

Quelles fins pour l'analyse d'enfants?

florence bégoin-guignard

À la suite de réflexions suscitées par des journées d'études, l'auteure examine les multiples facettes de la terminaison d'une psychanalyse d'enfant. Elle questionne d'abord différents aspects de l'interruption prématurée de la cure d'enfants, puis interroge le quand, comment, pourquoi de la fin de traitement dans quatre figures de cas.

Le thème de cet article a été suggéré par une participante aux Journées d'études de l'Association pour la Psychanalyse de l'Enfant (APE), dont Annie LANZIEU est la présidente et moi-même la vice-présidente.

Nous avons pour coutume de placer une « boîte à idées » à l'issue de la dernière réunion de travail du week-end, et cette idée-ci nous a semblé tout à fait passionnante. Sa forme primitive était la suivante : « Quand, comment et pourquoi terminer une cure analytique chez un enfant? ». Elle a donné lieu à un dialogue entre Didier Houzel et moi-même, dialogue qui fera l'objet, comme à l'ordinaire, d'une publication à usage interne pour les participants aux Journées de l'APE.

Je me propose de développer ici les idées que j'avais exposées à cette occasion, ainsi que les réflexions qui m'ont été inspirées par la discussion. Je ne prétends évidemment pas épuiser un sujet si vaste et d'une telle complexité.

La limite que je fixerai à mon investigation sera la suivante : tenter de caractériser les principaux paramètres de l'organisation psychique d'un enfant qui se trouve amené à se séparer de son analyste après un temps raisonnable de traitement à raison d'une à trois séances de trois quarts d'heure par semaine, et ce, quelle que soit la raison manifeste de cette séparation.

Je ne traiterai donc pas des thérapies dites « brèves », non plus que des enfants qui ne voient leur thérapeute qu'à raison d'une fois tous les quinze jours, souhaitant plutôt aborder les deux questions classiques que nous posent les analystes d'adulte, à savoir : Existe-t-il ou non un véritable processus analytique chez l'enfant? et Peut-on parler d'un authentique remaniement structural en fin de cure analytique d'enfant?

Quels vont être les critères, en fin d'analyse ou de psychothérapie analytique d'enfants, qui nous permettent de répondre à ces questions? C'est à ce point que l'on peut prendre toute la mesure du piège candide contenu dans la formulation à la fois concise et précise de notre auditeur : « Quand, comment et pourquoi...? » Cette formulation va permettre de constater, à chaque étape de notre exposé, combien il y a loin de la coupe aux lèvres. En effet, elle suggère que le psychanalyste a, ou du moins devrait avoir, un pouvoir de prévision — quand? — et de

prescription — comment? — dans la décision de la fin d'un traitement psychanalytique d'enfant. Elle implique en outre que cette décision devrait pouvoir s'appliquer sans douleur et harmonieusement — sinon, pourquoi? Ceci fait penser que l'auteur de la question est certainement un praticien suffisamment exercé pour savoir qu'il n'en est pratiquement jamais rien. . .

Quoi qu'il en soit, j'ai délibérément choisi de tomber dans ce piège, dans la mesure où je pense qu'il est plus facile d'aider ceux qui s'y débattent quotidiennement en me situant à l'intérieur, plutôt qu'à l'extérieur dudit piège. En effet, ce piège n'est autre que ce qui forme la trame même de tout traitement analytique, quel que soit l'âge de l'analysant(e) et celui de l'analyste. Je veux parler de la situation transféro-contretransférentielle. Cette trame est faite d'émotions parfois douloureuses à élaborer, et d'incertitudes quant au bien-fondé de nos interventions. Le fait que l'analysant soit un enfant ne change rien au problème, sinon que l'analyste va devoir impérativement supporter la violence extrême des états d'émotion et d'excitation que suscite tout enfant, violence qui ne s'exprime que par moments et de façon souvent déguisée chez les analysants adultes.

Pourtant, en tout état de cause, il s'agit bien chez les uns comme chez les autres, de soigner des souffrances inhérentes à la névrose infantile et à ses soubassements archaïques. Quiconque a vécu, ou a entendu exposer en détail une fin de traitement d'enfant a donc pu éprouver et garder en soi le souvenir d'une grande souffrance, voire même d'une certaine violence qui disparaissent inévitablement au fil du récit, violence et souffrance chez chacun des protagonistes de ce que l'on est en droit de qualifier de « drame ». Faut-il donc penser que toutes les fins de traitement d'enfant sont empreintes de violence et de souffrance? Je propose de laisser cette question ouverte jusqu'à la fin de cet exposé, espérant que les cas cliniques proposeront au lecteur divers exemples de terminaison propres à les éclairer sur le sujet.

Interruptions prématurées

Je commencerai par parler de ce que Didier Houzel a désigné comme les « fausses sorties », entendant par là les interruptions de traitement contre l'avis de l'analyste et, parfois contre le désir des parents, de l'institution ou de l'enfant lui-même.

Dans les cas d'interruption prématurée, le « quand » n'est pas respecté, puisque l'enfant n'a pas atteint le moment où il pourrait accepter l'idée qu'il va pouvoir poursuivre seul le chemin jusqu'ici emprunté à deux. Tous les analystes d'enfants, à commencer par Anna Freud, Mélanie Klein, Donald Winnicott et Esther Bick ont écrit sur ce sujet, spécifique à l'analyse de l'enfant. La question du transfert de l'enfant se pose dans tous les cas de figure, soit qu'il ait tendance à être nié — première position d'Anna Freud, qui invoquait pour étayer son point de vue la dépendance affective et matérielle de l'enfant à l'égard de ses parents — soit que cette dépendance même puisse être reconnue comme jouant un rôle

primordial dans la culpabilité que peut éprouver l'enfant à découvrir en lui-même cet attachement second, insolite et inquiétant, à un étranger dont il ne sait pas qu'il représente, dans le transfert, ses objets primordiaux d'amour, de haine et de connaissance.

a) Les carences affectives précoces graves

Comme l'a rappelé l'une des participantes dans la discussion, certains enfants ayant souffert de carences maternelles graves et précoces induisent leur entourage à provoquer une interruption prématurée de la cure, parce que, pour eux, la dépendance à un objet d'amour est devenue insupportable. Ces jeunes patients se défendent avec une très grande violence, violence que, personnellement, je prends bien garde de ne pas entendre ni interpréter comme de l'agressivité, mais bien comme une lutte contre la tentation de l'espoir. Avant de prendre en charge des enfants qui furent très carencés affectivement, je pense qu'il est capital de s'assurer que nous pourrions les suivre pendant un temps suffisamment long et à une fréquence suffisante, faute de quoi il est préférable d'y renoncer, pour ne pas devenir l'agent d'une répétition du traumatisme.

b) Les troubles psychosomatiques

Une autre situation d'interruption prématurée a été évoquée : celle des enfants atteints de troubles psychosomatiques. J'ai souvent constaté, personnellement, l'intense sentiment de persécution éprouvé par ces enfants.

