

## PSYCHOTHÉRAPIE BRÈVE FOCALE CHEZ L'ENFANT : INDICATIONS, LIMITES, AVENIR

Dante Trojan et Francisco Palacio Espasa

Presses Universitaires de France | « La psychiatrie de l'enfant »

2008/2 Vol. 51 | pages 395 à 423

ISSN 0079-726X

ISBN 9782130569992

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/vue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2008-2-page-395.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

© Presses Universitaires de France. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# PSYCHOTHÉRAPIE BRÈVE FOCALE CHEZ L'ENFANT : INDICATIONS, LIMITES, AVENIR

Dante TROJAN<sup>1</sup>  
Francisco PALACIO ESPASA<sup>2</sup>

PSYCHOTHÉRAPIE BRÈVE FOCALE CHEZ L'ENFANT :  
INDICATIONS, LIMITES, AVENIR

*Dans ce travail, les auteurs montrent, à partir d'une illustration clinique, les critères d'indication et la technique en psychothérapie brève focale (PBF) chez l'enfant. Ce type de psychothérapie, qui se réfère aux théories psychanalytiques des soins psychiques, s'applique à une population précise (conflictualité névrotique dominante ou conflictualité dépressive qui peut s'élaborer à la lumière du complexe d'Edipe) et est réglée par des outils techniques particuliers (l'« interprétation focalisante » en est le point central). Les notions d'interprétation et d'alliance thérapeutiques sont discutées à partir de l'illustration clinique, ainsi que la place du rêve dans la PBF. Le processus thérapeutique, les transformations et la fin de la thérapie prennent également une place particulière dans cette forme de psychothérapie et font l'objet d'une réflexion. La PBF est de plus en plus au centre de discussions au sein des institutions de soins en pédopsychiatrie, et cela, entre autres, en raison des nouveaux enjeux socio-économiques. Une discussion sur les indications et le futur de cette forme particulière de psychothérapie d'inspiration psychanalytique est à ce jour d'importance cruciale selon les auteurs.*

BRIEF FOCAL PSYCHOTHERAPY FOR CHILDREN :  
INDICATIONS, LIMITS, FUTURE PROSPECTS

*In this article, the authors offer a clinical illustration to demonstrate the criteria for the indication of brief focal psychotherapy (BFP)*

1. Pédopsychiatrie, Chef de Clinique, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SPEA), Hôpitaux Universitaires de Genève.

2. Professeur Honoraire de la Faculté de Médecine, Université de Genève ; ancien médecin chef du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SPEA), Hôpitaux Universitaires de Genève ; vice-président de la Société suisse de psychanalyse.

*and the technique to be used for small children. This type of psychotherapy with reference to psychoanalytical theories in psychiatric treatments is applied to a precise population (presenting predominantly neurotic conflictuality or depressive conflictuality which may be elaborated in light of the Oedipal complex) and is regulated by particular technical tools among which the « focalising interpretation » is the central point. The notions of interpretation and therapeutic alliance are discussed through a clinical illustration, as well as the place of dreams in BFP. The therapeutic process, the transformations which occur and the end of the therapy also have their particular importance in this form of psychotherapy and are the object of reflection. BFP has an ever more central place in discussions within institutions devoted to child psychiatric care, due, among other reasons, to the new socioeconomic stakes. For the authors, a discussion about the indications and the future prospects of this particular form of psychoanalytically inspired psychotherapy is of crucial importance today.*

PSICOTERAPIA FOCAL Y BREVE EN EL NIÑO :  
INDICACIONES, LIMITACIONES Y SU FUTURO

*En este trabajo los autores exponen, a partir de un caso clínico, los criterios de indicación y la técnica de la psicoterapia focal y breve (PFB) en el niño. Este tipo de psicoterapia, que tiene como referencia las teorías psicoanalíticas de la asistencia psicológica, se aplica en una población precisa (con conflicto neurótico dominante o conflicto depresivo que pueda elaborarse a la luz del complejo de Edipo) y está regida por unos usos técnicos particulares (la « interpretación focalizada » siendo el eje central). Las nociones de interpretación y de alianza terapéutica son abordadas a partir de la ilustración clínica, así como la plaza del sueño en la PFB. El proceso terapéutico, los cambios experimentados y el final de la terapia tienen igualmente una plaza particular en esta forma de psicoterapia y son objeto de reflexión. La PFB es cada vez más el centro de discusión en el seno de las instituciones para los cuidados en psiquiatría infantil y esto es debido, en parte, a los nuevos intereses socioeconómicos. Una discusión sobre las indicaciones y el futuro de esta forma particular de psicoterapia de inspiración psicoanalítica es, en este momento, de una importancia crucial según los autores.*

La psychothérapie brève focale (PBF) est une forme de psychothérapie d'inspiration psychanalytique qui s'applique depuis plusieurs années dans la pratique avec des patients adultes et des enfants et adolescents (Malan, 1972 ; Gilliéron, 1983 ; Bonaminio, 1988). Elle se réfère aux principes de la psychanalyse, et adapte son setting à des situations cliniques

particulières. En ce qui concerne son application en clinique pédopsychiatrique, le travail de thérapie mère/bébé a amené beaucoup de matériel clinique très utile à sa conceptualisation (Cramer, Palacio Espasa, 1993). Comme nous l'avons déjà souligné, son application ne se restreint cependant pas à cette seule tranche d'âge.

La PBF est caractérisée par des séances hebdomadaires d'une durée classique de 45-50 minutes, pendant environ une année, et cela pour permettre d'élaborer une « longue séparation » lors de la période d'été.

Cette technique s'applique à des patients de tout âge, dont la conflictualité intrapsychique dominante est de type névrotique ou dépressive qui peut s'élaborer avec du matériel œdipien. Nous insistons sur la notion de « parties névrotiques dominantes » dans le fonctionnement de la personnalité, pour rappeler que chez toute personne coexistent des parties de fonctionnement psychique de type névrotique (adulte, objectif) et d'autres parties à fonctionnement psychotique (narcissique, infantile).

L'expérience clinique a bien montré les contre-indications avec des patients ayant des structures de personnalité très pathologiques. D'une part, la fréquence hebdomadaire de la psychothérapie brève focale ne convient pas aux patients graves parce que son rythme peu soutenu réactualise des vécus de pertes et n'en permet pas l'élaboration. D'autre part, la focalisation de l'intervention thérapeutique ne permet pas à ces patients très pathologiques une amélioration et une réorganisation de la personnalité suffisante pour permettre la guérison.

Une particularité importante dans ce modèle technique est l'« interprétation focalisante ». Par interprétation focalisante, nous nous référons à la résultante idéale de l'ensemble des interprétations qui dérivent de la volonté focalisante intentionnelle du thérapeute. Elle vise la centralisation du matériel fantasmatique amené par le patient autour de l'Œdipe, et organise ce qui va être transféré par la suite dans le processus thérapeutique.

L'interprétation est l'un des outils fondamentaux dans la cure psychanalytique et psychothérapeutique qui s'en inspire. Bion nous rappelle qu'elle doit être formulée dans un

langage « simple, exact et adulte » pour le patient (Bion, 1957). Elle permet à la conscience l'accès à des contenus inconscients refoulés, elle essaye d'amener le patient vers une meilleure organisation des contenus fantasmatiques inconscients, elle diminue l'angoisse (œdipienne, dépressive ou persécutrice) et elle permet le développement du processus thérapeutique. Le style interprétatif varie en fonction des références théoriques du thérapeute, de la relation transféro-contre-transférentielle avec le patient dans un moment précis, du matériel (verbal, jeu, dessin) amené par le patient, de la qualité et de la quantité d'angoisse, des fantasmes inconscients prédominants. Pendant la même séance, le style interprétatif peut changer. La réponse du patient est fondamentale pour que le thérapeute vérifie l'exactitude de son interprétation. Par réponse du patient, nous ne nous référons évidemment pas à sa réponse verbale consciente, mais aux changements dans l'ensemble du matériel présent en séance, reflet de l'organisation fantasmatique inconsciente.

