

E. BONNEVILLE
Docteur en Psychologie
Psychologue clinicienne
Service de pédopsychiatrie du Dr. M. Berger
CHU SAINT-ETIENNE BELLEVUE
Formatrice
Chargée de cours à la faculté de psychologie de l'Université Lumière Lyon2
manuebfr@yahoo.fr

**« Pathologie des Traumatismes Relationnels Précoces :
Constitution et manifestation »**

**Communication proposée lors du colloque « *Troubles de la parentalité et conséquences des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant* », organisé par le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Bellevue et GROUPIJ, à Saint-Priest-en Jarez
Le 26 mars 2009**

Et en cours de publication sous forme d'article dans Neuropsychiatrie de l'Enfant

Depuis maintenant de nombreuses années, l'équipe du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Bellevue accueille des enfants qui ont passé leurs premiers temps de vie dans un environnement caractérisé par le chaos et l'imprévisibilité des relations. Ils ont été confrontés à des mères et/ou des pères en grande difficulté psychique, qui n'ont pu s'accorder à leur bébé, et leur ont fait vivre de façon fréquente et répétée des situations de négligence grave, de violence, de séduction narcissique pathologique, d'implication dans des idées délirantes.

Ces enfants présentent tous un profil pathologique singulier, qui se manifeste notamment par des troubles graves de l'intelligence, de la gestion des émotions, du comportement et des capacités relationnelles, donc de socialisation.

La plupart sont considérés comme des « cas lourds » ; on les appelle parfois « les incasables », car peu de structures d'accueil, de soins et d'enseignements leur sont adaptés et les difficultés de leur prise en charge découragent ou effraient souvent les professionnels.

Maurice Berger a été le premier à s'intéresser à leur situation, à tenter de comprendre l'origine et les particularités de leurs troubles et à proposer une modélisation de cette clinique singulière. Depuis plus de vingt ans, son équipe et lui-même cherchent, inventent et réinterrogent sans cesse les modalités d'une prise en charge thérapeutique qui puisse leur convenir et leur venir en aide. La tâche est complexe et éprouvante car cette pathologie est sévère, et les troubles qui s'y rapportent sont précocement et profondément fixés.

On peut parler ici de « clinique de l'extrême ».

Les enfants qui présentent cette pathologie ont besoin d'une prise en charge intensive et quotidienne pendant plusieurs années, sans garantie de résultats. Ils confrontent les soignants à des vécus émotionnels pénibles, car le mode de fonctionnement relationnel de ces enfants se caractérise, on le verra, par la violence, la destructivité, la tyrannie, l'avidité, l'agitation et l'évitement ou l'attaque de la pensée.

Je tiens donc d'abord à rendre hommage à tous ceux qui parviennent à persévérer dans leur engagement auprès d'eux, à maintenir une préoccupation bienveillante, et le désir de les comprendre et de prendre soin d'eux.

En ce qui me concerne, j'ai commencé ma propre démarche de recherche à propos de cette pathologie en 2002 alors que j'intervenais à l'Aide Sociale à l'Enfance, puis je l'ai poursuivie tandis que j'intégrais l'équipe de pédopsychiatrie de l'hôpital Bellevue. Cette recherche a pris la forme du thèse de doctorat¹, qui fût dirigée par le Pr Albert Ciccone, et que j'ai soutenue en décembre dernier à l'université Lumière Lyon 2.

J'ai ainsi travaillé à partir d'une cinquantaine de situations.

Voici un exemple, que j'ai choisi parmi les plus représentatifs.

Kevin est accueilli chez Mr et Mme Z. depuis des années. Il avait 20 mois à son arrivée. Avant d'arriver en famille d'accueil, Kevin avait vécu une année en pouponnière : il avait été trouvé par les services de police dans les bras d'un SDF.

Les parents souffrent de pathologies psychiatriques graves, décompensées avant la naissance des enfants. On évoque pour la mère une structure psychotique marquée par l'altération du lien à la réalité, de fréquents épisodes délirants et une labilité de l'humeur excessive. Pour le père, un déséquilibre psychoaffectif important qui induit des comportements psychopathiques et des passages à l'acte d'une violence démesurée. Il a été incarcéré pendant plus de quinze ans. La relation du couple est extrêmement chaotique, ponctuée de conflits et de séparations. A son arrivée et pendant son séjour à la pouponnière, l'équipe n'avait pas décelé de signes inquiétants. Il était décrit comme « bien portant » et la relation avec lui ne paraissait pas présenter de difficulté particulière. Néanmoins, la famille d'accueil a rapidement observé de gros problèmes d'endormissement, un sommeil agité ou recroquevillé dans un coin du lit, entrecoupé de réveils en état de terreur très difficile à calmer, et, pendant plusieurs mois, une grande intolérance aux contacts physiques affectueux. Kevin ne paraissait pas rechercher

¹ Thèse de Doctorat de Psychologie Clinique "Pathologie des traumatismes relationnels précoces: comprendre et accueillir les liens en souffrance" soutenue à l'Université Lumière Lyon 2 et validée avec les félicitations du jury à l'unanimité le 2.12.2008

leur attention, ni ne les sollicitait en cas de besoin. Il pouvait rester immobile et silencieux dans son lit de longs moments, le regard vide et le visage figé. Puis Kevin se met au contraire à développer des attitudes de « collage » excessif à son assistante maternelle, ne pouvant plus tolérer qu'elle s'absente une seconde, ni qu'elle s'occupe d'un autre que lui. Le langage, inexistant à son arrivée même sous forme de vocalises, s'est alors vite développé ; l'acquisition de la marche a été rapide, simultanée à l'enclenchement de comportements d'exploration. Mais ces progrès sont bientôt recouverts par le déploiement d'une instabilité psycho-motrice inquiétante et l'apparition de « crises de rage » d'une rare violence désorganisatrice, déclenchées par la confrontation à une frustration, ou une situation d'échec.

A l'âge de 6 ans, il est orienté en pédopsychiatrie : il lui est proposé un traitement médicamenteux, une psychothérapie individuelle et des séances de groupe. Par ailleurs, il entre au CP. A cette époque, il est décrit comme « un tourbillon épuisant » par son assistante maternelle et son institutrice. Il éprouve de grosses difficultés à se concentrer, à rester assis plus de quelques minutes pour une activité. Il se bat très fréquemment avec d'autres enfants, insulte indifféremment ses sœurs, ses copains, les adultes, sa famille d'accueil. Il ne prend soin ni de lui, ni de ses affaires : il peut se mettre en danger. Lorsqu'il est en situation d'échec, il se punit violemment en s'infligeant coups et blessures. S'il fait une bêtise, il détruit un objet auquel il tient. Mais il peut également le faire sans motif apparent, ou s'en prendre aux objets de la famille d'accueil.