Dans ces cas-là, la course contre la montre s'impose, à mon avis, l'analyste devant faire sentir très rapidement à l'enfant que cette souffrance ressentie par son corps constitue une énergie mal utilisée dont il va falloir comprendre comment et pourquoi elle s'est fourvoyée là, au lieu de contribuer au développement de l'enfant. En d'autres termes, si l'analyste ne parvient pas très rapidement à établir une alliance thérapeutique avec l'enfant au niveau de son désir de connaître, l'excitation pulsionnelle brute, source du symptôme somatique, va infiltrer le transfert d'une érotisation intolérable pour l'enfant, qui provoquera une rupture de la relation thérapeutique afin de sauvegarder le clivage corps-vie psychique sur lequel il a, tant bien que mal, établi sa fragile cohérence.

c) La névrose de transfert

Un autre cas de figure a été évoqué, à savoir, les interruptions prématurées survenant précisément au moment où se noue une véritable névrose de transfert.

Bon nombre d'analystes d'adultes contestent encore l'existence d'une « névrose de transfert » chez l'enfant, se basant pour ce faire sur la réalité extérieure de la dépendance de l'enfant à ses parents réels. Cet argument me semble néanmoins discutable, en ce qu'il ne tient pas compte de l'existence, chez l'enfant

comme chez l'adulte, d'objets internes, partiels et totaux, qui seuls sont en cause dans le conflit intrapsychique et son possible remaniement par la psychanalyse.

S'il est vrai que nous observons chez l'enfant, davantage encore que chez l'adulte, des problèmes majeurs au niveau de sa fidélité à l'égard de ses objets parentaux, non seulement réels et extérieurs, mais également interne, cette situation me paraît inhérente au processus de transfert chez tout être humain. Ces problèmes seront donc à leur acmé au moment où s'organise toute névrose de transfert, tant chez l'adulte que chez l'enfant. En revanche, je pense que nous rencontrerons avec l'enfant, des problèmes particuliers de technique analytique à ce stade-là de la cure. En effet, la question de la loyauté et de la dépendance réelle à l'égard des parents, dont il a été question plus haut, va entraîner une culpabilité spécifique chez l'enfant. C'est pourquoi, dans le meilleur des cas, le désir que peut éprouver un enfant à établir, puis à maintenir une relation avec son analyste demeure, bien entendu, extrêmement ambivalent.

Or, l'interprétation de cette ambivalence ne peut s'effectuer avec un enfant de la même façon, aux mêmes moments et en invoquant les mêmes arguments que dans la cure d'adulte. En d'autres termes, le « quand? », le « comment? » et le « pourquoi? » vont se révéler, déjà à ce temps de la cure, posséder une spécificité certaine. Si l'analyste ne représente pas, en même temps qu'un objet de transfert, un bon objet d'étayage, il sera en position difficile pour analyser cette culpabilité. C'est là que l'interprétation des aspects négatifs du transfert recommandée par Mélanie Klein prendra toute son importance thérapeutique.

Il a été mentionné dans la discussion le danger de rupture par l'enfant lui-même, notamment lorsque la relation transférentielle concentre toute la souffrance à l'intérieur du traitement analytique. L'alliance de l'analyste avec les parents est alors indispensable, pour que ceux-ci acceptent de faire confiance à ce que leur dit l'analyste, en dépit de leur perception des améliorations extérieures de l'enfant.

d) Les objets externes et les objets internes de l'enfant en analyse

Dans un traitement analytique d'enfant, les objets externes fonctionnent trop souvent, pour l'analyste, comme l'arbre de la réalité externe qui cache la forêt des objets internes fantasmés. Pourtant, le problème n'est pas simple, car ces objets externes qui entourent l'enfant sont de la plus grande importance pour lui... et pour l'analyste également, qui va devoir établir avec eux une partie de l'alliance thérapeutique nécessaire au bon déroulement de la cure de l'enfant.

Le problème des relations de l'analyste d'enfants avec l'entourage de son patient est donc évoqué à chaque fois que se rencontrent des psychanalystes d'enfants. La façon détaillée dont ce problème a été évoqué par Esther Bick mérite de retenir toute notre attention : il s'agit de l'importance du jeu transféro-contretransférentiel qui se noue entre l'analyste de l'enfant et les parents de ce

dernier. Je voudrais y ajouter la complexité du même jeu, lorsque l'enfant est placé et soigné en institution, puisque les soignants participent dès lors également à la situation transféro-contretransférentielle.

Or, il n'est pas évident pour un analyste, même chevronné, d'avoir la capacité d'accueillir psychiquement tant de monde à la fois dans son contretransfert, sans dommage pour le contretransfert qu'il éprouve à l'égard de l'enfant dont il a la charge. Pourtant, une carence dans les capacités d'accueil contretransférentiel de l'analyste d'enfants pour l'entourage de ce dernier constitue, à mon sens, l'une des causes principales d'interruption prématurée des traitements analytiques, par ailleurs correctement établis en ce qui concerne le « setting » : nombre, durée et fréquence des séances.