En psychothérapie brève focale, la ligne directrice des interprétations est donnée par le focus thérapeutique qui vise les conflits inconscients de la partie névrotique du patient. La particularité des interprétations dans ce modèle théorique consiste à mettre en lien le contenu du matériel de la séance avec le conflit œdipien. L'interprétation des angoisses dépressives, surtout à la veille des vacances, est focalisée sur les défenses de type névrotique. L'explication de la culpabilité œdipienne est à ce propos très importante. Cette technique peut s'appliquer à des patients dont la capacité à symboliser les conflits inconscients est globalement bonne.

Nous parlons de partie névrotique de la personnalité (ou de son fonctionnement névrotique) pour décrire la partie de la personnalité où les conflits inconscients dominants sont de type œdipien. Nous considérerons le complexe d'Œdipe (direct et inversé) comme le résultat des difficultés de l'enfant à accepter les limitations dues à sa condition de « petit enfant ». Il en découle un vécu désagréable d'exclusion du couple parental en tant que personnes adultes. Les liens libidinaux restent néanmoins dominants. Les fantasmes incestueux sont le résultat de fantasmes narcissiques modérés, qui se forment à travers l'identification aux aspects sexuels idéa-

lisés du parent. Le parent de même sexe devient alors l'objet de la rivalité œdipienne. L'agressivité amenée par ces fantasmes narcissiques donne lieu, par projection, à l'angoisse de castration (angoisse de type paranoïde). Pour éloigner ces fantasmes, l'enfant mobilise des mécanismes de défense de type névrotique (refoulement, formation réactionnelle, annulation rétroactive).

Le travail psychothérapeutique avec des enfants doit toujours, autant que possible, inclure les parents. Cela est d'une importance fondamentale pour les psychothérapies brèves focalisées. Le travail avec les parents, au-delà de la simple récolte d'informations anamnestiques, permet la création et la consolidation de l'alliance thérapeutique. Des entretiens réguliers avec les parents avant le début de la thérapie, et tout au long de celle-ci, ont pour but de comprendre et de travailler le conflit de parentalité présent. Par conflit de parentalité, nous entendons l'ensemble des types d'identifications projectives développées par les parents sur leurs propres enfants, et les différentes identifications parentales complémentaires (de nature introjective) qu'ils développent par rapport aux images de leurs propres parents. Naturellement, ces identifications projectives ne sont pas toujours pathologiques, elles représentent aussi un mode normal de communication (inconsciente) (Bion, 1957, 1962).

Les projections inconscientes des parents sur l'enfant, qui ont leur origine dans l'histoire des parents (leur propre névrose infantile), sont ainsi reconnues et travaillées. L'enfant sera ainsi « libéré » de l'emprise de ces projections et sera plus libre dans son accès à son monde interne et aux changements que ce dernier va intégrer progressivement au long de la thérapie. L'alliance thérapeutique avec l'enfant et ses parents en sort renforcée grâce au vécu subjectif d'être compris et au soulagement de l'angoisse qui suit l'apaisement des conflits internes.

## CAS CLINIQUE : GIOVANNI

Giovanni est âgé de 5 ans lorsque ses parents l'amènent en consultation pour la première fois.

*Motif de consultation et éléments familiaux et personnels*

La mère de Giovanni motive la demande de consultation par des cauchemars et des « images noires » diurnes que son fils aîné présente depuis plusieurs mois et dont l'intensité et la fréquence ne font qu'augmenter depuis la rentrée scolaire (la demande de consultation est faite vers la fin du mois de septembre). Depuis quelques mois, et de manière encore plus intense après la rentrée scolaire en première année d'école enfantine, Giovanni raconte à ses parents qu'il voit des « images noires », ce qu'il appellera en séance les « visions », qui se mélangent avec des cauchemars récurrents qui montrent des scènes cruelles où il égorge la famille (sans spécifications). Ces images sont crues, contiennent du sang et effrayent l'enfant, mais plus encore la mère qui se sent désemparée face à cette violence. Giovanni présente également des difficultés à s'endormir, mais qui diminuent avec des solutions pratiques simples (présence de petite lumière dans la chambre).

Un autre élément qui préoccupe la mère de Giovanni est son besoin incessant d'aller aux toilettes pour faire pipi, tout en disant : « Non, non je n'y irai pas parce que je n'en ai pas besoin. » Ces manifestations ont fait l'objet d'investigations somatiques, sans mise en évidence d'une pathologie infectieuse, urodynamique ou autre.

En famille, Giovanni se révèle très attaché à sa mère, et fait preuve de beaucoup de jalousie dans les rapports avec son frère cadet Luigi. Ces rapports sont très souvent conflictuels. Il joue volontiers avec son père quand cela est possible. Dans la vie quotidienne, Giovanni montre des signes d'anxiété quand il va à l'école, parfois il pleure au moment de se séparer de sa mère. Le rapport avec ses camarades est marqué



par les bagarres fréquentes à la récréation, sans néanmoins compromettre son insertion scolaire.

Giovanni est l'aîné d'une fratrie de deux enfants, avec un frère d'un an son cadet, Luigi. La grossesse a été désirée et attendue. La grossesse et l'accouchement, par voie basse, se passent sans complications, sous antalgie péridurale. L'allaitement se passe sans problème, de même pour le sevrage progressif vers les 5 mois. Le développement moteur et langagier est normal.

Giovanni présente quelques troubles du sommeil avec des réveils nocturnes et des difficultés d'endormissement. Entre 2 et 3 ans, il est sujet à des otites moyennes à répétition, qui nécessiteront la mise en place d'un drainage transtympanique temporaire. Un peu plus tard, il présentera une alternance diarrhée/constipation avec plusieurs investigations par le pédiatre traitant et par les gastro-entérologues de l'hôpital, et une médicalisation par laxatifs.

Au moment de l'insertion à l'école enfantine, Giovanni montre des difficultés de séparation, mais, malgré cela, son insertion se fait bien et sa capacité de socialisation n'est jamais mise en question. Les difficultés de séparation semblent s'améliorer après quelques semaines d'école. Giovanni aura quand même tendance périodiquement à somatiser, surtout avec des douleurs abdominales et des recrudescences d'épisodes de constipation. À l'école, les bagarres en récréation sont fréquentes.

La mère est Italienne, deuxième d'une fratrie de trois enfants, avec un frère aîné et un cadet. Les trois enfants ont deux-trois ans de différence d'âge entre eux. Madame décrit sa mère comme une mère « poule », « hyperprotectrice », et son père comme sévère et absent. Les conflits avec les parents ont été les plus forts au moment de son adolescence. Lorsqu'elle est âgée de 24 ans, son père décède d'une tumeur digestive. Trois ans plus tard, son frère cadet décède d'une overdose. Puis douze ans après, le frère aîné se suicide avec une arme à feu. Giovanni a 3 ans et Luigi presque 2 ans à ce moment. Elle a bénéficié de deux psychothérapies, la première dans sa ville d'origine pendant son adolescence, la deuxième à Genève suite au suicide de son frère aîné. Sur le plan somatique, elle a souffert de deux poussées de RCUH, la dernière après le suicide du



frère. Elle-même dit au thérapeute que « ce genre de maladies a très probablement une origine psychosomatique ». Elle parle au thérapeute de ses doutes face à sa maternité : doutes sur sa capacité à être une bonne mère et à propos de son réel désir de le devenir. Elle exprime aussi sa réticence dans les soins des petits bébés. Le thérapeute a l'impression en l'écoutant qu'elle a une difficulté à mentaliser le rôle maternel dont elle a peur. La constellation familiale fait penser au thérapeute à une sorte de carence affective et à une crainte excessive de la dépendance ; ce qui aurait pu jouer un rôle important au moment de devenir mère à son tour, et dans les craintes d'un retour des peurs de dépendance qui s'en suivent. Dans cette logique, on imagine le rôle qu'elle a pu avoir dans les angoisses de séparation de Giovanni dès ses premiers mois de vie. Pendant les entretiens d'évaluation, comme on le verra plus tard, le suicide de son frère aîné occupe une présence centrale. Pendant ces premiers entretiens, un travail sur le conflit de parentalité et les projections maternelles est fait, et Madame en est contente et soulagée.