Kevin rencontre son père en visite médiatisée (c'est-à-dire en lieu neutre et en présence d'un tiers) depuis le début du placement, lorsque celui-ci n'est ni incarcéré, ni hospitalisé. Sa mère sur le même mode et de façon également épisodique, car si des visites sont prévues une fois par mois, elle ne s'y présente pas toujours. Cependant, lorsqu'elle vient, ces moments sont très éprouvants pour Kevin, car elle est le plus souvent en état de délire. Elle perçoit ses enfants comme des personnages de série télévisée américaine, elle-même se décrit comme une héroïne ou une star, raconte à son fils des aventures rocambolesques, mais surtout l'accuse de l'avoir quittée, et d'être responsable de ses souffrances. Kevin est alors dénigré, insulté, parfois elle tente de le frapper. Le travailleur social qui est censé protéger Kevin est souvent débordé et réduit à l'impuissance. Lui-même paraît à la fois fasciné et terrorisé, il reste en général statique et muet. On observe toutefois une recrudescence très importante de ses troubles pendant plusieurs jours après une visite.

Lorsque je fais sa connaissance, Kevin a 9 ans. Il a un visage d'ange blond, aux yeux bleus, mais quand on parle de lui, c'est « le diable incarné ». Il est en situation de grand échec

scolaire : il est en CE2, après deux CE1 au cours desquels il a « épuisé » deux institutrices qui l'avaient pourtant beaucoup investi. Son institutrice actuelle, très éprouvée, ne veut plus l'accueillir au sein du groupe classe et préconise un institut de rééducation. En comparant ses résultats au WISC-R à ceux d'une évaluation réalisée 2 ans auparavant, on constate une régression importante de son quotient intellectuel. L'agitation de Kevin pendant la passation est spectaculaire ; il bouge sans arrêt, se couche sur les chaises, commente tout ce qui est fait, tousse de façon tonitruante, crie son mécontentement. Il éprouve beaucoup de difficultés à respecter les consignes, et se décourage très vite dès qu'il ne sait pas faire (ou croit qu'il ne saura pas faire) ce qui lui est demandé. Les résultats aux subtests sont en dents de scie : les échecs sont souvent dus à la fragilité de l'attention et à de grosses difficultés d'orientation spatiale. Par ailleurs, la capacité de conceptualisation et la compréhension des situations de la vie courante sont satisfaisantes.

A cette époque, il n'a plus de psychothérapie, elle s'est interrompue il y a un an, au motif que « cela ne sert à rien, car il n'est pas en demande et refuse de se rendre aux séances ». Il ne participe plus au groupe : son agitation perturbait excessivement les autres enfants, et il ne paraissait pas en tirer bénéfice. Il n'a plus de traitement.

Son assistante maternelle est épuisée et découragée. Elle ne sait plus comment endiguer son agitation quasi constante, ni comment répondre à ses attaques incessantes. Il semble qu'il la tienne systématiquement pour responsable de ses contrariétés ; il l'accuse de lui être indifférente, ou de le traiter en bouc émissaire. Il peut l'insulter et tenter de la blesser par tous les moyens, physiques et affectifs. Dans ces moments, qualifiés par Mme et Mr Z. de « crises », il peut se mettre à « tout casser », hurler qu'il les déteste, que lui-même est « le roi des méchants fous » et qu'il va « tous les abandonner ». Paradoxalement, il peut après-coup regretter ces attitudes, leur demander pardon, et s'ils l'aiment toujours. Il veut les appeler « papa et maman », et leurs enfants, ses « frères et sœurs ». Il inscrit leur nom de famille sur ses cahiers. Mme Z. est très attachée à Kevin et souffre beaucoup de l'état de leur relation. Elle explique qu'elle fait tout pour lui faire plaisir, essayant ainsi d'éviter les « crises » et de « gagner sa reconnaissance ». Mais ses cadeaux sont systématiquement détruits, et ses propositions dénigrées.

Mr Z. se plaint également beaucoup du comportement de Kevin, mais il paraît en être moins affecté. Il l'explique par le fait qu'il est moins souvent en contact avec lui, mais aussi parce que Kevin le « craint » et l'admire à la fois : il le prend moins pour cible de ses attaques et, si cela se produit, il parvient plus facilement que sa femme à les endiguer.

Cependant, Mr et Mme Z. parlent tous les deux de leur sentiment d'échec et d'impuissance dans cet accueil. Ils se disent l'un et l'autre épuisés, sans pour autant être en capacité de solliciter des « relais » sur des temps de week-end ou de vacances. Ils redoutent que Kevin leur fasse « payer » en retour ce qu'il pourrait prendre comme un rejet, une mise à l'écart, et que la situation soit pire encore ;

Leur système relationnel se caractérise par une hyper vigilance anxieuse de la part du couple d'accueil, mais aussi de leurs enfants, à tous les signes qui pourraient annoncer une « crise » de Kevin : il est ainsi « surveillé » en permanence, et la moindre manifestation de « mauvaise humeur » suscite une recrudescence d'attentions, de promesses de cadeaux démesurés ou de menaces de privations. Mais cette attitude semble n'avoir pour résultat que de déchaîner plus d'agitation et de destructivité encore de la part de Kevin.

Au cours d'un séjour dans un lieu de vie, Kevin met en scène certains des comportements qui éprouvent tant sa famille d'accueil. Il se « colle » très rapidement à une éducatrice, qu'il sollicite sans cesse et à qui il demande beaucoup de marques de tendresse. Mais ces « câlins » sont inadaptés : il serre trop fort, se jette trop brusquement sur elle, il fait mal et est repoussé, ce qui déchaîne une crise d'angoisse spectaculaire, au cours de laquelle il insulte et se frappe en même temps. Si on essaye de lui parler pendant ces moments, il dit que Kevin n'est pas là, qu'il est fou. Il essaye souvent de participer aux jeux des autres enfants, mais là aussi, il est trop impulsif, veut diriger l'action et ne respecte pas les règles ; il pique fréquemment des colères qui le font rapidement exclure. Il est observé qu'il a besoin d'être sans cesse le centre de l'intérêt du groupe ; si ce n'est pas le cas, il se blesse ou blesse un autre, ou bien va s'isoler et se cacher. Il s'efforce de séduire cependant maladroitement, en volant un beau dessin pour se l'attribuer, en se disant premier de sa classe, meilleur joueur de son équipe de foot, etc. Si on le contredit, il peut fondre en larmes et dire qu'il est nul, qu'il ne vaut rien, que personne ne l'aime.

Je pense que cet exemple montre combien il est difficile de prendre soin de ses enfants tous les jours, pendant des années.

Au cours de ma recherche, fondée sur les travaux précédemment réalisés par M. Berger et par les théoriciens de la clinique du traumatisme, dont le Pr Albert Ciccone, j'ai cherché à mettre en évidence que ces enfants présentent des troubles psychiques particuliers, qui constituent un profil spécifique, qu'on ne peut pas associer aux catégories diagnostiques habituelles.

