



HAL
open science

Impact des carences affectives précoces et des traumatismes relationnels précoces sur les capacités de mentalisation et la formation des imagos parentales chez l'enfant déficient intellectuel

Coralie Depoorter

► To cite this version:

Coralie Depoorter. Impact des carences affectives précoces et des traumatismes relationnels précoces sur les capacités de mentalisation et la formation des imagos parentales chez l'enfant déficient intellectuel. Psychologie. Université de Lorraine, 2020. Français. NNT : 2020LORR0249 . tel-03187877

HAL Id: tel-03187877

<https://hal.univ-lorraine.fr/tel-03187877v1>

Submitted on 1 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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



Université de Lorraine – Secteur de Nancy
Laboratoire INTERPSY (EA4432) – Axe Psy/Clip

Impact des carences affectives précoces et des
traumatismes relationnels précoces sur les capacités de
mentalisation et la formation des imagos parentales
chez l'enfant déficient intellectuel.

Thèse de Doctorat en Psychologie clinique et psychopathologie.

Soutenue publiquement le 15 décembre 2020 par
Coralie DEPOORTER

Sous la direction du Professeur
Claude de TYCHEY

Autres membres du jury :

Joëlle LIGHEZZOLO-ALNOT, *Professeur de Psychopathologie clinique,*
Université de Lorraine

André MARIAGE, *Professeur de psychologie clinique et psychopathologie,*
Université de Franche-Comté – Pré-rapporteur externe

Anne THEVENOT, *Professeur de psychologie clinique et*
psychopathologie (Université Louis Pasteur-Strasbourg) – Pré-rapporteur
externe

REMERCIEMENTS

Je tenais tout d'abord à remercier **le Professeur Claude De Tychey** d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse et d'avoir accepté ce projet de financement CIFRE afin de maintenir un lien avec la pratique de la clinique qui me tient tant à cœur. Merci pour votre soutien, vos réponses plus que rapides à mes mails et à vos retours de correction tout aussi rapides et enrichissants.

Je souhaite également remercier les autres membres de mon jury, les Professeurs **Joëlle Lighezzolo-Alnot, Anne Thevenot** et **André Mariage** pour le temps qu'ils consacreront à la lecture de ce travail.

Merci à **l'institut médico-éducatif La Tour et aux équipes éducatives** d'avoir accepté de se lancer dans cette aventure. Je tenais également à remercier **Madame Marie-Ange Gillet**, psychologue de la structure, de m'avoir fait découvrir toute la clinique du champ du handicap et des troubles transverses qui s'y rattachent. Merci pour ton soutien et ta bienveillance lorsque j'ai effectué mon stage de master 2 à ses côtés et lorsque nous étions collègues.

Je tiens à remercier **les parents, familles d'accueil et surtout les enfants** qui ont participé à cette recherche, sans eux rien n'aurait été possible.

Je tiens également à remercier **l'école élémentaire Didion-Raugraff de Nancy** pour avoir accepté que je fasse mon recueil de données pour le groupe contrôle sur son établissement. Merci également aux parents et aux enfants d'avoir accepté de participer à ce travail.

Merci à **mes amis proches** pour leur soutien sans faille et leurs encouragements lorsque cela devenait difficile. Merci à **Marie, Charlène, Livotte, les doctorants de Parenthèse** qui ont rendu les journées de travail à l'université moins longues.

Je tenais à remercier **mes parents**, sans qui, tout cela n'aurait pas été possible, pour leur soutien et leurs encouragements.

Je tiens également à remercier **Raphaël**, mon bras droit, mon pilier, pour son soutien et sa bienveillance sans faille lors des moments de doute et de travail acharné. Merci de tout mon cœur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Raisons personnelles.....	6
Raisons scientifiques	7
PREMIERE PARTIE : CONCEPTIONS THEORIQUES.....	9

Chapitre 1 : troubles des interactions, carences affectives

<i>et traumatismes relationnels précoces.....</i>	<i>11</i>
I. Troubles des interactions et carences affectives.....	11
1. Les carences affectives précoces.....	11
2. Carences affectives précoces et manifestations cliniques.....	14
II. Des interactions précoces déficitaires au traumatisme psychique.....	18
1. Le traumatisme psychique.....	18
2. Conceptions psychanalytiques du traumatisme psychique.....	26
III. La notion de traumatisation précoce : apport dans le champ de la psychologie clinique.....	38
1. Apports théoriques.....	38
2. Le traumatisme psychique complexe.....	40
3. Manifestations cliniques de la traumatisation précoce et chronique dans le champ de la clinique infantile.....	46

Chapitre 2 : la mentalisation.....

I. La symbolisation et la mentalisation chez l'enfant déficient intellectuel ayant vécu des carences et des traumatismes relationnels précoces.....	55
1. Représentation, symbolisation et mentalisation (Roman, 1997 ; 2015).....	55
2. Attachement et symbolisation.....	64
3. De la symbolisation à la mentalisation.....	67
II. La formation de l'espace imaginaire et son développement en clinique infantile.....	73
III. La projection, un dispositif à symboliser ? (Roman, 1997 ; 2015).....	75
IV. Les épreuves projectives face à l'inhibition intellectuelle : ouvertures théoriques.....	76
V. Conséquences des difficultés de mentalisation chez l'enfant intellectuellement inhibé.....	77

Chapitre 3 : la parentalité.....

I. La parentalité : une notion pluri et multidimensionnelle.....	80
1. Aspects sociaux de la parentalité.....	81
2. Aspects psychologiques de la parentalité : le sentiment et la fonction psychique de la parentalité.....	82
II. Les déterminants de la parentalité.....	82
1. Modélisations théoriques de la notion de parentalité.....	82
2. Au sujet de l'incapacité parentale, de la défaillance parentale et les situations de négligence.....	90
III. Les imagos parentales.....	92

1.	Définitions et conceptualisations cliniques.....	92
2.	La notion de transmission psychique.....	93
Chapitre 4 : la déficience intellectuelle.....		100
I.	Clinique de la déficience intellectuelle :Introduction et apports théoriques en lien avec le concept.....	100
II.	Les troubles des apprentissages.....	102
1.	Définitions et apports théoriques.....	102
2.	Etiologie et modélisation psychopathologique des troubles des apprentissages.....	102
III.	La déficience intellectuelle.....	107
1.	Evolution du concept de la déficience intellectuelle.....	107
2.	Apports psychanalytiques de la déficience intellectuelle.....	111
3.	Déficience intellectuelle et comorbidités.....	120
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....		125
I.	Choix de la méthodologie de recherche.....	125
II.	Description de la population.....	126
III.	Présentation du cadre institutionnel.....	127
IV.	Choix des outils d'investigation.....	130
1.	L'entretien clinique.....	130
2.	L'évaluation psychométrique : le WISC-IV.....	132
3.	Les épreuves projectives.....	133
4.	Traitements statistiques.....	134
V.	Opérationnalisation des hypothèses de la recherche.....	137
1.	Opérationnalisation de H1.....	137
2.	Opérationnlisation de H2.....	138
3.	Opérationnalisation de H3.....	139
4.	Opérationnalisation de H4.....	140
5.	Opérationnalisation de H5.....	142
6.	Opérationnalisation de H6.....	143
TROISIEME PARTIE : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....		144
I.	Statistiques descriptives des échantillons.....	144
1.	Statistiques descriptives du groupe contrôle.....	144
2.	Statistiques descriptives du groupe clinique.....	144
3.	Mise à l'épreuve des hypothèses au travers des statistiques descriptives.....	144
a.	Mise à l'épreuve de H1.....	144
b.	Mise à l'épreuve de H2.....	149
c.	Mise à l'épreuve de H3.....	154
d.	Mise à l'épreuve de H4.....	155
e.	Mise à l'épreuve de H5.....	186
f.	Mise à l'épreuve de H6.....	189
II.	Conclusion générale des mises à l'épreuve des hypothèses opérationnelles.....	191
1.	Tableau récapitulatif des indicateurs différenciant de manière significative ou tendant à différencier significativement les deux groupes de la recherche.....	191
2.	Intérêt de l'utilisation des méthodes projectives dans le traitement de nos hypothèses.....	196

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION-SYNTHESE GENERALE	
DE	L'ANALYSE
RESULTATS.....	DES
	198
I. Présentation et analyse des résultats pour les deux groupes :	
mise à l'épreuve des hypothèses de recherche.....	198
1.Mise à l'épreuve de H1.....	198
2.Mise à l'épreuve de H2.....	200
3.Mise à l'épreuve de H3.....	202
4.Mise à l'épreuve de H4.....	202
5.Mise à l'épreuve de H5.....	204
6.Mise à l'épreuve de H6.....	206
II. Analyse de la dynamique transféro-contre-transférentielle.....	208
CONCLUSION.....	215
I. Réflexion autour du double positionnement sur cette recherche :	
entre recherche et pratique clinique.....	215
II. Critiques et réflexions méthodologiques.....	216
1. Biais et limites de la recherche.....	217
2. Pistes de recherche possible.....	217
3. Intérêts pour une perspective thérapeutique.....	218

INTRODUCTION

- Raisons personnelles

Quelle difficulté de commencer la rédaction de mon manuscrit par les raisons personnelles qui m'ont amenée à explorer le sujet du traumatisme psychique et plus précisément des carences affectives et des traumatismes précoces. Ma rencontre avec ces notions a, dans un premier temps, été le fruit du hasard au travers de la réalisation de mon stage de Master 2 auprès de Madame GILLET Marie-Ange, psychologue clinicienne au sein de l'institut médico-éducatif La Tour, situé à Glaire dans les Ardennes (08). Si au départ, j'ai débuté ce stage de professionnalisation au métier de psychologue sans être réellement convaincue des apports que ce type de structure pouvait constituer, je me suis rendue compte au fur et à mesure de son déroulement que mes réactions d'étudiante encore immature étaient complètement inappropriées et impertinentes. J'étais à un tournant décisif de ma manière de considérer le traumatisme psychique et plus précisément concernant une population porteuse d'une déficience intellectuelle. A force d'observation et d'échanges avec ma tutrice de stage, mon intérêt s'est naturellement porté sur le champ des interactions précoces. J'étais intriguée et en même temps en quelque sorte « fascinée » de voir comment ces dernières pouvaient tenir d'une co-construction entre le parent et l'enfant, de voir de quelle manière la nature des interactions archaïques pouvait, en partie, façonner la structuration psychique d'un individu. Après de nombreuses recherches, je me suis penchée sur les ouvrages d'Emmanuelle Bonneville-Baruchel (2015) qui ont complètement changé ma manière de voir les choses et d'envisager la pratique de la psychologie clinique au sein d'un I.M.E. Je découvrais chaque jour un peu plus que beaucoup d'enfants se trouvaient dans des situations sociales difficiles, marquées par de nombreuses ruptures de liens caractérisées par des placements en institution et en famille d'accueil. Tout doucement, les choses semblaient s'emboîter dans mon cerveau d'étudiante de dernière année de master en psychologie clinique et pathologique...

Je n'ai pu faire que plus tardivement le parallèle entre ma situation universitaire et la situation personnelle dans laquelle je me trouvais à ce moment de ma vie. La notion de lien était au cœur des questions que je pouvais me poser, qui tournaient sans cesse en boucle comme dans une vaine tentative d'intégration psychique... Plus je lisais, plus je me gorgeais de

connaissances théoriques que je pouvais articuler à mon apprentissage de la pratique, et plus je pouvais faire des parallèles avec ma situation personnelle. Autrement dit et si jamais le lecteur ne l'a pas (*encore*) compris, le lien était au cœur des réflexions du moment. Me plonger à corps perdu dans l'exploration de ces notions a permis une prise de conscience qui a radicalement changé ma perception de mon environnement et qui m'a ainsi permis d'amorcer les bons changements, tout du moins ceux qui m'ont été complètement adaptés. Cette période de prise de conscience tant personnelle qu'universitaire m'a, dans un premier temps, sidérée puis progressivement, l'intégration aidant, j'ai pu accéder à l'élaboration de mes désirs profonds et profiter de cet après... Nous lisons souvent dans la littérature clinique qu'il existe un avant et un après aux traumatismes, peut être que cette prise de conscience, venant faire ainsi effraction de mes capacités de pare-excitation, me permettant alors d'accéder à cet après qui, je l'ai découvert, au moment où j'écris ces lignes aujourd'hui, m'a permis de découvrir toutes mes ressources et faire en sorte de devenir ce que je souhaitais.

C'est donc tout naturellement (*et inconsciemment !*) que j'ai souhaité travailler sur la notion de traumatisme psychique en lien avec celle des interactions précoces. Mon lieu de stage se déroulant en institut médico-éducatif, la notion de déficience intellectuelle s'est imposée à mon travail de mémoire.

- Raisons scientifiques

D'un point de vue plus scientifique, ce travail de thèse est la continuité de mon travail de mémoire de Master 2. Le champ du traumatisme psychique n'était que très peu exploré dans le champ de la déficience intellectuelle, et la question des interactions précoces laissait envisager une sorte de « tabou », mettant en évidence les différences de catégories socio-professionnelles. L'objectif était ici de comprendre les enjeux de la déficience intellectuelle dans le traumatisme psychique, sa compréhension et les capacités de mentalisation qui pouvaient alors entrer en jeu dans l'élaboration des vécus primitifs. Les travaux d'Emmanuelle Bonneville-Baruchel (2015) et ceux de Maurice Berger (2005 ; 2013) ont permis d'ouvrir des pistes de réflexion sur la prise en charge et dans le cadre d'un accompagnement de ces enfants à « l'intelligence troublée » (2013).

L'opportunité d'effectuer ce travail de thèse de doctorat en tant que « contrat CIFRE » m'aura permis de pouvoir associer recherche et pratique professionnelle. Je ne souhaitais pas mettre de côté la pratique clinique lors de la réalisation de cette thèse. De ce fait, cette recherche

avait pour objectif de permettre à l'institution d'ouvrir les voies de réflexion des équipes éducatives et thérapeutiques sur la notion de déficience intellectuelle et des troubles comorbides qui peuvent alors s'y rattacher.

L'objectif de ce travail de recherche est d'articuler la recherche à la pratique clinique dans une visée théorico-pratique. Être salariée dans une institution n'implique pas les mêmes missions qu'un intervenant ne venant uniquement que pour récolter des données utiles à sa recherche. Le psychologue clinicien en institution expérimente les biais institutionnels inévitables à toute pratique ainsi que l'instauration d'un lien avec les enfants qui sont accompagnés dans le cadre d'un suivi psychologique. L'articulation du travail avec les équipes éducatives et une évidence, au sens même où l'entend D.W. Winnicott dans la prise en charge de ces enfants ayant vécu des moments d'agonies primitives (1975).

PREMIERE PARTIE : CONCEPTIONS

THEORIQUES

CHAPITRE I : TROUBLES DES INTERCATIONS PRECOCES, CARENCES AFFECTIVES ET TRAUMATISMES RELATIONNELS PRECOCES.

C'est en 2006 que l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) reconnaît la maltraitance de l'enfant comme un problème de santé majeur. La loi française ne donne pas de définition concrète de la maltraitance et lui préfère le terme de *enfants en danger*, terme retrouvé dans le Code Civil (Benarous & al., 2014). Cette appellation regroupe les enfants *victimes* de maltraitances mais également ceux *à risque* de l'être. En effet, l'Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) définit l'enfant maltraité « *comme étant victime de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique* » ; et l'enfant à risque, dont il est question « *de conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité.* ». Autrement dit, la notion de maltraitance se circonscrit autour de ces deux dimensions, regroupant chacune une pluralité de types de mauvais traitements.

D'après Butchard et al. (2006), il existe quatre types de maltraitance, regroupées dans le tableau suivant mettant en évidence les manifestations relatives à chaque type de maltraitances. Notons cependant que ces catégories peuvent coexister de manière interdépendante et dynamique :

Maltraitances	Manifestations
Abus physiques	Actes commis par un tuteur qui engendrent des dommages corporels ou <u>qui risquent</u> d'en entraîner.
Abus psychiques/émotionnels	Ne pas veiller à offrir un environnement convenable et commettre des actes qui

	nuisent à la santé et au développement affectif de l'enfant.
Des abus sexuels	Actes que commet un tuteur sur un enfant pour en retirer un plaisir sexuel
Négligences graves ou carences de soin	Renvoie au fait qu'un parent ne veille pas au bon développement de son enfant – s'il est en position de le faire – dans un ou plusieurs des domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Santé - Education - Développement affectif - Nutrition - Foyer - Conditions de vie.

Comme expliqué précédemment, les différents types de maltraitements sont associés dans la majorité des cas. Lau et son équipe (2005) ont démontré au travers de leur étude que le pourcentage de comorbidités des types de maltraitance s'élevait de 36% à 91%, c'est-à-dire qu'il est donc extrêmement rare qu'un sujet ne soit victime que d'une seule sorte de maltraitance. Ces dernières se croisent de manière transversale dans la vie du sujet.

Finkelhor (2008) démontre dans ses travaux que les enfants qui ont été préalablement exposés à un, ou plusieurs, type(s) de maltraitance sont plus à risques d'observer des retentissements de nature psychopathologique sur leur équilibre psychique. Autrement dit, les actes de maltraitements viennent considérablement impacter le développement psycho-affectif des enfants qui en sont victimes. C'est pourquoi, nous pouvons alors avancer que les enfants ayant été victimes de maltraitance possèdent un degré de prévalence plus important à développer un état de stress posttraumatique. Nous avançons également que les enfants ayant été confrontés à des situations de stress extrême et de maltraitements répétés seront plus disposés psychiquement à développer **un état de stress post-traumatique complexe** (i.e. état de stress post-traumatique de type II) (Benarous et al., 2014).

De quelle manière les carences affectives précoces et les traumatismes relationnels précoces vont impacter la mentalisation et la formation des imagos parentales des enfants

déficients intellectuels ? De quelle manière ces enfants, dont les capacités du pare-excitation ont été débordées durant les premières années de vie, vont-ils se structurer au travers de ces traumatismes relationnels précoces ?

Ces apports théoriques permettent de fournir un éclairage de la définition sur la maltraitance, ainsi que l'éventail des types de maltraitance déjà existants et théorisés par les chercheurs en psychologie clinique. Dans un premier temps, nous allons nous intéresser aux situations de négligences et plus particulièrement aux carences affectives précoces ; leur conceptualisation, la modélisation de ce type de maltraitance au sein de la littérature. Dans un second temps, nous aborderons la notion de traumatisme psychique complexe, autrement dit, la manière dont les carences affectives précoces vécues par un enfant lors de la prime enfance vont prendre la forme clinique du traumatisme complexe et son impact sur le psychisme des enfants déficients intellectuels, nous allons nous intéresser à la clinique des traumatismes relationnels précoces et de ses impacts psychopathologiques sur le développement psychique des enfants déficients intellectuels.

I. Troubles des interactions et carences affectives.

1. Les carences affectives précoces.

Les carences affectives précoces désignent « *les diverses expériences pathogènes qu'un nourrisson peut vivre* » (Mazet et Stoleru, 1993). Il s'agit simultanément d'une absence quantitative et qualitative de soins pour l'enfant et implique dans le même temps une insuffisance d'interactions entre ce dernier et sa mère, ou son donneur de soin principal. Ce faisant, les interactions précoces dysfonctionnelles sont modélisées dans la littérature actuelle sous cinq formes :

1/ Des interactions précoces « discordantes » (Bonneville-Baruchel, 2015) : Le parent répond aux besoins de l'enfant de manière inadéquate sans accordage affectif (*par exemple, en répondant à une manifestation émotionnelle de type tristesse en riant, ne prenant pas en compte l'émotion ressentie par l'enfant ce moment*). La réponse aux besoins du nourrisson est discordante et engendre un sentiment de confusion diffus chez ce dernier qui ne parvient pas à intérioriser les marqueurs émotionnels adaptés afin de réguler son état de détresse face à la situation.

2/ L'indifférence du parent aux besoins du bébé (Bonneville-Baruchel, 2015) : des signes de désaccordage affectif au sein de la relation parent-enfant se manifestent. Les signes de désaccordage se manifestent lors des moments d'interaction entre le parent et l'enfant, étant notamment observés lors des moments de portage du bébé (l'enfant est trop serré contre le parent, empêchant toute interaction visuelle et/ou langagière) ou de nourrissage de ce dernier (très peu de contact physique et visuel). Emmanuelle Bonneville-Baruchel dans son ouvrage les Traumatismes Relationnels Précoces (2015) expose l'exemple d'un parent qui évitait tout contact avec son enfant pendant les moments de nourrissage en mettant le biberon contre un coussin ou un fauteuil, cela empêchant tout échange de regard entre le bébé et son/ses parent(s) et/ou son donneur de soin, le jeune enfant se nourrit seul sans étayage de l'adulte.

3/ Le cycle forçage-séduction-abandon (Berger, 2013) : Ce type d'interaction précoce dysfonctionnelle se modélise sur la base d'une mauvaise interprétation du parent des besoins de l'enfant. Le parent entre en relation avec son enfant de manière inadaptée pouvant impliquer une modalité de « forçage », les besoins de l'enfant n'étant pas analysés de manière « suffisamment bonne » par le parent. Par exemple, le parent peut mésinterpréter les signaux de satiété de l'enfant et mettre en place des interactions complètement désaccordées : un bébé se détourne du parent pour signifier qu'il n'a plus faim, ce dernier interprète cela sur un mode de distraction et force alors l'enfant à se nourrir. A force de répétition de ce type d'interaction, le nourrisson va intérioriser ce mode d'entrée en relation comme bénéfique pour lui.

C'est alors qu'intervient la notion de séduction, issue du terme de séduction narcissique de Pierre-Claude Racamier (1986). Il est question de la pathologisation de « la séduction narcissique réciproque originelle » (Bonneville-Baruchel, 2015). Cette théorisation avance que la relation mère-enfant s'oriente progressivement vers une configuration dissymétrique, corrélé avec l'état narcissique, généralement pathologique, de la mère (ou du donneur de soin). Les interactions sont uniquement mises en place dans une tentative de restauration psychique du donneur de soin au travers de ses propres projections effectuées sur l'enfant.

Le parent peine à trouver une satisfaction dans ce type de relation. Ce dernier va projeter ses propres émotions négatives sur l'enfant afin de le culpabiliser. L'enfant, dans un mécanisme d'identification, va alors intérioriser ce mode de relation comme n'étant jamais « suffisamment bon » pour son parent et considérer le rejet en lien avec ses caractéristiques internes. Ce type de relation basée sur des modalités dysfonctionnelles engendre une dépendance émotionnelle importante pour le nourrisson. Cela est vécu par ce dernier comme un vecteur d'entrave à la

formation du narcissisme primaire et à la fragilisation de ses propres assises narcissiques, l'énergie psychique de l'enfant étant déployée à satisfaire son parent à tout prix.

4/ L'alternance imprévisible (Bonneville-Baruchel, 2015) : Emmanuelle Bonneville-Baruchel a identifié deux temps dans le déroulement de ce type d'interaction : 1. Un premier temps au sein duquel le parent va surinvestir son enfant avec la mise en place de périodes de sur-stimulation intenses au sein desquelles le parent ne sera pas en mesure de considérer la disponibilité psychique de son nourrisson. Par exemple, en instaurant des moments de jeux alors que l'enfant est en train de dormir et manifeste son opposition de manière active. 2. Un second temps au sein duquel ces périodes d'intenses sur-stimulation vont faire vivre au nourrisson des expériences de stress extrême, source de détresse psychique avec de véritables vécus d'agonies psychiques (Winnicott, 1975).

Ce type de relation parent-enfant est source de beaucoup d'instabilité pour le nourrisson, alternant entre des périodes de surinvestissement psychique et de désinvestissement réguliers. Il est important de noter une irrégularité dans les soins apportés à l'enfant, ce dernier peinant à accéder à un sentiment de cohérence et de continuité de soi suffisamment stable. Les moments d'interaction et de soins ne sont rythmés par aucune régularité, ne permettant pas à l'enfant de se repérer dans le temps et dans la journée, les temps d'interaction ne sont donc pas favorables au nourrisson.

5/ La défaillance des soins corporels (Bonneville-Baruchel, 2015) : Bonneville-Baruchel modélise ce type d'interaction dysfonctionnelle entre un parent et son enfant comme génératrice d'effets délétères sur le long terme lors du développement psycho-affectif de l'enfant. Le corps de l'enfant est ainsi manipulé sans aucun investissement affectif de la part du parent. Cette modélisation nous renvoie sans aucun détour possible aux notions de *holding* et de *handling* de Donald Wood Winnicott (1962). Le *holding* est *la manière dont l'enfant va être porté* par le donneur de soin alors que le *handling* est *la manière dont l'enfant va être manipulé* par celui-ci. Ces deux notions se veulent complémentaires et viennent incarner la qualité des interactions précoces entre un enfant et son parent. La défaillance des soins corporels implique un *holding* et *handling* défectueux et il subsiste un manque d'étayage et d'accord affectif non-négligeable (Stern et al., 2000). De ce fait, les modèles internes opérants témoignant de la qualité de l'attachement entre l'enfant et son donneur de soin sont intériorisés sur un mode insécurisant (Bowlby, 1989). La représentation de soi et le rapport au monde extérieur de l'enfant vont être impactés par ce type d'interaction précoce dysfonctionnelle. L'enfant n'aura pu se construire

un système interne basé sur la cohérence de soi, son rapport au monde et sur la continuité de son environnement (Hopkins, 1992).

L'impact des interactions précoces dysfonctionnelles entre un enfant et son donneur de soin possède un effet important sur le développement psycho-affectif des enfants. Ces derniers tendent à se structurer selon les modèles internes opérants préalablement intériorisés et sur les modes relationnels engagés par leur donneur de soin lors de leurs premières années de vie. Maurice Berger (1990) explique que plus les carences affectives précoces sont prolongées, et plus le déficit dans les contenants de pensée se produit. Les contenants de la pensée sont définis comme « *l'intériorisation de l'ensemble des expériences psychiques et physiques qui permettent au sujet d'acquérir une représentation de lui unifiée spatialement (continuité corporelle), temporellement (continuité du vécu), émotionnellement (continuité de la vie psychique et du désir de vivre), cognitivement (invariabilité relative du monde, ce qui introduit de la prévisibilité dans les perceptions, les actions et les pensées* ».

Nous pouvons alors observer l'étendue des impacts sur le fonctionnement psychique des enfants ayant vécu des carences affectives précoces caractérisées par la mise en place d'interactions déficitaires et dysfonctionnelles avec le donneur de soin. Nous allons maintenant étudier les manifestations cliniques des carences affectives précoces et de leur retentissement sur le fonctionnement psychique des enfants et de leur famille.

I.2. Carences affectives précoces et manifestations cliniques

Nous allons aborder les différents types de carences affectives et leurs manifestations cliniques. Ces dernières sont au nombre de trois. Les différents types de carences affectives sont tous caractérisés par la présence de facteurs communs, au nombre de quatre : 1. L'âge et les caractéristiques subjectives de l'enfant ; 2. L'intensité et la durée de la carence ; 3. La qualité de la relation avec la mère (ou le donneur de soin principal) avant l'installation de la carence ; 4. La qualité de la relation avec la mère (ou le donneur de soi principal) après l'installation de la carence (Mazet et Stoleru, 1993).

I.1. Carence prolongée liée à l'insuffisance majeure des soins maternels : les troubles somatiques sont fréquents et parfois très importants dans ce type de carence affective précoce, prenant la forme de troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie), de troubles du sommeil et/ou d'une sensibilité de la sphère oto-rhino-laryngée (ORL) sujette aux infections

chroniques (Mazet et Stoleru, 1993). Les retards staturo-pondéraux peuvent également être présents dans le cas de privation et de frustration affectives majeures. Autrement dit, le retard dans les acquisitions est important et sur le devant de la scène dans ce type de carence affective. Le développement psychique de l'enfant peut également se retrouver impacté par ces vécus de privation précoces, notamment en ce qui concerne le développement des grandes fonctions instrumentales telles que le langage, l'intelligence et la motricité.

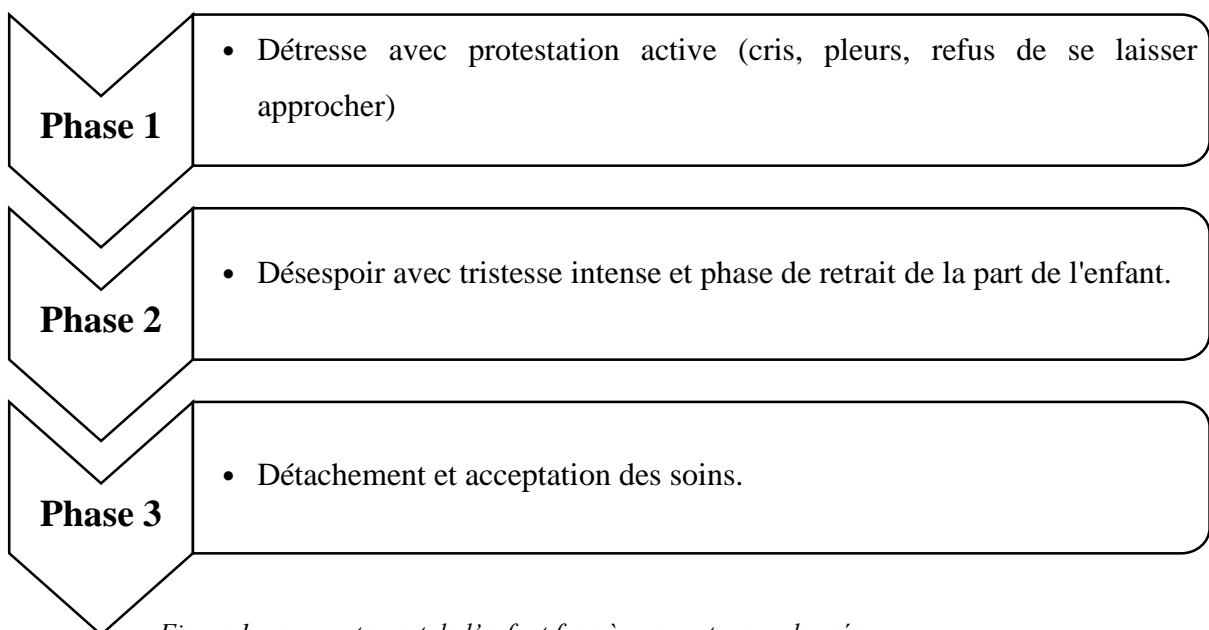
Les études de René Spitz (1949) mettent en évidence la survenue d'une rapide dégradation du quotient de développement d'enfants qui vivaient dans un centre de soin dont les soins hygiéniques étaient apportés de manière rigoureuse mais dont les contacts étaient dénués de tout investissement affectif de la part des intervenants. Ces carences peuvent apparaître lorsque l'enfant est placé en institution et ne trouve pas de substitut maternel approprié et suffisamment étayant pour permettre à l'enfant de se développer malgré ces conditions de vie institutionnelle. Cependant, ce type de carence affective précoce peut également survenir hors placement en institution lors de situation de négligence et/ou lorsque l'enfant n'est pas suffisamment stimulé par son parent, ne parvenant pas à intérioriser une figure maternelle suffisamment stable, cohérente et sécurisante, marquée par de nombreuses ruptures de lien.

René Spitz (1949) a également mis en évidence le fait que les enfants ayant déjà connu un lien d'attachement avec leur mère lors de leurs premières années de vie et qui connaissent une séparation brutale, déploient une symptomatologie relative aux états dépressifs avec des manifestations telles que le retrait, l'inhibition et/ou l'émoussement affectif. René Spitz regroupera alors ces observations sous le terme de dépression anaclitique du nourrisson (Spitz, 1949). Trois comportements émergent alors chez ces enfants : 1. Une phase de pleurs et de protestation ; 2. Une phase d'arrêt du développement caractérisée par un ralentissement du développement psychique et physique et ; 3. Une phase de retrait et de refus de contact avec les soignants et les intervenants, donnant parfois lieu à une association de troubles du comportement avec ou sans opposition ou encore la présence de conduites à risques avec conduites ordaliques. Consécutivement, l'enfant porte très peu d'intérêt pour son environnement mettant alors en place, dans un mouvement défensif, des comportements d'apathie, de repli sur soi allant parfois jusqu'à une absence de jeu symbolique (Mazet et Stoleru, 1993).

Les ruptures de lien brutales et successives ont pour effet de considérablement ralentir

le développement psycho-affectif de l'enfant. L'absence de la figure d'attachement survient ici comme une incapacité pour l'enfant privé d'étayage à penser et dont la priorité est la gestion du manque lié à cette séparation.

2. Carence importante liée aux séparations: Ce type de carence concerne les manifestations cliniques en lien avec une séparation entre le donneur de soin principal et l'enfant. Robertson et Bowlby (1952) ont décrit l'évolution des comportements de l'enfant confronté à une rupture prolongée avec son environnement familial en trois phases :



Ce type de carence affective liée à une fréquence importante des séparations a pour conséquence une plus grande sensibilité des enfants aux ruptures de lien avec désorganisation et anxiété associées (Mazet et Stoleru, 1993). La survenue de rupture de lien est généralement génératrice de réactivation d'affects abandonniques qui peuvent avoir pour conséquence une désorganisation transitoire de l'activité psychique de l'enfant. Ce dernier peut alors mettre en place des comportements de retrait massif, déployer une pluralité de mécanismes psychotiques et/ou de troubles de l'attachement sévères venant alors entraver son rapport au monde et ses interactions avec les individus qui composent son environnement. Lors des placements en institution ou dans des contextes familiaux dysfonctionnels, on retrouve également des carences affectives précoces avec pour prédominance psychopathologique un retrait et une inhibition de

l'activité intellectuelle. (Mazet & Stoleru, 1993)

Ce qui vient ici caractériser les carences affectives précoces liées aux séparations, c'est la répétition de ces moments de séparation dont la symbolisation est entravée par un empêchement de l'activité de pensée. L'organisation psychique de l'enfant est « mise en suspens », aux prises avec des réactivations archaïques des ruptures de lien précédentes. Un mécanisme de résignation apprise entre ici en jeu, caractérisé par un sentiment d'impuissance permanente et générale (Miller & Seligman, 1975). L'enfant a intériorisé l'absence de la figure d'attachement principale et les protestations actives qui seront les siennes ne changeront pas la situation.

3. Les carences affectives précoces dites « larvées » : Ces carences sont beaucoup plus fréquentes que les précédentes et peuvent apparaître au sein de contextes familiaux psychopathologiques (par exemple, un parent porteur d'une pathologie psychiatrique) et également au sein de contextes institutionnels (soins apportés aux enfants sans investissement psychique et affectif de la part des intervenants). Leurs manifestations sont moins visibles et bruyantes que dans les types de carences affectives précoces précédents : manque d'initiative et de curiosité pour l'environnement, jeux pauvres, passivité dans les contacts sociaux (Mazet et Stoleru, 1993). Les enfants sont généralement très peu stimulés par leurs parents et laissés dans leur berceau tant qu'ils ne se manifestent pas. Les besoins primaires des enfants sont généralement mal-identifiés par les parents qui ne répondent pas de manière adaptée à leur enfant. On retrouve généralement ce type de fonctionnement chez les parents issus de milieux familiaux carencés et/ou qui ont eu même été victimes de maltraitance et/ou de négligences parentales. Ces auteurs postulent que ce type de carences affectives est propice à l'apparition de traits abandonniques liés à un important sentiment d'insécurité antérieur, d'attitudes de demandes affectives maladroitement et/ou de provocations masochistes. Les auteurs identifient également l'apparition d'angoisse d'abandon, d'affects dépressifs et/ou d'investissement anaclitique des relations objectales traduisant la présence de failles narcissiques majeures chez ces enfants.

Les carences affectives précoces peuvent alors s'installer et venir rigidifier l'organisation psycho-affective et la structuration de l'identité des enfants. Comme évoqué précédemment, plus la carence est importante et plus l'impact psychopathologique sera important. Nous allons maintenant aborder le traumatisme psychique et ses modélisations théoriques et observer de quelle manière le traumatisme psychique prend place auprès de ces enfants.

II. Des interactions précoces déficitaires au traumatisme psychique.

II.1. Le traumatisme psychique

Traumatisme, du grec ancien « *traumatismos* », signifie « *l'acte de blesser* » alors que « *trauma* » constitue la blessure.

Pedinielli & Mariage (2015) définissent le traumatisme psychique comme « *un choc exercé sur le psychisme par un agent psychologique extérieur et entraînant des perturbations psychologiques transitoires ou durables.* ». Autrement dit, le traumatisme psychique peut être considéré comme un choc brutal et soudain qui vient ébranler les capacités défensives et pare-excitatoires du sujet. L'effroi et l'impression de mort imminente sont au premier plan. L'impact du traumatisme sur l'organisation psychique du sujet va dépendre des ressources internes et de l'organisation structurelle de base de l'individu. Le champ clinique du traumatisme est intersubjectif.

Afin d'ancrer notre propos dans le champ de la psychanalyse, le traumatisme psychique constitue « *un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, les bouleversements et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et élaborer psychiquement ces excitations* » (Laplanche & Pontalis, 1967). Autrement dit, le traumatisme psychique est un événement de la vie du sujet qui se caractérise par son impact sur l'organisation psychique de l'individu et les répercussions à plus ou moins long terme qu'il peut provoquer. Il subsiste alors des modifications symptomatologiques dans le comportement du sujet et des difficultés d'élaboration psychique de l'événement traumatique qui peuvent symptomatologiquement prendre la forme de flash-backs, de conduites d'évitements, de cauchemars, d'émoussement affectif ou encore d'une hypervigilance à l'environnement extérieur.

La littérature en psychologie met en évidence l'existence de plusieurs types de traumatismes psychiques. En effet, Lénore Terr propose en 1991 une classification du traumatisme psychique en deux temps : le traumatisme simple (*Traumatisme de type I*) et le traumatisme complexe (*Traumatisme de type II*).

Le traumatisme de type I correspond à un événement survenant de manière unique dans la vie du sujet. Par exemple, une agression et/ou encore une catastrophe naturelle. Ce type de traumatisme possède un début et une fin précise et ne se répète pas dans le temps.

Le traumatisme de type II correspond à un, ou plusieurs, événement(s) traumatique(s) vécu(s) de manière répétée ou qui a menacé de se reproduire de manière inattendue sur une longue période de temps. Ce type de traumatisme ne possède pas de fin précise, le sujet s'attendant à revivre une situation de stress extrême à tout moment (*par exemple des contextes où la violence intrafamiliale, la violence carcérale ou les agressions sexuelles sont présents*).

D'un point de vue psychopathologique, le traumatisme de type II est une extension du traumatisme de type I. En effet, il subsiste une anticipation anxieuse de la possible répétition de l'événement traumatique. Cependant, la répétition de l'événement traumatique met en jeu des modalités relationnelles et réactionnelles spécifiques envers l'agresseur, impliquant un système défensif différent qui tend à se rigidifier au fil du temps si le traumatisme psychique n'est pas pris en charge dans une visée d'intégration à l'économie psychique du sujet.

Solomon et Heide (1999) ont conceptualisé un troisième type de traumatisme psychique. En effet, ce type de traumatisme correspondrait à la répétition multiple, envahissante et régulière de situations de violence (*par exemple les camps de détention, la torture ou l'exploitation sexuelle forcée*). Ce type de traumatisme est appelé traumatisme de type III et serait une extension du traumatisme de type II avec des atteintes psychopathologiques structurelles sur du long terme.

La classification du traumatisme psychique appelé état de stress post-traumatique par le DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013) classe le traumatisme psychique dans la catégorie des troubles de stress et nous dit que les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans :

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.

2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.

3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.

4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (par exemple, intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes

pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime

typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
3. Hyper vigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type : Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. Déréalisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si : À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

Le manuel du DSM-V possède également une classification du traumatisme spécifique à l'enfant âgé de six ans, ou moins. La voici :

A. Chez l'enfant de 6 ans ou moins, exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes : 1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.

2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant.

N.B. : Être le témoin direct n'inclut pas les événements dont l'enfant a été témoin seulement par des médias électroniques, la télévision ou des images.

3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un parent ou à une personne prenant soin de l'enfant.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou à plusieurs événements traumatiques ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : Les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas nécessairement apparaître la détresse et peuvent s'exprimer par le biais de reconstitutions dans le jeu.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse, dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

N.B. : Il peut être impossible de vérifier que le contenu effrayant est lié à l'événement/ aux événements traumatiques.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.) Des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices rappelant le ou les événements traumatiques.

C. Un (ou plusieurs) des symptômes suivants, représentant soit un évitement persistant de stimuli associés à l'événement/aux événements traumatiques, soit des altérations des

cognitions et de l'humeur associées à l'événement/aux événements traumatiques, doivent être présents et débiter après le ou les événements ou s'aggraver après le ou les événements traumatiques :

1. Évitement ou efforts pour éviter des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.
2. Évitement ou efforts pour éviter les personnes, les conversations ou les situations interpersonnelles qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques. Altérations négatives des cognitions
3. Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs (p. ex. crainte, culpabilité, tristesse, honte, confusion).
4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces activités, y compris le jeu.
5. Comportement traduisant un retrait social.
6. Réduction persistante de l'expression des émotions positives.

D. Changements marqués de l'éveil et de la réactivité associés à l'événement/aux événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets (y compris par des crises extrêmes de colère).
2. Hyper vigilance.
3. Réaction de sursaut exagérée.
4. Difficultés de concentration.
5. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

E. La perturbation dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.

G. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou une autre affection médicale.

Spécifier le type : Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet

répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus, et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex., sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. Déréalisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts]) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si : À expression retardée : Si l'ensemble de critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

Il est également important de mentionner que le tableau clinique modélisé par le DSM-V explique que la perturbation en lien avec les critères B,C ;D et E doit durer plus d'un mois et doit entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération des différentes sphères de la vie quotidienne de l'individu comme par exemple la sphère sociale, professionnelle ou d'autres domaines importants de la vie du sujet et ne pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre condition médicale

Comparativement au DSM-IV, les réactions émotionnelles survenant après l'exposition à l'événement traumatique ne font plus partie du critère A du tableau clinique. La nouveauté est ce qui concerne notamment le traumatisme vicariant, c'est-à-dire le fait d'assister en tant que témoin à un événement traumatique et de développer une symptomatologie en lien avec le TSPT. Chez les enfants, on peut également assister à une régression globale du développement comme par exemple la perte du langage, des hallucinations auditives (Brewin et Patel, 2010) ainsi que des idées de persécutions. Lorsque les individus ont été soumis à l'exposition prolongée à des événements traumatiques, ces derniers peuvent ressentir plus de difficultés à gérer leur émotion ou à maintenir des relations interpersonnelles stables (DSM-V, 2013).

Il est également précisé dans le DSM V que le TSPT peut survenir à n'importe quel âge, à partir de la première année de vie des sujets. Le début des symptômes est généralement observé dans les trois premiers mois suivant l'exposition à/aux événement(s) traumatique(s). Un retard de

quelques mois peut également être observé, les auteurs parlent même de « quelques années » avant que la plupart des critères diagnostiques ne soient remplis, ce type de symptômes est appelé « symptômes à survenue différée » ou « à expression retardée » (DSM-V, 2013). Autrement dit, il est souligné par les auteurs que certains symptômes apparaissent de façon typique immédiatement après le traumatisme et que le retard concerne surtout l'apparition de tous les critères (Andrews et al. 2009).

Circonscrire le champ du traumatisme psychique est un vaste travail au regard de l'importance des travaux effectués sur le sujet lors de ces dernières décennies. Le polymorphisme des conceptions empreintes de chaque courant théorique possède ses propres caractéristiques. Après avoir abordé le concept du traumatisme psychique dans sa globalité, nous allons désormais préciser notre propos en exposant les conceptions psychanalytiques du traumatisme psychique dans le champ de la psychologie clinique.

II.2. Conceptions psychanalytiques du traumatisme psychique

II.2.a) La conception de S. Freud

Le traumatisme constitue un concept central dans l'œuvre de Sigmund Freud. Nous pouvons observer une construction en trois temps de la modélisation de la théorie du traumatisme psychique.

Dans un premier temps, la conception du traumatisme de Freud (1895 ; 1920) se réfère principalement à la théorie de la séduction, se référant ainsi presque exclusivement à la notion du sexuel, prémices de l'organisation de la névrose. Freud parle tout d'abord d'un modèle en « deux temps » du traumatisme psychique, c'est-à-dire le modèle de « l'après-coup » (Etudes sur l'hystérie, 1895) où le « *fantasme devient alors le facteur traumatique princeps et préside l'organisation de la névrose* » (Bokanowski, 2002). Freud va ensuite approfondir la notion de développement sexuel infantile en élaborant alors le concept de métapsychologie, avançant que les situations traumatiques sont principalement liées aux « fantasmes originaires » et aux angoisses afférentes au développement de l'enfant (angoisse de séduction, angoisse de castration, scène primitive et/ou encore Complexe d'Œdipe). Autrement dit, la conception du traumatisme de Freud va se centrer principalement sur le rapport qu'entretient le moi de l'individu luttant alors avec la force des pulsions sexuelles. Freud envisage alors le traumatisme psychique comme un conflit entre les fantasmes inconscients et la réalité psychique interne de

l'individu.

Dans un second temps, la théorisation du traumatisme psychique par Freud va prendre un nouveau tournant dès lors que cette notion va être considérée comme constituant une « effraction du pare-excitation » théorisant alors « le paradigme de l'angoisse par débordement » (Bokanowski, 2002) c'est-à-dire que le système défensif du patient n'est plus en mesure de faire face aux stimulations venant de l'environnement externe du patient. L'appareil psychique se retrouve alors débordé et ne permet plus au moi du sujet de se protéger de l'effraction du dehors. C'est cependant dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926) que Freud va introduire la notion de perte d'objet, notion qui deviendra alors centrale dans le champ de la psychanalyse du traumatisme psychique. C'est alors que le terme *traumatique* s'ajoute à celui de *traumatisme* dans l'œuvre de Freud.

Dans un troisième temps, c'est dans son ouvrage *L'Homme Moïse* (1939) que Freud va souligner la nature constitutive des expériences traumatiques originaires au sein même du fonctionnement psychique des individus. En effet, ces expériences peuvent entraîner des « atteintes précoces du moi » et entraîner des blessures narcissiques profondes chez les sujets. Freud va ensuite distinguer des effets positifs et des effets négatifs du traumatisme et de ses impacts consécutifs.

Relativement à la théorisation freudienne du traumatisme psychique, nous pouvons effectuer une distinction entre les termes *traumatisme*, *traumatique* et *trauma*.

La conception générale du trauma est désignée par le terme *traumatisme*. Il s'agirait plus précisément des effets considérés comme représentables dans l'organisation fantasmatique du sujet. (Bokanowski, 2002).

L'aspect économique du traumatisme est désigné par le terme *traumatique*. Une partie de ses effets peut être figurable au conscient et symbolisable, ils ne le sont jamais entièrement.

Les blessures et effets principalement négatifs causés par le traumatisme psychique sont ici désignés par le terme de *trauma*. Il est question des effets du traumatisme sur l'organisation psychique du sujet, comme l'avance Freud, cela peut provoquer des « atteintes précoces du moi » sous forme de « blessures d'ordre narcissique ». Ces atteintes désignées sous le terme de trauma, viennent perturber et renforcer la mise en place des prémices du système défensif telles que le déni, le clivage et peuvent engendrer ce que Abraham et Torok (1999) appellent des « zones psychiques mortes » (Bokanoswki, 2002), appelées également des « cryptes ».

Nous pouvons observer que la théorisation du traumatisme psychique par Sigmund Freud s'est effectuée progressivement et sur une longue période en lien avec les différentes découvertes de Freud en ce qui concerne le domaine de la psychologie. Le traumatisme psychique passe de la théorie de la séduction à une effraction du système de pare-excitation de l'individu, l'appareil psychique étant considéré du point de vue de l'économie psychique. Freud va alors progressivement théoriser et établir le concept de traumatisme. Cependant, ce sont les apports de Sandor Ferenczi qui vont venir donner une nouvelle profondeur à la question du traumatisme psychique.

II.2.b) La conception de S. Ferenczi (1932)

Sandor Ferenczi a apporté une vision différente du traumatisme psychique dans le champ de la psychanalyse. Les apports de Ferenczi dans le champ psychanalytique du traumatisme psychique vont être dirigés vers une considération métapsychologique de la théorie de la séduction, articulée avec celle du traumatisme, c'est-à-dire de la notion d'objet « *trop présent* » ou « *trop absent* » marquant de son empreinte quantitative la constitution et l'intériorisation de l'objet primaire interne. Selon lui, les événements font trauma car il y a une irruption de la réalité externe dans la réalité subjective du sujet. Ferenczi précise que le trauma exerce des effets délétères sur le fonctionnement du moi et des dysfonctionnements du développement et de structuration chez les jeunes enfants. Il insiste également sur l'importance de la violence externe comme source du traumatisme à partir de sa clinique des patients adultes revenant de la guerre.

Dans son ouvrage « La confusion des langues entre les enfants et les adultes » (1932), Ferenczi avance que l'adulte interprète le désir de tendresse de l'enfant comme une demande d'ordre érotique et sexuel, c'est-à-dire la confusion de demande de tendresse de l'enfant avec l'érotisme et la passion des adultes. Dans ces situations, l'enfant est incapable de protester, paralysé par l'angoisse et ne possédant pas les capacités symboliques pour considérer la sexualité adulte, se soumet aux agissements de l'adulte. C'est alors qu'intervient la notion d'identification à l'agresseur de Ferenczi (1932). L'identification à l'agresseur est un mécanisme de défense qui vise à protéger le sujet pendant et après une agression en introjectant presque son agresseur : le sujet adopte ses comportements et adopte surtout le comportement attendu par l'agresseur à son égard.

Pour Ferenczi, les conséquences du traumatisme sur l'organisation psychique sont nombreuses et latentes. En effet, ce dernier explique trois réactions au traumatisme : la désagrégation psychique, la paralysie et/ou le clivage de la personnalité (Pedinielli & Mariage, 2015).

1 / *La désagrégation*, c'est à dire l'impossibilité de fuir l'événement traumatique, peut provoquer chez le sujet une destruction de la conscience qui peut prendre la forme symptomatologique de désorientation spatio-temporelle et/ou de la fragmentation du moi du sujet.

2 / *La paralysie*, il s'agit d'un arrêt brutal de l'activité psychique suivi d'une passivité du sujet dans la vie quotidienne.

3 / *Le clivage de la personnalité* où il est question d'un mécanisme de défense primaire. Ce dernier peut concerner l'objet ou le moi. L'objet est séparé en deux parties distinctes (bonne(s) *versus* mauvaise(s) partie(s) du moi) possédant des destins indépendants. Il est ici question de préserver le bon objet du mauvais objet. Le clivage du moi préserve une partie « bonne » liée à la libido du sujet de la partie « mauvaise » du sujet liée à la pulsion de mort.

La théorisation du concept de traumatisme psychique selon Ferenczi permet de le considérer comme constituant une « expérience avec l'objet » au regard de ce qui n'a « pas pu avoir lieu », comparativement à la théorisation de Freud qui se centre dans un premier temps sur « ce qui a eu lieu ». Ferenczi envisage la relation à l'objet au regard du manque qualitatif de ce dernier, expériences à valence négative du fait de « *carences de l'objet primaire* » liées à une série de *non-réponse de celui-ci face aux besoins affectifs du sujet, entraînant chez ce dernier une agonie, une asphyxie de la vie psychique, une « paralysie » de la pensée, une « paralysie » du moi [...]* » (Bokanowski, 2002). Les avancées de Ferenczi dans la théorisation du concept de traumatisme psychique ont permis de reconnaître l'importance de l'environnement et des empreintes psychiques maternelles sur l'organisation économique et psychique des sujets. Également, la prise en compte de l'importance du mécanisme de clivage appelé également « clivage somato-psychique » intervenant comme une séparation entre les pensées et le corps des individus mais également la conceptualisation du « clivage du moi » ainsi que du « clivage narcissique » comme conséquences des traumatismes psychiques précoces intervenant

notamment dans le cas de traumatismes situés au niveau préverbal. Ce sont les travaux de Donald Wood Winnicott qui vont permettre de prolonger les avancées effectuées au préalable par Ferenczi.

II.2. c) La conception de D.W Winnicott (1956,1969)

Les travaux de Donald Wood Winnicott se situent dans le prolongement des apports de Sandor Ferenczi. D.W Winnicott considère l'impact de l'environnement dans sa clinique du traumatisme psychique. Le nourrisson est dans un état de dépendance totale à sa mère, qui se doit d'être « suffisamment bonne » afin de répondre de manière adaptée aux besoins de son nourrisson. Selon les apports de Winnicott, les conditions pour un développement optimal du moi sont donc liées à l'environnement maternel. Ces dernières sont alors définies par trois notions : la notion de *holding* ainsi que la notion de *handling* (1956) et la notion de *présentation de l'objet* (1969).

Le *holding* et le *handling* (1956) sont deux notions théorisées par Winnicott au cours de ses travaux sur le développement de l'enfant.

La notion de *holding* signifie en français « le maintien », autrement dit la manière dont l'enfant est porté physiquement ET psychiquement par le donneur de soin (*i.e caregiver*). En effet, ce sont les soins maternels qui vont soutenir le Moi de l'enfant encore immature. De plus, le petit enfant est totalement dépendant de sa mère, sans qui il ne pourrait pas survivre. La notion de *holding* est une notion centrale du développement psychique de l'enfant car elle soutient la formation du self de ce dernier. Toutefois, il est nécessaire que la mère (ou le donneur de soin) lui assure de manière permanente et constante sécurité affective ainsi que protection physiologique et psychologique. La notion de *holding* permet à l'enfant de construire le sentiment de cohérence permettant alors l'acquisition d'un sentiment d'existence caractérisé par la continuité de son être au sein de son environnement.

La notion de *handling* signifie en français « le maniement », c'est à dire la manière dont l'enfant est traité, manipulé et soigné par sa mère. Les conditions de mise en place du *handling* et de ses conséquences participent au développement du fonctionnement psychique, à la reconnaissance de l'interaction avec la mère (ou le donneur de soin) ainsi qu'à la relation somapsyché.

Selon Winnicott, une des dimensions de la fonction maternelle au travail dans la

préoccupation maternelle primaire concerne ce que ce dernier appelle *la présentation de l'objet* (ou object-presenting, 1969). Selon Winnicott, la mère dite « suffisamment bonne » permet à l'enfant d'être dans une illusion de toute puissance durant les tout premiers mois de sa vie. Cette illusion de toute puissance est incarnée par le fait que la mère présente à l'enfant l'objet au moment où ce dernier le désire. Nous parlons ici « d'objet trouvé/créé » l'enfant se situant dans une toute-puissance du désir se formant à partir de l'alliage entre les exigences de la pulsion tendant à se satisfaire dans l'immédiateté, la compensation de l'impuissance liée à l'immaturité développementale de l'enfant et les réponses de ce que Winnicott appelle « la mère-environnement » prise dans ce que le processus de « préoccupation maternelle primaire » lui apporte (Weyl & Benhaïm, 2015). Cette notion prédétermine la construction de l'espace transitionnel. Cet espace implique un objet qui va permettre d'effectuer une transition pour l'enfant, permettant ainsi que la séparation se généralise par la suite à tous les domaines de la vie du sujet. Winnicott situe l'espace transitionnel au sein de ce que Weyl et Benhaïm (2015) nomment une « zone frontière » se situant au point culminant entre fusion et séparation.

Winnicott (1989) considère le rôle de la mère en deux temps qui sont interdépendants : la mère-environnement et la mère-objet. Ces deux aspects du rôle maternel dans le développement de l'enfant se complètent et sont nécessaires au maintien de l'introjection du bon environnement et de la « mère suffisamment bonne » du nourrisson. Autrement dit, Winnicott parle ici de la « bonne mère » introjectée dans le psychisme de l'enfant ou du nourrisson capable de soutenir et de satisfaire les besoins du moi dans le but de parvenir à l'union des pulsions instinctuelles, libidinales et agressives.

Selon Winnicott (1956), le traumatisme rompt l'idéalisation de l'objet qui va alors provoquer un sentiment de haine réactionnelle chez l'enfant vis-à-vis de la mère qui n'a pas pu remplir sa fonction de protection. Le trauma constitue alors un événement qui s'introduit de manière soudaine et brutale dans la psyché de l'enfant et va alors briser la représentation de l'objet idéalisé.

Winnicott dans son ouvrage *Agressivité, Culpabilité et Réparation* (1960) aborde le phénomène de déprivation et notamment la rupture brutale qui survient dans le continuum de vie de l'enfant. Winnicott définit la déprivation comme étant « *La perte de quelque chose de bon, qui a été positif dans l'expérience de l'enfant jusqu'à une certaine date, et qui lui a été retiré.* » c'est-à-dire qu'il est survenu une faillite de l'environnement externe ne permettant pas à l'enfant de se

développer sur les bases requises de solidité et de cohérence du milieu familial. En effet, si l'enveloppe familiale ne peut pas garantir stabilité, l'enfant est confronté à des angoisses d'effondrement et de perte de la cohésion de soi.

L'enfant a été soumis très tôt à des situations régies par l'instabilité des états émotionnels de ses parents (ou de ses donneurs de soins). Winnicott insiste sur le fait que la déprivation a engendré la perte de quelque chose qui était fondamentalement bon pour le nourrisson et qui lui a été retiré par la suite. De plus, la durée du retrait a dépassé le temps durant lequel l'enfant est capable de garder une représentation en mémoire. L'auteur parle d'une perte d'espoir progressive et insidieuse avec mort de l'objet interne ou de la version introjectée de ce dernier.

Winnicott parle également d'une expérience subjective primaire en trois temps, qui ne devient que progressivement traumatique en fonction des réponses ou de l'absence de ces dernières de la part de l'environnement.

1 / *Le premier temps* concerne l'imaturité psychique du nourrisson ou du petit enfant et son incapacité à gérer une telle quantité d'excitation. De ce fait, les ressources internes de l'enfant mises en place pour gérer ces débordements pare-excitatoires se retrouvent épuisées et les tentatives de liaisons affects-représentations mises en échec.

2 / *Le second temps* concerne l'état de détresse déclenché par l'épuisement des ressources internes du sujet. Deux cas de figure sont alors envisagés : soit il subsiste à cet état de détresse des traces mnésiques d'expériences satisfaisantes avec l'objet et cela engendre alors un état de manque se traduisant par l'espoir de retrouver un objet se substituant à celui perdu ; Soit l'objet de substitution survit et apporte à l'enfant de l'apaisement et de la réassurance concernant l'état de tension et devient la base d'un « *contrat narcissique*¹ » (Roussillon, 1999). En effet, l'objet sera investi comme étant l'objet qui pallie les états de détresse en apportant des réponses adaptées à l'enfant. Ce faisant, le contrat narcissique, de par sa fonction étayante et indirectement structurante est générateur de future relation d'objet et « de leur organisation triangulée » (Roussillon, 1999). Toutefois, Winnicott précise que certains objets exigent beaucoup du nourrisson et peuvent donner lieu à de véritables alliances pathologiques, conduisant alors l'enfant à se construire sur le versant du faux-self.

3 / *Le troisième temps* concerne le délabrement et l'érosion de l'état de manque qui

¹ Dans son ouvrage *Agonie, Clivage et Symbolisation* (1999), Roussillon reprend le terme de « Contrat narcissique » à P. Aulagnier.

durent bien au-delà du supportable pour l'enfant. Cet état se dégrade pour aboutir au traumatisme primaire. Winnicott avance que cette terrible souffrance psychique prend la forme de ce qu'il appelle une agonie psychique. Ces états traumatiques primaires sont caractérisés par une absence de représentation malgré une souffrance et un état de tension très importants. L'enfant se retrouve sans ressources internes (épuisées lors de la première phase) et sans ressources externes (les donneurs de soin étant défaillants) face à ce débordement de douleur.

Ce faisant, le traumatisme brise alors la capacité de l'enfant à faire confiance à un tiers et entrave la structuration de sa personnalité ainsi que l'organisation de son moi. De plus, ces traumatismes primaires menacent la cohésion du sujet ainsi que le bon développement de sa croissance psycho-affective. L'angoisse éprouvée par l'enfant est tellement déstructurante que ce dernier va vivre une rupture dans la continuité de son existence, tentant alors au cours de sa vie d'éviter les situations susceptibles de réactiver ces états d'angoisse effractant et débordant les capacités du pare-excitation, c'est-à-dire de ces « agonies primitives » s'ajoutant alors ce que Winnicott nomme « la peur de l'effondrement » (« fear of breakdown », Pedinielli et Mariage, 2015), c'est-à-dire la crainte de l'effondrement total du système défensif du sujet, laissant alors libre cours au déversement des ressentis en lien avec les vécus d'agonies primitives et de traumas vécus antérieurement et n'ayant pu être symbolisés.

II.2.d) La conception de Roussillon

René Roussillon (2015) explique au travers de ses travaux qu'il existe deux types de traumatismes : le traumatisme primaire et le traumatisme secondaire.

Le traumatisme *primaire* concerne une sorte d'expériences subjectives « issues d'une conjoncture traumatique primaire » qui affecte alors l'ensemble de la construction identitaire de l'individu.

Le traumatisme *secondaire* est considéré, quant à lui, comme n'ayant un impact que sur l'intégration de l'expérience dans l'économie psychique de l'individu.

Nous avons décidé de centrer notre réflexion sur la notion de traumatisme primaire énoncé par René Roussillon (2015).