Le père de Giovanni est le cadet d'une fratrie de trois enfants, avec deux sœurs aînées. Les souvenirs d'enfance sont bons. Il décrit son propre père comme très sévère, qui le punissait à la baguette, mais juste. La scolarisation se fait dans des internats, avec là aussi une éducation vécue comme rigide. Il peut verbaliser son désir d'offrir à ses enfants une éducation différente de celle qu'il a reçue. Les rapports avec sa propre famille sont actuellement bons.

### *Période d'investigation*

Lors du premier entretien, le thérapeute rencontre Giovanni, sa mère et son frère Luigi. La mère est au premier abord sympathique, elle est contente de la rapidité avec laquelle le premier rendez-vous a été fixé, car l'état de Giovanni la préoccupe beaucoup. Quand le thérapeute lui demande si elle préfère parler en italien (sa langue maternelle) ou en français, elle choisit l'italien, langue qu'elle parle à ses deux enfants. Elle ajoute que Giovanni parle encore maintenant mieux l'italien que le français. C'est une femme intelligente, peu féminine dans sa façon de s'habiller ; elle parle

beaucoup et semble très inquiète pour son fils. Elle dit d'emblée que l'aspect qui la préoccupe le plus est le contenu sanglant et mortifère des « images noires », elle en a peur et ne sait quoi faire. Elle en a discuté avec son mari, mais ils ne trouvent pas de solutions.

Pendant ce temps, sans beaucoup de réticence, les deux frères commencent à jouer avec les jouets de la boîte que le thérapeute leur a montrés en arrivant dans son bureau. Le fait de jouer ensemble fait disparaître toute timidité. Ils montrent une légère agitation motrice, peut-être légèrement teintée d'hypomanie, sans que cela ne dépasse les limites acceptables de la vie en commun. Ils commencent par une course de voitures, puis poursuivent avec une lutte entre animaux. Pendant ce temps, tandis que le thérapeute discute avec la mère, Giovanni est bien plus attentif que son frère à ce qui est dit.

Déjà pendant ce premier entretien, quand le thérapeute questionne la mère sur son anamnèse personnelle, elle évoque le suicide de son frère et raconte comment, avant son suicide, il l'avait sollicitée par des multiples téléphones et appels à l'aide, tout en refusant une hospitalisation. La veille de son suicide, il se serait présenté aux urgences de l'hôpital général de sa ville, sans qu'une décision soit prise pour l'aider. Le lendemain, il se suicidait dans son appartement d'une balle de revolver dans la tête. Sa mère le retrouvera dans un bain de sang. Le thérapeute est frappé à ce moment par l'actualité et la cruauté de ce récit. Et il associe ces éléments aux « images noires » de l'enfant.

En ce qui concerne les éléments de l'histoire de Giovanni, elle parle de ses difficultés de séparation et des multiples maladies qui les ont souvent amenés chez le pédiatre (infections ORL et symptômes intestinaux). Il se passe à ce moment un fait qui attire l'attention du thérapeute : Giovanni s'est mis à dessiner sur la petite table et son frère est venu lui prendre le feutre qu'il était en train d'utiliser. Le thérapeute se serait attendu à une bagarre entre eux, et bien non : Giovanni commence à pleurer et se réfugie dans les bras de sa mère, incapable de reprendre ce que son frère, avec un grand sourire, lui avait volé. La mère intervient à ce moment et, avec quelques difficultés, fait en sorte que Luigi rende le feutre à son frère.

*Réflexions du thérapeute*

Suite à ce premier entretien, beaucoup d'idées s'entremêlent dans la tête du thérapeute. En présence des deux enfants, il a eu un peu de mal à récolter tous les éléments qu'il cherchait. Les deux aspects qui le frappent le plus sont la grande préoccupation maternelle devant les symptômes de Giovanni : il y a là un aspect trop concret, trop réel dans sa manière de traiter les récits et les peurs de son fils. Ces récits sont trop semblables aux récits du suicide du frère de la mère. Les éléments de l'anamnèse personnelle de la mère sont récoltés pendant ce premier entretien et quelques semaines plus tard lors d'un entretien sans les enfants. Le thérapeute ne connaît pas encore à ce moment les maladies somatiques de celle-ci, dont elle ne parlera que plus tard en tête à tête.

En ce qui concerne Giovanni, la réaction devant son frère fait ressentir au thérapeute un sentiment de tristesse et de colère, mêlé de désespoir... Le thérapeute commence à penser à la culpabilité (de la mère envers la mort de son frère suicidé, de Giovanni qui semble incapable de vivre des pulsions agressives sans que cela le menace trop), à la tristesse déclenchée par les événements de la vie. Il se demande alors comment la mère peut contenir les peurs de son fils (Bion, 1962 ; Ferro, 2005), comment elle le protège de ses peurs par les soins qu'elle peut lui apporter (Winnicott, 1956, 1958), quelle partie de projections maternelles il y a dans les « images noires » de Giovanni (Palacio Espasa, 1993, 2000, 2003). « Le problème du pipi » n'a pas trouvé de place dans ce premier entretien et le thérapeute ne s'en souvient qu'après leur départ.

*Deux étrangers se rencontrent*

Au premier rendez-vous, pour une question pratique d'organisation de l'agenda du thérapeute, deux semaines s'étaient écoulées depuis la fin de la « période préliminaire d'évaluation ». Giovanni se montre particulièrement content de venir, il retourne néanmoins une fois redire au revoir à sa mère. Le thérapeute lui demande comment il va et il répond

que tout va bien. Quant le thérapeute lui demande comment cela se passe à la maison et à l'école, il répond que cela se passe bien, même si à l'école il se bagarre souvent pendant la récréation. L'enseignante, gentille par ailleurs, n'aime pas trop cela, sa mère non plus, et des fois il se fait gronder. Il n'a pas envie de donner d'autres explications au thérapeute.

Le thérapeute lui demande alors si les « images noires » et les cauchemars ont disparu. Giovanni s'assure que le thérapeute est bien en train de parler de ses « visions ». Il répond que non, qu'elles sont encore présentes, mais qu'il ne veut pas en parler. Le thérapeute respecte ce désir dans un premier temps et lui demande ce qu'il préfère faire. Il a en effet le choix entre discuter, dessiner ou jouer. Giovanni demande à pouvoir écrire sur un bloc-notes qui se trouve sur le bureau du thérapeute. Celui-ci lui en donne un autre, en spécifiant que le sien lui est nécessaire, mais que Giovanni peut en avoir un pour lui, qu'il peut garder aussi longtemps qu'il le souhaite. Giovanni le remercie et commence à faire semblant d'écrire des mots et des formules de scientifique. Le thérapeute lui fait remarquer qu'il se comporte comme un grand, et que ce sont les petits enfants qui jouent et qui pleurent. Giovanni esquisse un petit sourire et continue à parler des « affaires scientifiques » qu'il écrit et que personne ne comprend. Le thérapeute lui dit alors que d'un côté Giovanni veut garder ses secrets de grand homme de sciences, parce qu'il a peur de ce qu'on peut découvrir. Mais qu'en même temps, il aimerait qu'on les devine et que, comme par magie, les « visions » disparaissent. Le thérapeute ajoute, comme pour lui-même, que « peut-être les magiciens font peur ». Giovanni se lève et fait quelques pas dans le bureau, semble indécis, hésitant entre continuer à écrire ou passer à une autre activité. Le thérapeute continue : « Et peut-être que les choses que je te dis te fâchent. » Giovanni répond avec un « non » très affirmé. Il se rassoit et griffonne son prénom, puis demande au thérapeute s'il peut utiliser son tampon avec son nom. Le thérapeute acquiesce (il y a toujours un vieux tampon sur le bureau que les enfants peuvent utiliser). Giovanni le saisit et tamponne plusieurs pages du bloc notes. « T'as un tampon comme moi », lui dit le thérapeute, « c'est bien ! ». Et il ajoute qu'ainsi, Giovanni peut inscrire le nom du thérapeute très

fort, et être sûr qu'on ne l'oublie pas (en laissant ouvert le sujet de cet oubli éventuel). Au moment de terminer la séance, Giovanni veut ajouter encore pleins de choses sur son bloc-notes, mais le thérapeute lui rappelle que l'heure est finie et qu'ils vont se revoir dans une semaine.