Bien qu'il existe des traits communs avec plusieurs catégories, la pathologie des traumatismes relationnels précoces ne correspond complètement à aucune structure de personnalité déjà décrite.

Il fallait donc créer une nouvelle catégorie, que j'ai appelée « Pathologie des traumatismes relationnels précoces » ou « P.T.R.P ».

En voici les caractéristiques principales et les points qui permettraient de différencier ce profil pathologique des catégories nosographiques connues.

Tout d'abord, il se manifesterait chez des sujets qui ont passé leurs premiers mois de vie dans un environnement caractérisé par l'imprévisibilité et le chaos des relations. Cet environnement semble s'être trouvé d'emblée et de façon durable dans l'incapacité de répondre de façon suffisamment adéquate et permanente à leurs besoins fondamentaux (physiques et/ou psychiques), et les aurait soumis à des expériences de stress extrême répétées, hautement traumatogènes.

Il ne correspondrait pas à une structure de personnalité psychotique, malgré l'activation, par la confrontation aux enjeux de la relation intersubjective, de « **zones de psychose symbiotique** ». ²

Il ne se révélerait que dans le champ de la relation intersubjective. Quiconque n'aurait pas expérimenté une relation intensive et sur une longue durée avec ces enfants ne pourrait percevoir la spécificité de leur pathologie, et aurait ainsi tendance à les appréhender à tort à partir des catégories nosographiques déjà établies.

Enfin, il se relèverait essentiellement de la clinique du traumatisme : la répétition compulsive de mode de relation et d'attachement distordus, dominés par l'alternance brutale de phases de collage et de destruction, en constituerait un trait caractéristique, établi très précocément.

² Ce postulat repose principalement sur l'hypothèse que ces zones psychotiques porteraient des traces d'autisme, ou plus exactement des résidus non élaborés de vécus subjectifs extrêmement primitifs auxquels demeurerait associés des modes de traitement défensifs archaïques, signifiés notamment par le recours privilégié aux procédés auto-calmands et aux identifications adhésive et projective. D'autre part, sur l'hypothèse que le modèle interne de la rencontre et de la relation à l'objet serait empreint d'avidité extrême, de l'ordre l'addiction à la perception directe de l'objet investi, de besoin d'exclusivité absolue, mais aussi de persécution, de destructivité et la distanciation de l'objet, la séparation serait vécue comme un arrachement d'une partie du corps. La relation à l'objet serait organisée selon des fantasmes de symbiose, d'intrusion et de pénétration violente, mis en scène dans et par les corps, les contacts corporels et visuels, selon une dynamique de forçage. Ces éléments différencieraient ainsi nettement la pathologie des traumatismes relationnels précoces d'une organisation limite ou névrotique de la personnalité, même si des traits de fonctionnement psychique pourraient paraître *a priori* communs.

Je me suis particulièrement intéressée à la qualité des expériences de ces enfants lors la rencontre avec un autre être humain. Comment ces enfants perçoivent la perspective d'une nouvelle relation ? Quels effets suscite-t-elle en eux ? Pourquoi la plupart de ces enfants évitent-ils, tyrannisent-ils ou attaquent-ils aussi violemment les personnes bienveillantes qui cherchent à entrer en relation avec eux, à s'occuper d'eux ?

Ayant observé d'une part qu'on peut dégager des éléments communs dans le fonctionnement relationnel de ces enfants, et d'autre part que ces éléments semblent apparaître systématiquement chaque fois qu'une nouvelle relation s'instaure, j'ai cherché à mettre en évidence quel pourrait être leur « modèle interne de la rencontre », ou , pour employer une métaphore, « leur logiciel de la rencontre ». Autrement dit, quelles sont les caractéristiques du programme interne inconscient qui s'activent dès qu'il s'agit d'être en relation avec un autre, quel qu'il soit et quelles que soient ses intentions.

J'ai tenté de montrer comment il s'est constitué de cette façon particulière, et j'ai fait l'hypothèse qu'il est issu de **l'inscription sur un mode traumatique des premières expériences émotionnelles réalisées avec leur entourage dans leurs premières années de vie.**

J'ai tenté de montrer que les situations de négligence, où leurs besoins fondamentaux d'attachement sécurisant, de stabilité, de permanence et de respect de rythmes réguliers n'ont pas trouvé de réponse adaptée de la part de leurs parents. Les situations de violence subie ou le fait d'avoir assisté à des scènes de violence dans leur entourage familial, enfin les situations de négligence et d'incohérence éducatives, issue d'un surinvestissement narcissique parental, ont constitué autant d'expériences vécues comme des traumatismes.

Ces enfants ont vécu dans leurs premiers temps de vie des expériences terrifiantes et des série de rencontres manquées dans les relations avec leur entourage : soit parce que leurs parents étaient imprévisibles et très angoissants pour eux, soit parce qu'ils se trouvaient seuls, impuissants face à leurs états émotionnels, sans trouver d'aide, de réconfort ni de reconnaissance de leurs états subjectifs de la part de leurs parents. Autrement dit, ils ont été traumatisés par des répétitions de séquences interactives manquées, par ce que leurs parents leur ont fait éprouver, mais aussi par toutes les émotions (désespoir, peur de mourir, de partir en morceaux, rage, haine, etc...) qu'ils ont dû apprendre à gérer tous seuls, sans le secours d'une relation sécurisante et contenant. Ces émotions ont déclenché des états de tension et

d'excitation dont l'intensité extrême a débordé les capacités de traitement de leur appareil psychique. C'est ce phénomène qui crée le traumatisme.

Une des idées principales de ma thèse est que les troubles que présentent ces enfants sont issus de la confrontation répétée à ces traumatismes, mais aussi de la construction psychique particulière qu'ils ont dû développer, pour tenter de remédier à leurs effets.

Ces enfants n'ont pas bénéficié des relations qui auraient dû leur permettre de se constituer les grandes fonctions psychiques qui permettent de traiter les expériences et de ne pas être débordé par les émotions qu'elles suscitent. Les recherches récentes en neurologie tendent à montrer également que les ratés successifs dans les interactions précoces ainsi que les expériences de stress extrêmes répétées, non suivies d'expériences de réconfort, ont une incidence sur la constitution des fonctions cérébrales responsables de la reconnaissance des perceptions corporelles, de la gestion des émotions et de l'impulsivité. Soit les connexions neuronales ne se développent pas dans les zones du cerveau qui correspondent à ces fonctions, soit elles sont auto-détruites, selon un processus de défense extrême contre la souffrance issue d'éprouvés de stress trop fréquents. L'imagerie moderne permet aujourd'hui de voir de véritables zones noires à leur endroit.

En conséquence, on observe par exemple que ces enfants paraissent ne pas percevoir les sensations de chaleur, de froid, de douleur, de faim, de satiété, de soif, de douleur, de fatigue, etc... Ils également beaucoup de difficulté à contenir leurs impulsions.