Par voie de conséquence, cette incapacité encourage l'analyste à espacer, voire à raccourcir les séances : dans nombre d'institutions françaises, les enfants n'ont droit qu'à une demi-heure de séance, une fois, voire deux fois par semaine au grand maximum. Ce temps, imposé par les autorités administratives des affaires médico-sociales, est passivement accepté par les thérapeutes, qui ne disposent pas d'un pouvoir politique ou médiatique quelconque pour tenter de faire changer une coutume, d'origine lacanienne, dont les autorités se sont emparées pour des raisons économiques évidentes... Le bénéfice secondaire de cette situation — pour n'aborder que le côté névrotique de la chose — réside évidemment dans le fait que, le transfert se diluant, il ne parviendra jamais à se nouer dans une répétition fructueuse du conflit intrapsychique, permettant seule la remémoration et l'élaboration de celui-ci, comme Freud l'a si bien décrit. Les relations de l'enfant avec le thérapeute vont se maintenir dans une inutilité plus ou moins agréable, jusqu'au jour où l'interruption aura tout de même lieu, le combat cessant faute de combattants, l'ennui s'installant et la séparation devenant d'autant plus facile qu'aucune relation transférentielle signifiante n'aura été nourrie et travaillée par l'interprétation.

L'analyse de cette situation amène à la constatation suivante : le psychothérapeute d'enfants doit savoir que, tant qu'il n'a pas psychiquement accueilli les personnes formant l'entourage affectif proche de l'enfant qu'il a en traitement, il demeurera dans le clivage et souffrira inconsciemment d'une « tache aveugle » à l'égard des parties de cet enfant qui sont attachées à ces objets primordiaux, voire aux soignants qui en ont pris ultérieurement le relais.

Cela implique-t-il qu'il doive voir les dits parents et les soignants? Je le pense, tout en n'ignorant pas que ces rencontres constituent à la fois un avantage et un danger pour son contretransfert. Esther Bick a fort bien mis en garde les analystes d'enfants contre la rivalité, consciente ou non, qu'ils ne peuvent s'empêcher d'éprouver à l'égard des parents, notamment sous la forme du fantasme de vol des bébés internes de la mère, ce qui n'arrange ni la culpabilité inconsciente de l'analyste, ni son contretransfert à l'égard de l'enfant. Pourtant, plus je réfléchis à la question de savoir si l'analyste de l'enfant doit recevoir les parents, plus je me dis que c'est encore plus important du côté du contretransfert que du côté du

transfert. En effet, si nous sommes fermés à ses parents et à ses soignants, nous demeurons dans le clivage, fermés à tout une partie des relations internes de l'enfant. Il faut pouvoir penser à accueillir ces parents, supporter de les recevoir, supporter même de les solliciter à venir s'ils ne le font pas spontanément. Ce n'est pas seulement un problème de fréquence, mais de technique, et nous avons encore beaucoup à apprendre dans ce domaine.

Par exemple, je considère qu'il est absurde, voire perfide, de demander aux parents ou à l'enfant ce qu'ils attendent de nous. En effet, rien ne nous empêche, par la suite, de nous retrancher, avec une hypocrisie absolue, derrière le double lien abusif formé, d'une part, par l'affirmation qu'« il n'y a pas de demande » et d'autre part, par cet adage commode et trop souvent utilisé, selon lequel « l'analyste, c'est comme l'auberge espagnole, on n'y trouve que ce qu'on y apporte »..., donc, ne nous demandez rien! Cela fait partie des paradoxes qui peuvent constituer, pour l'analyste, une façon perverse de se dérober, de se démettre, plutôt que de s'impliquer.

e) Les carences de symbolisation

Un autre problème d'importance surgit, selon moi, à ce moment crucial de l'organisation de la névrose de transfert : c'est celui des capacités de l'enfant à donner un sens authentiquement symbolique à ce qui se joue et s'interprète entre lui et l'analyste. Celles-ci peuvent différer cependant, selon l'âge et la structure du sujet, en raison des niveaux de symbolisation antérieurement acquis. Or, la névrose de transfert impliquant par définition un certain degré de régression, l'analyste va souvent se trouver dans une situation où le langage sera vécu par son analysant sur un mode beaucoup plus concret qu'il ne peut l'imaginer. En prenant comme modèle de base ce que Freud a décrit des « pensées du rêve » dans « l'Interprétation des rêves », on peut comprendre qu'il existe de nombreuses étapes et combinaisons possibles des «représentations de choses» avec les « représentations de mots ».

L'expérience des cas d'adultes « borderline », ainsi que des moments de profonde régression dans la cure d'adultes névrosés me permet d'affirmer que cette situation n'a rien de spécifique à l'analyse d'enfants, mais que ce champs particulier de l'analyse permet à tout analyste de devenir plus attentif aux différents niveaux de langage auxquels il convient d'écouter un patient et de placer une intervention.

f) La fuite dans la guérison

En raison de la rapidité et de la vigueur des processus développementaux chez l'enfant, c'est avec lui que nous pouvons le plus aisément observer le fait que, dans toute cure analytique, nous sommes, en même temps qu'objet de transfert dans la répétition, un objet nouveau, susceptible de ranimer et de rassembler sur

lui des processus de développement, donc des déplacements et des investissements nouveaux.

C'est pourquoi je pense qu'il peut y avoir, comme chez l'adulte, fuite dans la guérison chez l'enfant. J'ai vu de jeunes patients qui, pris de vertige devant l'intensité de la névrose de transfert, s'arrangent pour faire interrompre le traitement. Angoisse de castration chez le garçon, angoisse du désir d'enfant chez la fille, nous pourrions traduire les pensées de ces patients à peu près ainsi : « Attention, relation beaucoup trop dangereuse ! Renonçons à nos symptômes, devenons calmes et sages, guérissons pour ne plus revenir en ce lieu trop excitant et inquiétant où l'on nous confronte à notre propre désir ».

g) Le déni par le thérapeute de l'intensité du transfert

Là également, je pense que la situation de l'analyste d'enfants n'est pas spécifique. Cependant, notamment en raison de la culpabilité inconsciente du thérapeute d'enfants à voler et à séduire les enfants de ses parents internes, il est vrai que l'intensité du transfert est encore davantage niée dans l'analyse d'enfants que dans l'analyse d'adultes. « Comment, moi ? » semblent-ils se dire, « je ne suis pas digne d'un si grand amour, d'une si grande jalousie, d'un si grand investissement, d'une si grande envie, d'une si grande destructivité ! ». Ce n'est pas seulement parce que tout transfert comporte des aspects négatifs, c'est parce que le transfert est un phénomène psychique d'une telle intensité que nous nous sentons interrogés dans notre identité même : qui sommes-nous donc pour susciter de tels mouvements ?