### *Commentaire de cette séance*

Cette première séance montre comment l'enfant investit le thérapeute dès le début du traitement, tout en se méfiant encore de lui et en le tenant à distance quand il se rapproche trop de ses préoccupations, qui sont aussi ses affects plus dépressifs liés à sa partie la plus infantile. La confrontation œdipienne du bloc-notes se résout avec soumission à la décision du thérapeute, sans agressivité ou colère. Il y a une première naissance d'une expression commune au thérapeute et à l'enfant : « les visions ». Voilà qu'un nouvel espace s'ouvre déjà à la première séance. Le thérapeute n'est plus seulement confronté aux « images noires » de la mère, mais aux « visions » de Giovanni, qui par la suite fonctionneront comme un pont entre Giovanni, sa mère et le thérapeute.

L'image grandiose du scientifique est comprise comme une défense antidépressive. Il se peut que Giovanni se sente petit et sans défenses loin de sa mère, ou que le thérapeute lui apparaisse comme très (trop) grand. Giovanni tente alors de diminuer ce déséquilibre qu'il ressent comme menaçant et non protecteur, comme il devrait l'être. Mais c'est aussi le début de la thérapie, et le thérapeute ne sait pas encore quel « menu » il va cuisiner avec Giovanni.

En début de séance, Giovanni retourne vérifier si sa mère est encore dans la salle d'attente et ce qu'elle fait avec son frère. Par la suite, le prologue des séances va changer énormément.

Dans cette première séance, la question – centrale dans toute thérapie – est celle de l'interprétation. Le thérapeute a voulu avec ses interventions commencer un dialogue. Comme deux étrangers qui se rencontrent, ils étaient obligés de faire connaissance, découvrir quelle langue parlait l'autre et, si l'autre n'est pas trop sauvage, essayer de tisser un pont entre les deux. Cette modalité se met en place dès le premier entre-

tien seul avec Giovanni. En effet, au début officiel de la thérapie ils se connaissent déjà. Nous trouvons hautement significatif à ce propos l'entrée en scène des « visions ». Nous ne savons pas encore exactement ce que sont ces « visions », mais elles sont là. Et pour entrer en scène, il doit exister une scène. Leur apparition en est la preuve. Cette scène est le nouvel espace de jeu (relationnel) qui est l'équivalent de l'espace transitionnel de Winnicott (Winnicott, 1971). À ce stade, ce n'est qu'une ébauche, mais elle existe déjà. Notre préoccupation sera de la faire grandir, et de faire en sorte qu'elle puisse accueillir le plus grand nombre possible d'éléments. L'entrée des « visions » est aussi une manière de prendre de la distance avec les « images noires » de la mère, comme si Giovanni voulait dire au thérapeute que lui a des « visions », tandis que sa mère a des « images noires ». Le terme de « visions » reste néanmoins très chargé de qualités adultes, et garde donc un aspect projectif maternel.

Les interprétations essaient d'ouvrir des portes. Le thérapeute essaie néanmoins dès le début de lancer des interprétations de transfert qui sont, à ce stade, encore rudimentaires. Nous voyons aussi en arrière-plan l'intention focalisante déjà présente.

### *Deux personnes se connaissent*

Après quelques séances, apparaît assez rapidement une augmentation des défenses hypomano-maniaques, avec un pic d'agitation motrice en début d'entretien. Giovanni commence à exprimer son agressivité en séance. Débute alors une phase pendant laquelle le thérapeute est la cible d'attaques au « lance-flamme ». Le thérapeute devient alors l'objet réel des attaques. Giovanni le « brûle en entier », puis seulement sa bouche, sans donner d'explications sur la raison de ces agressions. Dans la réalité externe, il n'y a pas eu de changements majeurs selon la mère. Tout d'abord Giovanni montre une grande réticence, qui va jusqu'au refus de suivre le thérapeute dans son bureau. Puis, une fois arrivé dans le bureau, il commence son jeu avec des plots en bois qu'il lance contre le thérapeute, en lui disant que cela va le brûler en entier. Giovanni précise que cela est un jeu, mais au fur et à mesure que la séance avance, son angoisse augmente. Nous croyons qu'à



ce moment jeu et réalité ne se distinguent plus très bien et, comme dans ses « visions », la qualité et la quantité d'angoisse augmentent. La première fois, le thérapeute doit l'aider en lui demandant comment Giovanni va le sortir de cet incendie et en lui suggérant ainsi une ouverture réparatrice possible. Giovanni saisit cette perche en répondant qu'une de ses peluches (un chien style saint-bernard, comme par hasard) va le sauver. La séance où Giovanni brûle seulement la bouche du thérapeute, ce dernier précise à l'enfant qu'ainsi, il ne peut plus lui dire des choses qu'il n'aime pas, ou alors qu'avec sa disparition ou son silence, les visions disparaîtront également, mais qu'au fond, c'est simplement un jeu et que tous deux vont se retrouver la semaine suivante.

Au bout de quelques séances, les attaques au feu sont remplacées par l'immobilisation du thérapeute sur son fauteuil avec du scotch. Le thérapeute ainsi immobilisé, Giovanni peut le contrôler et s'assurer qu'il ne s'occupe de personne d'autre que lui. C'est à ce moment que les navires de pirates font leur apparition dans les dessins de Giovanni. Nous nous approchons des vacances de Noël. Nous sommes encore dans la première phase mais des signes de changement se montrent en séance. L'expression de l'agressivité peut trouver un peu d'espace dans le jeu entre Giovanni et le thérapeute, et la relation transférentielle rejoue en séance des angoisses de séparation.

Un jour, en début de séance, Giovanni utilise quelques mètres de scotch pour fixer le thérapeute à sa chaise, tout en se préoccupant de savoir s'il peut ou non se libérer. Tout en s'activant, il précise qu'il s'agit d'une chaise électrique et que le thérapeute va mourir. Dans un premier temps, le thérapeute a peur et est mal à l'aise. Il éprouve à ce moment également un sentiment d'agacement. Pourquoi Giovanni doit-il l'attaquer ainsi ? Un souvenir lui passe alors par l'esprit :

« J'ai voulu me lever, mais je m'aperçus que je ne pouvais pas faire un seul mouvement : je m'étais endormi sur le dos, et je me trouvais avec les bras et les jambes attachés par terre des deux côtés ; et les cheveux que j'avais longs et nombreux, attachés de la même façon. J'aperçus aussi plusieurs cordes fines autour du corps, des aisselles aux flancs. [...] Quel fut mon émerveillement de voir un être humain, de moins de 15 cm, armé d'arc et de flèches [...]. »



Ce sont les paroles de Lemuel Gulliver, après son naufrage et son arrivée à Lilliput (J. Swift, 1726). Cette pensée fait disparaître la peur et l'agacement. Le thérapeute se retrouve ainsi dans une histoire inventée et il ne court aucun risque réel. Il peut alors mieux accueillir les attaques de Giovanni et les contenir (au sens psychique du terme). Sans besoin d'interpréter, il a pu ainsi continuer à jouer avec l'enfant et survivre à la chaise électrique qui s'avère contenir un bouton qui guérit les gens après le passage de l'électricité (la capacité de réparation à l'œuvre). Le thérapeute comprend aussi comme il est dangereux de se sentir petit et vulnérable, et à quel point les défenses sont nécessaires pour se protéger.

Nous pensons que les aspects dépressifs liés à la séparation étaient la source principale de menace en ce moment. Le lien entre douleur psychique et affect dépressif est explicité par Freud quand il nous rappelle que la douleur surgit lors de la séparation, déclenchée par la non-satisfaction de cette charge énergétique qui est la nostalgie de l'objet perdu (Freud, 1926 ; Palacio Espasa, 2003).

### *Quelques mois plus tard*

Les attaques « réelles » prennent fin peu avant les vacances de Noël et la séparation que supposent ces vacances n'amène pas de régressions défensives massives, même si les sentiments de tristesse liés à la séparation d'avec le thérapeute ne sont pas encore symbolisables/verbalisables à ce stade de la thérapie.