Les travaux de Roussillon s'ancrent au sein même des théorisations du traumatisme psychique de Freud (1920) considérant le traumatisme psychique comme une effraction du pare-excitation. De ce fait, René Roussillon va donc poursuivre la réflexion de Winnicott mettant en

avant « l'idée d'une expérience subjective en trois temps $X + Y + Z$ qui ne devient que progressivement traumatique en fonction des aléas des réponses ou de l'absence de réponses de l'environnement » (Roussillon, 2015). De ce fait, l'indicateur qui va définir la portée traumatique de l'expérience subjective est la qualité, ou l'absence de réponse fournie par l'environnement.

Comme expliqué précédemment, *le temps X* considère l'appareil psychique comme menacé par « un afflux d'excitation » qui peut le menacer de deux manières possibles : soit par une immaturité l'empêchant de traiter cet afflux d'excitation ou par l'intensité de ces dernières. Les ressources internes s'épuisent et se trouvent mises en échec. Cet échec fait alors basculer dans le second temps : $X + Y$.

Le temps X + Y implique un épuisement des ressources engendrant un état de détresse sans issue interne possible pour l'enfant. Roussillon avance alors que deux cas se précisent ensuite : 1. Si l'état de détresse du sujet s'accompagne d'ancrage de traces mnésiques « d'expériences de satisfaction en relation avec l'objet » (Roussillon, 2015), cela deviendra alors un état de manque de ce dernier. 2. Dans la possibilité d'une seconde configuration, Roussillon (2015) aborde la notion de *contrat narcissique* impliquant le fait que l'objet de substitution parvient à pallier les états de manque par des réponses apportant une satisfaction engendrant l'apaisement de la tension. L'objet sera alors aimé pour sa réponse et haï par son absence, créant alors un conflit d'ambivalence permettant la reconnaissance du manque chez l'autre générateur de relation d'objet de la triangulation de leur relation. L'autre face de ce contrat narcissique implique le maintien de ce lien d'ambivalence et « du recours à l'objet en cas de besoin » (Roussillon, 2015). De ce fait, il arrive parfois que les objets demandent une contrepartie non négligeable du sujet exigeant alors plus du sujet lui-même et de son implication narcissique dans ce contrat. Si les réponses de l'objet ne conviennent pas au sujet et que le contrat narcissique ne peut alors être maintenu, l'état de manque peut alors se transformer en « rage impuissante » face aux manques de réponses suffisantes de l'objet. Nous passons alors au temps $X + Y + Z$.

Le temps X + Y + Z implique que l'état de manque et de détresse durent sous un troisième temps appelé « z ». Roussillon (2015) explique alors qu'intervient une dégradation très importante de l'état de manque en « *état traumatique primaire* » engendrant un état d'agonie au sens winnicottien du terme (1975) et précise qu'il se surajoute à « l'état de terreur lié à l'intensité pulsionnelle engagée », le sujet bascule alors dans une « terreur sans nom » au sens de Bion (1962) et Roussillon (2015) nommera également ce type d'état *les terreurs*

agonistiques. Les états traumatiques primaires constituent des états de tension et de déplaisir sans représentation, sans recours internes au sujet car épuisé par les phases précédentes de la conjoncture traumatique ni recours externes (en lien avec l'environnement du sujet, généralement défaillant).

René Roussillon explique que le recours au clivage de la personnalité constitue le seul moyen de survie pour le sujet. En effet, ce dernier se retire de l'expérience traumatique en se coupant de sa subjectivité. Ce type de clivage implique une représentation de l'expérience traumatique caractérisée par la présence d'éprouvés stockés au sein même de traces mnésiques malgré un clivage du moi visant la préservation de cette instance. Le clivage permet de garder une trace de la subjectivité inconsciente du sujet en lien avec ces expériences traumatiques. L'achoppement de l'intégration des événements traumatique se traduit notamment par l'échec de la liaison primaire non symbolique (2015), que nous approfondirons dans la partie théorique consacré à la formation des capacités symboliques et de la mentalisation.

La conception de René Roussillon (2015) permet la mise en évidence d'une construction progressive du traumatisme psychique par une évolution progressive de ce dernier au regard de l'exposition à des situations potentiellement traumatiques. C'est la non-réponse de l'environnement aux sollicitations du sujet et l'épuisement des ressources internes de ce dernier qui va alors faire trauma et avoir un impact sur l'organisation du sujet.

II.2.e) La conception de Bion (1964)

Comme les auteurs précédents, Bion explique que lorsqu'il y a traumatisme pour un nourrisson, ce dernier se retrouve dans un état de souffrance extrême qui le plonge dans un état d'agonie, sans stratégie pour réduire la douleur de l'événement.

Bion met en relation le traumatisme psychique avec sa théorie des fonctions alpha et bêta. En effet, les éléments bêta constituent des expériences émotionnelles brutes, « sans formes ». Ces éléments bêta sont transformés en élément alpha, qui sont alors élaborés psychiquement en tant qu'expériences émotionnelles prenant la forme d'images visuelles, de schèmes auditifs, olfactifs et susceptibles d'être employés pour la pensée.

Ce point sera abordé plus spécifiquement dans la partie traitant de la mentalisation de ce travail de thèse.

Cependant, la fonction alpha dépend de la « capacité de rêverie maternelle » (Bion, 1964). Pedinielli et Mariage (2015) définissent ce concept comme « *un état subjectif permettant d'accueillir les états psychiques d'un nourrisson. Cette capacité suppose un état d'identification de la mère au bébé et sa tolérance aux identifications projectives de celui-ci.* ». Autrement dit, la capacité de rêverie maternelle est un état propre à une mère qui lui permet de servir de premier contenant psychique à son nourrisson en tolérant ses identifications projectives. C'est donc la capacité de rêverie maternelle qui va permettre au nourrisson d'accéder progressivement à un soi différencié de sa mère. Cependant, si la fonction alpha est inopérante, le nourrisson reste alors face à des sensations, des sentiments et des émotions brutes et inchangées qui sont donc ressenties comme des choses réelles, comme des « choses en soi ». (Pedinielli et Mariage, 2015). Ce faisant, les éléments bêta sont emmagasinés dans la psyché et ne peuvent être évacués qu'au travers du mécanisme de l'identification projective là où devrait se mettre en place un « appareil à penser les pensées ». L'échec de la capacité de rêverie maternelle plonge le nourrisson dans des « angoisses sans nom », des états d'agonies primitives terriblement délétères pour le développement psychique futur de l'enfant.

Selon Pedinielli et Mariage (2015), nous pouvons avancer que l'échec de cette capacité de rêverie maternelle, le manque de contenance de la mère qui engendre un dysfonctionnement, voir même une absence, de la fonction alpha transforment un événement déplaisant en un traumatisme. De plus, ce traumatisme entraîne des modifications latentes du moi de l'enfant, des mécanismes de défenses souvent rigides et archaïques très coûteux (parfois au détriment de l'efficacité intellectuelle des enfants) et des troubles plus systématisés comme des maladies chroniques.

II.2.f) La conception de Golse : les trois temps du traumatisme précoce (2012).

Le travail de recherche de Golse s'inscrit dans la continuité des travaux de Bion. Golse explique que le traumatisme infantile précoce se constitue en trois temps, dont un temps qui s'inscrit durant le vécu prénatal. Golse (2012) a principalement centré ses travaux sur ce qui rend possible la portée traumatique de ces événements et non pas seulement les impacts associés. De ce fait, Bernard Golse reprend les idées explorées par Diatkine (1987) au cours de ses travaux, lui-même s'inscrivant dans le prolongement des apports de Bion, et explique qu'un « capacité de rêverie maternelle » insuffisante pourrait potentiellement engendrer la portée

traumatique de toutes rencontres et/ou événements de vie vecteurs de discontinuité et de rupture dans les liens. C'est alors que le traumatisme infantile précoce est conceptualisé selon trois temps précis :

Dans un premier temps, Golse (2012) explique qu'il survient une *inscription mnésique, sensitive et sensorielle* du vécu durant la vie intra-utérine, caractérisée notamment par les modalités d'investissement psychique de la mère pour l'enfant durant sa grossesse, des projections fantasmatiques en lien avec l'enfant imaginaire et également de la survenue, ou non, de complications médicales durant la grossesse. Ces apports constituent des éléments précurseurs de la qualité de l'accordage affectif et du lien d'attachement qui se construiront entre la mère et l'enfant (Pedielli et Mariage, 2015)

Dans un second temps, Golse (2012) centre sa réflexion sur *la rencontre entre la mère et l'enfant réel*. C'est dans le regard qu'elle portera sur son enfant qu'elle pourra accompagner et aider ce dernier à organiser les représentations archaïques en leur donnant du sens et amener progressivement son enfant à effectuer des liens souples entre les affects et les représentations. Nous rejoignons ici les travaux de Bion en ce qui concerne la transformation des éléments beta en éléments alpha au travers de la fonction symbolisante d'un tiers. (Bion, 1964). Si cette rencontre se trouve caractérisée par une « capacité de rêverie maternelle » déficitaire et/ou carencée, cela donnera lieu au débordement des affects négatifs et des vécus d'angoisse archaïque, plongeant alors l'enfant dans des vécus d'agonies primitives (Winnicott, 1974).

Dans un dernier temps, la rencontre entre l'enfant et les éléments relationnels de son environnement externe se retrouveront intériorisés en fonction de son propre développement psychique, de ses capacités de symbolisation au regard de la qualité de la relation maternelle établie entre l'enfant et sa mère.

Au vu des différents apports théoriques explicités ci-dessus, nous pouvons remarquer que le traumatisme psychique possède plusieurs étapes dans sa construction et de sa portée sur le développement de l'individu. Nous allons désormais centrer notre réflexion et notre ancrage théorique sur la notion de traumatisme précoce et de ses apports dans le champ de la psychologie clinique.

III. La notion de traumatisation précoce : apport dans le champ de la psychologie clinique.

III.1. Apports théoriques

Dans un premier temps et afin de centrer notre propos, il est nécessaire de faire la distinction entre le développement normal et le développement pathologique.

Ce qui différencie le fonctionnement pathologique du fonctionnement normal consiste en son impact sur la vie quotidienne du sujet, la massivité ainsi que la « *systématisation rigide de ce phénomène* » au détriment d'un développement cognitif et psycho-affectif adaptés aux contextes et à l'environnement. L'enfance est le temps où le petit d'homme va se construire et intérioriser le monde qui l'entoure. Le développement de l'enfant se fait en fonction d'étapes spécifiques, interdépendantes, les précédentes s'étayant sur les suivantes dans le but de permettre à l'enfant d'accéder à un niveau de compréhension et de représentation suffisant pour lui permettre d'évoluer dans le monde qui l'entoure et d'interagir de manière adaptée avec ses pairs. Ce faisant, un enfant ayant vécu des carences affectives ainsi des relations précoces discordantes et/ou déficitaires connaîtra des difficultés pour se développer sans un vécu de sécurité et de cohérence auprès des adultes qui s'occupent de lui. Sans cet attachement sécurisé à une figure d'attachement, l'énergie psychique du jeune enfant ne sera mobilisée que dans des processus défensifs ayant pour objectif de protéger la psyché des excitations débordantes et intrusives de l'environnement.

La pathologie des traumatismes relationnels précoces est riche en comorbidités et en symptômes transverses d'autres pathologies tels que les psychoses ou les pathologies limites (Bonneville-Baruchel, 2015). Un diagnostic différentiel est primordial afin de ne pas inclure les symptômes dans un tableau clinique spécifique risquant des erreurs diagnostiques importantes au regard de l'étiologie des troubles.

Jacques Roques, psychanalyste et psychothérapeute, a conceptualisé la pathologie des traumatismes relationnels précoces sous le terme de Empoisonnements Psychiques dus à un (ou des) trouble(s) traumatique(s) du développement (TTD) (2004). Il est question des impacts psychopathologiques consécutifs à des vécus traumatiques en lien avec une structure familiale dysfonctionnelle caractérisée par les passages à l'acte violents ou les négligences.

Nous situons notre propos, à la lumière des apports de Jacques Roques (2004) au sein même de la notion « d'archaïque ». Roques (2016) met en avant la vulnérabilité du nourrisson et son entière dépendance à son donneur de soin. Lors de répétitions de situations traumatiques et/ou de situations de stress prolongées, des traces mnésiques s'ancrent dans la trame développementale du nourrisson pour instaurer de manière permanente des automatismes dans la gestion des informations internes et externes. L'archaïsme intervient à deux niveaux : 1/ au niveau de l'espèce avec le principe de survie et ; 2/ au niveau du sujet, qui comporte lui-même trois sous dimensions : le narcissisme, la sécurité (la survie et l'attachement) et le libre choix dans sa trajectoire de vie.

C'est donc l'archaïque et la qualité des interactions précoces qui vont modeler le psychisme de l'enfant et lui apporter la capacité de s'adapter, de s'ajuster à son environnement. L'hypothèse avancée par les deux auteurs postule que les troubles traumatiques du développement (TTD) engendrent la perception d'une situation dite menaçante qui peut potentiellement porter atteinte à l'intégrité du sujet ainsi qu'à la survie de l'espèce. Le cerveau va alors consécutivement mettre en place un système provisoire de défense (SPD) dont la fonction sera de maintenir en vie le sujet, en l'attente d'une modification de l'environnement ou d'une acquisition de nouveaux outils pour gérer la situation menaçante.

L'empoisonnement psychique dû à des troubles traumatiques du développement (Roques, 2016) traduit en réalité l'exposition fréquente à des situations traumatiques engendrant des agonies primitives (Winnicott, 1964) qui vont alors renforcer les systèmes provisoires de défense et en faire des voies de réponse prédominantes et automatiques de plus en plus exclusives aux éléments environnementaux et aux situations perturbantes (Roques, 2016). Il n'existe alors aucun processus d'adaptation possible et ces réponses peuvent être utilisées hors contexte menaçant, entravant les relations sociales et les apprentissages. Dans certaines situations où les carences affectives et les traumatismes précoces sont particulièrement prégnants, les systèmes provisoires de défense peuvent progressivement se rigidifier et devenir des systèmes dominant de défense (SDD). Ce faisant, les auteurs ont dégagé trois dimensions contextuelles relatives au dysfonctionnement des interactions précoces en lien avec la cellule familiale :

1 / *Un environnement de dévalorisation active* : les parents dévalorisent continuellement l'enfant. Ce dernier se retrouve pris dans un mouvement de dévalorisation narcissique continu impactant la valeur qu'il possède de lui-même et ses capacités.

2/ *Un environnement d'insécurité et d'instabilité permanentes* : cela peut être dû à la

pathologie des parents comme une affection psychopathologique, une addiction, une maladie chronique, un handicap ou encore de la violence intrafamiliale.

3/ Un environnement rigide et directif : le cadre familial et éducatif est rigide, stricte et étouffant ne laissant aucune prise de liberté de la part de l'enfant. Ce dernier se retrouve enfermé dans le système mis en place par la dynamique familiale.

Ces trois dimensions peuvent être interdépendantes et associées les unes aux autres. Les interactions précoces déficitaires peuvent massivement impacter le développement de l'enfant. On assiste, dans certains cas, à une régression libidinale importante avec arrêt du développement affectivo-cognitif. En effet, les défenses mises en place sont extrêmement coûteuses, notamment lorsqu'il s'agit de défenses de type archaïques et primaires de type projection et clivage.

Le traumatisme psychique précoce est caractérisé par ce que les auteurs nomment la « *qualité des interactions précoces* ». Nous avons pu observer que la capacité à transformer en éléments alpha ces contenus primaires et archaïques permet au nourrisson de construire un sentiment de soi cohérent et de mettre en place des modalités relationnelles sécurisées. De ce fait, nous pouvons observer une chronicisation des vécus de carences et de répétition de ces traumatismes relationnels précoces venant entraver les capacités de construction psychique des enfants. Nous allons maintenant mettre en relation la notion de traumatisme psychique précoce avec celle de traumatisme psychique complexe et ses retentissements sur la personnalité des sujets ainsi que ses manifestations cliniques au sein même de l'organisation de ce dernier.

III.2. Le traumatisme psychique complexe.

La notion de traumatisme complexe est une entité clinique qui reste encore méconnue et dont les conséquences sur le développement sont profondément ancrées au sein de l'organisation psychique de l'individu à moyen et long-terme.

J.L Herman, dans son ouvrage « *Trauma and Recovery* » a défini ce type de traumatisme comme étant « *un trouble dû à un stress prolongé et extrême, particulièrement une maltraitance infantile.* » (Herman, 1992a, 1993 ; Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2010). Ce type de traumatisme est également appelé trouble de stress extrême non autrement spécifié (Desnos ;

Roth et coll. 1997 ; Van Der Kolk et coll. 2005 ; Ford, 2006 ; Van Der Hart, Nijenhuis & Steele, 2010). J.L. Herman effectue une distinction entre traumatisme simple et traumatisme complexe. La succession d'épisodes de stress extrêmes et de débordements des capacités pare-excitatoires va conditionner la psyché de l'individu à des modalités comportementales et psychiques dont les conséquences sur le long terme impactent l'organisation structurelle du sujet. La littérature actuelle sur le traumatisme psychique complexe avance que les individus ont subi des violences interpersonnelles répétées durant leur enfance. Cette violence s'est chronicisée pour ensuite avoir de lourdes conséquences sur l'organisation structurelle des sujets ayant vécu ces mauvais traitements.

Lenore Terr (1991) emploie le terme de traumatisme de type II pour parler du traumatisme complexe. Elle définit ce dernier comme étant « *un événement qui s'est répété, qui a été présent constamment ou qui a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps. Il est induit par un agent stressant chronique et/ou abusif.* ». Cette définition insiste sur la dimension imprévisible du trauma et la menace d'effondrement pouvant intervenir à tout instant. En effet, la possibilité de subir un stress extrême pour le sujet vient désorganiser son système de défense et submerger ses capacités d'adaptation engendrant alors l'effondrement du sujet.

J.D Ford et C.A Courtois (2009) définissent le traumatisme complexe comme un état qui résulte de l'effet chronique de stressseurs sévères qui possèdent trois caractéristiques :

- 1/ Ils sont *répétitifs et prolongés dans le temps* ;
- 2 / *La volonté de faire du mal* et/ou *l'abandon* du jeune enfant par la figure d'attachement.
- 3/ Les événements traumatiques se produisent à des *étapes critiques du développement cérébral* de l'individu et/ou lors de moment de grandes vulnérabilité psychologique.

Le traumatisme complexe constitue donc l'enchevêtrement de situations de stress prolongées, d'épisodes de violences interpersonnelles et intrafamiliales impactant le développement de l'individu notamment lorsque ces épisodes surviennent au cours du développement du sujet. Herman, Ide et Oaez (2000) expliquent que les individus qui ont connu un vécu de lourds traumatismes répétés peuvent manifester des perturbations du caractère et présenter un risque important de re-victimisation (Herman, 1993 ; Ide et Paez, 2000). La clinique psychopathologique met en évidence que dans le cas de vécu traumatique répétés

durant l'enfance, ces jeunes sujets vont avoir plus tendance à se mettre en danger dans une dynamique de répétition des traumatismes et adopter un comportement d'identification à l'agresseur avec répétition des traumatismes vécus sur autrui, généralement à un âge identique où l'enfant lui-même a vécu ces mauvais traitements. De plus, Ko et al. (2008) avancent que l'exposition traumatique répétée sur du long terme peut altérer le développement psychobiologique des enfants, associant ces données à un risque élevé de faibles performances scolaires, d'une dégradation des fonctions cognitives, de l'engagement dans des comportements à risque et également de difficultés dans les relations interpersonnelles. L'impact du traumatisme complexe touche de nombreux domaines du fonctionnement psychique du sujet, l'impactant dans de nombreux domaines de la vie quotidienne.

C'est alors que Van Der Hart et coll. (2010) au cours de leur travail sur le traumatisme dit complexe, vont circonscrire six groupes de symptômes caractéristiques au traumatisme psychique complexe :

1/ Altérations de la régulation de l'affect et des pulsions : Les individus ayant connu une exposition répétée à des événements traumatiques éprouvent des difficultés dans la régulation et la gestion de leurs émotions. La pulsionnalité devient brute et un déficit dans les capacités de mentalisation est observé, ce qui peut alors avoir pour conséquence des explosions émotionnelles débordantes.

2/ Altérations de l'attention ou de la conscience : L'individu ne parvient pas à fixer son attention, l'état de conscience se modifie pour donner lieu à des phénomènes dissociatifs.

3/ Altérations de la perception de soi : Le sujet possède une représentation de lui-même et de son corps, dégradée. La représentation de soi n'est plus entière et unitaire mais engendre un sentiment d'étrangeté, de dysmorphisme propice aux phénomènes de reviviscences traumatiques et d'état de conscience modifiée.

4/ Altérations de la relation à autrui : Le sujet connaît des difficultés à interagir avec autrui. Les relations interpersonnelles se retrouvent impactées par les deux types de symptômes évoqués ci-dessus. Nouer des liens avec autrui est problématique au regard d'un attachement de type insécure, ambivalent ou désorganisé.

5/ Somatisation : Il s'agit d'une traduction d'un conflit psychique sur le plan physique. Ce conflit ne parvient pas à faire sens au sein de l'économie psychique du sujet, l'action de mentalisation n'est pas opérante. Ce faisant, la décharge pulsionnelle se réalise donc au travers du corps du sujet. Les troubles somatiques peuvent se traduire par des problèmes de peau, des problèmes respiratoires ou encore gastro-intestinaux. Sur le long terme, les troubles somatiques peuvent prendre la forme d'altérations de la sexualité. Ces symptômes s'excluent de l'affection organique médicale.

6/ Altérations de systèmes de signification : Les représentations que possède l'individu sont altérées et ne correspondent plus à la réalité externe. Les systèmes de pensée se sont orientés vers un schéma d'interprétation inadapté et rigide. Ces distorsions sont le résultat d'épisodes traumatiques survenues de manière répétée.

Ces six types de symptômes classifiés par Van Der Hart et son équipe (2010) sont généralement caractéristique du fonctionnement du sujet adulte. De nombreuses recherches sur les retentissements des traumatismes répétés chez les enfants ont été menées, nous avons choisi de nous centrer sur les apports de Spinazzola et ses collaborateurs (2005), qui, au cours de leurs travaux, ont extrait sept domaines caractéristiques qui vont se retrouver largement impacter par le vécu traumatique :

<u>L'attachement</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Difficultés avec les limites. ○ Manque important de confiance et suspicion. ○ Isolation sociale. ○ Difficultés interpersonnelles, notamment avec les adultes. ○ Difficultés à identifier les émotions des autres personnes. ○ Difficultés avec la prise de décisions.

<p style="text-align: center;"><u>Domaine biologique</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Développement déficitaire des capacités sensorimotrices. ○ Analgésie : dysfonctionnement dans le système de transmission de la douleur. ○ Difficultés de coordination et d'équilibre. ○ Somatisation ○ Large éventail de problèmes médicaux (asthme, maladie auto-immunes)
<p style="text-align: center;"><u>Régulation affective</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Difficultés dans la régulation de ses propres émotions. ○ Difficultés dans la reconnaissance et l'expression de ses propres émotions. ○ Difficultés dans le fait de nommer et décrire ses états émotionnels. ○ Difficultés dans l'expression de ses propres souhaits et besoins.
<p style="text-align: center;"><u>Dissociation</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Altérations distinctes de la conscience. ○ Amnésie ○ Dépersonnalisation et déréalisation ○ Deux (ou plus) états distincts de conscience. ○ Détérioration mémorielle des états de base.

<p style="text-align: center;"><u>Comportement</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Modulation pauvre des impulsions ○ Comportements autodestructeurs ○ Agression hétéro agressive ○ Problèmes de sommeil ○ Troubles des comportements alimentaires ○ Abus de substances ○ Compliance excessive aux autres ○ Comportements d'opposition ○ Difficultés à comprendre et à appliquer les règles. ○ Réactivations d'éléments affectifs traumatiques.
<p style="text-align: center;"><u>Cognition</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Difficultés attentionnelles et des fonctions exécutives. ○ Curiosité pauvre de l'environnement. ○ Difficultés à se concentrer sur une tâche et à l'effectuer totalement. ○ Permanence de l'objet déficitaire ○ Difficultés de planification et d'anticipation. ○ Difficultés d'apprentissage. ○ Développement du langage problématique ○ Difficultés avec les repères spatio-temporels.
<p style="text-align: center;"><u>Représentation de soi</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Représentation de soi non-unitaire, morcelée et/ou fragmentée. ○ Sens pauvre de la séparation ○ Faible estime de soi

	○ Honte et culpabilité.
--	-------------------------

Ce tableau nous apporte un éventail des répercussions du traumatisme complexe sur l'organisation psychique des enfants. En effet, la clinique du traumatisme chez l'enfant implique la prise en compte d'un fonctionnement différent de celui de l'adulte au regard d'une immaturité du développement psycho-affectif des enfants et de leur plus grande difficulté à se représenter les événements. Nous allons maintenant centrer notre réflexion sur le champ de la clinique infantile, cœur de notre travail de recherche. Nous allons aborder les manifestations cliniques observées dans le champ de la traumatisation précoce chez les enfants.

III.3. Manifestations cliniques de la traumatisation précoce et chronique dans le champ de la clinique infantile.

Dans la littérature clinique et psychopathologique, Keren (2005) insiste sur l'importance du PTSD chez l'enfant entre 0 et 3 ans. Celui-ci avance que le fait d'assister à une scène violente potentiellement traumatisante va se retrouver intériorisé par le jeune enfant. Cela se retrouve notamment renforcé lorsque la figure d'attachement principale est concernée par ces situations de risque traumatique (Keren, 2005). Plus le traumatisme psychique intervient à un niveau précoce dans la vie de l'enfant, et plus son organisation psychique en sera impactée (Becker, 2012). Autrement dit, le traumatisme va posséder une fonction organisatrice et structurante, impactant durablement le développement affectif de l'enfant. Des confusions récurrentes entre la réalité externe et l'imaginaire peuvent être observées chez ces jeunes sujets, engendrant des reviviscences massives des événements traumatiques avec intrusion d'images crues et destructrices venant réactiver les vécus d'agonies psychiques et de stress extrêmes présents au cours des épisodes traumatiques.

La dynamique de répétition est au cœur de ces épisodes de réactivation des vécus traumatiques. En effet, ces moments de répétition ont pour objectif de chercher à faire sens dans la psyché du jeune sujet afin de pouvoir s'intégrer au sein de son économie psychique. Toutefois, de par sa portée effractante, chargée de peur et d'effroi, ces événements traumatiques ne peuvent s'intégrer et sont continuellement présentés à la psyché sous forme de reviviscences pouvant revêtir différentes formes : flashback, amnésie dissociative et même crises dissociatives.

III.3.a) Régulation des émotions et troubles du comportement.

L'intériorisation précoce d'objets primaires insécurisants a pour conséquence la mise en place des troubles importants de l'attachement, empêchant les enfants d'instaurer une relation sécurisée et stable avec les individus qui composent son environnement. Les images parentales et les différents supports d'identification ne peuvent assurer un sentiment de continuité et de cohérence. L'enfant peut alors entrer dans une recherche active de supports d'étayage, rendant les protagonistes interchangeables dans un investissement narcissique de la relation (Roussillon, 2015).

Dans le cadre de la déficience intellectuelle avec présence transversale de carences affectives et de traumatismes relationnels précoces, la survenue d'épisodes dissociatifs violents peut être observée avec une incapacité d'élaboration des éprouvés en lien avec la situation déstructurante vécue par le sujet. Emmanuelle Bonneville-Baruchel (2015) explique que « *les crises de violences explosives* » sont la conséquence directe de vécus d'angoisse massifs dépassant les capacités d'élaboration du sujet. C'est alors que survient un déferlement de ressentis en lien avec les angoisses archaïques ressenties par l'enfant qui vont venir court-circuiter les capacités d'élaboration du sujet, l'excitation pulsionnelle ne trouvant pas de voie de sortie au travers de l'imaginaire, vient alors se décharger par la voie comportementale, donnant alors lieu à des épisodes de passage à l'acte hétéro ou auto-agressifs.

Les mécanismes de défense en place sont généralement rigides et primaires au regard de la répétition précoce de ces vécus d'agonies psychiques. L'énergie psychique est principalement mobilisée à protéger le pare-excitation de l'intrusion d'affects négatifs et de reviviscences mobilisés par l'achoppement de l'intégration des expériences traumatiques. L'éventail de mécanismes de défenses utilisés est généralement du registre primaire comme le clivage de l'objet, le déni de la réalité et l'identification projective. La secondarisation du registre défensif est empêchée par le cadenassage de la psyché par les vécus traumatiques précoces.

Les travaux de Becker et Leurquin (2010) ont mis en évidence le recours au clivage multiple de la personnalité en lien avec les répétitions chroniques d'événements traumatiques

ainsi que des vécus de carences affectives précoces jalonnant l'histoire du sujet. La division de la psyché en deux parties indépendantes l'une de l'autre fait fonction de tentative de sauvegarde de l'équilibre psychique du sujet en mettant d'une part ce qui a trait au mauvais objet et d'autre part ce qui appartient au bon objet. Nous allons maintenant aborder les différentes formes que peut revêtir le clivage de la personnalité. Nous situons notre propos dans le cadre des traumatismes précoces et répétées dans le temps.

III.3.b) Le clivage de la personnalité

La psychologie clinique et psychopathologique définit le clivage de la personnalité comme un phénomène défensif consécutif à la répétition d'évènements traumatiques, impliquant un morcellement et une dislocation du moi du sujet. Les différentes parties de la personnalité du sujet retournent à l'état de non-intégration, évoluant chacune de manière indépendante. Ce mécanisme de défense primaire a pour objectif de préserver le moi de l'individu des reviviscences consécutives aux expériences traumatiques chroniques vécues par le sujet (Ferenczi, 1923, 1932 ; Klein, 1946 ; Winnicott, 1975 ; Bonneville-Baruchel, 2010).

Freud a écrit à propos des états psychotiques qu'il subsiste un conflit entre le ça et le monde extérieur qui met en péril la « *fonction synthétique du moi* ». La réalité externe est devenue trop douloureuse à supporter pour le sujet (Freud, 1938). C'est pourquoi, la clinique psychopathologique met évidence la coexistence de deux états psychiques : 1/ L'un tenant compte de la réalité externe et ; 2/ L'autre qui est sous influence pulsionnelle et va alors détacher le moi du sujet de la réalité (Brusset, 2015). C'est le mécanisme de déni qui est à l'origine de ce détachement.

Le déni fait part au clivage. Brusset (2015) définit le déni comme « *L'exclusion de la vie psychique de la signification d'une perception étroitement localisée plus ou moins étendue. Cette exclusion va de l'hallucination négative à la perte partielle du sens, à l'abolition symbolique. Comme les perceptions impliquent un sens donné, une signification, leur déni est toujours un rejet, un refus d'admettre une réalité, une vérité, une actualité.* » Le déni implique le rejet d'une perception considérée comme trop dangereuse pour le sujet. Cette perception est alors réduite à l'état de néant, inexistante pour le sujet. Le déni d'une représentation inacceptable engendre la perte de sens de cette représentation jusqu'à son effacement symbolique. Toute perception comporte des représentations conscientes et/ou préconscientes, on assiste à une dégradation massive de la mentalisation dans les cas d'important déni. En effet,

l'abolition de la portée symbolique ainsi que la déliaison pulsionnelle des représentations déniées sont tellement importantes que leur expression semble venir du délire ainsi que de l'altération de la perception de la réalité externe dans des domaines de manière plus ou moins importante (Maes, 2015 ; Brusset, 2015).

III.3.b.i. Clivages structurels et clivages fonctionnels dans la cadre du traumatisme psychique.

Selon Sechaud (2001), le clivage est une opération psychique inconsciente qui a pour objectif de préserver l'individu de toute conflictualité entre l'environnement interne et le monde extérieur. Le moi du sujet va maintenir hors du champ de la conscience deux pensées opposées et totalement incompatibles. Le clivage est alors la conséquence de la mise en place de mécanismes défensifs divers, tels que le déni, le rejet et/ou l'hallucination négative. Le clivage est mis en place afin de palier à un éventuel débordement du pare-excitation devant un danger interne, comme un débordement pulsionnel, ou externe, comme un environnement trop stimulant pour l'enfant. Pour cet auteur, il s'agit de lutter contre le traumatisme (Freud, 1920), autrement dit il est question d'événements qui vont dépasser considérablement « *Les capacités du moi à transformer de grandes quantités d'excitation en représentations dotées d'un faible investissement. Sous l'effet du traumatisme, le moi se divise voire se morcelle* ». Le clivage possède cette fonction de protection et de maintien de l'intégrité psychique de l'individu en faisant cohabiter deux parties distinctes comprenant différents aspects de l'objet. Ce clivage, lorsqu'il est enkysté dans la structuration du sujet, va engendrer de nombreuses conséquences : une des parties clivées du moi va se retirer se mettant ainsi à l'abri de tout contact avec la réalité, on assiste également à une attaque de la pensée, des processus de liaison affect-représentation avec parfois dégradation des capacités de mentalisation.

Gérard Bayle (2012), psychanalyste, aborde dans ses travaux, la question des clivages structurels. Il définit ce type de défenses comme étant « *Le résultat de défenses contre une carence narcissique par défaut de symbolisation et de subjectivation.* ». Le clivage fonctionnel tend à « *isoler le moi du sujet des manifestations de la carence narcissique, qui est elle-même un ensemble confus associant la psyché des objets précoces, le retour de ce qu'ils ont dénié ou forclos, et le retour des dénis secondaires indispensables à la protection du moi ainsi isolé.* ». Nous pouvons avancer que ce type de clivage s'établit consécutivement à des vécus de carences

affectives précoces et des traumatismes précoces vecteurs d'un narcissisme primaire défectueux.

C'est le manque et l'instabilité des premières années qui génèrent cet aménagement défensif si ancré qui caractérise le clivage structurel. En effet, ce type de clivage est marqué par une discontinuité de l'existence de l'individu au niveau structurel mais également par une organisation structurelle visant à compenser les « trous » laissés par les carences. La porosité du moi des sujets est au cœur des traumatismes précoces et des carences affectives. C'est pourquoi, le clivage structurel, comme son nom l'indique, peut être envisagé comme un clivage impliquant la notion même de structure psychique et non un aménagement transitoire de la personnalité visant à soulager le moi du sujet d'un trop grand risque d'effraction par la réalité interne et externe.

Bayle (2012) émet une distinction entre les clivages *structurels*, exposés ci-dessus, et les clivages *fonctionnels*.

Le clivage *fonctionnel* est considéré comme un aménagement défensif *temporaire* ayant pour fonction principale de mettre à distance une blessure narcissique due à une situation potentiellement traumatique garantissant l'intégrité psychique de l'individu. Contrairement aux clivages structurels, il s'agit d'une **opération défensive d'urgence** mise en place lorsque l'équilibre psychique est soumis à un trop grand risque de désorganisation. Dans le cadre de la clinique du traumatisme, le clivage fonctionnel constitue un « sursaut défensif de survie » (Maes, 2015 ; Roisin, 2015). Roisin (2015) avance qu'il existe trois temps à ce type de clivage fonctionnel consécutif à l'exposition à des événements traumatiques : 1/ « *La réalisation de la destruction* » ; 2/ « *Le temps de la destruction* » et ; 3/ « *Le moment de la détresse dépassée* »

1. « *La réalisation de la destruction* » : le sujet réalise brusquement qu'un objet nécessaire à sa survie a été détruit ou va être menacé de destruction dans la réalité externe. La notion d'intégrité corporelle est au centre de cette première étape, notamment dans le cas de sévices et/ou de violences sexuelles.

2. « *Le temps de l'effraction* » : Il est ici question de l'effraction psychique vécue par le sujet lors du traumatisme. Freud (1920) parle de débordement des capacités pare-excitatoires. L'effraction a pour conséquence d'opérer de véritables « trous » dans le maillage psychique, il s'agit d'une surcharge pulsionnelle qui échappe au principe de plaisir. (Roisin, 2015).

3. « Le moment de la détresse dépassée » : Il est ici question du sentiment de vide et d'émoussement affectif que peut ressentir un individu ayant subi un traumatisme, une « mort psychique ». Cette étape peut être rapprochée des vécus d'agonie primitive des nourrissons négligés et/ou maltraités.

Le traumatisme est un événement massivement *déstructurant* pour le sujet. La survenue répétée de ces événements possède un impact conséquent sur la personnalité de l'individu générant de nombreux troubles et difficultés impactant la vie quotidienne. On assiste à une division de la personnalité avec une partie qui contient les ressentis pulsionnels archaïques et non mentalisés du traumatisme. Ces affects sont continuellement présentés à la psyché qui ne parvient pas à les intégrer en raison de leur nature inacceptable, effrayante et mortifère. Cette partie non symbolisable du traumatisme donne lieu à de nombreux clivages au sein de l'économie psychique du sujet dans un ultime but de survie psychique.

III.3.b.ii. Le multi-clivage de la personnalité

L'enfant qui a connu un vécu de traumatismes et de carences précoces répétées peut connaître une multitude de scissions dans son organisation psychique : les auteurs ont nommé ce phénomène défensif le **multi-clivage de la personnalité** (Bonneville-Baruchel, 2015). Autrement dit, le moi se retrouve parcellisé en plusieurs parties ne communiquant pas les unes avec les autres. Bonneville-Baruchel a identifié, au cours de ses travaux, sept parties clivées potentielles de la personnalité de l'enfant ayant vécu des carences affectives précoces et de traumatismes relationnels précoces. Nous pouvons nous fonder sur le schéma suivant pour plus de clarté :

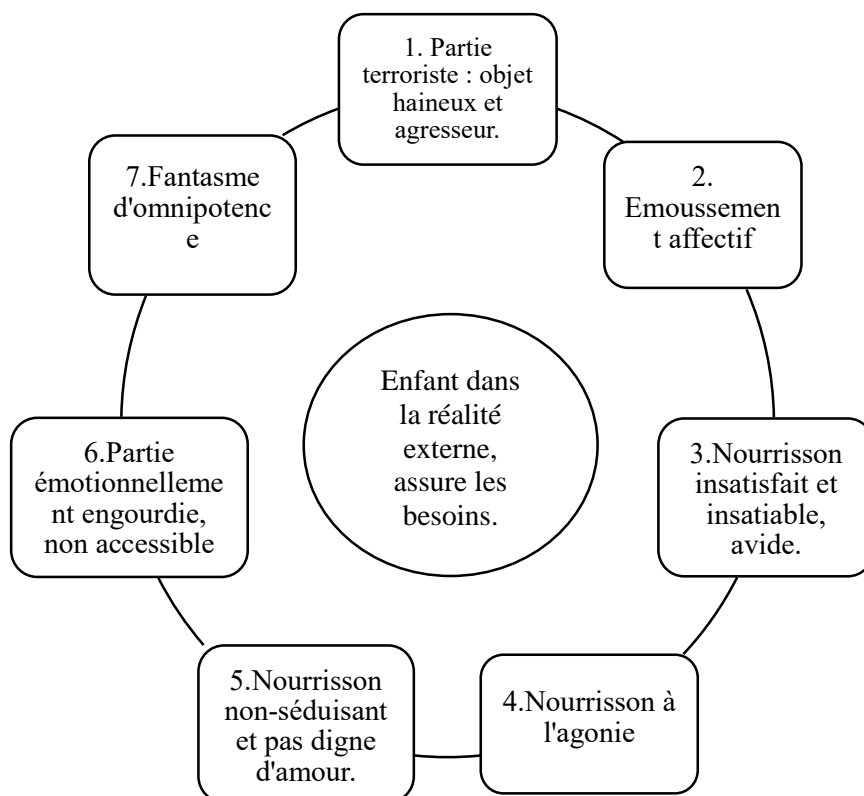


Figure 2 : schématisation du multi-clivage de la personnalité par Bonneville-Baruchel (2015)

Ces sept parties composent les différentes facettes des traumatismes relationnels précoces. Les enfants vont circuler d'une partie à une autre en fonction des contextes environnementaux auxquels ils sont soumis durant leur quotidien. Le basculement entre les différentes parties clivées va être dépendant de l'importance des reviviscences traumatiques que peut (re)vivre l'enfant. Ces résurgences des vécus traumatiques sont contenues dans les différentes parties clivées qui correspondent à une, ou plusieurs, facettes des traumatismes vécus.

La traumatisation chronique possède de lourdes conséquences sur le développement psycho-affectif des enfants. Les retards dans les acquisitions développementales peuvent parfois être très importantes, mais également la présence de troubles de la personnalité, de retard intellectuel, de comportements sexualisés inadaptés à l'âge des enfants ou encore des retards statur pondéraux. L'importance de la comorbidité est à prendre en considération, les troubles venant se recouper dans une transversalité psychopathologique inhibant ou ralentissant la construction psychique des enfants. On assiste également à une pluralité de mécanismes défensifs visant la sauvegarde de l'intégrité psychique de ces jeunes sujets, leur permettant alors de survivre au sein de leur environnement familial.

Pour conclure, la notion de traumatisme psychique est une notion vaste et polymorphe en ce qui concerne la diversité des troubles identifiés. Par polymorphisme, nous l'entendons également au sens sémantique du terme, le traumatisme psychique pouvant revêtir différentes appellations en fonction du courant théorique dans lequel nous nous plaçons. Après avoir exposés les modélisations plus empreintes de neurobiologie, nous affirmons notre point de vue et notre position dans une considération psychodynamique de notre travail de recherche. Ce faisant, nous avons effectué des liens entre les traumatismes intervenant à un niveau précoce dans la vie du sujet, les traumatismes relationnels précoces ainsi que le traumatisme psychique complexe afin de pouvoir mettre en exergue la multiplicité des impacts sur le développement psycho-affectif des enfants ainsi que les répercussions psychopathologiques particulières caractéristiques de ce type de traumatisation.

Dans le cadre de cette recherche, nous centrerons notre intérêt sur l'impact du traumatisme psychique complexe sur les capacités de mentalisation et la formation des imagos parentales chez les enfants déficients intellectuels. *De quelles manières se traduisent les effets du traumatisme chez les enfants déficients intellectuels ? Quel impact sur leurs capacités cognitives et leur adaptation au monde extérieur ? Quelles sont les implications du traumatisme psychique complexe, ses conséquences sur l'organisation psychique et structurale de la personnalité dans le domaine de la déficience intellectuelle ?*

Au regard de ces développements théoriques précédemment exposés, nous pouvons énoncer les hypothèses théoriques suivantes :

Hypothèses théoriques :

H1 : Les traumatismes et les carences affectives précoces ont un effet négatif sur les capacités de mentalisation des enfants déficients intellectuels. En effet, plus l'impact et la répétition des traumatismes relationnels et des carences affectives précoces sont fréquentes et plus les capacités de mentalisation devraient être déficitaires.

H2 : Les traumatismes et les carences affectives précoces ont un effet négatif sur la formation des imagos parentales des enfants déficients intellectuels. En effet, plus l'impact et la

répétition des traumatismes relationnels et des carences affectives précoces sont fréquentes et plus la formation des imagos parentales devrait être déficitaire et abîmée.

H3 : Les enfants déficients intellectuels qui ont vécu des traumatismes relationnels précoces et des carences affectives précoces ne devraient pas avoir de perception de leur corps entière et unitaire.

H4 : Les enfants déficients intellectuels devraient avoir vécu davantage de traumatismes précoces comparativement aux enfants du groupe contrôle.

H5 : Les frustrations affectives et le sentiment d'abandon devraient être plus fréquents chez les enfants du groupe clinique que les enfants du groupe contrôle.

H6 : En raison de la présence de traumatismes relationnels précoces et de carences affectives précoces, la construction de l'identité sexuelle devrait être plus problématique dans le groupe clinique comparativement au groupe contrôle.

CHAPITRE II : LA MENTALISATION

I. La symbolisation et la mentalisation chez l'enfant déficient intellectuel ayant vécu des carences et des traumatismes relationnels précoces.

1.1. Représentation, symbolisation et mentalisation (Roman, 1997 ; 2015)

La notion de mentalisation est associée au champ de la psychosomatique. Claude Smadja (2001) définit cette notion comme « *l'ensemble des caractéristiques du fonctionnement mental qui permet d'apprécier globalement sa qualité fonctionnelle* ». La notion de mentalisation recouvre le champ de l'élaboration psychique et concerne principalement l'activité de représentation et l'activité fantasmatique du sujet. Dans le modèle psychanalytique du fonctionnement psychique, le psychisme comporte trois systèmes qui possèdent leur propre règle de fonctionnement : le système conscient, le système préconscient et le système inconscient. C'est donc dans le système intermédiaire que s'opèrent les liaisons entre toutes les représentations psychiques.

1.1.a. La formation de l'activité de représentation

La formation de l'activité de représentation se constitue en deux étapes :

1. L'enfant va, dans un premier temps, progressivement se constituer des représentations différentes des perceptions et des hallucinations présentes durant les interactions précoces avec son donneur de soin, lié à la présence positive de l'objet (Berger, 2006).

2. Dans un second temps, l'enfant va pouvoir utiliser ces représentations au sein de sa propre vie psychique. C'est pourquoi, cela nécessite l'acquisition de la notion de la permanence de l'objet (Winnicott, 1971). Ce dernier va donc pouvoir gérer l'absence de sa figure d'attachement tout en maintenant une continuité entre l'absence de l'objet et le fait que ce dernier ne disparaisse pas définitivement de sa vie.

La formation de l'activité de représentation, prémisses de l'accès aux capacités symboliques et donc à la mentalisation, dépend de plusieurs étapes que nous allons aborder ci-dessous dans le cadre de ce travail théorique.

➤ L'accès à un fonctionnement représentatif

Lors de ses premières années de vie, le nourrisson évolue dans un monde formé de représentations brutes et de vécus hallucinatoires des sensations éprouvées (Berger, 2006). En effet, il n'existe pas de différence entre les éprouvés sensoriels venant du monde extérieur et les hallucinations générées par l'omnipotence vécue par l'enfant.

C'est pourquoi, le cadre familial va permettre au nourrisson d'accéder à la différenciation entre la réalité et les perceptions hallucinatoires. Ce faisant, deux éventualités vont s'offrir au nourrisson lors de la projection de ses perceptions-hallucinations :

1/ Le milieu familial approuve totalement ce qui a été projeté par le nourrisson et va dans son sens. L'enfant ne parvient plus à faire la différence entre ses projections et la réalité externe. Sami-Ali (1987) avance au cours de ses travaux que si l'environnement familial de l'enfant est considéré comme défaillant, la perception « *sans représentation* » ne peut être traitée et le sera en général au travers du corps par la décharge pulsionnelle. En effet, cela donne lieu généralement à des troubles psychosomatiques et/ou comportementaux qui vont mettre *sur le devant de la scène* la façon dont le *corps réel* de l'enfant s'est retrouvé impliqué au sein d'interactions relationnelles défectueuses avec autrui. La pulsion peut donc être traitée par le moi sous la forme d'hallucinations qui vont alors engendrer un conflit entre pensées et perceptions.

2/ Dans un second temps et contrairement à la configuration explicitée ci-dessus, le milieu familial va à l'encontre de cette projection réalisée par le nourrisson. La perception-hallucination projetée va alors revenir au nourrisson de manière plus élaborée, c'est le temps de la re-présensation et de la formation du système de représentation. C'est en passant par son milieu familial que l'enfant va pouvoir se construire un système de représentation en lien avec son environnement. Ces apports rejoignent la conception de la théorie psychanalytique de la pensée modélisée par Wilfred Bion (1964), exposée ci-dessous.

De ce fait, l'accès à un fonctionnement représentatif pour le jeune enfant va lui permettre de comprendre et de s'ajuster à son environnement de manière adaptée. L'accès à un fonctionnement représentation va alors permettre à l'enfant d'accéder aux apprentissages et à l'exploration de son environnement.

➤ L'utilisation des représentations pour les apprentissages

Comme exposé ci-dessus, l'activité représentative fonctionne sur le modèle de l'absence et de la perte. L'absence de l'objet va permettre à l'enfant de se situer au cœur même du principe de représentation et non plus dans celui de la perception. Balier (2005) avancera que « *La représentation est une nouvelle présentation, un double interne de l'objet* ». Autrement dit, l'accès à la permanence de l'objet va permettre à l'enfant de se constituer une représentation permanente de l'objet dans son monde psychique, pour ensuite pouvoir accéder aux apprentissages et à la capacité de symbolisation. C'est pourquoi, le modèle de l'absence et de la perte implique pour l'enfant d'accepter de perdre momentanément une partie de ses connaissances pour pouvoir ensuite se les représenter.

Sami-Ali (1984) aborde dans ses conceptions cliniques et travaux la notion de *fonction d'effacement*. Pour l'auteur, cette notion envisage la nécessité pour l'appareil psychique de se décharger régulièrement des tensions pulsionnelles et libidinales afin de laisser place à de nouvelles inscriptions et permettre l'accès à de nouvelles connaissances pour l'enfant.

Nous avons pu observer, au travers de nos recherches, que l'accès à un fonctionnement représentatif pour l'enfant se constitue selon plusieurs critères précis de développement psychique et amène progressivement ce dernier vers le développement de l'activité symbolique, c'est-à-dire des capacités de symbolisation, donnant elle-même accès aux capacités de mentalisation pour les sujets.

I.1.b. La formation des capacités de symbolisation

I.1.b.i) La théorie psychanalytique de la pensée : éléments beta et fonction alpha

Selon Bion (1964), il existe aux prémices de la psyché, une pensée dite *sans pensée*. Autrement dit, l'auteur précise qu'il s'agit d'une pensée qui ne possède pas de capacité à penser mais d'une pensée *primitive* que Bion appellera une *pensée-acte*. Les produits de cette *pensée acte* ne sont pas traités par l'appareil psychique mais effectuent un retour sur eux même annulant par la même occasion leur capacité à effectuer des liens entre les affects et les représentations des sujets. Bion appelle cela les *éléments bêta* et précise que ceux-ci ne sont pas l'impensable, mais bien *l'impensant*, c'est-à-dire des éléments pouvant être formulés, mis en

mot, mais ne fabriquant rien au sein de la liaison affects-représentations pour les sujets. Bion appelle ces éléments les « éléments bêta » (éléments β) ou également les protopensées. Le contenu psychique est morcelé et éparpillé sans unité.

L'ensemble des éléments bêta donne naissance à un état mental au sein duquel *conscient* et *inconscient* sont indifférenciés. L'ensemble de ces éléments bêta ne permet pas au sujet d'établir des liens entre tous ces éléments. Ces derniers se super-positionnent tout en restant indépendants malgré le fait qu'ils constituent un ensemble. Cependant, il peut parfois arriver que l'ensemble des éléments bêta parvienne à obtenir une certaine cohérence et provoque chez l'individu des réactions émotionnelles, ce qui peut être le cas dans le cadre de la psychose. L'écran des éléments bêta caractérise le lien psychotique.

La *fonction alpha* est étroitement liée à la fonction bêta dans la théorie psychanalytique de la pensée selon Bion (1964). En effet, les éléments alpha vont avoir pour fonction la transformation des éléments bêta en contenu psychique qui va donner une forme au pensable.

Cette fonction transformatrice émane du moi du sujet et des apports précoces fournis par l'environnement maternel. En effet, la fonction alpha constitue un « *contenir* » (i.e. Le contenant et le contenu) des sensations, des affects et des angoisses éprouvées. Les éléments bêta sont transformés en éléments alpha qui sont eux même susceptibles de subir une nouvelle transformation au travers des mécanismes de défenses mis en place par le sujet et servent à former la pensée onirique, les pensées conscientes/inconscientes, les rêves et les souvenirs.

La notion de « *barrière de contact* » concerne l'ensemble constitué par les *éléments alpha*. Ceux-ci permettent d'assurer le rôle d'une membrane semi-perméable divisant les phénomènes mentaux en deux groupes : 1. Inconscient-conscient et ; 2. Passé-futur. Cette barrière assure une fonction de protection de l'appareil psychique, notamment lors des moments sommeil et d'activité onirique, en empêchant que les fantasmes et les stimuli intrapsychiques ne soient perturbés par la perception de la réalité externe. Autrement dit, la barrière de contact protège le contact de l'individu avec la réalité en évitant qu'elle ne soit déformée par les émotions et les propres perceptions psychiques du sujet.

Lorsque la barrière de contact est détruite, les éléments alpha se retrouvent dépossédés de leurs caractéristiques et se re-convertissent en éléments bêta. Se joignent alors à ceux-ci les vestiges

du moi et du surmoi du sujet. Dans le cadre de la psychopathologie de la psychose, les éléments bêta sont encore de forme « brute », jamais liés, et d'autres encore qui ont été élaborés mais qui sont désormais détruits. Autrement dit, la fonction alpha est soit détériorée ou soit insuffisamment développée.

L'appareil à penser possède donc pour principales fonctions de décharger le psychisme d'un excès de stimuli qui le dépassent et donc de renforcer les capacités défensives du pare-excitation des sujets en fonction des situations environnementales auxquelles ils sont confrontés. La théorie psychanalytique de Bion (1964) sur la pensée explique qu'il existe trois niveaux de symbolisation possibles auxquels le sujet pourra avoir accès au cours de son développement :

Comme développé précédemment, la *symbolisation primaire* concerne la transformation des éléments bêta en éléments alpha.

La *symbolisation secondaire* concerne, quant à elle, la notion de rêve individuel et de mythe, présent dans l'imaginaire des sujets.

La *symbolisation tertiaire* regroupe la formation des idées dans le système de pré-représentation puis de pré-conception et enfin d'idée conceptuelle générale.

Les travaux de Bergeret (1991) s'inscrivent dans la lignée des travaux de Bion (1964) et avancent également que les processus de symbolisation se constituent en deux phases successives :

La *première phase* de la formation des capacités de symbolisation consiste à « transformer les excitations intolérables en images puis en représentation partageables, communicables » (Theis, 2006). Autrement dit, l'amorçage de l'activité symbolique consiste donc à transformer les pulsions libidinales en images afin qu'ensuite le sujet puisse les partager avec le monde extérieur.

La *seconde phase* de constitution de la symbolisation est la transformation des affects en mots. Cette phase nécessite de réaliser pour le sujet la liaison entre l'affect et la représentation et donc d'accéder par la suite à la mentalisation. (De Tychey, 2001 ; Theis, 2006).

I.1.b.ii) La représentation de soi

La poursuite du travail de symbolisation implique pour le sujet d'accéder à une représentation de soi entière et unitaire. En effet, une non-perception du tout ne permettra pas de prendre en considération les parties de ce dernier (Berger, 2006). Les expériences précoces du nourrisson se trouvent articulées à ses propres états affectifs et corporels, mais également à ceux de la mère (sa disponibilité, ses capacités de régulation des états de tension). Le nourrisson va percevoir autrui au travers du prisme du changement d'états émotionnels que cela provoque en lui, c'est à dire au travers de son propre corps et de ses émotions (Bonneville-Baruchel, 2015). Considérer le corps relationnel du nourrisson, c'est penser le corps réel de l'enfant au sein même de sa relation à l'objet premier mais également à la figure d'attachement primaire et originaire (Bonneville-Baruchel, 2015 ; Gauthier, 1999).

L'enfant effectue la projection de son fonctionnement psychique sur son propre corps : s'il n'existe pas de différence entre l'objet et la source de ce dernier, le circuit de la pulsion disparaît. La pulsion tire son origine au sein des tensions et conflits intra psychiques du sujet. L'objectif de la pulsion est de supprimer l'état de tension en se centrant sur un objet particulier afin de soulager l'organisation psychique du sujet (Berger, 2006). C'est pourquoi, dans le champ clinique de la déficience intellectuelle, la notion de la permanence de l'objet est importante à prendre en considération. En effet, l'acquisition de cette capacité permettra à l'enfant de vivre l'expérience de la destructivité de l'objet qui survie, ce qui le rendra réel et utilisable (Winnicott, 1971).

Berger (2006) explique dans son ouvrage « Les troubles du développement cognitif : approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent. » que l'accès à une représentation de soi entière et unitaire dépend au préalable du vécu narcissique primaire². En effet si le tout jeune enfant est soumis à un environnement chaotique et de relations discontinues avec son donneur de soin, la représentation de soi sera à l'image de l'environnement extérieur auquel il fut confronté. Les expériences précoces qui vont permettre les repérages spatio-temporels et l'intégration de la continuité de soi et des éléments (veille/sommeil et activité/passivité) ne

² « Le narcissisme primaire désigne un état précoce où l'enfant investit toute sa libido sur lui-même. » (Laplanche & Pontalis (1967).

seront pas intégrées. De plus, le personnage maternel sera parfois perçu comme trop envahissant dans les activités motrices et les activités de découvertes. A contrario, la mère peut être perçue comme désinvestie des premières interactions précoces avec son enfant, l'enfant ne pouvant pas se baser sur les interactions avec sa mère pour s'étayer et se construire une représentation de soi et du monde entière et unitaire. Ce faisant, cela entrave la constitution du système de représentation de l'enfant et ne permet pas à l'enfant d'accéder à des capacités de symbolisation satisfaisantes.

La notion de représentation de soi implique le fait que l'enfant développe et explore ses capacités symboliques au travers de son corps propre. L'expérimentation des motions pulsionnelles et leur transformation en représentation vont permettre à l'enfant d'accéder à des capacités de symbolisation satisfaisantes et à une compréhension de son environnement. Afin de compléter nos apports théoriques sur le sujet de la représentation de soi, nous allons désormais nous intéresser au concept d'enveloppe psychique en lien avec la notion de moi-peau dans la construction progressive de l'activité symbolique du fonctionnement psychique.

I.1.b.iii) Enveloppe psychique et construction de la symbolisation

La construction de l'appareil psychique du jeune enfant est constituée de plusieurs *feuilletts psychiques* qui ont pour fonction de garantir son bon fonctionnement ainsi que ses capacités d'adaptation à son environnement. La constitution du système inconscient et la formation des couches pare-excitatrices du self en dépendent.

Wilfred Bion (1962) parle alors de *barrière de contact* qui constitue le premier différenciateur de la vie psychique qui s'élabore à travers l'intériorisation des relations précoces à l'objet primaire. En effet, l'appareil psychique ne peut fonctionner comme *contenant* (des pensées, des représentations, des affects) qu'en ayant introjecté le contenant originaire. Le sein maternel constitue le « *premier cadre de circonscription et de délimitation de l'espace psychique.* ». (Roman, 1997 ; Chouvier, 1997). C'est pourquoi, le premier contenant psychique créé au travers des interactions précoces est la peau. La théorie du Moi-Peau de Didier Anzieu (1974) est construite sur les notions de limites et de contenants en lien avec la principale enveloppe de l'individu (la peau). Didier Anzieu (1974) définit le Moi-Peau comme étant « *Une*

figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif” (1974, p.207) ». En effet, pour l'auteur, la peau ne constitue pas seulement une enveloppe physiologique mais possède également une fonction psychologique permettant de délimiter, contenir et mettre en contact l'individu avec son monde externe, précisant que la peau possède un rôle prédominant dans l'établissement de la relation à autrui.

Le Moi-Peau est une notion indissociable de la dyade mère-enfant. Anzieu (1974), dans son ouvrage, donne l'exemple des contacts physiques entre la mère et son tout-petit, contacts essentiels au développement psychique de l'enfant et qui permettent de donner naissance au fantasme d'une peau commune. Cette peau fantasmatique les tient attachés mais anticipe leur séparation future. Anzieu nomme cela *la dépendance symbiotique mutuelle*. L'épreuve de la séparation effacera la peau commune dans une épreuve de double intériorisation : 1. celle de *l'interface* qui devient progressivement une enveloppe pour les contenus mentaux et ; 2. le processus de *défusion* de la mère et de l'enfant entraîne une déchirure de cette peau commune.

La notion théorique du Moi Peau de Didier Anzieu (1974) avance que la peau possède trois fonctions primaires :

- ψ La peau sert de contenant aux expériences positives.
- ψ La peau constitue un moyen dit primaire d'échange avec autrui.
- ψ La peau constitue la surface qui marque la limite entre l'intérieur et l'extérieur.

Autrement dit, la peau constitue la manière originale pour un individu d'entrer en contact avec l'objet primaire au travers des interactions précoces et de la qualité de ces dernières. La qualité des premières interactions va permettre l'intériorisation d'un mode d'entrée en relation et la manière dont l'individu va investir son propre corps.

Dans ses travaux, Didier Anzieu va démontrer que le monde interne et le monde externe de l'individu s'organisent à partir de la sensation et explique que le Moi-Peau possède huit fonctions. Didier Anzieu précise que ces huit fonctions du Moi-Peau sont, dans un premier temps, principalement mises au service de la fonction d'attachement puis, dans un second

temps, au service de la fonction libidinale.

:

1. La *maintenance*, proche du *holding* de Winnicott ; cette fonction contient le bon et le plein de soins maternels.
2. La *contenance*, proche du *handling* de Winnicott ; cette notion permet le jeu entre le corps de la mère et celui de son enfant. Cela a également fonction de limite entre le monde interne et le monde externe.
3. La *constance* qui protège des agressions de l'autre ainsi que des stimuli du monde extérieur (Freud nomme cette notion le pare-excitation).
4. *L'individuation*, permettant l'émergence du soi et de l'unicité de l'individu.
5. La *correspondance* : l'inter sensorialité permet de donner du sens aux interactions.
6. La *sexualisation* : les soins maternels et le contact peau-à-peau entre la mère et son bébé préparent ce dernier à l'autoérotisme et au plaisir. Le Moi-Peau exerce une continuité entre les plaisirs auto-érotiques, les plaisirs narcissiques du moi et les plaisirs intellectuels du de l'activité de pensée.
7. *L'énergisation* : le Moi-Peau sert de « recharge libidinale » du fonctionnement psychique.
8. La *signifiante* : le Moi-Peau est le lieu d'inscription des représentations des premiers signifiants, choses, mots et formations symboliques.