En réalité, quelle que soit notre opinion de nous-mêmes, nous nous devons d'accepter d'être pris, tant par l'enfant que par l'adulte, comme objet de transfert dans la répétition du passé et comme objet de déplacement dans la reprise du développement. Le piège narcissique pour le psychanalyste est précisément de ne pas accepter, en toute humilité, le poids de la responsabilité inhérente à l'amour, à la haine et à la connaissance dont il a accepté d'être l'objet dans le transfert.

Dans le cas de l'analyse d'enfants, si du moins l'on adopte le point de vue que je soutiens et que l'on voit régulièrement — fût-ce d'une façon espacée — les parents et, éventuellement, les soignants de l'enfant, un autre problème se pose : celui du transfert des parents sur l'analyste de l'enfant. Ce transfert - ces transferts — ont inévitablement des qualités particulières, puisqu'ils sont dus aux parties infantiles des parents et des soignants eux-mêmes. C'est ce qui me fait souvent dire, en tant qu'analyste d'enfants, même si nous avons vingt-cinq ans, nous sommes dans une situation de grands-parents.

h) L'après-coup dans les cures interrompues prématurément

Plusieurs participants à ces Journées de travail étaient, comme moi, d'avis qu'il demeurerait quelque chose d'un traitement analytique, même interrompu prématurément. Je pourrais définir cette trace comme une vigilance nouvelle aux mécanismes

de répétition et une confiance pré-transférentielle dans la possibilité de se faire aider.

i) Enfants névrotiques, enfants psychotiques

Alors que les critères de terminaison ne sont évidemment pas les mêmes pour les enfants psychotiques que pour les enfants névrotiques, le corollaire de cette évidence réside dans le fait qu'il y a beaucoup moins d'interruptions de traitement avec les enfants psychotiques qu'avec les enfants névrotiques. Certes, ces prises en charge sont d'autant plus fragmentées que l'enfant est gravement atteint et qu'il devra passer d'une institution à l'autre, changeant du même coup chaque fois de thérapeute. Selon la gravité de la pathologie et la pertinence du travail entrepris, certains de ces changements favoriseront la consolidation du travail entrepris précédemment, tandis que d'autres ancreront un peu davantage la répétition non élaborative dans le fonctionnement psychique de l'enfant et de son entourage.

Par ailleurs, les répercussions d'une prise en charge authentiquement analytique d'un enfant psychotique dans son entourage revêtent souvent une allure effrayante. Notamment, il n'est pas rare que les parents ou les membres de la fratrie se mettent à avoir des accidents ou des maladies graves. Il n'est pas en notre pouvoir d'éviter de tels malheurs, inhérents au morcellement psychotique du psychisme des membres qui composent de telles familles. Tout au plus pouvons-nous tenter d'aménager un contenant institutionnel ou groupal. Les aléas du traitement des sujets psychotiques nous confrontent à la mort psychique bien davantage qu'aux nuances de notre idéal thérapeutique.

j) Les ruptures chez l'adolescent

Certes, les ruptures de traitement chez l'adolescent prennent une signification tout autre que chez l'enfant. Je ne peux m'étendre sur ce sujet dont l'ampleur est considérable. Je me contenterai de préciser deux points.

Le premier concerne la distinction à faire entre la première et la seconde adolescence, du point de vue des dangers de rupture, les problèmes narcissiques étant l'apanage des jeunes adolescents, tandis que les souffrances plus « objectives » suscitent chez les grands adolescents une vulnérabilité tout à fait dramatique à tout fléchissement de l'attention du thérapeute. Le second point concerne les aménagements techniques tout à fait particuliers qui doivent être inventés lors de ces cures, notamment en vue d'accepter le maintien de certains clivages majeurs, dont l'effondrement serait catastrophique pour la vie psychique — et même la vie tout court — du sujet.

Quand, comment pourquoi . . . ?

Je vais maintenant proposer au lecteur quelques situations cliniques dans lesquelles un enfant et son psychanalyste ont été confrontés à une séparation

définitive, en principe ou en pratique, et m'efforcer de tirer de chacune de ces situations des considérations concernant le quand, le comment et le pourquoi. Car ce n'est qu'à partir de situations expérimentales que l'on peut espérer rassembler des observations susceptibles d'augmenter si peu que ce soit le patrimoine théorico-technique de cette science humaine si difficile qu'est la psychanalyse, a fortiori la psychanalyse d'enfant, et non à partir de postulats de base qui ont inévitablement un effet réducteur et surmoïque occultant les possibles découvertes.

a) Muriel, 15 ans.

Muriel, 15 ans, quitte la ville où, depuis deux ans, se déroulait sa psychothérapie avec un succès relatif, c'est-à-dire, une diminution importante de l'identification projective à un couple parental non dépourvu d'organisation perverse, une réduction de l'angoisse de séparation par réduction de l'idéalisation de l'objet manquant, une nette reprise de ses capacités créatrices moïques qui s'étaient manifestées dès l'enfance dans un domaine artistique et qui avaient marqué le pas au début de sa psychothérapie, ce qui est très fréquent. En revanche, on note le maintien d'un aspect négatif du transfert, clivé et projeté, hélas, sur son lycée et, par conséquent, le maintien d'une menace permanente d'échec scolaire. À la demande de Muriel, son analyste lui propose des rendez-vous épisodiques en fonction des retours de l'adolescente dans sa ville et de ses propres disponibilités.