Pendant cette période de la thérapie, qui se déroulera jusqu'à la rentrée après les longues vacances d'été, nous allons avoir accès aux cauchemars de Giovanni et aux « visions », qui ne sont désormais rien d'autre que des récits de cauchemars. Ils sont actuellement, à notre avis, des « rêves au contenu déplaisant », source toujours d'angoisse, mais dans une moindre mesure. En effet, à ce stade de la thérapie, ces rêves ne réveillent plus Giovanni, il les termine et peut les raconter à sa mère au réveil. Ils y gagnent le pouvoir d'inquiéter et ce n'est pas par hasard que Giovanni se présente devant le lit des parents au matin pour les raconter.

En voici trois exemples :

« ... on se promenait au bord du fleuve (papa, maman, Luigi et moi) et je suis tombé dans la rivière. Maman m'a sauvé et ensuite elle m'a frappé et elle m'a pris par le cou. Maman m'a mis en prison dans le château. J'ai passé les mains entre les barreaux et j'ai tourné la clef. Je suis sorti et j'ai trouvé des armes : une épée, une massue, un bouclier et un casque. Je suis rentré dans une salle très grande, où maman et papa voulaient me taper. Les autres disaient... Regardez cet enfant toutes les armes qu'il a... J'ai poussé maman et ensuite je l'ai mise en prison, et j'ai menacé avec mes poings papa et les autres. Ils s'enfuient, et j'ai couru derrière eux » ;

« ... j'étais avec Luigi et maman et j'ai poussé un cri très fort, ensuite E. T. (l'extraterrestre du film de Spielberg) a sauté sur scène... où je l'ai vu par la fenêtre. J'ai eu très peur. J'ai vu par la suite un petit trou dans quelque chose en bois, dans la maison. Tout le monde (Luigi, maman et moi) roulait dans un minibus sur une route droite, en pente... » ;

« j'étais près d'une jeune femme qui tenait une grosse aiguille et elle me piquait la tête. Mais elle n'a pas réussi à la faire pénétrer dans la tête... ».

Le contenu de ces cauchemars est à la fois effrayant et fascinant. Ils témoignent d'un conflit œdipien qui reste trop cru, pas assez filtré, trop chargé d'éléments effrayants qui empêchent la différenciation entre fantaisie et réalité. La culpabilité est très importante et amène souvent à une punition sévère. Le thérapeute ne peut pas trop en parler avec Giovanni. Il lui témoigne néanmoins sa compréhension pour la peur que ces rêves suscitent. Il lui dit que quand Giovanni vient dans son bureau, il se sent obligé de s'armer pour se défendre contre ses paroles qui piquent. Il est cependant content que le thérapeute entende ces récits. Le thérapeute lui demande si parfois il n'a pas peur que son père se fâche avec lui parce qu'il voudrait rester seul avec sa mère. Le thérapeute lui assure qu'il peut comprendre que Giovanni soit fâché contre son père parce qu'il l'empêche de le faire, et que cela le préoccupe.

Giovanni rapporte peu de temps après le rêve suivant :

« ... j'étais chez le docteur T. non... t. [le pédiatre] et il devait me faire une piqûre. Je ne voulais pas et j'avais très peur, alors j'ai commencé à donner des coups de pieds au médecin qui est tombé sur le matériel médical. À ce moment ma mère m'a frappé » (au réveil, il demanda à sa mère s'il devait faire encore des vaccins chez le pédiatre... comme son frère...).

En regardant autour de lui, le thérapeute lui dit qu'il ne voit rien de cassé, et que Giovanni a le droit de se sentir fâché contre lui à cause de ses paroles-piqûres. Après une petite hésitation, Giovanni lui demande : « On fait un dessin ? » Le thérapeute pense alors que les vaccins sont un moindre mal face à la maladie, qu'ils permettent la formation d'anticorps. Mais que si les vaccins sont trop « forts », on risque de tomber malade pour de vrai.

Pendant cette période, les relations de Giovanni avec son frère se sont beaucoup améliorées. Peu de bagarres et beaucoup de jeu. À l'école, les bagarres à la récréation augmentent et Giovanni se fait gronder par sa maîtresse. C'est lui-même qui raconte cela, en spécifiant qu'« il a besoin de faire la bagarre ». Le thérapeute repense au « premier » Giovanni, plutôt inhibé, et il se dit que pour le moment ces bagarres ne le préoccupent pas, tant que l'insertion sociale et scolaire n'est pas menacée. Et il dit à Giovanni qu'il pense juste que la maîtresse applique ses règles à l'école, mais que lui, en séance, il ne se fâche pas avec Giovanni à cause de ses bagarres.

Pendant une courte période, Giovanni a voulu se battre avec une épée de papier fabriquée avec le thérapeute, mais il abandonne rapidement ce jeu pour le remplacer par une fabrication commune d'épées et boucliers à amener à l'école. Le thérapeute pense aux vaccins qui commencent à induire la fabrication d'anticorps en séance.

Les bateaux des pirates évoluent et les prisons pour enfants présentes au début de la thérapie sont remplacées par des réserves d'armes (anticorps). Dans les dessins de Giovanni, la proue des bateaux se modifie, des visages et des cornes remplacent les pointes effilées des premiers bateaux. Un autre élément attire l'attention du thérapeute : les premiers bateaux manquaient de corps, dans le sens où les mâts partaient directement du fond du bateau, comme les personnages et les canons ; maintenant les bateaux sont complets, munis d'un corps et avec différents étages. En plus, des drapeaux colorés font leur apparition et remplacent les drapeaux noirs des pirates. On se rapproche petit à petit des longues vacances scolaires.

*Comment se dire au revoir*

Comme prévu, à la fin du mois d'août, la thérapie reprend. Giovanni ne veut à nouveau pas suivre le thérapeute au début de la séance, et veut rester dans la salle d'attente avec sa mère et son frère. Déjà avant les vacances, il se montrait parfois mécontent de le voir, mais c'était un jeu entre eux, et il refusait de le suivre avec un petit sourire. Cette fois c'est plus fort, et sa mère doit presque se fâcher pour le convaincre de suivre le thérapeute. Arrivé dans son bureau, il lui dit tout de suite qu'il ne veut plus revenir le voir, parce que tout va bien et qu'il n'a plus de visions. Giovanni ne veut rien entreprendre. Aux questions du thérapeute sur le déroulement des vacances, il ne répond rien. De même pour les « questions sur l'école ». Le thérapeute commence alors à dessiner seul un bateau, avec ses drapeaux (comme ils le faisaient avant les vacances) en précisant à Giovanni qu'il se rappelle très bien que la dernière fois ils en avaient fait. Il ajoute que lui aussi serait « très fâché avec quelqu'un qu'il aime bien s'il s'en allait en vacances et le laissait tout seul ». Le thérapeute donne ainsi à Giovanni le droit de se fâcher avec lui à cause de la séparation des vacances, tout en ne provoquant pas sa « disparition » ni celle de la thérapie. La pensée magique (avec ses fantasmes de mort) perd ainsi son pouvoir sur le thérapeute. Giovanni se rapproche alors de la petite table et lui dit : « ... mais non, ce n'est pas comme ça les drapeaux, je te montre !... » et la séance continua avec le dessin de bateaux. À la fin, Giovanni ne veut plus s'en aller.

Dans les séances suivantes, cette opposition diminuera rapidement. Le thérapeute s'interroge sur la motivation à continuer cette thérapie. Les symptômes qui ont conduit Giovanni à le rencontrer ont disparu, et tout semble en effet bien se passer tant à la maison qu'à l'école. Mais on ne peut oublier que ce mouvement vient directement après de longues vacances, et que le désir d'arrêter la thérapie paraît pouvoir être compris comme une défense antiséparation plutôt qu'un au revoir parce que « tout va bien ». Les interprétations de transfert vont aussi dans ce sens, avec un succès modéré.

À la mère, qui lui demande son opinion par rapport à la poursuite du traitement, le thérapeute propose de continuer encore quelques séances pour s'éloigner un peu de la fin des vacances, et qu'une décision sur la poursuite ou pas de la thérapie soit prise à ce moment.

L'opposition de Giovanni diminue très rapidement. En consultation, des couronnes de rois et de princes font leur apparition. Giovanni et le thérapeute les fabriquent ensemble et Giovanni les ramène à la maison. L'essentiel de ces activités se concentre sur la construction en commun d'un bien que Giovanni ramène ensuite chez lui. Il en laisse aussi dans le bureau, pour les retrouver la semaine suivante.