Didier Houzel (1985) s'inscrit dans la continuité des travaux de Anzieu (1974) et a démontré dans ses recherches toute l'importance de la dimension appelée « interface » constitutive de l'enveloppe psychique. En effet, cette « interface » possède une fonction de protection de la psyché concernant la violence à l'œuvre dans les mouvements pulsionnels excitatoires. Elle possède également sur sa face interne une surface labile sur laquelle s'imprime les expériences et les sensations qui constituent toute signifiante du vécu interne et externe du sujet. De ce fait, la capacité symbolique regroupe les modes de régulations internes et les capacités d'adaptation en lien avec les objets externes du sujet. Plus l'enfant semble en mesure d'intégrer les expériences vécues durant ses relations précoces, et plus il va être en mesure de repérer les éléments charnières qui caractérisent la symbolisation. Le symbole constitue, de ce fait, la mise en lien entre deux réalités ; entre deux objets de nature complémentaires mais jusque-là séparés. C'est la liaison entre ces deux réalités (ou ces deux objets) qui va être garante d'une élaboration psychique et d'une évolution adaptée du jeune enfant, tout cela contenu au

sein même des relations précoces et la formation de cette enveloppe psychique commune qui caractérise la dyade mère-enfant.

Nous avons pu voir au travers des éléments exposés ci-dessus que la qualité des interactions précoces entre une mère et son enfant vient modeler la formation du contenant physique et du contenant psychique. Nous allons désormais aborder la théorie de l'attachement au regard de la formation de la capacité de symbolisation du jeune enfant. De quelle manière la qualité de l'attachement est-elle garante d'un bon développement de l'activité symbolique ?

1.2. Attachement et symbolisation.

John Bowlby (1969 ; 1980) a mis en lumière au travers de sa théorie de l'attachement la question du lien entre l'enfant et son premier donneur de soin. Bowlby s'appuie sur les méthodes d'observation en éthologie ainsi que sur sa propre expérience clinique pour élaborer ses travaux sur la perte, le deuil et la séparation chez les enfants hospitalisés et les carences affectives précoces chez des jeunes délinquants. Ce faisant, l'auteur a insisté sur l'influence du lien d'attachement dans la constitution des représentations primitives et fondatrices du concept de soi et « *du principe de relation chez un sujet* » (Bonneville-Baruchel, 2015). Selon John Bowlby, la qualité du lien d'attachement influencerait très fortement les capacités sur le long terme d'un individu à investir des relations interpersonnelles de manière adaptée.

C'est en 1959 que John Bowlby modélise la théorie de l'attachement. Pour l'auteur, l'attachement constitue un besoin de contacts sociaux, besoin primaire et instinctif. Il considère l'attachement du jeune enfant à son premier objet d'amour comme un besoin vital, primaire et instinctif. Ce besoin serait, selon lui, biologiquement déterminé et résulterait de la pulsion d'agrippement. En effet, la possibilité pour le nourrisson de s'agripper psychiquement à son donneur de soin déterminerait ses capacités de survie et d'adaptation face à l'environnement extérieur. Le nourrisson naît comme étant un être fondamentalement social qui va se construire sur les bases des relations qui l'unissent avec les personnes de son entourage, notamment avec le donneur de soin principal, qui est généralement incarné par la figure maternelle. L'attachement débute dès la grossesse, de manière intra-utérine et se poursuit jusque dans les

trois premières années de la vie. La qualité de l'attachement influencera sur le long terme la manière dont l'enfant créera des contacts sociaux et affectifs avec les personnes de son entourage. Or, l'attachement est un processus dynamique et réciproque entre l'enfant et l'objet primaire. La qualité de l'attachement va être corrélée avec le type de réponses fournies par le donneur de soin aux besoins et demandes fondamentales du nourrisson. Les recherches actuelles mettent en évidence que le système d'attachement de l'enfant est activé en réponse à un stimulus stressant ; par exemple la peur, la douleur, la maladie et/ou une séparation.

Dans son ouvrage *La séparation, angoisse et colère* (1973), Bowlby reprend la théorie des pulsions de Freud mais ajoute qu'il n'est pas envisageable de réduire la relation mère-enfant à une relation de simple nourrissage. En effet, Freud avançait dans son ouvrage que le nourrisson s'attache à sa mère car cette dernière satisfait sa libido. Or, l'angoisse qui peut envahir l'enfant quand cette dernière s'absente n'est pas uniquement liée à son absence mais également à une trop grande quantité d'excitation que l'enfant ne parvient pas à gérer seul et qui déborde ses propres capacités d'adaptation et pare-excitatoires, appelée l'angoisse de perte d'objet par Freud (1973).

Mary Ainsworth (1970) s'inscrit dans la continuité des travaux de John Bowlby et définit trois catégories d'attachement, notamment modélisées à l'aide du paradigme de la situation étrange (1992) à vérifier :

1/ *L'attachement sécurisant* : l'absence du parent est directement remarquée par l'enfant qui cesse toute activité exploratoire. Le retour du parent est accueilli par l'enfant qui cherche à rétablir le contact avec ce dernier au travers de sollicitations ou de contacts physiques.

2/ *L'attachement insécurité de type anxieux/évitant* : l'enfant explore l'environnement sans se préoccuper de la présence ou de l'absence du parent. Le retour du parent ne déclenche pas de réaction, l'enfant poursuit son activité et évite le contact avec le parent.

3/ *L'attachement insécurité de type anxieux/ambivalent* : les comportements exploratoires sont moindres, l'enfant manifeste une grande détresse lors du départ du parent. Lorsque ce dernier revient, l'enfant ne cherche pas à rétablir le contact.

Dans la continuité des travaux de John Bowlby et Mary Ainsworth, Mary Main et Judith Solomon (1986) théoriseront une quatrième catégorie d'attachement :

4/ *L'attachement insécurisant désorganisé* : l'enfant fait preuve de comportement d'évitement teinté d'ambivalence vis-à-vis de son parent.

Les réponses fournies par le donneur de soin aux sollicitations de l'enfant permettront l'établissement de la qualité du lien d'attachement. L'intériorisation du type de réponse va permettre au nourrisson de se constituer une représentation interne du donneur de soin, appelé modèle interne opérant (MIO, 1969 ; 1989). La création de ce MIO permettra à l'enfant d'anticiper les interactions avec d'autres individus. Par exemple, un parent considéré comme *suffisamment bon*, fournissant des réponses adaptées et sécurisantes aux manifestations de l'enfant sera considéré comme une figure d'attachement sécuritaire. Un attachement sécuritaire à une figure parentale considérée comme stable et cohérente dans ses réponses apportera une base de sécurité au nourrisson qui lui permettra par la suite d'explorer son environnement sans crainte d'abandon. (Main et Solomon, 1986). C'est pourquoi, il existe un lien entre la qualité de l'attachement et le développement des capacités de symbolisation amenant ensuite à la mentalisation (Theis, 2006). La qualité du lien d'attachement est corrélée avec la qualité des interactions précoces vécues entre le nourrisson et sa figure d'attachement principale. Nous avons expliqué précédemment l'impact des interactions précoces sur le développement psycho-affectif des enfants et sur le caractère fondateur de ces dernières sur l'intériorisation de l'objet primaire. La sécurité du lien permet à l'enfant d'opérer une transformation de ses éléments bêta en éléments alpha par son entourage proche, notamment la cellule familiale, lui constituant alors son système de représentation donnant lui-même accès à la formation des capacités de symbolisation.

Le développement de l'activité symbolique amène progressivement le sujet à accéder à la mentalisation. Nous allons désormais aborder cette notion au regard des apports fournis par plusieurs auteurs fondateurs du concept.

I.3. De la symbolisation à la mentalisation

I.3.a. L'apport de Marty (1960 ; 1970)

Pierre Marty est un auteur qui appartient au courant de la psychosomatique. Il est notamment le co-fondateur de l'école de Psychosomatique de Paris créée en 1962.

Marty aborde et circonscrit la notion de « *mentalisation* » au sein de sa théorie psychosomatique. Il définit la mentalisation comme étant « *L'ensemble des opérations symboliques par lesquelles l'appareil psychique assure la régulation des énergies instinctuelles et pulsionnelles, libidinales ou agressives.* ». Autrement dit, Marty aborde la notion de mentalisation en termes de liaisons plus ou moins souples entre les ressentis et les représentations qu'en possèdent les individus. Ces représentations se manifestent dans le système préconscient de la psyché. Le système préconscient est divisé en trois catégories distinctes constituant les indicateurs d'une bonne capacité de mentalisation ou non :

- ψ *L'épaisseur du préconscient* : une accumulation du nombre de couches du préconscient durant les différentes étapes du développement psycho-affectif permet d'obtenir une capacité de mentalisation satisfaisante.
- ψ *La fluidité et la souplesse des représentations*, autrement dit la rapidité de circulation des représentations d'une couche à l'autre du préconscient du sujet témoigne d'une mentalisation satisfaisante.
- ψ *La permanence du système préconscient* dans le temps et la régularité de ce dernier constitue le troisième indicateur permettant d'évaluer la qualité de la mentalisation.

Marty explique dans ses travaux que si une des trois dimensions du système préconscient est touchée, cela aura pour conséquence une défaillance des capacités de mentalisation chez le sujet. L'appareil psychique ne sera plus en mesure d'élaborer et transformer les excitations pulsionnelles en représentations communicables à autrui. La décharge pulsionnelle étant inévitable et primordiale à l'équilibre psychique, cette dernière ne trouvant pas de voie de sortie au travers de l'imaginaire, elle s'effectuera par la voie du corps et/ou par la voie du somatique (par exemple, au travers de réactions dermatologiques) ou encore par la voie comportementale.

L'élément principal mis en avant dans la théorie de la mentalisation de Pierre Marty est l'accumulation des excitations qui ne peuvent plus recevoir de traitement au travers des capacités de mentalisation. La perspective est avant tout interne et ne prend que très peu en

compte l'impact de l'environnement externe sur la formation des capacités de mentalisation des sujets. Marty va alors parler de « *sujets mal mentalisés* ». Le fonctionnement de leur système préconscient est déficitaire. De ce fait, les excitations pulsionnelles non déchargées vont s'accumuler, favorisant la désorganisation progressive du corps du sujet. Nous faisons le lien entre le déficit des capacités de mentalisation et l'instabilité psychomotrice, considérée comme pathologie de l'agir en clinique infantile (Berger, 1990) ou encore d'affections dermatologiques majeures et/ou chroniques (eczéma, pelade). Au vu des éléments exposés ci-dessus, ces enfants semblent un système préconscient déficitaire en raison, dans certaines situations, d'interactions précoces désaccordées, manquant de cohérence avec leur figure d'attachement principale.

1.3.b. L'apport de Rosine Debray (1983 ; 2001)

L'apport théorico-clinique de Rosine Debray (1983 ; 2001) sur la mentalisation s'inscrit dans la continuité des travaux de Pierre Marty. Cependant, cette dernière va se détacher de la définition de la mentalisation proposée par Marty pour proposer la définition suivante : « *la mentalisation est rapportée à la capacité que possède le sujet de tolérer, voire de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels et/ou intrapsychiques. Il s'agit en définitive d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents de la vie.* » (Debray, 2001). Autrement dit, Debray va mettre en lien le concept clinique de mentalisation avec le traitement de l'angoisse et la manière dont des capacités de mentalisation satisfaisantes vont permettre un traitement mentalisé de bonne qualité des angoisses du sujet.

Contrairement aux apports de Pierre Marty, l'auteur accorde dans ses travaux une place importante à l'environnement ainsi qu'aux facteurs externes qui interviennent dans les cas de désorganisations somatiques de sujets. Debray avance également qu'un événement tel qu'un traumatisme psychique ne peut pas se suffire à lui seul dans le cas de difficultés de mentalisation et de désorganisation somatique ; en effet, ces éléments rentrent alors en résonance avec des fragilités internes sous-jacentes à l'évènement en question (Debray, 1996). Rosine Debray accorde également une place plus importante à la réalité externe en soulignant que les conflits à élaborer ne sont pas seulement intrapsychiques mais également interpersonnels.

La littérature et l'apport théorico-pratique mettent en évidence une corrélation entre l'attachement des enfants et la formation des capacités de mentalisation. C'est pourquoi, il semble primordial d'aborder la formation des capacités de mentalisation et de symbolisation des enfants déficients intellectuels ayant vécu des carences affectives et des traumatismes relationnels précoces au travers du prisme de la théorie de l'attachement et les liens que nous pouvons alors effectuer dans le cadre de ce travail de thèse. L'impact de l'environnement à mettre en lien avec un terrain propice au déploiement d'une symptomatologie somatique, en lien avec un déficit des capacités de mentalisation prend toute son importance lorsque nous inscrivons notre propos dans le cadre de carences affectives et de traumatismes relationnels précoces.

1.3.c. L'apport de Fonagy (2001 ; 2004)

Peter Fonagy (2001 ; 2004) est un psychologue clinicien et psychanalyste britannique qui s'attache à mettre en lien théorie de l'attachement et formation des capacités de mentalisation.

Peter Fonagy et Mary Target (1997) nomment la fonction de mentalisation la fonction réflexive. Pour ces auteurs, il s'agit de la capacité pour l'enfant à se représenter ses propres états mentaux et à reconnaître et comprendre ceux d'autrui. Cette capacité permet aux enfants d'anticiper les rapports sociaux avec leurs pairs et d'agir de manière adaptée. Selon ces auteurs, les enfants seraient alors en mesure d'accéder à une régulation opérante de leurs émotions et à l'expérience de « l'organisation de soi ». (Fonagy, 2004 ; Theis, 2006).

Fonagy et Target (1997) avancent également au cours de leurs travaux que cette habileté à reconnaître ses propres émotions ainsi que celles des autres est fortement corrélée avec un attachement de type sécure. Les auteurs effectuent le lien avec la notion de contenance, s'inscrivant alors dans la continuité des travaux de Bion (1964) sur les contenants psychiques, et avancent qu'une contenance maternelle adaptée mise en place durant les moments d'interaction à un niveau précoce permettrait alors aux enfants de développer cette capacité de reconnaissance et de compréhension des émotions. Peter Fonagy (2004) explique également que l'expérience subjective que possède le sujet de l'affect permet le développement des capacités de mentalisation. En effet, dans le cadre d'interactions précoces discordantes et/ou déficitaires, l'objet primaire ne parvient pas à envisager et comprendre l'état mental de l'enfant et va alors projeter sur ce dernier des contenus en lien avec ses propres angoisses internes ou

défaillances narcissiques, empêchant alors l'enfant d'exister dans le regard de son parent et de se constituer un sentiment de cohérence de soi. De ce fait, les travaux de Fonagy vont mettre en exergue le fait que lorsque les situations de négligences et/ou de maltraitance sont effectuées par la figure d'attachement principale, les capacités de mentalisation se retrouvent alors entravées (Fonagy, 2004). Cet axe du travail de l'auteur est également retrouvé lors des situations où le parent ne parvient pas à s'accorder aux états mentaux et émotionnels de l'enfant ou lorsque les réponses sont régulièrement apportées sur un mode agressif. C'est alors que nous pouvons assister à un cadenassage de la sphère émotionnelle des enfants, le désir de jouer ou de manifester ses émotions étant entravé par les réponses données par la figure d'attachement. L'absence de capacités de mentalisation dans l'organisation interne du sujet tend à réactiver les traces traumatiques de son expérience précoce sous forme de contenus non-symbolisés et non-intégrés à la psyché.

La conception de Fonagy nous permet d'apporter un éclairage théorique extrêmement important dans la compréhension du développement des capacités de mentalisation chez les enfants. Dans le cadre de la déficience intellectuelle et de traumatismes relationnels précoces, un enfant qui a vécu des interactions précoces empreintes de violence, d'agressivité et de discordance ne peut disposer pleinement de son espace interne et découvrir le monde de manière sécurisé. Ce faisant, les capacités de mentalisation se retrouvent alors entravées. Une incapacité à nommer et à reconnaître les états mentaux chez soi-même et chez autrui semble relever d'un manque de stimulations et de sécurité dans les premières interactions avec les donneurs de soins et le monde extérieur. Le monde imaginaire de ces enfants semble alors entravé et cadenassé par les carences affectives et les traumatismes relationnels précoces vécus durant les premières années de vie.

1.3.d. L'apport de Jean Bergeret (1990 ; 1991)

Jean Bergeret nuance les apports précédemment exposés dans sa théorie de la mentalisation, en opérant une distinction entre imaginaire et mentalisation. En effet, Jean Bergeret avance dans ses travaux que la mentalisation résulte de l'utilisation de l'espace imaginaire sous la forme de représentations mentales symbolisées (Rebourg, De Tychev & Vivot, 1992 ; Bergeret, 1992). Jean Bergeret insiste sur la complémentarité de ces deux notions au sein de sa modélisation de la mentalisation.

Jean Bergeret définit l'imaginaire comme « *l'activité de rêve et de fantasme dont on a conscience ou pas, composés de fantasmes préconscients, conscients et inconscients ou primitifs* » (Rebourg, De Tychev & Vivot, 1992). L'activité imaginaire du sujet regroupe les activités oniriques et fantasmatiques. Ces activités peuvent être conscientes, ou non. L'imaginaire possède une fonction de protection de l'espace psychique face aux événements effractants de l'environnement. L'activité imaginaire permet d'acquérir une richesse du monde interne pour l'individu. Bergeret nous éclaire en apportant la définition suivante : « *Imaginer c'est être capable d'engendrer des fantasmes, des rêveries, des rêves qui, pour un individu, mettent en image de façon très vivante sa place et sa manière d'être en relation dans le monde de même que le modèle de ses échanges avec les autres.* ».

Contrairement aux positions cliniques exposées précédemment, Bergeret (1991) avance que la mentalisation constitue *une partie* du monde imaginaire qui va fonctionner en opposition à la somatisation et au registre comportemental. La mentalisation permet alors le traitement de l'imaginaire au sein duquel les représentations se lient aux affects éprouvés par le sujet au sein de son monde interne. En effet, le travail de symbolisation va impliquer un travail de liaison entre les affects et les représentations des pulsions libidinales et sexuelles dans le but d'effectuer un travail d'élaboration afin de les transformer en représentations et ainsi permettre l'acquisition d'une fluidité dans les processus de mentalisation. Autrement dit, l'investissement de l'espace imaginaire par le sujet lui-même va permettre un développement satisfaisant de ses capacités de mentalisation.

C'est pourquoi, la position clinique de Bergeret est particulièrement intéressante dans le cas d'enfants déficients intellectuels ayant vécu des carences affectives et des traumatismes relationnels précoces. Nous avançons que les traumatismes relationnels et les carences affectives précoces ont pour conséquences un blocage de l'imaginaire chez ces enfants déficients intellectuels. En effet, cette population d'enfant possède des difficultés dans les processus de symbolisation et de mentalisation, notamment au niveau des difficultés cognitives qu'ils peuvent connaître ainsi qu'un raisonnement fortement ancré dans la réalité-concrète.

Jean Bergeret (1991) avance dans ses travaux qu'un processus de mentalisation déficitaire et non opérant engendre une décharge pulsionnelle pouvant s'effectuer en fonction des mécanismes de défenses privilégiés par deux voies de sortie possibles : au travers de l'agir comportemental, le passage à l'acte (en cas de recours à une prévalence des mécanismes projectifs) mais également au travers de la décharge par la voie somatique qui constitue une décharge beaucoup plus archaïque des contenus non-symbolisés (en cas de prévalence des

mécanismes défensifs d'inhibition). Nous pouvons au travers de notre propos effectuer un rapprochement entre la théorie de la mentalisation de Jean Bergeret et la théorisation de Pierre Marty : lorsque la mentalisation n'est pas satisfaisante, une désorganisation somatique peut alors être observée chez le sujet. Jean Bergeret explique que le comportement est présent dans le but d'utiliser l'espace imaginaire sur le mode de la décharge motrice dans le cas d'affects mal mentalisés ; alors que la voie du (psycho)somatique constitue une manière pour le sujet d'utiliser son corps dans le cadre de la relation aux autres au sein de laquelle l'imaginaire ne peut être ni mentalisé, ni mis en acte (Bergeret, 1991 ; De Tychev, Diwo & Dollander, 2000). Ce faisant, nous pouvons observer au travers de notre revue de la littérature et des apports de Jean Bergeret que l'espace imaginaire constitue une première étape à la mentalisation. En effet, la littérature tend à montrer que lorsqu'un enfant investit son imaginaire, ce dernier tend à l'enrichir permettant alors l'accès au développement satisfaisant des capacités de symbolisation et de mentalisation.

Comme dit précédemment, les enfants déficients intellectuels ont tendance à se raccrocher à des fonctionnements et des pensées concrètes, collés à la réalité externe dans le but d'éviter toute montée d'angoisse en lien avec des éléments abstraits qu'ils ne parviennent pas à symboliser. Ce fonctionnement ne permet pas à ces enfants d'investir leur espace imaginaire et de chercher à le développer à la lumière de leurs compétences cognitives. De plus, les enfants déficients intellectuels victimes de traumatismes relationnels précoces et de carences affectives précoces, en plus de leurs difficultés liées au handicap, s'enferment dans des systèmes de pensées ritualisés et extrêmement rigides pour éviter toute intrusion des affects liés au vécu précoce traumatique. De ce fait, ces enfants semblent chercher à « rester compacts » en se raccrochant à une réalité extérieure rassurante, notamment dans le cadre de l'institution de soin. En effet, l'institution constitue pour eux un cadre contenant et rassurant, régi par des règles et un cadre pédagogique, éducatif et thérapeutique. Le cadre institutionnel est source de sécurité et de repère pour ces enfants, ce qui leur permet de lutter contre le morcellement sans s'impliquer psychiquement. Nous allons maintenant aborder la question de la formation de l'espace imaginaire et la manière dont ce dernier se développe chez les enfants déficients intellectuels victimes de traumatismes relationnels précoces et de carences affectives précoces.

II. La formation de l'espace imaginaire et son développement en clinique infantile.

Selon Claude De Tychey (2001), le processus de constitution de l'espace imaginaire débute dès la vie intra-utérine de l'enfant. En effet, le fœtus n'est pas isolé des sons provenant du monde extérieur et de ceux émis par ses parents (notamment la prosodie de la voix). Le fœtus entre donc précocement en interaction avec ses donneurs de soins durant le stade prénatal. De nombreuses recherches mettent en évidence l'impact des ressentis émotionnels de la mère sur son bébé, par exemple dans le cas de dépression ou de maladies mentales et des conséquences que cela peut engendrer dans le développement psycho-affectif de l'enfant (Touvenot, 2000).

Stern (1989) explique au cours de ses travaux que le nourrisson possède très tôt des capacités pour différencier l'objet et le soi, notamment durant les états d'éveil de faible activation et également au niveau affectif. Dans un premier temps, la capacité de différenciation est acquise puis, dans un second temps, apparait la quête de la relation fusionnelle, ou symbiose, pour l'enfant vis-à-vis de sa mère. Ces deux modalités relationnelles sont consécutives à des états émotionnels excessifs source de déplaisir et/ou qui débordent les capacités de pare-excitation de l'enfant (Bonneville-Baruchel, 2015). La période des expériences de découverte de soi ainsi que celle qui concerne la période d'intégration des invariants de soi se déroule entre deux et sept mois. Ces expériences vont permettre à l'enfant d'instaurer des bases élémentaires de la constitution du sens de soi et les bases de l'identité (Stern, 1989). Ces expériences peuvent s'opérer si le bébé dispose d'un environnement stable, étayant, permanent et cohérent dans ses réponses à ses besoins physiques et psychiques (Bonneville-Baruchel, 2015). Ce faisant, l'acquisition d'un sens cohérent de soi, d'un sentiment d'unité du moi va permettre aux enfants d'accéder à un espace imaginaire riche, effectuant des liaisons souples entre les affects et les représentations. Ces acquisitions et cet accès à une richesse de l'espace imaginaire permettront aux enfants d'acquérir des capacités de mentalisation satisfaisantes leur permettant ainsi d'accéder à une compréhension de leur environnement et des émotions (de celles qui leur sont propres mais également de celles des autres).

Donald Wood Winnicott (1956 ; 1969) avance dans ses travaux concernant sa conception de la psychologie infantile de la constitution de l'espace l'imaginaire que la

richesse des représentations qui le compose dépendent en grande partie de la construction de l'espace transitionnel qui va être rendue possible au cours du développement de l'enfant. La constitution de cet espace transitionnel débute dès la naissance du nourrisson pour s'effectuer ensuite durant les premières années de vie, prenant alors corps à la frontière entre la réalité externe et l'environnement intrapsychique de l'enfant. La principale fonction de l'espace transitionnel est d'amener progressivement l'enfant à distinguer l'interne de l'externe mais possède également une fonction de liaison de ces deux espaces particuliers. C'est pourquoi Winnicott explique que, dans un premier temps, les soins dits suffisamment bons de la mère permettent de maintenir la liaison entre ces deux espaces. La mère va permettre à l'enfant d'accéder à un sentiment d'omnipotence qui va alors permettre la constitution du narcissisme primaire (Theis, 2006). Ce faisant, en ayant accès à ce sentiment d'omnipotence des expériences créées, l'enfant va pouvoir avoir l'impression qu'il existe une réalité externe que lui seul est à même de créer, autrement dit qu'il est à l'origine de la création de cette réalité. Dans un second temps, la phase de « désadaptation » de la mère va alors intervenir et va engendrer un grand sentiment de frustration chez l'enfant, lui permettant par la suite de prendre en considération, de se rendre compte que ce sentiment d'omnipotence ne se suffit pas à lui-même et qu'il existe des moments qui ne dépendent pas directement de la création de ces expériences (d'omnipotence). Lorsque l'enfant se trouve à même d'accéder à cette « prise en considération », il y a survie d'un espace qui pourra devenir « celui du jeu et de la culture » (Chamy et Vericourt, 1990). Dans le même temps, le nourrisson commence doucement à accéder à la capacité à différencier des objets différents de lui-même, avec lesquels il ne fait pas (ou plus) un (Golse, 1999).

La création de l'espace imaginaire se fait donc à un niveau précoce au cours du développement de l'enfant. Nous assistons à une mise en place d'étape de développement dépendant presque directement de la qualité des interactions précoces qui seront mises en place entre l'enfant et sa mère. L'accès à un sentiment de cohérence de soi et d'unicité du moi en lien avec l'instauration d'un lien d'attachement sécure permet d'apporter une base de sécurité à l'enfant, lui apportant alors un support au développement de l'espace imaginaire, aux capacités de *symbolisation et de mentalisation*. *Nous allons maintenant* mettre en lien les capacités de symbolisation avec le dispositif dit « projectif » et les épreuves projectives au sens plus large du terme.

III. La projection, un dispositif à symboliser ? (Roman, 1997 ; 2015)

Chouvier (1997) aborde dans ses travaux la fonction du traumatisme dans la mobilisation de l'expérience de symbolisation chez le jeune enfant. L'effraction des enveloppes psychiques possédant une fonction « pare-excitante » vient ici fournir un exemple de mise à l'épreuve des premières expériences de représentation dans la double dimension régrédiente-progrédiente.

La méthode projective trouve ici son utilité et pourrait alors se définir comme constituant un *espace d'expression* d'un entre-deux processuel : la réponse projective mettant en scène un espace de conflictualité propre à la confrontation de l'interne et de l'externe du jeune enfant. En effet, le modèle articulant *représentation-chose* et *représentation-mot* proposé par Freud est ici pertinent pour définir ce qui se joue dans l'expérience de la méthode projective (Roman, 1997)

La symbolisation primaire constitue la trace de l'expérience et de sa représentation dans l'inconscient (Roman, 1997). Le traitement des excitations et des informations dans le champ de la *représentation-mot* permet d'accéder aux modalités d'inscription du jeune sujet dans le registre de la symbolisation secondaire. Roussillon (1995) explique dans ses travaux que la symbolisation primaire constitue le travail qui s'établit à partir de l'éprouvé sensoriel dans le registre de la *représentation-chose* demeurant inconsciente. La symbolisation secondaire constitue une représentation consciente dans le registre de la représentation-mot. Ces deux registres vont alors concourir aux alentours de l'âge de six ans., autrement dit il s'agit de l'intégration d'une continuité temporelle par l'établissement du refoulement (Roman, 1997) De ce fait, notre propos nous amène alors à avancer que la situation projective a souvent été comparée à l'aire transitionnelle de Winnicott car elle fait appel à la capacité de l'enfant à *jouer symboliquement*. L'éprouvé transitionnel est défini comme étant *la perméabilité des espaces internes et externes qui se développent durant la passation du projectif*. Il s'agit d'un élément spécifique de la clinique infantile, dans un temps où la participation réelle et fantasmatique tend à se confondre tout en visant à se différencier au fil de la maturation psychoaffective de l'enfant (Roman, 1997).

L'espace proposé par le dispositif projectif vient ici faire fonction d'aire transitionnelle pour l'enfant, le plaçant dans un espace qui se situe à « l'entre deux » de deux réalités. L'accès à l'aire transitionnelle permet aux enfants d'accéder aux jeux dits « symboliques », aux jeux de « faire-semblant » et de se projeter dans des situations au sein desquelles ils peuvent revêtir

différents rôles. Nous assistons à la mise en place de ces mêmes processus lors du passage d'épreuves projectives, les enfants pouvant alors se permettre de projeter des éléments du registre de l'interne sur des contenus issus de l'externe, témoignant alors, ou non de capacités à investir de manière sécurisée le matériel des tests et donc de la qualité de l'espace imaginaire.

IV. Les épreuves projectives face à l'inhibition intellectuelle : ouvertures théoriques.

Emmanuelli (2007) avance au cours de ses travaux, qu'il subsiste un lien entre la suspension des processus de mentalisation et le recours aux pathologies de l'agir dans le cadre de l'inhibition intellectuelle. L'auteur explique également que ce sont les premières années de scolarisation qui vont venir témoigner de difficultés spécifiques du développement intellectuel, voire parfois d'affections plus importantes telles que des troubles de la personnalité, en lien avec des problématiques se situant, quant à elles, à un niveau beaucoup plus archaïque. Lorsque nous évoquons ici le terme d'inhibition intellectuelle, nous nous référons à la conception d'Emmanuelli (1997) qui définit ce concept comme constituant toutes les sortes de pathologies mentales susceptibles de porter atteinte à la mise en place de l'investissement de la pensée.

Freud (1926) définissait l'inhibition intellectuelle comme étant un renoncement, une mise à distance, d'une fonction inscrite dans une problématique d'ordre sexuel : « *La fonction qu'un organe remplit au service du moi est atteinte lorsque son érogénéité, sa signification sexuelle, s'accroît. Cet organe se comporte [...] comme une cuisinière qui ne veut plus travailler au fourneau parce que le maître de maison a engagé avec elle une relation amoureuse.* » (Freud, Inhibition et symptôme et Angoisse, 1926, p. 4). Autrement dit, nous suivons ici la réflexion de Freud concernant la sexualité et ses liens avec le fonctionnement de la pensée ayant une fonction de stimulant, de source d'énergie (Roman, 1997 ; Emmanuelli, 2007). C'est alors, que Freud va, au cours de ses différents travaux, associer la réflexion amorcée sur la notion de narcissisme à celle dite du « renoncement à la fonction », c'est-à-dire de l'impact du narcissisme en lien avec l'excitation sexuelle ainsi que l'activité masturbatoire : « *L'ultime fondement de toutes les inhibitions intellectuelles et des inhibitions au travail semble être l'inhibition de l'onanisme infantile. Mais cela va-t-il plus loin : non pas son inhibition par des influences extérieures, mais sa nature insatisfaisante en soi.* » (FREUD, Résultats, idées problèmes, p. 288). L'angoisse de castration et la culpabilité œdipienne qui en découle mettent

en avant l'impact de l'investissement de l'activité de pensée et la possibilité d'utiliser celle-ci pour en tirer satisfaction. (Roman, 1997 ; Emmanuelli, 2007). En effet, l'inhibition met en évidence le déplacement des angoisses de castration sur l'activité de pensée due à la charge sexuelle libidinale. Cette dernière n'est pas ancrée suffisamment au niveau latent, tout comme l'intensité de l'agressivité, ou encore des désirs de mort. Selon Emmanuelli (1997) le défaut du travail de latence peut être attribué aux troubles manifestés par ces enfants.

Pour finir, nous pouvons préciser et insister sur le fait que l'approche psychanalytique de la pensée permet de comprendre et de circonscrire les éléments en jeu dans le cadre de l'inhibition intellectuelle chez le sujet enfant : l'action de penser s'appuie sur un substrat pulsionnel pour fonctionner. C'est pourquoi les fonctions intellectuelles sont facilement remises en question et interrogées, se trouvant alors freinées par l'intervention du surmoi. De plus, le narcissisme est également convoqué dans cette configuration : ce dernier se veut garant de l'intégrité du sujet en réaction à l'angoisse de castration comme fondement de l'Idéal du moi. En effet, ce dernier se trouve fortement engagé dans les activités intellectuelles porteuses et garante du symbolisme phallique.

V. Conséquences des difficultés de mentalisation chez l'enfant intellectuellement inhibé.

Donald Wood Winnicott (1956 ; 1969) a particulièrement insisté sur l'impact des interactions précoces entre une mère et son enfant dans le développement psycho-affectif de ce dernier. De nombreux psychanalystes ont mis en évidence le rôle déterminant de la sensibilité maternelle dans le développement psychique du nourrisson et du développement de ses capacités imaginaires et de son accès à des capacités de mentalisation satisfaisantes ; au travers des soins corporels, des échanges ludiques et/ou verbaux.

Les capacités de mentalisation s'acquièrent au travers de la relation à l'autre et de la qualité de cette dernière. Si les interactions entre l'enfant et son donneur de soin sont satisfaisantes, l'enfant accédera plus facilement à son espace imaginaire et à la mentalisation. De plus, l'attachement constitue un déterminant précoce de l'accès à des capacités de symbolisation et de mentalisation satisfaisantes.

Les enfants déficients intellectuels ayant vécus des traumatismes relationnels précoces et des carences affectives précoces ne possèdent qu'un accès limité à la

mentalisation ainsi qu'à leur espace imaginaire. En effet, l'impact des carences affectives précoces et des traumatismes relationnels précoces sur les fonctions cognitives de l'enfant est tel qu'il peut être envisagé comme un « barrage de la pensée », coupant alors la plupart des connexions entre les représentations et les affects, ne permettant plus à l'enfant d'élaborer alors psychiquement ses ressentis émotionnels. Ce faisant, cela a pour conséquence une rigidification des mécanismes de défense qui tendent à maintenir l'enfant dans cet état de « vide de la pensée », penser devenant alors trop effrayant car faire tomber ce barrage, c'est laisser libre court aux affects en lien avec les traumatismes et les carences affectives que l'enfant a cherché à faire passer sous silence au travers de la mise sur le devant de la scène de ses difficultés cognitives ; difficultés qui tendent à s'intensifier avec le temps.

Les traumatismes relationnels précoces et les carences affectives précoces impliquent un désaccordage et une discordance au sein même des relations précoces entre l'enfant et son donneur de soin et/ou avec son environnement familial. Comme expliqué précédemment, un environnement chaotique et prévisible générateur d'insécurité ne permettra pas à l'enfant d'user de ses capacités d'exploration pour découvrir le monde. Tout comme un enfant trop peu stimulé durant les interactions précoces avec sa mère ne pourra accéder à des capacités cognitives satisfaisantes ainsi qu'à un développement des capacités de mentalisation efficient. En effet, sans découverte du monde extérieur, l'enfant ne pourra pas enrichir son espace imaginaire et acquérir des compétences socio-relationnelles. C'est pourquoi, une non-compréhension des états mentaux d'autrui et une non reconnaissance des émotions sont généralement constatées dans le cas de ces enfants.

Au regard de ces développements théoriques précédemment exposés, nous pouvons énoncer les hypothèses théoriques suivantes :

Hypothèses théoriques :

H1 : Les traumatismes et les carences affectives précoces ont un effet négatif sur les capacités de mentalisation des enfants déficients intellectuels. En effet, plus l'impact et la répétition des traumatismes relationnels et des carences affectives précoces sont fréquentes et plus les capacités de mentalisation devraient être déficitaires.

H2 : Les traumatismes et les carences affectives précoces ont un effet négatif sur la formation des imagos parentales des enfants déficients intellectuels. En effet, plus l'impact et la répétition des traumatismes relationnels et des carences affectives précoces sont fréquentes et plus la formation des imagos parentales devrait être déficitaire et abîmée.

H3 : Les enfants déficients intellectuels qui ont vécu des traumatismes relationnels précoces et des carences affectives précoces ne devraient pas avoir de perception de leur corps entière et unitaire.

H4 : Les enfants déficients intellectuels devraient avoir vécu davantage de traumatismes précoces comparativement aux enfants du groupe contrôle.

H5 : Les frustrations affectives et le sentiment d'abandon devraient être plus fréquents chez les enfants du groupe clinique que les enfants du groupe contrôle.

H6 : En raison de la présence de traumatismes relationnels précoces et de carences affectives précoces, la construction de l'identité sexuelle devrait être plus problématique dans le groupe clinique comparativement au groupe contrôle.

CHAPITRE 3 : LA PARENTALITE

I. La parentalité : une notion pluri et multidimensionnelle

La notion de parentalité recouvre une complexité non négligeable d'éléments à prendre en considération. Nous pouvons assister à la mise en place de nombreux réaménagements identitaires, sociaux et psychologiques en œuvre dans le devenir parent des individus. Nous ne naissons pas parents, nous le devenons. C'est au travers de l'interaction et l'imbrication de nos propres schémas recouvrant le domaine de l'éducation, des événements de vie mais également de l'influence sociétale que nous pouvons nous construire une norme dans l'accès à la parentalité.

Ce ne sera que dans les années 1930 que le terme de « parentalité » sera conceptualisé au travers des apports effectués par Malinowski, anthropologue. Dans un premier temps, le terme de parentalité faisait référence au fait « d'être parents » d'un enfant, c'est-à-dire qu'il prenait en considération l'aspect biologique, les parents sont ceux qui ont donné la vie à leur enfant, mais également l'aspect législatif au sens où les parents deviennent indubitablement responsables de leur enfant. C'est dans les années 1970 que le terme de parentalité entre dans le vocabulaire judiciaire, entendant alors l'abolition de la toute-puissance paternelle au profit d'une autorité parentale partagée (Ravenel, 2019).

Le terme parentalité est à différencier du terme parenté, ces deux termes ne possédant pas le même sens. Selon Neyrand (2007), la parenté peut être définie comme « *une structure structurée par l'alliance et structurant la filiation qui définit socio-juridiquement les liens unissant les différents membres d'une famille au sein d'un système d'interaction entre des réseaux de parentés* ». Martine Lamour et Marthe Baracco (1998) définissent la parentalité comme constituant « *l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes le devenir parents* ». Dans la continuité des travaux de Lamour et Baracco, Neyrand (2007) définit le concept de parentalité comme « *l'espace de mise en œuvre des relations parentales appréhendées dans leur concrétude engendrant alors le fait d'identifier les différentes catégories d'acteurs ayant une fonction parentale sans forcément directement participer du système des parents.* ». Autrement dit, la parenté implique l'inscription sociale des membres de la famille alors que la parentalité implique les mécanismes en jeu dans le devenir-parent et le réseau des pratiques à cette dernière.

D'après Houzel, toute venue au monde d'un enfant entraîne une responsabilité des nouveaux parents envers l'être qu'ils ont mis au monde et ce pour toute la vie. De ce fait, la fonction parentale concerne l'ensemble des droits, devoirs, obligation de soin, surveillance et de protection que les parents doivent respecter et appliquer envers l'enfant dont ils ont la responsabilité. On peut ainsi citer l'article 375 du Code Civil qui stipule que tout parent doit veiller « à la santé, à la sécurité, à la moralité, au développement physique, affectif, intellectuel et social des mineurs dont il a la charge ».

1.1. Aspects sociaux de la parentalité

La parentalité, dans son versant social, est premièrement considérée comme étant une représentation sociale. Denis Jodelet (1989) définit cette notion comme « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* », c'est à dire que la notion de parentalité est envisagée comme constituant une construction de la connaissance du devenir parent socialement validée par un groupe social de référence, autrement dit par la société au sein de laquelle évoluent les individus. En effet, les formes revêtues par la parentalité sont variées et complexes en raison de la diversité et de la multiplicité des modèles familiaux existants (Ciccone, 2012).

Une distinction doit être effectuée entre les parents dits « géniteurs » (ceux qui ont donné biologiquement naissance à l'enfant), les parents « légaux » (ceux disposant de l'autorité parentale au regard du cadre législatif) et les parents dits « psychologiques » (ceux qui éduquent l'enfant, l'aiment et lui transmettent des valeurs) (Ciccone, 2012). Ces fonctions peuvent être centralisées sur les mêmes personnes mais peuvent parfois être réparties sur plusieurs personnes en fonction de l'organisation de la cellule familiale et de son vécu. Nous pouvons observer que la construction de la parentalité s'effectue à un niveau contextuel en fonction des vécus de chacun. L'ancrage premier de l'accès à la parentalité s'effectue donc premièrement dans un versant sociétal omniprésent et générateur de normes et de cadre pour les individus. Autrement dit, la parentalité, sa représentation, s'inscrit première dans un ordre symbolique. Toutefois, le processus d'accès à la parentalité s'effectue également au travers d'autres déterminants qui convoquent notamment les aspects biologiques et psychologiques (Perry-Jenkins & Claxton, 2011).

I.2. Aspects psychologiques de la parentalité : le sentiment et la fonction psychique de la parentalité

Comme nous l'avons exposé précédemment, l'accès au processus de parentalité s'effectue progressivement au travers d'une multitude de réaménagements psychiques. Les individus deviennent parents progressivement au travers d'un mécanisme de transition (Roskam, Galdiolo, Meunier et Stiévnart, 2015) qui contient un certain nombre d'enjeux, narcissiques et œdipiens.

Un des premiers enjeux narcissiques majeurs du devenir parent est le désir d'immortalité (Ciccone, 2012). La fonction inconsciente de l'enfant est de porter en lui le narcissisme parental afin d'en assurer une continuité temporelle inépuisable car c'est au travers de l'enfant que les parents vont pouvoir réaliser ce qu'ils n'ont pas pu effectuer dans leur vie en lien avec les contraintes du principe de réalité. Une seconde fonction assurant le maintien du narcissisme parental par l'enfant est, dans certains cas, la réparation de l'histoire familiale.

De par la nature de notre travail de recherche, les enjeux psychologiques de la parentalité vont être développée dans la suite de notre travail de manière plus approfondie.

II. Les déterminants de la parentalité

II.1. Modélisations théoriques de la notion de parentalité

La manière dont l'individu accède au statut de parent et à la fonction parentale qui y est, par conséquent, rattachée a intéressé de nombreux auteurs et donné lieu à des modélisations théoriques de l'accès à la parentalité. Afin d'illustrer au mieux notre propos, nous allons nous pencher sur deux modèles théoriques de la parentalité : le modèle de Belsky (1984) et le modèle de Benedek (1959).

II.1.a.. Le modèle de Belsky (1984)

Ce modèle aborde la notion de la parentalité comme une notion dynamique, prenant en considération le caractère bilatéral des liens impliqués entre parentalité et développement de l'enfant (Roskam, I., Galdiolo, S., Meunier, J. C., & Stiévenart, M.,2015). Ce modèle implique l'histoire développementale des parents, ses relations sociales ainsi que ses relations maritales qui influencent la personnalité du parent, son bien être psychologique et par inférence son

fonctionnement en tant que parent (Devault et al.,2007 ; Belsky, ; 1984). De ce fait, nous pouvons observer le caractère plurifactoriel de ce modèle qui vient mettre en évidence une interaction dynamique de ces différents éléments entre eux. En effet, ce modèle théorique fait intervenir trois déterminants principaux : 1/ Les déterminants liés aux caractéristiques du parent ; 2/ Les déterminants liés aux caractéristiques de l'enfant et ; 3/ Les déterminants caractérisés par les contextes au sein desquels le parent exerce sa fonction (Roskam, I., Galdiolo, S., Meunier, J. C., & Stiévenart, M. (2015). Nous allons maintenant expliciter chacun de ces déterminants. Autrement dit, nous pouvons observer la prise en compte d'un facteur environnemental dans l'accès à la parentalité et dans la manière dont les individus devenant parents vont pouvoir investir leur nouvelle fonction parentale. Pour plus de clarté et de compréhension, nous avons choisi de résumer les variables présentes dans le modèle de Belsky (1984) au sein du schéma suivant :

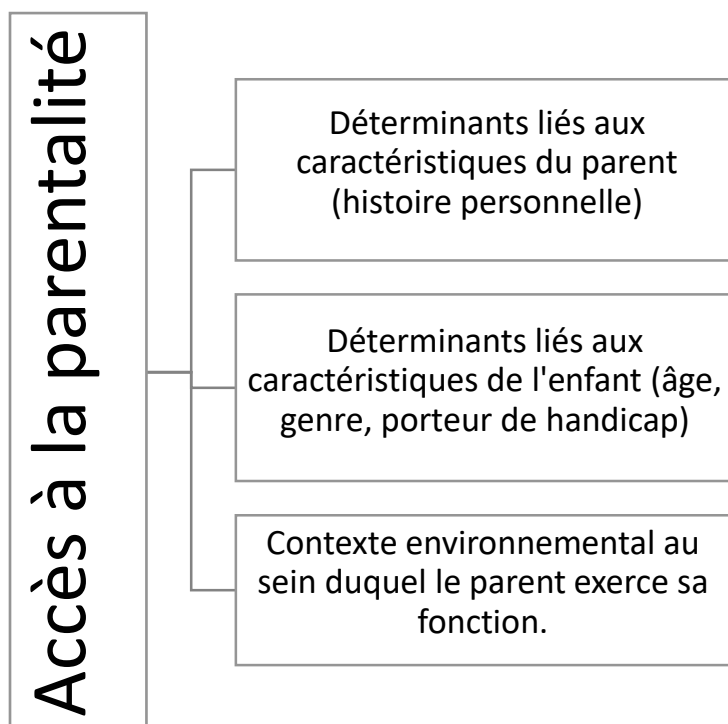


Figure n°3 : le modèle de Belsky (1984)

Comme expliqué ci-dessus, le modèle de Belsky s'articule autour de trois variables principales, inter-dynamiques et interagissant entre elles et ayant pour objectif final de permettre à l'individu d'accéder au processus de parentalité. Nous allons maintenant prendre le

temps d'expliquer la manière dont chacune de ces trois dimensions se traduisent et de quelle manière elles impactent l'accès à la parentalité de l'individu :

Dans un premier temps, nous allons nous intéresser *aux déterminants liés aux caractéristiques du parent*. Cette première dimension concerne notamment l'histoire de vie du parent et son système de représentations en ce qui concerne la notion d'éducation. Autrement dit, il est ici question de la manière dont il a été élevé, également de la qualité des relations entretenues avec ses propres parents lorsqu'il était enfant mais surtout, ce déterminant vient ici très précisément convoquer le *pattern d'attachement* du parent lui-même. La théorie de l'attachement est ici au cœur du modèle de Belsky (1984), ce dernier inscrivant les caractéristiques psychiques des individus accédant au processus de parentalité dans une perspective intergénérationnelle de cette notion. En effet, l'auteur décrit la notion d'intergénérationnalité comme constitutive de « *l'histoire personnelle du parent ou comment ils ont eux-mêmes été éduqués.* » (Roskam, I., Galdiolo, S., Meunier, J. C., & Stiévenart, M., 2015). Nous parlons ici d'héritage familial en ce qui concerne les valeurs, le fonctionnement de la famille mais également le système de représentations véhiculé de génération en génération. Nous faisons ici le lien avec la notion de transparence psychique maternelle, notion théorisée par Bydlowski et décrit comme « *un fonctionnement psychique maternel particulier, caractérisée par l'abaissement des résistances habituelles de la jeune femme face au refoulé inconscient, et marquée par un surinvestissement de son histoire personnelle et de ses conflits infantiles avec une plasticité importante des représentations mentales centrées sur une indéniable polarisation narcissique.* » (Bydlowski et Golse, 2001). En effet, Bydlowski explique dans ses travaux que l'enfant porté représente la « *métaphore de l'objet interne* ». Autrement dit, la mère en devenir effectuera un retour sur soi-même, venant interroger ses propres représentations dans son accès à la maternité et plus largement à la parentalité. C'est pourquoi, nous pouvons ici mettre en évidence un impact non négligeable de l'histoire personnelle du sujet dans sa manière d'accéder à la parentalité et de se considérer dans sa fonction parentale au regard de l'intériorisation de ses premiers objets d'amour.

Dans un second temps, le modèle de Belsky aborde les déterminants liés aux caractéristiques de l'enfant lui-même. Cette seconde dimension concerne, quant à elle, ce que Belsky désigne comme le tempérament et le comportement de l'enfant. Rothbart et Bates (2006) ont défini le tempérament de l'enfant comme étant « *les différences individuelles constitutionnelles de réactivité et d'auto-régulation* ». Ces auteurs incluent, dans leur

théorisation, le versant biologique dans la circonscription de la notion de tempérament. Ces auteurs avancent que la notion de tempérament peut être considérée comme un déterminant stable au sein de la personnalité de l'individu. La réaction et la capacité d'autorégulation de l'enfant viennent ici étoffer la définition des auteurs en précisant qu'il s'agit de la sensibilité de l'enfant aux changements de son environnement et de la manière dont ce dernier va faire face à ces changements. Les capacités d'adaptation du jeune enfant sont ici convoquées. Quant à l'autorégulation, elle implique ici les mécanismes neuronaux et comportementaux qui vont venir moduler la réactivité de l'enfant face aux variations environnementales. Nous pouvons remarquer que ces trois déterminants principaux liés aux caractéristiques de l'enfant sont interdépendants et s'inscrivent dans une dynamique évolutive des capacités de l'enfant en lien avec les contextes de la parentalité.

Dans une visée moins neuro-développementale et plus en lien avec la singularité de l'individu, nous pouvons également mettre en lien la présence de certains facteurs particuliers propres à l'enfant. Par exemple, nous évoquons la possible difficulté pour un individu d'accéder à une parentalité lorsque son enfant est porteur d'un handicap. Nous avançons également l'idée que plus le handicap est important et moins l'accès à la parentalité se fera facilement pour le parent. La question de genre est également évoquée ici, ainsi que la notion d'enfant réel et d'enfant imaginaire. En effet, si nous reprenons la définition de ces notions dans le Dictionnaire de Psychologie de Roland Doron et Françoise Parot (1993), l'enfant imaginaire est l'enfant à naître sur lequel les parents vont projeter leurs propres représentations ainsi que leurs attentes, leurs angoisses en lien avec leur propre fonctionnement familial. La notion de transparence psychique maternelle évoquée ci-dessus rend la mère particulièrement perméable à ce type de mécanisme. Au moment de la naissance, l'enfant réel constitue alors une confrontation entre lui et l'enfant imaginaire. Les attentes des parents viennent alors se confronter à la réalité de la naissance mais surtout, en lien avec le modèle de Belsky, aux propres caractéristiques de l'enfant. C'est pourquoi, cette seconde dimension du modèle de l'auteur intervient également comme un facteur déterminant dans l'accès au processus de parentalité de l'individu.

Dans un troisième et dernier temps, l'auteur aborde les *caractéristiques liées aux contextes au sein desquels s'exerce la parentalité*. Dans la continuité des apports de l'auteur, Oakes et Rossi (2003) vont s'intéresser à la situation socio-économique des parents. En effet, ces derniers avancent que plus les parents possèdent les moyens matériels et financiers pour faire face aux difficultés et plus l'éventail de ressources s'élargit impliquant une plus grande facilité à faire

face aux difficultés de la vie. La relation conjugale est la seconde caractéristique convoquée par Belsky (1984) dans son modèle théorique de la parentalité. Cette dernière avance que plus la qualité des interactions entretenues avec le conjoint est satisfaisante et plus la qualité des interactions entretenues avec l'enfant le sera également. Une relation conjugale satisfaisante constitue une source de support non négligeable pour les parents et donc une plus grande disponibilité émotionnelle de ces derniers pour répondre aux besoins de leur enfant. Nous rejoignons ici les travaux en lien avec l'attachement adulte dans le couple. La théorie de l'attachement adulte a été théorisée par Bartholomew et Horowitz (1991) qui implique, dans la continuité des travaux effectués concernant l'attachement chez l'enfant, quatre catégories d'attachement adulte : sécure, préoccupé, détaché et craintif.

Les individus qui possèdent *un style d'attachement sécure* dans leur couple possèdent une image positive d'eux même et des autres, estiment mériter l'amour de leur conjoint et envisagent de manière positive les situations interpersonnelles.

Les individus qui possèdent *un style d'attachement détaché* possèdent une image positive d'eux même mais possèdent, cependant, une image négative des autres. Ces personnes doutent de la capacité d'autrui à répondre à leur besoin.

Les individus qui possèdent *un style d'attachement dit préoccupé* possèdent une image négative d'eux même et ne possèdent pas le sentiment de mériter l'amour que leur apporte leur conjoint. Ces personnes font preuve d'une grande instabilité émotionnelle dans leur relation de couple, de dépendance et/ou de vécu abandonnique.

Pour terminer notre explication des catégories d'attachement adulte, les individus qui possèdent *un style d'attachement craintif* possèdent également une image négative d'eux même et des autres, ces derniers ne se sentent pas dignes d'être aimés et anticipent le rejet de la part d'autrui.

Belsky explique alors que l'attachement constitue une sorte de colonne vertébrale de son modèle théorique de la parentalité. En effet, la troisième dimension implique le contexte environnemental dans lequel s'exerce la fonction de la parentalité, mais également par extension nous parlons d'environnement parental, la manière dont le couple s'organise et fonctionne selon un système de représentation qui lui est propre. Nous rejoignons également

les travaux de Winnicott sur l'importance de l'environnement dans le développement de l'enfant : plus un environnement est sûr et plus l'enfant parviendra à se développer de manière harmonieuse. Il en va du même principe dans le modèle de Belsky qui explique que plus les parents évoluent dans une situation stable et sûre au niveau affectif mais également maternel, et plus ces derniers seront en mesure d'accéder à une parentalité harmonieuse et adaptée. Les auteurs avancent alors que plus l'attachement dans le couple est sûr, et plus les parents seront en mesure de déployer des stratégies d'adaptation opérantes.

Nous avons choisi d'utiliser le modèle de Belsky dans cette partie théorique car ce dernier est pluri-factoriel et explique que l'accès à la parentalité s'effectue au travers de la combinaison de plusieurs facteurs et dimensions en ce qui concerne les parents eux-mêmes, l'enfant et le contexte de vie des parents. Nous avons pu effectuer aisément des liens entre le modèle de Belsky et les notions psychanalytiques exposées dans ce cadre théorique. Nous allons maintenant nous intéresser au modèle de Benedek (1959) qui considère la parentalité comme constituée de stades. Notre visée sera ici plus clinique et psychanalytique afin de circonscrire notre propos dans le cadre de cette recherche de doctorat en psychologie clinique.

II.1.b.. Le modèle de Benedek (1959)

La notion de parentalité trouve son ancrage psychodynamique au travers des travaux de Benedek (1959). La notion du *devenir parents* est ici présentée comme une étape de maturation pour l'individu adulte. De ce fait, Benedek crée le terme de « *parenthood* » (1959) qu'elle désigne comme « *le processus de développement psychoaffectif commun aux deux géniteurs du fait de la conception d'un enfant.* » (Neyrand, 2007).

L'idée portée par les travaux de Benedek met en exergue que le fait de devenir parent tient plus d'un processus complexe de maturation psychologique, que de données biologiques et sociales mais qu'il est plutôt question de remaniement de processus psychologiques impliqués dans l'accès à la parentalité pour les deux sujets. Dans ce modèle, la parentalité est envisagée comme un processus de *construction* de la *posture* et du *rôle* de parent. Cette construction s'opère notamment au travers de la vie fantasmatique ainsi que la réactivation des propres vécus archaïques de chacun des parents en devenir. Ces investissements interviennent à « *un stade où le vécu fantasmatique de la grossesse est très semblable pour les deux sexes* » (Neyrand, 2007). La parentalité est envisagée comme un processus et non un état de fait. Ce

concept fait référence à la mise en place d'un processus psychique de construction et d'élaboration d'une position parentale interne au sujet au regard de la qualité de l'intériorisation de ses premiers objets d'amour. Ce processus accompagne ici le déroulement de différentes étapes dans l'accompagnement de l'enfant, de sa conception à son autonomie, ce dernier s'inscrivant dans une généalogie particulière (Neyrand, 2007).

Paul-Claude Racamier (1961), pédopsychiatre et psychanalyste français, ainsi que Serge Stoleru (1995) s'inscrivent dans la continuité des travaux de Thérèse Benedek en étudiant le terme de maternalité, de paternalité et de parentalité. Serge Stoleru reprend l'idée de Paul-Claude Racamier en distinguant les pratiques parentales de leur vécu subjectif.

La maternalité est définie comme « L'ensemble organisé des représentations mentales, des affects, des désirs et des comportements en relation avec l'enfant, que celui-ci soit à l'étape de projet, attendu au cours de la grossesse ou déjà né ». La vie de la mère va alors être régie par un ensemble de processus psychoaffectifs du projet d'enfant à la naissance et jusqu'à la première année de vie de ce dernier. Le processus de maternalité viendra, quant à lui, progressivement s'estomper et s'arrêter lors de la séparation psychique de la mère et de son enfant, vers la fin de la première année de vie. C'est alors que huit principales tâches développementales se déroulant de la grossesse au post-partum vont être identifiées au cours de ces dernières années (Krings-George, 2013) :

1. *L'acceptation de la grossesse* : durant le premier trimestre de grossesse, les femmes vont prendre en compte leur grossesse et accepter le fait que cette dernière s'inscrit dans le réel. Elles vont alors adapter leurs comportements à cette nouvelle réalité et progressivement se l'approprier.

2. *L'acceptation de la réalité du fœtus* : durant le deuxième trimestre de grossesse, la mère en devenir va reconnaître le fœtus en tant qu'être individuel et porteur de singularité. La relation entre la mère et le bébé va s'établir au travers de la vie intra-utérine.

3. *La réactivation d'investissements archaïques, notamment la réévaluation et la restriction de la relation avec les parents* : à partir du deuxième trimestre de grossesse, la mère va se baser sur les propres expériences de ses parents dans le but d'assumer et de se construire progressivement sa posture et son propre rôle parental.

4. *La réévaluation et la restructuration de la relation conjugale* : la relation amoureuse va progressivement s'élargir dans l'objectif d'intégrer une nouvelle dimension appelée l'alliance parentale (Abidin et Brunner, 1995). Nous assistons alors au glissement et à la construction progressive de la parentalité, les individus passant du couple à la famille.

5. *La restructuration de l'identité* : il est ici question de l'identité maternelle avec une réactivation des investissements libidinaux de la future mère avec évaluation des avantages et des pertes, l'acceptation des changements engendrés par la construction de ce nouveau rôle parental.

6. *La préparation à l'accouchement et le moment de l'accouchement* : il s'agit ici de la principale tâche du troisième trimestre de la grossesse où la future-mère va se préparer à l'arrivée de son enfant et va alors se projeter dans la relation avec lui lorsqu'il sera venu au monde.

7. *La parentalité* : c'est à dire la construction de la relation avec l'enfant basée sur les comportements et les signes du bébé. Le processus d'accès à la parentalité s'effectue progressivement de la grossesse au post-partum pour chacun des parents.

8. *La réévaluation et la restructuration de la relation avec les autres enfants* : autrement dit, il s'agit ici de l'intégration de l'enfant au sein d'un réseau relationnel plus complexe avec l'attribution des rôles dans la fratrie.

Ces huit tâches développementales sont caractéristiques de la notion de maternalité et constituent des indicateurs essentiels dans le parcours effectué par la jeune mère dans l'investissement de son nouveau rôle de mère. En parallèle, la notion de paternalité constitue également un élément essentiel de la parentalité, possédant également ses propres caractéristiques dans le processus d'accès à la parentalité de l'individu.

La paternalité constitue une notion complémentaire de la maternalité. En miroir de la définition de la maternalité, la notion de paternalité peut être définie comme « *l'ensemble des processus psychoaffectifs qui vont se développer et s'intégrer chez l'homme lors du désir d'enfant, jusque l'accouchement de sa compagne et après celui-ci* » (De Maistre, *Corresp.*, t.2, 1806-07, p.262). Le rôle du père a connu une évolution considérable au cours de ces dernières années, lui

accordant désormais un statut de « père impliqué » (Le Camus, 1997). A l'heure actuelle, ces pères font désormais preuve d'un engagement important et quotidien auprès de leur enfant et de leur épouse et/ou époux. Ils peuvent désormais s'impliquer davantage dans le quotidien, dans l'éducation et dans les jeux avec leur enfant. Le processus de paternalité a longtemps été mis de côté au profit de la maternalité. L'ancrage sociétal important et la distribution des rôles de chacun dans le foyer ne permettaient pas aux pères d'investir pleinement leur paternalité. En effet, la parentalisation du père est définie comme l'influence positive exercée par un tiers sur le sentiment que possède l'homme sur le fait d'être père. Autrement dit, la paternalisation influe sur la qualité de l'investissement du père pour son enfant. L'interaction mutuelle entre un père et son enfant permet à chacun d'investir son rôle dans la structure familiale, autrement dit, le bébé paternalise son père au travers des interactions, parallèlement la mère contrôle l'accès à son bébé et favorise le développement de la paternalité chez son compagnon dans le cadre de la relation conjugale.

