

La petite enfance est une période du développement chargée et sensible. Les processus psychiques à l'œuvre contribuent à la construction de la subjectivité et des assises de la personnalité : processus d'individuation et d'autonomisation, développement de la sexualité infantile, déploiement des processus cognitifs et de symbolisation, développement de l'empathie et de la sollicitude pour l'autre...L'évolution du petit enfant se fait dans le creuset familial, en lien avec le fonctionnement psychique de ses parents.

Ce livre fournit des repères aux professionnels pour leur permettre de mieux comprendre ces processus psychiques afin de pouvoir en repérer les points d'achoppement et les dysfonctionnements à travers les symptômes que présente le petit enfant. Ces symptômes sont comme la partie immergée de l'iceberg et doivent toujours renvoyer au fonctionnement de la famille.

Marie-Paule Durieux est pédopsychiatre et psychanalyste. Elle a une pratique de psychothérapie d'enfants, d'adolescents, d'adultes et de psychothérapie familiale. Elle est également consultante dans le service de néonatalogie de l'HUDERF à Bruxelles.

Formatrice agréée pour le Brazelton NBAS, elle est engagée dans plusieurs activités de formation et est l'auteur de divers articles notamment en néonatalogie.

yapaka.be

Coordination de l'aide
aux victimes de maltraitance
Secrétariat général
Fédération Wallonie-Bruxelles
de Belgique
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles
yapaka@yapaka.be



DÉVELOPPEMENT ET TROUBLES DE L'ENFANT 1-4 ans

MARIE-PAULE DURIEUX

yapaka.be

83

DÉVELOPPEMENT ET TROUBLES DE L'ENFANT

1-4 ANS

Marie-Paule Durieux

LECTURES

TEMPS D'ARRÊT

yapaka.be

Développement et troubles de l'enfant

1-4 ans

Marie-Paule Durieux

Temps d'Arrêt / Lectures

Une collection de textes courts destinés aux professionnels en lien direct avec les familles. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes. – 8 parutions par an.

Directeur de collection : Vincent Magos assisté de Diane Huppert ainsi que de Meggy Allo, Laurane Beaudelot, Philippe Dufromont, Philippe Jadin et Claire-Anne Sevrin.

Le programme yapaka

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations de la Communauté française de Belgique (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection « Temps d'Arrêt / Lectures » est un élément du programme de prévention de la maltraitance yapaka.be

Comité de pilotage : Annalisa Casini, Marc De Koker, Etienne De Maere, Stephan Durviaux, Nathalie Ferrard, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Françoise Guillaume, Pascale Gustin, Françoise Hoornaert, Francine Roose et Juliette Vilet.

Les premiers pas vers l'autonomie et la différenciation ..5	
Les conditions d'arrière-fond	6
Les étapes du changement	13
Développement de la sexualité infantile	25
La phase phallique	25
Le complexe d'Œdipe	27
L'identité sexuée	29
Considération sur la sexualité infantile	30
Les signes de souffrance	31
Les troubles du comportement	31
Les troubles de l'apprentissage de la propreté	40
Les retards de développement	45
Les retraits autistiques	46
Les troubles alimentaires	46
Les troubles du sommeil	48
Les manifestations d'angoisse	50
La dépression	51
L'hyperactivité	51
Les troubles de l'identité sexuée	53
Comment peuvent intervenir les soignants	55
Bibliographie	58

Une initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.

Les premiers pas vers l'autonomie et la différenciation

Cette phase du développement du petit enfant, qui est aussi celle de la construction progressive du narcissisme secondaire, ne débute pas à un moment bien défini dans le temps ; elle s'installe progressivement ; elle est dans un premier temps intriquée à la première phase du développement du bébé qui est celle de la construction du narcissisme primaire et de la sécurité de base à travers la relation aux personnes qui assurent une fonction maternelle.

Le bébé commence doucement à se différencier de sa mère et à s'identifier à d'autres personnes ; il réalise petit à petit qu'il est un individu à part entière, qu'il peut vouloir, désirer, penser des choses différentes et il va affirmer cette subjectivité nouvelle à travers des comportements d'opposition.

Il commence à pouvoir se passer de sa mère, il arrive petit à petit à se débrouiller tout seul pour une série de tâches de la vie quotidienne. Il apprend peu à peu qu'il n'est pas tout-puissant, qu'il n'est pas le centre du monde. Il en ressort la construction d'une meilleure prise en compte de la réalité, ce qui peut s'accompagner parfois de colères très intenses lors des frustrations.

C'est un long chemin pour l'individu que celui de la construction de son identité, du développement de son autonomie, de l'appropriation de la réalité, un chemin qui dure toute la vie.

Les conditions d'arrière-fond

Cette évolution du bébé est liée à différents facteurs de niveaux différents qui vont converger, se conjuguer et se potentialiser. Elle va s'appuyer sur un fonctionnement familial dans lequel la fonction paternelle prend de plus en plus d'importance.

Le narcissisme primaire

Aborder cette phase sera plus facile pour le bébé s'il a pu se construire, dans les premiers liens, une sécurité intérieure et un narcissisme primaire suffisamment solides. Il bénéficie alors d'une confiance en lui-même et en son entourage suffisante pour avoir envie de se débrouiller seul et d'explorer le monde extérieur sans se sentir trop en danger. Les réserves d'omnipotence qu'il a pu emmagasiner vont lui permettre d'affronter plus facilement les désillusions de la vie sans se sentir trop brutalement tomber de son piédestal ; il va pouvoir mieux supporter les frustrations. Il aura moins peur de ses propres mouvements agressifs.

La maturation neurologique

La maturation neurologique permet en particulier l'apprentissage de la marche et la maîtrise des sphincters qui ont une influence importante sur le développement de l'autonomie du petit enfant. Elle permet aussi, dans un deuxième temps, le développement de la motricité fine.

Les capacités cognitives

L'évolution des capacités cognitives va dans le sens d'une meilleure compréhension des relations et du fonctionnement du monde extérieur. Le développement de niveaux supérieurs d'abstraction permet d'accéder à des capacités de représentation plus élaborées. Cette évolution est liée bien sûr à la maturation du cerveau et de ses circuits neuronaux ; les neurosciences ont montré qu'elle dépend non seulement de la génétique et de l'intégrité des structures cérébrales, mais aussi des expériences faites par le bébé au sein de son environnement.

L'évolution de la famille

La relation mère-bébé

Centrée exclusivement sur son bébé durant les premiers mois, la mère va ensuite se tourner davantage vers le monde extérieur et d'autres investissements : son compagnon, ses amis, son métier, les sorties Elle retrouve le contact avec son identité de femme, sa sexualité. Certaines mères se sentent très coupables de ce mouvement et se l'interdisent.

La mère va introduire progressivement des petits écarts dans sa réponse au bébé. Elle ne s'ajuste plus si étroitement aux besoins et aux désirs de celui-ci. En outre, le bébé est confié à d'autres, les moments de séparation avec sa mère sont plus nombreux et plus longs, voire très longs après la reprise du travail.

Le bébé vit des moments de frustration plus nombreux. Il découvre que tout ne tourne pas autour de lui et qu'il n'est pas le centre de la vie de sa mère. Son père et sa mère ont des relations dont il est exclu ; il pressent la sexualité de ses parents, toutes ces bonnes choses qu'ils font quand il n'est pas là ! Il y a éventuellement des frères et/ou sœurs qui sont aimés au même titre que lui et qui accaparent l'attention de sa mère. Il commence à réaliser que sa mère n'est pas sous son contrôle ; il découvre qu'il dépend de l'autre pour la satisfaction de ses besoins et de ses désirs. Le bébé, le petit enfant va éprouver différents affects intriqués : des affects de colère voire de rage impuissante plus ou moins intenses, plus ou moins exprimés en fonction des situations, et des angoisses qui peuvent prendre des formes différentes.

La manière dont les parents vont répondre à ces manifestations de leur bébé sera déterminante pour l'évolution de la situation.

La fonction paternelle

Au cours de cette période, la fonction paternelle va être fondamentale pour permettre la différenciation et l'autonomisation du petit enfant.

L'évolution du contexte socio-culturel

Classiquement, la fonction paternelle est du côté de l'autorité, des limites, du rôle de tiers séparateur de la mère et du bébé ; elle est assumée par le père. Historiquement, notre société est issue des sociétés patriarcales phalocrates. Le père détenait l'autorité et assurait une fonction de transmission de son nom et des valeurs familiales. Il avait le pouvoir sur sa femme et ses enfants. Le vingtième siècle a vu la naissance du féminisme et de la lutte des femmes pour l'égalité des sexes, lutte qui a amené une remise en cause de l'image et du pouvoir des hommes et des pères. Mai 68 a vu se déployer tout un courant de contestation de l'autorité classiquement détenue par les hommes. Actuellement, au sein des familles, les différences tendent à s'estomper ; les mères travaillent, les pères s'impliquent plus auprès de leur bébé : ils les changent, donnent le bain et le biberon ; ils assument une fonction maternelle.

Parallèlement, les conceptions éducatives ont évolué ; le dialogue, l'écoute, la compréhension sont privilégiés. Les enfants ont droit à la parole, on essaie de leur expliquer, plus de leur imposer. Cet acquis a aussi son corollaire : la tendance à oublier que la confrontation est parfois nécessaire et les limites rassurantes et structurantes pour l'enfant. Or en lien avec la remise en cause de la figure paternelle détentrice de l'autorité, les limites ont tendance à être vécues comme blessantes, abusives et arbitraires dans notre société. Les désirs doivent être satisfaits, l'attente et le renoncement sont vécus comme insupportables. Les parents ont tendance à vouloir combler leurs enfants, en tout cas sur le plan matériel.

En outre, les interdits posés aux enfants et aux adolescents diminuent mais les exigences en termes de réussite et de performances semblent augmenter.

Les lois en lien avec le droit familial se sont modifiées au profit de l'autorité parentale conjointe. La généralisation actuelle de la garde alternée en cas de séparation du couple parental pose la question des besoins

de l'enfant, parallèlement au questionnement fondamental sur ce qu'est être mère ou être père.

La fin du vingtième siècle et le début du vingt-et-unième siècle sont véritablement le siège d'une crise de l'identité masculine.

Une certaine confusion

Les fondements biologiques sont les plus évidents et déterminent la différence des sexes, qui s'inscrit au niveau des organes reproducteurs, de l'imprégnation hormonale et des signes sexuels secondaires. La femme porte le bébé et l'allait.

Les théories psychanalytiques ont beaucoup évolué depuis Freud, parallèlement aux changements socio-culturels, et insistent actuellement sur la bisexualité propre à l'homme. En outre, elles s'appuient sur le biologique pour essayer de décrire, de manière analogique, les caractéristiques psychiques masculines et féminines : le masculin serait du côté de l'activité, de l'investissement de l'extérieur, de la pénétration, du côté du dur et de la limite ; le féminin serait du côté de la passivité, de l'investissement de l'intérieur, du côté du souple et du contenant ; ces deux composantes se trouvent combinées chez les hommes et chez les femmes selon des modalités propres à chaque individu, chaque famille, chaque culture.

Mais il est clair que, dans nos sociétés occidentales, les courants de pensée hérités du passé sur la place de l'homme et de la femme, du père et de la mère continuent à nous imprégner et que pour chacun, à un niveau inconscient, la transmission transgénérationnelle familiale est très active sur le plan de nos représentations. Tout cela induit une certaine confusion, une certaine déstabilisation, et peut rendre difficile une définition « objective » de la fonction paternelle.

Tentative de définition

On peut tenter de définir deux fonctions, une fonction maternelle et une fonction paternelle comme

non exclusives de l'un ou l'autre parent. Chacun des parents assume une fonction maternelle et une fonction paternelle, bien sûr dans des proportions qui dépendent de la structure familiale.

Voici quelques éléments permettant de penser la fonction paternelle :

- le père représente « l'autre » dans la vie de la mère et introduit la tiercéité.

Le premier niveau pourrait être : « Je ne suis pas seul dans la vie de ma mère » ; le père représente les autres investissements de la mère.

Le deuxième niveau introduit à la dimension de la sexualité et de l'Œdipe : le père est l'autre qui a des relations sexuelles avec la mère, relations qui éveillent à la fois la curiosité, l'envie et la colère du bébé. La mère quitte son bébé pour rejoindre le père qui la réclame comme sa femme ; ce qui est très structurant pour le bébé et amène pour lui la notion essentielle de l'interdit de l'inceste et la différence des générations.

- Le père représente le tiers dans la relation mère-bébé, de la même manière que la mère représente le tiers dans la relation père-bébé.

Le père comme tiers tend à la mère et à l'enfant le miroir de leurs relations ; la manière dont le père va regarder la relation mère-bébé permet la représentation de cette relation et une certaine distanciation. Le père est le tiers qui sépare la mère du bébé et qui permet que le bébé ne soit pas englouti dans la relation duelle fusionnelle des premiers temps. Il introduit la triangulation et favorise l'évolution de la relation, la différenciation et l'autonomisation du petit enfant. Enfin, le père est le tiers qui amène sa différence, un autre point de vue, de l'oxygène dans la relation.

- La troisième dimension concerne l'exercice de l'autorité

La personne qui exerce la fonction paternelle exerce une fonction d'autorité, impose des règles, met des interdits, éduque.

- La fonction paternelle, c'est aussi être un deuxième parent qui s'offre comme « objet d'amour » et d'identification.

Le vécu des parents au cours de cette période

La manière dont les parents vont vivre cette période davantage conflictuelle va avoir un impact important sur le développement du bébé et l'apparition ou non de signes de souffrance.