Quelques semaines plus tard, Giovanni dit qu'il a recommencé à devoir aller aux toilettes souvent, et qu'il doit précisément y aller maintenant. De retour des toilettes, le thérapeute le questionne sur ce « retour » du problème du pipi. Pour le thérapeute, ce n'est pas un retour parce que c'est la première fois que Giovanni en parle ouvertement. Dans le contenu de la séance en cours, n'est apparu aucun élément particulièrement anxiogène. Le thérapeute lui demande si les cauchemars ou les visions sont de retour. Giovanni répond que non. Il lui demande alors si à l'école, avec la rentrée, les bagarres ont recommencé. Nouvelle réponse négative. Le thérapeute lui dit alors qu'il va réfléchir à ce problème gênant car ils arrivent à la fin de la séance. La séance suivante, le thérapeute le questionne sur ce même problème. Giovanni lui confirme qu'il persiste. Le thérapeute choisit une variante « théâtrale » pour l'explication et l'interprétation qui en suit : il commence alors à jouer le rôle d'un personnage à la frontière entre un thérapeute, un père et un enseignant, et lui raconte l'histoire des petits garçons qui découvrent que le petit « zizi » ne sert pas que pour faire pipi, et que l'on commence à jouer avec, plein de fantaisies (sans spécifier lesquelles) dans la tête, et qu'après on a très peur de le casser, et que papa et maman se fâchent à cause de ces jeux qu'on aime faire et les fantaisies qui en dérivent. Giovanni écoute attentivement. Après quelques secondes de silence, il demande au thérapeute une précision autour de la traduction de « zizi ». Ils reprennent ensuite l'activité en vogue du moment : la construction de couronnes de roi en papier. Giovanni propose

au thérapeute d'en construire une chacun : une couronne de roi et une de prince. Giovanni donne au thérapeute celle de prince et garde pour lui celle de roi. Le thérapeute exprime spontanément sa surprise et lui demande s'il connaît la différence entre un roi et un prince. Giovanni lui répond tranquillement qu'il connaît cette différence : le roi est le papa du prince. Puis il se tait. Et il rajoute : « ... bon, toi tu prends celle de l'empereur, et moi celle du roi. » Voilà comment le roi peut perdre le pouvoir sans perdre la face ! Le « problème du pipi » disparaît quelques jours après.

Le moment de prendre une décision sur la suite de la thérapie arrive. Nous décidons donc, avec les parents, de nous laisser encore six séances pour nous dire au revoir et terminer par la suite le suivi psychothérapeutique. Une séance seul avec les parents est également fixée à ce moment.

Giovanni, dans un premier temps, se montre un peu détaché de cette décision. Puis les deux séances suivantes, il raconte au thérapeute comment le problème de pipi est à nouveau d'actualité. Maintenant, il a également peur le soir de se brosser les dents et, la journée, il a peur de marcher dans des flaques d'eau. Nous avons devant nous un magnifique florilège de phobies névrotiques qui apparaissent au moment de la fin de la thérapie. Tout en accueillant ces peurs, le thérapeute dit à Giovanni que la chose la moins facile en ce moment c'est d'imaginer que d'ici peu ils vont se quitter. Giovanni est réellement triste. Et il lui dit à ce moment : « C'est bizarre, avant je ne voulais plus venir, et maintenant je ne veux plus partir. » Le thérapeute lui dit, après un court silence, que c'est normal de se sentir un peu triste quand on quitte une personne qu'on aime bien.

Les trois dernières séances, Giovanni demande à pouvoir amener quelques billets d'un jeu du genre « Monopoly » qui se trouve dans la salle d'attente. Le thérapeute lui répond qu'il peut en prendre quelques-uns, et qu'on les rapportera en fin de séance. Giovanni lui demande par la suite de les copier, avec lui, et ils commencent à fabriquer des nouveaux billets. Le thérapeute lui dit que peu avant la fin de la thérapie, c'est bien de faire une réserve de leur argent pour l'« après ». Giovanni est content et il demande au thérapeute (c'est l'avant-dernière séance) s'il n'a pas par hasard un appareil photo.

Quand le thérapeute lui en demande la raison, il répond : « On fait une photo chacun de soi et on la donne à l'autre qui peut la garder chez lui. » Le thérapeute répond que malheureusement il n'en a pas, mais que même sans photo il ne va pas oublier Giovanni et que, s'il le veut, il peut lui donner de ses nouvelles par la suite. Content, Giovanni répond que lui non plus il ne va pas l'oublier. Ils fabriquent encore quelques billets. Giovanni propose de les partager en deux, donne au thérapeute la moitié des nouveaux billets et met le reste dans sa poche. Puis la fin de la séance arrive et ils se saluent.

#### DISCUSSION

La vignette clinique nous permet de montrer, avec le matériel des séances, les principes techniques de la psychothérapie brève focale. Nous avons vu comment, à travers la relation transféro - contre-transférentielle et la technique interprétative focalisante, les représentations des fantasmes inconscients se sont transformées. La thérapie a permis à cet enfant la transformation des « fausses conceptions » (Money Kyrle, 1968) liées à ses fantasmes infantiles. Nous avons également voulu montrer l'importance du travail avec les parents, notamment avec un travail thérapeutique du conflit de parentalité sous-jacent.

Au début du suivi, l'enfant se sentait réellement un meurtrier, comme la mère se sentait meurtrière de son frère suicidé. Ces peurs empêchaient le patient d'aborder la question œdipienne. La sexualité infantile, qui a besoin d'être reconnue par l'adulte, ne trouvait pas d'écoute contenante (rêverie) chez la mère de Giovanni. Cela empêchait une dynamique de triangulation, ou le passage de la triade à la triangulation. C'est ainsi que la réalité faisait son entrée effrayante dans les cauchemars de l'enfant et, à l'inverse, des éléments de pensée magique se mêlaient dans/à la réalité.

Nous croyons que ce que nous avons appelé « aspect concret de la pensée maternelle » – une pensée opératoire au sens de Marty et de M'Uzan, (Marty, de M'Uzan 1963) –



amène en quelque sorte à une « absence » maternelle, qu'on pourrait définir comme une rêverie maternelle insuffisante ou défaillante (Bion, 1962). La partie de l'appareil psychique de la mère qui est occupée par la culpabilité causée par la mort de son frère ne peut pas aider son fils.

Le chemin que l'enfant et le thérapeute ont traversé ensemble les a conduits à pouvoir vivre la tristesse de la séparation sans que celle-ci représente une menace trop importante pour le moi. Au surmoi sévère et en partie clivé du début du traitement, a suivi une meilleure intégration de celui-ci, intégration proportionnelle à la diminution de sa sévérité.

Après avoir survécu aux attaques et avoir réalisé avec Giovanni qu'il n'y avait pas de meurtres ni de meurtriers réels, le thérapeute et l'enfant ont pu par la suite jouer des scènes œdipiennes. L'entrée en scène progressive de plusieurs personnages en témoigne, ainsi que l'expression des fantasmes et des défenses déployés. Il s'ensuit une meilleure intégration de la conflictualité dépressive (Palacio Espasa, 2003). La jalousie pour son frère a pu en même temps prendre place en séance, exprimée à travers la jalousie pour les dessins des autres enfants dans le bureau du thérapeute, et être élaborée.

Avant de poursuivre dans la discussion, nous aimerions ouvrir une petite parenthèse pour expliquer notre point de vue sur les rêves et les cauchemars. La fonction du rêve (et des cauchemars) permet aux émotions en quête de représentations de trouver des formes adéquates capables de les stabiliser et les rendre pensables (Bion, 1962, 1992 ; Golse, 1994). Le sommeil devient ainsi le gardien du rêve, en renversant la vision freudienne qui nous décrit le rêve comme le gardien du sommeil (Freud, 1900). Dans cette logique, les cauchemars représenteraient une insuffisance de refoulement de signifiants archaïques et d'éléments proto-émotifs par une insuffisance de la fonction alpha (secondaire à un défaut d'introjection de celle-ci).