L'accès au processus de la parentalité regroupe des mécanismes complexes inter-dynamiques, impliquant notamment l'histoire des deux parents en devenir, les caractéristiques de l'enfant mais également les caractéristiques liées aux contextes de vie et à l'environnement. L'accès à la parentalité se fait progressivement, de la vie intra-utérine au post-partum. La qualité des premières relations objectales chez les parents va déterminer la qualité de l'investissement de l'enfant en devenir. Nous ne pouvons bien évidemment passer à côté de la théorie de l'attachement, notion centrale dans ce concept de la parentalité. L'accès au statut de parent engendre de nombreux bouleversements. Il est effectivement question d'une réorganisation des statuts de chacun au sein de la cellule familiale. Après avoir exposé les concepts théoriques en lien avec le processus d'accès à la parentalité, nous allons maintenant aborder les notions de défaillances parentales et les situations de négligences dans le cadre de situations intrafamiliales.

II. 2 Au sujet de l'incapacité parentale, de la défaillance parentale et les situations de négligence.

Emmanuelle Bonneville-Baruchel (2015), dans ses travaux, explique que certaines configurations spécifiques aux interactions défaillantes renvoient à la notion de défaillance parentale au sein des familles carencées. Les défaillances parentales peuvent revêtir deux

formes particulières, à distinguer de la notion « *d'incompétence parentale* »³ qui recouvre un tout autre champ de modélisation psychopathologique impliquant d'autres modalités de prise en charge.

La défaillance parentale peut, de ce fait, être *transitoire* ou progressivement s'enkyster au sein de l'organisation de la dynamique familiale et ainsi se *chroniciser*.

La défaillance parentale *momentanée* correspond à « *un état de désorganisation psychique extrême chez l'un, ou les deux, des parents, consécutif à un événement ou à un contexte traumatogène, et non décompensé auparavant.* » (Bonneville-Baruchel, 2015). Le contexte traumatogène mentionné par l'auteur précédemment, peut prendre la forme d'une séparation conjugale, un décès ou encore les remaniements identitaires et affectifs en jeu lors de la période du post-partum. Le caractère aigu et transitoire de ce type de défaillance parentale est corrélé avec l'absence de structure psychopathologique à risque chez le parent ainsi que la réelle possibilité pour le parent d'accéder à ses compétences parentales que ce dernier a déjà pu mettre en place auparavant. Les ressources du/des parent(s) vont également sous-tendre l'accès à des capacités de résilience suffisamment adéquates afin d'apporter les réponses adéquates à l'enfant et l'étayage dont ce dernier a besoin.

Contrairement à ce que nous avons explicité ci-dessus, la défaillance parentale chronique est, quant à elle, liée à la structure de personnalité d'un ou des parent(s). L'importance et la sévérité des troubles qui y sont associées empêche le parent d'adopter des attitudes et comportements adéquats face aux besoins de l'enfant (Bonneville-Baruchel, 2015). Différents auteurs ont étudié au cours de leurs travaux les liens entre structure de personnalité et incapacité parentale chronique (Berger, 2013) et ont pu mettre en évidence deux cas de figure possibles : 1. Lorsque les deux parents possèdent une structure de personnalité pathologique et ; 2. Lorsqu'un seul des deux parents est porteur, les troubles empêchant l'autre parent de prendre une place permanente et active auprès de l'enfant dans une tentative de substitut maternel visant à pallier les manques et les effets délétères consécutifs à la pathologie du parent. L'incapacité parentale tend à se chroniciser au regard du fait qu'il est ici question d'une structure de personnalité et non d'une désorganisation transitoire en lien avec un état psychopathologique.

³ Bonneville-Baruchel, E. (2017). *Les traumatismes relationnels précoces*. Erès.

Comme nous l'avons précisé précédemment, dans la continuité des travaux d'Emmanuelle Bonneville-Baruchel (2010 ; 2015 ; 2017), nous souhaitons distinguer l'incapacité parentale (aiguë ou chronique) de *l'incompétence* parentale.

La question de *l'incompétence parentale* concerne les situations où « *des parents se retrouvent démunis sur le plan des compétences éducatives ou de la technicité des soins à apporter à leur bébé, ou encore sur le plan de la compréhension du vécu et des expressions de leur enfant, sans toutefois souffrir de troubles psychiques personnels* ». Ce champ concerne davantage des individus ne souffrant pas de troubles psychiques mais étant en difficulté dans l'exercice de leurs fonctions parentales consécutives à une non-connaissance ou à un manque significatif de soutien de la part de leur environnement. Pour résumer, nous pouvons dire que les capacités renvoient au registre des apprentissages et non la notion de structuration psychique en jeu dans les défaillances parentales explicitées ci-dessus.

III. Les imagos parentales

III.1. Définitions et conceptualisations cliniques

Lorsque nous parlons d'imgo en psychanalyse, nous parlons de la représentation imaginaire, plus ou moins conscientisée qu'une personne se fait d'elle-même, de ses parents et/ou de son entourage.

Le terme *imago* signifie image en latin et désigne l'image d'une personne constituée durant la petite enfance. Laplanche et Pontalis définissent le terme *imago* comme constituant un « *Prototype inconscient de personnages qui oriente sélectivement la façon dont le sujet appréhende autrui*⁴ » et précisant alors que « *il faut y voir, plutôt qu'une image, un schème imaginaire acquis, un cliché statique à travers quoi le sujet vise autrui* » (1976). Leclaire (1975) aborde dans ses travaux, quant à lui, l'imgo sous le prisme de « *représentations primaires narcissiques inconscientes*⁵ » précisant que l'enfant est également le dépositaire des rêves, fantasmes et attentes d'un fonctionnement parental propre à la famille.

C'est en 1927 où Carl Gustav Jung introduit la notion d'imgo dans son ouvrage Métamorphose et symboles de la libido. Ce terme avait pour objectif premier de décrire la notion de *complexe parental*. Par le terme *imago*, Jung désigne les représentations psychiques

⁴ J. Laplanche et J.-B. Pontalis, *op. cit.*, p. 196.

⁵ S. Leclaire (1975), *On tue un enfant*, Seuil-Points, 1961.

des proches d'un individu. Il s'agit dans un premier temps des parents du sujet, de ses frères et sœurs et d'autres potentiels membres constituant sa cellule familiale. Dans la théorie de Jung, les imagos se construisent au travers des expériences vécues par l'enfant auprès des membres de sa famille et de son entourage, c'est donc la combinaison de ces expériences au travers d'un système culturel de référence qui crée les représentations inconscientes qu'il va se faire de ses parents et de sa famille.

L'imago est une combinaison d'éléments objectifs et d'éléments subjectifs impliquant la représentation mentale d'un objet externe lui attribuant alors un sens personnel et affectif. Au cours de ses travaux, Jung aborde la notion de distorsion de l'imago, expliquant que la construction de l'imago se fait au sein d'une relation intersubjective entre un parent et son enfant et peut alors se retrouver déformer par rapport à la réalité. Par exemple, l'imago d'un père solide et fort peut être substituée à un père absent et non fiable dans la réalité. Autrement dit, la consistance de l'imago tient compte des expériences subjectives vécues par le sujet lors de son enfance. Rioux explique dans son ouvrage que l'imago est une représentation inconsciente au sein de laquelle il faut y voir « *un schème imaginaire acquis. Elle (l'imago) peut aussi bien s'objectiver dans des sentiments et des conduites que dans des images. L'imago n'est pas seulement un reflet du réel plus ou moins déformé, elle est une reconstruction imaginaire qui peut être très éloignée de la réalité* » (Rioux, 2013).

III.2. La notion de transmission psychique

La transmission psychique peut être envisagée comme une transmission inconsciente de contenus présents dans l'histoire d'une famille. La famille est envisagée également sous le primat de la parentalité, propos que nous avons déjà pu développer ci-dessus dans ce chapitre de notre cadre théorique. Au cours de ses travaux, Freud s'est intéressé à cette question de la transmission psychique. Dans un premier temps, Freud (1921, 1922) aborde le concept de transmission psychique comme constituant le processus de transmission de contenus de pensée par la télépathie (Ciccone, 2013). Bien que très réticent à cette idée, Freud laisse entrevoir la possibilité pour la psychanalyse de fournir des éléments de compréhension face à ce concept très complexe. Freud qualifie la télépathie de *transmission psychique directe* ou de *transmission immédiate des processus psychiques* (Freud, 1919 ; Ciccone, 2014) et avance que par ce processus se traduirait un mode de communication primitif et archaïque entre les êtres d'une même espèce. C'est pourquoi Freud va alors avancer que la télépathie est présente dans la « *vie spirituelle de l'enfant* » (Ciccone, 2014) qui pense alors que ses parents connaissent toutes ses

pensées sans qu'il ait besoin de les leur verbaliser. Autrement dit, lorsque que Freud va tenter de théoriser cette notion de transmission psychique, il va surtout mettre en avant ce caractère inconscient de ces processus de transmission présents entre les individus s'effectuant par transfert dit direct.

Les théories psychanalytiques contemporaines vont également s'intéresser à la notion de transmission psychique. Dans la lignée des travaux de Freud, Nicolas Abraham et Maria Torok (1987) abordent la notion de transmission psychique en parlant des cryptes ainsi que des fantômes familiaux, c'est-à-dire que « *les fantômes qui peuplent l'inconscient seraient l'effet d'une transmission des cryptes, elles même issues d'un deuil inavouable, formées par l'incorporation d'un objet idéal perdu avec lequel est partagé un secret honteux, indicible, irreprésentable* » (Ciccone, 2013). D'autres auteurs qualifient également ces cryptes d'*objets transgénérationnels* (Eiguer, 1983, 1986, 1987) ou encore de *télescopage des générations* (Faimberg, 1987, 1988) dans le but de circonscrire de manière précise ces temps flottant de représentations issues de transmissions transgénérationnelles non symbolisées et pathologiques.

René Kaës a également abordé ce champ de la psychanalyse dans les années 1980 en parlant de la négativité et de la transmission du négatif. En effet, l'auteur décrit des modalités « *d'alliances inconscientes* » ou encore de « *contrats qui mobilisent les processus de transmission psychique* » (Kaës et al., 1993 ; Ciccone, 2014). Parallèlement au courant psychanalytique, nous pouvons également parler du courant de l'attachement anglo-saxon qui postule, dans le cadre de la transmission psychique, une transmission transgénérationnelle des caractéristiques de l'attachement d'une génération à une autre et sur la répétition de mouvements traumatiques en lien avec l'histoire personnelle et infantile du parent (Fonagy et al., 1991 ; Ciccone, 2014).

Lorsque nous parlons du concept de transmission psychique, nous pouvons observer que tous les auteurs qui ont cherché à étudier cette notion se rejoignent sur un même point : celui de l'intersubjectivité. Celle-ci se retrouve au cœur même des processus en jeu dans le développement de l'enfant et dans le champ des interactions précoces entre un enfant et ses parents : la pensée va se construire et trouver ses origines dans les expériences intersubjectives et dans l'organisation familiale au sein de laquelle le sujet va grandir et se développer.

Les auteurs se sont également penchés sur la théorisation de la manière dont ces processus de transmission s'opéraient et de quelles manières ils pouvaient se manifester dans l'économie psychique des sujets.

Dans un premier temps, Freud décrit le mécanisme de *l'identification* dans le but de pouvoir

penser celui de transmission. Dans un second temps, Cicconne (2012) va proposer l'implication du mécanisme *d'identification projective* comme vecteur de la transmission psychique inconsciente. L'auteur décrit ce mécanisme comme étant « *à la base de la communication non verbale et infra verbale. Une deuxième modalité d'identification projective consiste à déposer un contenu mental dans l'espace psychique d'un autre et à contrôler cet autre par des manœuvres d'induction, d'influence, de suggestion afin qu'il se comporte en adéquation avec le contenu projeté. Une troisième version de l'identification projective consiste à pénétrer l'espace mental d'un autre pour s'approprier ses contenus ou les endommager, les détruire ou bien pour s'y installer, s'approprier l'identité de cet autre et développer ainsi une fausse identité, une identité d'imposture.* » (Cicconne, 2013). Autrement dit, l'identification projective, de par les trois modalités d'expression qui la composent, concourt à mettre en place ces mécanismes de transmission psychique d'un sujet à un autre. C'est pourquoi, dans la continuité de ses travaux sur la transmission psychique et l'implication du mécanisme d'identification projective, Ciccone a théorisé le processus *d'empiètement imagoïque* (2013). Ce processus décrit une transmission dite pathologique au sein de laquelle « *une imago parentale (un objet psychique du parent) s'impose ou est imposée comme objet d'identification d'un enfant (l'enfant est identifié comme réplique, dépositaire ou héritier de l'imago) et comme objet d'identification pour l'enfant (l'enfant est pris dans une nécessité de s'identifier à l'imago)* ». Cicconne (2013) explique ici que ce processus est à double sens, autrement dit ce processus a recours au processus d'identification projective mutuelle : « *du côté parent, l'imago est projetée et identifiée à l'enfant, le parent usant de manœuvres dans la relation interactive visant à confirmer cette identification ; du côté enfant, l'imago est soit captivante, elle est alors pénétrée et génératrice d'un faux self, soit persécutoire, elle est alors rejetée et source de luttes incessantes visant à la contrôler et à la maintenir à distance. Dans les deux cas, l'imago est aliénante et prive l'enfant d'une autonomie face à ses objets psychiques* ». Nous sommes ici face à des mouvements pathologiques d'identification forcés à des figures parentales jugées comme inadaptées pour le sujet qui se retrouve alors privé de sa liberté et qui lutte pour se dégager de ces mouvements identificatoires imposés par l'imago.

III.2.a. Transmission psychique et parentalité

L'expérience de la parentalité va venir mobiliser la notion de transmission psychique. En effet, le fait de devenir parent inclut ce processus de transmission psychique au travers des vécus infantiles des parents (au niveau de l'éducation ou encore du versant affectif et de l'attachement). L'accès à la parentalité implique la création d'un lien intersubjectif entre les

parents et leur enfant.

Ciccone (2012) explique au cours de ses travaux que la mission première du bébé est une mission de « *continuité narcissique* » puis s'ensuit une seconde « *mission de réparation* ».

La mission de *continuité narcissique* a, dans un premier temps, été abordée par Freud dans ses travaux portant sur l'idéalisation dont le bébé fait l'objet par ses parents. Freud explique que la première mission du bébé est celle de faire revivre et survivre le narcissisme parental dont il est porteur. Freud parlait de « Sa Majesté le Bébé ». Ce dernier sera alors porteurs des rêves, des fantasmes ainsi que des attentes de ses parents qui n'ont pu être mis en route, soumis aux contraintes de la réalité. Pierre Aulagnier (1981) s'inscrit dans la continuité des travaux de Freud en parlant de *contrat narcissique*, le narcissisme social vient alors s'ajouter au narcissisme parental : « *le contrat narcissique est une formation de lien inconsciente qui lie l'enfant aux parents, aux générations antérieures, et plus particulièrement à l'ensemble du groupe social* » (Ciccone, 2013). Autrement dit, le nouveau-né se retrouve porteur d'une lourde mission : celle d'assurer la continuité entre les générations en échange de la reconnaissance du groupe social auquel il appartient, généralement incarné par sa famille.

La seconde mission dont est porteur le bébé, celle de *réparation du narcissisme parental*, implique de fait la notion de réparation de l'histoire parentale au travers de la fonction première de l'enfant, celle d'assurer la continuité de ce narcissisme. Le lien développé entre l'enfant et son parent viendra faire fonction de pansement de l'histoire parentale en venant ainsi réparer les traumatismes, les frustrations et les blessures du parent. Ce faisant, l'enfant réel porteur des attentes et des idéaux du parent aura à débattre et à composer avec l'histoire infantile de son propre parent. L'accès à la parentalité permet généralement au sujet de venir réparer leur histoire infantile mais parfois cela n'est pas suffisant au regard de l'enkystement de traumatismes importants et d'événements de vie qui n'ont pu être symbolisés dans l'histoire du parent. En effet, « *plus le parent agira en réponse à l'enfant qu'il a été et non en réponse aux besoins de son enfant réel, et plus il sera en difficulté face à ce dernier* » (Ciccone, 2013).

Le bébé participe lui-même aux projections dans le processus de transmission psychique. Le lien entre un enfant et ses parents est dynamique, interdépendant et ancré dans l'intersubjectivité. Ciccone (2013) cite alors l'exemple suivant dans son article : « *Plus un bébé est difficile, inconsolable, plus il met en échec les capacités parentales et plus il attirera les éventuelles imagos parentales sumoïques, accusatrices, tyranniques.* ». Autrement dit, la

relation parent-enfant et la transmission des contenus transgénérationnels se fait également au travers d'une mise en relation en miroir entre les protagonistes : l'enfant se voit et se reconnaît dans le visage, le regard de la mère qui se voit elle-même au travers des yeux de son enfant. C'est l'effet miroir qui va permettre le déploiement de la dynamique transférentielle et des mécanismes projectifs à l'œuvre au sein de la relation parent-enfant dans le processus de transmission psychique. Nous citons encore une fois Ciccone (2013) dont les propos viennent parfaitement illustrer les nôtres : « *On peut penser que plus le parent interprète le détournement du regard du bébé, ou les mouvements de protestation violente du bébé, comme une répétition des abandons, de la disqualification, ou de la violence que le parent a lui-même subis de la part de ses propres objets, de ses propres parents, et plus il sera en difficulté pour aider le bébé à revenir à la relation, ou à contenir ses mouvements pulsionnels* ». L'imgo du parent lui-même est alors projetée au sein de l'espace psychique en construction du bébé. Ce dernier devient alors dépositaire des attentes et des projections de son parent. C'est de cette manière que peuvent alors venir se répéter et se réactualiser les traumatismes vécus par le parent lui-même et les actes de maltraitance découlant d'une attente trop importante du parent en termes de réparation narcissique à l'égard de son bébé.

Le processus de transmission psychique inclut également des fantasmes qui lui sont propres (Ciccone, 2013). Ces fantasmes possèdent des fonctions particulières dans la réactualisation de l'histoire personnelle du parent. Une première de ces fonctions concerne la filiation et plus précisément la confirmation de cette dernière. Le besoin de confirmation de la filiation repose presque principalement sur une nécessité narcissique liée à l'expérience de la perte qu'engendre l'accès à la parentalité et à la transformation psychique pour le sujet que cela implique directement. Une seconde raison qui nécessite le besoin de confirmation de filiation repose sur des raisons œdipiennes liées à « *l'expérience de transgression que suppose l'accès à la parentalité (l'enfant œdipien resté vivant dans le parent est persuadé que la parentalité comme la sexualité est interdite et réservée à une autre génération)* ». (Ciccone, 2013). En effet, devenir parent c'est prendre la place de ses propres parents, cela équivaut à les tuer sur un mode fantasmatique engendrant alors énormément d'ambivalence, d'éprouvés de transgression, d'angoisses et de craintes concernant le bébé en devenir.

III.2.b) Transmission psychique, parentalité et handicap.

La clinique du handicap peut venir trouver un éclairage au sein de la notion de

transmission psychique et de la parentalité. Ce propos nous intéresse particulièrement dans le cadre de notre revue de la littérature. La déficience intellectuelle est considérée comme handicap. Nombre de parents qui expérimentent la rencontre avec le handicap ont pu expérimenter la portée traumatique de cette rencontre et les effets qui en découlent. L'effet principal de cette rencontre est, dans un premier temps, la fracture du lien de filiation (Ciccone, 2013). Les fantasmes de transmission vont alors venir tenter de compenser, de réparer cette fracture hors du temps, hors génération. L'enfant porteur de handicap est également porteur de scénarios dont les difficultés sont l'effet d'une transmission, comme si elles avaient été héritées d'un ancêtre.

Le traumatisme de la rencontre avec le handicap peut alors venir se réactualiser chez le parent sous forme de réactivation de traumatismes infantiles réels ou fantasmatiques passés et enfouis venus se rappeler à la mémoire : l'enfant porteur de handicap pourra venir faire rappeler un ancêtre porteur de stigmatisme dans l'histoire familiale du parent, conduisant alors au déploiement des fantasmes de transmission, possédant plusieurs fonctions. Une des premières fonctions est celle d'*innocentation* (Ciccone, 2013) :

La fonction d'innocentation venant alors dégager le parent de toute responsabilité ou vécu de culpabilité et de honte : « *Je n'y suis pour rien, puisque ça vient d'un ancêtre* » (Ciccone, 2013).

La seconde fonction est celle de *représentation* ou *d'inscription du sujet dans la génération* : « *si cet enfant a hérité de mon ancêtre, il est bien dans ma généalogie* » (Ciccone, 2013).

La troisième fonction est celle de *subjectivation*. Autrement dit, le sujet va s'approprier son histoire traumatique pour finalement s'en déposséder : « *Je n'y suis pour rien, mais si c'est ma généalogie, c'est bien, je peux Je, ça m'appartient bien* ». (Ciccone, 2013).

Le fantasme de transmission possède un effet paradoxal l'enfant est reconnu par ses proches comme faisant partie de leur filiation mais également comme un étranger. Il convoque le contexte de la transmission en la réorganisant tout en effectuant un travail de reconstruction ayant pour objectif principal de sauvegarder la généalogie par un effet de transitionnalité.

Au regard de ces développements théoriques précédemment exposés, nous pouvons énoncer les hypothèses théoriques suivantes :

Hypothèses théoriques :

H1 : Les traumatismes et les carences affectives précoces ont un effet négatif sur les capacités de mentalisation des enfants déficients intellectuels. En effet, plus l'impact et la répétition des traumatismes relationnels et des carences affectives précoces sont fréquentes et plus les capacités de mentalisation devraient être déficitaires.

H2 : Les traumatismes et les carences affectives précoces ont un effet négatif sur la formation des imagos parentales des enfants déficients intellectuels. En effet, plus l'impact et la répétition des traumatismes relationnels et des carences affectives précoces sont fréquentes et plus la formation des imagos parentales devrait être déficitaire et abîmée.

H3 : Les enfants déficients intellectuels qui ont vécu des traumatismes relationnels précoces et des carences affectives précoces ne devraient pas avoir de perception de leur corps entière et unitaire.

H4 : Les enfants déficients intellectuels devraient avoir vécu davantage de traumatismes précoces comparativement aux enfants du groupe contrôle.

H5 : Les frustrations affectives et le sentiment d'abandon devraient être plus fréquents chez les enfants du groupe clinique que les enfants du groupe contrôle.

H6 : En raison de la présence de traumatismes relationnels précoces et de carences affectives précoces, la construction de l'identité sexuelle devrait être plus problématique dans le groupe clinique comparativement au groupe contrôle.

CHAPITRE 4 : LA DEFICIENCE

INTELLECTUELLE

I. Clinique de la déficience intellectuelle

Introduction et apports historiques en lien avec le concept

La place de l'individu déficient intellectuel dans la société a toujours été un questionnement fondamental de ce type de pathologie. Déjà dans les peuples primitifs, la famille cherchait à se débarrasser des personnes handicapées, considérées comme porteuses d'une malédiction ou comme un poids non nécessaire à la famille. Par exemple, en Grèce, la société n'hésitait pas à mettre à mort les individus déficients intellectuels, considérant avoir le droit de vie sur une existence jugée inutile (Juhel, 2000). C'est avec l'avènement du christianisme que la mise à mort des personnes handicapées fut arrêtée, avec à la place, la création du placement en institution de soin, ayant dans un premier temps pour objectif la mise à l'écart de la société de ces personnes considérées comme « *non adaptées* ».

En France, l'organisation de la société se retrouve profondément impactée par la révolution agricole et industrielle du XIX^{ème} siècle favorisant alors le déplacement des populations vers les villes. C'est donc que des méthodes éducatives, médicales et thérapeutiques vont se développer pour tenter de prendre en charge et d'accompagner l'enfant déficient intellectuel vers un développement plus harmonieux. Comme Jean-Charles Juhel (2000) le souligne dans son livre, ces accompagnements ont notamment été marqués par « *le cas du Docteur Itard (1805) avec le cas célèbre de Victor, l'enfant sauvage de l'Aveyron, ainsi que de l'enseignant Seguin (1830) qui propose une pédagogie adaptée, et du médecin, Bourneville, qui ouvre le premier institut médico-pédagogique (1893).* » Conjointement, les représentations sociales et sociétales de la déficience intellectuelle, et plus largement de la personne porteuse de handicap, se modifient pour progressivement basculer vers la dimension de la nécessité de soins psychiques, éducatifs et pédagogiques spécifiques à la problématique de ces individus. C'est en 1945 avec la création de la sécurité sociale en France que les conditions nécessaires à la mise en place d'une approche psychopédagogique de la déficience intellectuelle devient possible. De plus, la création des instituts médico-pédagogiques prend un essor important à cette période.

C'est en 1960 que l'apport des différents courants théoriques de la psychologie va

prendre place dans l'accompagnement des enfants déficients intellectuels, la psychologie et la psychanalyse étant considérées comme pionnières dans la mise en place de modalités d'intervention spécifiques à ce domaine. Les apports de la psychologie génétique et développementale, notamment au travers des travaux de Jean Piaget (1960), René Zazzo (1969) et de Roger Misès et Serge Lebovici (1975) permettent une nouvelle compréhension de la déficience intellectuelle. En effet, Roger Misès a permis d'ouvrir la voie à « *une vision psychodynamique de la déficience intellectuelle* » (Jean-Charles Juhel, 2000). Cet auteur met en évidence au travers de ses recherches que la déficience intellectuelle peut être consécutive à un « *défait d'investissement de l'activité mentale ayant pour origine une relation précoce inadéquate avec l'environnement humain.* ». Ce point sera développé lors de la partie I.d (Cf. *Apports psychanalytiques*).

Les années 1970 sont également une période de transformations majeures dans la vision et l'accompagnement des personnes déficientes intellectuelle. En effet, c'est à cette période qu'apparaît le courant de la « *normalisation et d'intégration* » de la défense et des droits des personnes handicapées, au travers de la loi d'orientation de 1975 et du rapport Lasry en 1982. Ces éléments vont modifier de manière considérable la vision du handicap et notamment de la déficience intellectuelle.

La notion de déficience intellectuelle est difficilement dissociable de celle d'intelligence. Ces deux notions sont liées tant au niveau historique que d'un point de vue diagnostic (Courbois, 2006). Les théories de l'intelligence ont été marquées par les apports de Jean Piaget et de sa vision constructiviste de l'intelligence (Piaget, 1977). En effet, pour cet auteur, le développement de l'intelligence est caractérisé par deux notions phare : *l'adaptation* et *l'intégration*. En effet, pour Piaget, le développement de l'intelligence réside dans l'équilibre obtenu entre l'individu et son environnement. Pour Jean Piaget, l'adaptation mentale est le prolongement de l'adaptation biologique. Le développement de l'intelligence chez le jeune enfant « *consiste en la construction progressive [...] des formes logiques de la pensée.* » (1977) ainsi que la part essentielle de l'activité dans le développement des capacités cognitives du jeune enfant. L'approche de l'intelligence de Piaget se caractérise également par la résolution de stade dans le développement harmonique de l'enfant. Chaque stade devient accessible dès lors que les précédents sont intégrés.

Les recherches sur la déficience intellectuelle vont s'affiner au travers de travaux de

Barbèl Inhelder (1943), proche collaboratrice de Jean Piaget. Inhelder postule dans ses recherches que « *la lenteur du développement caractérise l'enfant « débile mental »* » (1943) et a pu mettre en évidence dans ses travaux des points de fixation dans le cours du développement de l'enfant déficient intellectuel. De ce fait, les chercheurs ne se sont plus attachés à étudier l'intelligence dans sa globalité et richesse théorique, mais se sont plutôt attachés à étudier les éléments qui viennent caractériser cette dernière. Nous assistons alors à un glissement théorique concernant l'étude de ce que nous appelons désormais plus communément : le traitement de l'information.

Les sciences cognitives se sont particulièrement attachées à explorer le sujet et ont cherché à modéliser les processus en jeu dans la notion d'intelligence, notamment les *composantes de la cognitives* comme l'attention, la mémoire à court terme ou encore la mémoire à long terme (Courbois, 2006). Cette approche a permis la modélisation de nombreux processus déficitaires dans le champ de la déficience intellectuelle et donc de circonscrire le champ de l'affection et des domaines de la vie quotidienne et du fonctionnement psychique pouvant être touchés (notamment en ce qui concerne le domaine de la perception et du repérage spatio-temporel) (Courbois, 2006 ; Carlin, Soraci, Goldman et McIlvane, 1995 ; Rieser, Guth et Weatherford, 1987). Cependant, comme le précise très justement Yannick Courbois (2006) dans son article *Quelques éléments pour comprendre l'approche cognitive de la déficience intellectuelle (2006)*, plus la recherche a gagné en précision et plus la multitude de modèles théoriques émergents ont rendu difficile la lisibilité du concept de déficience intellectuelle et plus largement, celui d'intelligence. Précisons que le domaine d'étude de la déficience intellectuelle regroupe un champ très large de troubles transversaux à valence psychopathologique, tels que les troubles de la personnalité, les troubles du comportement ou encore les troubles de la sphère psychosomatique. Nous ne pouvons réduire notre champ d'étude à une simple cartographie cognitif d'un fonctionnement cérébral.

II. Les troubles des apprentissages

II.1. Définitions et apports théoriques

Les troubles des apprentissages concernent la difficulté d'acquisition des compétences scolaires de base, telles que la lecture, l'écriture ou encore les mathématiques (Albaret et Chaix, 2013). Cependant, la littérature actuelle fait état d'un élargissement à visée plus psychopathologique de cette définition que nous pouvons trouver assez succincte. De nos jours,

une transversalité des troubles vient s'associer aux troubles des apprentissages, tels que les troubles psychomoteurs, les troubles du langage ou encore le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) (26.30.41). La définition donnée par l'INSERM illustre notre propos. Celle-ci explique alors que les troubles spécifiques des apprentissages « *concernent une large palette de troubles qui va des troubles du langage et de la parole aux troubles des aptitudes motrices (...). Les troubles qui font l'objet de cette expertise sont ceux plus directement liés aux acquisitions scolaires : le trouble spécifique de la lecture et du calcul ainsi que le trouble de l'écriture.* ». (15)

Le DSM V a donné son tableau dimensionnel des troubles des apprentissages. Voici ce que ce dernier nous apporte comme éléments à visée diagnostique :

- A) Histoire ou présentation actuelle de difficultés persistantes dans les habiletés de lecture, écriture, arithmétique ou raisonnement mathématique au cours des années d'enseignement scolaire (i.e., durant la période d'acquisition). L'individu doit présenter au moins une des manifestations suivantes : (1) lecture des mots imprécise, ou lente et demandant un effort ; (2) difficulté à comprendre le sens de ce qui est lu (e.g., peut lire un texte précisément mais ne comprend pas la succession, les relations, les inférences ou le sens profond de ce qui est lu) ; (3) orthographe pauvre (e.g., peut ajouter, omettre, ou substituer des voyelles ou des consonnes) ; (4) expression écrite pauvre (e.g., fait de multiples erreurs grammaticales ou de ponctuation au sein des phrases, organisation des paragraphes pauvre, écriture manuscrite extrêmement pauvre) ; (5) difficultés à se souvenir des faits concernant les nombres ; (6) calcul arithmétique lent ou inexact ; (7) raisonnement mathématique lent ou inexact ; (8) évitement des activités faisant appel à la lecture, l'orthographe, l'écriture ou l'arithmétique.
- B) Les capacités actuelles dans une ou plus de ces habiletés scolaires sont en-dessous de la moyenne (la recommandation actuelle est de 1,5 écart type) compte tenu de l'âge du sujet, de son intelligence, de son groupe culturel ou linguistique ou de son niveau d'éducation, comme indiqué par les résultats à des tests de niveau scolaire en lecture, écriture ou mathématique administrés de manière individuelle, standardisés et appropriés sur le plan culturel et linguistique.

- C) Les difficultés d'apprentissage ne sont pas mieux expliquées par un trouble du développement intellectuel, un retard de développement global, des troubles neurologiques, sensoriels (vision, audition) ou moteurs.
- D) Les difficultés d'apprentissage identifiées dans le critère A (en l'absence d'outils, de supports ou de services fournis pour permettre à l'enfant de compenser ces difficultés) interfèrent de façon significative avec la réussite scolaire, le fonctionnement professionnel ou les activités de la vie courante qui font appel à ces habiletés scolaires, seules ou associées.

Dans sa dernière version, la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA, 2002) classe, quant à elle, les troubles des apprentissages dans le chapitre n°6 : Troubles du développement et des fonctions instrumentales. Les troubles des apprentissages se retrouvent dans le même chapitre que les troubles de parole et du langage ainsi que les troubles psychomoteurs. Après avoir circonscrit l'inscription nosographique psychanalytique dans lequel se situent les troubles des apprentissages, nous allons maintenant approfondir les conceptions cliniques psychopathologiques de cette notion avant de nous intéresser plus particulièrement à la notion de déficience intellectuelle.

II.2 Etiologie et modélisation psychopathologique des troubles des apprentissages.

Roger Misès (2002) relate dans ses travaux l'étude de Quemada (1989) qui a permis un très large recueil de données auprès de 8599 sujets âgés de 6 à 15 ans, se situant dans la catégorie « troubles de fonctions instrumentales et des apprentissages » de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA, 2002). Les auteurs expliquent que dans le cadre de cette recherche apparaissent les sous-catégories des troubles de l'acquisition de la lecture et de l'écriture, les dyscalculies, les troubles du raisonnement et de la pensée (également appelées dysharmonies cognitives, que nous aborderons plus loin dans ce chapitre), les troubles psychomoteurs et également l'intrication de ces derniers avec les troubles du langage (Mises, 2002). Au regard des résultats obtenus, Roger Misès fait une distinction primordiale entre deux grands groupes de sujets :

- ψ Le premier groupe concerne « *des formes d'affection où les troubles des fonctions instrumentales constituent un ensemble syndromique bien délimité* » (Misès, 2002). Ces formes correspondent aux descriptions nosographiques sans pour autant que des troubles de la personnalité soient transverses. Même si l'échec scolaire peut être sources de retentissements douloureux sur le psychisme de l'enfant, il n'inclue pas la présence de pathologie structurale.
- ψ Le second groupe, quant à lui, concerne des formes de retard d'acquisitions dans les apprentissages pouvant être liées à des dysharmonies du développement affectif et cognitif incluant des perturbations psychopathologiques plus profondes et ancrées que la description du premier groupe. Ces perturbations se retrouvent prises dans un ensemble de troubles qu'il est important de considérer au regard de l'histoire du jeune sujet.

Misès (2002) commente alors les résultats obtenus (Quemada, 1989) en expliquant qu'entre 6 et 15 ans il existe une proportion égale d'enfants où « *les troubles de l'apprentissage se relient à diverses pathologies, notamment à des troubles névrotiques ou à des pathologies limites.* ». Les pathologies limites de l'enfance trouvent leur origine dans « *des défauts d'étayage très précoces et persistants. Les enfants ont été soumis, parfois de façon évidente, à une dissociation familiale, à des placements divers et à d'autres situations comportant une rupture répétitive des liens* » (Misès, 1999). Nous ne pouvons pas ici effectuer de lien entre notre propos et notre partie théorique concernant la pathologie des traumatismes précoces modélisés par Emmanuelle Bonneville-Baruchel (2015). La littérature clinique met en évidence la corrélation positive entre des interactions précoces déficitaires et un impact sur les acquisitions et le développement psycho-cognitif des enfants. L'intrication entre des difficultés instrumentales et des affections psychopathologiques pouvant déboucher sur une psychopathologie d'ordre structural est ici centrale, mais ne définit pas pour autant la trajectoire développementale des enfants.

Les travaux de Maurice Berger mettent en évidence le polymorphisme des termes utilisés pour désigner les troubles des apprentissages et invoque une illisibilité de ces concepts, en lien avec le positionnement de Yannick Courbois (2006). De ce fait, Maurice Berger vient questionner le concept de *troubles spécifiques des apprentissages* en interrogeant les changements présents dans la pratique de la psychanalyse dans ce champ d'intervention : quels sont les changements en ce qui concerne les repères cliniques et psychodynamiques des psychologues ? Egalement dans les repères psychothérapeutiques mis directement en place

auprès des parents et des enfants qui viennent consulter des spécialistes ? Ou plus profondément encore, dans notre identité de praticien d'orientation psychodynamique ? Le champ des troubles spécifiques des apprentissages vient modifier les modes d'intervention des praticiens.

Maurice Berger et A. Ferrant (2003) ancrent leurs travaux dans la classification de la CFTMEA (2002) et distinguent quatre différents groupes de difficultés d'apprentissage :

- 1) « *Les difficultés d'apprentissage symptômes d'un trouble psychopathologique « classique »* » : les auteurs expliquent qu'il est ici question de « *toutes les situations dans lesquelles les affects risquent de perturber la capacité d'apprendre : psychose, pathologie limite, névrose et (...) les troubles liés à la problématique de la différenciation et de l'autonomisation, du refus de la dépendance, de la maîtrise, de la curiosité* ».
- 2) « *Les troubles du développement cognitif liés à des interactions précoces défectueuses* » : nous rejoignons ici nos apports théoriques en lien avec les carences affectives précoces et les traumatismes relationnels précoces (Bonneville-Baruchel, 2015). Berger et Ferrant (2003) considèrent ici « *les situations cliniques dans lesquelles les difficultés d'apprentissage sont au premier plan par rapport à d'autres problèmes éventuels de comportements* ». Les auteurs rappellent ici la place prépondérante du corps dans les apprentissages primaires, notamment de la manière dont ce dernier va être touché, manipulé (nous faisons ici un parallèle évident avec les notions de holding et de handling de Winnicott). Ce faisant, les auteurs vont distinguer deux catégories de troubles du développement cognitif liés à des interactions précoces défectueuses : 1. Les dysharmonies cognitives (ou trouble de la représentation de soi) qui surviennent lors des échanges corporels qui sont apparus durant le développement de l'enfant et ; 2. Les troubles d'apprentissage « *par difficultés d'appropriation, lorsque le corps de l'enfant a été investi très précocement par ses parents sur le monde du forçage* ».
- 3) « *Les troubles liés à une insuffisance de stimulation ou d'investissement du plaisir corporel et langagier dans le groupe familial et social* » : les auteurs expliquent que l'isolement de certains enfants en lien avec un contexte familial carencé peut générer des difficultés dans les acquisitions des apprentissages scolaires. Par exemple, les études

de Misès (2002) mettent en évidence les retards d'acquisition langagières pour des enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire mis en lien avec des contextes de carences affectives, éducatives et sociales importantes.

- 4) « *Les troubles liés à une atteinte organique, neurologique, sensorielle, ORL, ou autre, ou à une déficience intellectuelle* » : les troubles trouvent leur origine dans une affection autre que psychopathologique. Les auteurs expliquent que ces différentes pathologies possèdent leur propre mécanisme.

Les troubles des apprentissages revêtent des étiologies multiples et les auteurs nous rappellent qu'il est important de garder à l'esprit « *qu'un même trouble peut avoir des causalités différentes* » (Berger et Ferrant, 2003). Les troubles des apprentissages font partie d'un champ pathologique vaste qui revêt un large champ de modèles théoriques explorés en fonction des différentes obédiences théoriques que nous connaissons. Le champ de la psychanalyse a cherché à mettre en évidence que la pluralité des étiologies possibles ne constitue pas un frein à l'accompagnement des enfants et des parents que les cliniciens peuvent recevoir en consultation. L'approche multidimensionnelle des troubles des apprentissages, prenant en considération l'aspect environnemental, social et psychopathologique du sujet permet de réellement circonscrire dans quel champ évolue le sujet.

III. La déficience intellectuelle

III.1. Evolution du concept de la déficience intellectuelle

Le concept de déficience intellectuelle a évolué au travers du temps et des époques tant à un niveau historique qu'épistémologique.

L'émergence du concept de déficience intellectuelle est due aux apports d'Esquirol (1838) concernant la déficience mentale grave. En effet, l'auteur va alors effectuer une différenciation entre l'idiotie et la démence (Salbreux et Misès, 2005) et explique que « *L'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois. (...). L'état de l'homme en démence peut varier ; celui de l'idiot est toujours le même. Celui-ci a beaucoup de trait de l'enfance. Celui-là conserve beaucoup de la physionomie de l'homme fait.* » (Esquirol, 1838).

L'approche d'Esquirol permet de mettre en évidence l'impact des atteintes cérébrale dans le concept de déficience intellectuelle. Cet impact renvoie alors à la notion du *ne pouvant être soigné*, autrement dit de l'incurabilité qui marquera durablement les descriptions cliniques de la déficience intellectuelle.

Binet et Simon (1907) apportent aux précédents travaux sur la déficience intellectuelle la notion de lenteur du fonctionnement intellectuel et psychique et introduisent la notion d'âge mental. Stern (1911), dans la continuité des travaux de Binet et Simon, développera la notion de quotient intellectuel dans le but de classer la déficience intellectuelle.

A cette époque, les troubles de l'intelligence sont exclusivement expliqués « *par les dysfonctionnements du système nerveux* » (Salbreux et Misès, 2005). En effet, les déficiences dues à des contextes affectifs et familiaux carencés ne sont pas prises en considération dans la modélisation de la déficience intellectuelle, les auteurs parlent alors, dans ces cas, de « *pseudo-débilité* ». Il n'est également pas envisagé le fait que les perturbations de l'environnement « *puissent contribuer à la structuration du déficit intellectuel* » (Salbreux et Misès, 2005). Autrement dit, les causes de la déficience intellectuelle sont exclusivement mises en corrélation avec les troubles du système nerveux. Cette unique classification des retards mentaux a été mise à mal par les apports de Spitz et de ses collaborateurs (1968) qui ont démontré, au travers de ses travaux auprès de jeunes enfants placés, l'impact de l'environnement sur le développement de l'enfant.

En 1987, l'ACAQ (Association des Centres d'accueil du Québec) donne une définition de la déficience intellectuelle ; Jean-Charles Juhel nous précise, dans son ouvrage (1997), que cette définition tient compte de « *l'idée de valorisation du rôle social de la personne ayant une déficience intellectuelle* » (1997). La définition est la suivante : « *La déficience intellectuelle réfère à un niveau de fonctionnement cognitif global, significativement inférieur à la moyenne, accompagné de difficultés d'adaptation se manifestant durant la période de développement et demandant, de la part de la société, qu'elle mette en œuvre des procédés de formation et de supports plus importants que pour la moyenne des individus, et ce, dans un cadre le plus habituel possible* ». La définition donnée par l'ACAQ met en évidence un désir d'intégrer les personnes déficientes intellectuelles à la société, dans le but de prévenir les risques d'isolement et de repli sur soi.

L'AAMR (Association Américaine sur le retard mental) apporte également sa pierre à l'édifice en apportant une autre définition de la déficience intellectuelle en 1994. La voici :

« Par retard mental, on entend un état de réduction notable du fonctionnement actuel d'un individu » ; Le retard mental se caractérise par un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne, associé à des limitations dans au moins deux domaines du fonctionnement adaptatifs : communication, soins personnels, compétences domestiques, habiletés sociales, utilisation de ressources communautaires, autonomie, santé et sécurité, aptitudes scolaires fonctionnelles, loisirs et travail. Le retard mental se manifeste avant l'âge de 18 ans. » Bien qu'ancienne, cette définition permet de nous rendre compte que la déficience intellectuelle possède de multiples impacts sur l'individu et la manière dont celui-ci va pouvoir interagir avec son environnement. C'est pourquoi, cette définition nous donne une explication de la déficience intellectuelle au travers du prisme du modèle fonctionnel : de quelles manières va fonctionner un individu au sein de son environnement ? Quelles sont les stratégies adaptatives qu'il va alors pouvoir mettre en place pour interagir avec ce dernier ? La déficience intellectuelle va toucher plusieurs domaines de la vie quotidienne et psychique de l'individu.

Jean-Charles Juhel (2000) précise dans ses travaux portant sur la déficience intellectuelle qu'il est nécessaire de faire la distinction entre une maladie psychiatrique et un état de fonctionnement cognitif et psychique. En effet, « *la déficience intellectuelle est un état et non une maladie* », c'est à dire que le sujet déficient intellectuel dispose de ressources psychiques et de capacités d'adaptation entravées par un fonctionnement intellectuel soit suspendu par des événements de vie qui l'empêchent alors de penser de manière adaptée, soit parce que la déficience intellectuelle est consécutive d'un syndrome génétique. La prise en compte de l'étiologie de la déficience intellectuelle émerge progressivement au cours des travaux de ces dernières années. En effet, la distinction est effectuée entre une déficience intellectuelle consécutive à un syndrome génétique ou lorsque celle-ci est en lien avec des carences socio-éducatives et affectives importantes. Juhel (2000, p62) va définir quatre catégories de déficiences intellectuelles qui ont pu être modélisées suite à l'application des tests psychométriques de mesure du quotient intellectuel :

Gravité de la déficience	QI	% dans la population générale des déficients intellectuels
Légère	50-75	88
Moyenne	50-35	7
Grave ou sévère	35-20	4
Profonde	20-0	1

Tableau 1 : Jean-Charles Juhel : la déficience intellectuelle, connaître, comprendre et intervenir (2000)

Les apports de Juhel permettent une première classification des types de déficiences intellectuelles au regard du score obtenu au test de mesure quantitative de l'intelligence. Plus le score obtenu à l'indice de QI total est bas, et plus la déficience intellectuelle sera sévère. Nous tenons toutefois à nuancer les apports obtenus au travers des tests de mesure de l'intelligence qui ne permettent qu'une photographie à un instant-t d'une organisation psychique et cognitive. N'oublions pas également que certaines variables liées au contexte de la passation peuvent venir inhiber le sujet dans son fonctionnement et dans les réponses qu'il peut alors fournir au praticien. L'intelligence de l'individu revêt de nombreuses facettes qu'il semble alors compliqué de maintenir dans des catégories bien spécifiques.

C'est alors que Bernard Gibello (2009) va, à son tour, proposer trois grandes catégories de troubles cognitivo-intellectuels basés sur des observations plus qualitatives du fonctionnement des sujets :

1. *Une première catégorie* est constituée des troubles en lien avec la capacité de l'appareil intellectuel. Autrement dit, Gibello parle ici du contenant de l'intelligence du sujet déficient intellectuel, ce dernier pouvant contenir plus ou moins d'éléments selon les sujets.
2. *La seconde catégorie* concerne les anomalies de structuration des contenants psychiques : il s'agit des dysharmonies pathologiques, des retards et des régressions observées au sein de l'organisation du raisonnement du sujet. Cependant, il est important de préciser qu'aucune corrélation n'existe entre l'homogénéité des contenants psychiques et les résultats obtenus aux tests psychométriques mesurant le niveau intellectuel (Gibello, 2009).

3. *La troisième catégorie* concerne les anomalies intellectuelles fonctionnelles sans déficit des contenants psychiques, mais présentant des perturbations dans les contenus de pensée et de l'investissement de ces derniers. La sphère de la pensée n'est que très peu investie chez ces sujets qui préfèrent généralement user d'un système défensif rigide et régit par l'archaïsme. L'accès aux processus secondarisés est entravé par un blocage de l'activité de symbolisation.

Les apports de Gibello (2009) dans le champ des troubles cognitivo-intellectuels permettent d'inscrire les différentes formes de déficiences intellectuelles au sein d'un cadre épistémologique afin d'en cartographier les contours. La pluralité des troubles présents au sein de ces tableaux cliniques peut parfois porter à confusion, la comorbidité étant très importante. L'évolution très importante qu'a pu connaître le concept de déficience intellectuelle n'a fait que multiplier les différentes terminologies, pouvant alors créer une sorte de confusion dans les modèles théoriques proposés au sein de cette clinique si particulière.

Différentes obédiences théoriques ont cherché à modéliser ce concept, notamment le courant de la neuropsychologie et de la psychologie cognitive. Le sujet se retrouvait parfois réduit à sa simple dénomination de type de déficience. La psychologie psychodynamique a cherché à étudier les processus et les mécanismes en œuvre dans la pathologie de la déficience intellectuelle ainsi que les modalités de prise en charge qui pouvaient être appliquées au regard d'une pluralité massive des troubles. Nous allons maintenant aborder les apports psychanalytiques de la déficience intellectuelle et de quelle manière les auteurs ont permis une meilleure compréhension et un meilleur accompagnement de ce type de patient.

III.2. Apports psychanalytiques de la déficience intellectuelle

De nombreuses études ont été menées, envisageant dans une visée psychodynamique le concept de déficience intellectuelle (R. Misès, 1975 ; R. Misès et I. Barande, 1963). Ces apports ont bouleversé les considérations traditionnelles du concept de déficience intellectuelle, mettant en évidence trois éléments importants à prendre en considération :

- ψ D'un versant étiopathogénique, il est important de prendre en compte d'autres éléments du champ familial et social (Salbreux et Misès, 2005).
- ψ La remise en question du point de vue irrémédiable d'une inscription précoce de la déficience intellectuelle, hors cas d'affection neurologiques graves. En effet, Salbreux

et Misès (2005) expliquent que la déficience intellectuelle n'est pas directement fixée mais se « *structure progressivement avant de se fixer sous une forme durable* ».

- ψ C'est au regard de cette période qu'ont pu être modélisées les notions de déficience dysharmonique (Misès et al., 1971). Cet apport a permis de repenser les méthodes d'accompagnement et de prise en charge des enfants souffrant de retard mental, la déficience intellectuelle n'étant désormais plus un concept figé.

Les apports récents de la recherche en psychopathologie ont mis en évidence un rôle prépondérant du milieu dans lequel évolue l'enfant. Loin de nous l'idée d'enfermer le concept de déficience intellectuelle dans un carcan idéologique, mais plutôt de permettre l'explication de facteurs environnementaux particuliers mis en jeu lorsque l'enfant venu au monde possède de prime abord une affection organique.

Nous pouvons alors nous référer aux notions d'enfant imaginaire et d'enfant réel abordé dans le chapitre précédent qui concerne la notion de parentalité. Le fantasme parental connaît un remaniement lors de la venue au monde de leur enfant et notamment lorsque les parents se retrouvent confrontés « *à des anomalies ou à des retards de développement* » (Salbreux et Misès, 2005), autrement dit l'écart entre l'enfant imaginaire et réel est bien trop important (Salbreux et Misès, 2005 ; Salbreux, 1998). Ce sont donc ces éléments qui vont venir peser dans la création de la relation entre les parents et l'enfant. Les premières interactions s'instaurent dans un contexte d'incompréhension mutuelle ne permettant que difficilement l'accordage affectif. De ce fait, Salbreux et Misès, (2005) expliquent que le « problème relationnel » peut être envisagé de deux manières :

- ψ *Dans un premier temps*, des dysfonctionnements d'ordre neurologiques vont venir entraver l'enfant dans ses signaux envoyés à sa mère lors des interactions précoces. La mère se retrouve également à son tour en difficulté pour répondre aux besoins de son enfant.
- ψ *Dans un second temps*, la mère se retrouve en difficulté pour venir soutenir et identifier les besoins de son enfant. Nous faisons ici un parallèle avec la notion de « *sollicitude maternelle primaire* » de Winnicott (1978) permettant alors à la mère de s'ajuster au plus près des besoins de son enfant lors de ses premiers instants de vie.

Dans certaines situations particulières, ces deux dimensions peuvent devenir inter-dynamiques, s'influençant l'un l'autre ce qui peut avoir pour conséquences « *des perturbations massives* »

dans les premières expériences vécues au cours de phases initiales de l'histoire où, normalement, l'enfant commence à organiser sa vie mentale » (Salbreux et Misès, 2005). Autrement dit, l'affection organique portée par l'enfant vient en contradiction avec les éléments fantasmatiques des parents élaborés durant la grossesse. Ces derniers peuvent donc se retrouver en difficulté face à un enfant particulier, porteur de handicap, et dont l'accordage affectif, au regard des propres représentations portées par les parents, ne peut se faire que difficilement. Les interactions parents-enfants se retrouvent codées par des troubles dont l'enfant est porteur provoquant alors des bouleversements dans les interactions primaires. Cependant, toutes les situations ne se retrouvent pas porteuses de dénouement négatif et certaines mères, lorsqu'elles sont aidées et accompagnées, parviennent à mettre en place les ressources nécessaires pour pallier ses angoisses ou toutes manifestations pathologiques en lien avec leur enfant (par exemple, une dépression), les amenant alors à reconnaître leur enfant dans sa singularité de sujet pensant en permettant de trouver des alternatives aux troubles de leur enfant dans les interactions et la communication. Nous pouvons citer Salbreux et Misès (2005) qui expliquent très justement que :

« Une telle mère devient alors capable de découvrir des modes originaux de suppléance et de communication qui rétablissent un climat mutuel de confiance et limitent les conséquences de l'atteinte organique, même si la persistance de dysfonctionnements d'ordre neurologique continue à imposer des limites à la réorganisation. »

L'influence des facteurs environnementaux met ici en exergue le fait que les déficits d'ordre organiques et/ou neurologiques viennent indirectement perturber la qualité des interactions précoces entre un enfant et ses parents, venant alors perturber l'organisation des fonctions cognitives de ce dernier. Nous ne cherchons pas ici à mettre en cause les parents mais nous observons l'impact des troubles de l'enfant sur la mise en place des situations d'accordages affectifs des enfants déficients intellectuels. Cependant, la littérature en psychopathologie a pu observer des situations où les enfants se retrouvent dans des contextes socio-culturels carencés engendrant des perturbations affectives importantes ayant pour conséquences des retards dans l'acquisition des fonctions cognitives et dans l'organisation psycho-affective de l'enfant. De cela, découlent parfois des dysharmonies précoces (Salbreux et Misès, 2005). L'évolution vers la déficience intellectuelle se fait alors progressivement et nécessite l'aménagement de modes d'accompagnement particuliers ayant pour objectif une reprise des difficultés observées chez l'enfant.

Les travaux sur le concept de déficience intellectuelle ont également mis en évidence les processus en jeu dans une structuration dite *déficitaire* de l'organisation psychique des sujets. Salbreux et Misès (2005) désignent trois registres principaux au sein desquels l'analyse psychopathologique permet l'observation :

- ψ *Le premier registre* concerne ce que les auteurs nomment « *la restriction au désir de connaître* », mettant en jeu un déficit précoce des pulsions épistémophiliques qui constituent une modalité importante « de l'investissement d'un objet à connaître ». Dans d'autres situations, ces déficits tiennent de « l'après-coup » et apparaissent plus tardivement, prenant la forme d'inhibition et de retards.
- ψ *Le second registre* concerne *l'atteinte des fonctions symboliques* des sujets déficients intellectuels, notamment dans le champ du langage (touché tant au niveau de sa fonction de communication que dans sa fonction de support à l'activité de symbolisation).
- ψ *Le troisième et dernier registre* concerne, quant à lui, les altérations de la structuration de l'appareil psychique du sujet. Ce troisième registre regroupe les deux premiers qui sont des manifestations du déficit de structure psychique. Ces altérations concernent notamment les processus secondaires qui vont se développer dans une visée défensive, « *orientée vers la maîtrise des objets externes au détriment de leur fonction de liaison avec la vie intérieure.* ». L'adaptation au réel se retrouve alors majorée au détriment d'un investissement d'une vie imaginaire et interne riche. Le sujet évolue alors dans un monde réduit à ses dimensions les plus concrètes, vivant dans l'immédiateté.

Le développement de l'enfant peut se retrouver entravé au regard des difficultés liées aux affections organiques et au regard de développement intellectuel. Ce faisant, les conflits en lien avec les phases de développement de l'enfant, par exemple le conflit œdipien, peuvent s'élaborer assez difficilement sur un mode positif, « *le sujet restant en deçà d'une configuration œdipienne structurante* » (Salbreux et Misès, 2005). Nous observons encore une fois la pluralité des symptômes et des troubles pouvant être en lien avec une déficience intellectuelle. Les auteurs psychanalytiques s'accordent toutefois sur l'achoppement des fonctions symboliques provoqué par un fonctionnement intellectuel inhibé. Bien que la déficience intellectuelle soit une affection et non un trouble transitoire, les apports du courant psychodynamique permettent alors de modéliser ce champ théorique et donc de dégager des

pistes d'accompagnement et de prise en charge de ces sujets qui demandent une attention et une souplesse particulière de la part du psychologue clinicien.

III.2. a. Les différents types de déficiences intellectuelles :

Les apports dynamiques et psychanalytiques ont permis de situer les déficiences intellectuelles au sein de deux grandes catégories :

- ψ Les déficiences harmoniques
- ψ Les déficiences dysharmoniques.

Ces deux grands types de déficiences intellectuelles sont à considérer au regard des aspects cliniques et des troubles très particuliers en lien avec le champ du polyhandicap. Georges Saulus (2008) apporte sa définition du polyhandicap en cinq points distincts :

1. L'auteur explique que le terme polyhandicap désigne une catégorie de handicap faisant partie de la catégorie des « *multi handicaps infantiles* » expliquant que « *le polyhandicap est un genre de handicap infantile dû à une association de déficiences et d'incapacités* ». Les premières manifestations apparaissent donc généralement pendant l'enfance du sujet.

2. Le concept de polyhandicap est constitué par « *l'association de quatre types de déficiences qui engendrent un handicap grave* » : 1. Une déficience du fonctionnement du cerveau ; 2. Des déficiences des fonctions physiologiques de base ; 3. Une déficience motrice et tonique importante et ; 4. Une déficience psychique importante (cognitive et psycho-affective).

3. L'origine commune de ces déficiences se veut anatomique et/ou fonctionnelle précoce, intervenant généralement avant l'âge de deux ans.

4. L'auteur insiste sur la pluralité des troubles en lien avec les affections qui vont venir constituer la matrice d'affections du polyhandicap. L'auteur nous invite à être vigilant sur les troubles et ne pas classer les multi handicaps infantiles qui ne répondent pas à l'ensemble des critères exposés ci-dessus. Toutefois, la présence d'une déficience psychologique et de critères étiologiques spécifiques peut être qualifiée de polyhandicap.

5. Le dernier point concerne la surcharge des tableaux cliniques de polyhandicap. Parmi ces troubles, nous pouvons retrouver les déficiences sensorielles ou encore des troubles de nature autistique.

Les apports de Georges Saulus (2008) nous permettent de réellement circonscrire la définition de la notion du polyhandicap et donc d'inclure les différents types de déficiences intellectuelles dans un cadre théorique claire et concis au regard des théories psychanalytiques, tout en prenant en considération le versant organique de la déficience intellectuelle. La notion de dysharmonie est premièrement apparue dans les descriptions cliniques de l'arriération mentale. Ces classifications distinguaient les « *débiles harmoniques* » des « *débiles dysharmoniques* ». C'est dans les années 1970 que Misès, Perron et Salbreux (1992) ont proposé de moderniser les classifications en amenant les termes de *déficiences harmoniques* et de *déficiences dysharmoniques*.

III.2.b. Les déficiences harmoniques :

Comme expliqué précédemment au cours de ce chapitre qui concerne la notion de déficience intellectuelle, le retard intellectuel est observé généralement assez tôt au cours du développement de l'enfant (avant la seconde année de vie). Le concept de déficience harmonique est introduit par Misès au cours de ses travaux sur le retard mental chez le jeune enfant. Les déficiences harmoniques possèdent un caractère homogène du tableau clinique, les auteurs parlent généralement de *retard mental simple* dont « *le caractère fixé invalide en partie les capacités évolutives de l'enfant* » (source)

Les déficiences dites *harmoniques* se caractérisent par un fonctionnement intellectuel pauvre. Les sujets possèdent un espace imaginaire déficitaire engendrant des difficultés importantes de l'activité symbolique. Ce dernier possède alors un fonctionnement psychique très rigide, basé sur les éléments très concrets de la vie quotidienne et dans l'immédiateté. On peut également observer « *une absence de plaisir tiré du fonctionnement mental* » (Salbreux et Misès, 2005). Au regard de son fonctionnement psychique, le sujet se retrouve maintenu dans une rigidité importante de son fonctionnement avec parfois des difficultés importantes au niveau de la sphère du langage.

III.2.c. Les déficiences dysharmoniques :

Le terme dysharmonie est composé du préfixe *dys*, tiré du grec *dus* qui signifie le manque, la difficulté, introduisant alors une notion privative.

Le terme *harmonie*, quant à lui, vient du grec *harmonia* et signifie l'assemblage.

Autrement dit, la dysharmonie caractérise le « *manque, la difficulté d'assemblage* ».

Les déficiences dysharmoniques, quant à elles, se caractérisent également par une pluralité et une transversalité des troubles (dysharmonie évolutive). Ce faisant, nous pouvons observer la présence de retard intellectuel venant alors s'imbriquer au tableau clinique des troubles de la personnalité et des troubles instrumentaux (retard de langage, retard psychomoteur). Le caractère évolutif des déficiences dysharmoniques permet d'observer des mouvements caractéristiques d'un enfant à l'autre. Les déficiences dysharmoniques possèdent ce caractère dynamique et mouvant, tranchant avec l'homogénéité présente dans le tableau clinique des déficiences harmoniques. Les apports de Misès, Perron et Salbreux (1992) ont permis de dégager la déficience intellectuelle dysharmonique des considérations uniques du fonctionnement intellectuel pour en effectuer une lecture psychopathologique et psychodynamique.