Le premier point concerne la façon dont les parents vont recevoir les manifestations agressives de leur petit enfant et comment ils vont s'accorder pour y répondre. En particulier, la manière dont la mère, dans les premiers temps de la sortie de la période fusionnelle, va réagir aux affects plus destructeurs de son bébé, à sa rage, à ses colères... sera déterminante. Ce qui est en jeu alors est sa capacité à faire face aux comportements agressifs de son enfant à la fois sans se sentir détruite et sans exercer des rétorsions ou représailles violentes. Si la mère se sent déprimée, se montre triste et atteinte, ou si elle devient agressive vis-à-vis de son enfant, si elle n'arrive plus à le câliner ou le consoler, si elle laisse d'autres personnes s'occuper de lui, dans ces deux cas de figure, le petit enfant aura le sentiment d'avoir détruit la mère aimante et donnante qui était la sienne ; cela va générer une insécurité et des angoisses importantes, avec souvent un cercle vicieux : il va chercher, de manière paradoxale, à retrouver la mère aimante d'avant en se montrant de plus en plus agressif, espérant à chaque fois inconsciemment recevoir une autre réponse. Par contre, si la mère continue à être une mère aimante, disponible, pleine de sollicitude, et à offrir à son bébé de bons moments de plaisir partagé, l'enfant est rassuré et apaisé.

Winnicott a théorisé sous un autre angle l'importance que les parents puissent résister à la destructivité de leur enfant. La mère en n'étant pas détruite par l'agressivité de son enfant calme la culpabilité et l'angoisse de celui-ci. Mais pas seulement : elle lui permet aussi de réaliser et comprendre qu'elle est en dehors de son contrôle omnipotent ; elle est réelle, elle a une existence propre et n'est pas seulement le support de ses désirs et projections. Elle n'est pas abîmée par ses fantasmes violents. L'enfant va pouvoir alors s'appuyer sur elle pour grandir et se développer.

Une remarque importante à propos des mères : ne pas être détruite par l'agressivité de son bébé et ne pas y répondre par une rétorsion ne signifie pas qu'elles ne doivent pas réagir ; il est important qu'elles s'autorisent à mettre des limites, à être fermes, voire à sévir et à se fâcher lorsque c'est nécessaire.

Le rôle du père est très important, à la fois comme soutien de sa compagne et comme intervenant de première ligne face aux manifestations de colère de son enfant. Une incapacité du père à assumer une fonction d'autorité ou, à l'inverse, une sévérité excessive risquent aussi de cristalliser une situation difficile.

Le deuxième point concerne la façon dont les parents vivent, de la part de leur enfant, l'affirmation de sa différence et ses velléités d'indépendance.

Certaines mères ressentent cela comme une trahison, une rupture blessante des relations harmonieuses et complices, voire un rejet de la part de leur enfant ; d'autres au contraire vont encourager leur enfant dans son mouvement d'autonomisation, qui les soulage par rapport à des relations fusionnelles vécues comme étouffantes ou parce que, pour elles-mêmes, la prise d'indépendance a été salvatrice dans leur vie. De la même manière, les pères peuvent favoriser l'autonomisation ou, au contraire, laisser leur enfant dans une relation fusionnelle parce qu'elle leur a manqué quand ils étaient petits ou qu'ils en ont la nostalgie, ou encore parce qu'ils n'ont pas le courage de contrer leur femme.

Tous les cas de figures sont possibles. La réaction de chaque parent est en lien avec la résonnance consciente et inconsciente que le comportement de leur enfant a au plan de leur histoire personnelle. Elle dépend pour une bonne part de la relation qu'ils ont eue comme bébé, enfant, adolescent avec leurs propres parents, de la manière dont ils ont vécu leur propre autonomisation, de la manière dont l'agressivité était gérée dans leur famille, de la façon dont l'autorité était exercée...

Cette phase de développement est très structurante pour l'enfant ; elle débouche sur une meilleure appré-

hension de la réalité, une réduction de l'omnipotence, le développement d'une certaine autonomie et le vécu d'une subjectivité plus affirmée. Mais il peut y avoir des écueils ; si le contact avec la réalité est trop dur et la désillusion trop brutale, le petit enfant tombe de son piédestal et se retrouve blessé narcissiquement, ce qui peut amener chez lui des troubles du comportement avec une intolérance majeure à la frustration ou des symptômes dépressifs. Si les parents ne permettent pas l'autonomisation, l'enfant peut être enfermé dans une relation fusionnelle de dépendance avec sa mère, relation génératrice d'angoisses phobiques très invalidantes qui peuvent se poursuivre jusqu'à l'âge adulte.

Les étapes du changement

L'angoisse du huitième mois et la capacité de se différencier

La première étape de cette évolution est l'apparition de l'angoisse du huitième mois, laquelle est un signe très important : le bébé se sent exister comme une personne à part entière et il perçoit l'autre comme un sujet différent, c'est-à-dire reconnu, conçu, représenté abstraitement, de manière permanente en tant que séparé et autre. Ce qui permet l'accession au narcissisme secondaire, à savoir la construction progressive d'une identité qui s'affirme dans ses particularités et ses différences.

L'angoisse du huitième mois ou l'angoisse de l'étranger symbolise l'angoisse face à l'absence de la mère qui peut s'en aller, risquer de ne pas revenir, de disparaître. Lorsque l'angoisse du huitième mois n'apparaît pas, c'est un signe qui doit alerter les professionnels et qui va dans le sens d'un processus d'individuation entravé. Mais elle peut être aussi très intense et signe alors des angoisses de séparation majeures qui circulent entre le bébé et sa mère.

Laetitia naît à 25 semaines ; elle pèse 800 g. Elle a un grand frère de 6 ans et une petite sœur de 3 ans. Elle évolue très bien et ne fait pas de complications impor-

tantes. Cependant, la souffrance de la maman reste très prégnante tout au long du séjour dans le service néonatal, en lien avec les séparations ; chaque jour, elle a le sentiment d'abandonner son bébé lorsqu'elle quitte l'hôpital et elle vit un écartèlement douloureux entre ses aînés et Laetitia. Le papa, lui, est surtout inquiet pour l'évolution de Laetitia et le risque de séquelles. Après la sortie, la maman se déprime ; pendant plusieurs mois, elle est incapable de sortir de chez elle et de voir du monde à part la famille proche ; elle se consacre totalement à ses enfants. Je verrai cette maman avec Laetitia régulièrement pendant le séjour dans le service néonatal et après la sortie ; au-delà du traumatisme de cette naissance, nous essayerons de comprendre la résonance en elle de ces événements et nous pourrons suivre plusieurs pistes. J'en relèverai deux ici ; ses parents se sont séparés quand elle était petite ; son père est parti vivre à l'étranger ; il revenait deux fois par an et les séparations avec lui étaient très douloureuses. Ce qui viendra plus tardivement dans les entretiens, c'est le souvenir d'une solitude très grande dans l'enfance en lien avec une mère très prise par son travail et très absente. Elle réalise seulement à ce moment combien elle en a souffert et à quel point elle veut éviter cela à ses enfants.

Laetitia évolue bien et au fil des consultations, elle s'éveille de plus en plus, gazouille et se montre très interactive. La maman s'apaise et va progressivement mieux.

Les parents reviennent me voir lorsque Laetitia a 12 mois en âge corrigé. Laetitia développe une angoisse de l'étranger très intense qui les inquiète ; seuls ses parents et frère et sœur peuvent l'approcher et la toucher. Par ailleurs, elle ne tient pas encore debout. Au début, Laetitia se détourne de moi lorsque j'essaie de lui parler et fait mine de pleurer ; après un certain temps, si je reste à distance, elle accepte de me regarder et sourit. Nous essayons de comprendre ce qui se passe et je réalise que la maman, qui ne travaille pas, ne s'est jamais séparée de Laetitia ; elle n'a jamais pu se résoudre à sortir sans elle ni à la confier même à ses proches ; en outre, Laetitia est beaucoup dans

ses bras ; elle a besoin de la garder contre elle ; elle a peur aussi de la déposer par terre, qu'elle tombe et se blesse. Laetitia n'a pu expérimenter ni les séparations ni le désir et le plaisir de l'autonomisation progressive ; elle partage des angoisses de séparation intenses avec sa mère. Les parents vont réaliser cela et progressivement changer leur mode d'être avec leur fille.

La marche

Durant les premiers mois, Le bébé est complètement sous la dépendance et le contrôle de sa mère pour la satisfaction de ses besoins et c'est elle qui décide aussi des moments de rencontre et des moments de séparation. L'autonomisation motrice du petit enfant, et en particulier la marche, lui permet de gérer lui-même activement la distance à sa mère, de s'éloigner, de se rapprocher, de se cacher, de réapparaître ; il peut l'inquiéter s'il disparaît. Ses mains sont libérées par la station debout et il peut se saisir lui-même des objets qu'il convoite. Il commence à avoir envie de faire les choses tout seul, sans aide. Mais comme on l'a vu avec la situation de Laetitia, il faut à la fois qu'il puisse éprouver le désir d'expérimenter l'éloignement par rapport à sa mère et qu'il ait une liberté motrice suffisante pour le vivre. Par ailleurs, le bébé perçoit les angoisses de ses parents ou encore leur ambivalence à ce qu'il grandisse et s'autonomise, et cela peut inhiber son développement.

L'analité et le contrôle sphinctérien

Le bébé découvre petit à petit un plaisir lié à d'autres zones corporelles que la bouche : le rectum et l'anus d'abord, mais aussi déjà la vessie, le sphincter urinaire et la zone génitale.

L'enfant s'exerce progressivement à la maîtrise de ses sphincters. Le plaisir est lié à la rétention des selles, avec une sensation de tension dans le ventre et de poussée sur l'anus, et ensuite à l'expulsion des selles avec la diminution de la tension et le passage des selles par l'anus. Le plaisir en lien avec la rétention et l'expulsion des urines est également présent, même si l'anus

est de façon prédominante la nouvelle zone érogène. L'enfant découvre petit à petit le plaisir lié au contrôle de son propre corps.

L'Progressivement ses parents essaient de l'éduquer à la propreté et exercent sur lui une contrainte liée à une nouvelle règle : il doit maintenant uriner et déféquer sur le petit pot. Il peut avoir envie de leur faire plaisir ou au contraire de s'opposer à eux et de les faire enrager ; il découvre avec délectation son pouvoir sur ses parents, ce qui lui fait éprouver un sentiment de force et de puissance.

Ce que l'enfant expérimente sur le plan somatique, il va l'appliquer à ses relations aux autres et à ses contenus psychiques : il essaie de contrôler les autres et de maîtriser ses sentiments ; il est dans l'oscillation entre rétention et expulsion, garder ses objets et possessions précieuses ou les sentiments positifs, expulser ce qui est sale ou sans valeur ou son agressivité.

Le NON et l'opposition

Le « non » circule beaucoup entre les parents et l'enfant durant cette période.

L'acquisition du « non » est une étape importante pour le bébé. Il affirme par là sa subjectivité, sa volonté et sa différence : « Je suis différent de toi, je ne veux pas ce que tu veux, je veux autre chose, je refuse de t'obéir. » Il confronte aussi son omnipotence à la réalité qu'il doit affronter et intégrer.

Il commence à s'opposer à ses parents et teste leurs limites.

Le « non » est également très utilisé en cette période par les parents qui mettent des limites à leur enfant et à sa toute-puissance (on ne peut pas faire tout ce que l'on désire), qui lui apprennent les règles familiales, qui lui expliquent ce qui est permis et ce qui est interdit. Ce « non » parental est très structurant pour l'enfant. Il l'oblige à prendre en compte les désirs de ses parents et la réalité extérieure et à intérioriser progressivement

les règles, les limites et les interdits, ce qui va représenter pour lui la première forme de surmoi. Il va devoir progressivement apprendre à attendre, à accepter de reporter la réalisation de ses désirs à plus tard et à utiliser l'aide des autres, c'est-à-dire qu'il ne peut pas tout faire tout seul.

La façon dont les parents vont exercer leur autorité et éduquer leur enfant va avoir un grand impact sur son comportement futur. Il y a tout un gradient de manières de faire entre l'autorité abusive et le laxisme total. Entre ces pôles plus pathologiques, chaque parent a son style et sa façon de faire, mais l'essentiel est que l'enfant puisse reconnaître les règles comme bonnes et nécessaires.

La gestion de l'agressivité et la position dépressive

Le petit enfant, à cette période de sa vie, doit faire face à des mouvements émotionnels agressifs plus intenses en lien avec les frustrations plus nombreuses qu'il subit, la nécessaire désillusion face à la réalité et la conscience plus grande de sa dépendance. Cette agressivité prend la forme de fantasmes sadiques, violents, qui l'angoissent beaucoup. Il va ressentir à l'égard des personnes qu'il aime ce que l'on appelle un conflit d'ambivalence, c'est-à-dire à la fois des sentiments d'amour et des sentiments de haine qu'il va devoir gérer et mettre ensemble. Mélanie Klein qui est une psychanalyste de la première moitié du vingtième siècle, s'est beaucoup penchée sur cette période de la vie de l'enfant ; elle décrit deux positions psychiques, la position schizo-paranoïde et la position dépressive ; le petit enfant oscille entre ces deux positions mais progressivement lorsque tout se passe bien, c'est la position dépressive qui devient prédominante.

La position schizo-paranoïde

Lorsque le petit enfant est en proie à la colère, la frustration, la jalousie, ces émotions se traduisent par des fantasmes agressifs voire violents très envahissants, qui prennent à cet âge-là une forme corporelle ; par exemple : la colère qui envahit le petit enfant lorsque sa

maman l'oblige à aller au lit alors qu'il a tant envie de rester avec elle (et qu'il ne supporte pas l'idée de rester seul pendant qu'elle va faire plein de bonnes choses avec son père), peut susciter le fantasme de la jeter par terre, de la battre, d'uriner sur elle et de la couper en morceaux ; la jalousie intense éprouvée lorsqu'il découvre que sa maman est enceinte peut se traduire par le scénario de pénétrer dans son corps et de tuer le bébé avec ses selles et son urine... Ces fantasmes l'angoissent énormément ; il craint une rétorsion, qu'on lui fasse subir ce qu'il inflige en pensées à l'autre. Dans les bons moments de rapprochements et de câlins, dans les moments de gratifications, lorsqu'il reçoit ce qu'il désire, le petit enfant éprouve des sentiments d'amour et de reconnaissance très forts qui s'expriment par des fantasmes positifs.