Revenons sur la définition et sur le rôle du rêve. Pour Freud (1900), le rêve est le gardien du sommeil et son interprétation (la compréhension du contenu latent) permet de retrouver des souvenirs refoulés dans l'inconscient. Pour les rêves d'enfants, il précise qu' « ils sont généralement des réa-

lisations naïves. De ce point de vue, ils sont moins intéressants que les rêves d'adultes. On n'y trouve pas d'énigmes, mais ils sont un argument inappréciable pour prouver que l'essence du rêve est l'accomplissement d'un désir ». Plus tard, il changera d'avis et se rendra compte que les rêves d'enfants apparaissent distordus et complexes, et qu'ils pouvaient être infiltrés par l'angoisse.

Pour Bion, le rêve est une étape dans la croissance psychique, du passage des préconceptions aux éléments alpha, étape fondamentale dynamique et créative de tous les processus de pensée (Golse, 1994). « Le rêve est un mécanisme par lequel le moi relie les données des sens de l'expérience externe à la perception consciente associée à l'impression des sens », et « le flot d'impressions non liées et d'événements est rendu approprié au stockage dans la mémoire » (Bion, 1992). Pour cet auteur, la fonction du rêve est constamment à l'œuvre, et il introduit le concept de « pensée onirique de la veille » (Bion, 1957, 1962, 1992 ; Ferro, 2005). Notre appareil psychique produit en continu des « éléments pensables » à partir d'éléments sensoriels bruts, qui seront par la suite pensés (par l'appareil à penser les pensées) et rêvés la nuit (par l'appareil à rêver les rêves). D'où le renversement proposé par Meltzer de l'hypothèse freudienne : ce n'est pas le rêve qui est gardien du sommeil mais le sommeil qui est gardien du rêve (Meltzer, 1993).

Pour Golse (1994), la fonction du rêve serait la reprise en mémoire des expériences quotidiennes venant à transformer les « signifiants primordiaux » afin de développer les « processus de primarisation » en aval, et en amont les processus symboliques et de développement de la pensée. Il conclut que si le rêve a la fonction de réexpérimentation quotidienne des processus de liaison et traduction des processus originaires, le cauchemar témoignerait d'un double échec à ce niveau : une insuffisance du refoulement des signifiants archaïques aboutissant à l'introjection d'une fonction alpha défaillante, et l'échec de l'organisation ou de la combinaison en images mentales élaborés des signifiants archaïques élémentaires.

Bléandonu et Palacio Espasa (1997) nous rappellent que la capacité de bien dormir n'est pas innée, et qu'elle se développe progressivement depuis la fin de la gestation et les trois

premiers mois de vie, et il en va de même de la capacité de rêver. Ils concluent que l'anxiété provoquée par certaines images oniriques est l'une des raisons de la réticence du jeune enfant à raconter ses rêves, le cas de Giovanni en est une excellente illustration. Cet obstacle est détourné par le jeu en séance qui, grâce à la perméabilité du refoulement du moi, permet le retour à la conscience de fantasmes refoulés au travers de représentations symbolisantes. Les « visions » de Giovanni se sont bientôt révélées essentiellement constituées par des récits de cauchemars. Au début, nous ne pouvons pas exclure qu'elles aient été l'expression de montées d'angoisse sans qu'un filtre puisse les arrêter. Leur transformation progressive a marqué le chemin de cette thérapie.

Nous pouvons utiliser le matériel onirique en psychothérapie brève focale comme dans les autres formes de psychothérapies psychanalytiques.

#### CONCLUSIONS

La psychothérapie brève focale (PBF) est une forme particulière de psychothérapie psychanalytique. Elle s'adresse à des patients avec une structure de personnalité à prédominance névrotique, ou avec un trouble léger de la personnalité. Elle est définie par un setting particulier qui concerne la fréquence des séances (une séance hebdomadaire, pour une durée d'environ une année) et l'attitude interprétative marquée par l'« interprétation focalisante ». En psychothérapie d'enfants et d'adolescents, l'alliance thérapeutique du patient et de ses parents nous semble indispensable. Le travail thérapeutique avec les parents passe par la compréhension du conflit de parentalité qui marque les relations parent/enfant.

Le processus thérapeutique et l'élaboration de la fin de la thérapie prennent une place particulière en PBF. Nous retrouvons les principes de bases qui règlent toute rencontre thérapeutique, mais nous allons parler également des éléments spécifiques de ces particularités techniques.

Le processus thérapeutique se déroule toujours dans une dialectique continue entre l'intrapsychique et l'interpersonnel. L'être humain naît et vit avec une nécessité vitale interne d'autrui (Morin, 2004). Cette nécessité, à la base des forces pulsionnelles vitales qui nous amènent à l'objet, nous fait vivre toutes les joies et les peurs liées à la présence/absence de l'autre. Le plaisir dans la relation à l'objet est indissociable de la qualité des liens à celui-ci. Cet objet est la résultante de la relation des objets du monde interne (et de ses fantasmes) avec l'objet réel. Au cours de son développement, le nouveau-né, puis l'enfant, apprend à travers la relation avec le géniteur à intérioriser cette figure protectrice et à mener une vie en tant que sujet complet. Ce processus de développement passe par une intégration progressive et une meilleure capacité de symbolisation. Cela se fait par le travail de deuil de l'omnipotence infantile et l'intégration de la position dépressive (Palacio Espasa, 2003). Ce fonctionnement va caractériser notre psyché durant toute la vie, comme le montrent magistralement les écrits de Bion, psyché qui oscille en continu entre la position schizoparanoïde et la position dépressive (oscillation PS-D).

Nous voyons comment l'enfant peut progressivement mieux élaborer les vécus de perte, et comment en peu de temps ils sont de plus en plus symbolisés et moins agis. Le vécu de perte de l'objet a une place centrale dans la vie psychique, indépendamment de son fonctionnement, et son analyse et son interprétation (des affects dépressifs et de la culpabilité) ont une place centrale en toutes formes de psychothérapie. La prédominance des affects libidinaux chez les patients à structure paranévrotique, ou avec un léger trouble de personnalité, détermine une plus grande confiance du moi dans ses propres ressources (relationnelles libidinales) et une utilisation de défenses moins intenses et rigides que celles des patients plus graves. Cela permet une mobilisation plus rapide et facile de la vie psychique, ainsi qu'un accès à la symbolisation des vécus de perte. L'attitude interprétative focalisante est donc possible pour ces patients dont le conflit œdipien est central. Le conflit œdipien est dû aux fantasmes sexuels incestueux. Ces fantasmes naissent d'un surinvestissement des objets de l'investissement libidinal et visent à annuler les fantasmes agres-

sifs à l'égard de ces mêmes objets. Les parents sont donc perçus comme objets en voie de totalisation, ceci dans la dynamique d'intégration de la position dépressive de l'enfant. C'est ainsi que s'organise le complexe d'Œdipe.

Grâce à l'espace offert par la thérapie et le travail sur les projections maternelles, Giovanni a pu élaborer les conflits œdipiens en sortant de l'impasse qui l'empêchait de le faire. Cette impasse était due à la « surcharge » des projections maternelles qui s'ajoutaient à sa « problématique » œdipienne personnelle. Nous avons vu comment, au début de la thérapie, les angoisses de perte, renforcées par les projections inconscientes de la mère, déterminaient les sentiments de tristesse et de culpabilité de l'enfant. Au début, nous avons vu comment le thérapeute et l'enfant s'appriivoisent mutuellement. Bion (1992) compare la rencontre entre deux psychés à la rencontre entre deux animaux sauvages qui vont se connaître (apprivoiser) progressivement. Après la constitution d'un contenant suffisamment solide, Giovanni a pu progressivement (re)vivre dans le transfert les émotions qu'il ne pouvait pas vivre auparavant (Ferro, 2007).

La fin de la thérapie montre la capacité de l'enfant à symboliser la séparation (qui représente la séparation de l'objet, la différence des générations, des sexes...) : le désir de « photo » (interne) remplacé par la richesse partagée de l'argent du jeu à la dernière séance en sont la réalisation ludique. La séparation n'est plus source d'angoisses trop intenses et l'enfant peut vivre les affects de tristesse qui en dérivent. L'impossibilité de le faire avant la thérapie avait déterminé les manifestations symptomatiques décrites.