Les apports d'Anna Freud (1968) ont été très précieux dans l'avancée et l'approfondissement du concept de déficiences dysharmoniques. En effet, Anna Freud fut une des premières à évoquer la nécessité de se dégager des modèles structuraux de la déficience intellectuelle qui viennent maintenir et figer le développement de l'enfant dans des stades successifs, ne donnant alors qu'un aperçu du développement de l'enfant à un instant-t. Cette dernière postule que les conceptions actuelles de la déficience intellectuelles ne prennent pas assez en compte le caractère évolutif et mouvant des déficiences dysharmoniques. En apportant le concept de ligne de développement, Anna Freud a conceptualisé le développement de l'enfant comme faisant partie de types d'activités qui se poursuivent plusieurs années et évoluent selon des modalités particulières et régulières d'une étape à l'autre, laissant entrevoir à chaque nouveau stade l'accès à un nouvel équilibre pulsionnel et structural. Anna Freud (1968) va alors donner une dimension pratique et préventive à ses travaux en ayant pour objectif principal d'identifier les facteurs de risque propices au développement d'une déficience dysharmonique chez l'enfant, qui peut alors être précurseur d'une organisation pathologique. Il est alors question d'observer le déséquilibre possible entre « les grandes lignées maturatives de l'enfant impliquant le corps, la sexualité, le développement cognitif et la maturation instrumentale. ».

Autrement dit, ce déséquilibre va alors faire fonction de repère concernant une possible dysharmonie entre le développement des instances psychiques et le niveau de l'activité pulsionnelle chez l'enfant. Misès (1977) va alors nuancer ces propos en apportant sa pierre à l'édifice en signifiant que les apports théorico-pratiques d'Anna Freud ne concernent pas la notion de structure psychique ni d'a-structuration psychique proprement dite mais de « *moments de l'histoire de l'enfant ayant à la fois une potentialité organisatrice et un devenir ouvert* ». En effet, les travaux d'Anna Freud et de Misès vont alors mettre en évidence que les déficiences dysharmoniques sont également caractérisées par une labilité de leur fonctionnement ainsi qu'un polymorphisme symptomatologique important. Les auteurs souhaitent rompre avec la conception ancienne d'une juxtaposition des troubles associés pour y inclure la composante de la personnalité du sujet : « *Ainsi libéré de sa seule perspective cognitive, l'utilisation du terme « dysharmonie » envahit le champ entier de la personnalité et les processus dynamiques qui interviennent dans le déploiement par l'enfant des moyens de son adaptation.* ». (Manin, 2009)

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA, 2002) va classer les déficiences dysharmoniques en les classant dans deux catégories distinctes : les dysharmonies psychotiques et les dysharmonies évolutives.

Les *dysharmonies psychotiques* concernent l'association de la notion de dysharmonie développementale à la notion de traits et mécanismes psychotiques (Manin, 2009). Le terme dysharmonie est ici utilisé pour caractériser les résultats obtenus aux échelles psychométriques qui sont généralement bas, dispersés et très hétérogènes dans les résultats obtenus. Le fonctionnement intellectuel de l'enfant vient alors s'inscrire dans un tableau clinique caractérisé par une rupture des contacts avec la réalité. Dans certaines situations, certains enfants parviennent malgré tout à maintenir une certaine forme d'adaptation à la réalité et aux contraintes imposées par la réalité. La préservation des capacités d'adaptation en lien avec la réalité est rendue possible par une distinction entre le moi et le non moi de l'enfant rendu effective et parfois opérante par la mise en place de mécanismes de défense primaires tels que le clivage, le déni, l'identification projective et/ou l'omnipotence. Ce faisant, nous pouvons observer que l'enfant ne met pas en place de comportements de type retrait relationnel rencontré généralement dans l'autisme mais échoue cependant dans l'élaboration d'une distance adaptée avec l'adulte, mettant alors en place des comportements de collage pathologique. Les troubles intellectuels restent également très présents dans les dysharmonies psychotiques, empêchant

alors l'enfant d'investir la sphère des apprentissages au regard de troubles psychopathologiques parfois très bruyants.

Nous pouvons donc tout naturellement avancer que la dimension objectale est sur le devant de la scène dans le champ des dysharmonies psychotiques. Cette dimension s'inscrit dans la « *lignée de la différenciation/individuation de séparation moi/non-moi, et met en jeu la constitution même de l'objet interne séparé de l'objet objectivement perçu. Ce registre de la psychose confronte l'enfant à la rencontre avec un objet énigmatique, qui n'est pas malléable, qui ne se laisse pas affecter et qui n'accepte pas l'inscription.* » (Manin, 2009). L'enfant psychotique éprouve alors de grandes difficultés à entrer dans un travail et un processus de transformation symbolisée des éprouvés.

Les *dysharmonies évolutives* constituent le second groupe diagnostique de la CFTMEA (2002) des déficiences dysharmoniques. Contrairement aux éléments que nous avons exposés ci-dessus, ces enfants ne possèdent pas de traits et/ou de mécanismes psychotiques dans leur organisation psychopathologique. Le lien avec la réalité est donc préservé. Ces enfants présentent un retard intellectuel moins prononcé que pour les dysharmonies psychotiques mais les troubles instrumentaux restent cependant présents dans le tableau clinique. La dimension psychique est ici sur le devant de la scène des dysharmonies de type évolutive et plus précisément le versant narcissique du sujet en ce qui concerne la rencontre entre l'enfant et l'objet primaire. Nous rejoignons ici le champ des défauts de soin et des carences affectives précoces. La discontinuité des soins effectués durant la petite enfance ne permet pas à l'enfant de bénéficier d'une cohérence interne et d'une continuité de l'être. Autrement dit, l'enfant ne peut s'investir comme représentation stable de lui-même. Cela implique la présence massive de failles narcissiques empêchant alors l'enfant de se construire une image satisfaisante de lui-même, les assises narcissiques sont considérablement abîmées, voire dans certains cas, inexistantes.

Les angoisses dominent généralement le fonctionnement psychique de ces enfants. Les apprentissages scolaires ne sont que très difficilement investis, chaque échec venant renforcer l'image qu'ils possèdent d'eux même venant alors rappeler les traces de ces carences précoces. Les troubles du comportement sont présents dans ces tableaux cliniques et viennent alors renforcer l'incapacité pour ces enfants d'accéder aux apprentissages et/ou à une valorisation de soi. Un déficit important de l'activité de symbolisation venant empêcher l'activité de mentalisation ne permet pas à ces enfants de traiter psychiquement les angoisses qui viennent alors se déverser au travers de la sphère comportementale se traduisant par une instabilité

psychomotrice importante, de brutaux passages à l'acte mais également par un achoppement de l'activité symbolique entraînant « *l'expression de fantasmes crus et primitifs* » (Manin, 2009). L'élaboration de la fonction contenante est défectueuse et entraîne des troubles parfois importants du schéma corporel et des enveloppes psychiques (Anzieu, Doron, et Houzel, 1987), venant témoigner de ruptures de liens précoces et de discontinuité dans les soins apportés à l'enfant. Ces enfants peuvent également éprouver des difficultés à accéder aux jeux et donc à l'ère transitionnelle, la dimension pulsionnelle prenant généralement toute la place dans des mouvements impulsifs et difficilement contrôlables au regard des difficultés de symbolisation éprouvées par ces enfants.

Pour conclure notre partie, les différents éléments historiques qui composent la modélisation théorique du terme de dysharmonie revêtent un polymorphisme sémantique non négligeable : il peut en effet, soit faire référence à une dysharmonie de type cognitive qui vient accompagner et caractériser les troubles psychopathologiques de l'enfant, par exemple une dysharmonie entre les performances verbales et les performances visuo-spatiales aux tests psychométriques ou, faire référence à une dysharmonie pathologique (Gibello, 2009). S'inscrivant dans la lignée des travaux d'Anna Freud (1968), la dysharmonie viendra caractériser les écarts entre le développement de type instrumental, le développement de type fonctionnel et l'évolution libidinale du jeune enfant. Ce faisant, les apports de la psychologie d'orientation psychodynamique permettent d'observer que, bien qu'il s'agisse d'un trouble d'ordre neurologique avec une atteinte du système nerveux de l'enfant ou qu'il s'agisse des perturbations socio-éducatives et affectives consécutives à des carences affectives et à des traumatismes précoces, nous observons que ces facteurs organiques, environnementaux et/ou relationnels induisent un processus d'inhibition intellectuelle progressif. Cependant, nous observons également qu'une inversion de ce processus est possible au regard des interventions « préventives et curatives multidimensionnelles » (Manin, 2009) proposées par les différents domaines offerts aux enfants déficients intellectuels. En effet, la prise en charge se fait généralement de manière inter disciplinaire et pluridisciplinaire mettant en place des « mesures éducatives, rééducatives, sociales et psychothérapeutiques. » (Manin, 2009).

III.3. Déficience intellectuelle et comorbidités :

Comme nous avons déjà pu l'évoquer dans les parties précédentes qui composent ce chapitre, la déficience intellectuelle chez l'enfant (et chez l'adulte également) est accompagnée d'une transversalité des troubles importante, appelée comorbidité.

La comorbidité constitue la présence d'un ou de plusieurs troubles (psychique, physiologique ou somatique) associés à une maladie ou à un trouble.

Nous assistons généralement à l'association de plusieurs troubles concomitants dans la déficience intellectuelle, notamment sur le versant des fonctions cognitives mais également sur le versant psychique des enfants.

III.3.a. Au niveau du versant cognitif :

La déficience intellectuelle inclue très logiquement une atteinte des fonctions cognitives du sujet.

La mémoire de travail est touchée dans de nombreux tableaux syndromiques de la déficience intellectuelle (Jarrold et al., 2008 ; Rowe, Lavender, & Turk, 2006 ; Lozano, Rosero, & Hagerman, 2014 ; Munir, Cornish, & Wilding, 2000 ; Schuchardt, Maehler, & Hasselhorn, 2011 ; Côté, Couture et Lippé, 2016). Selon Côté, Couture et Lippé (2020), la mémoire de travail peut être définie comme « *l'habileté de manipuler de l'information en mémoire* ». Par exemple, la mémoire de travail peut être évaluée en demandant au sujet de retenir une liste de mots et de lui demander ensuite de restituer ces éléments après un laps de temps plus ou moins important.

Les *fonctions cognitives* qui concernent *l'attention* sont également touchées dans le tableau clinique de la déficience intellectuelle. L'attention peut se diviser en plusieurs catégories comme l'attention sélective, l'attention soutenue et l'attention divisée (Kerns, Eso, & Thomson, 1999 ; Côté, Couture et Lippé, 2016). Comme expliqué précédemment, certains enfants peuvent alors manifester beaucoup d'instabilité psychomotrice les empêchant de se fixer et de se concentrer. Une comorbidité importante avec le trouble de déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H) est observée dans la déficience intellectuelle (APA, 2013 ; Côté, Couture et Lippé, 2016).

Les *fonctions exécutives* sont elles aussi affectées dans la déficience intellectuelle. Par exemple, nous pouvons citer l'inhibition qui empêche les sujets de donner une réponse automatique, la flexibilité qui permet une souplesse dans le fonctionnement cognitif ainsi que la planification qui permet de mettre en place des stratégies propices à la réalisation d'une tâche

(Côté, Couture et Lippé, 2016). Ces affections seraient présentes dans les tableaux des déficiences légères à sévères (Lanfranchi, Jerman, Dal Pont, Alberti, & Vianello, 2010).

La communication est également une des sphères atteintes dans la déficience intellectuelle. Ces difficultés seraient en lien avec les troubles de la mémoire à court terme et de la mémoire à long terme. Également, les enfants déficients intellectuels présentent souvent un retard dans l'acquisition du langage et des « *habiletés de communication pré-langagières* » notamment en ce qui concerne l'attention conjointe et l'imitation verbale (Côté, Couture et Lippé, 2016). Les habiletés de compréhension mais également d'expression sont touchées dans la déficience intellectuelle (Côté, Couture et Lippé, 2016) impliquant également un délai dans l'acquisition de ces compétences.

III.3.b. Au niveau du versant clinique :

Nous allons désormais nous intéresser au versant clinique et psychopathologique des possibles comorbidités présentes dans la déficience intellectuelle.

Les troubles de l'humeur et du comportement sont parfois présents en fonction des tableaux cliniques de la déficience intellectuelle (Bouvet & Coulet, 2015 ; Côté, Couture et Lippé, 2016). McGillivray, McCabe, et Kershaw (2008) démontrent au cours de leur travail que leur prévalence serait plus élevée chez les enfants et les adolescents déficients intellectuels que dans la population générale.

Dans *les troubles de l'humeur* nous pouvons retrouver notamment les troubles anxieux, de la dépression (marquée par une irritabilité importante).

Les troubles du comportement possèdent également une corrélation importante de comorbidité avec les déficiences intellectuelles (Côté, Couture et Lippé, 2016). Les troubles du comportement peuvent être définis comme « *un ensemble hétérogène de conduites perturbées et perturbantes où la conflictualité psychique s'exprime surtout par le recours à l'agir et s'évalue d'abord à travers les réactions de l'entourage* » (Chagnon et Cohen De Lara, 2012). Autrement dit, les troubles du comportement sont caractérisés par leur caractère très bruyant et externalisé. Les comportements prennent la forme de passage à l'acte parfois violents, hétéro et auto-agressif. Les règles posées par le cadre sont difficilement respectées et lorsqu'elles le sont, remises en question par l'enfant ou l'adolescent. Selon Willner et ses collaborateurs (2013), de 11 à 27% des sujets porteurs de déficiences intellectuelles présenteraient des

difficultés dans la gestion de la colère et de l'agressivité consécutive à celle-ci. Ces épisodes de colère seraient plus présents chez les enfants vivant dans des milieux institutionnels que dans des milieux familiaux (Taylor, Novaco, Gillmer, & Thorne, 2002).

Pour conclure, la transversalité des troubles est une des caractéristiques de la déficience intellectuelle et vient mettre en évidence la complexité que revêt cette affection tant sur le plan théorique que pratique. En effet, la pluralité des troubles et des comorbidités présents vient étoffer massivement le tableau clinique et la multidisciplinarité des interventions d'accompagnement et de prise en charge.

L'étiologie des déficiences intellectuelles a également apporté de précieuses informations quant à l'apparition et aux manifestations psychiques possibles chez les enfants et les adolescents. Les classifications nosographiques sont elles aussi progressivement sorties d'un classement pur des types de déficiences intellectuelles rigidifié par l'unique présence d'un chiffre de quotient intellectuel. En effet, les différents courants théoriques ont permis d'apporter de nombreuses connaissances permettant l'avancée dans les modélisations théoriques de la déficience intellectuelle. La pluralité des termes employés pour désigner la déficience intellectuelle a créé beaucoup de confusions dans la littérature, rendant ce concept peu lisible et beaucoup trop polymorphe pour trouver un référentiel d'idées communes. La psychologie psychodynamique s'est également penchée sur le sujet de la déficience intellectuelle en cherchant à remettre au centre des prises en charge le sujet déficient intellectuel dans sa singularité et son humanité. Les psychanalystes se sont penchés sur les processus et les mécanismes en jeu dans l'organisation psychique du sujet déficient intellectuel. Les apports de la psychanalyse ont également permis l'étude des facteurs environnementaux en jeu dans le développement ou non, d'une déficience intellectuelle. L'intérêt porté aux troubles associés, c'est-à-dire aux comorbidités tant sur le versant cognitif que sur le versant clinique, a permis aux cliniciens de dégager de nouvelles pistes d'interventions auprès des patients déficients intellectuels.

Au regard de ces développements théoriques précédemment exposés, nous pouvons énoncer les hypothèses théoriques suivantes :

Hypothèses théoriques :

H1 : Les traumatismes et les carences affectives précoces ont un effet négatif sur les capacités de mentalisation des enfants déficients intellectuels. En effet, plus l'impact et la répétition des traumatismes relationnels et des carences affectives précoces sont fréquentes et plus les capacités de mentalisation devraient être déficitaires.

H2 : Les traumatismes et les carences affectives précoces ont un effet négatif sur la formation des imagos parentales des enfants déficients intellectuels. En effet, plus l'impact et la répétition des traumatismes relationnels et des carences affectives précoces sont fréquentes et plus la formation des imagos parentales devrait être déficitaire et abîmée.

H3 : Les enfants déficients intellectuels qui ont vécu des traumatismes relationnels précoces et des carences affectives précoces ne devraient pas avoir de perception de leur corps entière et unitaire.

H4 : Les enfants déficients intellectuels devraient avoir vécu davantage de traumatismes précoces comparativement aux enfants du groupe contrôle.

H5 : Les frustrations affectives et le sentiment d'abandon devraient être plus fréquents chez les enfants du groupe clinique que les enfants du groupe contrôle.

H6 : En raison de la présence de traumatismes relationnels précoces et de carences affectives précoces, la construction de l'identité sexuelle devrait être plus problématique dans le groupe clinique comparativement au groupe contrôle.

DEUXIEME PARTIE

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

I. Choix de la méthodologie de recherche.

Pour mener une recherche en psychologie, deux types bien précis de méthodes s'offrent au chercheur : la méthode quantitative et la méthode qualitative.

La méthode quantitative cherche à mesurer, à quantifier des faits en les modalisant et en les considérant au regard de relations causales formalisées au travers d'hypothèses de recherche précises (Aubin-Auger et al., 2008). La démarche qualitative, quant à elle, ne cherche pas à quantifier un phénomène mais plutôt à recueillir des données qui sont propres aux sujets permettant alors de se situer dans une démarche interprétative du matériel recueilli (Aubin-Auger et al., 2008). Ces deux démarches pouvant paraître, d'un prime abord, incompatibles, nous semblent ici complémentaires au regard des variables étudiées dans cette recherche de doctorat en psychologie clinique et pathologique. Il nous a semblé important de quantifier nos données afin d'apporter une certaine rigueur scientifique à notre travail tout en gardant à l'esprit que le sujet pensant ne peut être lui-même mis dans une boîte. Laisser la place à toute la singularité psychique de nos patients au regard de leur vécu nous a semblé primordial pour mener à bien cette recherche inscrite dans le cadre de ma pratique de psychologue clinicienne en institution. Maintenir ces travaux dans une perspective théorico-clinique a été mon obsession tout au long de ce travail de recueil de données et d'accompagnement des enfants constituant le groupe clinique.

Comme exposé ci-dessus, ce travail de recherche s'articule avec une pratique clinique institutionnelle, portée dans un premier temps par l'obtention d'un financement CIFRE. Ce travail se déroule en partenariat avec l'institution salariale à laquelle j'appartiens à ce moment, un institut médico-éducatif accueillant des enfants en situation de handicap physique et/ou psychique, âgé de 6 à 14 ans. Je travaille principalement au contact d'enfants ayant vécu des traumatismes relationnels précoces ainsi que des carences affectives et/ou éducatives. Nous avons décidé de constituer l'échantillon de notre groupe clinique avec 20 enfants qui faisaient au préalable partie de ma patientèle et dont une alliance thérapeutique⁶ était déjà instaurée. Nous

⁶ Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives psy*, 49(4), 317-326.

avons également décidé d'inscrire notre recherche dans une démarche comparative en constituant un groupe contrôle apparié sur l'âge et le genre.

II. Description de la population.

La population qui constitue notre recherche est constituée de 20 enfants déficients intellectuels âgés de 6 à 14 ans ayant un vécu de carences affectives précoces et de traumatismes relationnels précoces⁷ accueillis au sein d'un institut médico-éducatif dans les Ardennes (08) sur notification MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées). Nous avons centré notre travail sur l'étude des enfants possédant un handicap psychique en lien avec ces vécus traumatiques durant l'enfance. Certains enfants de l'échantillon étaient déjà placés en famille d'accueil ou ont connu un placement durant la période de déroulement de cette recherche. L'instauration au préalable d'une alliance thérapeutique nous a été d'une très grande aide au regard de manifestations psychiques parfois violentes avec des passages à l'acte hétéro-agressifs traduisant une souffrance psychique explosive chez ces enfants. Le travail avec les familles ainsi que les travailleurs familiaux et sociaux étaient effectués en filigrane de la recherche, prenant institutionnellement corps dans mon travail de psychologue clinicienne.

Afin de poursuivre dans notre démarche comparative, nous avons sélectionné un échantillon d'enfants dits « *tout-venant* » afin de constituer un groupe contrôle. L'école Didion-Raugraff de Nancy et les tuteurs des enfants ont répondu favorablement à notre demande et nous avons pu effectuer notre recueil de données au sein de cet établissement. 20 enfants âgés de 6 à 14 ans ont été sélectionnés selon des critères d'inclusion et d'exclusion précis. Nous avons dû malheureusement renoncer à suivre un enfant qui, après une analyse de ses protocoles de test, s'est révélé pathologique et en situation de placement judiciaire. Nous avons pu retrouver un sujet supplémentaire afin de constituer la totalité du groupe contrôle.

Concernant les critères d'exclusion, nous avons choisi de ne pas sélectionner d'enfants porteurs d'un handicap cérébral et/ou génétique ainsi que les enfants porteurs de diagnostic d'autisme. Les enfants en situation de déficience intellectuelle trop importante n'étaient également pas retenus pour participer à notre recherche, au regard de processus d'inhibition marqués en

⁷ Bonneville, E. (2010). Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 53(1), 31-70

lien avec un déficit cognitif ne permettant pas l'élaboration psychique des émotions et des ressentis et rendant la passation des épreuves projectives trop problématique. Concernant le groupe contrôle, nous avons bien évidemment inclus les enfants dits « *tout venant* », scolarisés en milieu dit « *ordinaire* » n'étant pas scolarisés en ULIS-Ecole et n'ayant pas vécu de situation de maltraitance intrafamiliale.

III. Présentation du cadre institutionnel

Dans le but de présenter de la manière la plus précise possible le cadre de ce travail de recherche, nous allons présenter ici le cadre institutionnel au sein duquel ce dernier s'est déroulé. Cette recherche s'inscrit dans un dispositif de Convention Individuelle de Formation par la Recherche (CIFRE) financée par l'Association Nationale de la Recherche (ANRT). Ce dispositif se veut tri-partique, impliquant l'institution salariale du psychologue-doctorant ici l'institut médico-éducatif du Comité La Tour (08), l'ANRT et le laboratoire INTERPSY (EA 4432) de psychologie clinique de l'université de Lorraine (secteur de Nancy) avec le Professeur Claude De Tychev comme directeur de thèse.

Le Comité La Tour est une association de Loi 1901 créée en 1976 et gère trois établissements :

- ψ L'institut médico-éducatif, la présente institution impliquée dans notre recherche.
- ψ Le dispositif des 3-6 ans localisés dans les locaux de l'IME et possédant une antenne à Margut (08). Ces deux dispositifs expérimentaux visent à travailler l'intégration progressive d'enfants en difficultés intellectuelles et psychiques dans des classes du système scolaire dit « ordinaire ».
- ψ Le Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD).

Nous centrerons la présentation du cadre institutionnel sur l'institut médico-éducatif, institution dans laquelle j'exerçais également en tant que psychologue clinicienne.

L'IME est une institution agréée pour accueillir des enfants et des adolescents de 6 à 14 ans, filles et garçons, présentant une déficience légère à moyenne avec ou sans trouble(s) associé(s) ou ayant des troubles sévères des interactions et de la communication. Cette structure met en place un accueil de jour pour ses usagers, sans possibilité d'hébergement. L'établissement est organisé de manière à pouvoir répondre de la façon la plus adaptée aux besoins des enfants et des adolescents accueillis.

L'objectif principal de l'IME de Glaire est de mettre en place des interventions pluridisciplinaires regroupant trois pôles d'activité :

1. Le secteur éducatif avec l'intervention d'éducateurs spécialisés directement au contact des usagers.
2. Le secteur thérapeutique comprenant l'intervention de professionnels paramédicaux ou indépendants tels que les psychologues, les orthophonistes, les psychomotriciens et les ergothérapeutes.
3. Le secteur pédagogique impliquant des enseignants spécialisés de l'Education Nationale.

Ce type de travail en pluridisciplinarité a pour objectif de proposer des prises en charge adaptées aux ressources des enfants et des adolescents tout en prenant en compte leurs difficultés. En effet, la déficience intellectuelle est souvent accompagnée de différents troubles, comme par exemple de troubles du comportement, de troubles sensori-moteurs et/ou de la communication. Ce faisant, des unités de vie sont constituées afin d'accueillir les enfants selon une chronologie basée en fonction de l'âge des usagers, divisée alors en 7 groupes :

- α Les groupes TOPAZE et SAPHIR qui accueillent les enfants âgés de 3 à 6 ans.
- α Les groupes OPALE et RUBIS qui accueillent les enfants âgés de 6 à 9 ans.
- α Le groupe AMBRE, qui constitue un groupe intermédiaire pour les enfants éprouvant des difficultés à pouvoir passer dans le groupe EMERAUDE. Celui-ci accueille des enfants âgés de 9 à 12 ans.
- α Le groupe EMERAUDE qui accueille les enfants âgés de 9 à 12 ans.

- α Le groupe AVENTURINE qui accueille les enfants âgés de 12 à 14 ans (voir parfois plus lorsque les places en institution ne peuvent être assurés aux usagers sortants).
- α Le groupe « TED » (Troubles Envahissants du Développement) : ce groupe est différents des six précédents. En effet, celui-ci est habilité à recevoir des enfants porteurs de troubles autistiques aux besoins d'accompagnement très particuliers âgés de 6 à 14 ans.

Les équipes de l'IME mettent en place un projet individuel, adapté aux capacités et aux difficultés de chaque enfant, axé principalement sur :

- α *Les apprentissages pédagogiques* : en effet, tous les enfants et les adolescents accueillis au sein de la structure bénéficient d'un temps de scolarisation avec des possibilités d'intégration partielle dans des ULIS (*Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire*).
- α Le développement de l'autonomie, la découverte de centre d'intérêts et l'ouverture aux relations sociales avec, par exemple, des ateliers d'éveils pour les plus jeunes enfants ainsi que des ateliers d'expression, de jeux collectifs et sportifs et/ou de sorties éducatives et pédagogiques.
- α Les soutiens thérapeutiques spécifiques et/ou rééducatifs (psychologique, orthophonique, psychomotricité).

Les parents sont associés au projet pluridisciplinaire de leur enfant. Ces derniers sont rencontrés régulièrement par les équipes éducatives et pédagogiques et peuvent bénéficier de suivi dans le cadre de guidance parentale. Autrement dit, ces derniers prennent complètement part au projet de leur enfant et à sa vie au sein de l'institution.

Notre présente recherche s'est effectuée auprès d'enfants composant le groupe OPALÉ, AMBRE, EMERAUDE et AVENTURINE, balayant un intervalle d'âge de 6 à 14 ans. Au regard du sujet de notre recherche, nous avons principalement travaillé avec des enfants et des adolescents ayant un vécu de carences affectives et/ ou éducatives précoces. La plupart des

enfants et des adolescents qui ont participé à notre recherche étaient en situation de placement soit administratif ou judiciaire avec des droits de visites encadrés des parents.

Tous les parents des participants à cette recherche ont été reçus en entretien afin de leur expliquer notre démarche, recueillir leurs questions ainsi que leur consentement éclairé au travers d'un formulaire signé par le représentant légal de l'enfant. Nous précisions également que tous les prénoms et les noms de famille de chacun des participants, des membres de leurs familles ainsi que toutes les personnes étant intervenues auprès d'eux ont été modifiés afin de préserver leur anonymat.

IV. Choix des outils d'investigation

Nous allons maintenant poursuivre l'exposé de notre méthodologie en abordant les outils que nous avons décidés d'utiliser pour mener notre recherche et ainsi, justifier notre choix de nous orienter vers de tels outils. Il s'agit ici de présenter nos décisions méthodologiques qui nous ont permis d'opérationnaliser nos hypothèses jouant ainsi un rôle prépondérant dans le recueil de nos données. Nous avons alors décidé d'élaborer un protocole dans la passation des différentes épreuves que constituait le recueil de nos données, bien conscient du caractère extrêmement dense des épreuves proposées aux enfants et aux adolescents de notre échantillon. Nous avons entrepris de travailler avec des usagers que j'accompagnais déjà au cours de mon travail de psychologue clinicienne au sein de l'institution. Nous avons donc utilisé, dans un premier temps, les entretiens psychologiques comme méthode de recueil de données qualitatives de la vie des sujets. Il m'a été à cœur de maintenir une alliance thérapeutique suffisamment bonne avec ces enfants et ces adolescents desquels j'ai parfois assuré un suivi sur plusieurs années. Nous avons ensuite proposé la passation d'un test psychométrique (la WISC IV) et pour finir, deux épreuves projectives : le Rorschach ainsi que le test des Contes. Nous avons décidé d'adopter une vision complémentaire du sujet en choisissant d'utiliser des épreuves à valence quantitative et d'autres à valence qualitative.

IV.1. L'entretien clinique

Le verbe *entretenir* apparaît aux environs du XII^{ème} siècle et signifie « *tenir ensemble* ».

Le mot *entretien* apparaît au XVI^{ème} siècle et est issu de la contraction de « *entre* » et « *tenir* », autrement dit il s'agit d'un « *échange de parole* » (Picoche, 1992).

Selon Geneviève Imbert (2010), les entretiens dits « *de recherche* » constituent des interviews regroupant les éléments méthodologiques d'une démarche scientifique. Ce terme est généralement utilisé afin de désigner la méthode alors que le terme « *entretien* » désigne les différentes rencontres qui vont constituer cette méthode.

L'entretien clinique est un des principaux outils dont dispose le psychologue clinicien. La particularité de cette méthode est qu'elle permet l'émergence du discours du sujet ainsi que la représentation de ses objets internes (Pardinielli, 2012). Le partage à l'œuvre au sein même de la relation clinique entre le psychologue et le sujet passe essentiellement par les éléments transmis au travers du langage. D'un point de vue épistémologique, « *la recherche dite « qualitative » appréhende l'objet d'étude de manière globale, proximale, directe et interprétative.* » (Muchielli, 2009 ; Imbert, 2010). Autrement dit, cette dernière a pour objectif l'exploration de la connaissance d'un phénomène à l'étude au sein de notre travail de recherche.

L'entretien clinique peut être utilisé dans la réalisation d'une évaluation au cœur même de la pratique clinique et également dans le cadre de la réalisation d'une recherche (Pardinielli, 2012). Nous avons ici décidé de considérer ces deux approches comme complémentaires comme peuvent l'expliquer Blanchet et Gotman (1992) : « *s'entretenir avec quelqu'un est, davantage encore que questionner, une expérience, un événement singulier, que l'on peut maîtriser, coder, standardiser, professionnaliser, gérer, refroidir à souhait mais qui comporte toujours un certain nombre d'inconnues (et donc de risques) inhérents au fait qu'il s'agit d'un processus interlocutoire, et non pas simplement d'un prélèvement d'informations.* ». Autrement dit, nous avons souhaité coupler les entretiens thérapeutiques effectués durant ma pratique de psychologue clinicienne avec nos entretiens de recherche à visée de recueil de données et avec la passation des différents tests constituant le protocole de recueil des données de la recherche.

Nous avons décidé de privilégier la méthode dite *semi-directive* de l'entretien clinique. Ce type d'approche privilégie les échanges tout en respectant une grille de thèmes nous permettant alors de « *contribuer au développement de connaissances favorisant des approches*

qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes » (Lincoln, 1995 ; Imbert, 2010). En effet, l'entretien directif nous a semblé être beaucoup trop rigide au regard de notre objet d'étude ; Tout comme l'entretien libre ne nous semblait absolument pas pertinent au regard de la population étudiée : les enfants et les adolescents porteurs d'une déficience intellectuelle. De fait, l'entretien semi-directif nous permet d'aborder plusieurs thèmes que nous avons au préalable sélectionnés et nous avons eu recours à la même technique que pour l'entretien libre, c'est à dire l'écoute active du discours du sujet et des processus conscients, ou non, à l'œuvre dans le discours. Nous pouvons alors laisser l'enfant organiser et élaborer ses pensées comme il l'entend entre chacun de ces thèmes.

IV.2. L'évaluation psychométrique : la WISC-IV

Nous avons décidé d'utiliser le test du WISC IV (*Wechsler Intelligence Scale for Children*) afin d'établir un profil de fonctionnement cognitif des enfants participant à notre recherche. Ce test permet d'obtenir une vision plus globale des capacités intellectuelles. Le WISC-IV est la quatrième version de l'Echelle d'intelligence de Wechsler pour enfants (1966), âgés de 6 ans à 16, 11 ans. Le quotient intellectuel total s'obtient à partir de quatre indices permettant une analyse approfondie et précise des processus mentaux à l'œuvre chez les enfants :

- α L'indice de compréhension verbale (ICV)
- α L'indice de Raisonnement perceptif (IRP)
- α L'indice de Mémoire de travail (IMT)
- α L'indice de Vitesse de traitement (IVT).

Le choix d'utiliser le WISC IV comme outil d'évaluation psychométrique nous permet d'évaluer le niveau de déficience intellectuelle des enfants constituant le groupe clinique et de différencier les profils cognitifs des deux groupes afin de nous assurer qu'aucun enfant porteur de déficience intellectuelle ne fasse partie du groupe contrôle. De plus, le test de la WISC-IV est un test très répandu dans la pratique et nous permet d'aborder de manière transverse le sujet comme un individu singulier ne se résumant pas à un unique chiffre de quotient intellectuel.

IV.3. Les épreuves projectives

IV.3.a. Intérêt de la méthodologie projective dans le cadre de notre recherche

Nous avons décidé d'utiliser deux épreuves projectives dans le recueil de données de notre présente recherche : le Rorschach et le Test des Contes (Royer, 1978). L'objectif n'est pas ici de recueillir des données visant à l'obtention d'un diagnostic de la personnalité des enfants composant les deux groupes mais plutôt d'investiguer les sphères de la personnalité de ces enfants au travers du recueil de données cliniques ayant pour objectif la validation (ou non !) de nos hypothèses. L'organisation psychique des enfants se veut être continuellement en mouvement et revêt un aspect extrêmement polymorphe dans l'utilisation des mécanismes structuraux. De ce fait, nous préférons considérer les données collectées comme *une photographie à un moment* du développement de ces enfants.

Catherine Chabert (1998) définit les épreuves projectives comme « *Permettant l'étude du fonctionnement intrapsychique individuel dans une perspective dynamique, c'est-à-dire en s'efforçant d'apprécier à la fois les conduites psychiques repérables, mais aussi leurs articulations singulières et leurs potentialités de changement* ». Autrement dit, les mouvements projectifs générés par le matériel des tests sont à considérer en état de mouvement constant. De ce fait, la méthode projective pourrait alors se définir comme un espace d'expression d'un entre deux processuel (Roman, 1997) : la réponse projective fournie par le sujet met en exergue un espace intermédiaire au sein duquel se confronteraient l'espace interne et l'espace externe du jeune enfant. Nous ne pouvons pas passer à côté d'un parallèle plus qu'évident avec la notion d'aire transitionnelle de Donald Wood Winnicott (1975), cette dernière faisant appel à la capacité de l'enfant à jouer symboliquement avec le matériel proposé et les mouvements projectifs ici réactivés. L'éprouvé transitionnel est défini comme constituant « *la perméabilité des espaces internes et externes qui se développe durant la passation du projectif* » (Roman 1997). Il s'agit ici d'une notion très spécifique à la clinique infantile dans un temps où la participation réelle et/ou fantasmatique tend à se confondre tout en visant à se différencier au fur et à mesure du développement psycho-affectif de l'enfant (Roman, 1997).

IV.3.b. Le Rorschach

Ce test présentant des *tâches d'encre* au contenu non figuratif a été inventé par Hermann Rorschach en 1918. Ce test est composé de 10 planches possédant chacune un contenu manifeste et un contenu latent qui leur sont propres. A l'heure actuelle, le test du Rorschach est un des tests projectifs les plus utilisés dans la pratique clinique au regard de « *sa finesse dans l'approche du fonctionnement psychique qu'il permet, la possibilité de le proposer aux enfants, aux adolescents et adultes de tout âge.*⁸ » (Richelle et al., 2017).

Nous adopterons la perspective de l'Ecole de Paris qui postule que le test de Rorschach s'organise systématiquement autour de deux pôles : l'investissement des processus de pensée, des problématiques spécifiques et celui des angoisses, elles-mêmes réactivées de par les caractéristiques du matériel du test. Le test du Rorschach constitue également un puissant outil dans la mise en exergue des carences impliquées dans l'investissement narcissique et libidinal des sujets : il s'agit d'une médiation qui va mettre à l'épreuve les limites intrapsychiques et intersubjectives du sujet, permettant dans un second temps d'étudier la représentation de soi (Roman, 1997).

Nous avons décidé d'utiliser le test du Rorschach dans notre recherche car, contrairement au test psychométrique, la passation du Rorschach peut s'apparenter à un jeu pour les enfants que nous avons reçus et que j'ai accompagnés durant mon travail de psychologue clinicienne au sein de cette institution : il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses, seules celles des enfants dans leur singularité psychique comptent. Dans un premier temps, nous présentons les 10 planches aux enfants et leur demandons d'énoncer tout ce qu'ils peuvent y voir. Dans un second temps intervient l'épreuve des choix, nous exposons, avec l'enfant, les dix planches et lui demandons alors de choisir quelle est sa planche préférée et celle qu'il déteste, la planche qui lui fait penser à sa mère et celle qui lui fait penser à son père, nous lui demandons également de justifier ses choix. Pour terminer, nous procédons à l'enquête des limites, revenant sur les réponses qui ne nous ont pas paru claires ou qui ne correspondent pas aux banalités (Ban) attendues dans les protocoles d'enfants.

⁸ Richelle, J., Debroux, P., De Noose, L., Malempré, M., & Migeal, C. (2017). *Manuel du test de Rorschach*. De Boeck Supérieur :Bruxelles.

IV.3.c. Le Test des Contes (Jacqueline Royer, 1978)

Le test des contes de Jacqueline Royer (1978) est constitué d'une série d'histoires dont seul le début est raconté à l'enfant qui a pour consigne de la poursuivre. L'enfant est invité à élaborer la suite de l'histoire et à développer les thèmes proposés, le psychologue clinicien l'invitant à expliciter ces derniers à l'aide d'un questionnaire.

Nous avons décidé d'utiliser le Test des Contes car ce dernier constitue un support particulièrement adapté et complémentaire du test du rorschach au vu de la population étudiée. En effet, l'intérêt des enfants pour les histoires reste très vif, c'est-à-dire qu'il s'agit ici « *d'une forme de stimulus tout à fait appropriée à la psychologie enfantine.* » (Royer, 1978).

Les héros de presque chacune des histoires sont représentés par des animaux suscitant ainsi l'intérêt accru des enfants pour ces figures animalières. En effet, l'enfant va spontanément prêter aux animaux des sentiments, des ressentis et des comportements humains. Le recours aux figures animales nous permet ici de contourner plus facilement les mouvements d'identifications relatifs aux figures humaines et ainsi détourner la censure et faciliter les mouvements projectifs des enfants⁹. Cécile Beizman (1957) parle ici de mécanisme de déplacement des motions pulsionnelles sur les figures animales, expliquant que « *l'enfant se projette plus facilement dans des réponses animales que dans des réponses humaines.* »¹⁰

Le Test des Contes est actuellement composé de 21 histoires divisés en 6 grands thèmes :

1. **Le traumatisme de la naissance** (*ce premier grand thème est composé du conte du Poussin et de l'Age d'or*).
2. **Les frustrations affectives et leurs corollaires : sentiments d'abandon, problèmes oraux, rivalité fraternelle, sentiments d'infériorité** (*ce second grand thème est composé de l'Oisillon, les Renards, du Coucou, des Chevreaux, de l'Ourson pas pareil et du Petit chien Tom*).
3. **Les problèmes affectivo-moteurs : locomotion et propreté** (*ce troisième grand thème est composé du Poulain, du Trou, de la Course et de La terre et l'eau*).

⁹ Royer, J. (1975). *EXPLORATION DE L'AFFECTIVITE DE L'ENFANT A L'AIDE D'UNE METHODE D'HISTOIRES A COMPLETER : LE TEST DES CONTES* (Doctoral dissertation).E.A.P. :Issy les Moulineaux.

¹⁰ Beizmann, C. (1957). Perception et motivation des enfants dans un test de projection. *Enfance*, 10(5), 521-534.

4. **Les problèmes affectivo-sexuels** (*ce quatrième grand thème est composé du Cadeau, du Sexe préféré, des Cerfs et du Chaton curieux*).

5. **L'entourage de l'enfant** (*ce cinquième grand thème est composé du Cirque, des Renards, des Métamorphoses, des Lions et de la Colère*).

6. **Les motifs essentiels** (*ce sixième grand thème est composé des Rêves et de l'Histoire préférée*).

Nous avons décidé de ne sélectionner que 8 histoires sur 21 relatives aux thèmes étudiés dans notre recherche et dans l'objectif d'alléger la passation du protocole de recueil de données, déjà très dense, au regard des difficultés cognitives des enfants du groupe clinique et dont les capacités de concentration restent limitées lorsque les stimuli présentés sortent du canal visuel.

Voici les 8 contes que nous avons choisi de sélectionner pour notre travail de recherche :

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1. Le poussin | 5. L'ourson pas pareil |
| 2. Les renards | 6. Le cadeau |
| 3. Le Coucou | 7. Les métamorphoses |
| 4. Le petit chien Tom | 8. Les lions |

Nous avons choisi de reprendre la consigne exposée par Jacqueline Royer (1975) pour expliquer le déroulement de l'épreuve projective aux jeunes enfants : « *Tu aimes les histoires, n'est-ce pas ? ... Et bien nous allons en inventer ensemble. C'est un jeu pour voir si tu as de l'imagination. Tu pourras dire tout ce qui te passe par la tête parce qu'ici, il n'y a plus de bonnes ou de mauvaises réponses, il faut seulement montrer que l'on a des idées !* ». Lorsque nous étions face à des jeunes adolescents, nous émettions une variation de la consigne : « *Tu aimes les histoires, n'est-ce pas ? ... Et bien nous allons en inventer ensemble. C'est un jeu pour voir si tu as de l'imagination. Nous allons faire comme si nous écrivions ensemble un livre pour de petits enfants.* »

Afin de faciliter l'élaboration psychique des mouvements projectifs, des planches ont été créées avec Madame Mélissa Piddu, artiste peintre qui s'est basé sur la structure de départ des contes.

IV.4. Traitements statistiques

Nous avons choisi d'effectuer un traitement quantitatif de nos données en complément du traitement qualitatif.

Nous avons donc constitué une base de données répertoriant les éléments collectés lors de notre recueil de donnée. De ce fait, nous avons choisi d'utiliser le logiciel SPSS pour traiter nos résultats. Le traitement des données s'est opéré au travers de l'utilisation de plusieurs tests : le t de Student pour échantillons indépendants, le test de χ^2 ainsi que la réalisation de corrélation bivariée.

Le test t de Student pour échantillons indépendants a permis la comparaison des moyennes des deux groupes d'échantillon. Il s'agit d'observer si les moyennes des deux groupes diffèrent significativement du point de vue statistiques.

Le test du χ^2 a permis de tester H_0 et de mettre en évidence si une relation entre deux variables était observée. Ce test nous a permis de venir compléter nos observations réalisées au travers des test t de Student.

L'utilisation de *la corrélation bivariée* a permis d'observer l'influence qu'exerce une variable sur une autre et d'observer l'orientation positive ou négative de cette dernière.

V. Opérationnalisation des hypothèses de la recherche.

V.1. Opérationnalisation de H1 : les traumatismes et les carences affectives précoces devraient avoir un effet négatif sur les capacités de mentalisation des enfants déficients intellectuels.

Les capacités de mentalisation transparaissent notamment au travers du test du Rorschach. La mentalisation est composée du travail de symbolisation et de liaison affect-représentation. Nous rejoignons les travaux de Cassiers (1968) qui avance que plus la qualité de la symbolisation est bonne et plus le protocole de Rorschach sera riche et plus les contenus posséderont une valence sexuelle et/ou agressive élaborée de manière symbolique et non crue.

Ce faisant, l'opérationnalisation de H1 permet d'avancer que les enfants déficients intellectuels qui ont vécu des carences affectives précoces et des traumatismes relationnels

précoces donneront moins de contenus à valence sexuelle et/ou agressive symbolisée dans les protocoles de Rorschach ou donneront ce type de contenus projectifs exprimé toutefois de manière crue et non-symbolisée. Autrement dit, les dimensions sexuelles du travail de symbolisation (dimension masculin-phallique et dimension maternel-féminin-contenant) seront symbolisées de manière moins satisfaisante que chez les enfants faisant partie du groupe témoin de la recherche.

Les traumatismes et les carences affectives précoces survenant chez l'enfant déficient intellectuel possèdent un effet négatif sur le développement des capacités de symbolisation. En effet, ces dernières sont entravées par un cadencage de l'espace imaginaire en lien avec le vécu traumatique. Ce dernier peut être observé finement au travers du Test de Rorschach.

Les marqueurs projectifs permettant de repérer un abrasement de l'imaginaire seront identifiés lors de la cotation du protocole et du calcul du psychogramme. Nous avons sélectionné les indicateurs suivants :

- ψ Le nombre de réponses (R) = $R < 20$
- ψ Le peu de grandes kinesthésies et un nombre de petites kinesthésies inférieur à 4.
- ψ Une augmentation du F%.
- ψ La diversité des contenus : BAN ; A% ; H% ; IA%
- ψ L'indice de contenus traumatique (TCI) significatif supérieur à .0,25

Nous opérationnalisons H1 en utilisant les travaux de Cassiers (1968) et notamment la cotation de la mentalisation au travers de la grille avec calcul des indices d'élaboration symbolique (IES). Nous allons donc calculer trois indices d'élaboration symboliques relatifs aux trois dimensions de la symbolisation : la dimension masculin-phallique, la dimension féminin-contenant et la dimension pulsionnalité-agressive. Le calcul de ces trois indices nous permettra d'obtenir un indice d'élaboration symbolique global pour chacun des enfants constituant les groupes de la recherche.

V.2.Opérationnalisation de H2 : Les traumatismes et les carences affectives précoces ont un effet négatif sur la formation des imagos parentales des enfants déficients intellectuels. En effet, plus l'impact et la répétition des traumatismes

relationnels et des carences affectives précoces est fréquente et plus la formation des imagos parentales devrait être déficitaire et abîmé.

L'opérationnalisation de H2 s'effectuera au travers du test du Rorschach, avec notamment une fréquence importante de références au blanc (Bl, Dbl, Dbl%) et de contenus détériorés aux planches IV, VII et IX sont attendue dans l'échantillon clinique comparativement au groupe contrôle.

L'opérationnalisation de H2 s'effectuera également au travers du Test des Contes de Jacqueline Royer (1978), utilisé ici comme outil d'investigation complémentaire de la qualité de la formation des imagos parentales. Nous nous baserons également sur l'ouvrage Test des Contes et clinique infantile de Claude De Tychey (2010). L'opérationnalisation de H2 se base sur le premier grand thème énoncé par Jacqueline Royer en ce qui concerne le Test des Contes, à savoir le traumatisme de la naissance. Nous avons choisi de ne sélectionner que **le conte du Poussin**. Ce conte explore le stade de la vie fœtale et de la naissance (De Tychey, 2010) mettant en lumière les éventuels ressentis de souffrance pendant la gestation de la mère et au moment de la naissance¹¹.

De ce fait, nous avons donc choisi d'utiliser le conte du Poussin comme support des mouvements projectifs des vécus in-utéro des enfants constituant les deux groupes de la recherche. Les enfants déficients intellectuels qui ont vécu des traumatismes relationnels précoces et des carences affectives précoces projeteront majoritairement plus de contenus à valence négative et mortifères. Les cliniciens considèrent habituellement qu'une plus grande fréquence du mal être in-utero devrait être retrouvée à la première question du conte et une plus grande fréquence de dénouement négatifs à la dernière question du conte chez les enfants du groupe clinique comparativement aux enfants constituant le groupe témoin. Nous avons décidé de ne retenir qu'un seul indicateur pour ce conte du Poussin : « *Le poussin se trouve mal dans son œuf* ».

¹¹ Theis, A. (2006). Approche psychodynamique de la résilience. *Etude clinique projective*. Thèse de Doctorat. Université de Nancy 2

V.3. Opérationnalisation de H3 : les enfants déficients intellectuels qui ont vécu des traumatismes relationnels précoces et des carences affectives précoces devraient donner moins souvent une perception de leur corps entière et unitaire comparativement aux enfants du groupe contrôle.

L'opérationnalisation de H3 s'effectuera également au travers du test du Rorschach. Nous avons décidé d'utiliser la grille de représentation de soi de Nina Rausch de Traubenberg (1984). Nina Rausch de Traubenberg et al., (1990) avancent que les marqueurs d'une représentation de soi entière et unitaire sont des contenus entiers de bonne forme (G+ ; F+), entière, unitaire et dans les meilleurs cas sexués. Ce faisant, l'opérationnalisation de H3 prévoit que les enfants déficients intellectuels ayant vécu des traumatismes relationnels précoces et des carences affectives précoces devraient donner plus souvent des contenus à valence plutôt fragmentaire, parcellaire (Ad, Hd ; H/Hd) et/ou témoignant d'un morcellement de l'image du corps (F- ; anat ; sang), comparativement aux enfants du groupe contrôle qui donneront plus de contenus de bonnes formes (G+ ; F+), de représentation de soi entière et unitaire ainsi que des contenus sexués en fonction de l'âge de passation du Rorschach.

V.4. Opérationnalisation de H4 : les enfants déficients intellectuels devraient avoir vécu davantage de traumatismes précoces comparativement aux enfant du groupe contrôle.

L'opérationnalisation de H4 implique le traitement des données recueillies au travers du test du Rorschach et du test des contes.

Au niveau du test de Rorschach, nous avons choisi d'utiliser le recours à l'Index de Contenu Traumatique TCI pour la cotation et l'analyse des protocoles des deux groupes de la recherche. En se référant au modèle de l'école de Paris, l'index de contenu traumatique transposé à partir de la méthode de cotation américaine du système exnerien, se calcule en sommant les contenus morbides (prenant en compte les réponses détériorées « *defect* » et celles à coloration dysphorique et/ou anxiogène portées par les déterminants Clob et C' des protocoles des deux groupes), ainsi que les mouvements agressifs (comprenant les kinesthésies à valence

agressive), plus les réponses anatomiques, en référence au sang et au sexe en les divisant ensuite par le nombre de réponses totales du protocole :

$$\frac{\sum \text{MOR} + \text{AGM} + \text{anat} + \text{sang} + \text{sex}}{\text{R}}$$

Nous postulons également dans l'opérationnalisation de H4 que plus les images parentales seront détériorées, plus la fréquence des références au blanc (Bl, Dbl, Dbl%) sera importante. Nous avançons également ainsi la présence de contenus détériorés aux planches IV, VII et IX du Rorschach seront plus fréquentes chez les enfants du groupe clinique comparativement à ceux du groupe contrôle. Nous postulons donc que les carences et les traumatismes relationnels précoces vécus peuvent transparaître au travers d'imagos parentales abîmées et envisagées comme manquantes, réactivant ainsi les affects dépressifs ou agressifs en lien avec le vécu traumatique des enfants qui constituent le groupe clinique.

Le thème retenu pour opérationnaliser H4 dans la batterie du Test des Contes et celui de l'entourage de l'enfant¹². Nous avons décidé de retenir trois contes constitués de plusieurs indicateurs pertinents concernant l'exploration de la formation des imagos parentales des enfants du groupe clinique ainsi que les représentations parentales et identificatoires qu'ils projettent sur la cellule familiale :

- ψ **Le conte des métamorphoses** s'inscrit dans le stade phallique-œdipien du développement de l'enfant, évaluation la construction de l'identité sexuelle (De Tychey, 2010). Ce conte permet de mettre en avant « *les images parentales intériorisées qui vont structurer la personnalité de l'enfant* » (Theis, 2006). Nous avons retenu comme indicateur pour l'opérationnalisation de notre hypothèse le choix déprécié pour un des parents, ou les deux.

- ψ **Le conte des renards** s'inscrit dans le stade oral du développement de l'enfant (De Tychey, 2010). Ce conte permet « *d'approcher la qualité de pare-excitation*

¹² Royer, J. (1975). *EXPLORATION DE L'AFFECTIVITE DE L'ENFANT A L'AIDE D'UNE METHODE D'HISTOIRES A COMPLETER : LE TEST DES CONTES* (Doctoral dissertation).E.A.P.Issy les Moulinaux

maternelle et la satisfaction, ou non, des besoins fondamentaux de l'enfant. » (Theis, 2006). Nous avons retenu trois indicateurs qui nous ont semblé pertinent au regard de notre hypothèse H4 : 1. Les petits renardeaux sont chassés du terrier et privés de nourriture ; 2. Présence de contenus mortifères à valence sadique et/ou masochiste et ; 3. Dénouement négatif.

- ψ **Le conte des Lions** s'inscrit également dans le stade phallique-œdipien impliquant une évaluation de la construction de l'identité sexuelle (De Tychey, 2010). Ce conte permet d'approcher « *la nature et la fréquence des conflits du couple parental* » (Theis, 2006). Nous avons retenu deux indicateurs pour l'opérationnalisation de notre hypothèse : 1. Les parents se disputent et ; 2. Présence de dispute violente.

V.5. Opérationnalisation de H5 : les frustrations affectives et le sentiment d'abandon sont plus fréquents chez les enfants du groupe clinique que les enfants du groupe témoin.

L'opérationnalisation de H5 implique le traitement de nos données recueillies au travers du test des contes. Ce faisant, nous avons sélectionné trois contes pour l'opérationnalisation de H5, le conte du Coucou et le conte de l'Ourson pas pareil ainsi que le conte du Petit Chien Tom. Chacun de ces trois contes est composé de plusieurs indicateurs visant à confirmer (ou infirmer) la pertinence de notre hypothèse.

- ψ **Le conte du Coucou** s'inscrit dans le stade oral et vient explorer la capacité de l'enfant à supporter la séparation avec ses parents (De Tychey, 2010). Ce conte explore « *la perception que possède l'enfant des expériences de séparation au cours desquelles les parents ont été remplacés.* » (Theis, 2006). Nous avons retenu deux indicateurs pour l'opérationnalisation de notre hypothèse : 1. Abandon et/ou rejet lié aux caractéristiques de l'enfant et ; 2. Autre mammifère/oiseau peu accueillant.

- ψ **Le conte de l'Ourson pas pareil** s'inscrit également dans le stade oral du développement de l'enfant (De Tychey, 2010) et vient explorer la construction de l'identité narcissique de l'enfant. Ce conte évalue « *la construction de l'identité narcissique, le sentiment de cohésion et de valeur personnelle* » des enfants (Theis, 2006). Nous avons également retenu deux indicateurs pour l'opérationnalisation de notre hypothèse : 1. Déqualifications de la part du ou des parent(s) et ; 2. Déqualifications liées aux caractéristiques de l'enfant.
- ψ **Le conte du Petit chien Tom** s'inscrit, comme les deux précédents contes, dans le stade oral du développement de l'enfant (De Tychey, 2010) et vient explorer les notions de castration orale et de sevrage. Ce conte permet d'évaluer la qualité du « *passage de l'alimentation liquide à l'alimentation solide, de ses répercussions et de la séparation psychologique entre la mère et l'enfant* » (Theis, 2006). Nous avons également retenu deux indicateurs pour l'opérationnalisation de notre hypothèse : 1. Tom est tenu en laisse car il risque de se sauver et ; 2. Tom s'évade et ne revient jamais ou commet un acte agressif.

V.6. Opérationnalisation de H6 : en raison de la présence de traumatismes relationnels précoces et de carences affectives précoces, la construction de l'identité sexuelle devrait être plus problématique dans le groupe clinique, comparativement au groupe contrôle.

L'opérationnalisation de H6 implique le traitement de nos données recueillies au travers du test des contes. De ce fait, nous postulons que la construction de l'identité sexuelle devrait être plus problématique dans le groupe clinique que dans le groupe contrôle en raison des vécus traumatiques des enfants déficients intellectuels. Deux contes du Test des Contes ont été retenus dans le but d'opérationnaliser H6 : le cadeau et les métamorphoses.

- ψ **Concernant le conte du cadeau**, ce dernier s'inscrit dans le stade phallique-oedipien, impliquant l'évaluation de la construction de l'identité sexuelle (De Tychey, 2010). Ce conte permet d'explorer « *la figuration symbolique du maternel féminin et du paternel phallique, ainsi que l'acceptation de la bisexualité de l'enfant* » (Theis, 2006). De ce fait, nous avons retenu deux indicateurs pour

l'opérationnalisation de notre hypothèse : 1. L'enfant refuse l'animal en lien avec son genre biologique et ; 2. Dénouement tragique avec contenus de mort.

- ψ **Concernant le conte des métamorphoses**, nous avons explicité précédemment dans quel stade du développement il se situait et les sphères explorées au travers de ce conte. Nous avons retenu un indicateur dans l'opérationnalisation de notre hypothèse : le choix d'un animal qui ne correspond pas à son genre lors de l'auto-transformation de l'enfant grâce à la baguette magique donnée par la fée (cf. texte complet des contes utilisés dans la partie annexe de la thèse).

TROISIEME PARTIE

PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

I. Statistiques descriptives des échantillons.

I.1. Statistiques descriptives du groupe contrôle

L'échantillon du groupe contrôle est composé de 20 enfants. L'âge moyen est de 8.63 ans avec un intervalle allant de 6 à 12 (cf. *tableau 1 en annexe*).

I.2. Statistiques descriptives du groupe clinique

L'échantillon du groupe clinique est composé de 20 enfants. L'âge moyen est de 9.3 ans avec un intervalle allant de 6 à 13, 4 ans (cf. *tableau 2 en annexe*).

Nous n'observons pas de différences significative au niveau de l'âge moyen entre les deux groupes ($Test t = .778 ; ddl = 38 ; p = .44$). Ce résultat nous permet donc de mettre en exergue une homogénéité en termes d'âge entre les deux groupes constituant la recherche.

I.3. Mise à l'épreuve des hypothèses au travers des statistiques descriptives

I.3.a. Mise à l'épreuve de H1 : les traumatismes et les carences affectives précoces ont un effet négatif sur les capacités de mentalisation des enfants déficients intellectuels

○ Au niveau de la mentalisation

Comme exposé précédemment lors de l'opérationnalisation de H1, nous rejoignons les travaux de Cassiers (1968) sur la symbolisation en posant que plus la qualité de la symbolisation est bonne et plus le protocole de Rorschach sera riche, et plus les contenus posséderont une valence sexuelle et/ou agressive élaborée de manière adaptée et non crue. Nous avons donc décidé de nous concentrer sur les résultats obtenus au différents indices de symbolisation (IES) obtenus par les deux groupes composant la recherche, plus précisément sur les quatre dimensions composant ces indices : 1. La dimension pulsionnelle agressive ; 2. La dimension du féminin-contenant et ; 3. La dimension du masculin-phallique ainsi que 4. L'indice global d'élaboration symbolique des contenus sexuels et agressifs.

Concernant le groupe contrôle, les résultats mettent en évidence une moyenne de + 0,75 pour **l'indice d'élaboration symbolique global** pour le groupe contrôle ($IES_{global} = + 0,75$; cf. tableau 3 en annexe) alors que la moyenne obtenue à l'IES pour le groupe clinique est de + 0,03 ($IES_{global} = 0,03$; cf. tableau 3 en annexe). Nous observons une différence significative des résultats obtenus aux moyennes entre les deux groupes de la recherche ($Test t = -7,284$; $ddl = 38$; $p = .001$; cf. tableau 4 en annexe). C'est pourquoi, nous pouvons donc affirmer que les enfants constituant le groupe clinique obtiennent des scores significativement inférieurs à celui des enfants du groupe contrôle.

L'indice d'élaboration symbolique concernant la dimension pulsionnelle agressive obtient une moyenne de + 0,47 ($IES_{pulsions-agressives} = + 0,47$; cf. tableau 5 en annexe) pour le groupe contrôle et une moyenne négative de - 0,22 pour le groupe clinique ($IES_{pulsions-agressives} = - 0,22$; cf. tableau 5). Nous observons une différence significative des résultats obtenus aux moyennes entre les deux groupes de la recherche. La différence entre les deux groupes est donc significative ($Test t = 3,905$; $ddl = 38$; $p = .001$; Cf. tableau 6 en annexe). On peut donc affirmer que les carences affectives et les traumatismes relationnels précoces impactent le score obtenu à l'indice d'élaboration symbolique concernant la dimension de symbolisation de la pulsionnalité agressive, cette dernière apparait beaucoup plus faible pour le groupe clinique que pour le groupe contrôle.

L'indice d'élaboration symbolique concernant la dimension du féminin-contenant obtient une moyenne de + 0, 59 ($IES_{\text{féminin-contenant}} = + 0, 59$; cf. *tableau 7 en annexe*) pour le groupe contrôle et une moyenne de + 0, 26 pour le groupe clinique ($IES_{\text{féminin-contenant}} = +0,26$; cf. *tableau 7 en annexe*). Nous observons une différence qui a tendance à être significative des résultats obtenus aux moyennes entre les deux groupes de la recherche ($Test t = 1,567$; $ddl = 38$; $p = .12$; Cf. *tableau 8 en annexes*) mais qui demanderait à être confirmée sur un échantillon plus important. On peut donc affirmer que les carences affectives et les traumatismes relationnels précoces ont tendance à impacter le score obtenu à l'indice d'élaboration symbolique concernant la dimension féminin/contenant qui tend à être plus faible dans le groupe clinique.