On peut dire que ces enfants, habituellement qualifiés de « tout-puissants », sont en réalité plutôt « tout-impuissants », pour reprendre une expression de René Roussillon, face au surgissement en eux de la violence, du désir ou de la souffrance. Ils ne peuvent pas s'empêcher de frapper, de coller, ils ne savent pas différer, attendre, renoncer, dans le sens où ils n'ont pas les moyens psychologiques et neurologiques d'y parvenir...Ainsi leurs comportements ne sont pas de l'ordre de la malveillance...

On a tendance à penser le résultat du vécu précoce de ces enfants en termes de carences, ce qui amène le postulat que la relation avec des personnes bien structurées et bien intentionnées pourrait permettre que ces enfants acquièrent ce qui leur fait défaut et réparent les failles de leur développement. Mais je pense que cette vision des choses est inadéquate, car il ne rend compte que d'un seul aspect du problème. Certes, il « manque » à ces enfants certaines des fonctions psychiques indispensables au bon fonctionnement mental, mais il faut considérer qu'il n'y a pas de « trous », de « vides » à l'endroit de ces fonctions : ces enfants se sont simplement construits différemment. Ils n'ont pas eu d'autre choix que de développer des

systèmes substitutifs et défensifs, qui leur permettent de survivre psychiquement et de gérer leurs états émotionnels. Ces systèmes sont efficaces, mais ils sont pathologiques parce qu'ils leur posent d'autres problèmes, notamment pour leur vie sociale, et qu'ils sont sources de souffrance. Cependant, ces enfants ne peuvent pas percevoir d'emblée que leur fonctionnement est inadéquat et nocif : ils n'en connaissent pas d'autres et celui-ci a au moins le mérite de leur fournir une organisation, et des repères.

Je me suis particulièrement intéressée, entre autres, à la fonction de liaison du moi, et j'ai montré qu'elle était très défectueuse chez ces enfants. Confrontés à l'incapacité d'établir des liens dans et par la pensée, ils semblent tenter de lier leurs expériences par le corps.

En étudiant les qualités d'enveloppe psychique de ces enfants, ainsi que l'état de leurs capacités de liaison, j'ai perçu qu'ils sont extrêmement sensibles et vulnérables aux excitations, et qu'ils n'ont pas les moyens psychiques de les traiter. Ils risquent donc en permanence d'être débordés par la tension déclenchée par leurs expériences et donc de subir de nouveaux traumatismes. Il faut bien se souvenir ici que ces enfants ne disposent pas des outils de traitement dont disposent d'autres enfants du même âge et les adultes. Ainsi une expérience qui serait anodine pour un autre enfant qui n'aurait pas eu le même vécu précoce et pour la plupart d'entre nous n'est pas du tout perçue et ressentie de la même façon par ces enfants. La charge de tension qu'elle suscite est bien plus importante pour eux et son effet bien plus perturbateur. On ne peut donc pas projeter nos ressentis, et il est difficile de s'identifier à eux. On peut avoir du mal à comprendre certaines de leurs réactions qui nous semblent disproportionnées au regard de la situation qui les déclenche.

A ce stade, une première conséquence à retenir concerne la relation à l'autre. La rencontre avec un autre est toujours source d'excitation. Ainsi, pour ces enfants douloureusement hypersensibles aux excitations, la relation est d'abord quelque chose d'effrayant et de dangereux, qu'il faut soit éviter, soit détruire, soit maîtriser au maximum.

Selon l'état de leur enveloppe, ces enfants paraissent soit complètement « déconnectés », sans émotion, sans expression, repliés dans une « forteresse narcissique » défendue par une capsule-carapace, soit hypersensibles et hypervigilants à ce qui se passe autour d'eux. Ils semblent obligés de palier leur enveloppe psychique trouée en créant une autre forme d'enveloppe et en déchargeant l'excès de tension intérieure vers l'extérieur. Dans cette configuration, ces enfants semblent se créer une enveloppe substitutive d'agitation motrice et verbale : ils parlent et s'agitent sans arrêt pour tenter de s'autocalmer et de s'auto-exciter à la fois, pour ne pas subir d'excitations qui viendraient de l'extérieur. Cela peut paraître paradoxal, mais cela correspond au principe des contre-feux allumés par des pompiers pour

maîtriser un feu de forêt. L'agitation est le moyen de circonscrire et de se débarrasser d'un excès de tension intérieure, mais aussi de se procurer des sensations d'existence et de corps unifié dans le mouvement. C'est la forme de liaison la plus primitive, dans et par le corps et les sensations corporelles. D'autre part, s'envelopper de bruits et de sensations auto-produites évite de percevoir et d'être débordé de façon passive par les excitations venant du dehors.

J'ai indiqué que les expériences émotionnelles extrêmes vécues par ces enfants lors de leurs premiers temps de vie se sont inscrites en eux sur le mode du traumatisme.

Selon la logique du traumatisme psychique, que l'on connaît notamment par les témoignages de rescapés de guerres, de génocides, d'attentats, de viols ou d'accidents graves, une des conséquences de ce phénomène est que ces expériences traumatiques restent extrêmement présentes, actuelles et vivaces dans leur esprit. Elles échouent à se constituer en souvenirs « oubliables ». Elles reviennent sans cesse, sous forme de cauchemars ou d'hallucinations, dès que les sujets sont confrontés à une expérience qui possède au moins un aspect commun, même anodin, ne serait-ce que contextuel, avec elles.

Je ne peux pas développer tous les mécanismes en jeu, mais ce phénomène a son importance pour comprendre pourquoi ces enfants peuvent aller très mal après avoir eu un contact avec les personnes avec qui ou à cause de qui ils ont vécu des expériences traumatisantes. Ce contact n'est pas forcément une rencontre qui se passe mal, ni même forcément une rencontre. Cela peut être un simple coup de téléphone, une lettre, un cadeau. Le problème est que ce contact vient « réveiller » les traces et les effets des traumatismes, et l'enfant y réagit comme s'il revivait dans l'actuel la situation traumatisante. Comme une personne traumatisée par un attentat se jette sous une table, terrifiée, lorsqu'elle entend une porte claquer.

Ceci est un point délicat car ce phénomène peut se produire immédiatement ou quelque temps plus tard. Cette réaction « en différé » est problématique car le lien entre contact et réaction n'est évident à faire. Le lien est le principe d'après-coup : pour le dire vite, lorsqu'un enfant est averti du contact, il peut mettre en place des défenses qui bloquent le contact avec sa réalité interne, avec ses émotions. L'accès est coupé en quelque sorte. Il n'est rétabli que lorsque la situation à l'origine de l'anxiété est terminée et qu'il retrouve une relation sécurisante et chaleureuse. Mais lorsque le contact est rétabli, alors le « réveil » des traumatismes parvient à la conscience, avec son cortège d'émotions et d'angoisses. C'est à ce moment seulement qu'ils se manifestent par des troubles du comportement, des cauchemars, des problèmes de santé, etc...