Lorsqu'il est dans cette position, le petit enfant ne fait pas le lien entre cette « mauvaise mère » qu'il déteste et la « bonne mère » gratifiante qu'il aime tant dans les moments paisibles ; il utilise alors le clivage comme moyen de défense, c'est-à-dire qu'il scinde l'image de sa mère en deux représentations, une bonne mère idéalisée qui reste protégée de l'agressivité et une mauvaise mère. Ceci est vrai pour toutes les personnes avec lesquelles il a un lien fort. Le clivage et l'idéalisation sont là pour protéger le bon objet interne (l'image de la bonne mère, du bon père... à l'intérieur de lui), la bonne relation, les fantasmes positifs.

Sa propre agressivité l'angoisse tellement qu'il ne peut pas la reconnaître et qu'il la projette sur les personnes extérieures, c'est-à-dire que ce sont les autres qui sont agressifs ou méchants vis-à-vis de lui, qui lui en veulent et qui sont responsables de ce qui arrive. Lui-même est clivé entre un moi agressif qui se bat à juste titre contre de mauvais persécuteurs qui lui veulent du mal et un moi tout à fait bon en lien avec des personnes aimées et idéalisées.

La position dépressive

Si les bonnes expériences prédominent, les fantasmes positifs sont prépondérants et le sentiment de sécurité

du bébé s'accroît ; il prend progressivement confiance dans la solidité et la bienveillance des personnes qu'il aime et qu'il a intériorisées (ses bons objets internes selon la terminologie de Mélanie Klein), les mécanismes de clivage s'atténuent, il a moins peur de sa propre agressivité, il peut progressivement la reconnaître comme venant de lui ; il ressent les personnes proches comme à la fois bonnes et mauvaises ; il réalise que c'est la mère qu'il aime qu'il attaque quand il est en colère. Son angoisse va prendre une autre forme, il va craindre de blesser voire de détruire les personnes qu'il aime quand il est en colère ; c'est la naissance progressive du sentiment de culpabilité et de la sollicitude pour les objets d'amour ; il va se préoccuper de ce qu'il inflige à sa mère avec son agressivité ; il va utiliser des défenses contre cette angoisse. Une de ces défenses constructive est la réparation ; il va essayer de restaurer sa mère « endommagée », en lui témoignant son amour, en lui faisant des câlins, en lui offrant un cadeau... par exemple.

Un autre type de défenses plus pathologiques sont les défenses maniaques qui se marquent chez l'enfant par un déni de la culpabilité (il se fiche de ce qu'il fait subir à l'autre), une recrudescence du sentiment de toute-puissance, une tendance au triomphe, au mépris et au contrôle sur l'autre.

Comme on l'a vu, la réaction des parents va être déterminante pour amener l'enfant à consolider cette position. Il est important pour l'issue de ce conflit que les parents puissent faire face aux mouvements de colère de leur enfant et supporter son agressivité à la fois sans être détruits et sans représailles, qu'ils puissent accepter les essais de réparation de leur enfant et rester des parents aimants. Sinon, sa culpabilité sera trop lourde à supporter et va entraîner un grand désespoir ; il risque de régresser à la position schizo-paranoïde ou de développer des défenses maniaques, ou encore de déprimer.

J'ai rencontré Basile pour la première fois lorsqu'il avait 3 ans et demi. Il est venu me voir pour différents symptômes intriqués : des «TOC», des angoisses phobiques

envahissantes, des angoisses face à tout changement introduit dans la routine quotidienne, des bizarreries comportementales, une tendance à l'opposition et aux colères lors des frustrations. C'est alors un petit garçon inhibé, raide, fermé, peu relationnel et méfiant. Après quelques mois de travail familial, j'ai pris Basile en thérapie individuelle à raison de 2 séances par semaine. Du travail avec la famille, je dirai seulement que les premières relations de Basile avec sa mère ont été marquées par une dépression maternelle et une difficulté d'attachement ; c'est le papa qui a assumé une fonction maternelle pendant les premières années.

La psychothérapie a permis à Basile de reprendre un processus évolutif sur le plan psychique et, en particulier, d'accéder à la position dépressive. Il a longtemps été décrit comme un enfant qui ne se souciait absolument pas de ce que ses parents pouvaient ressentir, en particulier en lien avec l'agressivité qu'il leur infligeait.

Au début de sa thérapie, Basile jouait de manière très ritualisée aux petites voitures, qu'il rangeait dans des parkings et garages. Après, pendant un temps très long, il a mis en scène le même scénario avec quelques petites variantes : il était dans mon ventre, je préparais sa naissance en achetant des vêtements et des jouets, il venait au monde et je m'occupais de lui, je le changeais, je lui donnais le sein, je le promenais. Petit à petit, les scènes ont pris un caractère anal ; il a pu jouer un bébé plus pulsionnel et agressif qui faisait pipi et caca dans la maison, et j'étais alternativement une bonne et une mauvaise mère. Par la suite, il s'est mis à jouer aussi avec les playmobiles.

L'extrait suivant est issu d'une séance qui a lieu 3 ans et demi après le début de la thérapie. Il illustre bien ces moments de l'évolution du petit enfant décrits par M. Klein lorsqu'il prend conscience que c'est la même personne qu'il aime et déteste à la fois, avec toute l'angoisse et le désespoir d'avoir détruit cet objet aimé dont il dépend.

Basile choisit les playmobiles. Il dispose ses chevaliers et leur chef, le prince, sur une table. « Ce sont les bons.

Ils étaient dans un château, personne ne pouvait pénétrer ! ». Il me dit de choisir mes personnages, les mauvais. Je mets mes chevaliers et leur chef, la reine noire, sur une autre table. Je décide de placer aussi 2 belles princesses sur une troisième table, avec une licorne blanche et un garde. Je dis que les méchants veulent enlever les princesses. Il envoie deux soldats du prince pour prévenir les princesses. Mais les choses dégénèrent ; ils tuent le garde et la princesse blanche, jettent la licorne dans le précipice et emmènent la princesse rose en prison. Le prince égorge la princesse rose puis va tuer les méchants ; je suis un peu abasourdie par la rapidité du dérapage du jeu et la violence destructrice que je sens chez Basile. Il dit : « Tout le monde est mort ... La princesse revivait ». Je ramasse la princesse mais il dit avec quelque chose de désespéré qui me touche très fort : « Et de toute façon le prince se tue ! ». Et il jette son personnage par terre. Je dis : « la princesse ne voulait pas qu'il meure, elle l'aimait même s'il n'était pas toujours gentil avec elle ; elle voulait l'aider ». Il me demande, très intéressé, ce qu'elle va faire alors ; je lui propose qu'elle emmène le prince chez une fée. Il est d'accord...

On voit comment, à travers le jeu, Basile réalise de manière presque traumatique la violence de son agressivité transférentielle à l'égard de sa belle princesse et non plus seulement vis-à-vis de la sorcière noire, et comment cette prise de conscience amène une culpabilité désespérée.

Toute la vie il y a des oscillations entre la position schizo-paranoïde et la position dépressive ; on peut dire que les conflits, la problématique inhérente à cette phase de développement est remise périodiquement en chantier pour chacun d'entre nous. Ce peut être des micro-oscillations ; chacun peut éprouver dans des périodes de vie plus difficiles des sentiments de persécution, avoir plus de mal à faire des liens, ressentir les choses de manière plus manichéenne ; mais face à des épreuves de vie qui ébranlent le psychisme, ce peut être des régressions plus importantes à ce qui devient alors un fonctionnement psychotique.

Mais l'accession à une position dépressive stable, dans laquelle l'enfant sera de manière prédominante, représente une phase très importante du développement, dont il convient de repérer les signes de même que les aléas et les ratés à travers le comportement et les jeux de l'enfant. La capacité à se préoccuper pour l'autre, de ce que l'on fait à l'autre, d'éprouver de la sollicitude pour l'autre, d'être en empathie avec l'autre, la capacité à éprouver de la culpabilité en lien avec sa propre agressivité qui peut être reconnue, s'ancrent dans la position dépressive et sont autant de signes témoignant d'une élaboration et d'une certaine résolution des conflits inhérents à cette phase de développement.

C'est au cours de cette période que l'enfant se décentre de lui-même, apprend à prendre en compte l'autre et son point de vue, commence à pouvoir « se mettre à la place de l'autre », commence à prendre conscience de la manière dont l'autre le voit.

La capacité à être seul

Au cours de cette période pendant laquelle le petit enfant se différencie de ses parents et éprouve le besoin de faire les choses par lui-même, il découvre aussi le plaisir à être seul c'est-à-dire de pouvoir être dans son espace avec ses pensées, son imaginaire. Winnicott a insisté sur l'importance de cette évolution de l'enfant. La capacité à être seul se fait d'abord en présence de la mère. L'enfant joue tranquillement dans la même pièce que sa mère qui peut être occupée à faire autre chose comme lire ou cuisiner. Cette capacité implique un sentiment de sécurité intérieure en lien avec la certitude de rester l'objet principal de l'amour et des pensées de sa mère même si elle fait autre chose ou est ailleurs, la certitude de sa disponibilité et de sa fiabilité et la conviction qu'elle ne sera pas détruite par ses fantasmes agressifs. Peu à peu, l'enfant va interioriser cette mère protectrice et rassurante et il va pouvoir trouver en lui-même ce « bon objet interne » sur lequel s'appuyer pour rester seul, dans une autre pièce.

Très fréquemment, on est confronté en consultation à des enfants décrits comme incapables de jouer seuls,

sollicitant constamment l'adulte, le parent en général, pour qu'il s'occupe d'eux ; un des parents est obligé de s'occuper de manière continue de l'enfant, de jouer avec lui, de le distraire, ce qui entraîne un sentiment d'exaspération et de tyrannie et des cercles vicieux relationnels ; derrière cela, on trouve à la fois chez les parents le sentiment de devoir être dans une disponibilité sans limite et chez l'enfant une insécurité intérieure et le besoin d'avoir l'attention de l'adulte pour se sentir exister.

Le déploiement de l'espace transitionnel

Les notions d'objet et d'espace transitionnels si galvaudées actuellement ont été au départ élaborées dans une intuition géniale par Winnicott.

« ...L'aire intermédiaire... est une aire, allouée à l'enfant, qui se situe entre la créativité primaire (l'illusion omnipotente) et la perception objective basée sur l'épreuve de réalité. »

L'acceptation de la réalité est une tâche sans fin ; le bébé qui a fait des réserves d'illusion, qui avait le sentiment d'être le centre du monde, d'être le créateur de sa propre satisfaction est progressivement désillusionné et prend doucement conscience de la réalité mais, pour tout être humain, une tension va persister entre la réalité interne, les fantasmes omnipotents et la souvent dure réalité externe.

L'espace transitionnel est cette aire intermédiaire d'expériences qui se trouve entre la réalité interne et la réalité externe, qui évite les heurts trop violents du sujet avec la réalité externe, qui permet de supporter les frustrations imposées par cette réalité. Il s'agit au départ de l'objet transitionnel qui se transforme en l'espace du jeu et de la rêverie, qui s'élargit plus tard aux domaines des arts et de la religion..

Un signe important à repérer en clinique est la capacité de l'enfant à organiser ou participer à des jeux symboliques, même très archaïques comme jouer à la dinette, faire des petits scénarii avec des figurines...

Le développement du langage

Le développement du langage est conditionné par beaucoup de facteurs, en particulier l'équipement sensoriel et neurobiologique et le contexte affectif. Le langage prend son essor à partir de l'âge d'1 an à 18 mois environ ; un enfant de 2 ans est censé faire de courtes phrases de deux mots ; même si chaque enfant a un rythme de développement du langage qui lui est propre, c'est un repère grossier mais aisé.

Cependant, le terreau du langage se prépare dès la naissance à travers la manière dont la mère et les personnes qui ont une fonction maternelle vont parler à l'enfant pendant les soins et les moments d'interaction, mettre en mots ses éprouvés et donner sens au monde.

Il est important d'être attentif à l'apparition des pré-curseurs du langage chez le bébé, les « re, gue... » contemporains du sourire et les gazouillis plus tardifs (papapa, mamama, bababa...). Marcelli montre combien il est essentiel, pour le développement du langage, que l'échange de regards parent-enfant soit accompagné par un bain de paroles significatives, lors de quelques moments-clés de l'évolution de l'enfant : au moment des soins, du change par exemple, dans des moments d'attention conjointe (quand le parent regarde et admire avec l'enfant un objet extérieur), lors du pointage (quand l'enfant désigne avec le doigt à son parent un objet digne d'intérêt), lorsqu'un « non » est signifié à l'enfant, au parc lors de la rencontre avec d'autres enfants...

Il faut aussi, pour que le langage se développe, que les processus d'individuation se poursuivent, que l'enfant se sente exister comme une personne, différent de sa mère, et qu'il ait envie de grandir et de communiquer. Cela implique une relation tiercéisée dans laquelle le père a une place à part entière.

Le langage est une forme de symbolisation très élaborée. Il y a toute une évolution pour l'enfant des représentations sensori-motrices plus archaïques aux formes de représentations par le mot.