L'indice d'élaboration symbolique concernant la dimension masculin-phallique obtient une moyenne de + 1, 15 ($IES_{\text{masculin-phallique}} = + 1,15$; cf. *tableau 3*) pour le groupe contrôle et une moyenne de + 0, 33 pour le groupe clinique ($IES_{\text{masculin-phallique}} = +0 .33$; cf. *tableau 9 en annexe*). La différence entre les deux groupes est donc très significative ($Test t = 4,955$; $ddl = 38$; $p = .001$; Cf. *tableau 10 en annexe*). On peut donc affirmer que les carences affectives et les traumatismes relationnels précoces impactent le score obtenu à l'indice d'élaboration symbolique concernant la dimension masculin/phallique qui est significativement plus difficile à élaborer dans le groupe clinique.

○ Au niveau de l'espace imaginaire

L'opérationnalisation de H1 précisait précédemment que l'abrasement de l'espace imaginaire des enfants déficients intellectuels pouvait être approché au travers du test du Rorschach. En effet, les marqueurs projectifs que nous avons retenus pour l'opérationnalisation de notre hypothèse sont au nombre de quatre pour les deux groupes de la recherche :

- Un nombre de réponse inférieur à 20 ($R < 20$)
- Le peu de grandes kinesthésies ($K < 4$) et/ou l'absence de petites kinesthésies ($k < 4$).
- Une augmentation du F% mettant en évidence une rigidité du fonctionnement psychique des enfants composant le groupe clinique ($n = 20$).
- La diversité des contenus : A% ; H% ; IA% ; BAN

Au niveau du nombre de réponse : les résultats obtenus mettent en évidence une différence entre les deux groupes de la recherche. En effet, le groupe contrôle obtient une moyenne de 23,7 ($x_n = 23.7$; pour un minimum de 9 et un maximum de 37) (cf. tableau 11 en annexe) alors que le groupe clinique obtient, quant à lui, une moyenne de 15,4 ($x_n = 15.4$; pour un minimum de 9 et un maximum de 26) (cf. tableau 12 en annexe). La différence entre les deux groupes est donc significative (*Test* $t = -4,168$; *ddl* = 38 ; $p = ,001$; Cf. tableau 13 en annexe). On peut donc affirmer que les enfants ayant vécu des carences affectives et des traumatismes relationnels précoces fournissent moins de réponses aux protocoles de test du Rorschach que les enfants constituant le groupe contrôle. Au regard des résultats obtenus, nous pouvons avancer que les mécanismes défensifs d'inhibition sont plus massifs chez les enfants constituant le groupe clinique que les enfants constituant le groupe contrôle.

Au niveau des kinesthésies : concernant les **grandes kinesthésies**, pour le groupe contrôle, nous obtenons une moyenne de 1,9 ($x_n = 1.9$) avec un intervalle de 0 à 6 grandes kinesthésies (cf. tableau 11). La moyenne obtenue pour le groupe clinique est de 1 ($x_n = 1$) pour un minimum de 0 et un maximum de 4 (cf. tableau 12 en annexe). La différence entre les deux groupes est donc significative (*Test* $t = 1,85$; *ddl* = 38 ; $p = .07$; Cf. tableau 14). Nous pouvons donc affirmer que les traumatismes et les carences affectives précoces vécues par les enfants du groupe clinique influent sur le nombre de grandes kinesthésies données au test du Rorschach, ce qui témoignerait d'un espace imaginaire plus restreint chez eux que chez les enfants tout-venant.

Concernant les **petites kinesthésies**, nous obtenons une moyenne de 3,30 ($x_n = 3.30$) pour le groupe contrôle (avec un minimum de 0 et un maximum de 11) et une moyenne de 3,35 ($x_n = 3.35$; Cf. tableau 12) pour le groupe clinique (avec un minimum de 0 et un maximum de 7 ; Cf. tableau 12). Les résultats obtenus concernant les petites kinesthésies ne diffèrent pas selon les groupes. La différence entre les deux groupes n'est pas significative (*Test* $t = -0,68$; *ddl* = 38 ; $p = .94$; Cf. tableau 14), nous ne pouvons conclure à l'effet des traumatismes et des carences affectives précoces sur le nombre de petites kinesthésies données au test du Rorschach. Cet indicateur ne possède donc pas de sensibilité pour différencier les deux groupes.

Au niveau du F% : les résultats obtenus mettent en évidence une moyenne de 53,8 % ($x_n = 53.8$; avec un minimum de 11 % et un maximum de 86 %) pour le groupe contrôle (cf. tableau

11 en annexe). Le groupe clinique obtient une moyenne de 49,4 % ($x_n = 49.4\%$; avec un minimum de 20 % et un maximum de 96 %) (cf. tableau 12 en annexe). L'analyse des données concernant le F% indique que la différence entre les deux groupes n'est pas significative ($khi^2 = 31,333$; $ddl = 27$; $p = .25$; Cf. tableau 15 en annexe). Cet indicateur ne possède donc pas de sensibilité pour différencier les deux groupes

Au niveau de la diversité des contenus : concernant **la moyenne obtenue au A%**, les résultats obtenus sont de 40.7% pour le groupe contrôle ($x_n = 40.7\%$; pour un minimum de 16% et un maximum de 75% ; cf. tableau 11 en annexe) et de 57,6% pour le groupe clinique ($x_n = 57.6\%$; pour un minimum de 20% et un maximum de 91% ; cf. tableau 12 en annexe). Nous observons une différence de résultat non significative entre les deux groupes de la recherche. L'analyse des données concernant le A% indique que la différence entre les deux groupes n'est pas significative ($khi^2 = 35,333$; $ddl = 28$; $p = .16$; Cf. tableau 16 en annexe). Cet indicateur ne possède donc pas de sensibilité pour différencier les deux groupes.

Concernant **les résultats obtenus pour le H%**, la moyenne pour le groupe contrôle est de 17.9% ($x_n = 17.9\%$; pour un minimum de 0 et un maximum de 51% ; cf. tableau 11 en annexe) alors que la moyenne obtenue pour le groupe clinique est de 12,7% ($x_n = 12.7\%$; pour un minimum de 0% et un maximum de 53% ; cf. tableau 12 en annexe). L'analyse des données concernant le H% indique que la différence entre les deux groupes n'est pas significative ($khi^2 = 27,000$; $ddl = 22$; $p = .21$; Cf. tableau 17 en annexe). Cet indicateur ne possède donc pas de sensibilité pour différencier les deux groupes.

Concernant **les résultats obtenus pour le IA%**, la moyenne pour le groupe contrôle est de 8.9% ($x_n = 8.9\%$; pour un minimum de 0 et un maximum de 40 ; cf. tableau 11 en annexe). Le groupe clinique obtient une moyenne de 10.5 ($x_n = 10.5\%$; avec un minimum de 0 et un maximum de 43% ; cf. tableau 12 en annexe). Nous pouvons donc observer que les moyennes des deux groupes diffèrent légèrement mais l'analyse statistique des données concernant le IA% indique que la différence entre les deux groupes n'est pas significative ($khi^2 = 23,067$; $ddl = 18$; $p = .18$; Cf. tableau 18 en annexe). Cet indicateur ne possède donc pas de sensibilité pour différencier les deux groupes.

Concernant les résultats obtenus pour le nombre moyen de BAN, les moyennes obtenues sont de 2.2 pour le groupe contrôle ($x_n = 2.2$; avec un minimum de 1 et un maximum de 4 ; cf. tableau 11 en annexe) et de 1,9 pour le groupe clinique ($x_n = 1.9$; avec un minimum de 0 et un maximum de 5 ; cf. tableau 12 en annexe). Nous n’observons pas de différence significative des résultats obtenus aux moyennes du groupe contrôle et du groupe clinique. La différence entre les deux groupes n’est donc pas significative (*Test t = 0,950 ; ddl = 38 ; p = .34 ; Cf. tableau 19*). Cet indicateur ne possède donc pas de sensibilité pour différencier les deux groupes.

Pour conclure au vu de nos résultats obtenus concernant la diversité des contenus au Rorschach, les deux indicateurs significativement les plus sensibles pour mettre en évidence l’invalidation partielle significativement plus importante de l’espace imaginaire des enfants du groupe clinique sont le nombre moyen total de réponses (R) ainsi que le nombre moyen total de grandes Kinesthésies (somme K) déterminant le nombre moyen total de grandes réponses.

1.3.b. Mise à l’épreuve de H2 : Les traumatismes et les carences affectives précoces ont un effet négatif sur la formation des imagos parentales des enfants déficients intellectuels. En effet, plus l’impact et la répétition des traumatismes relationnels et des carences affectives précoces est fréquente et plus la formation des imagos parentales sera déficitaire et abîmé.

L’opérationnalisation de H2 s’est effectuée par le traitement statistique de nos données recueillies au test du Rorschach mais également par celles obtenues lors de la passation du Test des Contes.

Au niveau du test du Rorschach, nous allons centrer nos calculs sur la variable en lien avec les contenus blancs (Bl, Dbl et bl%) donnés par les enfants constituant les deux groupes de notre recherche : le groupe contrôle et le groupe clinique. En effet, nous postulons que plus la présence de contenus blancs sera fréquente, et plus cela mettra en lumière les carences vécues par les enfants du groupe clinique. Autrement dit, nous postulons que les enfants du groupe clinique feront plus de références au blanc et fourniront plus de contenus détériorés aux planches IV, VII et IX du Rorschach.

Au niveau du Test des Contes, nous nous fonderons bien évidemment sur les travaux de Jacqueline Royer (1978) mais également ceux de Claude De Tychev (2010). L'opérationnalisation de H2 s'est effectuée par l'analyse d'un indicateur issu du conte du Poussin, en lien avec la vie in-utéro. L'indicateur retenu pour l'opérationnalisation de H2 est le fait que le poussin se sente mal dans son œuf rendant compte de l'existence d'un mal-être dès la vie in utéro. Nous avançons alors que les enfants du groupe clinique fourniront plus de réponses reflétant le mal-être du poussin dans leur histoire que les enfants du groupe contrôle, au regard des carences et des traumatismes relationnels précoces potentiels vécus dès la période in utero.

I.3.b.i. Au niveau du Rorschach : présence de blanc et contenus détériorés aux planches IV, VII et IX.

Les résultats obtenus concernant la présence de contenus blancs dans les protocoles du test du Rorschach mettent en évidence des moyennes presque équivalentes pour les deux groupes de la recherche. En effet, le groupe clinique obtient une moyenne de 5.20 et le groupe contrôle une moyenne de 5 (cf. tableau 20 en annexe). Voici ci-dessous le tableau répertoriant les contenus détériorés pour les planches IV, VII et IX au protocole de Rorschach pour le groupe clinique et le groupe contrôle :

Groupe contrôle : contenus détériorés aux planches parentales			Groupe clinique : contenus détériorés aux planches parentales		
Planche IV	Planche VII	Planche IX	Planche IV	Planche VII	Planche IX
1	1	0	1	0	0
2	0	0	0	1	0
1	0	1	0	2	1
2	0	0	1	0	2
2	0	0	2	0	1
2	0	2	1	0	0
1	0	0	3	1	0
0	0	0	0	0	0
2	0	0	1	2	0
0	1	1	2	1	2
0	0	0	0	0	1
0	0	0	1	3	0
1	0	2	2	0	2
0	0	2	1	1	0

0	0	1	1	1	2
0	0	1	0	1	0
0	0	2	0	0	0
1	0	0	2	2	2
0	0	0	2	1	0
0	0	0	0	0	0
$\Sigma = 15$	$\Sigma = 2$	$\Sigma = 12$	$\Sigma = 19$	$\Sigma = 14$	$\Sigma = 13$
$\Sigma_{\text{totale}} = 29$			$\Sigma_{\text{totale}} = 46$		

Tableau 21 : Tableau des contenus détériorés pour les planches IV ; VII et IX aux protocoles de Rorschach pour les groupe clinique et groupe contrôle

L'analyse des données indique que la différence entre les deux groupes n'est pas significative (*Test t = 0, 101 ; ddl = 38 ; p = .92 (ns) ; Cf. tableau 21*). Nous pouvons donc affirmer que les contenus blancs ne sont pas plus présents chez les enfants du groupe clinique, ayant vécus des traumatismes et des carences affectives précoces. Cet indicateur ne possède donc pas de sensibilité pour différencier les deux groupes.

ψ Statistiques descriptives des deux groupes constituant la recherche pour les contenus détériorés aux planches IV, VII et IX :

○ En ce qui concerne le groupe contrôle :

Le groupe contrôle possède une moyenne de +0,75 de contenus détériorés pour la planche IV, avec un minimum allant de 0 à 2 réponses comprenant des contenus détériorés (*Cf. tableau 22 en annexe*).

Concernant la planche VII, la moyenne obtenue est de + 0, 10 avec un minimum de 0 à 1 réponses comprenant des contenus détériorés (*Cf. tableau 22 en annexe*).

Concernant la planche la planche IX, la moyenne obtenue est de + 0,60, avec un minimum allant de 0 à 2 réponses comprenant des contenus détériorés (*Cf. tableau 22 en annexe*).

○ En ce qui concerne le groupe clinique :

Le groupe clinique possède une moyenne de +1 de contenus détériorés pour la planche IV, avec un minimum allant de 0 à 3 réponses comprenant des contenus détériorés (*Cf. tableau 23 en annexe*).

Concernant la planche VII, la moyenne obtenue est de + 0, 80 avec un minimum de 0 à 3 réponses comprenant des contenus détériorés (Cf. *tableau 23 en annexe*).

Concernant la planche la planche IX, la moyenne obtenue est de + 0,65, avec un minimum allant de 0 à 2 réponses comprenant des contenus détériorés (Cf. *tableau 23 en annexe*).

ψ Test t de Student concernant les contenus détériorés aux planches IV, VII et IX pour les deux groupes :

○ Test t de Student pour la planche IV

Le groupe clinique obtient une moyenne de +1 et le groupe contrôle une moyenne de +0,75. L'analyse des données indique que la différence entre les deux groupes n'est pas significative (*Test t = 0,89 ; ddl = 38 ; p = .377 ; Cf. tableau 24 en annexe*).

Nous pouvons donc affirmer que les contenus détériorés donnés à la planche IV ne diffèrent pas entre les enfants du groupe contrôle et les enfants du groupe clinique. Cet indicateur ne possède donc pas de sensibilité pour différencier les deux groupes

○ Test t de Student pour la planche VII

Le groupe clinique obtient une moyenne de +0,80 et le groupe contrôle une moyenne de +0,10. L'analyse des données indique que la différence entre les deux groupes est significative (*Test t = 3,310 ; ddl = 38 ; p = .002 ; Cf. tableau 25*).

Nous pouvons donc affirmer que les contenus détériorés donnés à la planche VII sont plus fréquents chez les enfants du groupe cliniques, ayant vécus davantage de traumatismes et de carences affectives précoces au niveau de leur positionnement face à la figure maternelle.

Pour illustrer notre propos, nous pouvons prendre comme exemple la réponse de Louisa, 7,7 (sujet du groupe clinique) qui apportera comme réponse à la planche VII : « *Heu... Un lion ! Un lion dans le noir avec les yeux dans le blanc. Il est méchant le lion parce qu'il fait « rrr »* »

(cotée G/dbl kan- A AGM) ». Comparativement à Mégane, 7,6 ans (sujet du groupe contrôle) qui répondra : « *Il y a une fusée dans l'eau et des paysages encore (cotée D F+- obj/elem Pays réfphall) ; Là un gros champignon (Dbl F+ bot) ».*

Ces deux exemples de réponses illustratives mettent qualitativement en évidence les résultats statistiques obtenus. Les enfants constituant le groupe contrôle ont plus tendance à donner des contenus de réponses détériorés à la planche VII représentative de l'imago maternelle que les enfants du groupe contrôle. Autrement dit, les enfants qui ont vécu des carences affectives et des traumatismes relationnels précoces possèdent une image maternelle détériorée et/ou dévalorisée par rapport aux enfants du groupe contrôle chez lesquels la symbolisation du maternel est plus effective : en effet, chez Mégane, la symbolisation du maternel transparait à travers la référence à l'eau dans sa première réponse doublée dans la seconde d'une bonne symbolisation du phallique pour faire face à la castration induite par la lacune blanche de la planche. Alors que Chez Louisa, c'est au contraire une image phallique masculine agressive dangereuse et insécurisante qui est projetée face à cette planche à symbolique maternelle.

○ Test t de Student pour la planche IX

Le groupe clinique obtient une moyenne de +0,65 et le groupe contrôle une moyenne de +0,60. L'analyse des données indique que la différence entre les deux groupes n'est significative ($Test\ t = 0,186; ddl = 38 ; p = .853 ; Cf.\ tableau\ 26$).

Nous pouvons donc affirmer que les contenus détériorés donnés à la planche IX ne diffèrent pas entre les enfants du groupe contrôle et les enfants du groupe clinique. Cet indicateur ne possède donc pas de sensibilité pour différencier les deux groupes

Pour conclure, au vu des résultats obtenus concernant les contenus détériorés au Rorschach aux planche IV, VII et IX, nous pouvons dorénavant affirmer que seule la planche VII, qui possède la valeur symbolique maternelle la plus marquée, permet de différencier les deux groupes constituant la recherche contrairement aux planche IV et IX.

I.3.b.ii. Au niveau du Test des Contes : le conte du poussin.

Les résultats obtenus concernant l'indicateur retenu pour le conte du poussin (*i.e. se trouve mal dans son œuf*) mettent en évidence une différence significative entre les deux groupes de la recherche ($Test\ t = 3,210 ; ddl = 38 ; p = .003 < p = .05 ; Cf. tableau 27 en annexe$). De ce fait, nous pouvons donc dire que les enfants constituant le groupe clinique fournissent plus de réponses négatives à ce conte que les enfants du groupe contrôle, au regard de leur parcours traumatique. Nous pouvons prendre ici l'exemple de L. 11,4 ans (sujet du groupe contrôle) qui répond à la question « *Est-ce que le poussin se trouvait bien dans son œuf ?* » par « *Oui si c'est l'hiver il est bien au chaud.* » comparativement à P, 11,9 ans (sujet du groupe clinique) qui, lui, répondra : « *Non mais je ne sais pas pourquoi... Il va se faire mal dans l'œuf* ». Ces deux exemples mettent en évidence la différence significative retrouvée au niveau statistique entre les deux groupes de la recherche, les enfants du groupe clinique ayant plus tendance à donner des réponses à valences négatives où le poussin se trouve en souffrance dans son œuf, au regard des carences affectives et des traumatismes relationnels précoces jalonnant leur histoire au tout début de leur parcours dans la vie.

I.3.c. Mise à l'épreuve de H3 : les enfants déficients intellectuels qui ont vécu des traumatismes relationnels précoces et des carences affectives précoces ne donnent pas de perception de leur corps entière et unitaire.

Comme exposé précédemment dans la partie méthodologie, l'opérationnalisation de H3 sous-tend l'utilisation de la grille de représentation de soi de Nina Rausch de Traubenberg (1984 ; 1990). Les travaux de Nina Rausch de Traubenberg mettent en avant le fait que les marqueurs d'une représentation de soi entière et unitaire sont représentés par des contenus entiers et unitaires de bonnes formes (G+ ; F+), dans le meilleur des cas également sexués. De ce fait nous avançons au travers de l'opérationnalisation de H3 que les enfants déficients intellectuels qui composent le groupe clinique projeteront plus souvent des contenus à valence fragmentaire, parcellaire (Ad, A/Ad, Hd ; H/Hd) que les enfants du groupe contrôle. Nous avançons également que les enfants constituant le groupe clinique manifesteront davantage de vécus de morcellement de l'image corporelle (*au travers de contenus F-, anat, sang*) que les enfants constituant le groupe contrôle.

Voici ci-dessus le tableau résumant le ratio H/Hd et A/Ad pour le groupe clinique et le groupe contrôle de la recherche :

Groupe contrôle		Groupe clinique	
Ratio H/Hd	Ratio A/Ad	Ratio H/Hd	Ratio A/Ad
<u>3H/2Hd</u>	7A/0Ad	<u>0H/0Hd</u>	13A/0Ad
<u>4H/11Hd</u>	7A/0Ad	2H/1Hd	<u>8A/3Ad</u>
3H/0Hd	11A/0Ad	1H/0Hd	10A/1Ad
2H/1Hd	4A/0Ad	3H/1Hd	6A/0Ad
12H/2Hd	5A/1Ad	<u>0H/1Hd</u>	5A/0Ad
8H/1Hd	18A/3Ad	1H/0Hd	6A/0Hd
<u>1H/2Hd</u>	12A/4Ad	<u>0H/0Hd</u>	13A/0Ad
2H/1Hd	<u>2A/0Ad</u>	<u>0H/1Hd</u>	14A/5Ad
1H/0Hd	7A/6Ad	<u>0H/0Hd</u>	6A/0Ad
4H/0Hd	6A/0Ad	3H/1Hd	11A/0Ad
7H/2Hd	10A/1Ad	<u>3H/4Ad</u>	9A/0Ad
<u>1H/2Hd</u>	8A/1Ad	1H/7Hd	4A/1Ad
<u>1H/3Hd</u>	8A/4Ad	4H/0Hd	6A/0Ad
<u>3H/3Hd</u>	9A/3Ad	<u>0H/0Hd</u>	7A/0Ad
8H/1Hd	8A/0Ad	<u>0H/2Hd</u>	5A/0Ad
6H/0Hd	16A/1Ad	1H/0Hd	12A/0Ad
4H/1Hd	4A/2Ad	7H/1Hd	<u>3A/1Ad</u>
2H/0Hd	8A/0Ad	1H/0Hd	8A/0Ad
<u>2H/4Hd</u>	11A/8Ad	1H/0Hd	9A/0Ad
5H/2Hd	10A/0Ad	<u>0H/0Hd</u>	11A/1Ad
$\Sigma = 7/20$ ratios non respectés	$\Sigma = 1/20$ ratios non respectés	$\Sigma = 9/20$ ratios non respectés	$\Sigma = 2/20$ ratios non respectés

Ratio H/Hd et A/Ad par groupe : groupe contrôle et groupe clinique

Les résultats présents dans le présent tableau mettent en évidence qu'il n'existe pas de différence significative concernant la variable de l'image du corps entre les deux groupes constituant la recherche. Cet indicateur ne possède donc pas de sensibilité pour différencier les deux groupes.

I.3.d. Mise à l'épreuve de H4 : les enfants déficients intellectuels ont vécu davantage de traumatismes précoces comparativement aux enfants du groupe contrôle.

L'opérationnalisation de H4 sous-tend encore une fois le double traitement statistique du Rorschach et du Test des Contes.

Concernant le traitement des données du test du Rorschach, nous avons décidé de coter les protocoles des deux groupes selon le protocole de cotation de l'index de contenu traumatique (TCI). Egalement, en lien avec l'hypothèse H2, nous nous centrerons encore une fois sur les contenus intégrant le blanc, donnés par les enfants des deux groupes. Nous avançons que plus les images parentales sont détériorées, plus la fréquence des références au blanc (Bl, Dbl et Bl%) sera importante. De ce fait, nous postulons ici que les enfants du groupe clinique donneront plus de réponses en référence au blanc (Bl, Dbl et bl%) que les enfants du groupe contrôle.

Concernant le traitement des données du Test des Contes, nous avons retenu le thème de l'entourage de l'enfant, opérationnalisé par Jacqueline Royer durant ses travaux (1978). Nous avons décidé de retenir trois contes, comprenant chacun des indicateurs précis : 1. Les métamorphoses (Les personnages sont transformés en autre chose qu'en animaux ; animal déprécié et animal puissant) ; 2. Les renards (Les petits sont chassés du terrier et privés de nourriture, présence de contenus mortifères à valence sadique et/ou masochiste ; dénouement négatif) ; 3. Les lions (les parents se disputent ; présence de dispute violente).

○ Au niveau de l'Index de Contenus Traumatique (TCI)

L'opérationnalisation de H1 implique le recours à l'Index de Contenu Traumatique TCI pour la cotation et l'analyse des protocoles Rorschach des deux groupes de la recherche. En se référant au modèle de l'école de Paris, l'index de contenu traumatique transposé à partir de la méthode de cotation américaine du système exnerien, se calcule en sommant les contenus morbides (prenant en compte les réponses détériorées « defect » et celles à coloration dysphorique et/ou anxiogène portées par les déterminants Clob et C' des protocoles des deux groupes), ainsi que les mouvements agressifs (comprenant les kinesthésies à valence agressive), plus les réponses anatomiques, en référence au sang et au sexe en les divisant ensuite par le nombre de réponses totales du protocole :

$$\frac{\sum \text{MOR} + \text{AGM} + \text{anat} + \text{sang} + \text{sex}}{\text{R}}$$

Concernant les résultats obtenus aux traitements statistiques des données relatives à l'Index de Contenus Traumatiques, nous obtenons une moyenne de +0,10 pour le groupe contrôle ($x_n = +0,10$; avec un minimum de .00 et un maximum de +0,36 ; cf. tableau 28 en annexe) et une moyenne de +0,32 pour le groupe clinique ($x_n = +0,32$; avec un minimum de +0,06 et un maximum de +0,70 ; cf. tableau 29 en annexe). Nous pouvons observer, au regard des résultats obtenus, que les moyennes diffèrent significativement entre les deux groupes. L'analyse des données de la présente recherche indique que les enfants constituant le groupe contrôle obtiennent en moyenne un score de 0,10 à l'index de contenu traumatique (soit 10% du total de leur nombre de réponses R du protocole) alors que les enfants constituant le groupe clinique obtiennent un score de 0,32 (cf. tableau 29 en annexe soit 32 % de leurs réponses totales au test de Rorschach présentent cette caractéristique). La différence entre les deux groupes est donc significative au regard des résultats obtenus au Test t de Student ($\text{Test } t = -7,926$; $ddl = 38$; $p = .00$ à $p = .05$; cf. tableau 30 en annexe). On peut donc affirmer que les carences affectives et les traumatismes relationnels précoces impactent le score obtenu à l'index traumatique TC/R. Il faut noter par ailleurs que le calcul du Chi², comparant donc par une autre méthode statistique la fréquence des sujets des deux groupes ayant un score égal ou supérieur à 25% de réponses possédant une valence traumatique, score significatif pour attester de l'existence de traumatismes pour les auteurs américains, indique que la différence entre les deux groupes tend également à être significative ($\text{Chi}^2 = 38$; $ddl = 27$; $p = .07 < p > .05$; cf. tableau 31 en annexe). Le calcul de la corrélation bi-variée obtient un résultat négatif significatif à $-0,789^{**}$ à .05 ($r = -.789^{**}$; $p = .05$; cf. tableaux 32 et 33 en annexe). Autrement dit, moins la fréquence des traumatismes vécues est importante et moins le score au TCI sera élevé, et ce dans les deux groupes de la recherche.

Afin d'illustrer les différences significatives obtenues entre les deux groupes concernant cet index des contenus traumatiques, nous allons présenter un protocole de Rorschach du groupe contrôle aboutissant au calcul d'un index TCI faible et deux protocoles de Rorschach du groupe clinique présentant respectivement un index TCI plus élevé et un autre présentant un index TCI beaucoup plus élevé :

○ Protocole de Rorschach des enfants du groupe clinique :

Protocole de Mathieu, 10, 11 ans : Mathieu est un jeune garçon pris en charge dans le cadre de mes fonctions de psychologue clinicienne au sein de l'institut médico-éducatif. Il est le dernier enfant d'une fratrie de trois enfants. La famille vit dans un contexte de violences conjugales sur un fond d'alcoolisation massive du père de Mathieu. Ce dernier peut également s'en prendre à ses enfants. Le couple parental est désormais divorcé depuis plusieurs années. Les parents ont tous les deux connu un vécu de carences affectives et éducatives, livrés à eux-mêmes lorsqu'ils étaient enfants. Le père alterne entre des périodes d'abstinence et des périodes d'alcoolisation massive. La mère a elle-même été placée lorsqu'elle était petite et a subi des violences et abus sexuels de la part d'un des membres de son cercle familial. Elle est consciente de ses difficultés à poser un cadre sécurisant à ses enfants. Un suivi d'AEMO (*Aide Educative en Milieu Ouvert*) est effectif depuis plusieurs années auprès du CADEF (*Comité Ardennais de l'Enfance et de la Famille*), au regard des difficultés des parents à prendre en charge leurs enfants. Ces derniers habitent chez leur père et possèdent un droit de visite d'hébergement chez la mère, à hauteur d'un week-end sur deux. Mathieu a subi des attouchements de la part d'un ami de sa tante paternelle, au domicile de cette dernière lorsqu'elle gardait les enfants. Quelques mois plus tard, des comportements de répétition sont apparus et Mathieu a lui aussi touché son petit frère. Un placement judiciaire en Centre Educatif a été mis en place pour Mathieu, seul enfant placé de la fratrie. Après un travail effectué entre la famille et le CADEF, Maxence a pu retourner vivre chez son père et a repris les visites avec sa mère.

Voici ci-dessous le protocole de Rorschach de Mathieu avec cotation de l'Index TCI des contenus traumatiques (*AGM, MOR, Anat, Sang, Sex*). Les réponses contribuant au calcul de l'index TCI ont été mises en gras afin de permettre une lecture plus évidente des contenus de réponses fournis par le jeune garçon, mettant en évidence l'impact des traumatismes précoces vécus :

<p>Planche I</p> <p>1. ^ v Une chauve-souris. < ^ Si tu la mets comme ça, on dirait pas. v Une chauve-souris qui dort.</p>	<p>Enquête : « Oui j'en ai déjà vu avec M. (éducateur</p>	<p>G+ kan A Ban</p>
--	---	---------------------

1, 14 s	nature de l'IME), une fois, c'était bien. »	
<p><u>Planche II</u></p> <p>2. ^ v 20s... Je vois rien. Heu... ^ v < ^ 28s. Un papillon. Les ailes ici et les jambes ici.</p> <p>3. ^ Le rouge ici. On dirait des traces de pas (?) D'un garçon, après je sais pas j'le connais pas. Il est gentil je pense. 2,04</p>	<p>Percept entier ; D lat Noirs D noirs inf</p> <p>D rouge inf</p>	<p>Eq. Choc.</p> <p>G- F- A/Hd réf phall</p> <p>D F+- frag/Henf</p>
<p><u>Planche III</u></p> <p>4. ^ v Un scarabée. Dans le rouge <u>le cœur</u> du scarabée. Ici autre chose (?)</p> <p>5. Quelqu'un qui a peint des armes. (?) Une hache. Puis c'est tout. 1, 08</p>	<p>Percept entier ; D central</p> <p>D rouge sup</p>	<p>G- CF- A/<u>Anat</u></p> <p>D F- Obj</p>
<p><u>Planche IV</u></p> <p>6. ^ v ^ v Un loup. C'est tout. (?) Il a de grandes dents. (?) <u>Il peut mordre quelqu'un.</u> 0,56s</p>	<p>D inf « réf phall »</p>	<p>G F+ A Réf. Phall. <u>AGM</u></p> <p>→ kan</p>
<p><u>Planche V</u></p> <p>7. ^ ... 23s Je sais pas.</p>		<p>Eq. Choc</p>

<p>Quoique... On dirait des cochons. Ils sont cachés (?) Je sais pas pourquoi. Peut-être qu'ils jouent à cache-cache ou qu'ils ont vu <u>le loup</u>.</p> <p>2, 04</p>	<p>D latéraux</p>	<p>D kan- A/A confab <u>AGM</u></p>
<p><u>Planche VI</u></p> <p>8. ^ < ^ On dirait un renard ! En noir et même en gris. <u>Il est caché pour attaquer un animal</u>. C'est tout.</p> <p>0, 43s</p>	<p>Percept entier</p> <p><i>Projection paranoïde</i></p>	<p>G- kanC' A <u>AGM</u></p>
<p><u>Planche VII</u></p> <p>9. ^ ... 14s</p> <p>Des lapins. (?) Ils sont en train de se regarder, ils jouent à pierre-feuille-ciseau.</p> <p>1, 00 mn</p>	<p><u>Enquête</u> : « <i>On y joue dans la cour de récré avec les copains, c'est bien.</i> »</p>	<p>Eq. Choc.</p> <p>G- kan A confab réf.Pers.</p>
<p><u>Planche VIII</u></p> <p>10. ^ < Un crabe. ^ Il est sorti du sable et <u>va pincer quelqu'un</u>, puis c'est tout.</p> <p>30s</p>	<p>Percept entier</p>	<p>G- kan- A <u>AGM</u></p>
<p><u>Planche IX</u></p> <p>11. ^ Un cerf. Des cerfs, deux cerfs. Y a les têtes ici. Ils sont cachés derrière des buissons. C'est tout.</p> <p>0, 50s</p>	<p>Orange sup</p> <p>Détail vert sup</p>	<p>D kan A/Ad/bot</p>
<p><u>Planche X</u></p>		

12. ^ Un loup,	Gris sup	D F- A
13. ^ Un papillon,	D lat Rose	D F- A
14. ^ Un crabe, heu deux crabes,	Bleu	D kan A BAN
15. ^ Et le renard. Ils jouent ensemble à cache-cache, y en a un qui compte et les autres doivent se cacher.	Orange inf	D F- A
1, 21	Réf. Pers.	→ kan Confab
	<i>Enquête : « J'ai des copains et on joue à ça dans la cour de récré. J'ai plusieurs copains, y a V, A, I, mais surtout V. »</i>	

Pour compléter la présentation du protocole de Rorschach de Maxence, voici les données obtenues lors du calcul de son **psychogramme** :

<i>Données générales</i>
R = 15 Temps total = 11,50 Temps/R = 0,49 Temps de latence moyen = 0.57
<i>Mode d'appréhension</i>
G% = 43% G+% = 14% D% = 57% Dd% = 0% Bl% = 0% T.A:G-D Succession:2:incohérente
<i>Déterminants</i>
F% = 43% F+% = 21% FS = 7 > 0 (introversif) $\sum C = 1,5$ K = 0 Kan = 7

Ban = 2

(BAN) = 0

T.R.I = $K < C \rightarrow 0 < 1,5$ = coartatif

RC% = 42%

Contenus/représentations

H% = 0%

A% = 86%

Ang% = 7%

TCI = $5/15=0,33$ (soit 33% des réponses à valence traumatique)

La passation totale du Rorschach a duré 11, 50 minutes. Une majoration de l'angoisse face au matériel du test a été importante au début de la passation, mettant en avant une forte agitation psychomotrice du jeune garçon. Maxence a pu se sentir plus à l'aise au fur et à mesure de la passation. Ce dernier a choisi, comme planche préférée, la planche IV, expliquant : « *que c'est parce qu'il est noir et qu'il a de grandes dents (le loup)* » suggérant une identification à l'agresseur. La planche IX a été la planche la plus détestée par Maxence, expliquant alors « *qu'il y beaucoup de couleur mélangées* » et qu'il « *n'aime pas* ». Comme planche maternelle, le jeune garçon a choisi la planche X, justifiant son choix par le fait que « *il y a beaucoup de couleurs et des animaux* » et que sa « *maman aime bien tout ça* ». On ressent ici l'ambivalence convoquée par la représentation de la figure maternelle dans l'organisation psychique de Maxence. Concernant la planche représentative du père, Maxence a choisi la planche IV, expliquant que c'est parce que « *il y a le loup* ». Ici aussi, nous pouvons observer une résurgence des vécus dysphoriques en lien avec une figure paternelle investie sur un mode dépressif.

Voici ci-dessous le tableau des données relatives à l'espace imaginaire et aux capacités de Mentalisation, (calcul de la Grille de Cassiers) de Maxence, 10, 11 ans :

Maxence : 10, 11 ans	PI	PII	PII I	PIV	PV	PVI	PVII	PVIII	PIX	PX	Σ	Normes
R	1	2	1	1	1	1	1	1	1	4	14	21
K + k aux 10 planches	Kan				Kan	kanC'	Kan	Kan	Kan	Kan	Kan = 7	K = 1,1 kan = 1,4 kob = 0,9 kp = 0,02
K aux 10 planches	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	K = 0	K = 1,1
TRI			CF = 1			kanC' = 0,5					0 < 1,5	
F%	0	2	1	1	0	0	0	0	0	3	7 = 43%	69%
A%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	13 = 86%	53%

Afin de compléter les données relatives au protocole Rorschach de Maxence, ci-dessous 1 tableau des données relatives aux capacités de Mentalisation, (calcul de la Grille de Cassiers) de Maxence, 10, 11 ans :

Maxence : 10, 11 ans	PI	PII	PIII	PIV	PV	PVI	PVII	PVIII	PIX	PX	Σ ou IES
IES masculin phallique		Ailes (B-)		Grandes dents B+							2 + 0 / 2 = 2 / 2 = +1
IES Féminin contenant											0
IES pulsions agressives			Cœur E Hache (C-)	Loup B+		Renard qui attaque (C-) Crabes avec ses pinces (C-)		Un crabe qui pince (C-)		Loup (B-) Crabe (C-)	-2 + 2 = 0 / 7 = 0

Relation d'objet	Kan de posture (7)				Interaction réciproque positive (1)	Action à caractère agressif (8)	Interaction réciproque positive (1)	Action à caractère agressif (8)	Kan de posture (7)	Kan de posture (7)	
Affects d'angoisse			CF								
Affects de dépression						kan C'					

IES Global = +2/9=+0,22

Au vu des résultats obtenus à la Grilles de Cassiers, nous pouvons observer que l'index traumatique représenté par le TCI dans le psychogramme est significatif ($TCI = .33$; $sign. > .0,25-0,30$).

Une inhibition en lien avec le matériel du test est observée au travers de la productivité des réponses apportées ($R = 14$; $R = 21$).

Le résultat obtenu au F% est significativement inférieur à la norme ($F\% = 43 < F\% = 69\%$; Blomart, 1998). De ce fait, nous pouvons voir au travers des résultats obtenus une réduction des réponses de bonnes formes témoignant d'un désinvestissement de la sphère perceptive, notamment au regard du peu d'attrait porté aux formes et à l'environnement du sujet, mettant en avant une adaptation problématique à la réalité.

Toutefois, un espace imaginaire riche est présent ($k=7$) mais saturé par un achoppement du travail de symbolisation, notamment par une pulsionnalité agressive crue et anxiogène. Au vu des résultats obtenus à la Grille de Cassiers, nous pouvons observer un achoppement du travail de symbolisation concernant les dimensions féminin-contenant ($IES_{féminin/contenant} = 0$) et agressive ($IES_{Pulsions\ agressives} = 0$). La dimension symbolique concernant le masculin-phallique est bien élaborée (*au regard d'un $IES_{masculin-phallique} = 1$*).

Pour conclure concernant le protocole de Maxence, les résultats obtenus aux différents indices d'élaboration symbolique ne témoignent pas d'un développement homogène des capacités de mentalisation. En effet, mis à part la dimension du masculin-phallique qui se veut

constituer une ébauche d'élaboration symbolique de ce pôle, nous remarquons que les indices d'élaboration symbolique concernant la dimension du féminin-contenant ainsi que de la dimension agressive restent déficitaires. C'est pourquoi, la mentalisation globale reste déficitaire pour le sujet qui a préférentiellement recours à la voie comportementale et aux passages à l'acte ($IES_{global} = +0,22$).

Nous allons maintenant présenter le second protocole issu du groupe clinique de la recherche. Cette seconde vignette clinique est caractérisée par un score très élevé de l'index de contenus traumatiques coté au travers du Rorschach.

Protocole de Sébastien, 7 ans : Sébastien est un petit garçon pris en charge dans le cadre de mes fonctions de psychologue clinicienne au sein de l'institut médico-éducatif. Il a été premièrement reçu dans le cadre de lourds troubles du comportement hétéro et auto-agressifs donnant lieu à des épisodes de violences importants.

Sébastien est le dernier enfant d'une fratrie de trois enfants (la mère aura par la suite trois autres petites filles d'une seconde union). Les parents de Sébastien se sont séparés avant sa naissance. Les rapports entre les parents étaient très conflictuels sur fond de violences conjugales. Le papa de Sébastien expliquera, au cours d'un entretien familial, ne pas avoir désiré la naissance de son fils et regrette que son ex-épouse n'ait pas eu recours à une interruption volontaire de grossesse. Le papa de Sébastien expliquera également ne pas avoir investi la relation avec son fils au regard des difficultés cognitives et intellectuelles de ce dernier. La maman de Sébastien reste, quant à elle, aux prises avec ses propres traumatismes psychiques antérieurs, ayant elle-même connu un passé de carences affectives et éducatives ayant donné lieu à de nombreux placements en foyer et famille d'accueil. Le papa de Sébastien ne parvient pas à prendre une place auprès de son fils, oscillant entre des moments de rejet important et d'autres moments où il souhaite reprendre contact avec son fils et investir la relation.

Les stratégies éducatives mises en place par les parents sont incohérentes et discordantes, ne permettant pas d'ajustement entre l'enfant et ses parents. La violence conjugale reste très présente en filigrane de l'organisation familiale avec maltraitances et négligences sur les enfants (ce qui vaudra le placement au niveau judiciaire de la fratrie). Sébastien voit ses parents en visites encadrées. Son papa n'honore que très rarement les droits expliquant ne pas pouvoir s'arranger avec ses horaires de travail. La maman de Sébastien est présente à tous les moments de visite avec ses enfants. Ces moments sont sources d'une importante désorganisation

psychique pour le petit garçon avec une majoration des épisodes de violences avant et après les temps de rencontre avec sa maman.

Les enfants du couple ont tous été placés en famille d'accueil, son grand frère et sa grande sœur ont été placés ensemble, sans Sébastien. Les rapports avec son assistante familiale sont très compliqués, cette dernière demande la réorientation de l'enfant au regard de ses lourds troubles du comportement tout en tenant un discours diamétralement opposé avec les travailleurs sociaux, expliquant à quel point « *tout se passe bien, c'est un super petit garçon* ». Sébastien se retrouve perdu au milieu de tous ces discours d'adultes incohérents, l'apparition d'une énurésie secondaire marquera également l'importance des troubles.

Voici ci-dessous le protocole de Rorschach de Sébastien avec cotation de l'Index TCI des contenus traumatiques (AGM, MOR, Anat, Sang, Sex). Les réponses ont été mises en gras afin de permettre une lecture plus aisée des contenus de réponses à valence traumatique fournis par le petit garçon, mettant en évidence un lourd impact des traumatismes précoces vécus :

<p><u>Planche I</u> 1. v ^ C'est quoi ça ? Un ours. <i>Il est méchant !</i> (?) Il est gentil, parce qu'il joue. V Oh à l'envers. ^ C'est toujours à l'envers ? V Ca aussi à l'envers. C'est quoi le bruit dehors ? ^ Je sais pas. 0,29</p>	<p>Percept entier</p> <p><i>Hypervigilance</i> <i>Agitation psychomotrice</i></p>	<p>Rem int G F- A <i>AGM</i> → kanClob</p>
<p><u>Planche II :</u> 2. v C'est quoi c'est rouge ici ? ^ C'est quoi ? C'est rouge ? C'est un lapin, avec les oreilles. Il est gentil. 0,35s</p>	<p>Rouge sup</p> <p>Rouge inf</p> <p>Percept entier</p> <p>Enq : « <i>Un lapin... Avec les oreilles.</i> »</p>	<p>Rem int</p> <p>Choc R</p> <p>G F- A/Ad → Kan</p>

<p><u>Planche III</u></p> <p>3. ^ Ça c'est rose et rouge. Un lapin. Y en a deux. <u>Il fait la bagarre et après il me tape</u> (?). Parce qu'il fait la bagarre. Il fait les bêtises lui, là, et l'autre aussi.</p> <p>4. C'est à l'envers, j'vois pas clair. C'est <u>un cœur</u> à l'envers (?) C'est le mien. 0,54s</p>	<p>Percept entier</p> <p>D rouge central Enq : « Non... Y pas hé ! »</p>	<p>RC Choc K</p> <p>G kan A Scène <u>AGM</u> → Confab</p> <p>D F- <u>anat</u></p>
<p><u>Planche IV</u></p> <p>V ^ C'est toujours à l'envers ça.</p> <p>5. V C'est caché. (?) <u>Il est méchant le bonhomme. Il pleure parce qu'il veut pas jouer.</u></p> <p>6. ^ Un sapin de Noël. 0,29s</p>	<p>D sup + D lat</p> <p>D médian inf</p>	<p>Repet</p> <p>D F+ H <u>AGM MOR</u> → Clob</p> <p>D F+ bot réf phall</p>
<p><u>Planche V</u></p> <p>7. V Un oiseau. Il vole. ^ Un papillon aussi oh ! Il est grand, il va par là, à l'école. 0,44</p>	<p>Percept entier</p> <p><i>Montre le couloir</i></p>	<p>G kan A/A BAN confab</p>
<p><u>Planche VI</u></p> <p>8. V ^ Un papillon. A l'école encore, et toi ? Tu vas pas à l'école ? T'es un garçon...</p>	<p>Percept entier</p>	<p>G F- A repet rem int → kan</p>

Oh non, une fille. Je n'sais pas.... 0,53s	<i>Rire de censure</i>	
<u>Planche VII</u> 9. ^ Un lapin. Deux lapins. Ils font de la balançoire, ils s'aiment bien. Ils se regardent parce que pas contents... <u>Ils pleurent.</u> (?) Parce qu'ils sont tristesse. 1,01	Percept entier	G kanClob A rem lien Scène <u>MOR</u>
<u>Planche VIII</u> ^ Oh c'est quoi ? Oh. Une tâche.... Oh j'ai peur là... J'ai peur celle la... <u>J'ai peur celle-là.</u> 10. ^ <u>Le monstre</u> (?) A la maison chez Mamie (?) sais pas.... 0,41s	<i>Mimique de dégoût</i> Percept entier Percept entier	Rem int Eq.choc <u>MOR</u> G- Fclob- réf pers <u>MOR</u>
<u>Planche IX</u> ^ Oh ! 11. v <u>J'ai peur celle-là</u> ... Y a du feu. Il y a du... Heu du ... (?) Du montre... Il va faire grrrrr chez moi ? Sur moi, sur moi il fait grrrrr. 0,27s	<i>Se cache dans ses bras.</i> Orange sup	Eq.Choc D- FClob Elem <u>MOR</u> → kanClob
<u>Planche X</u> 12. ^ C'est une fleur là. 13. ^ Des pingouins ici.	Bleu latéral Jaunes latéraux	D CF bot D F- A

<p>14. ^ Des fourmis. Elles ne marchent pas.... Car <u>elles sont mortes</u> (?) Mamie m'a tué quand on jouait au policier. v ^ C'est tout. 1,12</p>	<p>Marron latéraux « Mamie » est le surnom de la travailleuse familiale de la famille d'accueil de Sébastien.</p>	<p>D F- A <u>devit defect MOR</u> réf pers → Clob</p>
--	--	---

Pour compléter la présentation du protocole de Rorschach de Sébastien, voici les données obtenues lors du calcul de son psychogramme :

<p><u>Données générales</u></p> <p>R = 14 Temps total = 7,33 Temps/R = 0,29</p>
<p><u>Mode d'appréhension</u></p> <p>G% = 50% G+= 0%</p> <p>D% = 50% Dd% = 0% Bl% = 0%</p> <p>T.A:G-D Succession:2:incohérente</p>
<p><u>Déterminants</u></p> <p>F% = 57% F+% = 25%</p> <p>$\sum C = 1$</p> <p>K= 0</p> <p>Kan = 3</p> <p>Kp = 0</p> <p>Kob = 0</p> <p>Ban = 1</p> <p>(BAN) = 0</p> <p>T.R.I = 0 < 1 (coartatif)</p> <p>F.S = 3 > 0 (introversif)</p> <p>RC% = 35%</p>
<p><u>Contenus/représentations</u></p> <p>H% = 7%</p> <p>A% = 50%</p> <p>IA% = 7%</p>

TC/R = 0,60 = 60% de contenus à valence traumatique

La passation totale du test du Rorschach a duré 7,33 minutes. Sébastien était très angoissé et a manifesté une agitation psychomotrice importante majorée au fur et à mesure de la passation. Sébastien désigne la planche X comme étant sa préférée sans pouvoir expliquer pourquoi (« *Je ne sais pas, j'ai envie* »). La planche détestée par le petit garçon est la planche V (« *Parce que c'est noir* ») traduisant l'importance de la réactivation des affects abandonnique au travers des contenus achromatiques du test du Rorschach. Sébastien choisit la planche IV comme « *la planche qui lui fait penser à sa maman* » et la planche II pour son papa, sans pouvoir expliquer les raisons de ses choix (« *parce que j'ai envie* »). Nous remarquons ici une inversion évidente des symboliques sexuels au regard du contenu latent de la planche IV (planche de l'imgo paternelle). Une confusion des images parentales est observée au regard des traumatismes précoces et des maltraitances vécues par Sébastien.

Tableaux des données relatives à l'espace imaginaire et aux capacités de Mentalisation, (calcul de la Grille de Cassiers) de Sébastien, 7 ans :

Sébas tien, 7 ans	PI	PII	PII I	PI V	PV	PVI	PVII	PVIII	PIX	PX	Σ	Nor mes
R	1	1	2	2	1	1	1	1	1	3	14	20.4
K + k aux 10 planc hes			kan		kan		kanC lob				Kan = 3	K = 3 Kan = 2.10
K aux 10 planc hes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRI										CF = 1	0 < 1 (coar tatif)	
F%	1	1	1	2	0	1	0	0	0	2	8 = 57%	75.6 0
A%	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	7 = 50%	59.3 0

Calcul des indices d'élaboration symboliques au travers de l'utilisation de la Grille de Cassiers :

MENTALISATION

Sébastien, 7 ans	PI	PII	PIII	PIV	PV	PVI	PVII	PVIII	PIX	PX	Σ ou IES
IES masculin phallique		Oreilles de lapin (B-)		Sapin B+							2+0 = 2/2 = +1
IES Féminin contenant										Fleur B+	+2/1/= +2
IES pulsions agressives	Ours méchant (B-)		Lapins qui font la bagarre D Cœur D	Bonhomme méchant C+				Monstre (B-)	Monstre (B-) Feu D		-2/4 = -0,5
Relation d'objet			Action à caractère agressif (8)		Kan de posture (7)		Interaction réciproque agressive (1) + Image en miroir (11)				
Affects d'angoisse							kanCl ob	FClob	FClob		
Affects de dépression											

→ IES global = +2 / 7 = +
0,28

Au vu des résultats obtenus à la Grilles de Cassiers, nous pouvons observer que l'index traumatique représenté par le TCI dans le psychogramme est significatif (TCI = 0,60 ; p sign $> 0,25$) et va dans le même sens traumatique que le TRI qui est coartatif.

Une inhibition en lien avec le matériel du test est observée au travers de la productivité des réponses apportées ($R = 14$). Une réactivation massive des angoisses archaïques est présente au regard d'un nombre important de réponses en « clair-obscur ». Un pourcentage en dessous de la moyenne des normes (Mottet-Boly et Husquinet, 1974) au F% (F% = 57% ; F% = 75,60) met en évidence un désinvestissement de la sphère perceptive, notamment au regard du peu d'attrait porté aux formes.

Une inhibition importante des mécanismes de la pensée met en évidence des capacités de mentalisation déficitaires (IES_{global} = 0,28) mais inégales au regard des trois dimensions symboliques étudiées (IES_{Masculin/phallique} = +1 ; IES_{féminin/contenant} = +2 ; IES_{Pulsions agressives} = -0,5). La symbolisation du pôle agressif est beaucoup plus déficitaire que celle du masculin /féminin.

Pour conclure concernant l'analyse clinique de Sébastien, nous pouvons observer un niveau de symbolisation global déficitaire (IES_{global} = 0,28) mais inégale : la symbolisation du masculin est ébauchée, la symbolisation du féminin est effective à la planche X alors que l'imgo maternelle aux planches VII et IX est symbolisée sur un mode dépressif et anxiogène. La pulsionnalité agressive est quant à elle, manifestée de manière très crue et très déficitaire au niveau des capacités d'élaboration symboliques du petit garçon.

Un étayage important a dû être apporté au petit garçon après la passation du test afin de lui permettre de retrouver une contenance psychique et physique et de pouvoir de nouveau se concentrer sur les activités proposées par les éducateurs spécialisés de son groupe.

Au regard des résultats obtenus, nous pouvons avancer qu'il est ici question d'une fluctuation importante des résultats au TCI en fonction du nombre de traumatismes vécus (ainsi que leur nature) par les enfants constituant le groupe clinique. **Le nombre de sujet constituant**

nos deux groupe ($n_{\text{groupe contrôle}} = 20$; $n_{\text{groupe clinique}} = 20$) ne nous permet pas d'aller plus loin dans nos conclusions interprétatives.

Afin de poursuivre la comparaison de nos résultats statistiques obtenus pour les deux groupes composant la recherche, nous allons maintenant présenter un protocole de Rorschach d'un enfant constituant le groupe contrôle afin de mettre en évidence, au regard des deux protocoles d'enfants du groupe clinique exposés précédemment, les différences observées entre un protocole possédant un score TCI élevé et un protocole possédant un TCI non significatif.

- Protocole de Rorschach d'un enfant du groupe contrôle :

Protocole de Lilou, 11 ans : Je rencontre Lilou dans le cadre du partenariat que nous avons mis en place avec l'école élémentaire Didion-Raugraff pour le recueil de données de mon travail de doctorat. Les parents de Lilou vivent ensemble. Lilou a une grande sœur de 13 ans. La petite fille apprécie beaucoup les balades en forêt et est passionnée par les oiseaux.

<u>Planche I</u>		
1. ^ Heu... Un loup. Ah et aussi ça peut être une chèvre, dans le tout.	Percept entier	G+ F+ A/A
2. ^ Au-dessus il y a deux bosses, on dirait un peu un dromadaire.	D médian sup	Dd F+ Ad/A
3. ^ Heu.... On dirait deux personnes ou deux animaux qui se regardent, ils sont à côté des bosses. Elles ont un chapeau (?) Elles se regardent mais bon c'est la même chose de chaque côté, comme si on faisait un dessin chacun de notre côté.	Petites saillies médianes sup	D K H

<p>4. Ça peut être un masque aussi avec les trous (?) Pour mettre les yeux. 3, 07</p>	<p>Percept entier</p>	<p>Gbl+ F+ yeux defect</p>
<p><u>Planche II</u> 5. ^ v C'est pas gai mais... On dirait quelqu'un qui saigne. 6. v Au-dessus on dirait aussi un petit insecte avec les yeux et les antennes et aussi le nez. 7. ^ Ici aussi je vois des poules. 8. ^ < On dirait un reflet sur l'eau quand je la mets comme ça. Ici de la roche avec l'eau qui passe par là. Par contre le rouge là je ne sais pas ce que c'est. ^ v Je ne vois plus grand chose maintenant. 3,24</p>	<p>Percept entier <i>Enquête : « Oui, on dirait qu'il s'est cogné la tête contre un mur et qu'il saigne ensuite. »</i> D inf (couleur rouge) D latéral supérieur (couleur rouge) D noir + D blanc central</p>	<p>Crit obj G- KC H /Sang defect MOR D F+ A /Ad yeux réf phall D F- A D EF elem/Pays</p>

<p><u>Planche III</u></p> <p>9 ^ Heu.... On dirait des personnes qui font un chaudron (?) Elles mélangent quelque chose et elles ont des chaussures à talon.</p> <p>10. ^ Au-dessus il y a un nœud papillon.</p> <p>11. ^ Des cascades rouges derrière (?) On peut dire que c'est de l'eau ou alors... De la lave qui sort d'un volcan.</p> <p>< ^ v < ^</p> <p>On dirait un chaudron qui brille aussi, pas en cuir mais en.... Je ne sais plus le nom. Voilà c'est tout.</p> <p>2,21</p>	<p>Deux parties noires latérales</p> <p>D sup et inf (couleur rouge)</p> <p>Partie noire inférieures médianes</p>	<p>D K+ A/obj BAN scene réf phall</p> <p>D F+ Vet</p> <p>Dd kobC elem/pays réf phall</p> <p>→E</p>
<p><u>Planche IV</u></p> <p>12. ^ On dirait... Je ne sais pas, des pingouins. Ils sont appuyés contre un arbre, ils font la taille de l'arbre donc ils sont grands.</p>	<p>Percept entier</p>	<p>G- kan- A/Bot réf phall</p>

<p>13. v Ici on dirait une fusée qui décolle entre deux falaises de chaque côté. J'ai un peu de mal à voir autre chose quand je vois déjà quelque chose.</p>	<p>Percept entier</p>	<p>G kobE obj/pays réf phall</p>
<p>14. ^ v < v On dirait des petites grottes ici. 2,34</p> <p>Planche V</p> <p>15 ^ v Heu... ^ v ^ Une chauve-souris sur le tout.</p> <p>16. v Il y a ici des taupes qui sortent de chaque côté (?) Elles regardent autour d'elles s'il n'y a pas de danger peut être. < v C'est tout. 1,46</p>	<p>Lacune entre D médian inférieur et D latéral bas</p> <p>Percept entier</p> <p>D latéraux</p>	<p>Ddbl F+- pays</p> <p>G+ F+ A BAN</p> <p>D kan A</p>
<p>Planche VI</p> <p>17. ^ v C'est pas très gai mais... Une peau d'ours mort, comme dans Tintin.</p> <p>18. v Ici l'eau quand elle bouge, quand une baleine saute dedans ça fait de grandes vagues. 3,04</p>	<p>Percept entier</p> <p>Axe médian + nuances de gris du percept</p>	<p>G F+ A devit Ban</p> <p>D kan A/Elem</p>
<p>Planche VII</p> <p>19. v Deux personnes qui fument avec de la fumée qui sort</p>	<p>Percept entier</p>	<p>G+ K H Frag</p>

<p>de la bouche.</p> <p>20. ^ Comme dans Aladin, deux génies qui sortent d'une lampe et qui se regardent.</p> <p>21. ^ Un village qu'on voit de loin avec de la roche qui tombe des falaises et en bas une cascade.</p> <p>2,37</p>	<p>Percept entier</p> <p>D sup intérieur noir</p> <p>D inf</p>	<p>G K (H) Scene</p> <p>Dd kobE Pays/bot/elem</p>
<p><u>Planche VIII</u></p> <p>22. ^ Quelque chose qui est attaché à la roche avec des élastiques. Ça va décoller mais pas maintenant car c'est attaché. Ça peut être attaché à un cerf-volant ou alors aussi un oiseau, par contre juste la tête.</p> <p>23. v Sinon des blocs de glace coincés avec des roches autours.</p> <p>24. v Ou alors aussi un short et un t-shirt avec les manches (?)</p> <p>25. v C'est à un géant car il est entre deux grosses falaises. Je ne vois plus rien d'autre.</p> <p>3,22</p>	<p>D sup vert clair + vert foncé</p> <p>D inf rose/orange</p> <p>D sup vers clair + vert foncé</p> <p>D inf vert</p> <p>D sup rose</p>	<p>D F+- obj/Ad rem lien → kob</p> <p>D F+- géo/pays</p> <p>D F- Obj</p> <p>D F- (H)/géo réf phall</p>

<p><u>Planche IX</u></p> <p>^ v J'aime moins bien avec les couleurs comme ça.</p> <p>26. v On dirait une tête avec deux chignons dessus et une robe avec tout le reste.</p> <p>27. ^ Y a comme des gens ou des animaux qui observent partout. (?) Ils regardent autour pour voir s'il n'y a pas de danger et ils regardent aussi la personne qui est devant lui.</p> <p>28. v Des coulées de lave ici dans l'orange. 3,22</p>	<p>Percept entier</p> <p>D vert lat</p> <p>D blancs</p> <p>D orange inf</p>	<p>Crit obj</p> <p>G F- Hd/obj</p> <p>Ddbl K- H</p> <p>D kobC géo</p>
<p><u>Planche X</u></p> <p>29 ^ v ^ Des feux d'artifice.</p> <p>30. ^ C'est aussi des araignées ici dans le bleu.</p> <p>31. Je vois des yeux partout... Et... v ^ v on dirait comme des insectes dans le vert et dans le gris. Ils décollent en volant entre les deux falaises. Et voilà c'est tout. 2,22</p>	<p>Percept entier</p> <p>D lat bleu</p> <p>D jaune/Orange/Gris/Vert clair & foncé</p>	<p>G kobC Frag</p> <p>D F+ A BAN</p> <p>D F- Hd yeux</p> <p>D kan A/géo</p>

Pour compléter la présentation du protocole de Lilou, voici les données obtenues lors du calcul de son **psychogramme** :

<u><i>Données générales</i></u>
R = 31 Temps total = 28.09 Temps/R = 0.54 Temps de latence moyen = 0.00'
<u><i>Mode d'appréhension</i></u>
G% = 35% G+% = 18% D% = 56% Dd% = 9% BI% = 0 Succession = 6 ordonnée
<u><i>Déterminants</i></u>
F% = 47% F+% = 66% FS = 9 > 3 (introversive) $\sum C = -3,5$ K = 6 Kan = 4 Kob = 5 Ban = 4 (BAN) = 0 T.R.I = -6 > 3,5 (introversif) RC% = 32%
<u><i>Contenus/représentations</i></u>
H% = 22% A% = 35% IA% = 6% TCI/R = 0,03 (3% de réponses à valence traumatique)

La passation totale du test du Rorschach a duré 28, 09 minutes. Lilou a été angoissée au départ par l'entretien de recherche mais a su rapidement s'adapter et investir progressivement le cadre et le contenu de l'entretien. Au départ, Lilou a éprouvé des difficultés à ne choisir qu'une seule planche, elle m'a donc demandé s'il lui était possible de choisir deux planches comme étant ses préférées. De ce fait, la jeune fille a choisi la planche I et la planche V, expliquant que ces dernières étaient ses préférées car « *elles sont plus faciles pour voir les détails* ». Ensuite, Lilou a choisi les planches III et les planches X comme étant celles qu'elle aimait le moins expliquant que « *elles sont plus dures à voir avec les couleurs* ». La planche représentant sa mère est la planche III car « *on peut dire qu'il y a deux mamans sur les côtés avec un nœud papillon rouge* ». Pour finir, la planche paternelle choisie par Lilou est la planche V m'expliquant alors « *qu'il aime bien les animaux comme moi.* ».