D'autre part, pour le dire rapidement, le sujet traumatisé tend à reproduire inconsciemment les situations où se sont produits les traumatismes. Il semble chercher, sans le savoir, par ses agirs et ses comportements corporels, à revivre la situation traumatique initiale. C'est ce que Freud nommait la compulsion de répétition.

Le but de cette répétition est une tentative de représentation, de mise en forme et en sens de l'expérience, qui n'avait pas pu être réalisée initialement, car la quantité de stress et de tension brutale et imprévue produite par l'expérience avait débordé la capacité de gestion du psychisme. Ainsi, tant qu'elle échappe à la pensée, à la mentalisation, l'expérience revient sans cesse.

Voici un exemple qui illustre le phénomène :

Avant d'être retirée à la garde parentale par décision judiciaire, Irène a passé les 4 premières années de sa vie avec des parents imprévisibles, qui pouvaient subitement devenir violents. Le couple parental se disputait fréquemment, ils pouvaient s'insulter, se menacer du pire, y compris en présence d'Irène et lorsqu'elle se trouvait dans les bras de sa mère. D'après celle-ci, le père ne s'occupait pas des enfants, il intervenait rarement directement auprès d'eux, mais s'en prenait à elle s'ils le dérangeaient.

Elle m'a raconté à plusieurs reprises comment elle se refusait à gronder sa fille lorsque celle-ci lui désobéissait : elle lui demandait mollement la même chose des dizaines de fois, sans effet, puis d'un coup elle « craquait », devenait « folle de colère » car elle avait le sentiment qu'Irène se moquait d'elle. Sa mère avait alors des gestes très violents, elle pouvait la saisir par un membre, la secouer en hurlant « arrête ou je vais te tuer ». Lorsqu'Irène refusait de dormir, elle pouvait la traîner à son lit et lui appuyer un oreiller sur le visage pour la faire taire. Une fois qu'Irène refusait à nouveau d'obéir, elle lui a adressé un coup de poing, visant son visage. Rapportant cet épisode, elle précise « heureusement qu'elle a tourné la tête à ce moment car j'y étais allé fort : mon poing a cogné le carrelage derrière elle et un carreau s'est fendu. J'ai eu mal longtemps. » Je ne peux pas rapporter tous les épisodes que cette mère m'a racontés, tant ils sont nombreux.

Depuis quelque temps, Irène demande à sa mère, lors de rencontres qui se déroulent en notre présence, pourquoi elle la battait. Sa mère lui répond toujours : « c'est toi qui commençait ». Voici un épisode récent, semblable dans son déroulement à beaucoup d'autres qui se sont produits avec des éducatrices de crèche ou du Centre de Jour, ou encore des assistantes maternelles :

Irène est au parc avec une adolescente qui vit chez son assistante maternelle. Elle la connaît bien et d'habitude recherche sa compagnie. L'heure du dîner approchant, l'adolescente

demande à Irène de quitter les jeux et de rentrer avec elle à la maison. Irène refuse, elle veut encore jouer. L'adolescente insiste, Irène rit, elle la nargue et la provoque en lui disant qu'elle n'a pas à lui obéir et qu'elle-même fait ce qu'elle veut. Elle cherche ainsi à la transformer en mère incompétente et peu contenante. Elle se met à courir en tous sens dans le parc, apparemment surexcitée, en riant « comme une folle ». L'adolescente qui la poursuit finit par l'attraper et tente de la porter dans ses bras. A cet instant, une expression de terreur passe fugitivement sur le visage d'Irène, puis elle prend un rictus haineux et son regard devient noir. Elle se met à hurler, à se débattre comme si l'adolescente la martyrisait. Elle agrippe les cheveux de la jeune fille et tire violemment, elle plante ses dents dans son bras et la mord jusqu'au sang, sans lâcher. Les cris ameutent d'autres personnes qui se trouvent dans le parc. Certaines accusent l'adolescente de « martyriser » Irène, mais d'autres, qui ont assisté à la scène depuis son commencement, prennent sa défense. Il faut trois adultes pour contenir Irène, qui continue à hurler, à se débattre, à lancer des coups de pieds, et la ramener chez elle.

Un autre aspect important à considérer, à propos de la répétition des situations, pourrait correspondre au principe selon lequel on ne peut identifier ce que l'on perçoit qu'à partir de ce que l'on se s'est déjà représenté.

Selon les constructivistes, l'identification, l'articulation perception-signification, serait le produit d'une construction à partir de **représentations déjà établies**. Autrement dit, toute identification serait toujours une interprétation du réel. L'objectif psychique serait de réduire l'effet d'inconnu, fortement anxiogène, d'un stimulus impensable, c'est-à-dire de le recréer en y superposant des représentations anciennes, afin de lui donner une forme reconnaissable. Quitte à ce qu'à terme, celle-ci ne corresponde plus vraiment (ou plus du tout) à la réalité. L'important serait que le moi puisse y reconnaître quelque chose de lui, pour pouvoir la « faire sienne » à son tour. Il s'agirait de donner une forme reconnaissable, donc saisissable par le moi, aux perceptions.

Ainsi, **à l'occasion d'une nouvelle expérience, qui ne serait pas forcément objectivement traumatique, mais qui présenterait des analogies, même superficielles**, avec une des situations anciennes qui avaient fait traumatisme, le moi de ces enfants se trouverait confronté à une « double charge émotionnelle ». **Il pourrait y avoir un redoublement du traumatisme passé dans l'expérience présente**. Autrement dit, ces enfants ne pourraient appréhender leur présent qu'au travers du filtre déformant de leurs traumatismes passés.

Ainsi, les manifestations physiques d'investissement et de tendresse (sourire, regard, posture corporelle, gestuelle, productions vocales...), même si elles se veulent accueillantes, signes de

bienveillance, et invitation au contact, ne sont pas forcément interprétées et comprises comme telles par les enfants qui ont expérimenté des interactions précoces très désaccordées.

Ceci est un point fondamental :

La rencontre avec une personne adaptée risque d'abord de ne faire que ramener les « souvenirs » des expériences douloureuses qui ont précédées.

*Lorsque ces enfants rencontrent une personne adaptée, ils sont d'abord envahis par une angoisse automatique et incontrôlable. **La conduite déclenchée peut alors être en adéquation avec la situation de danger antérieur mais inadéquate pour la situation actuelle. Dans ce cas, il faut comprendre que ces enfants réagissent en fonction de l'état émotionnel que suscite le retour des « souvenirs » des situations traumatisantes passées et non de la réalité externe perçue.***

En conséquence, pour éviter ou maîtriser ces effets douloureux, l'enfant cherche à contrôler la relation, souvent en avançant, en créant activement les conditions de la répétition des situations traumatiques initiales.