Développement de la sexualité infantile

La phase phallique

Le petit enfant va s'intéresser à une autre partie de son corps : la zone génitale, au sens large, puisqu'elle inclut à la fois la zone urétrale, par où on fait pipi, et le sexe externe de l'enfant. Plusieurs facteurs sont impliqués dans ce changement.

L'aspect physiologique est à nouveau à l'avant plan. L'enfant s'intéresse à la production de son urine ; il fait pipi souvent, ce qui est une source de plaisir en soi ; il devient capable de mieux discriminer ses différentes sensations corporelles, en particulier les sensations liées à la défécation et celles liées au fait d'uriner. L'enfant découvre que la zone génitale est très érogène, très excitable, par exemple lors du bain et des soins donnés par les adultes, mais aussi lorsqu'il touche lui-même cette partie de son corps qui, par ailleurs, est tout le temps à sa disposition. Il se rend compte aussi que c'est une zone anatomique particulière qui est traitée par ses parents différemment des autres parties de son corps. Elle est considérée comme moins sale que la partie arrière mais est entourée d'un halo de mystère et d'interdit ; elle est plus privée, elle doit rester plus cachée ; on ne peut pas la toucher en public. Dans chaque famille, on lui donne un nom familier particulier.

Parallèlement, le petit enfant développe une curiosité dévorante liée à différentes questions qui concernent la sexualité : ce que ses parents font ensemble lorsqu'ils sont tous les deux sans lui, comment on fait les bébés, c'est quoi la différence entre un garçon et une fille... Tout cela suscite beaucoup d'excitations et il pressent le rôle que jouent les parties génitales dans toutes ces

questions ; il va élaborer ce que Freud a appelé des « théories sexuelles infantiles » pour tenter d'apporter des réponses.

En lien avec cette curiosité, le regard devient très important à cette période, comme le souligne Ciccone : voir, regarder, espionner, avec le développement d'un certain voyeurisme ; être vu, être regardé avec une tendance exhibitionniste très caractéristique de cette période également. La plupart des enfants aiment se promener nus devant les adultes à ce moment de leur développement.

La question de la différence des sexes est particulièrement en jeu. Les préoccupations concernant les différences de manière générale sont centrales, mais elles vont se focaliser sur la différence des sexes. Elles s'expriment en termes de logique binaire, de ce que l'on a en plus ou en moins que l'autre. Le pénis va prendre une place particulière, comme symbole de la différence entre filles et garçons.

Une des théories sexuelles infantiles de cette période est la suivante : les enfants découvrent que les garçons ont un pénis et que les filles n'en ont pas, et si les filles n'en ont pas c'est qu'on le leur a coupé, qu'elles sont des garçons castrés. Le pénis acquiert une valeur d'objet idéalisé : un phallus tout-puissant ; il y a ceux qui en ont un et ceux qui n'en ont pas ; ceux qui en ont un ont plus de valeur que ceux qui n'en ont pas. Les filles ne peuvent qu'envier ce phallus aux garçons.

Freud a d'ailleurs basé sa théorie de la sexualité féminine sur ce présupposé. Ce fantasme infantile ne peut être dissocié de l'idéologie de notre société dans laquelle prévalait jusqu'il y a peu la domination et la supériorité masculine. Cela dit, les petites filles peuvent envier le pénis des petits garçons, c'est une réalité clinique, mais de la même manière que les petits garçons peuvent envier les seins, l'utérus, la capacité des filles de porter un enfant dans son ventre. L'envie se focalise toujours sur ce que l'autre possède et que l'on n'a pas en lien avec ce désir d'être tout et d'avoir tout.

Mais, s'il y a des invariants, tous ces mouvements émotionnels, théories et fantasmes sont toujours à mettre en lien avec le fonctionnement familial et les circonstances de vie de chaque enfant. Par exemple, la naissance d'un petit frère très attendu par ses parents et suscitant leur fierté peut lancer une problématique phallique chez la petite fille et entraîner, au-delà de la jalousie, un sentiment d'infériorité lié à l'impression d'avoir quelque chose en moins que son frère. Surtout s'il s'agit d'une famille dans laquelle les garçons ont une place particulière, plus valorisée.

L'angoisse de castration c'est-à-dire l'angoisse de ne pas avoir ce pénis merveilleux ou de le perdre fait suite et se superpose aux angoisses de séparation de la phase précédente. Cette angoisse s'inscrit dans le cadre plus large du destin de l'omnipotence de l'enfant et du processus général de sa désillusion progressive ; il a dû accepter progressivement de ne pas être tout pour sa mère, il va devoir accepter de ne pas avoir tout, il ne peut pas être un garçon et une fille.

Le complexe d'Œdipe

Classiquement, le complexe d'Œdipe, se développe parallèlement à la phase phallique, entre 3 et 5 ans. Actuellement, on pense qu'il existe un Œdipe précoce archaïque. Le bébé éprouve très tôt des sentiments d'amour pour sa mère et des désirs libidinaux intriqués. La découverte de la relation amoureuse entre son père et sa mère va susciter en lui des sentiments de jalousie et de rivalité mais aussi d'attirance pour ce père. Cependant, c'est vers l'âge de 3 ans, au moment de la phase phallique, que le complexe d'Œdipe va prendre toute son ampleur et confronter l'enfant à une crise développementale.

Le petit garçon éprouve amour et désirs pour sa mère et il ressent des sentiments d'agressivité intense à l'égard de son père qui est pour lui un rival. Mais il aime aussi son père avec lequel il a une relation différente, ce qui amène un conflit psychique douloureux et des sentiments de culpabilité. En outre, il a peur des rétor-

sions, que son père ne l'aime plus ou qu'il le punisse ; lui vient le fantasme que son père pourrait le castrer, lui couper ce pénis si précieux. C'est cette angoisse qui va l'amener progressivement à renoncer à ses désirs incestueux et à accepter qu'il n'est encore qu'un petit garçon qui doit attendre de grandir pour réaliser ses désirs libidinaux avec une autre femme que sa mère. Parallèlement, il s'identifie à son père.

Mais les choses sont plus complexes; il existe aussi un complexe d'Œdipe homosexuel, inversé. Le garçon désire se marier avec son père et éliminer sa mère ; il est dans une position féminine homosexuelle ; il désire s'approprié les organes féminins, les seins, l'utérus, les bébés; il s'identifie à sa mère. L'identité sexuée et sexuelle de chaque petit garçon sera le résultat de la prévalence de l'une des deux tendances sur l'autre.

Chez la petite fille, les choses sont plus compliquées parce qu'au départ elle a aussi comme premier objet d'amour et de désirs sa mère, et qu'elle va changer d'objet et se tourner vers son père. Les raisons théoriques pour lesquelles elle va prendre son père comme objet d'amour sont complexes et varient selon les différents auteurs. On peut penser qu'il y a chez la petite fille des sensations vaginales et la préconception d'un vagin et d'un pénis complémentaire, le désir d'échapper à l'emprise d'une mère ressentie comme toute-puissante, de sortir d'une dépendance insupportable, l'attirance pour le partenaire de sa mère valorisé par la possession d'un pénis si précieux capable de donner des bébés.

On décrit donc chez la petite fille un Œdipe positif ; elle aime et désire son père, elle voudrait un enfant de lui ; parallèlement, elle ressent sa mère comme une rivale qu'elle souhaiterait écarter. Mais elle l'aime aussi, elle a peur de perdre son amour et peur de ses rétorsions ; elle a le fantasme qu'elle pourrait détruire ses organes génitaux. Elle va donc renoncer à ses désirs incestueux pour son père, accepter son statut de petite fille qui doit attendre de grandir pour avoir des relations sexuelles et un bébé avec un autre homme ; parallèlement, elle va s'identifier à sa mère.

Mais en interaction avec ce complexe classique, la petite fille va vivre aussi un complexe de masculinité, un complexe d'Œdipe inversé, homosexuel qui peut prendre différentes formes, dont le désir de s'approprié le pénis du père et de faire des bébés à sa mère. L'issue de cette oscillation entre les deux complexes va conditionner la sexualité de la petite fille devenue adulte.

À nouveau, la manière dont le complexe d'Œdipe est vécu, la coloration, la forme qu'il prend est différente pour chaque enfant et dépend de multiples facteurs, en particulier liés au fonctionnement familial.

On voit comment le complexe d'Œdipe structure le psychisme, en assurant la différence des sexes et des générations et en amenant l'interdit de l'inceste. Les différents vécus infantiles sont refoulés et des identifications secondaires complexes se mettent en place. Le surmoi et l'idéal du moi prennent une forme plus évoluée.

L'identité sexuée

L'identité sexuée concerne le sentiment que l'on a d'appartenir à un sexe, féminin ou masculin, c'est-à-dire d'être un garçon ou une fille, et l'identité sexuelle est en lien avec la sexualité et le choix du partenaire amoureux, garçon ou fille.

L'identité sexuée de l'enfant s'ancre dans le biologique et se construit suivant un long processus qui commence dès les premières interactions parents-bébé et se poursuit à travers le lien aux parents, le développement des identifications et le déploiement de la sexualité infantile et de l'Œdipe. En particulier, le regard que les parents vont poser sur leur enfant en tant que fille ou garçon a une grande importance ; à travers ce regard, vont être transmis les fantasmes inconscients des parents qui concernent la féminité et la masculinité.

Mais la phase phallique et l'Œdipe amènent des remaniements importants ; l'enfant est confronté alors

consciemment à la différence des sexes et va se formuler plus clairement la question de son identité sexuée.

Les signes de souffrance

Considération sur la sexualité infantile

La sexualité de l'enfant est différente de la sexualité de l'adulte, qui est une sexualité génitale marquée par la capacité à éprouver un orgasme, ce qui n'est pas le cas de l'enfant.

La sexualité de l'enfant est d'un ordre différent ; elle s'appuie sur le corps, les besoins corporels comme manger, déféquer, uriner. La pulsionnalité va s'étayer sur ces fonctions corporelles ; il s'agit d'un plaisir en lien avec la satisfaction de ces besoins qui va susciter le désir. Elle prend des formes différentes en fonction de l'évolution de l'enfant qui découvre et s'approprie par étapes son corps, comme cela a été vu précédemment.

Freud a décrit plusieurs stades successifs : oral, anal, phallique. La sexualité orale constitue la base de la sexualité ; elle s'ancre dans la satisfaction de la faim et le plaisir de la succion et du lait chaud qui coule dans la bouche ; elle se développe aussi dans le lien à la mère et à son sein. Le bébé est en contact avec ce que sa mère éprouve quand elle le nourrit : la manière dont l'oralité est intégrée dans sa sexualité, la place du sein comme objet érotique pour elle, tout cela sera « avalé » par le bébé avec le lait tout en restant pour lui énigmatique. Le bébé élabore progressivement des fantasmes qui essaient de représenter, de donner forme et sens à ses expériences et ses éprouvés de désir, de plaisir et de déplaisir.

Par la suite, comme cela a été décrit précédemment, le plaisir recherché et les fantasmes vont concerner progressivement d'autres zones corporelles. Enfin, toutes ces pulsions vont s'unir et ces expériences de désir et de plaisir ainsi que les fantasmes y associés vont constituer le lit de la sexualité adulte et se retrouvent en particulier dans les préliminaires.

Les troubles du comportement

Les demandes les plus fréquentes de consultation en petite enfance concernent les troubles du comportement : opposition, colère, intolérance à la frustration, tyrannie... Il s'agit de manifestations à forme de caprices, colères lors des frustrations, opposition, agressivité agie... manifestations très courantes à cette période de l'existence que l'on appelle la petite adolescence. Elles témoignent du déroulement du processus de différenciation et d'autonomisation. Au-delà des configurations propres à chaque situation et à chaque famille, l'impact des facteurs socioculturels semble important à rappeler brièvement ici. Beaucoup de parents paraissent débordés actuellement face aux manifestations banales d'opposition qui caractérisent cette tranche d'âge. Tout se passe comme si la légitimité de la fonction parentale d'éduquer l'enfant et de contenir ses velléités d'omnipotence s'était perdue. Le souci de dialoguer, d'expliquer, de tenir compte du point de vue de l'enfant, ce qui est un incontestable acquis de l'éducation moderne, prend souvent le pas sur la nécessité non moins importante de pouvoir, par exemple, mettre fin à une discussion qui s'éternise et imposer son point de vue d'adulte. Souvent les parents expriment leur étonnement qu'une obéissance naturelle de l'enfant ne réponde pas à leurs efforts d'explication. Or, une confrontation éventuellement conflictuelle peut être nécessaire, rassurante et structurante pour leur enfant.

Concernant ce problème actuel, on peut y voir l'effet d'un double mouvement, de dévalorisation de la figure paternelle détentricice de l'autorité d'une part, et d'autre part de la mise à mal, par les exigences de la vie moderne, de la fonction maternelle en termes de disponibilité et de présence auprès des jeunes enfants. Éviter

la frustration serait pour le parent, en particulier pour la mère qui travaille, une compensation pour ce qui est ressenti comme une violence faite à l'enfant.

Dégageons pour des besoins didactiques cinq types de configurations dynamiques qui rendent compte des troubles de comportement des jeunes patients. Il s'agit de repères pour décoder les différentes situations cliniques. Cette description ne prétend pas à l'exhaustivité ; comme pour tout symptôme, il y a une série de facteurs emmêlés qui préside à son éclosion ; en outre, ces différents aspects psychopathologiques peuvent être intriqués pour une même situation. Ce qui compte ici est de donner un sens aux manifestations de l'enfant.

L'enfant roi

L'enfant se maintient dans une position narcissique de toute-puissance dans laquelle tous ses désirs doivent être satisfaits. La désillusion est difficile, douloureuse ; toute frustration suscite des crises de colère importantes. L'enfant se montre capricieux, exigeant et tyrannique ; il fait des colères lors de la moindre frustration, il doit être le centre de l'attention.