Le premier rendez-vous est manqué, le second a lieu, et c'est une séance de larmes et de sanglots. Muriel exprime son sentiment d'intense solitude, décrit des conduites qui se situent aux limites de l'addiction, bref, elle fait éprouver à l'analyste un immense désarroi, pas mal d'inquiétude et un intense sentiment de culpabilité. Parallèlement, le milieu familial, qui est entré en contact avec l'analyste à ce moment-là pour des problèmes d'emploi du temps, ne paraît pas du tout inquiet de l'état de Muriel, mais il est vrai qu'en bonne adolescente, celle-ci prétend avoir perdu tout espoir de faire comprendre quoi que ce soit à ses parents.

Un autre entretien a lieu dans des conditions à peu près similaires, à cela près que Muriel semble avoir investi avec un plaisir érotique tout à fait nouveau cette attitude mi-romantique mi-nihiliste qui évoque le *Sturm und Drang* du romantisme allemand. Soudain, l'analyste éprouve moins d'inquiétude, moins de culpabilité, mais se sent abandonnée : elle vit précisément le sentiment d'abandon qui avait été exprimé très intensément par Muriel au moment où celle-ci avait parlé de sa solitude. Ce sentiment de solitude avait notamment diminué chez elle au cours de ce deuxième entretien, durant lequel l'analyste avait travaillé la différence entre l'abandon et la solitude : la solitude étant une caractéristique inhérente à la condition humaine, l'individu peut toujours, lorsqu'il ne veut pas être confronté à cette réalité, régresser à une vision animiste du monde et accuser ses objets, internes ou externes, de l'avoir abandonné. En l'occurrence, Muriel y prenait un plaisir morbide évident, évoquant une possibilité de réappropriation masochiste de

ses objets perdus. Donc, une élaboration avait eu lieu, mais il demeurait tout de même une partie de Muriel, clivée et projetée dans l'analyste, qui tout à coup s'était sentie abandonnée.

Peu après cette séance, Muriel « met le paquet » en annulant au dernier moment, par une gentille missive, un rendez-vous fixé un samedi, rendez-vous au sujet duquel tout le monde était d'accord (Muriel, ses parents, l'analyste, et même l'indicateur des chemins de fer pour revenir de là où elle était). La jeune fille écrit à son analyste : « Je vous ai écrit une première lettre, mais je ne vous l'ai pas envoyée : je vous écris celle-ci pour vous dire qu'il faudra que vous trouviez une autre heure que celle que vous m'avez donnée, parce que je suis « collée ». Téléphonnez-moi samedi car je repars dimanche. »

Cette lettre a été expédiée le jour même de la séance. En la recevant le lundi, l'analyste éprouve soudain un vertige, vertige qui en plus, lui évoque le strabisme sartrien dont Muriel souffrait autrefois et dont elle a été opérée. Inquiète du mauvais fonctionnement de cette dernière, culpabilisée de s'être refusée intérieurement à envisager de la recevoir le dimanche, il a fallu plusieurs semaines à l'analyste pour comprendre que la lettre de Muriel était une lettre de fin d'analyse.

Oui, je pense qu'il y a des fins qui ne peuvent se passer que dans la rupture. L'exemple de Muriel constitue précisément l'un des paramètres d'une fin de traitement. Il peut être difficile à un (e) adolescent(e) qui s'entend fondamentalement bien avec son analyste et qui ne présente pas un aspect projectif prédominant dans son fonctionnement psychique de reconnaître et de formuler verbalement que, quoi qu'elle ait du plaisir à venir, elle n'en éprouve plus réellement le besoin. En effet, s'il n'y a pas de rupture pour une raison x ou y , pourquoi terminer une relation qui se passe bien? Puisqu'il y a toujours un Inconscient, il y aura toujours des choses à analyser. Par ailleurs, nous sommes plusieurs à penser et à dire que la métaphore de la relation analytique, c'est quand même une histoire d'amour, alors pourquoi s'arrêter? Il est vain de penser qu'on s'arrêtera au moment où tout aura été remémoré, répété et élaboré. Freud lui-même s'est laissé piéger à cet espoir utopique, pour désenchanter précisément dans l'article que je viens de citer, où il parle de l'investissement extrêmement compliqué et conflictuel de la répétition.

J'ai donné cet exemple de Muriel, dont je considère qu'elle a terminé son analyse pour le moment, parce qu'elle est en train de réintégrer les parties d'elle clivées et projetées, d'abord dans son ancien lycée, puis dans l'analyste grâce au transfert. Le fait qu'elle se soit arrangée pour remplir tout son temps avec son nouveau lycée, mettant l'analyste à la portion normalement congrue des parents d'adolescents, confirme les informations obtenues par ailleurs. En effet, même si elle se fait souvent « coller », les choses ne se passent pas si mal et elle est en train de rattraper son retard scolaire. L'analyste a considéré que Muriel était arrivée au point où elle a pu accepter une certaine portion de solitude, nécessaire à pouvoir se préparer à aborder la seconde partie de son adolescence, avec l'avènement de la sexualité et l'épreuve identitaire que comporte cet événement. C'est précisément l'expérience de la solitude qui lui a donné le sentiment de son

unicité, éprouvée pour la première fois de sa vie face à un autre être humain. Au nom de cette solitude, elle saura maintenant demander de l'aide sans plus s'asservir dans la répétition de situations d'abandon, aujourd'hui dépassées.

En effet, la psychanalyse n'est pas un « nursing », et il est hors de propos de soigner jusqu'à l'âge de soixante-dix ans un sujet qui se défendrait contre son sentiment normal de solitude humaine au moyen régressif d'angoisses d'abandon déjà travaillées et élaborées.

Quand? Lorsque, chez un(e) patient(e) névrotique, la configuration identificatoire a été suffisamment remise en cause par la relation transférentielle — et j'estime que c'est le cas pour Muriel — pour que le sujet se sente impliqué dans ce que j'appellerai un « nouveau monde », qui est essentiellement celui du caractère unique et de la solitude irréductible de l'être humain. Pour moi, c'est un critère de fin de traitement quel que soit l'âge, même si, bien entendu, je considère l'âge en ce qui concerne le degré d'autonomie du Soi, et donc de solitude, auquel l'on peut s'attendre si l'on valorise ce critère.