Il est essentiel, pour penser l'accueil des enfants séparés de leur famille par décision judiciaire, de bien comprendre ce point de leur fonctionnement. Les aléas des accueils de ces enfants montrent qu'il n'existe pas de processus immédiat et spontané d'auto-régulation, enclenché par le passage d'un « mauvais environnement » à un « bon environnement ». Ainsi, le simple fait de vivre dans un environnement « bon » en soi ne suffit pas pour que ces enfants en tirent immédiatement bénéfice.

Il faut pouvoir s'imaginer qu'un enfant qui a toujours évolué dans un environnement inadéquat s'est construit par rapport à celui-ci. Il s'est développé pour s'adapter à celui-ci, il en a tiré ses représentations de base, il a appris à s'y repérer. Son fonctionnement anormal et inadéquat si on se rapporte à nos représentations est adapté si on se réfère à l'environnement qu'il connaît.

Le fonctionnement de ces enfants repose sur une série de représentations d'eux-mêmes, du monde et des autres qui, si elles sont erronées, présentent l'avantage de fournir un « grille de lecture et d'interprétation » du monde, de soi, et des relations entre les deux, ainsi qu'une sorte de « mode d'emploi », définissant les conduites à tenir. Les termes-clés organisateurs des réactions pourraient être énoncés comme suit : « danger – persécution – sidération – lutte – fuite ou rejet - abandon ». Ces représentations de base se sont constituées très tôt, à partir des premières expériences de relation. Elles sont inscrites très profondément dans la psyché de l'enfant et elles sont peu malléables. D'autres peuvent se constituer « à côté », mais elles

n'effacent ni ne remplacent les premières. Elles amènent en général les enfants à développer une image d'eux-mêmes très dévalorisée d'enfant incompetent et non-aimable, et une image de l'adulte de référence comme imprévisible, non-fiable, non-aimant, potentiellement violent, rejetant ou délaissant, enfin cela aboutit pour eux à la nécessité absolue de maîtriser en permanence la relation.

Ainsi, il peut paraître inadapté par exemple qu'un enfant « colle » en permanence son assistante maternelle comme si elle pouvait disparaître à chaque instant, mais cela peut paraître « adapté » si l'on sait que cet enfant a vécu avec une mère qui disparaissait réellement fréquemment pendant de trop longues périodes. Pour que l'enfant change sa représentation, il risque de lui falloir beaucoup de temps et surtout beaucoup d'expériences avant qu'ils puissent se rendre compte que tous les adultes ne fonctionnent pas comme sa mère et qu'il n'est pas obligé de les surveiller en permanence. Mais cette période de changement est difficile, longue et douloureuse. Elle renvoie à l'expérience du vide... L'enfant peut se rendre compte que son système d'adaptation ne convient plus, mais il peut être difficile de le lâcher, car il lui faut accepter de passer par une phase où il ne comprend plus rien, où il ne sait plus comment se comporter ni ce qui va se passer. Ceci est très angoissant.

On peut en avoir une idée en imaginant se retrouver du jour au lendemain dans un pays étranger, dont on ne connaît ni la culture, ni les codes sociaux, et où les habitants vous disent en permanence que votre façon de vous comporter ne convient pas...

Un des effets des traumatismes relationnels précoces est de produire un multi-clivage de la personnalité : le moi de ces enfants est atomisé en plusieurs parties qui ne communiquent pas entre elles ; ceci explique pourquoi ces enfants peuvent changer brutalement d'attitude et de comportement.

Chez l'enfant violent, M. Berger a observé une alternance affective entre deux états très différents le jour et la nuit. Le jour, ces enfants sont tyranniques, imprévisibles, explosifs, destructeurs. La nuit, ils sont en proie à de terribles cauchemars et des terreurs nocturnes. Ceci lui a inspiré la formule : « terroristes le jour, terrorisés la nuit. » Mais une observation et une analyse détaillée, notamment de leurs relations aux figures parentales, a amené à distinguer plusieurs autres parties bien séparées de leur personnalité. En voici quelques-unes :

Une partie, la partie « terroriste », est correspond à un objet haineux, envahissant et agresseur, un tyran persécuteur, puissant et violent.

Une partie est correspond à un objet fou, incohérent et excité.

Une partie est identifiée aux fantasmes d'omnipotence, de toute-puissance et d'insensibilité ; elle dénie les états de besoin, ainsi que les affects de terreur et de douleur.

Une partie est identifiée à une « machine » non-humaine, qui ne ressent rien et ignore le monde qui l'entoure.

Une partie est « plâtrée », contenue dans une capsule hermétique, qui permet la survie sans hémorragie ni douleur, mais dont la rigidité et l'étanchéité empêchent tout échange, toute pensée et tout mouvement, donc toute évolution.

Une partie est identifiée à un bébé à l'agonie : un bébé désespéré, abandonné et « bombardé » d'excitations, solitaire et impuissant face à sa détresse et au danger. Cette partie est sensible, souffrante et terrifiée.

Il faut encore signaler une identification à une partie qui semble plus « saine » et correspondrait à un objet soignant, attentif, empathique et consolateur. Les manifestations de cette partie me paraissent constituer les meilleurs signes d'espoir et chances de progression chez ces enfants. J'ai pu l'observer chez beaucoup d'enfants qui avaient eu la chance d'être accueillis depuis leur plus jeune âge dans des familles d'accueil ou des petits lieux de vie de grande qualité. Soit parce que leurs comportements reflétaient une identification directe, soit par ce qu'ils indiquaient clairement qu'ils pouvaient la supposer chez la personne qui s'occupe d'eux.

Ces enfants peuvent passer très brutalement de l'identification à une partie à une autre.

Le changement est en général si soudain et si violent que les observateurs et partenaires d'interactions sont sidérés et complètement désorganisés. J'ai ainsi souvent entendu les personnes qui s'occupent de ces enfants déplorer le fait qu'elles en sont venues à « toujours être sur leurs gardes », à « apprendre à se méfier » de ces moments adaptés, et à les appréhender comme « le calme avant la tempête ». Elles déplorent ce fait car elles ont le sentiment diffus de participer à la « programmation » de la bascule, d'avoir « perdu l'espoir que l'enfant puisse authentiquement aller mieux » ; mais il leur semble s'agir ici du seul moyen de ne pas être surprises, « désarçonnées » et déçues par les manifestations de l'identification à une partie pathologique.

Les attitudes et les comportements des enfants changent selon la partie ou les parties auxquelles ils s'identifient. Le plus infime changement, qui produit une rupture dans le fragile équilibre interne, semble déclencher un insupportable sentiment de perte de sécurité, qui les précipite dans un fonctionnement psychotique, une série de réactions en chaîne incontrôlable

et terriblement anxiogène, et par conséquent dans des identifications à des parties terrifiées, puis terroristes.