Les parents essaient de satisfaire leur enfant le plus étroitement possible, pour qu'il n'ait pas à ressentir le manque, synonyme pour eux de souffrance ; lui mettre des limites est ressenti comme un abus, une violence faite à l'enfant. Ils se perdent dans des explications infinies et essaient de le convaincre. Il s'agit souvent de parents qui veulent réparer les blessures de leur propre enfance, soit qu'ils ont vécu des carences douloureuses ou subi une autorité abusive, soit qu'ils n'ont pas fait le deuil de leur propre mégalomanie infantile.

L'intervenant ressent en général face à ces interactions une certaine irritation et l'envie d'intervenir de manière plus musclée.

Adam vient me voir avec ses parents pour une incapacité à supporter les frustrations ; il peut faire des colères ou scier ses parents jusqu'à ce qu'ils cèdent ;

il se montre très tyrannique aussi, il n'arrive pas à jouer seul et il doit toujours avoir toute l'attention des adultes. Il manifeste une opposition passive ; il faut lui demander 20 fois de faire quelque chose avant qu'il obéisse.

Le papa, plus âgé, a une grande fille avec laquelle il n'y a pas de problèmes et qui est chez eux une semaine sur deux. Les parents ne font rien sans Adam, le prennent tout le temps avec eux et s'occupent tout le temps de lui. Adam est un petit garçon ouvert et sympathique mais qui peut susciter aussi des sentiments d'énervement liés à son côté omnipotent et parfois désinhibé ; il se montre à l'occasion agité et envahissant.

Une thérapie familiale sera mise en place. Je reprendrai ici quelques éléments qui permettent de comprendre pourquoi Adam est resté dans cette position de toute-puissance. La maman pourra retrouver des vécus archaïques douloureux de solitude et de vide face à une mère déprimée, distante et non disponible ; elle a voulu donner à son fils toute l'attention et la compréhension qui lui avait manqué. Le papa a eu un père castrateur, violent et maltraitant ; toute autorité est ressentie par lui comme abusive et potentiellement destructrice, ce qui rend difficile pour lui l'exercice de la fonction paternelle.

L'enfant tombé trop brutalement de son piédestal

Cette configuration clinique est proche de la précédente ; il s'agit d'enfants qui font également de très grosses colères lors des frustrations et se montrent très tyranniques ; ils sont perpétuellement insatisfaits, ce qu'ils reçoivent n'est jamais vraiment ce qu'ils voulaient. Là, les parents essaient de sévir et de mettre des limites, mais la vie familiale devient progressivement insupportable parce qu'il y a une escalade, beaucoup de crises et d'agressivité. Ces enfants ont connu des premières relations suffisamment bonnes, une phase fusionnelle d'illusion nourrissante, mais ils ont vécu une désillusion trop brutale, une véritable chute d'un piédestal, entraînant une blessure narcissique très douloureuse, à l'origine des colères et de l'incapacité à supporter la frustration. Très souvent, on retrouve comme facteur déclenchant la naissance d'un puiné.

Par la suite, ils peuvent devenir le mauvais objet de la famille, ce qui entraîne des cercles vicieux relationnels, comme décrit dans le troisième cas de figure.

L'enfant « mauvais objet »

Après une première période de relation « suffisamment bonnes », l'enfant entre dans la phase d'opposition normale pour son âge mais ses réactions sont vécues par les parents de manière dramatique ; ils ressentent leur enfant comme violent et mauvais, dans un climat d'angoisse, de débordement et de tension agressive très importante. L'enfant semble dominer ses parents, les limites mises sont peu efficaces, les parents sont à bout et déprimés, ce qui inquiète l'enfant et aggrave ses provocations et son agressivité.

En fait, les manifestations de leur enfant réveillent chez les parents les vécus infantiles et les conflits non résolus, le plus souvent inconscients, en lien avec la manière dont l'agressivité et la rivalité ont été gérés dans leur famille. Les parents vont projeter sur leur enfant, par le mécanisme d'identification projective, l'image d'un méchant enfant agressif, de manière à éviter le contact avec les souvenirs déplaisants de leur enfance. Cette image peut correspondre à l'enfant qu'ils se sont sentis être ou qu'ils avaient l'impression que leurs propres parents voyaient en eux, ou encore l'enfant qu'ils se sont empêchés d'être refoulant leur propre agressivité... ; dans ces cas de figure, le scénario inconscient source d'une grande culpabilité est le leur, ce méchant enfant qui tourmente sadiquement ses parents ou frère et sœur.

Mais il peut y avoir d'autres scénarii et l'image négative projetée peut concerner un frère ou une sœur ou un parent avec lesquels les relations ont été très conflictuelles. Ce qui se passe, de toute façon, c'est que l'enfant est alors identifié à un mauvais objet qui fait souffrir des parents irréprochables, lesquels sont dans une position de soumission masochique à leur enfant et d'expiation de leurs « fautes » du passé. Le cercle vicieux relationnel est enclenché avec une exacerbation des provocations et colères de l'enfant

qui prennent alors valeur de lutte désespérée contre ce qui est projeté sur lui et en même temps qui signent un mécanisme d'identification à ce mauvais objet, avec toute la fragilisation narcissique que cela va entraîner.

Margaux, 3 ans, vient me consulter avec ses parents M. et Mme D. et son petit frère Paul qui a 9 mois. Elle présente des problèmes de comportement : opposition systématique, colères lors des frustrations, désobéissance... Les parents sont à bout, déprimés. Margaux est décrite comme ingérable, un vrai diable. Mme D. se sent une très mauvaise mère et est blessée par le regard critique de sa belle-famille. Très vite on pourra lier le début des difficultés de comportement de Margaux à la grossesse de Mme D. et à la naissance de son petit frère, et verbaliser la blessure, la tristesse et la colère de Margaux. D'ailleurs, alors qu'elle joue aux Barbies, elle trouve un petit prince qu'elle jette en travers de la pièce. M. D. associe sur le fait que, dans leur deux familles, l'arrivée d'un garçon était très attendue, que sa femme avait été déçue que Margaux soit une fille et qu'elle était très fière de l'arrivée de Paul.

Mme D. ajoute que Margaux à la naissance était petite et chétive avec un retard de croissance ; mais après cette première rencontre difficile, leurs relations ont évolué sur un mode très fusionnel. Mme D. pleure ; elle fait le lien avec sa propre histoire : elle s'est toujours sentie dévalorisée par rapport à son frère aîné qui avait une place privilégiée. Elle était une petite fille très colérique, le « mouton noir » de la famille. On voit comment Margaux, qui manifestait par des comportements agressifs banaux à la fois son désir de différenciation et sa jalousie, a réveillé des souvenirs douloureux chez sa mère et comment elle a été porteuse des projections de sa maman comme petite fille dévalorisée et mauvaise, ce qui a aggravé les problèmes de comportement.

L'enfant soumis à l'emprise et à l'autoritarisme

L'enfant entre dans la phase d'opposition et les réactions parentales sont dans ce cas très différentes, caractérisées soit par de l'autoritarisme, des punitions

sévères, un contrôle incessant exercé sur l'enfant, soit par la mise à distance pouvant aller jusqu'au rejet.

On retrouve de manière sous-jacente la projection sur l'enfant de mauvais objets internes parentaux ; le plus souvent, il s'agit de représentations négatives de personnages importants du passé qui ont pu être craints, jaloux ou détestés et qui ont exercé sur eux emprise et violence. Les parents reproduisent alors les abus qu'ils ont eux-mêmes vécus

Ces différentes attitudes sont sous-tendues par une angoisse parentale très importante relative à l'agressivité, qu'il faut contrôler à tout prix. L'enfant, à nouveau, réagit par une exacerbation de ses manifestations de colère et d'opposition.

M. et Mme C. viennent me voir avec Jim, leur fils de 18 mois, qui manifeste les symptômes suivants : des crises de colère, une intolérance importante à la frustration, un sentiment d'insatisfaction perpétuel et une attitude d'opposition systématique.

Ils sont à bout et débordés même s'ils se présentent comme des parents très fermes mettant des limites claires. Jim était au départ un bébé très facile. Ces symptômes sont apparus cinq mois auparavant, peu après l'apprentissage de la marche, mais la maman les relie plutôt au tout premier temps de sa seconde grossesse. Jim m'apparaît dès le premier entretien comme un petit garçon très éveillé, ouvert, réceptif aux interventions et en attente d'aide. Dès les premières consultations, des liens peuvent être faits avec l'enfance des parents qui portent chacun des vécus très douloureux mais néanmoins accessibles à la verbalisation.

M. C. s'est toujours senti considéré comme le mauvais fils de sa famille en raison de ses difficultés scolaires et d'un comportement colérique et impulsif ; il s'est senti écrasé et dévalorisé par un père autoritaire qui ne supportait pas son comportement. Il prend conscience très vite que les colères et l'agressivité de Jim ont réveillé ces souvenirs difficiles. Mme C., quant à elle, a vécu avec un père décrit comme violent, autoritaire et

dévalorisant. Elle avait le sentiment de ne jamais faire ce qu'il fallait pour être aimée et appréciée, ce qu'elle revit avec Jim.

La verbalisation des projections croisées, paternelles : d'un enfant dévalorisé et agressif, et maternelles : d'un père insatisfait et violent, a permis en deux consultations une nette atténuation des symptômes.

La famille revient pourtant six mois plus tard avec un bébé âgé de deux mois. Les parents, à nouveau tout à fait débordés, se montrent totalement incapables de contenir chez Jim les mouvements émotionnels de colère, de jalousie et de tristesse suscités par la naissance du bébé. Progressivement, la thérapeute réalise l'importance de l'angoisse de Mme C. face aux manifestations de Jim et la rigidité et la sévérité des réactions qui sous-tendent ces angoisses. Il apparaît qu'elle exerce sur son fils un contrôle constant confinant à l'emprise ; elle dit « Je suis continuellement sur le qui-vive... Je dois être vigilante tout le temps... Il faut couper (sic) dans l'œuf toute velléité d'agressivité de Jim. » Ce comportement de la maman a pu être mis en lien avec son enfance, la place privilégiée de ses deux frères aînés tyranniques et sa représentation des hommes, ressentis comme potentiellement dangereux et abusifs. C'est seulement l'abord de cette dimension d'emprise qui a permis une évolution favorable de la situation.

L'enfant qui a une faille au niveau du narcissisme primaire

Il s'agit d'enfants qui abordent la phase d'opposition avec des blessures narcissiques très précoces, au niveau même de la constitution du narcissisme primaire en relation avec une ambivalence ou une carence de l'investissement maternel dès la naissance. Ces bébés peuvent présenter des symptômes précoces comme des pleurs incoercibles ou des troubles psychosomatiques, mais dans d'autres situations, il s'agit de bébés décrits comme très sages, qui ne poseront problème que dans la deuxième année de la vie.

Cette faille au niveau du narcissisme primaire et l'absence de « réserves d'omnipotence » rendent difficile la confrontation aux inévitables frustrations et conflictualisent le processus de séparation-individuation. Sur le plan clinique, ces enfants présentent une irritabilité à fleur de peau, des colères clastiques dont ils ont du mal à sortir et des manifestations d'opposition généralisées qui s'apparentent au négativisme. Ils semblent emmurés dans une forteresse omnipotente, dernier rempart contre l'effondrement interne. Le soignant ne retrouve pas, dans ces situations, l'irritation contre-transférentielle habituellement éprouvée face aux enfants sans limites ; il est plutôt touché par le sentiment d'une détresse profonde.

Sam a 2 ans et demi quand il est reçu avec ses parents, Monsieur et Madame A., pour des problèmes de colères très importantes lors des frustrations et une attitude d'opposition généralisée. Les parents n'arrivent pas à le calmer et sont « à bout ». Par ailleurs, il n'a pas encore acquis la propreté et refuse d'aller sur le pot. Il a un retard de langage. Il présente, en outre, des moments de repli qui évoquent une défense autistique.

Dans le bureau, après un court moment d'inhibition, Sam va provoquer ses parents. Il touche à tout ce qui est interdit et veut aller où il ne peut pas ; il hurle de colère, crache et se débat, veut frapper quand on intervient en lui rappelant l'interdit ; il se jette par terre brutalement et sanglote sans se laisser consoler. Malgré tout, je me sens très touchée par lui et j'ai l'impression que seule sa colère l'empêche de s'effondrer.

Sa mère raconte que, au départ, c'était un bébé sage, beaucoup plus sage que sa sœur aînée, Éléonore. Elle ne sait ni comment ni quand les problèmes ont commencé ; cela a été progressif. Je verbalise ce que je pense être la détresse de Sam, et en particulier son sentiment d'être un mauvais petit garçon, non aimé par sa mère. Sam se réfugie alors dans les bras de sa mère et hurle : « Méchant, méchant. » Je réitère mon intervention. Il se calme alors progressivement et me regarde intensément comme pour nouer une alliance avec moi. À partir de là, il se montrera plus paisible et relationnel.

Les parents sont très touchés. La mère de Sam pleure. Elle pensait ne pas pouvoir avoir d'enfant ; Éléonore a mis beaucoup de temps à venir. Par la suite, elle n'a pas pris de précautions, se pensant peu fertile, et Sam est arrivé sans être désiré (Éléonore a 18 mois de plus que Sam).

Madame A. a été très inquiète de la réaction d'Éléonore, de sa jalousie. Sam était heureusement un bébé très sage, qui ne réclamait rien ; elle pense a posteriori qu'elle ne s'en est pas beaucoup occupée ; elle n'était pas disponible pour lui ; elle était surtout soucieuse d'Éléonore.