Comment? Au moyen de l'explication de la relation transféro-contretransférentielle au cours de la cure et de l'interprétation de certains de ses mouvements. En l'occurrence, il a été important dans les dernières rencontres avec Muriel que je lui fasse observer et éprouver à quelle nouvelle configuration de clivages et d'identifications projectives elle était parvenue, et que je lui montre qu'elle semblait vouloir s'y tenir, pendant un certain temps tout au moins, ce qui est vraiment son droit le plus strict, parce que cette configuration formait pour elle un équilibre dynamique. Je ne suis pas là pour l'empêcher de vivre son adolescence.

Pourquoi? Parce que, dans les conditions que je viens de décrire, l'analyste devrait être, autant que le médecin, tenu par le serment d'Hippocrate et notamment par ce qui le résume « *Primum non nocere* ». Ce serment implique donc le devoir absolu de respecter l'intégrité de la personne du patient. Or, plus le Moi d'un patient est faible, plus il est vulnérable à l'intrusion effectuée en lui par le psychisme de l'adulte — en l'occurrence, celui de l'analyste — dans son organisation psychique. Il est donc du devoir de tout analyste de respecter les limites retrouvées du Soi de ses patients.

b) Jacques, 11 ans.

Jacques, 11 ans, a effectué un travail considérable pour sortir d'une inhibition scolaire et intellectuelle qui handicapait la poursuite de sa scolarité. Lorsqu'il entre en classe de sixième, dans le collège de son choix, il me tient à peu près ce langage :

« Je pourrais continuer à venir vous voir car j'ai beaucoup de plaisir à découvrir des choses en moi, même si elles sont désagréables. Mais je voudrais aussi vivre ce dont vous m'avez parlé — vous savez, quand on se sent tout seul et qu'on a le choix de voir le monde soit comme ceci, comme cela — (je parle

souvent de cette métaphore un peu simple de la bouteille à moitié vide ou à moitié pleine). Je voudrais voir, poursuit Jacques, comment ça fait d'avoir le choix dans sa tête. Je crois que, même si c'est dur, j'y arriverai ».

Je lui ai dit : « Quand tu es venu me voir il y a trois ans, tu n'avais pas le choix et je comprends ton plaisir à l'avoir maintenant ».

Jacques : « Avant, j'avais un gros blanc dans ma tête qui m'interdisait de sentir, de penser. Je ne pouvais penser qu'une seule chose, c'était : « Merde, je dois répondre et je n'ai aucune idée de ce qu'on m'a demandé! Je me sentais *idiot comme un mort* ».

Je lui ai dit : « Tu sais maintenant que le mort, ce n'est pas toi ».

Il me dit, l'air très surpris : « Ah oui, vous voulez parler de Marc (Marc est un frère qui est né et mort avant la naissance de Jacques, de mort subite du nourrisson); c'est vrai, ça fait un moment que j'y pensais plus... Et les cauchemars que je faisais, vous vous en souvenez? ».

Il arrive là à un moment que j'aime beaucoup dans la fin des traitements, c'est le moment où les patients sont capables d'évoquer non seulement l'histoire du passé, mais l'histoire de l'analyse.

Il se tait un petit moment et reprend, pensif : « Ce n'est pas très gentil de ma part de laisser Marc tout seul... ».

Je lui dis : « Tout ce temps où tu l'as porté dans ta tête, enveloppé dans son linéol blanc comme sur la photo, tu espérais le rendre vivant ainsi ».

Là, il réagit très vite : « Et c'est lui qui m'entraînait dans sa mort ». Il hésite, me regarde bien droit dans les yeux et me dit : « Vous me l'avez dit, hein, ma vie, je ne l'ai prise à personne, n'est-ce pas? ».

Moi : « Tu ne l'as pas demandée, tu ne l'as pas prise. Maintenant que tu l'as, fais-en le meilleur usage possible ».

Il se redresse, très soulagé après ce moment d'intense émotion, me tend la main et me dit : « Au revoir, je reviendrai vous voir pour vous présenter ma fiancée! ». Vous imaginez bien que je l'ai laissé partir.

Quand? Lorsque Jacques s'est senti suffisamment apte à sortir de l'identification projective avec l'enfant né et mort avant sa naissance pour supporter d'aborder les aléas de son existence propre. En effet, cela constituait évidemment une défense inexpugnable que de pouvoir se dire « Je ne peux pas vivre, puisque j'ai pris la place du mort. Nul besoin, alors, de se coltiner avec les difficultés de l'existence, les jeux sont faits ».

Comment? En l'aidant à se recréer une mémoire de la thérapie. Car, pour moi, la mémoire de la thérapie sert d'étayage à la mémoire de l'enfance.

Pourquoi? Parce que Jacques *est enfin parvenu à refouler les fantasmes traumatiques créés en lui par les souvenirs traumatiques de ses parents internes*. Car ce n'est pas lui qui a vécu la naissance et la mort du bébé, puisqu'il n'était pas de ce monde. C'est autour des traces — la photo —, des dire et des silences de ses parents qu'il s'est organisé. En d'autres termes, Jacques est sorti du rôle qui, au début de sa thérapie, convenait à tout le monde, non seulement aux parents, mais

à lui aussi, rôle de mort vivant, chargé de garder la trace d'un mort, dont il n'était dès lors pas nécessaire de faire le deuil. Dans ce cas-là, le travail avec les parents s'est fait aussi, en douceur et avec régularité, au rythme de l'évolution de Jacques.

c) Amélie, 9 ans,

Amélie, 9 ans, est placée en institution pour cause de mauvais traitements subis dans sa famille. C'est sa mère et l'ami de cette dernière qui en ont la garde. Elle a commencé la psychothérapie avec méfiance d'abord, puis avec enthousiasme. Dans ses jeux, elle met rapidement en scène des parents qui boivent, qui se battent, une mère qu'elle appelle « Marie-couche-toi-là », laquelle mère frappe violemment la petite fille de la boîte à jouets.