Ce modèle de compréhension du mode de fonctionnement de ces enfants en « fragmentations de la personnalité et bascules entre différentes parties » permettrait de ne pas se laisser leurrer par la prédominance des expressions de l'identification à l'une ou l'autre. Le piège thérapeutique me semble tenir au fait que celles-ci peuvent masquer les autres, qui s'expriment de façon moins fréquente et / ou plus fugace. Face à un enfant qui se comporte pratiquement en permanence de façon détestable, tyrannique, tout-puissante, avide, égocentrée et malveillante, on pourrait avoir tendance à « perdre de vue » les parties souffrantes, en détresse, terrifiées, vulnérables. De même, face à un enfant qui se replie dans la « bulle » autistique, se débilise, évite pensées et relations et semble ne trouver aucun intérêt à ce que son environnement lui propose, on pourrait oublier les parties « affamées », désespérées et redoutant l'abandon.

Le drame de ces enfants est qu' à force de protections, à force de « devancer », dans un désir de contrôle, les retours traumatiques d'un environnement, en se fondant sur les représentations issues de leurs expériences précoces, ils finissent par déclencher de sa part une validation de ces représentations et une inscription dans une identité narcissiquement déplorable. Leurs comportements finissent par susciter les réactions qu'ils redoutent, leurs représentations se trouvant dramatiquement confirmées par la reproduction perpétuelle, en boucle, dans la réalité actuelle, des modèles d'interactions traumatiques dont elles étaient issues. Ils « deviennent » ces enfants non-aimables, non-séduisants, désagréables, incapables et repoussants qu'ils craignent d'avoir été pour leur premier objet, et qu'on ne peut que rejeter, abandonner, négliger ou persécuter.

*Mais avant cela, ce sont souvent des **fantasmes d'inclusion réciproque, de fusion et de dépendance symbiotique** qui sont activés.*

Il me semble que la « réanimation psychique » dont ces enfants ont bénéficié est un élément très important pour la compréhension de certains aspects de ce phénomène.

J'ai indiqué que je m'étais interrogée sur l'origine, chez ces enfants dont les premiers objets se sont montrés très inadéquats, de l'identification à cette partie « saine », qui paraît correspondre à un objet soignant, attentif, empathique et consolateur. Egalement sur l'origine

de leur capacité à sortir de l'évitement et de l'isolation pour nouer des relations d'attachement, certes très pathologiques, mais réelles et intenses.

Si on étudie l'évolution des modes de relation à leur objet de ces enfants, on s'aperçoit qu'ils semblent être passés de l'évitement à un cramponnement et une dépendance extrêmes à celui-ci. Beaucoup d'assistantes maternelles m'ont ainsi rapporté qu'après quelques mois, elles ne pouvaient plus « décrocher » d'elles l'enfant accueilli. Il fallait le porter et le tenir « peau contre peau » en permanence, jour et nuit, sous peine de déclencher des hurlements de douleur, de terreur et de rage, dès qu'elles le déposaient dans son lit, sur un tapis ou dans un transat, même si elles demeuraient à côté de lui...

Plusieurs enfants ne parvenaient à s'endormir qu'à condition que leur assistante maternelle ou leur éducatrice s'allonge près d'eux ou leur tienne la main, mais ils se réveillaient dès que celle-ci tentait de se dégager pour rejoindre sa chambre.

A partir du moment où ils avaient acquis la faculté de se déplacer, ils s'étaient mis à les suivre partout et à tenter de les agripper et de grimper sur elles. En grandissant, certains ont abandonné le cramponnement physique, mais semblent l'avoir remplacé par l'agrippement par la voix et le regard.

Ils s'étaient ainsi mis à développer une forme d'investissement qui portait à l'origine exclusivement sur leur propre corps et sur des objets inanimés (les parois ou barreaux du lit, par exemple), puis qui a englobé leur assistante maternelle. Comme si l'objet-assistante maternelle était devenu, grâce à l'activation de puissants fantasmes symbiotiques, une nouvelle partie d'eux-mêmes. Je pense en effet que dans les premiers temps de l'attachement, ils ne percevaient pas l'assistante maternelle en objet total, mais plutôt de façon fragmentée, comme le font les nourrissons. Ils investissaient ces fragments pour s'y coller-identifier, en fusionnant avec les qualités de surface de l'objet-sensation-peau, l'objet-sensation-voix, l'objet-sensation-regard attentif, l'objet-sensation-cheveux, l'objet-sensation-chaleur, l'objet-sensation-parfum, l'objet-sensation-support.

Le problème est que ces enfants semblent n'avoir jamais pu sortir de ce mode de fonctionnement et d'investissement de la personne à laquelle ils sont attachés.

De ce fait, si les « soins intensifs » de l'objet externe paraissent leur avoir été indéniablement salutaires et bénéfiques, il me semble que la façon dont ces enfants les auraient investis aurait produit une véritable addiction : ils ne pourraient plus se passer de lui, la perception de l'absence et du manque déclencherait des souffrances terribles, des états de terreur paroxystiques, des vécus d'agonie psychique, que seul le contact perceptif direct avec l'objet pourrait apaiser. Ainsi se trouveraient-ils « piégés » dans ce système, car cet objet-nébuleuse-

de-sensations n'est pas une partie d'eux-mêmes dans la réalité, elle n'est donc pas indéfectiblement à leur disposition comme leurs propres membres, leur musculature ou leur voix. Elle peut donc « manquer à l'appel », faire défaut, se refuser, disparaître.

Ainsi se referme le cercle vicieux originel, qui abolit les distinctions entre les pulsions de haine et les pulsions d'amour: se trouver attaché et dépendant d'un autre, séparé, différent, susceptible de faire vivre toutes sortes d'excitations et de terreurs, et de réactualiser ainsi toutes les expériences précoces traumatiques.

Les personnes qui sont confrontées aux agirs violents et aux provocations de ces enfants disent que, dans un premier temps, elles ne savent plus que penser, ni comment se comporter, ou encore qu'elles ne « comprennent » pas ce qui se passe chez l'enfant, en elles et entre eux. Toutes ces expressions me paraissent indiquer qu'elles sont « **décontenancées** », au sens littéral du terme. Elles perdent leurs contenants de pensées, elles sont poussées hors de l'enveloppe de leur moi, et ne peuvent plus intégrer à leur moi l'expérience qu'elles sont en train de vivre.

Puis ces personnes disent qu'elles deviennent « hors d'elles », et qu'elles ne se sentent plus elles-mêmes. La question est alors qui, quel « coucou », occupe la place ainsi laissée vacante ?

Confrontés à l'incapacité de liaison de certains éléments de leurs expériences émotionnelles, ainsi que de certaines parties de leur personnalité, ces enfants éprouvent la nécessité de s'en débarrasser, de les expulser hors d'eux-mêmes.

Il semble qu'ils ont alors recours à un procédé qui pourrait porter le signe d'un espoir de reprise signifiante. Selon ce procédé, ils pourraient tenter de « mettre dehors » les éléments indésirables et désorganisateur, mais sans s'en séparer vraiment, en les évacuant dans la psyché de l'autre, *utilisé en double de soi*³.