À ce moment, comme un aveu, Madame A. dira : « Je le trouvais laid. ». Elle a les larmes aux yeux (Sam est un très bel enfant). Je l'interroge sur sa famille. Elle est l'aînée d'une famille de trois. Elle a une sœur de 2 ans sa cadette et un frère de 4 ans son cadet. Sa propre mère attendait impatiemment un fils. C'était une très grande joie quand il est né ; il a toujours été son chouchou, le privilégié doté de toutes les qualités. Je souligne à Madame A. qu'elle a voulu éviter à Éléonore toute la souffrance qu'elle a éprouvée à la naissance de son frère et, par la suite, devant cette relation si privilégiée entre lui et sa mère. C'est comme si Sam était quelque part ce frère. Madame A. pleure et dit : « On peut faire de ces dégâts ! »

Monsieur A. évoquera surtout, au cours de cet entretien, son manque de disponibilité pour Sam et sa maman. Il n'a pas bien réalisé ce qui se passait. De son côté, lui était très heureux d'avoir un fils.

Je les verrai dans un premier temps en famille et d'autres éléments apparaîtront, en particulier au niveau de l'histoire de la Maman qui s'est toujours sentie la moins aimée. Elle était la petite fille moins jolie que sa sœur, celle qui faisait des bêtises, qui travaillait moins bien à l'école. . Nous verrons ensemble que, si Sam était identifié à son frère cadet, il portait aussi toutes ses parts dévalorisées à elle et qu'elle-même était identifiée à sa propre mère rejetante et froide.

Le père de Sam aura plus de mal à parler de lui. Il répondra à mes questions sur son enfance mais n'y reviendra pas spontanément par la suite. Ses souffrances d'enfant se révéleront plus enfouies et plus difficilement accessibles.

Je prendrai Sam en thérapie individuelle pendant 4 ans, parallèlement à des entretiens familiaux réguliers.

Les troubles de l'apprentissage de la propreté.

Ils sont considérés comme pathologiques au-delà de 3, 4 ans ; ils sont alors le reflet d'une souffrance psychique, qu'il faudra essayer de comprendre à un niveau familial et individuel.

Il est toujours intéressant d'interroger les méthodes utilisées par les parents mais aussi le milieu d'accueil pour éduquer l'enfant à la propreté, du côté de la contrainte ou au contraire du laxisme ou de la négligence.

L'énurésie

On distingue :

- l'énurésie nocturne : les enfants font pipi au lit pendant la nuit et l'*énurésie diurne* : les enfants ont des « accidents » pendant la journée.
- l'énurésie primaire : il s'agit d'enfants qui n'ont jamais été propres et l'*énurésie secondaire* : les enfants ont été propres pendant un temps mais ont recommencé à un moment à faire pipi au lit et/ ou dans la culotte.

La psychopathologie qui sous-tend ces difficultés est très variable d'une situation à l'autre. S'il s'agit d'une énurésie primaire, il peut y avoir des facteurs d'immaturation impliqués, en tout cas au début ; lors d'une énurésie secondaire, il est intéressant de repérer les événements éventuels qui ont été à l'origine de l'apparition du symptôme. Les dimensions à investiguer au niveau familial concernent en tout cas la gestion de l'agressivité, y compris dans le couple, et la manière

dont l'enfant vit le conflit œdipien ; l'énurésie peut avoir une valeur régressive.

Rose vient me voir avec ses parents à l'âge de 5 ans pour une énurésie primaire nocturne. Elle est la cadette d'une fratrie de trois ; elle a deux frères qui font beaucoup d'activités avec leur père ; elle est très proche de sa mère mais commence à se rapprocher de son père.

Elle est décrite comme très colérique et elle ne supporte pas que ses parents ne soient pas disponibles pour elle. Les colères de Rose tranchent par rapport à la manière de réagir du reste de la famille, calme et très contrôlée. Les parents sont déstabilisés, énervés ; la maman a envie de réagir comme son propre père, c'est-à-dire de manière très autoritaire, ce qui lui fait horreur.

Rose est une petite fille très angoissée qui a peur du noir et ne supporte pas bien les changements. Elle a des comportements régressifs, par exemple, elle refuse de s'habiller seule et dit qu'elle n'y arrive pas ; le matin, elle vient dans le lit de ses parents faire des câlins, elle n'aime pas aller à l'école et voudrait rester à la maison avec sa maman ; elle a très peur de l'entrée en première primaire.

Lorsque je pointe son envie à la fois de devenir grande et de rester le petit bébé de maman, cette dernière associe sur le très grand intérêt de Rose pour ses seins ; elle dit qu'elle-même n'est pas pressée que Rose grandisse, qu'elle a sans doute envie de la conserver bébé. Pendant ce temps, Rose a dessiné un château pour souris « sans chat » avec des garde-manger pleins de fromages. Je lui dis qu'elle a peur de perdre les bons fromages de maman si elle grandit et maman aussi. L'énurésie va progressivement disparaître. On voit comment l'énurésie à la fois traduit l'angoisse familiale face au débordement agressif et à une valeur régressive pour une petite fille qui a peur de perdre l'amour et la relation si chaleureuse avec sa maman si elle grandit, et qui se laisse aller à ses sentiments œdipiens pour son papa.

L'encoprésie

Les enfants font caca dans la culotte, le plus souvent pendant la journée ; cela peut aller de simples traces à des quantités plus importantes de selles. Il s'agit souvent d'enfants qui se retiennent et qui finissent par avoir des accidents.

Différents tableaux se rencontrent, mais parallèlement au plaisir lié à la rétention, on peut décoder diverses valeurs symboliques intriquées dans cette manifestation agie au niveau du corps ; on retrouve fréquemment des angoisses de séparation : au niveau le plus archaïque, l'enfant retient ses selles et est angoissé à l'idée de se séparer d'elles parce qu'il les ressent comme une partie de lui-même ; par la suite, les angoisses concernent la séparation d'avec la mère et la peur qu'elle soit détruite et disparaisse définitivement, y compris dans sa tête à lui ; retenir ses selles peut alors avoir valeur d'éviter une séparation et de garder un objet interne vivant à l'intérieur de soi. Lorsque l'enfant est en plein cœur du conflit œdipien, les selles peuvent représenter le pénis ou un bébé qu'il veut garder dans son ventre, en lien avec les théories sexuelles infantiles. L'autre lignée d'angoisses concerne la gestion de l'agressivité : les selles peuvent représenter une agressivité menaçante que l'enfant veut garder à l'intérieur de lui et qui risque d'exploser comme une bombe si les selles sont expulsées. La particularité de l'encoprésie est que l'on peut retrouver condensés différents niveaux de symbolisation et différents contenus symboliques.

Déborah vient me voir avec ses parents M. et Mme D. lorsqu'elle a 4 ans pour un problème d'encoprésie. C'est une petite fille timide mais relationnelle. Un symptôme de constipation est apparu après le sevrage, lorsqu'elle avait 3 mois ; le symptôme d'encoprésie est contemporain de l'acquisition de la propreté. Déborah se retient et il y a des accidents par débordement.

Les parents ont eu des réactions variées, à certains moments ne disaient rien, à d'autres se fâchant, mais cela n'a eu aucun effet. Je dis qu'il s'agit d'angoisses,

en lien sans doute avec le caca qui tombe dans les toilettes. Elle reconnaît cela.

Sinon, c'est une petite fille sage, facile, sans problème. Elle est la cadette d'une fratrie de quatre filles ; il y a une très grande différence d'âge entre elle et ses sœurs, qui se succèdent à 18 mois d'intervalle chacune ; l'avant-dernière a 9 ans de plus qu'elle. Les parents voulaient un garçon mais disent être très contents d'avoir 4 filles.

Je vais proposer des entretiens familiaux et plusieurs fils intriqués pourront être mis en évidence.

Déborah est née alors que ses parents étaient dans un autre cycle de vie avec de grands enfants. Sa mère a repris le travail quand elle avait à peine 2 mois ; elle a été mise à la crèche et elle a vécu une séparation précoce même si elle n'a jamais rien manifesté ; elle a été sevrée à 3 mois, beaucoup plus tôt que ses sœurs. Sa mère a repris rapidement sa vie d'avant ; elle fait différentes activités sportives et sort beaucoup avec ses copines. Mme D. se dit très indépendante et a le sentiment d'étouffer si elle n'a pas toutes ces activités.

Le premier fil est celui des angoisses de séparation archaïques qui ont vraisemblablement sous-tendu la constipation très précoce et restent très présentes. Quand je verrai Déborah quelques fois seule, elle fera plusieurs jeux de rôle mettant en scène une mère et ses filles ; dans une des séquences, elle représente des relations fusionnelles : nous restons toutes à la maison, personne ne travaille ni ne va à l'école. Ces angoisses de séparation s'accompagnent du sentiment d'avoir dû grandir trop vite pour contenter sa mère.

Déborah amène elle-même le deuxième fil : elle me raconte qu'à l'école elle joue dans les toilettes avec un petit garçon qui fait pipi devant elle et qu'elle regarde son zizi. Elle ajoute que « les filles ont aussi un zizi mais dans le pét ». Je lui dis que son caca serait comme un zizi qu'elle aurait peur de perdre dans la toilette. On peut faire le lien entre le symptôme, le désir de ses parents d'avoir un garçon et la théorie sexuelle infantile élaborée par Déborah.

Le troisième fil est celui de l'agressivité qui effraie terriblement Déborah comme sa mère. À partir du récit d'une grosse colère, très inhabituelle, de Déborah suite à une injustice, je dis que Déborah et sa maman ont toutes les deux très peur du fâché qui sort violemment, que Déborah, le plus souvent, garde son fâché comme son caca mais que, quand cela sort, c'est très fort comme une diarrhée. Mme D. dit que c'est comme son mari qui se retient puis explose ; elle a horreur de cela.

Tous ces fils, qui relèvent de niveaux différents de fonctionnement psychique, sont emmêlés et à l'origine du symptôme. Avoir pu les identifier et mettre en mots les vécus douloureux de chacun a permis la disparition du symptôme.

Les enfants qui refusent d'aller sur le pot

Certains enfants rejettent catégoriquement d'aller sur le pot et ne veulent déféquer que dans un linge. Ce symptôme est très fréquent à notre époque où on utilise des langes jetables ; les mères sont moins pressées que leur enfant soit propre et se montrent plus tolérantes.

L'enfant sent bien quand il doit aller à selles et il contrôle la rétention et l'expulsion mais il est angoissé lorsqu'il est assis sur le pot ou la toilette et que les selles sortent, se détachent et tombent ; le linge lui donne le sentiment que son caca reste collé à lui.

Derrière ce comportement, on trouve des angoisses archaïques de séparation, comme dans l'encoprésie, peur de perdre une partie de lui, peur que sa mère disparaisse, peur de ne pas pouvoir garder en lui l'image de sa mère vivante et chaleureuse dans les séparations. Mais ce comportement a aussi une dimension régressive liée à l'angoisse de grandir.

Cela ne sert à rien de se fâcher contre l'enfant ou de le forcer, au contraire cela renforce ses peurs ; il faut discuter avec lui, l'encourager, le rassurer. Si les angoisses sont trop importantes, cela vaut la peine de consulter un professionnel.

Les retards de développement

Le langage

C'est lorsque l'enfant a entre 2 et 3 ans que l'absence de développement du langage ou le retard de langage est remarqué par les parents et les intervenants. C'est un symptôme qu'il ne faut pas banaliser et qui nécessite toujours une investigation. La mise au point devra se faire au sein d'une équipe multidisciplinaire qui réunit neuro-pédiatre, ORL, pédopsychiatre, psychologue et logopède. Il faut toujours s'interroger sur les problèmes possibles d'audition, en particulier une surdité relative, par exemple causée par des otites à répétition. Notons que, parfois, il s'agit d'un retard sans conséquence, lié par exemple au bi ou tri-linguisme.

Une relation très fusionnelle entre un enfant et sa mère qui ne veut pas qu'il grandisse et qui devine ses moindres désirs, relation dans laquelle n'intervient pas le tiers paternel, peut amener un retard d'apparition du langage. Un environnement carencé dans lequel l'enfant n'est pas stimulé et présente une fragilité du narcissisme primaire, entraîne également des retards de langage. Dans d'autres cas, si ce symptôme est associé à un retrait relationnel, il peut être le premier signe repéré d'un syndrome autistique ou d'un trouble envahissant du développement. Ou encore, il peut s'agir d'une dysphasie.

La marche

Les retards d'acquisition de la marche, après 18 mois, devront être signalés au neuro-pédiatre. Il peut s'agir d'un refus de grandir et de se séparer de sa mère et/ou d'angoisses phobiques à se lâcher et à explorer le monde, comme on l'a vu avec Laetitia. Mais il faut exclure d'abord des problèmes neurologiques sous-jacents passés inaperçus.

Les troubles instrumentaux

Lorsque l'enfant a entre 4 et 6 ans, peuvent apparaître des difficultés d'apprentissage qui devront également

être investiguées. En particulier, c'est à cette époque que l'on met en évidence les difficultés instrumentales : troubles de la motricité fine, difficultés d'orientation au niveau spatial et temporel sur lesquelles on peut avoir une action préventive : thérapie du développement, rééducations diverses.

Les retraits autistiques

Les pathologies autistiques sont en général diagnostiquées au cours de la deuxième ou troisième année de la vie lorsque l'absence de langage ou les difficultés de socialisation deviennent plus évidentes et plus facilement décelables.

Les symptômes principaux de l'autisme sont les suivants :

- Des signes de retrait : l'enfant refuse le contact et ne communique pas avec l'autre ; en particulier, il évite le contact visuel.
- Des stéréotypies : gestes et comportements répétitifs.
- L'absence de langage ou la présence d'un langage altéré avec des écholalies (répétition de ce que l'autre dit).
- Une angoisse majeure face à tout changement, amenant des rituels rigides et une exigence tyrannique que tout soit immuable.