Voici maintenant les tableaux des données relatives à l'espace imaginaire et aux capacités de Mentalisation, (calcul de la Grille de Cassiers) de Lilou, 11 ans :

Lilou, 11 ans	PI	PII	PIII	PI V	PV	PVI	PVII	PVII I	PIX	PX	Σ	Normes (Blomart, 1998)
R	4	4	3	3	2	2	3	4	3	3	31	20
K + k aux 10 planches	K	KC	K+ kobC	Ka n- Ko bE	Ka n	Kan	2K Kob E		Kob C K	Kob C	K = 6 Kan = 3 Kob = 5	K= 0.7 Kan= 1.3 Kob = 0.4
K aux 10 planches	1	1	1	0	0	0	2	0	1	0	K = 6	K = 0.7
TRI	K	K	K kobC				2K		K	Kobc	6 > 2	

F%	1	2	1	1	1	1	0	4	1	2	F% = 47%	F% = 67%
A%	1	2	1	1	2	2	0	0	0	2	A% = 35%	A% = 58%

*Calcul des indices d'élaboration symboliques au travers de l'utilisation de la **Grille de Cassiers** :*

MENTALISATION

Lilou, 11 ans	PI	PII	PIII	PIV	PV	PVI	PVII	PVIII	PIX	PX	Σ ou IES
IES masculin phallique		Antennes B+	Chaussons B+	Arbre (B-) Fusée (B-)				Géant B-			2+2+0 +0+0+0 = 4 / 5 = +0,66
IES Féminin contenant			Chaudron B+	Petites grottes (B-)							2+0 = 2 / 2 = +1
IES pulsions agressives	Loup B+	Qqun qui saigne E	Lave sortant d'un volcan C-			Peau d'ours mort D			Coulée de lave D	Araignées B+	+1/6 = +0,16
Relation d'objet (Rausch de Traubenberg, 1980)	Interaction bilatérale à caractère neutre (3)	Action subie (10)	Interaction bilatérale à caractère neutre (3) Kob de posture (7)	Interaction bilatérale à caractère neutre (3) k de posture (7)	Interaction bilatérale à caractère neutre (3)	kan de posture (7)	Interaction bilatérale à caractère neutre (3) Interaction réciproque positive (1)		k de posture (7) x 2	k de posture (7)	

							k de postur e (7)				
Affects d'angoisse		KC	kobC						kobC	kobC	
Affects de dépression											

→ IES Global = +7/13=+0.53

La cotation du protocole de Rorschach de Lilou ainsi que l'analyse de l'espace imaginaire et de la mentalisation mettent en évidence un espace imaginaire d'une très grande richesse au vu de la convergence de tous les indicateurs comme le nombre de réponse ($R = 31$), la somme des grandes et petites kinesthésies ($k = 8 ; K = 6$), la dilatation du T.R.I ($6 > 2$) et de la formule secondaire ($9 > 3$) ainsi que la grande diversité des contenus présente dans ce protocole. De ce fait, la symbolisation d'ensemble est satisfaisante au regard d'un I.E.S global égal à +0, 53 ($I.E.S_{global} = + 0, 53$). En effet, la symbolisation est de très bonne qualité pour la symbolisation du masculin ($IES_{masc-phall} = 0, 66$) ainsi que la symbolisation du féminin ($IES_{fém-cont} = +1$) mais toutefois affaiblie par la pulsionnalité agressive ($IES_{pulsion-agre} = 0, 16$) qui demeure déficitaire au regard de la période particulière de la phase de latence dans laquelle se situe Lilou au moment de la passation des tests pour le recueil de données de ce travail de recherche.

La comparaison entre les deux protocoles du groupe clinique et le protocole du groupe contrôle met en exergue de grandes disparités entre les contenus des réponses fournis par les enfants constituant les deux groupes de la recherche. Nous pouvons remarquer une inhibition massive du fonctionnement psychique de ces enfants déficients intellectuels ayant vécu des carences affectives ainsi que des traumatismes relationnels précoces. L'élaboration manque parfois de fluidité et de souplesse au regard d'un espace imaginaire cadencé par ce vécu traumatique précoce. Une résurgence des angoisses en lien avec le contenu des planches avec projection de contenus crues à valence agressive reste très présente en filigrane de ces protocoles d'enfants du groupe clinique. Nous remarquons également une plus grande production du nombre de réponse pour les enfants du groupe contrôle ainsi qu'une plus grande

facilité à gérer les angoisses en lien avec la situation de passation de test et les contenus non figuratifs présentés par le test du Rorschach.

- Au niveau du Rorschach : traitement statique par le t de Student pour le BI% :

Le groupe clinique obtient une moyenne de + 5 avec un minimum de 0 et un maximum de + 16 (cf. tableau 34 en annexe). Le groupe contrôle une moyenne de +5,2 avec un minimum de 0 et un maximum de + 22 (cf. tableau 35 en annexe).

L'analyse des données indique que la différence entre les deux groupes n'est pas significative (*Test t = -0,101 ; ddl = 38 ; p = .92 ; cf. tableau 36 en annexe*). Nous pouvons donc affirmer que les contenus blancs au Rorschach ne sont pas caractéristiques des traumatismes vécus par les enfants du groupe clinique. Cet indicateur ne possède donc pas de sensibilité pour différencier les deux groupes

- Au niveau du Test des Contes : traitements statistiques par le t de Student pour les deux groupes :

Les résultats obtenus concernant les contes des Renards, des Métamorphoses et des Lions mettent en évidence une hétérogénéité.

Concernant le Contes des Renards, les indicateurs choisis concernent le fait que les petits renardeaux se retrouvent chassés du terrier et privés de nourriture, la présence de contenus mortifères à valence sadique et/ou masochiste ainsi que pour finir, un dénouement négatif de l'histoire donnée par l'enfant au conte.

L'analyse des données pour le premier indicateur met en évidence une différence significative entre les deux groupes (*Test t = 3,943 ; ddl = 38 ; p = .001 ; cf. tableau 37 en annexe*). Nous pouvons donc affirmer que les enfants du groupe clinique fournissent plus de contenus réactivant des traces de carences affectives précoces que les enfants du groupe contrôle. En effet, l'analyse des données indique que les enfants constituant le groupe clinique ont significativement donné plus de réponses où les petits renardeaux se trouvaient chassés du terrier et/ou privés de nourriture que les enfants du groupe contrôle. De ce fait, la différence

entre les deux groupes concernant cet indicateur est significative (*khi-deux* = 11, 613 ; *ddl* = 1 ; *p* = .001 ; cf. tableau 38 en annexe).

Nous pouvons donc conclure que les traumatismes relationnels précoces et les carences affectives précoces influencent les réponses données à cet indicateur du conte des Renards. Dans le but d'illustrer qualitativement notre propos, nous pouvons prendre l'exemple de **Thomas, 7 ans** (sujet issu du groupe clinique) qui donnera comme réponse : « *Les enfants voulaient dormir avec les parents du coup ils sont partis dans la forêt et les loups les ont mangés.* » Cette réponse reflétant le caractère destructeur de son angoisse d'abandon. Comparativement à **Ludivine, 7, 3 ans** (sujet issu du groupe contrôle) : « *Les petits lapins... Avaient laissé beaucoup de carottes dans le terrier... Les petits renardeaux décidèrent d'aller tout seul dans le terrier.* ». Cette réponse traduisant à la fois la sollicitude des figures parentales et la capacité à être seul de l'enfant. Ces deux exemples viennent illustrer de manière plus qualitative les résultats statistiques que nous avons précédemment exposés. Nous observons bien ici que les enfants qui ont vécu des traumatismes relationnels et des carences affectives précoces ont plus tendance à fournir des réponses où les petits renardeaux se font chasser de leur terrier et/ou privés de nourriture que les enfants constituant le groupe contrôle.

L'analyse des données pour le second indicateur met en évidence une tendance à une différence significative entre les deux groupes (*Test t* = 1, 798 ; *ddl* = 38 ; *p* = .08 <*p*> .05 ; cf. tableau 37 en annexe). Nous pouvons noter toutefois qu'il existe une tendance pour les enfants du groupe clinique à donner plus de réponses empreintes de contenus mortifères à valence sadique et/ou masochiste que les enfants du groupe contrôle. De ce fait, la différence entre les deux groupes concernant cet indicateur tend à être significative (*khi-deux* = 3, 137 ; *ddl* = 1 ; *p* = .07 ; cf. tableau 39 en annexe).

Dans le but d'illustrer qualitativement notre propos, nous pouvons prendre l'exemple de **Timothée, 13.4 ans** (groupe clinique) qui conclue le conte des Renards en expliquant que : « *Et enfin quand ils sont grands, ils trouvent à manger tout seul. Les parents sont morts.* » marquant ici la résurgence des affects dépressifs et d'effondrement en lien avec les vécus de carences affectives et les traumatismes relationnels précoces. Comparativement à **Lilou 11 ans (groupe contrôle)** qui conclue le conte des Renards en avançant que « *Ils vont chercher un autre terrier dans un meilleur endroit afin d'avoir une belle maison et à manger comme il faut tous ensemble* » mettant en avant ici la dynamique progrédiente dans laquelle s'inscrit la jeune fille

au regard d'images parentales bienveillantes et suffisamment étayante pour palier à l'angoisse pouvant être réactivée par le conte des renards et la dimension orale que convoque celui-ci.

L'analyse des données pour le troisième et dernier indicateur du Contes des Renards met en évidence une différence non significative entre les deux groupes ($Test\ t = 0,872$; $ddl = 38$; $p = .38\ ns$; cf. tableau 37 en annexe). Nous pouvons donc affirmer que les enfants du groupe clinique ne fournissent pas plus d'histoires à dénouements négatifs que les enfants du groupe contrôle à ce conte. Cet indicateur ne possède donc pas de sensibilité pour différencier les deux groupes mais deux indicateurs sur trois viennent confirmer notre hypothèse de départ.

Concernant le Conte des Métamorphoses, les indicateurs choisis pour l'opérationnalisation de notre hypothèse sont « *les personnages sont transformés en autre chose que des animaux* » et « *choix d'un animal déprécié pour le parent* ».

L'analyse des données pour le premier indicateur met en évidence une différence non significative entre les deux groupes ($Test\ t = 1,042$; $ddl = 38$; $p = .30\ n.s.$; cf. tableau 40). Nous pouvons donc affirmer que les enfants du groupe clinique ne donnent pas plus de contenus où les parents sont transformés en autre chose que des animaux que les enfants du groupe contrôle. Cet indicateur ne possède donc pas de sensibilité pour différencier les deux groupes.

Concernant le second indicateur choisi pour le Conte des Métamorphoses, les résultats mettent en évidence une différence significative entre les deux groupes de la recherche ($Test\ t = 3,236$; $ddl = 38$; $p = .001$; Cf. tableau 40). En effet, au vu des résultats obtenus au χ^2 effectué, nous pouvons affirmer que les enfants du groupe clinique fournissent plus de réponses avec des animaux dépréciés concernant leurs parents que les enfants du groupe contrôle. La différence entre les deux groupes est donc significative ($Khi\text{-deux} = 8,640$; $ddl = 1$; $p = .001 < p < .05$; cf. tableau 41 en annexe). A titre d'exemple pour illustrer nos propos, nous pouvons prendre les réponses de **Annabelle, 7 ans** (issu du groupe contrôle) qui répondra à la question concernant la transformation de son papa : « *En loup pour que toute la famille soit en loup.* ». Comparativement à **Thomas, 7 ans** (sujet issu du groupe clinique) qui, lui, répondra alors : « *En dragon parce qu'il fait du feu. Non il n'aime pas trop parce qu'il va se faire tuer.* ». Ces deux exemples permettent ici de venir qualitativement soutenir nos résultats obtenus au travers des traitements statistiques effectués. De ce fait, nous pouvons observer ici que les enfants

constituant le groupe clinique ont plus tendance à fournir des récits où les figures parentales sont intériorisées sur un mode insécurisant voir parfois agressif et violent au regard des carences affectives et des traumatismes précoces vécus que les enfants constituant le groupe contrôle.

Concernant le conte des Lions, les indicateurs choisis ont concerné le fait que la dispute implique les deux parents et également que cette dernière se déroule sur un fond de violence.

Concernant l'analyse des données du premier indicateurs (« les parents se disputent »), les résultats obtenus mettent en évidence une différence non significative entre les deux groupes constituant la recherche ($Test\ t = 0,936 ; ddl = 38 ; p = .35\ n.s ; cf.\ tableau\ 42\ en\ annexe$). De ce fait, nous pouvons avancer que les enfants du groupe clinique ne fournissent pas plus de contenus d'histoire impliquant la dispute des parents que les enfants du groupe contrôle. Cet indicateur ne possède donc pas de sensibilité pour différencier les deux groupes

Les résultats obtenus pour le second indicateurs (« dispute violente ») mettent en avant une différence significative entre les deux groupes ($Test\ t = 3,236 ; ddl = 38 ; p = .001 ; cf.\ tableau\ 42\ en\ annexe$). De ce fait, nous avons effectué un khi-deux de Pearson sur les données obtenues afin d'approfondir les différences intergroupes. Les résultats obtenus au Khi-deux de Pearson mettent en évidence une différence significative entre les deux groupes ($khi\text{-deux} = 8,640 ; ddl = 1 ; p = .001 ; cf.\ tableau\ 43\ en\ annexe$). C'est pourquoi, au vu des résultats obtenus, nous pouvons donc affirmer que les enfants constituant le groupe clinique fournissent plus de contenus de violence au conte des Lions que les enfants du groupe contrôle. Nous pouvons prendre à titre d'exemples deux types de réponses issus des protocoles d'un enfant du groupe clinique et d'un enfant du groupe contrôle. Voici la réponse donnée par **Albert, 10 ans** issu du groupe clinique de la recherche : « *Ils s'attaquent les parents. Les bébés ont peur et se cachent* ». Comparativement à la réponse fournit par **Tatiana, 10 ans** issu du groupe contrôle : « *Ils se disputaient, ils parlaient mais ne criaient pas. Les petits lionceaux jouaient entre eux et s'en fichaient un peu tant qu'ils avaient à manger.* ». Ces deux exemples mettent qualitativement en avant le fait que nos résultats statistiques sont significatifs. En effet, les enfants du groupe clinique ont plus tendance à rapport des contenus à valence violente au regard de figures parentales insécurisantes et dysfonctionnelles intériorisées que les enfants les du groupe contrôle.

I.3.e. Mise à l'épreuve de H5 : les frustrations affectives et le sentiment d'abandon sont plus fréquents chez les enfants du groupe clinique que les enfants du groupe témoin.

L'opérationnalisation de H5 sous-tend également le traitement des données du Test de Conte sur les travaux de Jacqueline Royer (1978) et Claude De Tychev (2010). Nous nous sommes centrés sur le thème des frustrations affectives et le sentiment d'abandon. Nous avons orienté l'opérationnalisation de H5 sur trois contes, comprenant chacun plusieurs indicateurs : 1. Le Coucou (abandon et/ou rejet lié(s) aux caractéristiques de l'enfant, Autre mammifère/oiseau peu accueillant) ; 2. L'Ourson Pas Pareil (déqualification de la part du/des parent(s), déqualifications liées aux caractéristiques de l'enfant) et ; 3. Le Petit Chien Tom (Tom est tenu en laisse car il risque de se sauver, Tom s'évade et ne revient jamais ou commet un acte agressif). Dans un souci d'analyse plus exhaustive des réponses liées aux effectifs restreint des échantillons de la présente recherche, nous avons décidé de sommer les deux indicateurs pour chaque sujet des deux groupes (N = 40).

Nous postulons ici que les réactivations d'affects abandonniques et de frustrations affectives seront plus présents dans les histoires du groupe clinique que du groupe contrôle.

Les résultats obtenus aux traitements statistiques de ces trois différents contes, mettent en avant une certaine homogénéité des résultats, contrastée cependant par les données obtenues au conte du Petit Chien Tom.

Concernant le conte du Coucou, l'analyse des données pour le premier indicateur (ie. « Abandon et/ou rejet lié(s) aux caractéristiques de l'enfant ») met en évidence une différence significative entre les deux groupes ($Test\ t = 2,978 ; ddl = 38 ; p = .001 ; cf.\ tableau\ 44$). Cette différence intergroupe est également vérifiée par le résultat obtenu au khi-deux ($khi\text{-}deux = 7,857 ; ddl = 2 ; p = .02 ; cf.\ tableau\ 45\ en\ annexe$). De ce fait, les enfants du groupe clinique ont plus tendance à donner des réponses en lien avec une réactivation des vécus abandonniques en rapport avec leurs caractéristiques internes que les enfants du groupe contrôle qui fournissent plus de réponses de type sécure. A titre d'exemple afin d'illustrer notre propos, nous pouvons observer que **Pierre 11 ans** issu du groupe clinique expliquera que le petit coucou est laissé par sa mère car « *Parce qu'elle ne veut pas. Elle ne s'occupe pas de lui.* », comparativement à **Kamel, 9, 1 ans** issu du groupe contrôle qui répondra, lui, que la maman coucou le laisse « *Pour aller travailler.* ». De ce fait, ces deux exemples nous permettent de mettre en évidence les différents types de réponses donnés par les enfants : les enfants ayant un vécu de carences et de traumatismes auront plus tendance à donner des réponses en lien avec

les caractéristiques négatives même de l'enfant ou de la mère, ce conte réactivant les traces abandonniques de vécus d'agonies primitives ; Contrairement aux enfants du groupe contrôle qui ont eu la possibilité d'intérioriser un objet primaire contenant et sécurisant.

Les résultats obtenus pour le second indicateur du conte du Coucou (ie. « *Autre mammifère/oiseau peu accueillant* ») nous permettent d'observer une différence significative entre les deux groupes (*Test t = 2, 978 ; ddl = 38 ; p = .001 ; khi-deux = 7, 857 ; ddl = 2 ; p = .02 ; Cf. tableaux 44 et 45 en annexe*). Nous pouvons donc affirmer que les enfants du groupe contrôle fournissent plus de réponses contenant des oiseaux peu accueillants et/ou des mammifères agressifs, traduisant l'existence de l'intériorisation d'une figure maternelle substitutive sécurisante. Nous pouvons prendre à titre d'exemples illustratifs sur un versant plus qualitatif la réponse de **Alban, 10 ans** (groupe clinique) qui explique que « *La Maman Coucou le (le petit coucou) donne à une femelle Lionne.* » constituant ici un substitut maternel envisagé sur un versant agressif et traumatique. Contrairement à **Lilou, 11 ans** qui, de son côté, raconte que le petit coucou est confié à « *un pigeon Ramier, c'est comme ceux en ville presque* ». La cohérence dans le choix d'un substitut maternel impliquant également un oiseau met en avant l'intériorisation d'un objet primaire sécurisant. Autrement dit, les enfants du groupe contrôle fournissent plus de réponses sécurisantes que les enfants du groupe clinique, c'est pourquoi, nous pouvons donc dire que les enfants qui ont vécu des traumatismes relationnels précoces ont plus tendance à apporter des réponses à contenus insécurisés et abandonniques que les enfants du groupe contrôle.

Concernant le conte de l'Ourson pas pareil, les résultats obtenus au Test de Student ainsi qu'au khi-deux au premier indicateur (ie. « *Déqualification de la part du/des parent(s)* ») mettent en évidence une différence significative entre les deux groupes (*Test t = 2, 483 ; ddl = 38 ; p = .01 ; cf. tableau 46 en annexe ; khi-deux = 5, 584 ; ddl = 1 ; p = .01 ; Cf. tableau 47 en annexe*). Nous pouvons donc affirmer que le fait d'avoir vécu des traumatismes relationnels précoces influence les réponses se traduisant par une déqualification de la part d'un ou des parent(s) à ce conte, les enfants du groupe clinique fournissant plus de réponses de ce type que les enfants du groupe contrôle. Par exemple, la réponse de **Noé, 12 ans** (issu du groupe clinique) : « *Elle le trouve moche, elle est raciste parce qu'il est noir. Le père il l'aime bien, il n'est pas raciste, lui. Ses frères lui disaient qu'il était moche.* » ; comparativement à **Steven, 10,11 ans** qui explique que : « *sa mère l'aimait oui et son père aussi* ». Ces deux exemples permettent de mettre en évidence la différence mise premièrement en évidence au travers de

nos traitements statistiques. Autrement dit, les enfants du groupe clinique ont plus tendance à fournir des réponses où les déqualifications à leur égard viennent directement de la part de leur parent ; contrairement aux enfants du groupe contrôle qui rapportent davantage d'attitudes bienveillante de la part des parents face à la différence du petit ourson pas pareil : par exemple, **Kamel, 9,1 ans** explique que « *la maman expliquait qu'il fallait en prendre un peu plus soin que les autres car c'est le dernier et il est un peu plus fragile et que le papa, il l'aimait bien.* »

Les résultats obtenus concernant le second indicateur (i.e. déqualifications liées aux caractéristiques de l'enfant) mettent en avant une différence qui a tendance à être significative entre les deux groupes de la recherche (Test $t = 1,934$; ddl = 38 ; $p = .06$; cf. tableau 46 en annexe). C'est pourquoi, nous pouvons affirmer que les enfants du groupe clinique ont tendance à se dévaloriser plus souvent que les enfants du groupe contrôle. A titre d'exemple, nous pouvons prendre la réponse de **Sacha, 8,6 ans** (groupe contrôle) qui donne une réponse mettant en avant une restauration narcissique en lien avec les éprouvés mobilisés par ce conte : « *Un jour ses poils ont repoussé, il s'aime bien.* ». Comparativement à **Alexandre, 8 ans**, (groupe clinique) qui va répondre, de manière très crue sans autre possibilité d'élaboration symbolique : « *Il se trouvait moche.* ». Ces deux exemples mettent en évidence la différence entre les deux groupes de la recherche sous-tendue par notre traitement statistique. Cependant, au vu du seuil de significativité, nous pouvons plutôt parler ici d'une tendance à fournir des réponses dévalorisantes en lien avec les caractéristiques internes des enfants du groupe clinique. C'est pourquoi, les enfants ayant un vécu de carences et de traumatismes auront davantage tendance à se dévaloriser que les enfants du groupe contrôle.

Concernant le conte du Petit Chien Tom, les résultats obtenus à l'unique indicateur (ie. « *Tom est tenu en laisse car il risque de se sauver* » additionné de « *Tom s'évade et ne revient jamais ou commet un acte agressif* ») montrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes (Test $t = 0,466$; ddl = 38 ; $p = .64$; Cf. tableau 58 en annexe). Autrement dit, nous pouvons affirmer que le fait d'avoir vécus des traumatismes relationnels précoces ainsi que des carences affectives précoces n'influence pas le contenu des réponses à cet indicateur pour le conte du Petit Chien Tom. Cet indicateur ne possède donc pas de sensibilité pour différencier les deux groupes

I.3.f. Mise à l'épreuve de H6 : en raison de la présence de traumatismes relationnels précoces et de carences affectives précoces, la construction de l'identité sexuelle devrait être plus problématique dans le groupe clinique, comparativement au groupe contrôle.

L'opérationnalisation de H6 est illustrée par le traitement des données du Test de Conte à partir des travaux de Jacqueline Royer (1978) et Claude De Tychev (2010). Nous nous sommes centrés ici sur la construction de l'identité sexuelle des enfants constituant le groupe clinique ainsi que celle du groupe contrôle. Nous avons retenu deux contes composés chacun d'indicateurs précis pour l'opérationnalisation de H6 : 1. Le cadeau (refuse l'animal en lien avec son genre biologique, dénouement tragique avec contenus de mort) et 2. Les métamorphoses (Choix d'un animal ne correspondant pas à son genre lors de l'auto-transformation).

Concernant le conte du Cadeau, les résultats obtenus à l'indicateur « dénouement tragique » nous permettent d'observer qu'il existe une tendance à une différence significative entre les deux groupes ($Test\ t = 1,831 ; ddl = 38 ; p = .07 ; cf.\ tableau\ 49\ en\ annexe$). Nous pouvons affirmer ici qu'il s'agirait plutôt d'une tendance mettant en avant le fait que les enfants du groupe clinique ayant un vécu de traumatismes relationnels précoces fourniraient plus de réponses contenant un dénouement tragique avec contenus mortifères que les enfants composant le groupe contrôle. Nous pouvons ici prendre la réponse de **Louisa, 7,7 ans** (groupe clinique) : « *Elle a pris sa baguette et elle le transforme en poule qui fait peur.* ». Cette réponse met en évidence ici une réactivation des affects dysphoriques en lien avec le contenu du conte et la construction de l'identité sexuelle. Comparativement, nous pouvons ici prendre l'exemple de **Corentin, 7,9 ans** (groupe contrôle) : « *Bien parce que après vu qu'il était mouillé l'éléphant ça a séché avec la chaleur et du coup il a vu que c'était le même en fait.* ». Ces deux exemples viennent sous-tendre notre hypothèse et mettre en avant que les enfants constituant le groupe clinique ont plus tendance à donner des dénouements anxigènes et problématiques à ce conte que les enfants du groupe contrôle.

Le second indicateur pour ce conte (ie. « Refuse l'animal en lien avec son genre biologique) nous permet d'observer des résultats mettant en évidence une absence de différence significative entre les deux groupes composant la recherche ($Test\ t = 0,312 ; ddl = 38 ; p = .75\ ns ; cf.\ tableau\ 49\ en\ annexe$). De ce fait, nous pouvons donc avancer que les enfants constituant le groupe clinique n'apportent pas plus de réponse en lien avec cet indicateur au

conte du Petit Chien Tom que les enfants du groupe contrôle. Cet indicateur ne possède donc pas de sensibilité pour différencier les deux groupes.

Concernant le conte des Métamorphoses, nous avons ici décidé de sélectionner un indicateur nous permettant d'opérationnaliser notre hypothèse : il est question du choix d'un animal ne correspondant pas au genre de l'enfant au moment de l'auto-transformation. Les résultats obtenus mettent en évidence une tendance à obtenir un seuil de significativité différenciateur entre les deux groupes (*Test t = 1,707 ; ddl = 38 ; p = .09 ; cf. tableau 50 en annexe*). Pour exemple, **Nathalie, 12 ans** (groupe clinique) expliquera : « *En chat car elle adore le chat.* », effectuant ici un passage sous silence de la féminisation du mot « chat » ; comparativement à **Pierre, 8, 3 ans** (groupe contrôle) qui donnera comme réponse à cette question : « *Non en alpaga !! Parce qu'il disait que ça lui portait bien chaud sa fourrure et qu'en hiver il n'aurait pas besoin de se mettre des manteaux et des trucs comme ça.* ». De ce fait, nous pouvons donc dire que les enfants du groupe clinique ont tendance à fournir plus de réponses impliquant un animal qui ne correspond pas à son genre lors de l'auto-transformation à ce conte que les enfants du groupe contrôle.

II. Conclusion générale des mises à l'épreuve des hypothèses opérationnelles.

II.1. Tableau récapitulatif des indicateurs différenciant de manière significative ou tendant à différencier significativement les deux groupes de la recherche.

Les différents traitements statistiques effectués au regard de nos hypothèses opérationnelles, nous permettent de dresser le tableau suivant (page 192) :

Hypothèses	Indicateurs significatifs ou tendant vers une significativité	Conclusion(s)
------------	---	---------------

<p><u>H1</u> : les traumatismes et les carences affectives précoces ont un effet négatif sur les capacités de mentalisation et l'imaginaire des enfants déficients intellectuels</p>	<p style="text-align: center;">ψ <u>La mentalisation :</u></p> <p><u>Indicateurs significatifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ $IES_{global} = (Test\ t = -7,284 ; ddl = 38 ; p = .00\text{ pour un seuil à } .05)$ ○ $IES_{pulsion-agressive} = (Test\ t = 3,905 ; ddl = 38 ; p = .001)$ ○ $IES_{masc-phall} = (Test\ t = 4,955 ; ddl = 38 ; p = .001)$ <p><u>Indicateurs tendant à l'être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ $IES_{fém-cont} = (Test\ t = 1,567 ; ddl = 38 ; p = .12)$ <p style="text-align: center;">ψ <u>L'espace imaginaire :</u></p> <p><u>Indicateurs significatifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Le nombre de réponses (R) = $Test\ t = -4,168 ; ddl = 38 ; p = ,001$ ○ Les grandes kinesthésies (K) = $Test\ t = 1,85 ; ddl = 38 ; p = .07$ 	<p>L'hypothèse est confirmée en ce qui concerne la mentalisation. Les enfants déficients intellectuels ayant vécu des traumatismes relationnels précoces ainsi que des carences affectives précoces possèdent des capacités de mentalisation plus inhibées et cadencées que les enfants constituant le groupe contrôle. Leur niveau moyen de symbolisation évalué par les indices de Cassiers est plus faible</p> <p>Concernant l'espace imaginaire, seuls les indicateurs R et K permettent de discriminer les deux groupes de la recherche. Ils traduisent l'appauvrissement de l'espace imaginaire du groupe clinique</p> <p>Les enfants du groupe cliniques donnent possèdent un score plus élevé au TCI que les enfants du groupe contrôle. Ils traduisent un impact beaucoup plus important dans le groupe clinique</p> <p>L'hypothèse H1 est donc ici confirmée.</p>
--	---	--

<p><u>H2</u> : Les traumatismes et les carences affectives précoces ont un effet négatif sur la formation des imagos parentales des enfants déficients intellectuels. En effet, plus l'impact et la répétition des traumatismes relationnels et des carences affectives précoces est fréquente et plus la formation des imagos parentales sera déficitaire et abîmé.</p>	<p>ψ <u>Au niveau du test du Rorschach :</u> <u>Unique indicateur significatif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Contenus détériorés à la planche VII : <i>Test t = 3,310 ; ddl = 38 ; p = .002</i> <p>ψ <u>Au niveau du Test des Contes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Conte du Poussin, indicateurs : « se trouve mal dans son œuf » = <i>Test t = 3,310 ; ddl = 38 ; p = .002</i> 	<p>Les résultats obtenus ne permettent pas de confirmer l'hypothèse H2. Les résultats obtenus nous permettent cependant de postuler une tendance des enfants du groupe clinique à posséder des images parentales abîmées au regard de leur vécu traumatique, comparativement aux enfants du groupe contrôle.</p> <p>L'hypothèse H2 ne reçoit qu'une confirmation très partielle puisque plusieurs des indicateurs que nous avons utilisés pour l'opérationnaliser sont non significatifs (seuls les deux présentés ici le sont)</p>
<p><u>H3</u> : les enfants déficients intellectuels qui ont vécu des traumatismes relationnels précoces et des carences affectives précoces ne donnent pas de perception de leur corps entière et unitaire.</p>	<p>Aucun indicateur n'est significatif.</p>	<p>L'hypothèse H3 est donc infirmée.</p>
<p><u>H4</u> : les enfants déficients intellectuels ont vécu davantage de traumatismes précoces comparativement aux enfant du groupe contrôle.</p>	<p>ψ <u>Au niveau du Rorschach :</u> <u>Index de Contenus Traumatiques (TCI) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Test t = 7,926 ; ddl = 38 ; p = .00 à p = .05</i> ○ <i>khi² = 38 ; ddl = 27 ; p = .07 à p = .05</i> ○ <i>r = -.789** ; p = .05</i> <p>ψ <u>Au niveau du Test des Contes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Les renards</u> : un seul indicateur sur 	<p>Les enfants du groupe clinique fournissent davantage de réponses imprégnées par leur vécu traumatique que les enfants du groupe contrôle.</p> <p>L'hypothèse H4 est donc confirmée.</p>

	<p>trois est significatif :</p> <p>Les petits se retrouvent chassés du terrier et privés de nourriture (<i>Test t = 3, 943 ; ddl = 38 ; p = .001</i>)</p> <p>○ <u>Les métamorphoses</u> : Un indicateur sur deux est significatif : Choix d'un animal déprécié pour un des parents, ou les deux (<i>Test t = 3, 236 ; ddl = 38 ; p = .00 ; khi-deux = 8, 640 ; ddl = 1 ; p = .001 pour p = .05</i>).</p> <p>○ <u>Les lions</u> : un indicateur sur deux est significatif : Dispute violente (<i>Test t = 3, 236 ; ddl = 38 ; p = .001 ; khi-deux = 8,640 ; ddl = 1 ; p = .001</i>).</p>	
--	---	--

<p><u>H5</u> : les frustrations affectives et le sentiment d'abandon sont plus fréquents chez les enfants du groupe clinique que les enfants du groupe témoin.</p>	<p>ψ <u>Au niveau du Test des Contes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Le coucou</u> : les deux indicateurs sont significatifs : 1/ Abandon et/ou rejet lié aux caractéristiques de l'enfant (<i>Test t = 2, 978 ; ddl = 38 ; p = .001 ; khi-deux = 7, 857 ; ddl = 2 ; p = .02</i>). 2/ Autre mammifère et/ou oiseau peu accueillant (<i>Test t = 2, 978 ; ddl = 38 ; p = .001 ; khi-deux = 7, 857 ; ddl = 2 ; p = .02</i>) ○ <u>L'ourson pas pareil</u> : Déqualification de la part du/des parents (<i>Test t = 2, 483 ; ddl = 38 ; p = .01 ; khi-deux = 5, 584 ; ddl = 1 ; p = .01</i>). Déqualification liée aux caractéristiques internes de l'enfant (tendance à être significatif) = <i>Test t = 1, 934 ; ddl = 38 ; p = .06</i> 	<p>Les enfants du groupe clinique ont plus tendance à mobiliser des affects en lien avec les frustrations affectives et le sentiment d'abandon que les enfants du groupe clinique.</p> <p>L'hypothèse H5 est donc confirmée.</p>
<p><u>H6</u> : en raison de la présence de traumatismes relationnels précoces et de carences affectives précoces, la construction de l'identité sexuelle devrait être plus problématique dans le groupe clinique, comparativement au groupe contrôle.</p>	<p>ψ <u>Au niveau du Test des Contes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Le cadeau</u> : 1/ Dénouement tragique : tendance à être significatif = <i>Test t = 1, 831 ; ddl = 38 ; p = .07</i> ○ <u>Les métamorphoses</u> : Choix d'un animal ne correspondant pas au genre de l'enfant : tendance à être 	<p>Les enfants du groupe clinique ont plus tendance à manifester des fragilités en lien avec la construction d'une identité sexuée que les enfants du groupe contrôle.</p> <p>L'hypothèse H6 est donc partiellement confirmée.</p>

	significatif = Test t = 1,707 ; ddl = 38 ; p = .09	
--	--	--

II.2. Intérêt de l'utilisation des méthodes projectives dans le traitement de nos hypothèses :

Nous avons centré le recueil de données au travers de deux tests projectifs : le test du Rorschach et le Test des Contes de Jacqueline Royer (1978). Ces deux épreuves projectives nous ont semblé complémentaires au regard des variables étudiées, recoupant de manière transverse les aspects quantitatifs et qualitatifs que nous avons souhaités faire apparaître dans notre travail de recherche.

Le test du Rorschach nous a permis d'explorer les différentes dimensions de la mentalisation au travers des travaux de Cassiers et de la cotation de la grille de la mentalisation nous permettant de calculer trois indices différents de niveau symbolique, nous avons, de ce fait, pu mettre en exergue le fait que les enfants constituant le groupe clinique possèdent des scores de symbolisation des pulsions sexuelles et agressives significativement inférieurs à ceux obtenus par les enfants du groupe contrôle. De par une cotation des contenus à valeur traumatique au travers de l'Index de Contenus Traumatiques (TCI), il nous a également été possible d'obtenir un score nous permettant d'établir, tant au niveau quantitatif que qualitatif, que les vécus traumatiques précoces restent présents en filigrane de l'organisation psychique des enfants du groupe clinique et transparaissent au travers des mouvements projectifs suscités par le test du Rorschach.

Le Test des Contes, de par sa finesse dans l'exploration des imagos parentales, nous a permis un recueil de données précieux au regard des images parentales étudiées dans cette recherche. Nous avons sciemment décidé de n'utiliser qu'une partie des contes, divisés eux même en indicateurs adaptés préalablement au travail sur le terrain. Ces indicateurs nous ont permis d'établir nos résultats à la lumière de données quantitatives, tout en nous permettant de conserver une approche qualitative de l'accompagnement des enfants du groupe clinique ainsi que des enfants du groupe contrôle, en nous éclairant sur les noyaux de souffrance vécus au cours de leur histoire.

Pour conclure, ces deux épreuves projectives ont vraiment fonctionné comme complémentaires l'une de l'autre, nous permettant de bien différencier les deux groupes d'enfants étudiés. Les résultats obtenus mettent en évidence un impact des carences affectives ainsi que des traumatismes relationnels précoces au sein même de l'économie psychique des enfants du groupe clinique. Nous émettons toutefois une limite quant au nombre restreint de sujets constituant les échantillons de la recherche, ce qui ne nous a pas permis de généraliser les résultats à la population globale étudiée. Une mise à l'épreuve de nos hypothèses avec à un nombre plus important de sujets constituant les deux groupes nous permettrait de généraliser les tendances obtenues lors de nos traitements statistiques.

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION- SYNTHESE GENERALE DE L'ANALYSE DES RESULTATS

Notre présente recherche était composée de deux groupes : un groupe clinique et un groupe contrôle, chacun constitué de 20 enfants appareillés concernant les variables « genre » et « âge ». Dans un souci de rigueur méthodologique, nous avons souhaité obtenir deux échantillons le plus homogènes possibles permettant ainsi la comparaison statistique des variables étudiées.

Nous allons maintenant pouvoir discuter les résultats obtenus pour les deux groupes au regard de la mise à l'épreuve de chacune des hypothèses de recherche.

I. Présentation et analyse des résultats pour les deux groupes : mise à l'épreuve des hypothèses de recherche.

I.1. Mise à l'épreuve de H1 : les traumatismes et les carences affectives précoces ont un effet négatif sur les capacités de mentalisation et l'imaginaire des enfants déficients intellectuels.

Les résultats obtenus lors des traitements statistiques mettent en évidence une différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne la mentalisation. En effet, les enfants constituant le groupe contrôle obtiennent une moyenne supérieure à celle des enfants constituant le groupe clinique pour plusieurs des indicateurs retenus. C'est pourquoi, nous pouvons vérifier notre hypothèse en avançant que les carences affectives et les traumatismes relationnels précoces viennent cadencasser, voir massivement inhiber, les capacités symboliques des enfants déficients intellectuels. Une inhibition importante du fonctionnement de la pensée ainsi que l'élaboration psychique restent très présents dans le fonctionnement des enfants constituant le groupe clinique. De par leur vécu, ces enfants tendent à avoir plus recours à des stratégies de décharges comportementales des excitations pulsionnelles, ces dernières ne trouvant pas de voie de sortie au travers de l'imaginaire.

Dans la continuité de résultats obtenus, nous observons que les enfants constituant le groupe clinique possèdent un espace imaginaire beaucoup plus pauvre que les enfants du groupe

contrôle. En effet, ces derniers tendent à fournir un nombre de réponse témoignant d'une production imaginaire et d'un investissement du matériel du test manifeste, tout comme le nombre grande Kinesthésies témoignant des mouvements projectifs identificatoires aux objets et à la vie relationnelle du sujet (Gaudriault et Baroth, 1990). Nous pouvons alors dire que nos résultats viennent confirmer un appauvrissement de l'espace imaginaire du groupe clinique au regard de leur vécu traumatique et d'un retrait relationnel témoignant d'une relation d'objet construite au regard des carences et des traumatismes vécus.

Les capacités de symbolisation et de mentalisation semblent donc jouer un rôle important dans l'élaboration des vécues traumatiques. Lorsque ces capacités sont inégales, voire même défaillantes pour un grand nombre d'enfants du groupe clinique, l'élaboration et l'intégration du traumatisme ne peuvent donc être effectuées, ce qui va avoir pour conséquence un non-capacité des enfants à investir leur espace imaginaire au regard d'une énergie psychique principalement centrée sur des tentatives non-opérantes de symbolisation des traumatismes, engendrant alors un court-circuitage au niveau de l'activité de mentalisation, témoignant d'un recours massif aux passages à l'acte hétéro ou auto-agressifs.

Dans le cadre de ma pratique clinique de psychologue clinicienne, j'ai pu remarquer que les enfants déficients intellectuels ayant subi des carences affectives et des traumatismes relationnels précoces ont régulièrement recours au déni des émotions négatives, ne privilégiant alors que les émotions positives, au détriment de leur équilibre psychique. Il est alors nécessaire que l'instauration d'une relation de confiance s'établisse progressivement afin de profiter d'une alliance thérapeutique particulièrement satisfaisante. Ces enfants ayant vécu des situations de stress extrême dès leur plus jeune âge, ont mis en place des stratégies défensives visant à les préserver d'un environnement très souvent nocif. C'est pourquoi, la mise en place de défenses rigides semble particulièrement opérante dans le cadre de la relation à autrui. Ces systèmes sont généralement opérants mais il est important de garder à l'esprit que ces derniers sont pathologiques parce qu'ils vont engendrer d'autres types de difficultés pour ces enfants, notamment dans le cadre de leur vie sociale et de leur interaction avec leurs pairs. Ces systèmes défensifs sont source d'une grande souffrance pour ces enfants qui ont généralement recours au déni pour supporter ces représentations inacceptables pour la psyché. Toutefois, ces enfants ne peuvent pas percevoir l'inadaptation de leur fonctionnement et la valence nocive sur leur vie quotidienne et psychique : ils n'ont jamais connu d'autres modèles de fonctionnement. Ce dernier possède néanmoins la particularité de leur apporter des repères et une organisation, aussi déficitaire soit-elle (Bonneville-Baruchel, 2015). Cependant, au cours de mon intervention, j'ai

toutefois pu remarquer une tentative de symbolisation des affects de la part de ces enfants, dont j'ai assuré le suivi plusieurs années (quatre ans au total). La construction d'une relation thérapeutique sécurisée, contenant et contenue au travers d'une répétition et d'un maintien des séances (à un niveau spatio-temporel également) a permis à certains de ces enfants d'investir leur espace psychique et initier une ébauche de relation d'objet et d'exploration de l'aire transitionnelle au travers du jeu. L'identification à un, ou plusieurs, adultes sécurisés ont permis à ces enfants de se développer au regard de la présence d'un tuteur de résilience incarné soit par mes fonctions de psychologue clinicienne, soit par les éducatrices (le personnel de cet établissement étant presque exclusivement féminin) ou encore par une équipe venant faire office de support d'identification familial.

1.2. Mise à l'épreuve de H2 : les traumatismes et les carences affectives précoces ont un effet négatif sur la formation des images parentales des enfants déficients intellectuels.

Concernant la seconde hypothèse de notre recherche, les résultats obtenus aux traitements statistiques mettent en évidence une confirmation très partielle de cette dernière. En effet, plusieurs des indicateurs que nous avons utilisés pour son opérationnalisation sont non significatifs. De ce fait, les indicateurs significatifs pour la comparaison intergroupe sont la présence de contenus détériorés pour la planche VII du test de Rorschach, nous permettant alors d'avancer que les enfants du groupe clinique ont plus tendance à posséder des images parentales abîmées au regard de leur vécu traumatique, comparativement aux enfants du groupe contrôle.

La planche VII du test du Rorschach, de par sa configuration bilatérale, offre l'opportunité au sujet à donner une représentation de ses relations (Richelle, 2017). La deuxième caractéristique de cette planche réside en son caractère en creux faisant référence à la féminité et/ou à la maternité (Richelle, 2017). En effet, chaque sujet, fille ou garçon, possède comme fondement à sa construction identitaire les relations à une figure maternelle. Lisa De Noose (2017) nous explique que : « *c'est sur base de ces relations, avec tous les échos subjectifs et vécus affectifs qui y sont liés, que le sujet a pu construire une représentation inconsciente que l'on qualifie d'images maternelles.* ». C'est pourquoi, les résultats obtenus aux traitements statistiques nous permettent de mettre en exergue une différence intergroupe significative concernant cette planche du test du Rorschach : les enfants du groupe clinique donnent plus de réponses comprenant des contenus détériorés à la planche VII que les enfants du groupe

contrôle. Nous pouvons donc affirmer qu'au regard des vécus de carences affectives et de traumatismes relationnels précoces, les enfants du groupe clinique n'ont pu intérioriser une figure maternelle contenant et « suffisamment bonne », au sein Winnicottien du terme mobilisant alors des mouvements projectifs à valence agressive.

Dans un second temps, nous avons opérationnalisé notre hypothèse avec le Test des Contes de Jacqueline Royer (1978), notamment en utilisant le conte du Poussin. Les résultats obtenus mettent en évidence un seul indicateur significatif sur deux : celui où le poussin se « *trouve mal dans son œuf* ». Nous pouvons alors avancer que les enfants constituant le groupe clinique ont vécu plus de traumatismes à un niveau in-utero comparativement aux enfants du groupe contrôle, générateur de grande souffrance. La figure maternelle n'est pas intériorisée ici comme faisant fonction de pare-excitation face à un environnement parfois hostile, bien au contraire. Cette dernière peut parfois mobiliser des mouvements projectifs crus et carencés chez les enfants du groupe clinique.

Les résultats en lien avec la représentation de la figure maternelle sont significatifs ici, contrairement aux planches IV et IX. C'est pourquoi, nous pouvons affirmer que notre seconde hypothèse n'est que partiellement confirmée. Nous pouvons mettre ces résultats en lien avec l'inhibition intellectuelles des enfants constituant le groupe clinique et leur difficulté à élaborer psychiquement leur vécu au regard des carences affectives et des traumatismes relationnels vécus, empêchant le déploiement de leur capacité symbolique comme observé lors de la validation de notre hypothèse H1.

A un niveau beaucoup plus qualitatif, mon expérience de psychologue clinicienne au sein de cette institution m'a appris que beaucoup d'éléments en lien avec l'achoppement de l'intériorisation d'une figure parentale contenant et intériorisée comme constituant un bon objet de sécurité, venait principalement se réactualiser au sein même de la dynamique transférentielle à l'œuvre dans ce type d'accompagnement, soit sur un versant clinique ou sur un versant interdisciplinaire au regard de l'articulation du travail avec les équipes éducatives. Bien que dans l'incapacité de verbaliser consciemment leur ressenti, même sur un sujet non figuratif mobilisant des mouvements projectifs propres au sujet, ces enfants viennent « régler des comptes » en réactualisant leur vécu au travers du transfert avec les professionnels de la structure identifiés comme figure parentale de substitution. C'est dans ces moments que nous avons pu mettre au travail les représentations de ces enfants, les amenant à progressivement se sécuriser dans la rencontre avec l'autre et notamment les adultes.

I.3. Mise à l'épreuve de H3 : les enfants déficients intellectuels qui ont vécu des traumatismes relationnels précoces et des carences affectives précoces ne donnent pas de perception de leur corps entière et unitaire.

Les résultats obtenus lors de nos traitements statistiques ne nous permettent pas de confirmer notre hypothèse. En effet, les ratios obtenus concernant le rapport H/Hd et A/Ad ne nous permettent pas d'observer de différence entre les deux groupes en ce qui concerne le caractère unitaire d'une représentation de soi propre aux enfants ayant vécu des carences affectives et des traumatismes relationnels précoces.

Nous pouvons mettre notre absence de résultats en lien avec un nombre de participants insuffisant pour pouvoir explorer cet axe de notre recherche. En effet, chaque échantillon étant constitué de 20 sujets, nous rencontrons une limite dans le traitement de nos données qui ne nous permettent pas d'obtenir de résultats. Un échantillon plus important nous permettrait peut-être d'y parvenir.

I.4. Mise à l'épreuve de H4 : les enfants déficients intellectuels ont vécu davantage de traumatismes précoces comparativement aux enfants du groupe contrôle.

Au regard des résultats obtenus lors de nos différents traitements statistiques, nous pouvons observer que :

Concernant le traitement des données en lien avec l'indicateur Blanc %, indicateur des vécus de carence et de manque, nous pouvons observer une non significativité des résultats obtenus aux traitements statistiques. De ce fait, nous pouvons alors avancer que la présence de contenus blancs au Rorschach n'est pas spécifique des vécus traumatiques des enfants constituant le groupe clinique de notre recherche. Ce faisant, nous pouvons justifier l'absence de résultat au regard du faible nombre de sujet constituant les échantillons de notre recherche. Des traitements statistiques supplémentaires sur un échantillon beaucoup plus conséquent nous permettraient peut-être d'obtenir des résultats supplémentaires.

Concernant le traitement des données en lien avec le Test des Contes, nous avons opérationnalisé notre hypothèse en utilisant ici les contes des Renards, le conte des Métamorphoses et le conte des Lions.

Le conte des Renards met en évidence une différence significative entre les deux groupes (indicateur « *les petits se retrouvent chassés du terrier et privés de nourriture* ». En effet, les enfants constituant le groupe clinique fournissent plus de contenus réactivant des traces de carences affectives précoces que les enfants du groupe contrôle. Les enfants du groupe clinique ont connu plus de sentiments d'exclusion, exprimés généralement sur trois modes particuliers : un premier mode impliquant l'identification projective en lien avec les émotions vécues (généralement caractérisée par de la tristesse et/ou de la colère), un second mode impliquant un mécanisme important de banalisation de ce type de vécu caractérisant une organisation familiale déficitaire et carencée (les enfants expliquent généralement que « c'est normal » qu'ils soient exclus) et un troisième type de réaction impliquant l'émoussement affectif des enfants, qui prennent soin de se distancier des contenus projetés dans les histoires du Test des Contes. Les résultats obtenus à cet indicateur viennent dire beaucoup de l'organisation de la cellule familiale et des places de chacun au sein de la dynamique de cette dernière. Nous observons généralement une privation totale des petits renardeaux au profit des parents qui vont pouvoir accéder au terrier et à la nourriture. Il nous a également été donné d'observer un sacrifice volontaire de l'enfant au profit des plus petits de la fratrie. Un manque de contenance et d'étayage massifs ressort des résultats à visée qualitative de ce conte. Le besoin primaire de protection par un objet sécure n'est pas intériorisé chez un grand nombre d'enfants constituant le groupe clinique de notre recherche.

Le conte des Métamorphoses met en évidence une différence significative en ce qui concerne l'indicateur : « *choix d'un animal déprécié pour le parent* ». L'exploration de cet indicateur au travers du Contes des Métamorphoses nous permet d'avoir accès à la représentation des enfants de la dynamique familiale (Royer, 1978). Cet aspect de l'environnement des enfants se retrouvent assez cadencé en ce qui concerne les enfants du groupe clinique, qui au regard de leur situation (placement administratif ou judiciaire, présence de travailleurs sociaux au sein de la fratrie) peuvent se positionner dans une loyauté massive envers leurs parents. Ce conte permet ainsi d'approcher leurs propres représentations concernant chaque personne constituant leur cellule familiale en faisant appel à leur propre mouvement projectif en lien avec le contenu latent sollicité par le conte des Métamorphoses.

Nous pouvons alors remarquer que les enfants constituant le groupe clinique de notre recherche ont significativement plus tendance à avoir recours à des animaux menaçants et agressifs en ce qui concerne les mouvements projectifs mobilisés par le matériel du Test des Contes.

L'intériorisation d'un objet sécurisant et contenant n'a pas été possible au regard du vécu traumatique des enfants constituant le groupe clinique. La réactivation massive des vécus de carence vient effracter les capacités de pare-excitation des enfants qui se retrouvent sans aucun recours ni possibilité de dégagement face aux émotions qui peuvent les submerger. De ce fait, nous pouvons faire le lien entre l'intériorisation d'une figure parentale sécurisante et la qualité de la mentalisation chez les enfants. Les enfants constituant le groupe contrôle fournissent des réponses en lien avec une représentation sécurisante et stable des figures parentales.

Le conte des lions met en évidence, quant à lui, une différence significative en ce qui concerne l'indicateur : « *Dispute violente* ». Les enfants constituant le groupe clinique fournissent plus de réponses mettant en scène les parents qui se disputent violemment, allant jusqu'à la violence physique, que les enfants constituant le groupe contrôle. Cet indicateur du conte des Lions vient mettre en évidence une dynamique familiale imprégnée de conflits, de disputes et pouvant aller jusqu'aux violences physiques et aux passages à l'acte. Les enfants du groupe clinique ont tendance à davantage intérioriser un fonctionnement familial basé sur des stratégies éducatives discordantes, incohérentes et où la punition physique peut être présente. La résolution des conflits entre les parents ne peut être envisagée comme un moment de discussion et d'échange. Cette dernière est généralement source d'angoisse pour les enfants du groupe clinique avec réactivation des traces antérieures de violences intrafamiliales.

1.5. Mise à l'épreuve de H5 : les frustrations affectives et le sentiment d'abandon sont plus fréquents chez les enfants du groupe clinique que les enfants du groupe témoin.

Les résultats obtenus lors des traitements statistiques nous ont permis de mettre en avant plusieurs éléments importants :

Ils mettent en évidence une différence significative en ce qui concerne les deux indicateurs retenus pour *le conte du Coucou* : 1. Abandon et/ou rejet lié(s) aux caractéristiques de l'enfant et ; 2. Autre mammifère/oiseau peu accueillant. Une réactivation massive des affects abandonniques est retrouvée en ce qui concerne les enfants du groupe clinique. Ceci reflète ici un achoppement de l'intériorisation d'un premier objet d'amour contenant et sécurisant, empêchant alors l'enfant de se rassurer lorsqu'une séparation intervient entre ce dernier et ses

figures parentales. L'enfant se retrouve en proie à des vécus de désorganisation massive impactant les capacités d'élaboration symbolique, la capacité à être seule n'ayant pas pu être construite chez ces enfants.

Les enfants du groupe clinique ont plus tendance à s'attribuer la responsabilité de l'abandon, considérant le rejet de la mère au regard de leurs caractéristiques internes. Le poids de la culpabilité se fait ressentir par ces enfants qui ne se considèrent « *pas assez bon* » pour satisfaire aux exigences parentales, et plus précisément maternelles. Certains enfants vont alors manifester une majoration des angoisses de séparation ou, au contraire, faire preuve d'une indifférence totale face à l'abandon maternel. Nous pouvons mettre cela en lien avec un attachement mis à mal par des interactions précoces déficitaires marquées par des vécus de carences et de traumatismes relationnels précoces important tant chez le parent dans son propre vécu que chez l'enfant. Les figures d'attachement peuvent devenir interchangeables, sans mobiliser le moindre investissement affectif de la part de l'enfant. Ce type de fonctionnement peut être retrouvé chez des enfants dont l'anamnèse est marquée par des placements précoces et/ou prolongés, les adultes de référence étant trop instables au cours de leur vie et sans implication affective. Nous pouvons également prendre en considération le fait que ces substituts maternels sont généralement peu accueillants dans les épreuves projectives, voir méchants, avec le petit Coucou lors des histoires contées par les enfants constituant le groupe clinique. En effet, comme expliqué précédemment, nous pouvons mettre en lien cela avec une dépréciation globale mettant en exergue une fragilité massive des assises narcissiques des enfants constituant le groupe clinique qui ne se voient pas comme étant dignes d'amour. L'achoppement de l'intériorisation d'une figure contenante et bienveillante transparaît au regard de la propre considération que possèdent les enfants d'eux-mêmes, mais également au travers de la considération portée par la figure d'attachement substitutive lors de l'abandon maternel.

Concernant le conte de l'Ourson pas pareil, l'indicateur : « *déqualification de la part du parent* » est significatif et le second indicateur : « *déqualification liée aux caractéristiques de l'enfant* » tend à l'être. De ce fait, nous pouvons alors avancer au vu des résultats obtenus une fragilité importante des assises narcissiques des enfants du groupe clinique comparativement aux enfants du groupe contrôle. La différence est généralement abordée comme un défaut (Royer, 1978), comme une démarcation négative du reste de la cellule familiale. Les observations que nous avons effectuées concernant le conte de l'Ourson Pas

Pareil rejoignent celles que nous avons formulées ci-dessus au travers du conte du Coucou. Les enfants du groupe clinique s'attribuent le rejet de leur figure maternelle au regard des traumatismes précoces vécus et de l'introjection parfois faite des premiers objets d'amour. Les assises narcissiques des enfants qui constituent le groupe clinique sont extrêmement abîmées, voire effondrées et viennent refléter la massivité des carences vécus lors de leur enfance.

I.6. Mise à l'épreuve de H6 : en raison de la présence de traumatismes relationnels précoces et de carences affectives précoces, la construction de l'identité sexuelle devrait être plus problématique dans le groupe clinique, comparativement au groupe contrôle.

Les résultats obtenus concernant le conte du Cadeau mettent en évidence une différence significative entre les deux groupes de la recherche concernant l'indicateur : « dénouement tragique ». Aucune différence n'est observée en ce qui concerne le choix d'un animal qui ne correspondrait pas au genre de l'enfant, quel que soit le groupe d'appartenance des sujets. Autrement dit, les enfants du groupe clinique n'ont pas tendance à choisir plus souvent des animaux qui ne correspondraient pas à leur genre. Cependant, nous pouvons observer davantage de dénouements négatifs à ce conte chez les enfants constituant le groupe clinique, comparativement aux enfants du groupe contrôle. Le conte du Cadeau a pour objectif de « sonder l'attitude inconsciente de l'enfant (satisfait ou non) vis-à-vis de son sexe. » (Royer, 1978). Une réactivation d'affects dysphoriques en lien avec le contenu du conte et la construction de l'identité sexuelle est présente chez les enfants ayant vécu des carences et des traumatismes relationnels précoces au cours de leur vie. L'équilibre affectivo-sexuel est menacé au regard d'une construction identitaire profonde elle-même mise à mal par la présence de carences et de traumatismes relationnels précoces dans l'anamnèse des enfants du groupe clinique. L'achoppement de l'intériorisation d'une figure symbolique maternelle féminine contenante et du paternel phallique viennent mettre à mal l'acceptation de la bisexualité de l'enfant et génère alors de grandes difficultés en ce qui concerne la construction d'une identité sexuelle chez les enfants du groupe clinique.

Concernant le conte des Métamorphoses, les résultats statistiques mettent en évidence une tendance à obtenir un seuil de significativité différenciateur entre les deux groupes. De ce fait, nous pouvons alors avancer que les enfants du groupe clinique ont parfois tendance à ne pas donner d'animaux correspondant à leur genre lors du moment de l'auto-transformation. Cela va dans le sens de notre précédent résultat concernant le conte du cadeau, où l'accès à une identité sexuée reste très compliqué à atteindre pour les enfants du groupe clinique, au regard de difficultés développementales en lien avec leur propre vécu. Une immaturité globale du fonctionnement psycho-affectif peut également se faire ressentir au regard de la présence de la déficience intellectuelle liée à un manque de stimulation lors de la petite enfance. Comment accéder à une représentation de soi sexuée lorsqu'on n'a pas été investi par ses propres figures parentales ? L'impact de la déficience intellectuelle et de l'immaturité du développement psycho-affectif consécutif à ce retard de fonctionnement vient mettre en évidence la difficulté pour ces enfants d'accéder à une identité sexuée et une construction sexuelle satisfaisante. En effet, au regard du retard intellectuel, nous observons généralement un décalage entre l'âge des enfants et leur développement psycho-affectif. Les enfants confrontés à un vécu traumatique lourd, parfois victime d'abus sexuels se retrouvent confrontés à des situations qu'ils ne peuvent gérer au regard de l'effraction du pare-excitation de leur immaturité de développement physiologique, ce qui amène généralement à une réactivation importante des traumatismes lors de leur entrée dans l'adolescent avec l'accès à une sexualité génitale.

Nous allons maintenant aborder la sphère de la dynamique transfero-contre-transférentielle des rencontres avec les enfants du groupe clinique. Mon activité de psychologue clinicienne au sein de l'institut médico-éducatif La Tour m'a permis d'accompagner ces enfants durant quatre années. Nous avons décidé de nous centrer sur une vision globale de l'accompagnement de ces enfants afin d'apporter les éléments nécessaires et pertinents à la compréhension des mécanismes et processus en jeu au sein de la relation thérapeutique entre l'enfant et la psychologue clinicienne.

II. Analyse de la dynamique transféro-contre-transférentielle

C'est en 1910 lors du congrès de Nuremberg que Freud introduira le concept de contre transfert. Ce concept s'est vu étoffé au fil des années avec les recherches des successeurs de Freud, mais également avec les apports théoriques en lien avec le concept d'identification projective. L'analyse du contre transfert constitue à l'heure actuelle un levier thérapeutique primordial dans la compréhension des propres vécus du psychologue clinicien à l'égard des sujets qu'il accompagne, notamment lorsqu'il est question du travail avec de jeunes enfants porteurs de déficience intellectuelle et ayant évolué dans un lourd contexte de traumatismes précoces.