En bonne analyste, la thérapeute se garde bien de prendre ce matériel comme le fidèle reflet de la réalité extérieure, et interprète à Amélie les arcanes de sa rivalité oedipienne, malgré les ecchymoses un peu trop fréquentes et nombreuses que présente Amélie. D'ailleurs, lorsqu'on l'interroge, elle répond toujours « Je suis tombée » ou « Je me suis cognée ». Les jours passent, et les services sociaux décident qu'Amélie, qui a fait beaucoup de progrès et ne rentrait qu'un week-end sur deux dans son milieu familial qui semble décidément assez sympathique, y sera réintégrée pour toute la semaine, à condition qu'elle suive sa scolarité et sa psychothérapie en institution.

Dès lors, la thérapeute voit arriver à chaque séance l'enfant couverte de marques qui, décidément, ne peuvent être dus qu'à des coups (hématomes, griffures, pinçons, etc.). Commence alors une lutte hallucinante entre l'analyste et les services sociaux et administratifs de son institution, la première soutenant qu'Amélie est réellement maltraitée, insistant sur l'état épouvantable dans le quel elle voit cette enfant, les seconds renvoyant la première à son Freud et à son contre-transfert.

Pendant ce temps, l'attitude d'Amélie s'est considérablement modifiée. Elle est devenue triste, incapable de jouer et surtout, n'écoute plus que très vaguement l'analyste dont auparavant elle buvait les paroles.

À bout d'arguments, la thérapeute décide de mettre fin à la thérapie d'Amélie. Elle explique à l'enfant que, n'ayant aucun pouvoir pour les empêcher, elle ne veut du moins pas être complice des mauvais traitements subis par celle-ci, afin qu'il y ait au moins une personne dans le monde d'Amélie qui reconnaisse ce qu'Amélie ne peut reconnaître : la maltraitance dont elle est la victime. Elle ajoute qu'il serait hypocrite de poursuivre la thérapie dans ces conditions car elle ne peut prétendre l'aider à comprendre ce qu'elle ressent à l'égard de ses parents internes, lorsque ses parents externes la font vivre sous terreur et nier le mal qu'ils lui infligent. Elle explique la même chose à ses supérieurs hiérarchiques; elle ajoute que c'est faire violence à l'éthique, qu'elle soit analytique, médicale ou simplement humaine, que d'imposer à un individu une thérapeutique destinée à masquer

masquer la violence infligée à cet individu par la société; que lorsqu'il s'agit d'un enfant, il est encore plus criminel de lui faire porter la culpabilité d'actes commis par d'autres sur son propre corps.

Une fois la thérapie interrompue, le contrat administratif n'est donc plus respecté puisqu'il comprenait la poursuite de la psychothérapie : c'était là le levier. Donc, le juge des enfants a dû rouvrir le dossier, et s'est trouvé dans l'obligation de tout reprendre à zéro. L'enquête entreprise a démontré très rapidement qu'Amélie était effectivement battue, au vu et su de tout un courageux voisinage qui évidemment, ne voulait pas se mêler des affaires des autres, comme c'est toujours le cas dans les histoires d'enfants battus. Des mesures plus adéquates ont été rapidement mises en place, une fois désidéalisé ce triste couple parental.

Quand? Je le rappelle *Primum non nocere*.

Comment? Lorsque la thérapeute découvre qu'elle est prise en otage dans un système pervers qui l'utilise pour détruire l'enfant au nom des lois destinées en principe à la protéger.

Pourquoi? Parce que la reconnaissance de la réalité psychique passe par la reconnaissance de la souffrance, tant physique que psychique, et la localisation de ses sources. En l'occurrence, la source principale des souffrances d'Amélie était localisée dans le consensus social qui cautionnait la légitimité de son martyre. Il appartenait donc à la seule personne capable de reconnaître l'existence d'une réalité psychique de dénoncer ce système pervers en s'en démettant. C'est la seule chose qu'elle pouvait faire. La suite a prouvé qu'elle avait eu raison. C'est évidemment un cas extrême, fort douloureux, moins exceptionnel qu'on pourrait le croire (c'est la deuxième fois que cela m'est répercuté). Il y a des cas moins extrêmes dans lesquels nous pouvons nous sentir pris dans un système pervers et je pense que dans ces cas, il ne faut jamais exclure la possibilité de se démettre.

d) Mireille, 8 ans

Mireille, 8 ans, avait organisé son monde psychique interne autour d'une idéalisation de son milieu familial qui n'avait d'égal que la culpabilité accablante avec laquelle elle pouvait ressentir tout sentiment négatif, par exemple, sa jalousie à l'égard de ses puînés. C'est donc une enfant qui avait de fortes tendances à idéaliser tant son Self que ses objets, en évacuant les aspects négatifs afin de ne pas avoir à en faire le deuil. Nous sommes ici dans l'histoire de la fin de traitement d'un enfant névrotique après trois de psychothérapie. La séance qui va suivre préfigure les vecteurs principaux de l'organisation psychique d'un enfant dans cette situation psychologique et transférentielle.

Mireille dessine, comme à l'ordinaire, une petite fée. Mais celle-ci est plus pensive que d'habitude, car elle ne parvient pas à se débarrasser, *en les transformant*, des gens méchants qui l'embêtent. Cette petite fée, qui a bien des pouvoirs, demeure impuissante pour la première fois. C'est donc elle qui, finalement, va se

transformer en méchante pour infiltrer les rangs des méchants et leur suggérer d'aller travailler chez la reine d'Angleterre qui a fort besoin de main-d'œuvre.

Après ce premier coup porté à son omnipotence, c'est-à-dire admettre qu'elle ne peut pas transformer les gens d'une part et, dans une moindre mesure, m'a-t-il semblé, admettre qu'elle-même peut être parfois méchante, Mireille associe sur une scène primitive très idéalisée : Monsieur le Soleil et Madame la Lune vont se marier. L'énumération des invités laisse de la place à une certaine variété et fait penser que le monde psychique interne de Mireille s'est repeuplé de façon plus diversifiée et moins idéalisée. Il y a la famille Éclair qui voisine avec la douce Madame Nuage, la famille Planète qui converse avec Monsieur Tonnerre, bref les bons et les méchants sont en relation les uns avec les autres.