Les troubles alimentaires

Les difficultés alimentaires chez l'enfant plus grand peuvent venir en continuité avec des troubles alimentaires précoces ou commencer à un âge plus tardif.

Le plus souvent, il s'agit d'enfants qui mangent peu ou lentement ou d'enfants qui développent une sélectivité alimentaire, c'est-à-dire qui ne mangent que certaines choses bien précises et pas d'autres et refusent de goûter de nouvelles choses. Ce symptôme touche particulièrement les mamans qui ressentent le refus de leur enfant comme une attaque, un refus de leur amour.

La sélectivité ou le refus alimentaire vers 2,3 ans est souvent la voie trouvée par l'enfant pour affirmer sa différence (j'ai des goûts différents des tiens), s'opposer à ses parents, leur manifester sa colère (par exemple lors de la naissance d'un frère ou d'une sœur ou lors de la reprise de son travail par la mère, un voyage des parents...) et/ou instaurer une relation d'emprise et de tyrannie avec la mère. La manière dont les parents vivent ces manifestations de leur enfant et la façon dont ils vont y répondre aura un grand impact sur leur devenir ; si les parents forcent leur enfant à manger et ont des attitudes coercitives, ou encore s'ils dramatisent les choses, cela risque de cristalliser le symptôme.

Dans certains cas de sélectivités alimentaires, on a l'impression que les difficultés alimentaires sont reprises dans un système phobique et obsessionnel où les repas doivent être des rituels immuables et tout ce qui est nouveau ou inconnu est vécu comme très angoissant.

Je vois Alice et ses parents, M. et Mme G., lorsqu'Alice a 18 mois pour des problèmes alimentaires. À 8 mois, Alice a développé une anorexie ; elle s'est mise progressivement à refuser toute nourriture autre que les biberons de lait, alors qu'auparavant elle mangeait de tout avec appétit. Après quelques mois, elle a recommencé à diversifier sa nourriture mais de manière très sélective : elle accepte uniquement les pâtes, le riz, le cabillaud et les sucreries, et en tout cas refuse les fruits et les légumes. Les parents ont reçu beaucoup de conseils et essayé différentes stratégies comme la forcer, lui donner un repas normal et rien d'autre..., mais Alice était la plus forte et était capable de ne rien manger pendant plusieurs jours.

Nous pourrions mettre rapidement le début de cette anorexie en lien avec un voyage de 10 jours des parents en amoureux et la reprise du travail à temps plein de Mme G. dans la foulée, ce qui a amené la mise à la crèche d'Alice qui a sans doute fait un épisode dépressif à bas-bruit.

Les parents me disent qu'Alice, depuis quelques temps, est devenue opposante et colérique. En fait,

Mme G. est enceinte de 4 mois, et ensemble nous pourrions parler des colères d'Alice contre sa maman, de sa jalousie et de sa crainte d'abandon. Mme G. est très déstabilisée par les colères d'Alice ; elle reconnaît avoir peur des conflits ; elle était elle-même une petite fille et une adolescente très sage et sans problème. Ses parents étaient stricts et sévères ; on ne montrait pas ses sentiments dans sa famille. Elle-même est très réservée. Quant à M. G., il n'exerce pas beaucoup d'autorité paternelle ; il veut une relation proche et affectueuse avec ses enfants, souhaite être un père différent de son propre père, très absent et autoritaire.

Lors d'une séance de thérapie familiale, Alice organise un scénario avec les figurines de la boîte à jouets : différents animaux sauvages attaquent sa mère et la dévorent. Je dirai à Alice qu'elle a envie de dévorer sa maman tellement elle l'aime, mais elle a aussi envie de la mordre parce qu'elle est très fâchée. Je sens combien cette maman est effrayée par l'émergence de la pulsionnalité amoureuse et agressive de sa petite fille et qu'il s'agit d'une peur qui circule entre elles.

On peut dire que l'anorexie d'Alice a plusieurs racines intriquées : la dépression d'Alice en lien avec le voyage et la mise à la crèche, puis sa colère contre une maman peu disponible et enceinte suscitant angoisse et inhibition de la pulsion orale (dévorer, c'est faire mal), et enfin la reprise du symptôme dans un système d'opposition punitif.

Les troubles du sommeil

L'insomnie primaire

Elle concerne des d'enfants qui n'ont jamais fait leur nuit, qui le plus souvent ont besoin d'être endormis par quelqu'un et qui se réveillent plusieurs fois par nuit.

L'insomnie secondaire

Il s'agit de troubles du sommeil qui arrivent brutalement comme une crise chez un enfant qui jusque-là dormait

bien ; l'enfant ne veut plus aller au lit, exige que ses parents restent auprès de lui pour l'endormir, se réveille la nuit, pleure ou se lève et va dans leur lit. Il dit qu'il a peur, peur du noir, des voleurs des monstres, des sorcières... L'insomnie secondaire est souvent partiellement réactionnelle et il faut toujours rechercher un évènement déclenchant.

Les cauchemars et terreurs nocturnes

L'enfant peut faire des cauchemars : il se réveille en hurlant et est capable de raconter son rêve. Il peut faire aussi des terreurs nocturnes : il hurle et semble terrorisé, mais ne se réveille pas même lorsque les parents accourent ; il finit par se calmer sans se réveiller et ne se souvient de rien ; il semble s'agir d'angoisses sans représentations.

Ces manifestations d'angoisses sont habituelles et banales pour l'enfant au cours de cette période. Si elles deviennent intenses et permanentes, elles prennent une dimension plus pathologique et il est important de consulter.

En pleine période œdipienne, les troubles du sommeil peuvent prendre une autre signification qui n'empêche pas l'angoisse : l'enfant est en colère lorsqu'il se trouve confronté au couple de ses parents et qu'il se sent exclu de leur intimité en particulier le soir, et il va essayer différentes manœuvres pour les empêcher d'être ensemble comme refuser d'aller au lit, prolonger les rituels du coucher, exiger la présence d'un de ses parents pour s'endormir, se lever dix fois sous différents prétextes, aller dans leur lit la nuit...

La réaction des parents à ces manifestations de leur enfant est très variable et dépend de la solidité de leur couple, de leur fonctionnement psychique, de leur histoire. Ils peuvent rester fermes et mettre des limites, ils peuvent transitoirement prendre l'enfant dans leur lit parce qu'ils sont sensibles à sa détresse ; ils peuvent aussi être incapables de faire preuve d'autorité, se perdre dans des rituels interminables le soir et dormir avec l'enfant la nuit. C'est toute la question du co-

dodo ; l'enfant dort avec ses parents, dans leur lit ou dans un lit d'appoint, parfois avec l'un des deux, souvent sa mère, l'autre parent dormant ailleurs. Lorsque les parents sont séparés, le co-dodo est très fréquent.

Du côté des parents, au-delà de la difficulté à mettre des limites, plusieurs bénéfices secondaires peuvent être impliqués : retrouver des relations fusionnelles rassurantes la nuit avec son enfant, calmer ses propres angoisses, se rendre indispensable, éviter les relations sexuelles avec son partenaire... S'il est important d'être souple et à l'écoute des angoisses de séparation de l'enfant, il faut aussi pouvoir décoder la dimension de contrôle et d'emprise qu'il essaie d'exercer sur ses parents et leur couple. Par ailleurs, il est important pour l'enfant d'avoir son espace propre le soir et d'apprendre à développer ses propres stratégies pour s'endormir et lutter contre l'angoisse.

Les manifestations d'angoisse

Les manifestations d'angoisse sont également très fréquentes et banales dans cette tranche d'âge ; elles font partie du développement mais peuvent parfois être tellement intenses et multiples qu'il faut les traiter.

Ce peut être des phobies, c'est-à-dire des angoisses déplacées et focalisées sur un objet ou une situation : phobie des personnes inconnues dans la continuité de l'angoisse de l'étranger, phobie du noir, phobies d'animaux comme les chiens, les insectes, les serpents..., phobie des foules, des avions..., phobie de l'eau, de la mer...

L'angoisse peut se manifester au moment de l'endormissement : peur des voleurs, des sorcières, des monstres... ou se manifester lors de certaines situations qui impliquent une séparation avec les parents, comme l'école ou les goûters d'anniversaire. Le petit enfant, au cours de cette période de sa vie, vit des mouvements émotionnels intenses liés à des conflits psychiques qui engendrent de l'angoisse. En particulier, comme cela a été vu plus haut, il doit faire face à

une efflorescence libidinale, des sentiments d'amour et des sentiments agressifs intenses vis-à-vis des personnes qu'il aime le plus.

La dépression

Dans cette tranche d'âge, la dépression de l'enfant est souvent réactionnelle à des événements familiaux entraînant des vécus de l'ordre de la perte, du deuil, de la désillusion ou un état d'angoisse chronique. On peut penser à la naissance d'un frère ou d'une sœur qui accapare pour une série de raisons l'attention de la mère, à des conflits familiaux ou conjugaux, à une séparation du couple des parents, à la dépression d'un parent, au décès ou au départ d'une personne proche, adulte ou enfant, à l'entrée à l'école qui ne se passe pas bien...

La dépression peut prendre une forme symptomatique, classique, proche des symptômes des adultes, en lien avec la perte de l'élan vital avec une diminution de l'énergie, la perte de l'intérêt pour des activités très investies, l'absence de désirs et de manifestations de joie et de plaisir, un aspect terne, morose voire triste.

Mais le plus souvent à cet âge la souffrance dépressive est masquée et prend des formes différentes comme des troubles du comportement inhabituels avec irritabilité, intolérance à la frustration, colères fréquentes ou des angoisses phobiques importantes ou des manifestations psychosomatiques à répétition ou une hyperactivité...C'est important de penser alors à une dépression, même si l'enfant dénie les affects dépressifs comme la tristesse.

L'hyperactivité

Avant 4 ans, l'enfant traverse une phase exploratrice normale qui mobilise le mouvement, la motricité, l'excitation face à la découverte du monde et sa capacité à agir selon ses désirs.

Quand l'agitation est intense et chronique, elle doit inquiéter très précocement les parents et l'école. Il s'agit d'enfants agités, instables, incapables de tenir en place, « nerveux », qui ont beaucoup de mal à rester centrés et passent d'une activité ou d'un jeu à un autre, ce qui donne à l'observateur le sentiment d'une désorganisation et même parfois d'une vraie tornade.

Ces difficultés peuvent être associées avec d'autres symptômes comme ne pas pouvoir respecter les limites, se mettre en danger, faire beaucoup de bêtises, être impulsivement agressif avec ses pairs...

La question du TDAH (trouble du déficit de l'attention-hyperactivité) se pose alors bien entendu. Elle mériterait un long développement en particulier sur son existence en tant qu'entité psychopathologique soutenue par des problèmes neurobiologiques. Le TDAH associe l'hyperactivité motrice, le déficit de l'attention et l'impulsivité. Les difficultés de concentration ne sont souvent repérées qu'en fin de maternelle ou début de primaire. De mon point de vue, il s'agit d'un syndrome aux étiologies multiples, causé par un faisceau de plusieurs facteurs combinés.

Une hyperactivité importante et chronique est en tout cas souvent le signe d'une souffrance profonde qui parfois touche au malaise identitaire d'un enfant qui cherche ses propres limites corporelles. Il ne faut pas banaliser ce symptôme qui engage le corps en lien avec des difficultés de mentalisation, c'est-à-dire des conflits qui n'ont pas pu être pensés, représentés pour l'enfant au sein de sa famille.

L'hyperactivité chez le petit enfant nécessite une investigation multidisciplinaire qui doit inclure des entretiens familiaux et individuels psychodynamiques et une approche thérapeutique souvent multiple non strictement centrée sur un traitement médicamenteux. En effet dans cette tranche d'âge, les thérapies familiales et les psychothérapies individuelles de développement ou psychanalytiques peuvent être d'un grand apport.

Les troubles de l'identité sexuée

L'identité sexuée est le sentiment subjectif que l'on a d'appartenir à un sexe, c'est-à-dire d'être un garçon ou une fille. L'identité sexuelle renvoie au choix d'objet amoureux homo ou hétérosexuel.

À cette période de la vie, il est assez fréquent pour les petits garçons de vouloir être des filles et pour les petites filles de vouloir être des garçons.

Pour les petites filles, vouloir être un garçon signifie souhaiter avoir un pénis ; elles refusent de mettre des robes, préfèrent jouer avec les garçons à des jeux de garçons. Ce peut être passager, sous-tendu par l'idée que les garçons ont plus de valeur que les filles, qu'ils possèdent un phallus qui leur confère puissance, force et supériorité ; bien entendu, c'est toujours en lien avec le fonctionnement de leur famille à un niveau conscient et inconscient.

Les petits garçons aussi peuvent souhaiter de manière passagère être une fille et avoir des bébés dans leur ventre, en lien avec leur phase de développement et ce qu'ils vivent au sein de leur famille. Cependant, certains petits garçons vont affirmer très précocement et de manière très répétitive leur désir d'être une fille ; ils veulent mettre des vêtements de fille, des bijoux ; ils sont fascinés par les étoffes et les tissus ; ils aiment jouer avec les filles à des jeux de filles comme les Barbies ; parfois, ils disent qu'ils veulent qu'on leur coupe le zizi.

Dans ces situations, il s'agit d'un trouble de l'identité sexuée qui est en train de s'installer et il ne faut pas banaliser ce symptôme. Une thérapie familiale et une thérapie individuelle de l'enfant seront nécessaires pour démêler les multiples facteurs qui se sont conjugués pour aboutir à cette situation. Très souvent, à côté d'autres pistes, on retrouve dans la lignée maternelle des fantasmes transgénérationnels inconscients qui représentent les hommes comme dangereux et violents.

