), 41-67. Paris, Dunod.
- TISSERON S. (1995). *Psychanalyse de l'image. De l'imgo aux images virtuelles*. Paris, Dunod.
- de TYCHEY C. (1993). *La personnalité de l'enfant normal et dysharmonique*. Issy-les-Moulineaux, EAP.
- de TYCHEY C. (1994a). *L'approche des dépressions à travers le test de Rorschach*. Issy-les-Moulineaux, EAP.
- de TYCHEY C. (1994b). L'apprentissage de la marche : réflexions sur le concept de castration anale, *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 42, 11-12, 795-805.

- de TYCHEY C. et coll. (1991). Capacité d'élaboration symbolique et agressivité manifeste : approche comparée par le test de Rorschach chez des enfants de 8 à 12 ans, *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 39, 2-3, 99-104.
- de TYCHEY C. et coll. (1999). Dépression postnatale. Facteurs de risque et modalités de prévention, *Evol. Psychiatr.*, 64, 289-307.
- de TYCHEY C. et coll. (2000). La mentalisation : approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach, *Bulletin de psychologie*, 53, 448, 469-480.
- de TYCHEY C. et Dollander M. (2002). *La santé psychologique de l'enfant. Fragilités et prévention*. Paris, Dunod.
- VALENTIN E. (1996). Somatiser, agir, représenter, *Revue française de psychosomatique*, 10, 113-124.
- VALLEE L. (1999). Syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention, *A.N.A.E.*, 53-54, 98-101.
- WALLON H. (1934). *Les origines du caractère*. Paris, Boivin.
- WALLON H. (1942). *De l'acte à la pensée*. Paris, Flammarion, 1970.
- WECHSLER D. (1974). *Échelle d'intelligence pour enfants – forme révisée Wisc-R*. Paris, ECPA, 1981.
- WECHSLER D. (1991). *Échelle d'intelligence pour enfants – 3^{ème} édition Wisc-3*. Paris, ECPA, 1996.
- WELNIARZ B. (2000). Quelques aspects psychodynamiques de l'hyperactivité, *Perspectives Psy*, 39, 3, 216-221.
- WIDLÖCHER D. (1995). Principes généraux, in *La recherche clinique en psychopathologie* (O. Bourguignon et M. Bydlowski Eds.), 9-33. Paris, PUF.
- WINNICOTT D. W. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Gallimard, 1976.
- WINNICOTT D. W. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris, Payot.
- WINNICOTT D. W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris, Gallimard, 1975.
- ZANOTTI M. (1998). L'hyperactivité de l'enfant, *Le Carnet Psy*, n°32, 32-34, n°33, 33-34.

L'instabilité psychomotrice infantile. Approche psychodynamique comparative par une méthodologie projective.

Résumé : L'auteur propose des hypothèses fondées sur des observations cliniques qui amènent à considérer l'évolution des relations mère-enfant de la naissance à la marche.

Ces hypothèses développementales sont établies d'abord par une réflexion sur le processus de symbolisation où est discutée la place dominante de l'agir instable, et ensuite par une réflexion sur les relations infanto-maternelles où est observée l'autonomisation identitaire infantile.

Une méthodologie usant d'épreuves projectives et de comparaisons entre des groupes cliniques et témoins fournit de nombreux résultats.

Ceux-ci montrent que l'enfant instable vit une représentation de soi directement liée au corps mobile dans le lien à la mère. L'affirmation de l'individuation identitaire infantile est sérieusement mise en défaut. L'instabilité apparaît comme le symptôme de la constitution difficile des espaces propres infantiles. La psychomotricité est ainsi l'espace somato-psychique privilégié pour révéler une dysharmonie développementale. La thérapeutique devra prendre en compte la valeur du corps de l'enfant vécu et inscrit dans le lien à l'autre.

Mots clés : Instabilité psychomotrice infantile – Individuation – Corps – Représentation d'action – Méthode projective – Psychodynamique.

Psychomotor instability in childhood. Psychodynamic study with projective tests and comparative methodology.

Summary : New hypothesis examine the development of mother-child relationships from birth to first walks. Hypothesis are written after reflections about psychic symbolisation process to determine the nature of motions in instability, and reflections about child personalization and identity affirmation.

Projective tests and samples comparisons (clinic vs control) give many results.

Results show that psychomotor instabilities are generated by a specific action body image which is bound to dependence relations between child and mother. Symptoms are linked to a difficult creation of child's own spaces. Child's body movement seems to be a privileged way to reveal a developmental disturbance. Therapy has to consider the importance of child's body lived inside relationship with his mother.

Key words : Child psychomotor instability – Personalization – Body – Action representation – Projective tests – Psychoanalytic.

Discipline : psychologie, mention psychologie clinique et pathologique.

Laboratoire de rattachement : Groupe de Recherches en Psychologie de la Santé. Laboratoire de Psychologie, 3 place Godefroy de Bouillon, B.P. 3397, 54015 NANCY cedex.