Guignard et Houzel (1989) expliquent qu'en psychanalyse du jeune enfant, les mouvements contre transférentiels se retrouvent massivement amplifiés. En effet, ces mouvements impliquent de prendre en considération une pluralité d'éléments qui ne se retrouvent pas directement dans l'accompagnement psychologique et le suivi psychothérapeutique de sujets adultes, notamment l'immaturité globale du fonctionnement psychique de l'enfant, les individus de son entourage qui gravitent et évoluent autour de lui comme un système possédant des normes de fonctionnement bien précises mais également au l'accompagnement de l'enfant en lien avec ses parents et les enjeux parfois narcissiques dont l'enfant peut être porteur au regard de l'histoire familiale (De Vriendt-Goldman et Frisch-Desmarez, 2010). En effet, le psychologue clinicien se retrouve face à une complexité de mouvements contre-transférentiel dont il peut faire l'objet, pris dans les mouvements identificatoires des membres de la famille et de leur positionnement au sein de la dynamique de cette dernière. De Vriendt-Goldman et Frisch-Desmarez (2010) expliquent que « *la nature primaire de l'expression du tout jeune enfant* », notamment la place prépondérante du corps dans la communication demande une compréhension approfondie du fonctionnement psychique primaire impliquant de fait une capacité de régression à ses niveaux les plus archaïques. Nous pouvons alors citer Guignard et Houzel (1989) qui expliquent que « *Cette compréhension requiert que l'analyste ait un contact intense et constant avec son propre inconscient, en quête d'indices permettant de saisir les significations du jeu et des communications non verbales de l'enfant.* ». De fait, la dynamique contre-transférentielle se déployant dans les accompagnements d'enfant est très fortement colorée par cette dimension archaïque caractéristique du fonctionnement psychique de jeune sujet, venant s'entrechoquer de front avec le propre fonctionnement psychique du psychologue clinicien, envahissant alors l'espace transférentielle plus intensément que dans une situation impliquant un sujet adulte. Il semble primordial de les accueillir avec les manifestations

émotionnelles qu'ils peuvent engendrer, mais également de les analyser afin de les élaborer pour en tirer une meilleure compréhension de ce qui peut venir se (re)jouer au sein de la dynamique transféro-contre-transférentielle qui constitue, comme nous l'avons précisé précédemment, un outil très précieux dans le processus thérapeutique. Afin d'illustrer nos propos, nous avons choisi d'exposer deux situations cliniques d'accompagnement psychologiques d'enfants orientés à l'institut médico-éducatif dont j'étais la psychologue clinicienne. Ces suivis ont duré quatre années. Nous avons, de ce fait, choisi d'exposer une situation impliquant une dynamique transféro-contre-transférentielle de nature positive et une seconde impliquant des mouvements à valeur plus négative.

ψ Première vignette clinique : un exemple de contre-transfert positif avec Louisa, 7.7 ans.

Louisa, 7 ans a été orientée à l'institut médico-éducatif quelques années auparavant. Les difficultés scolaires ont été repérées par une institutrice de maternelle. Aucun psychologue n'était précédemment présent sur le poste que j'occupais et certains jeunes enfants présentaient de lourds troubles sans prise en charge thérapeutique possible. De ce fait, j'ai été sollicitée par l'équipe éducative pour rencontrer Louisa qui faisait preuve de mécanismes d'inhibition rigides de réactions de gel face aux difficultés et à la frustration et surtout, selon les éducatrices, qui « ne parvenait pas à dire ce qu'elle ressentait ». Je me dis, dans un premier temps, à l'intérieur de moi-même, qu'apparemment selon l'équipe éducative, ce sont les troubles qui définissent la commande thérapeutique et non plus le psychologue clinicien qui peut se manifester de lui-même. Le dossier de Louisa faisait mention d'attouchements sexuels de la part d'un oncle paternel, ce qui aurait engendré le placement en urgence de la petite fille en famille d'accueil.

De ce fait, je rencontre donc la jeune Louisa pour un premier entretien afin de faire le point sur les difficultés et de me faire ma propre analyse. La petite fille arrive très enthousiaste (briefée par les éducatrices dans un premier temps) à ma rencontre et me prend directement la main. C'est elle qui m'emmène à mon bureau pour faire notre entretien clinique. Une inversion des rôles dans la dynamique relationnelle est ici évidente, cette petite fille m'amenant sereinement à mon espace de travail alors qu'en temps normal, je possède plutôt cette fonction de réassurance face à de jeunes enfants très angoissés quant au fait de suivre un adulte qu'ils ne connaissent pas ou face à la réactivation d'affects dépressifs que peut générer la fonction du psychologue quant à son implication dans les mesures de signalement ou de placement en lien

avec les situations de maltraitance. Nous nous situons bien loin de cette dynamique avec Louisa. Malgré cette apparente décontraction de la part de cette petite fille, je ressentais comme un malaise en moi, comme si la décontraction de Louisa se voulait faire office de « poudre aux yeux ». Je me sentais étriquée dans mon propre corps, mal à l'aise sur ma chaise comme si le malaise que je ressentais était équivalent à ce que Louisa cherchait à me dissimuler concernant son histoire.

Au fur et à mesure des séances hebdomadaires, je compris rapidement que ce que la petite fille cherchait à mettre en place était en réalité une sorte de faux-self en train en pleine constitution au regard des droits d'hébergement chez son papa qui se passaient mal. Louisa dupliquait ce fonctionnement sécurisant auprès des professionnels de la structure en adoptant la fonction de « petite fille parfaite » avec ses longs cheveux blonds et ses grands yeux bleus. Lorsque je tentais de contourner ces mécanismes défensifs, la petite fille s'inhibait massivement et se roulait en boule entre mon bureau, mon armoire et moi-même dans une recherche désespérée de contenance, cherchant à pallier aux débordements pulsionnels générés par une incompréhension de ses propres émotions et un achoppement de l'activité symbolique. Louisa refusait également de dessiner lors des séances ou encore de jouer avec les personnages et les maisons mis à sa disposition. Tout semblait bloqué, à l'arrêt, en suspension. Je ressentais en moi-même une sorte d'impuissance face à ce mur que cet enfant dressait entre elle et moi. A force d'échanges et de discussions, Louisa est parvenue progressivement à investir l'espace psychothérapique et à révéler des faits d'inceste qui se déroulaient au domicile paternel lors des week-end d'hébergement. Après avoir expliqué à Louisa qu'il était important d'en parler, l'équipe éducative et moi-même avons fait partir un signalement à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes de notre secteur. Les droits de visite avec le père ont été suspendus, la fratrie a été placée en urgence pour ceux qui ne l'étaient pas encore. Louisa portait le poids des révélations face à ses frères et sœurs qui la tenaient pour responsable de cette rupture de lien.

Les rendez-vous des accompagnements psychologiques étaient très attendus par la petite fille, qui ne les loupait sous aucun prétexte, quitte à quitter une activité en cours (jardinage, cours de récréation). J'appréciais son investissement et son adhésion et j'étais impressionnée par cette envie d'avancer, cette pulsion de vie que développait cette petite fille au regard des derniers événements familiaux. A l'heure où j'écris ce paragraphe, j'ai toujours l'image d'une petite fille solaire, lumineuse dont la joie de vivre est communicative et dont les capacités de résilience constituent une leçon pour tous. Progressivement, l'activité symbolique s'est remis

en marche permettant l'accès à des capacités de mentalisation qui s'ouvraient : Louisa acceptait de dessiner des bonhommes sexués, l'entrée dans les jeux symboliques s'est fait progressivement, la petite fille parvenait à faire des histoires représentant des situations adaptées du quotidien. Fini de se prosterner entre l'armoire et le bureau, les émotions négatives étaient verbalisées, expliquées avec ses propres mots d'enfant sans qu'elle ait besoin d'être étayée par l'adulte. Seuls les moments de pleurs demandaient un étayage psychique et physique, que la petite fille demandait d'elle-même.

J'ai malheureusement quitté mon poste de psychologue clinicienne à l'institut médico-éducatif au regard de lourds problèmes institutionnels. Après quatre ans au sein de cette structure, j'ai choisi de me tourner vers d'autres horizons cliniques. Lorsque j'ai dû expliquer à Louisa l'arrêt de notre travail, la petite fille a été très triste, m'a gratifié d'un câlin et m'a expliqué que « *on allait se manquer* » et m'a offert un dessin pour signer la fin de notre partenariat thérapeutique. J'ai été moi-même très attristée de devoir arrêter ce suivi avec Louisa au bout de quatre ans d'accompagnement et de beaucoup d'orages traversés. C'est l'arrêt de suivi le plus marquant que je garde, au jour d'aujourd'hui, pour cette structure.

ψ *Seconde vignette clinique : un exemple de contre-transfert négatif avec Valérian, 8.5 ans.*

Valérian, 8 ans, a été orienté à l'institut médico-éducatif à ses 7 ans, les difficultés ont été repérées par une institutrice de CP.

Je rencontre Valérian pour la première fois sur demande (ou plutôt commande...) de l'équipe éducative. Comme pour Louisa, je suis toujours très étonnée de voir la place que peut prendre parfois certains éducateurs dans l'orientation thérapeutique de ces enfants. Heureusement que les confusions entre les professionnels ne sont pas l'apanage de tous. L'équipe éducative est très étonnée de l'arrivée de Valérian en institut médico-éducatif, « *ne comprennent pas ce qu'il fait là* » ; « *il sait faire plein de choses !* ». Après un temps d'observation sur le groupe éducatif et une prise de contact avec le Psychologue scolaire qui a effectué le bilan psychologique, je reçois Valérian pour un premier entretien afin de me faire ma propre analyse de la situation et de voir si proposer un suivi psychologique est adapté pour ce jeune garçon.

Valérian accepte ma proposition d'échange sans manifester d'opposition (ni d'enthousiasme d'ailleurs). Je me dis en moi-même que cela est plutôt positif et je me demande à quoi va ressembler la première rencontre avec ce jeune garçon « *qui sait faire plein de choses* ». Le premier entretien se passe globalement très bien, Valérian fait preuve d'inhibition lorsque je lui pose une question et je remarque qu'il cherche toujours à me donner la bonne réponse, ou tout du moins celle qui me satisfera le plus. Je m'interroge sur la formation d'un faux-self et me dis que j'explorerai cet axe lors du premier entretien avec les parents. Au fur et à mesure des séances, Valérian se sent plus à l'aise et se détend. La recherche de la bonne réponse est toujours très présente mais est doublée d'une tendance à me reprendre sur ce que je peux dire et sur le bienfondé de mes propos. Mon positionnement en tant « qu'adulte » est ici très clairement remis en question par un petit garçon de 8 ans. Ce suivi a duré trois ans, et a ponctué mon contre-transfert de mouvements d'humeur plus ou moins importants mais bien évidemment toujours contenus.

Le premier entretien famille est venu signer mon ressenti face à cette situation clinique. J'avais demandé aux deux parents d'être présents afin d'effectuer un entretien de prise de contact dans le but de réunir les éléments d'anamnèse de la famille et d'observer la dynamique familiale et les rapports entre Valérian et ses deux parents. Madame est venue seule au rendez-vous, expliquant que son conjoint devait garder leur petite fille (le petit frère de Valérian est scolarisé sur le dispositif de 3-6 ans de l'institut médico-éducatif). Je me demande, à l'intérieur de moi-même, si cela est la vérité ou si la maman de Valérian souhaitait venir seule à ce rendez-vous avec son fils. Je me pose alors la question de la place du conjoint dans cette dynamique mère-fils. Elle dit à peine bonjour à son fils, aucun geste tendre n'est présent, cela m'interpelle mais je le garde pour moi. Valérian s'installe à côté de sa maman, son regard fixé sur elle avec un grand sourire figé, comme s'il voulait enfin se faire remarquer pour avoir un bonjour et un geste tendre de la part de sa maman, mais cette dernière commença l'entretien sans attendre personne. J'étais assez étonnée de l'aplomb dont faisait preuve cette maman et de la manière dont elle prenait la main de l'entretien. D'un coup, je compris beaucoup mieux le fonctionnement de Valérian et sa tendance à me reprendre lorsque je disais quelque chose et à remettre en question mes paroles.

Madame cherchait à contrôler le déroulement de notre rencontre afin de me laisser le moins de marge de manœuvre possible, c'était d'ailleurs plutôt réussi. Je me sentais étriquée dans cette interaction, ces mécanismes de contrôle étaient étouffants mais également très agaçants. Après avoir effectué plusieurs mouvements de dégagement, je pu poser mes questions

et garantir le déroulement de l'entretien. Elle me parla alors un peu d'elle-même, de son vécu et de la place qu'on put avoir les travailleurs sociaux dans sa vie. Elle m'explique également ne pas accepter l'orientation en institution spécialisée de Valérian et pense que le Psychologue scolaire s'est trompé dans la passation de son bilan psychologique. Valérian tente vainement d'intervenir durant cet entretien mais Madame ne lui laisse pas de place, je dois venir solliciter directement le petit garçon pour qu'il puisse s'exprimer. Sa maman ne prend que très peu en considération ce qu'il peut évoquer, Valérian semble se décomposer au fur et à mesure de l'entretien, sa mère employant parfois des termes dévalorisants pour parler de son fils et rejetant toutes mes propositions. Elle sait ce qui est bon pour son fils et n'accepte aucune intervention de l'extérieur, elle contrôle les activités données par l'institutrice de notre structure et fait faire des devoirs supplémentaires à Valérian car l'intelligence est la clé de la réussite. Seul Madame sait. Face à ces propos, je me sens plutôt très agacée et je me demande pourquoi cette maman sollicite aussi régulièrement les éducatrices du groupe si elle sait tout mieux que les professionnels. Mes vécus contre-transférentiels sont très négatifs vis-à-vis de cette maman, je me sens enfermée, muselée face à tant de rejet et de rigidité. Valérian, quant à lui, regarde désormais ses pieds et n'essaie plus d'intervenir durant l'entretien malgré mes sollicitations. Cependant, je sens son regard venir s'accrocher au mien de manière implorante.

Durant ces trois années d'accompagnement psychologique, les parents de Valérian n'ont jamais réellement accepté l'orientation de leur fils en structure spécialisée. Les troubles de Valérian se sont rigidifiés au regard d'événements familiaux survenus durant l'accompagnement et face également à l'imperméabilité du fonctionnement familial face aux professionnels de la structure. Sur le groupe, Valérian n'hésitait pas à écraser ou à se moquer des enfants les plus en difficulté sur le plan intellectuel. La parole des adultes était continuellement mise en doute, Valérian adoptant le fonctionnement maternel de toute puissance dans le but de masquer d'importantes failles sur le plan narcissique. L'accompagnement de cet enfant a mobilisé de nombreux mouvements contre-transférentiels négatifs, malgré sa fragilité de fonctionnement et la souffrance que ces troubles venaient masquer. Je me trouvais régulièrement agacée par ce petit garçon qui pensait tout savoir et qui pouvait être méchant avec les autres enfants les plus fragiles. Des sentiments d'envahissement venaient ponctuer mes ressentis contre-transférentiels lors des séances d'accompagnement psychologique avec Valérian. Je ressentais également de la tristesse pour ce petit garçon pris dans un fonctionnement familial pervers et rabaissant. Autrement dit, les mouvements contre-transférentiels mobilisés dans ce suivi psychologique ont été riches en émotions négatives,

pouvant aller de l'agacement à la tristesse. La prise en compte de mes ressentis durant ces séances d'accompagnement, la compréhension et l'élaboration de ces derniers m'ont permis de garantir un positionnement thérapeutique neutre et bienveillant concernant Valérian. La prise en compte des mouvements transfero-contre-transférentiels et l'analyse de ces derniers permettent au psychologue clinicien de prendre conscience de ce que le sujet peut mobiliser chez lui et quels sont ses propres mouvements psychiques qui entrent en jeu durant la thérapie. Cela constitue un levier thérapeutique non négligeable pour parvenir à une co-construction entre le patient et le psychologue et ainsi d'avancer dans la thérapie.

L'accompagnement d'enfants est une pratique clinique particulière qui vient mobiliser un certain nombre d'éléments transférentiels tant pour le jeune sujet que pour le psychologue. Le mécanisme d'identification projective se déploie au sein même de la relation thérapeutique et nous venons alors y mettre nos propres objets internes précédemment intériorisés. La rencontre entre un enfant maltraité, ayant vécu des traumatismes précoces et évoluant parfois dans une dynamique familiale dysfonctionnelle entraîne la projection d'imagos parentales détériorées et abîmées par ces vécus traumatiques au sein de la dynamique thérapeutique. Le psychologue se doit de recevoir ces projections sans en être pour autant désorganisés. La configuration thérapeutique particulière qu'implique l'accompagnement de ces enfants carencés et traumatisés vient se jouer aux différents niveaux de fonctionnement psychique des protagonistes et convoquer alors l'archaïque au regard des expériences de pertes, de carences, d'abus ou de conflits divers qui vont venir colorer la dynamique transféro-contre-transférentielle des séances entre l'enfant et le psychologue clinicien. Dès l'instant où le thérapeute reconnaît et anticipe ressentir en lui-même cette déferlante émotionnelle des éléments transférés, il se place alors dans une position « suffisamment bonne » de réceptivité du matériel clinique apporté par le sujet seul ou avec ses parents et se met alors en état de « disponibilité psychique bienveillante » (De Vriendt-Goldman et Frisch-Desmarez, 2010).

Après l'explication et l'analyse de la dynamique transféro-contre-transférentielle en jeu dans mon métier de psychologue clinicienne, nous allons maintenant passer à la dernière partie de ce travail de thèse qui concerne la conclusion générale de notre travail.

CONCLUSION

I. Réflexion autour du double-positionnement sur cette recherche : entre recherche et pratique clinique.

La réflexion autour de mon double positionnement durant cette recherche doit ici être engagée et exposée au regard du déroulement d'un financement de thèse CIFRE et donc de la *double casquette* que cela engage.

L'obtention d'un financement de thèse de type CIFRE a pour objectif premier de venir s'articuler à la dynamique d'une institution en venant proposer des méthodes novatrices et/ou complémentaires aux missions et au projet d'établissement de cette dernière. Dans le cadre d'une recherche en psychologie clinique et psychopathologique, c'est la fonction de psychologue clinicien qui vient ici compléter la position du psychologue chercheur. En effet, un contrat CIFRE implique que le doctorant se retrouve salarié d'une institution. J'ai donc dû jongler entre mes missions de psychologues cliniciennes en termes d'accompagnements d'usagers, réunions d'équipe et production d'écrits en lien avec ma fiche de poste ; et mes missions de psychologue-chercheur venant effectuer le recueil de mes données sur l'institut médico-éducatif dans le but d'effectuer mon travail de doctorat au travers de la présente recherche. Nous pouvons alors citer Cornillot et Lebovici (1995) qui posaient la question de savoir si « *le chercheur sera-t-il enquêteur qui refusera en principe toute aide et toute relation avec ses sujets par respect des intérêts de la recherche, surtout quand elle se veut évaluative, ou restera-t-il soucieux des qualités de son écoute et dont les interactions entraînent peut-être des effets thérapeutiques susceptibles de modifier l'évolution naturelle d'un processus ?* ». La prise en compte du sujet dans sa singularité et porteur de son histoire de vie est à prendre en considération même lorsque nous effectuons une recherche car notre objet de recherche en psychologie clinique est « *un sujet singulier, parfois en grande souffrance, et que nous ne pouvons pas le réduire à un simple sujet d'étude* » (Theis, 2006). Ce double positionnement a permis d'approcher au plus près de l'organisation psychique des sujets constituant notre groupe clinique et notre groupe contrôle. Ces deux approches nous ont semblé complémentaires dans notre démarche en lien avec un financement de type CIFRE. Le psychologue clinicien en institution assure le suivi et l'accompagnement psychologique des usagers de l'institution en

lien avec sa famille et son environnement. La passation des tests projectifs et de l'échelle de mesure psychométrique (WISC-IV) est venue naturellement faire partie de ma boîte à outil du clinicien, qu'il soit ici chercheur ou salarié. La dimension psychothérapique apportée par l'accompagnement de ces enfants sur du long terme nous a permis d'explorer toute la dimension d'étayage et de consolidation d'une relation thérapeutique entre un patient et son thérapeute, richesse que nous n'avons pas pu approcher avec le groupe contrôle, dont les enfants qui le constituent ont uniquement été reçus dans le cadre des entretiens de recherche pour le recueil de données. Notre implication, tant sur le plan clinique qu'institutionnel, nous a permis une immersion primordiale et fondamentale dans la réalisation de notre recueil de donnée, notamment que « *Ces dernières ne seront en effet fidèles et valides que si elles reflètent la réalité de la dynamique interne du sujet en souffrance, ce qui nécessite précisément une relation de confiance et un transfert positif vis-à-vis du clinicien.* ». (Dollander et de Tychey, 1998 ; Theis, 2006).

Le terme de chercheur-praticien employé par Amandine Theis (2006) nous semble ici particulièrement adapté au regard de notre travail effectué sur la structure de l'institut médico-éducatif La Tour. Même si parfois cette double casquette de chercheur et de clinicien demande beaucoup d'organisation, nous ne pouvons mettre de côté la dimension éminemment enrichissante que cela représente sur le plan clinique. La vie institutionnelle demande parfois beaucoup de temps et d'implication au psychologue clinicien, mais réaliser ce travail de doctorat auprès des équipes éducatives de l'institution et de mes collègues thérapeutes a été un réel plaisir et source de nombreuses rencontres et échanges très enrichissants.

II. Critiques et réflexions méthodologiques

Nous arrivons maintenant au terme de ce travail de recherche. Il nous semble désormais nécessaire de nous atteler à un travail plus critique en ce qui concerne notre méthodologie de recherche et évoquer les biais et les limites de ce travail ainsi que les pistes de réflexion possibles à l'issue des résultats obtenus et de la réflexion que nous avons pu en tirer.

II.1. Biais et limites de la recherche.

Tout d'abord, nous tenons à formuler une critique en ce qui concerne l'homogénéité de nos deux échantillons qui constituent la recherche, notamment en ce qui concerne l'âge de ces

derniers. Nous avons choisi de travailler avec des enfants âgés de 6 à 14 ans. Nous remarquons que l'enfant le plus âgé de notre population est de 13.4 ans pour le groupe clinique. Nous ne sommes pas parvenus à travailler avec des enfants directement âgés de 14 ans pour les deux groupes constituant la recherche. Il aurait été intéressant de pouvoir inclure des sujets ayant 14 ans dans le groupe contrôle et dans le groupe clinique afin de pouvoir appariée nos échantillons sur le plan de l'âge.

Nous souhaitons également émettre une seconde critique sur le nombre de sujets qui constituent nos deux groupes de la recherche, au nombre de 20 pour chaque échantillon. En effet, ce nombre de sujets ne nous semble pas suffisamment important pour pouvoir généraliser nos résultats à la population étudiée. Cependant, comme nous l'avons précisé au cours de cette recherche, l'objectif de notre travail portait surtout sur le fait d'approcher et de circonscrire au plus près de la clinique les processus en jeu dans la pratique des traumatismes précoces en lien avec le champ de la déficience intellectuelle et quels étaient les conséquences sur l'organisation psychique de ces sujets. Afin de pouvoir étendre nos résultats à la population générale, il nous faudra remettre à l'épreuve nos hypothèses de recherche sur des échantillons de sujets plus importants.

Une autre limite de notre recherche concerne le test des Contes et le projet que nous avons avec l'artiste peintre dans l'objectif de crée des planches venant soutenir la production de mouvements projectifs en lien avec un stimulus visuel. En effet, les enfants déficients intellectuels ont parfois besoin de supports visuels, l'imaginaire étant parfois trop pauvre et les capacités de concentration trop fragiles pour venir sous-tendre leur réflexion à un niveau sensoriel uniquement verbal. Nous avons pu utiliser quelques planches jointes aux annexes de ce travail de thèse mais un manque de communication avec notre partenaire ne nous a pas permis d'obtenir la totalité des planches. Cet aspect pourrait être étudié dans un second travail de recherche ayant pour objectif l'approfondissement de ce sujet avec un matériel standardisé et complet.

II.2. Pistes de recherche possibles

Les résultats obtenus à la lumière de notre travail de recherche et des données récoltées nous permettent d'extraire des pistes de recherche possibles s'inscrivant dans la continuité de notre travail. En effet, nous avons pu observer le lien entre l'impact des carences affectives et

de traumatismes relationnels précoces sur les capacités de mentalisation et la formation des images parentales chez les enfants déficients intellectuels.

Bien qu'évoqué durant notre cadre théorique circonscrivant nos variables étudiées, nous postulons qu'il serait intéressant de mettre en lien la théorie de l'attachement avec la qualité des capacités de symbolisation et de mentalisation. En effet, nous avançons donc ici que les styles d'attachement précoces détermineraient la qualité des modèles internes opérants des enfants et donc la capacité des enfants à entrer en contact avec autrui et à créer des relations en fonction de leur type d'attachement.

Une autre piste de travail possible et complémentaire à notre présent travail serait la dimension longitudinale d'un recueil de données dans le but d'évaluer l'espace imaginaire. Autrement dit, évaluer l'espace imaginaire avant la mise en place d'un accompagnement psychologique, pendant le suivi et après nous apporterait davantage d'informations sur le développement des capacités de symbolisation chez les enfants constituant notre échantillon. Ayant accompagné les enfants du groupe clinique pendant plusieurs années sur l'institution, nous avons pu observer des différences, des progrès mais parfois des régressions, entre le début et la fin du suivi pluridisciplinaire. L'objectiver et le mesurer sur un échantillon plus important nous permettrait de généraliser nos résultats à la population.

II.3. Intérêts pour une perspective thérapeutique

Comme nous l'avons déjà expliqué précédemment dans notre conclusion à ce travail, notre recherche trouve son origine dans des interrogations d'ordre pratique que nous avons souhaité articuler à la théorie en formulant nos hypothèses de recherche qui ont conduit à ce travail de doctorat. Les travaux de Maurice Berger et d'Emmanuelle Bonneville-Baruchel nous ont permis d'amorcer des pistes de réflexions sur ce champ de la pratique clinique si particulier. Nous avons donc décidé d'allier pratique clinique en institution avec le déroulement d'un protocole de recherche venant s'inclure dans mes missions de psychologues clinicienne salariée d'une institution accueillant des enfants porteurs de déficience intellectuelle et ayant vécu des carences affectives et des traumatismes relationnels précoces. De ce fait, notre travail s'ancre dans une démarche théorico-pratique avec pistes de réflexions et d'actions thérapeutiques auprès d'enfants déficient intellectuels orientés en institut médico-éducatif. Les résultats obtenus permettent de mettre en lumière les mécanismes et les processus en jeu dans l'organisation psychique et le développement psycho-affectif de ces enfants à la lumière de leur problématique

en prenant en considération le handicap intellectuel et les mauvais traitements et carences affectives vécus.

Ces éléments de compréhension constituent des leviers d'intervention thérapeutiques non négligeables dans la compréhension et l'approche de ces enfants. En effet, nous avons pu observer l'importance de l'instauration d'un lien de confiance, c'est-à-dire d'une alliance thérapeutique, avec ces enfants dont les interactions précoces avec un objet d'amour primaire défaillant ne leur permettent que difficilement d'instaurer un lien sécurisé avec un adulte. Le versant qualitatif de cette recherche comprenant des interventions venant s'articuler au cœur de la pratique clinique et de la dimension psychothérapique de la prise en charge nous a permis d'observer à quel point la pathologie du lien pouvait être au cœur de notre travail et venir colorer la dynamique transférentielle en jeu dans la relation de soin et d'accompagnement. La théorie de l'attachement est un de nos socles privilégiés dans la compréhension de ces enfants. Comment instaurer une relation de soins dans un contexte d'attachement insécurisé et/ou désorganisé ? Comment le psychologue clinicien peut-il intervenir lorsque la déficience intellectuelle vient inhiber la compréhension des messages envoyés par l'environnement externe du sujet ? C'est à ces interrogations que ce travail de recherche tente de répondre en y incluant une dynamique pratique de la psychologie clinique et de la psychopathologie. Le caractère mouvant de la structuration psychique en construction d'un enfant constitue une difficulté non négligeable à prendre en compte dans l'accompagnement de ces enfants d'institut médico-éducatif ayant vécu des traumatismes et des carences affectives précoces. Durant ces quatre années où j'ai eu l'opportunité de travailler dans cette structure auprès de ces sujets, j'ai pu apprendre de nombreuses choses tant des usagers que des équipes éducatives qui la composent. Pour inscrire mon propos dans la continuité des travaux de Winnicott, la dimension pluridisciplinaire de l'accompagnement de ces enfants est une modalité principale à prendre en considération. Lorsque nous parlons de pluridisciplinarité, nous entendons ici le travail avec le versant tant éducatif, que pédagogique mais également familial et social si l'enfant est placé en famille d'accueil. La cohérence apportée par l'intervention des différents partenaires permet de rétablir ce sentiment de cohérence interne et de confiance qui fait cruellement défaut à ces enfants. L'intrication entre la réalité interne déposée lors des séances d'accompagnement psychologique et la réalité externe travaillée au travers de l'intervention interdisciplinaire nous permet d'apporter une contenance institutionnelle et psychothérapique à ces enfants au regard des événements qu'ils ont pu vivre et du travail très progressif d'intégration psychique à l'œuvre.

BIBLIOGRAPHIE

Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of clinical child psychology*, 24(1), 31-40.

Abraham, N., & Torok, M. (1987). Deuil ou mélancolie, introjecter-incorporer. *L'écorce et le noyau*, 257-275.

Abraham, N., & Torok, M. (1999). *Cryptonymie: le verbier de l'Homme aux loups* (Vol. 1). Flammarion.

Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child development*, 49-67

Albaret, J. M., & Chaix, Y. (2013). Mise au point sur les troubles des apprentissages. Entretiens de Bichat.

American Psychiatric Association APA. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e éd.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.

Andrews, G., Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Carpenter Jr, W. T., Hyman, S. E., Sachdev, P., & Pine, D. S. (2009). Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity.

Anzieu, D. (1974). Le moi-peau. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 9(19), 5-208.

Anzieu, D., & Séchaud, E. (1985). Le moi-peau.

Anzieu, D., Doron, J., & Houzel, D. (1987). Les enveloppes psychiques. Paris: Dunod.

Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A. M., Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142-5.

Aulagnier, P. (1981) « Contrat narcissique », dans *La violence de l'interprétation*, Paris, PUF, coll. « Le fil rouge », 1981, p. 182.

Balier, C. (2005). La psychanalyse et les agirs. *La violence en Abyeme*, 63-74.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226.

Baumeister, A. A. et Baumeister, A. A. (2000). «Mental retardation: Causes and effects», dans M. Hersen et R. T. Ammerman (dir.), *Advanced Abnormal Psychology*, Hillsdale NJ, Lawrence Erlbaum.

Bayle G., (2012), *Clivages. Moi et défenses*, Paris, PUF.

de Becker, E. (2007). Comment la maltraitance intrafamiliale se répète-t-elle?. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(4), 185-193.

de Becker, E., & Leurquin, F. (2010, December). L'impact des maltraitances physiques infantiles. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 168, No. 10, pp. 746-751). Elsevier Masson.

De Becker, E. (2012). De l'utilité de poser un diagnostic dans les situations de maltraitance d'enfants. *Acta psychiatrica belgica*, 112(1).

Beizmann, C. (1957). Perception et motivation des enfants dans un test de projection. *Enfance*, 10(5), 521-534.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 83-96.

Benarous, X., Consoli, A., Raffin, M., & Cohen, D. (2014). Abus, maltraitance et négligence: (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(5), 299-312.

Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase: A contribution to the libido theory. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 7(3), 389-417.

Benhaïm, M. (2010). Winnicott, l'Autre et la théorie de l'esprit / Winnicott, the Other and the theory of mind. In Vanier, C. (Ed.). *Winnicott avec Lacan*. Paris : Éditions Hermann.

Berger, M. (1990). *Des entretiens familiaux à la représentation de soi: la topique de la profondeur*.

Berger, M., & Ferrant, A. (2003). Le travail psychanalytique dans la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51(4), 212-222.

Berger, M. (2006). *Les troubles du développement cognitif*. Dunod,.

Berger, M. (2013). *L'enfant instable-3e édition: Approche clinique et thérapeutique*. Dunod.

Berger, M. (2013). *Voulons-nous des enfants barbares?: prévenir et traiter la violence extrême*. Dunod.

Bergeret, J. (1991). *Communication personnelle*

Bergeret, J. (1992). *La Dépression et les États-Limites*. Paris: Payot. *Science de l'homme*.

Binet, A., & Simon, T. (1907). *Les enfants anormaux: guide pour l'admission des enfants anormaux dans les classes de perfectionnement*. Colin.

Bion In *Aux sources de l'expérience* (1962), Paris, PUF, 1979.

Bion, W. R. (1964). Théorie de la pensée. *Revue française de psychanalyse*, 28(1), 75-84.

Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique: historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives psy*, 49(4), 317-326.

Blanchet, A., & Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes. L'entretien*.

Boekholt, M. (2003). *Épreuves thématiques en clinique infantile: approche psychanalytique*. Dunod.

Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, vol. 66(3), 745-757. doi:10.3917/rfp.663.0745

Bokanowski, T. (2010). Un traumatisme dans l'histoire de la psychanalyse qui fait «après-coup» dans l'épistémologie des concepts psychanalytiques: Sándor Ferenczi. *Revue française de psychanalyse*, 73(5), 1531-1538.

Bonneville, E. (2010). Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 53(1), 31-70.

Bonneville-Baruchel, E. (2015). 3. Les traumatismes relationnels précoces. *La vie de l'enfant*, 53-96.

Bouvet, C., & Coulet, A. (2015). Relaxation therapy and anxiety, self-esteem, and emotional regulation among adults with intellectual disabilities: A randomized controlled trial. *Journal of Intellectual Disabilities*, pii: 1744629515605942. [Epub ahead of print]

Bowlby, J., Robertson, J., & Rosenbluth, D. (1952). A two-year-old goes to hospital. *The psychoanalytic study of the child*, 7(1), 82-94.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss v. 3 (Vol. 1). *Random House*. Furman, W., & Buhrmester, D. (2009). *Methods and measures: The network of relationships inventory: Behavioral systems version*. *International Journal of Behavioral Development*, 33, 470-478.

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. II: separation, anxiety and anger, London. *Tavistock*. Trad. fr.: *La séparation, angoisse et colère*, Paris, PUF.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3: Loss*. Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Bowlby, J. (1989). La théorie de l'attachement. *Psychopathologie du bébé*, 165-170.

Brewin, C. R., & Patel, T. (2010). Auditory pseudohallucinations in United Kingdom was veterans and civilians with posttraumatic stress disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.

Brusset, B. (2015). *Psychanalyse du lien: les relations d'objet*. Presses universitaires de France.

Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., & Fürniss, T. (2006). Preventing child maltreatment. *A guide to taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization.

Bydlowski, M., & Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le carnet psy*, (3), 30-33.

Carlin, M. T., Soraci, S., Goldman, A. L. et McIlvane, W. (1995). «Visual search in unidimensional arrays: A comparison between subjects with and without mental retardation», *Intelligence*, 21, p. 175-196.

Caron, T. (2014). Carences parentales précoces et états limites. *Enfances & Psy*, (4), 179-189.

Cassiers, (1968). *Le psychopathe délinquant*. Bruxelles : Dessart

CFTMEA (2002), Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent - R 2000 – sous la direction de R. Mises et du Dr N. Quemada, Vanves, 4ème édition du CTNERHI, diffusion PUF.

Chabert, C.(1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris : Dunod, 1998. p. 30.

Chagnon, J. Y., & De Lara, A. C. (2012). *Les pathologies de l'agir chez l'enfant: approche clinique et projective*. Dunod.

Chamy, N., & De Vericourt, N. (1990). Les objets et phénomènes transitionnels. *Penser, parler, représenter. Emergences chez l'enfant*, 83-89.

Ciccone, A. (2012). *La transmission psychique inconsciente-2e ed.: Identification projective et fantasme de transmission*. Dunod.

Chouvier, B. (1997). La capacité symbolique originaire. *Projection et symbolisation chez l'enfant*, 15-25.

Chouvier, M. B., & Roussillon, R. (2008). *Corps, acte et symbolisation: psychanalyse aux frontières*. De Boeck Supérieur.

Ciccone, A. (2013). *L'observation clinique*. Dunod.

Ciccone, A. (2014). Transmission psychique et parentalité. *Revue Cliopsy*, 11, 17-38.

Ciccone, A., & Ferrant, A. (2016). La parentalité soignante. *Violences dans la parentalité, Paris, Dunod*, 9-25.

Claudon, P., & Moyano, O. (2003). La dyschronie chez l'enfant: une étude clinique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51(6), 336-343.

Comte de Maistre, J. M. (1861). *Correspondance diplomatique de Joseph de Maistre, 1811-1817* (Vol. 1). Michel Lévy frères.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma. *Psychiatric annals*, 35(5), 390-398.

Cornillot, P. & Lebovici, S. « Préface ». Paris : PUF, 1995. p. X.

Côté, V., Couture, C., & Lippé, S. (2016). Fonctionnement de l'enfant qui présente une déficience intellectuelle et pistes d'interventions. *Revue québécoise de psychologie*, 37(2), 121-140.

Courbois, Y. (2006). Quelques éléments pour comprendre l'approche cognitive de la déficience intellectuelle. H. Gascon, JR. Poulin, JJ. Detraux, D. Boisvert & Haelewyck, MC., *Déficience intellectuelle : savoir et perspective d'action*, 2, 205-219.

Coutanceau, R., & Smith, J. (2011). *Violence et famille : comprendre pour prévenir*. Dunod.

Debray, R. (1996). *Clinique de l'expression somatique: psychanalyse des liens psyché-soma*. Delachaux et Niestlé.

Debray, R. (2001). *Épître à ceux qui somatisent*. Presses universitaires de France.

Devault, A., Milcent, M. P., Ouellet, F., Laurin, I., Jauron, M., & Lacharité, C. (2007). Trajectoires de vie de jeunes pères en contexte de vulnérabilité: le modèle de Belsky (1984) révisité. *La revue internationale de l'éducation familiale*, (1), 71-98.

Diatkine, R. (1987). Les Fonctions tendant la satisfaction des besoins primaires. *Psychologie*.

Dollander, M., de Tychev C.. « Travail de deuil et recherche clinique : considérations éthiques ». Paris : EAP, 1998. p. 395.

Doron, R., & Parot, F. (1993). *Dictionnaire de psychologie*.

Eiguer, A. (1983). *Un divan pour la famille: du modèle groupal à la thérapie familiale psychanalytique*. le Centurion.

Eiguer, A. (1986). Les représentations transgénérationnelles et leurs effets sur le transfert dans la thérapie familiale. *Gruppo*, 2, 55-72.

Eiguer, A. (1987). *La parenté fantasmatique: transfert et contre-transfert en thérapie familiale psychanalytique*. Bordas.

Emmanuelli, M. (2007). « Le processus de création sous l'éclairage projectif », *Le Carnet PSY*, n° 118, 5, p. 38-43.

Esquirol, É. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* (Vol. 1). chez JB Baillière

Ferenczi, S. (1923). Le rêve du nourrisson savant. *Psychanalyse III*, 203.

Ferenczi, S. (1932). Confusion de langues entre les adultes et l'enfant, *Psychanalyse IV*.

Fiasse, C., & Nader-Grosbois, N. (2011). Concept de soi d'enfants ayant une déficience intellectuelle d'âge développemental préscolaire. *Revue francophone de la Déficience Intellectuelle*, 22, 26-39. *

Finkelhor, D. (2008). *Childhood victimization: Violence, crime, and abuse in the lives of young people*. oxford university Press.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant mental health journal*, 12(3), 201-218.

Fonagy, P. (2004). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Erès.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Dev Psychopathol*, 9(4), 679-700.

Ford, J. D., Stockton, P., Kaltman, S., & Green, B. L. (2006). Disorders of extreme stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(11), 1399-1416.

Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*, 13-30.

Freud, S. (1911). Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques. *Résultats, idées, problèmes*, 1, 135-143

Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. *Essais de psychanalyse*, 7-42.

Freud, S. (1926). Inhibition, symptôme et angoisse, trad. J. Doron et.

Freud, S. (1939). L'homme Moïse, ocf. p, xx. *Paris, puf*.

Freud A. (1968), Le normal et le pathologique chez l'enfant, trad. Fr., Widlöcher D., Paris, Gallimard.

Freud, S., & Breuer, J. (1985). Etudes sur l'hystérie, GW, I, 99-312. *SE, II*, 21-305.

Freud, S. (1995). Pour introduire le narcissisme (1914). *La Vie sexuelle*. Paris: PUF, p. 81-105.

Freud, S. (2015). *Abrégé de psychanalyse, 1938*. L'Herne.

Friedrich WN, Psychological assesment of sexually abused children and their families. Thousand Oaks ; CA ; Sage Publications ; 2002.

Gaudriault, P., & Baroth, J. (1990, July). La représentation d'objet dans le Rorschach.

Gauthier, J. M. (1999). *Le corps de l'enfant psychotique*. Dunod.

Gibello, B. (2009). *L'enfant à l'intelligence troublée*. Dunod.

Golse, B. (1999). *Du corps à la pensée*. Presses universitaires de France.

Golse, B. (2012). Le bébé et les figurations corporelles présymboliques. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(1), 109-124.

Guignard, F., & Houzel, D. (1989). Technique et contre-transfert en psychanalyse d'enfants. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 6, 19-46.

Guignard, F. (2001). Le couple mentalisation/démentalisation, un «concept de troisième type». *Revue française de psychosomatique*, (2), 115-135.

Gustav, J. C. (1911). *Métamorphoses de l'âme et ses symboles*. Genève, Georg.

Harris, P. L. (2007). *L'imagination chez l'enfant*. Retz.

Henni-Juillard, A., & Mazoyer, A. V. (2014). Expression de la mentalisation et de l'imaginaire chez l'enfant victime d'un trauma. *Enfances & Psy*, (2), 145-155.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391.

Hopkins, J. (1992). Echec du «holding». Quelques effets du rejet physique sur l'attachement de l'enfant et sur son expérience interne. *Devenir (Genève. 1989)*, 4(4), 49-67.

Houzel, D. (1985). Le monde tourbillonnaire de l'autisme. *Lieux de l'enfance*, 3(1985), 169-183.

Houzel, D. (2002). IV—Les enjeux de la parentalité (pp. 61-70). Presses Universitaires de France.

Ide, N., & Paez, A. (2000). Complex PTSD: A review of current issues. *International journal of emergency mental health*.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, (3), 23-34.

Inhelder, B. (1943). Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux.

Jarrold, C., Nadel, L., & Vicari, S. (2008). Memory and neuropsychology in Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 68-73. doi:10.3104/reviews.2068

Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris: Presses universitaires de France.

Juéry, C. (2019). Impacts du style d'attachement et du type de soutien social sur les symptômes de stress post-traumatique et le fonctionnement global chez des Canadiens-français aux prises avec un TSPT (Doctoral dissertation, Université du Québec en Outaouais).

Juhel, J. C. (1997). *Favoriser le développement de l'enfant: psychomotricité et action éducative*. Presses de l'Université Laval *Chronique sociale*.

Juhel, J. C. (2000). *La déficience intellectuelle: connaître, comprendre, intervenir*. Presses Université Laval.

Jung, C. G. (1927). *Métamorphoses et symboles de la libido*. Éditions Montaigne.

Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M., & Baranes, J. J. (1993). Transmission de la vie psychique entre générations. In *Transmission de la vie psychique entre générations* (pp. 208-p).

Keren M. Traumatisme précoce et jeune enfant : aspects cliniques et psychopathologiques. Montréal: Sainte Justine; 2005. Kerns, K. A., Eso, K., & Thomson, J. (1999) Investigation of a direct intervention for improving attention in young children with ADHD. *Developmental Neuropsychology*, 16(2), 273-295. doi: 10.1207/S15326942DN1602_9

Kisiel, C. L., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1034-1039.

Klein, M. (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. *Développements de la psychanalyse*, 274-300.

Ko, S. J., Ford, J. D., Kassam-Adams, N., Berkowitz, S. J., Wilson, C., Wong, M., ... & Layne, C. M. (2008). Creating trauma-informed systems: child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 396.

Krings-George, A. (2013). *Etat de Stress Posttraumatique (ESPT) suite à l'accouchement: nouvelles recherches et évaluation de la prise en charge avec la psychothérapie EMDR (Eye Movement desensibilisation and Reprocessing)* (Doctoral dissertation, Université de Lorraine).

Lafranchi, S. et ses collaborateurs (2010). Executive function in adolescents with Down Syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(4), 308-319.

Lamour, M., & Barraco, M. (1998). *Souffrances autour du berceau: des émotions au soin*. Gaëtan Morin.

Laplanche, J., Pontalis, J. B., & Lagache, D. (1967). Vocabulaire de la psychanalyse. In *Vocabulaire de la psychanalyse* (pp. 525-p).

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1976). Vocabulaire de la Psychanalyse. 5e édition revue. Paris: *Presse Universitaires de France*.

Lau, A. S., Leeb, R. T., English, D., Graham, J. C., Briggs, E. C., Brody, K. E., & Marshall, J. M. (2005). What's in a name? A comparison of methods for classifying predominant type of maltreatment. *Child abuse & neglect*, 29(5), 533-551.

Leclaire, S. (1975). *Psychanalyser: un essai sur l'ordre de l'inconscient et la pratique de la lettre* (Vol. 61). Contemporary French Fiction.

Lincoln, Y. S. (1995). Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative inquiry*, 1(3), 275-289.

Lozano, R., Rosero, C. A., & Hagerman, R. J. (2014). Fragile X spectrum disorders. *Intractable & Rare Diseases Research*, 3(4), 134-136. doi : 10.5582/irdr.2014.01022

Maes, J. C. (2015). Sujet de quête et quête identitaire. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (1), 141-153.

Manin, S. (2009). Psychopathologie et intégration scolaire: de l'évaluation des compétences cognitives à l'accompagnement thérapeutique (Doctoral dissertation).

McGillivray, J. A., McCabe, M. P., & Kershaw, M. M. (2008). Depression in people with intellectual disability: An evaluation of a staff-administered treatment program. *Research in Developmental Disabilities*, 29(6), 524-536

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern.

Manin, S. (2009). *Psychopathologie et intégration scolaire: de l'évaluation des compétences cognitives à l'accompagnement thérapeutique* (Doctoral dissertation).

Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique: les mouvements individuels de vie et de mort* (Vol. 2). Paris: Payot.

Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Les Laboratoires Delagrangé.

Mazet, P., & Stoleru, S. (1993). Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant (Psychopathology of the infant and young child).

Miller, W. R., & Seligman, M. E. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of abnormal psychology*, 84(3), 228.

Misès, R., & Barande, I. (1963). Les états déficitaires dysharmoniques graves. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 6(1), 1.

Misès, R., & Perron-Borelli, M. (1971). Essai d'approche psychopathologique de la déficience intellectuelle. Les déficits dysharmoniques. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 14(2), 341

Misès, R., & Lebovici, S. (1975). *L'enfant déficient mental: approche dynamique*. Presses universitaires de France.

Mises R. (1977), "La place des dysharmonies évolutives de l'enfant", *L'information psychiatrique*, 53, 9, p. 1007-101

Mises R., Perron R., Salbreux R., (1992), "Arriérations et déficits mentales", *Encycl. Med. Chirurg., Psychiatrie*, 37-219-M-20, Paris, Editions Techniques.

Misès, R. (1999). *Les pathologies limites de l'enfance*. Paris: Puf, 11-51.

Misès, R., Quemada, N., Botbol, M., Bursztejn, C., Durand, B., Garrabé, J., ... & Thevenot, J. P. (2000). *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent-R (CFTMEA-R)*. 2002. Paris, CTNERHI.

Misès M. (2001). L'exclusion de la psychopathologie. À leur tour les enfants dyslexiques. *La Lettre de psychiatrie française* 2001;109:1-2

Misès, R. (2002). Troubles de l'apprentissage scolaire et psychopathologie. *Journal français de psychiatrie*, (1), 6-8.

Misès, R. (2004). 78. Les pathologies limites de l'enfance. In *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (Vol. 2, pp. 1347-1362). Presses Universitaires de France.

Mottet-Boly, M. L., & Husquinet, A. (1974). Contribution à l'étude du Rorschach chez l'enfant de sept ans. *Psychologie clinique et projective*, 28(1), 41-54.

Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Armand Colin.

Munir, F., Cornish, K. M., & Wilding, J. (2000). Nature of the working memory deficit in fragile X syndrome. *Brain and Cognition*, 44, 387-401.

Neyrand, G. (2007). La parentalité comme dispositif. Mise en perspective des rapports familiaux et de la filiation. *Recherches familiales*, (1), 71-88.

Nijenhuis, E., Van der Hart, Onno R., Steele, K., De Soir, E., & Matthes, H. (2006). Dissociation structurelle de la personnalité et trauma. *Revue francophone du stress et du trauma*, 6(3), 125-139.

Oakes, J. M. et Rossi, P. H. (2003). The measurement of SES in health research : current practice and steps toward a new approach. *Social Science et Medicine*, 56, 769-784.

Pedinielli, J. L. (2012). Introduction à la psychologie clinique. Armand Colin.

Pedinielli, J. L., & Mariage, A. (2015). *Psychopathologie du traumatisme*. Armand Colin.

Perry-Jenkins, M., & Claxton, A. (2011). The transition to parenthood and the reasons “Momma ain't happy”. *Journal of Marriage and Family*, 73(1), 23-28.

Piaget, J. (1960). *The general problems of the psychobiological development of the child*.

Piaget, J. (1977). La naissance de l'intelligence chez l'enfant (Vol. 370). Paris: Delachaux et Niestlé.

Picoche, J., (1992). Dictionnaire étymologique du français. *Paris: Dictionnaires le Robert*.

Racamier, P. C. (1986). Entre agonie psychique, déni psychotique et perversion narcissique. *Revue française de psychanalyse*, 50(5), 1299-1309.

Ravenel, A. (2019). De la délinquance à la désistance : influence des facteurs individuels liés à l'adolescence et de l'environnement social et familial dans le processus de la délinquance juvénile. Mémoire de Master, Université de Lorraine.

Richelle, J., Debroux, P., De Noose, L., Malempré, M., & Migeal, C. (2017). Manuel du test de Rorschach. De Boeck Supérieur.

Rieser, J. J., Guth, D. A. et Weatherford, D. L. (1987). «Mentally retarded and nonretarded adult's sensitivity to spatial structure», *American Journal of Mental Deficiency*, 91, p. 379-391.

Spitz, H. H. et Borys, S. V. (1984). «Depth of search: How far can the retarded search troug

Rioux, A. F. (2013). Imagos parentales et idéaux des enseignants. *Connexions*, (1), 141-152.

Roisin, J., Maes, J. C., Arnoux, D., Darchis, E., Bayle, G., Brusset, B., ... & Kaës, R. (2015). *Sous le signe du clivage*. Dunod.

Roman, P. (1997). Troubles somatiques et catastrophes de symbolisation. *Psychologie clinique et projective*, 3(1), 75-87.

Roman, P. (2001). Des enveloppes psychiques aux enveloppes projectives: travail de la symbolisation et paradoxe de la négativité. *Psychologie clinique et projective*, (1), 71-84.

Roman, P. (2015). Le Rorschach en clinique de l'enfant et de l'adolescent. Approche psychanalytique: Repères théoriques, méthodologie, illustrations cliniques. Dunod.

Roques, J. (2016). *L'EMDR: «Que sais-je?» n° 4034*. Que sais-je.

Roskam, I., Galdiolo, S., Meunier, J. C., & Stiévenart, M. (2015). *Psychologie de la parentalité: Modèles théoriques et concepts fondamentaux*.

Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 10(4), 539-555.

Rothbart, M.K., & Bates, J.E. (2006). Temperament. In W.Damon, R.Lerner & N.Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology (6th ed.) : Vol.3 Social, emotional, and personality development* (pp.99-106). John Wiley & Sons Inc, Hoboken, NJ.

Roussillon, R. (1997). Activité projective et symbolisation. Roman P., *Projection et symbolisation chez l'enfant*, Lyon, PUL, 27-36.

Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Presses universitaires de France.

Roussillon, R. (1999). Symbolisation primaire et identité. *Agonie, clivage et symbolisation*, 218.

Roussillon, R. (2015). Un processus sans sujet. *Le carnet psy*, (4), 31-35.

Royer, J. (1975). Exploration de l'affectivité de l'enfant à l'aide d'une méthode d'histoires à compléter : le test des contes (Thèse de Doctorat, Nice).

Royer, J. (1978). *Le test des contes*.

Rowe, J., Lavender, A., & Turk, V. (2006) Cognitive executive function in Down's syndrome. *The British Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 5-17.

Salbreux, R., & Misès, R. (2005). La notion de déficience intellectuelle et ses applications pratiques. *Contraste*, (1), 23-47

Sami-Ali, M. (1984). *Le visuel et le tactile: essai sur la psychose et l'allergie*. Dunod.

Sami-Ali, M. (1987). *Penser le somatique: imaginaire et pathologie*. Dunod.

.

Saulus, G. (2008). Modèle structural du polyhandicap, ou: comment le polyhandicap vient-il aux enfants?. *La psychiatrie de l'enfant*, 51(1), 153-191.

Schuchardt, K., Maehler, C., & Hasselhorn, M. (2011). Functional deficits in phonological working memory in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1934-1940.

Sechaud, E. (2001). La double nature du clivage. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, (2), 109-113.

Smadja, C. (2001). Clinique d'un état de démentalisation. *Revue française de psychosomatique*, (1), 11-27.

Solomon, E. P., & Heide, K. M. (1999). Type III trauma: Toward a more effective conceptualization of psychological trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(2), 202-210.

Soulé M. (1958). La carence de soins maternels dans l'enfance.-La frustration précoce et ses effets cliniques. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 1(2), 523.

Spinazzola, J., Ford, J.D., Zucker, M., van der Kolk, B., Silva, S., & Smith, S.F. et al. (2005). Survey evaluates complex trauma exposure, outcome, and intervention among children and adolescents. *Psychiatry Annals*, 35,433- 439.

Spitz, R. A. (1949). Hospitalisme: Une Enquête sur la genèse des états psychopathiques de la première enfance1. *Revue française de psychanalyse*, 13(3), 397-425.

Spitz, R. A., Cobliner, W. G., Flournoy, L., & Freud, A. (1968). *De la naissance à la parole: la première année de la vie*. Presses universitaires de France.

Stern, D. N., & Lazartigues, A. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson: une perspective psychanalytique et développementale*. Presses univ. de France.

Stoleru, S. (1995). Le couple et le projet d'enfant: l'étape initiale du passage à la parentalité. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 43(4-5), 164-170.

Stern, W. (1911). The supernormal child. *Journal of Educational Psychology*, 2(3), 143.

Stern, D. (2000). Accordage affectif. D. Houzel, M. Emmanuelli et F. Moggio (Éds), *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant*. Paris: PUF.

Taylor, J. L., Novaco, R. W., Gillmer, B., & Thorne, I. (2002). Cognitive-behavioural treatment of anger intensity among offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(2), 151-165.

Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., & Navalta, C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics*, 25(2), 397-426.

Terr, L. C. (1991). Acute responses to external events and posttraumatic stress disorders.

Terr, L. C. (2011). *Working with children to heal interpersonal trauma: The power of play*. E. Gil (Ed.). Guilford Press.

Theis, A. (2006). *Approche psychodynamique de la résilience: étude clinique projective comparée d'enfants ayant été victimes de maltraitance familiale et placés en famille d'accueil* (Doctoral dissertation).

Touvenot, V. (2000). *Approche psychodynamique de la mort subite du nourrisson et des ma-laises inopinés: évaluation clinique comparative* (Doctoral dissertation).

De Traubenberg, N. R., & Boizou, M. F. (1977). *Le Rorschach en clinique infantile: l'imaginaire et le réel chez l'enfant*. Dunod.

De Traubenberg, N. R. (1990). *La pratique du Rorschach* (Vol. 42). Presses universitaires de France.

de Tychey, C., Gicquel, A., Marchal, C., & Perrin, C. (1992). Conditions de naissance, mémoire précoce et image de soi: approche à l'aide du test des contes. *Psychologie médicale*, 24(11), 1163-1172.

Tychey (de) C., Rebourg C., Vivot M. Etudes comparées des conceptions de l'imaginaire et de la mentalisation : réflexions sur leur opérationnalisation au test de Rorschach, *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langues Française*, 35, 1992, 45-66.

Tychey (de), C., Diwo, R., & Dollander, M. (2000). La mentalisation: approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 53(448), 469-480.

de Tychey, C. (2001). Surmonter l'adversité: les fondements dynamiques de la résilience. *Cahiers de psychologie clinique*, (1), 49-68.

De Tychey, C. (2010). Test des contes et clinique infantile. *Paris: In Press Editions*.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2010). Le soi hanté. De Boeck, Bruxelles.

Van der Hart O., Steele, K., Nijenhuis, E., & de Soir, E. (2009). Souvenirs traumatiques: Leur traitement selon le modèle de la dissociation structurelle de la personnalité. *Revue francophone du stress et du trauma*, 9(2), 81-92.

Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 389-399.

De Vriendt-Goldman, C., & Frisch-Desmarez, C. (2010). Le contre-transfert, outil thérapeutique fondamental des psychothérapies conjointes parents-bébé. *Revue Belge de Psychanalyse*, 57(2), 83-109.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993, October). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In *annual convention of the international society for traumatic stress studies, San Antonio, TX* (Vol. 462).

Weyl, D., & Benhaïm, M. (2015). Version contemporaine de l'object-presenting. *Recherches en psychanalyse*, (1), 13-22.

Willner, P., Rose, J., Jahoda, A., Stenfert Kroese, B., Felce, D., MacMahon, P., ... Hood, K. (2013). A cluster randomised controlled trial of a manualised cognitive behavioural anger management intervention delivered by supervised lay therapists to people with intellectual disabilities. *Health Technology Assessment*, 17(21), 1-173. doi: 10.3310/hta17210

Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. De la pédiatrie à la psychanalyse, 1969, 285.

Winnicott, D.W. (1962) Processus de maturation chez l'enfant. Payot :Paris.

Winnicott, D.W. (1969). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels (1951). De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, p. 169-186.

Winnicott, D. W. (1971). Le corps et le self. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 3, 37-48.

Winnicott, D. W. (1974). Fear of breakdown. *International Review of Psycho-Analysis*, 1, 103-107.

Winnicott D.W.(1975) La crainte de l'effondrement. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1975, 11. p. 35-44

Winnicott, D. W. (1989). *Holding and interpretation: Fragment of an analysis* (No. 115). Grove Press.

Winnicott, D. W. (2004). Agressivité, culpabilité et réparation (1960). *Payot, «Petite Bibliothèque Payot*.

Zabci, N., Ikiz, T., Kayaalp, L., & Baudin, M. (2005). Étude sur les particularités de l'organisation psychique de l'enfant instable à travers le test de Rorschach. *Bulletin de psychologie*, (5), 513-520

Zazzo, R. (1969). «La débilité en question», Dans R. Zazzo (dir.), *Les débilités mentales*. Paris: A. Colin.

RESUME DE LA THESE

La présente recherche porte sur l'impact des carences affectives et des traumatismes relationnels précoces sur les capacités de mentalisation et la formation des imagos parentales chez l'enfant déficient intellectuel. Cette thèse CIFRE, a permis l'articulation entre recherche et pratique, du fait de mon travail de psychologue clinicienne en institut médico-éducatif.

Sur le plan méthodologique, nous avons comparé 20 enfants déficients intellectuels orientés en institut médico-éducatif et 20 enfants « tout-venants » scolarisés en école ordinaire, âgés de 6 à 14 ans. Nous avons combiné une approche qualitative à partir des accompagnements psychologiques dans le cadre de mon travail de psychologue clinicienne et approche quantitative avec les traitements statistiques comparatifs de nos données. Nous avons choisi d'utiliser un test psychométrique (WISC-IV) ainsi que deux tests projectifs : le Rorschach et le Test des Contes. Les principaux résultats mettent en évidence un impact important des carences et des traumatismes affectifs précoces sur les capacités de mentalisation et la formation des images parentales. Nous avons pu également observer que les enfants du groupe clinique ont plus tendance à manifester des fragilités en lien avec la construction d'une identité sexuée et sexuelle que les enfants du groupe contrôle. Ils suggèrent l'intérêt d'un ancrage théorico-pratique dans l'accompagnement et la prise en charge de ces enfants porteurs de handicap, dont le fonctionnement psychique est cadencé par la présence de traumatisme.

Mots-clés : déficience intellectuelle, traumatisme, carences précoces, mentalisation, imagos parentales.

SUMMARY

The present work focus on the impact of emotional deficiencies and early relational traumas on mentalization processes and parental imagos formation abilities of intellectually impaired children. This Ph.D thesis was funded by a CIFRE grant, allowing for a synergic interplay between my work within the INTERPSY research unit, and my work as a clinical psychologist in a medico-educational institute

From a method point, we have compared 20 children, aged 6 to 14 years with intellectual disabilities to children scholarized in regular schools. We have chosen to explore this research topic through both a qualitative and quantitative angle, by combining the psychological accompaniments within the framework of my work as a clinical psychologist, with the detailed statistical analysis of our data. On a technical level, we have opted for the complementary use of a psychometric test (WISC-IV) as well as two projective tests : the Rorschach and the the Tales'test. Our results show a significant impact of early relational traumas and emotionnal deficiencies on mentalization and parental imagos formation abilities. In addition, our observations show that children belonging to the clinical group are more likely to exhibit fragilities related to the construction of a gender and sexual identity than children belonging to the control group. Results allow us to highlight the processes and mechanisms involved in the psychological construction of intellectually impaired children who have experienced emotional deficits and early relational traumas. This research work also allows us to understand in which way the construction of intellectually impaired children can be altered by psychic traumas experienced and what are the impacts on the psycho-affective development of the latter.

Keywords: intellectual deficiency, psychic traumas, early emotional deficiencies, mentalization, parental imagos