Comment peuvent intervenir les soignants

Chaque soignant va intervenir différemment selon sa formation de base, son mandat, sa position professionnelle par rapport à la famille. C'est évidemment différent si on est pédopsychiatre ou psychologue, si on a une formation psychothérapeutique (que l'on est psychothérapeute individuel et/ou familial) et que l'on reçoit une famille référée pour un symptôme particulier chez un enfant ou si on est infirmier(e) dans un hôpital, puéricultrice dans une crèche ou travailleur social de quartier confronté à des difficultés chez un enfant dont la famille ne veut pas reconnaître la gravité.

Lorsqu'une famille confie des difficultés avec un enfant, l'enjeu pour tous les professionnels est d'arriver à ouvrir un espace de dialogue et d'échange avec les parents et l'enfant. Il est parfois difficile de contrôler ce que l'on ressent émotionnellement face à certaines situations, de ne pas se laisser aller à des mouvements agressifs face à certains comportements parentaux ou certains dénis. Cependant, ne pas juger, rester dans le respect et la bienveillance, être dans une position d'écoute et d'empathie pour tous les membres de la famille sont autant de préalables indispensables pour créer un climat de confiance. Ensuite, s'il est important d'investiguer quand et comment le symptôme est apparu et s'est déployé et d'évaluer la gravité de la situation et de l'état psychique de l'enfant, la démarche fondamentale du professionnel de la petite enfance pour apporter de l'aide est d'essayer de comprendre le sens du symptôme en fonction de ce qui se joue au sein de la famille et de démêler les différents fils intriqués qui président à son éclosion.

Si on reste avec l'idée, peu confortable par ailleurs qu'il faut donner très vite un conseil pertinent et efficace, on se met en position de celui qui sait et on ferme les choses.

La question de la temporalité est importante : se poser, prendre le temps de parler ensemble et d'essayer de donner un sens, de faire des liens, ne se fait pas entre deux portes. Chaque intervenant, de sa position, en fonction de ce qu'il se sent à l'aise de faire, de ce qu'il s'autorise à faire, peut essayer prudemment, sans être intrusif, d'investiguer les choses dans différentes directions : depuis quand sont apparues les difficultés, est-ce qu'il y a des événements déclenchants, comment se sont développées les relations entre les parents et l'enfant depuis sa naissance mais aussi éventuellement comment cela se passait pour les parents quand ils avaient l'âge de leur enfant, quelles relations ils avaient avec leurs propres parents... Parallèlement à la discussion avec les parents, il est important d'observer l'enfant qui nous dit beaucoup de choses à travers son comportement, ses jeux, ses interactions avec ses parents, ses dessins. Il s'agit aussi de parler avec lui pour avoir son point de vue et lui expliquer certaines choses qui se disent.

Parfois un entretien suffit pour aider la famille et dénouer ce qui était emmêlé, mais souvent un suivi est nécessaire ou un relais à un professionnel compétent pour assurer une prise en charge psychothérapeutique de petits enfants si elle s'avère nécessaire.

Orienter une famille n'est pas toujours simple ; parfois l'entretien a pu sensibiliser suffisamment les parents pour qu'ils comprennent le sens d'une telle démarche mais cela peut prendre du temps, des mois éventuellement, pour dédramatiser, expliquer et amener les parents à consulter.

Prendre le temps signifie de ne pas se laisser envahir par l'émotion de la gravité et de l'urgence et se donner les moyens de penser ; ne pas tomber dans le réflexe d'un relais immédiat aux spécialistes. Rester présent aussi longtemps que nécessaire est important avec certains parents plus méfiants ou fragiles, qui se sont confiés au professionnel, qui lui ont fait confiance et qui pourraient vivre l'envoi comme une trahison ou un abandon. Dans ces situations, le professionnel peut aussi se faire superviser par un spécialiste et continuer lui-même la prise en charge.

Cependant, parfois la temporalité de l'enfant ne peut suivre la temporalité nécessaire aux parents ; il est indispensable de tenir compte de son état psychique et du rythme de son développement qui peut impliquer la mise en place de mesures d'aide plus rapides et parfois au-delà d'une prise en charge psychothérapeutique, d'organiser un cadre protecteur ou stimulant pour l'enfant dans un délai tenant compte de son développement telle une crèche de jour, une pouponnière ...

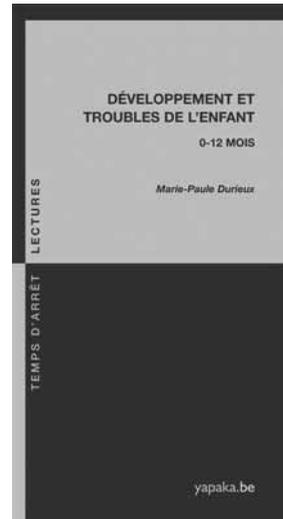
Certaines familles restent totalement réfractaires à une démarche psychothérapeutique ; il s'agit en général de celles qui en ont le plus besoin mais souvent dans ce cas, les parents sont terrorisés par ce type de prise en charge parce qu'ils ne veulent surtout pas parler d'eux et revisiter leur passé trop douloureux. Alors, il faut supporter son impuissance.

Quand les intervenants sont inquiets par des symptômes présentés par l'enfant, certaines interactions parents-enfants et que les parents ne sont pas conscients de la gravité, banalisent ou encore sont dans le déni et refusent totalement ce qui peut leur être dit à ce propos, il est nécessaire d'agir. A nouveau, il faut prendre le temps dans la mesure où le développement de l'enfant le permet, instaurer un dialogue, essayer de trouver les mots qui peuvent être supportés, prendre appui sur le réseau et réfléchir à s'adresser aux instances mandatées.

Bibliographie

- Berger M., *Le travail thérapeutique avec la famille*, deuxième édition, Paris, Dunod, 2012.
- Bion W.R., *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1962.
- Cramer B., Palacio-Espasa F., *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, Paris, PUF, 1993.
- Ciccone A. (1998), « Les enfants qui poussent à bout », réflexions sur les comportements d'agressivité, d'instabilité, d'opposition chez le jeune enfant, *Psychologie et éducation*, 34 : 67-76, 1993.
- Debray R., Belot R-A., *La psychosomatique du bébé*, Le fil rouge, PUF, 2008.
- Durieux M-P., C. Frisch-Desmarez, « Désemboîtements des psychismes des parents et de l'enfant dans le travail analytique familial au long cours », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 26 : 311-338, 2000.
- Freud S. : Trois essais sur la théorie de la sexualité. Gallimard, 1962.
- Frisch-Desmarez C., Durieux M-P., « La thérapie familiale psychanalytique », *Revue Belge de Psychanalyse*, 41 : 31-54, 2002.
- Klein M. (1934), « Contribution à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs », in *Essais de Psychanalyse*.
- Klein M. (1940), « Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs », in *Essais de Psychanalyse*.
- Klein M. (1945), « Le complexe d'Œdipe éclairé par les angoisses précoces », in *Essais de Psychanalyse*.
- Klein M. (1946), « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes », in *Développements de la Psychanalyse*, PUF, Paris, 1966, pp. 274-300.
- Klein M. (1955) *Envie et gratitude et autres essais*, Gallimard, Paris, 1968.
- Manzano J, Palacio Espasa F, Zilkha N., *Les scénarios narcissiques de la parentalité*, Paris, PUF, 1999.
- Roussillon R., Ciccone A. *Manuel de psychologie et de psychopathologie*, clinique générale, Paris, Masson, 2009.
- Roussillon, *Le jeu et l'entre-je(u)*, Le Fil Rouge, PUF, Paris, 2008.
- Spitz. R.A. (1968), *De la naissance à la parole*, tr. française. Paris, PUF, 1976.
- Watillon-Naveau A., *Bébés et parents en détresse chez le psychanalyste*, Paris, La vie de l'enfant, Erès, 2013.
- Winnicott D.W. (1950-1955), « L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, pp. 80-97, 1969.
- Winnicott D.W. (1951-1953), « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », tr. Française. in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, pp. 109-125, 1969.
- Winnicott D.W. (1971), « L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications », tr. française. in *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, pp. 120-13, 1975.

Pour approfondir le sujet



Déjà paru
du même auteur

Disponible
en téléchargement
en version pdf et epub



- Comment réagir aux morsures d'un enfant ?
- Les limites aident à grandir

· ...



- Comment l'enfant découvre-t-il la différence des sexes ?
- Souffrance psychique de l'enfant, à quels marqueurs être attentif
- Que faire avec un enfant qui s'oppose à tout ?

· ...



- Jouer pour grandir
- L'enfant difficile

· ...

sur yapaka.be

Temps d'Arrêt / Lectures

Derniers parus

27. L'éducation est-elle possible sans le concours de la famille ?

Marie-Claude Blais

28. Les dangers de la télé pour les bébés.

Serge Tisseron

29. La clinique de l'enfant : un regard psychiatrique sur la condition enfantine actuelle.

Michèle Brian

30. Qu'est-ce qu'apprendre ? Le rapport au savoir et la crise de la transmission.

Dominique Ottavi*

31. Points de repère pour prévenir la maltraitance.

Collectif

32. Traiter les agresseurs sexuels ?

Amal Hachet

33. Adolescence et insécurité.

Didier Robin*

34. Le deuil périnatal.

Marie-José Soubieux

35. Loyautés et familles.

L. Couloubaritsis, E. de Becker, C. Ducommun-Nagy, N. Stryckman

36. Paradoxes et dépendance à l'adolescence.

Philippe Jeammet

37. L'enfant et la séparation parentale.

Diane Drory

38. L'expérience quotidienne de l'enfant.

Dominique Ottavi

39. Adolescence et risques.

Pascal Hachet

40. La souffrance des marâtres.

Susann Heenen-Wolff

41. Grandir en situation transculturelle.

Marie-Rose Moro*

42. Qu'est-ce que la distinction de sexe ?

Irène Théry

43. L'observation du bébé.

Annette Watillon

44. Parents défaillants, professionnels en souffrance.

Martine Lamour*

45. Infanticides et néonaticides.

Sophie Marinopoulos

46. Le Jeu des Trois Figures en classes maternelles.

Serge Tisseron

47. Cyberdépendance et autres croquemitaines.

Pascal Minotte

48. L'attachement, un lien vital.

Nicole Guedeney

49. L'adolescence en marge du social.

Jean Claude Quentel

50. Homoparentalités.

Susann Heenen-Wolff*

51. Les premiers liens.

Marie Couvert*

52. Fonction maternelle, fonction paternelle.

Jean-Pierre Lebrun*

53. Ces familles qui ne demandent rien.

Jean-Paul Mugnier.

54. Événement traumatique en institution.

Delphine Pennewaert et Thibaut Lorent

55. La grossesse psychique :

l'aube des liens.

Geneviève Bruwier

56. Qui a peur du grand méchant Web ?

Pascal Minotte

57. Accompagnement et alliance en cours de grossesse.

Françoise Molénat*

58. Le travail social ou « l'Art de l'ordinaire ».

David Puaud*

59. Protection de l'enfance et paniques morales.

Christine Machiels et David Niget

60. Jouer pour grandir.

Sophie Marinopoulos

61. Prise en charge des délinquants sexuels.

André Ciavaldini

62. Hypersexualisation des enfants.

Jean Blairon, Carine De Buck, Diane Huppert, Jean-Pierre Lebrun, Vincent Magos, Jean-Paul Matot, Jérôme Petit, Laurence Watillon*

63. La victime dans tous ses états. Anne-Françoise Dahin

64. Grandir avec les écrans « La règle 3-6-9-12 ».

Serge Tisseron

65. Soutien à la parentalité et contrôle social.

Gérard Neyrand

66. La paternité et ses troubles.

Martine Lamour

67. La maltraitance infantile, par delà la bienpensée.

Bernard Golse

68. Un conjoint violent est-il un mauvais parent ?

Benoît Bastard

69. À la rencontre des bébés en souffrance.

Geneviève Bruwier

70. Développement et troubles de l'enfant.

Marie-Paule Durieux

71. Guide de prévention de la maltraitance.

Marc Gérard

72. Garde alternée: les besoins de l'enfant.

Christine Frisch-Desmarez, Maurice Berger

73. Le lien civil en crise?

Carole Gayet-Viaud

74. L'enfant difficile.

Pierre Delion

75. Les espaces entre vérité et mensonge.

Christophe Adam, Lambros Couloubaritsis

76. Adolescence et conduites à risque.

David Le Breton

77. Pour une hospitalité périnatale.

Sylvain Missonnier

78. Travailler ensemble en institution.

Christine Vander Borghet*

79. La violence envers les enfants, approche transculturelle.

Marie Rose Moro

80. Rites de virilité à l'adolescence.

David Le Breton

81. La nécessité de parler aux bébés.

Annette Watillon-Naveau

82. Cet art qui éduque.

Alain Kerlan et Samia Langar

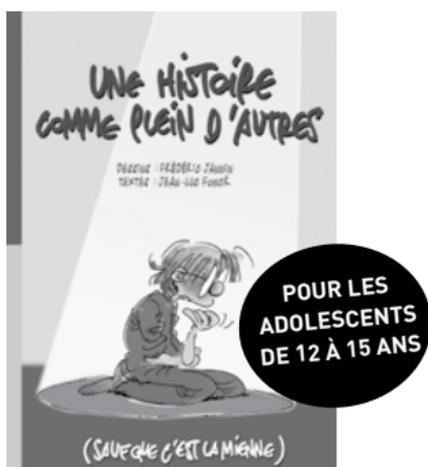
* Ouvrage épuisé.

Découvrez toute la collection Temps d'Arrêt et retrouvez nos auteurs sur yapaka.be pour des entretiens vidéo, conférences en ligne, ...

En Belgique uniquement

Les livres de yapaka

disponibles
gratuitement au
0800/20 000 ou
infos@cfwb.be



Livres de 80 pages diffusés chaque année (60 000 ex.)
aux écoles, associations, ...