Pour être investi en « double de soi », et ainsi ne pas faire ressentir des angoisses de perte, de l'envie et de la jalousie à l'enfant, l'autre ne peut être sujet autonome à ses yeux. Il doit rester une partie de lui-même, son instrument, sa prothèse, son réceptacle, objet-partiel-sein.

Cet investissement me semble avoir une dimension qu'il convient de ne pas sous-estimer, car elle permet d'enrichir la compréhension du phénomène de collage tyrannique. En effet, j'ai le sentiment qu'il révèle que l'autre est appréhendé un peu comme le serait un apprentis accolé à une maison d'habitation. On se débarrasse dans un apprentis des objets indésirables de la maison, ceux que l'on trouve laids, inutiles ou qui rappellent des souvenirs désagréables ou

³ M. Berger, entretien personnel

douloureux, mais qu'on ne peut se résoudre à jeter, dont on a des scrupules, souvent peu élaborés et intelligibles, à se séparer définitivement, et qu'on conserve sous le prétexte : « cela peut toujours servir »... Ainsi, il me semble que l'autre pourrait être appréhendé de la sorte, et que ceci permettrait à l'enfant de mettre au-dehors de soi ses éléments non-désirés à l'intérieur, tout en ne s'en séparant pas vraiment. Quels sont ces éléments?

La façon dont les comportements violents que ces enfants font subir à leur objet en le sidérant ou, autrement dit, le « laissant sans voix » et sans capacité de penser, le transformant/l'identifiant ainsi à un petit enfant sans langage et au développement immature, à la fois désespéré et plein de rage, me semble révéler que se répète, de manière retournée, la violence qu'ils ont subie de la part de leur(s) premier(s) objet(s) : être dénié en tant que sujet ressentant et pensant, être instrumentalisé, être envahi de projections non-élaborées, ne pas pouvoir soi-même faire accueillir et élaborer ses projections, être laissé seul, paralysé, impuissant, par un objet à la fois impitoyable et insaisissable. Être envahi également de ce fait par des mouvements de haine et des désirs de destruction de la relation.

C'est précisément cela qui est en attente d'être accueilli, pensé et reconnu par l'autre.

Dans ce mouvement d'annexion, qui précède et prépare la colonisation, on peut percevoir chez ces enfants une quête de solution qui consisterait à trouver un objet du monde capable de remplacer leur manque de lien avec les éléments traumatiques de leur propre univers émotionnel et sensoriel. Ainsi, s'ils prétendent réduire cet objet à l'esclavage, ce serait pour s'assurer tout de même un chemin vers la restitution dans la réalité sensible, donc vers le progrès.

En ce sens, cet investissement singulier de l'objet externe relève du **lien traumatique** et préfigure un processus de traitement « après-coup », dans la mise en place de conditions par lesquelles ils pourraient essayer de contenir un ensemble de vécus qui cherchent à se frayer un chemin et à se signifier dans le psychisme. En effet, le travail du lien traumatique pousse le sujet à faire usage de tout ce qui s'offre à lui dans le monde externe pour faire advenir ce qui « l'agite » intérieurement. Ce travail correspondrait à un effort pour **construire de l'extérieur, à la périphérie de soi**, quelque chose qui travaille le sujet de l'intérieur.

L'objectif de la répétition des situations traumatiques avec un nouvel autre pourrait être de rejouer la scène, mais cette fois avec un adulte qui pourrait comprendre la détresse sous-jacente, la recevoir et lui répondre. On perçoit ici l'importance de la capacité de l'adulte à ne pas réagir qu'au premier niveau de ce que montre l'enfant, mais d'être toujours attentif à la détresse et au besoin qu'il cache. C'est parce que ce nouvel adulte saura être réceptif, constant et créatif dans les réponses qu'il apporte aux comportements de l'enfant que celui-ci peut

sortir de la répétition à l'identique des situations initiales, et qu'il pourra non seulement accéder à la découverte que sa détresse peut être entendue et reconnue, mais qu'elle peut avoir un sens et trouver une réponse aidante. Cette expérience ouvre à l'espoir, et peut permettre une modification des représentations, donc le changement et l'arrêt de la compulsion aliénante de la répétition. Mais pour cela, il faut, comme l'affirmait D.W. Winnicott, que la personne qui s'occupe de l'enfant doit être prêt à supporter la tension et à jouer le rôle d'une mère de nourrisson, « *sans s'attendre à ce que le (sujet) sache quoi que ce soit de ce qu'il fait, peut-être pour une longue période.* »⁴

A ce propos, bien que je n'ai pas le loisir de développer cet aspect, je tiens à signaler qu'on retrouve ces phénomènes, avec les processus défensifs qui les sous-tendent et les motivent, dans les relations entre les personnes qui « gravitent » autour de ces enfants : entre celles qui s'occupent d'eux (les familles et couples d'accueil, les membres d'une équipe soignante, éducative ou pédagogique) et entre celles-ci, et d'autres qui n'y sont pas directement confrontées. Ceci par effet de projection, là encore, et de diffraction dans la groupalité, parce que les éléments initialement projetés par ces enfants et demeurant en souffrance d'élaboration sont projetés à leur tour par chaque récipiendaire, telles des « patates chaudes ». Ils passent ainsi d'un espace psychique à un autre, tant qu'ils n'ont pas trouvé de *locus* adéquat, qui leur donne une forme et un sens « pensable ». Les signaux indiquant leur présence sont les conflits à répétition, à forte charge émotionnelle mais faible degré d'élaboration, le « brouillard cognitif », le déni de la validité des ressentis, des besoins et des compétences de l'autre et le sentiment d'urgence à agir, court-circuitant le temps de la pensée. Ce sentiment d'urgence (bien connu des professionnels des services de protection de l'enfance) est un signal d'alarme d'activation de la logique du traumatisme et du retour des vécus de catastrophe⁵.

Bien d'autres idées, notamment à propos de l'ajustement des pratiques, sont nées de cette recherche, et font toujours l'objet d'une expérimentation. Mais bien d'autres pistes demeurent à explorer. Il me semble qu'elles constituent autant d'appels à poursuivre la recherche, comme autant d'invitations au questionnement et à l'imagination créative. Elles dessinent des

⁴ WINNICOTT D.W., (1947), La haine dans le contre-transfert, in (1958) *De la pédiatrie à la psychanalyse*, pp.72-82., p.77

⁵ BONNEVILLE E., Communication réalisée à Nice le 2 décembre 2005, pour l'I.E.S.T.S., Transfert et répétition des dysfonctionnements familiaux dans les liens institutionnels. Prévenir la violence.

perspectives à parcourir sur les voies de la pratique, de la pensée et de l'écriture, pour tenter de toujours mieux comprendre et accueillir les liens en souffrance chez ces enfants énigmatiques.

Je vous remercie.