Ce travail montre à notre avis le résultat des transformations des représentations internes de l'enfant, de sa capacité à symboliser, de son intégration de la position dépressive, ou encore, pour le dire comme Bion, du développement de son « *dreaming* » (Grotstein, 2007).

Nous espérons que, suite à l'élaboration de la conflictualité œdipienne pendant cette thérapie, et à la distance que la mère a pu prendre avec lui (grâce à l'élaboration du deuil de son propre frère durant sa psychothérapie personnelle), Giovanni soit mieux préparé à la future réactualisation de ces conflits au moment de l'adolescence.

Depuis plusieurs années, l'efficacité de la PBF est sujet à discussion tant sur son indication que sur son efficacité. Il existe peu d'études à large échelle qui démontrent ou invalident cette forme de psychothérapie psychanalytique. Muratori et coll. (2002) montrent, malgré les limites bien décrites de leur étude, que les impressions cliniques et théoriques que nous avons reprises et précisées dans cet article seraient confirmées. En psychothérapie d'enfants, nous ne disposons malheureusement pas d'études à grande échelle et d'articles de review, tels que celui d'Abbass et coll. (2008) pour les psychothérapies psychodynamiques d'adultes.

La critique la plus importante faite à la PBF est de se limiter au soin d'un symptôme. De part sa durée et son style interprétatif, elle serait moins efficace que la psychothérapie classique. Nous ne sommes pas de cet avis. Les objectifs de la PBF peuvent sembler plus modestes, mais le but recherché est la mobilisation du conflit structurel central chez le patient, pour lui permettre ainsi de (re)prendre son développement de la manière la plus harmonieuse possible. La mobilisation de ce conflit est possible avec cette technique (« interprétation focalisante ») pour une population bien précise, et ne peut pas s'appliquer à des patients graves. Dans la vignette clinique que nous avons présentée, nous avons montré comment l'apaisement du conflit structurel central a permis à Giovanni de retrouver un développement harmonieux. En d'autres termes, la réparation de la fonction alpha a engendré les transformations nécessaires pour permettre au patient une meilleure élaboration de sa problématique dépressive et de sa conflictualité œdipienne.

Nous pensons également que la PBF a une fonction protectrice. En effet, la mobilisation du conflit central et la reprise d'un développement harmonieux permettent un renforcement du moi, ce qui facilitera par la suite l'entrée dans l'adolescence, avec les enjeux que cette étape de la vie comporte. Nous pensons que cette fonction de protection est une partie essentielle de la PBF et que sa pratique ne se limite donc pas au simple soulagement temporaire des symptômes. Il serait intéressant de pouvoir réévaluer ces enfants quelques années après leur PBF, afin de disposer d'un éventail plus large de cas. Ce travail a été fait par Cramer (1993) et repris par Pala-



cio, Knauer et coll. à Genève pour les psychothérapies brèves mère/bébé (Palacio Espasa, 2006 ; Knauer, 2002).

Les enjeux économiques actuels voudraient limiter le temps des soins psychothérapeutiques. La durée de la PBF n'est pas déterminée par de telles considérations. Néanmoins, son application pour une population bien précise, avec une efficacité prouvée, pourrait représenter une réponse aux enjeux des coûts de la santé publique.

Nous aimerions terminer avec une considération plus générale. Dans cet article, nous avons discuté de processus thérapeutique, de conflits internes, de transformations et de processus de guérison. À la fin de toute expérience thérapeutique, le patient intègre une partie de cette expérience, que nous avons l'habitude d'appeler intégration de la fonction analytique ou, pour reprendre Bion, la réparation de la fonction alpha et la transmission du thérapeute au patient des outils pour le faire. Pour renforcer cela, nous pensons que, indépendamment de la forme de psychothérapie et à la fin de celle-ci, il serait important de laisser la possibilité au patient de faire à nouveau appel au même thérapeute, s'il en sentait le besoin. Cette possibilité fournirait au patient ce sentiment de continuité dont l'appareil psychique a tellement besoin.

## RÉFÉRENCES

- Abbass A. A. et coll. (2008), Short-term psychodynamic psychotherapies for common menatal disorders (Review), *Cochrane Database Syst.*, 2006, October, 18 (4).
- Bléandonu G., Palacio Espasa F. (1997), L'analyse des rêves dans la psychothérapie d'enfants, *Psychothérapies*, 17, 13-20.
- Bion W. R. (1957), Différenciation des personnalités psychotiques et non psychotiques, *Réflexion faite*, Paris, PUF, 1983.
- Bion W. R. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979.
- Bion W. R. (1992), *Cogitations*, Paris, Éditions in Press, 2005.
- Bonaminio V., Carretelli T. (1988), La psychothérapie psychanalytique brève pour enfants. Hypothèse pour un modèle et expérience clinique à l'âge de latence, *La Psychiatrie de l'enfant*, XXXI (2), 375-411.
- Cramer B., Palacio Espasa F. (1993), *La pratique des psychothérapies mère-bébé*, Paris, PUF, « Le Fil rouge ».
- Ferro A. (2005), Bion : Theoretical and clinical observations, *Int. J. Psychoanal.*, 86, 1535-1542.
- Ferro A. (2007), *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*, Milano, Raffaello Cortina.
- Freud S. (1900), *L'interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967.
- Freud S. (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1951.
- Gilliéron E. (1983), *Les psychothérapies brèves*, Paris, PUF.



- Golse B. (1994), Cauchemars-rêves et processus de pensée, *La Psychiatrie de l'enfant*, 37 (2), 395-413.
- Golse B. (1995), Psychopathologie de l'angoisse au cours du développement, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 43, 142-152.
- Grotstein J. (2007), *A Beam of Intense Darkness*, London, Karnac.
- Knauer D., Palacio Espasa F. (2002), Interventions précoces parents-enfants : avantages et limites, *La Psychiatrie de l'enfant*, XLV (1), 103-132.
- Malan D. (1972), *La psychothérapie brève*, Paris, PUF.
- Marty P., de M'Uzan M. (1963), La pensée opératoire, *Rev. franç. Psychanal.*, 27, 345-356.
- Meltzer D. (1993), *Le monde vivant du rêve. Une révision de la théorie et de la technique psychanalytiques*, Lyon, Césura.
- Money Kyrle R. (1968), Cognitive development, *Int. J. Psychoanal.*, 1968 (4), 691-698.
- Morin E. (2004), *La méthode*, vol. 6 : *Éthique*, Paris, Le Seuil.
- Muratori et coll. (2002), Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 28-38.
- Normann J. (1995), L'interprétation et ses conflits : que faut-il interpréter, quand et comment ?, *Bulletin de la Fédération européenne de psychanalyse*, 45, 28-42.
- Normann J. (1999), Libertà di giocare, sognare e pensare, *Richard e Piggie*, 7 (3), 253-272.
- Palacio Espasa F. (1993), *La pratique psychothérapeutique avec l'enfant*, Paris, Bayard.
- Palacio Espasa F. (2000), La place de la parentalité dans les processus d'organisation et la désorganisation psychique chez l'enfant, *Psychologie clinique et projective*, 6, 15-29.
- Palacio Espasa F. (2003), *Dépression de vie, dépression de mort*, Paris, Érès.
- Palacio Espasa F., Knauer D. (2006), La psychothérapie psychodynamique brève avec la mère, le père et le bébé : aspects cliniques et techniques, *Devenir*, vol. 18 (1), 5-22.
- Swift J. (1726), *I viaggi di Gulliver*, Torino, Einaudi, 1963.
- Winnicott D. W. (1956), La préoccupation maternelle primaire, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- Winnicott D. W. (1958), La capacité d'être seul, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- Winnicott D. W. (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.

D<sup>r</sup> Dante Trojan  
 Chef de Clinique  
 Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SPEA)  
 Département de l'enfant et de l'adolescent  
 Hôpitaux universitaires de Genève  
 41, chemin des Crêts-de-Champel  
 1206 Genève  
 Suisse  
 e-mail : dante.trojan@hcuge.ch  
 e-mail : francisco.palacio@unige.ch

Printemps 2008