Six ans et demi plus tard, Madame la Lune mettra au monde une petite fille que l'on posera sur le chapeau de Monsieur Planète et que Monsieur Soleil, le papa, entourera de ses bras pour qu'elle ne tombe pas. Cette fille, unique évidemment, (ce qui n'est pas le cas de Mireille dans la réalité), grandit et rencontre un jour le fils de Monsieur Arc-en-Ciel. Ils vont se marier avec, pourrait-on dire, la bénédiction de Monsieur Arc-en-Ciel soi-même, sous la forme d'un bouquet de fleurs, et ce jeune couple va s'installer dans une autre galaxie. Pourquoi? *Parce que l'on ne peut pas s'installer dans la même galaxie que les parents.* Cette galaxie, cependant, sera remplie de fleurs.

Le cas de Mireille permet de considérer plus en détail une configuration assez habituelle des acquis et des manques dans le processus qui va vers une fin de traitement.

Dans les acquis, on peut remarquer : une diminution relative de l'omnipotence, la reconnaissance de la différence des sexes et des générations, la possibilité d'envisager des partages familiaux qui n'altèrent pas le sentiment d'appartenance à une famille donnée, partages qui permettent également la projection dans l'avenir d'une alliance avec le fils d'une autre famille, alliance qui serait approuvée par un personnage paternel, ce qui implique que la fillette est prête à renoncer à être la partenaire de ce personnage paternel.

Dans les manques, on peut remarquer : que la nouvelle galaxie est pleine de fleurs (idéalisation), mais qu'elle manque singulièrement de méchants et qu'il n'est plus question de trouver un truc pour envoyer les méchants travailler chez la reine d'Angleterre. Cette nouvelle galaxie garde tout de même des allures de fin de conte de fées : « Ils vécurent heureux pendant très longtemps et eurent beaucoup d'enfants-fleurs », c'est-à-dire que Mireille reprojette son idéalisation d'elle-même et de son partenaire, qui est en même temps sa partie garçon, dans un avenir tout fleuri.

Mais aurions-nous le courage de vivre si l'espoir n'existait plus de rencontrer d'une manière ou d'une autre un monde meilleur? Là aussi, il y a une question d'âge, de moment de vie.

Il me semble qu'il y a encore fort à faire pour diminuer et assouplir davantage le clivage entre le tout-à-fait idéalisé et le tout-à-fait méchant, bien qu'il y ait eu

une acceptation des méchants sans les retransformer, sans les évacuer complètement, donc une façon de réduire le clivage entre le bon et le mauvais objet, les bonnes parties et les mauvaises parties d'elle-même. Je pense aussi que si nous attendions de la fin du traitement que toute projection dans un avenir idéalisé soit supprimée, il faudrait garder nos patients jusqu'à leur mort, ce qui n'est guère réaliste puisque, en général, nous sommes plus âgés qu'eux! Rendez-vous compte de leur déception le jour de notre mort!

Conclusion

Il y a donc quelque chose qui ne va pas, dans ce critère un peu simplet de réparation, selon lequel il faudrait repérer quelque chose qui s'est mal passé dans l'histoire du patient, et s'acharner jusqu'à ce qu'on l'ait réparé, ce qui évidemment, ne tient pas compte *du problème capital de l'introjection...* Les capacités d'introjection sont des capacités qui appartiennent au sujet et non pas à l'analyste. Certes, il appartient à l'analyste d'essayer de les développer et c'est là l'une des questions les plus difficiles de l'analyse, comme Freud l'a déjà étudié dans « Analyse terminable et interminable ». C'est l'une des incertitudes que nous devons accepter à la fin d'une cure.

Pour reprendre la question de l'après-coup d'une cure analytique, je pense que nous ne disposons pas actuellement des outils conceptuels nécessaires pour pouvoir prévoir à tout coup ce qui va être vraiment introjecté du travail accompli et ce qui va être redéfait. Nous n'en avons que quelques indices : plus une personnalité a d'aspects psychotiques, plus rapidement, patiemment, inlassablement, le travail analytique va être redéfait.

Il faut savoir que, même si nous partons avec enthousiasme et générosité, nous serons très souvent amenés à nous occuper, non seulement des parties archaïques, mais aussi d'aspects psychotiques de la personnalité, même chez des patients non psychotiques. Il serait utopique de penser parvenir à guérir réellement et durablement un psychotique. Nous pouvons espérer, au mieux, l'aider à développer ses parties non psychotiques, qui constitueront une barrière plus solide contre son monde délirant. L'analyste peut considérer avoir accompli une étape satisfaisante du travail avec ce type de patient s'il est parvenu à ne pas s'être laissé détruire et à ne pas avoir laissé les aspects psychotiques du patient rétrécir inexorablement son champ de vision psychique. Il est important, en effet, de ne pas trop s'idéaliser soi-même et de se reconnaître le droit de n'en plus pouvoir après sept ou huit ans de traitement d'un psychotique. Même si c'est encore intéressant, nous avons le droit de nous dire que nous ne pouvons pas aller plus loin, mais qu'un autre pourrait prendre le relais. La question des transferts non analysés rejoint celle de la réparation, en ce qu'elle est d'autant plus asymptotique que l'on entre plus profondément dans la pathologie psychotique.

Avec les enfants névrotiques, la configuration est totalement différente, car il y a une résolution du transfert *au niveau choisi par l'enfant*. C'est ce point qui me

semble le plus important de ce travail, à savoir, que le niveau de résolution du transfert est choisi par l'enfant et que nous risquerions de lui faire violence à ne pas être à l'écoute de ce choix préconscient. Tous les cas sont des cas de figure. Ainsi, chez Muriel, c'est une rupture apparente qui préside à une fin de traitement. Jacques, lui, se projette dans l'avenir : il reviendra me voir avec sa fiancée.

Bien des enfants sont revenus me voir, dix à quinze ans plus tard. Le dialogue a repris comme si nous nous étions quitté hier, avec, en plus, cette émouvante épaisseur de l'histoire qui s'était déroulée entre temps. Nous pouvons donc repérer une ligne de partage entre psychose et névrose et une autre ligne entre une personne n'ayant pas eu d'expérience de vie sexuelle adulte bien établie et une personne ayant eu cette expérience. Ce n'est pas moi qui l'ai dit, c'est Freud. La projection dans l'avenir inconnu de la vie sexuelle adulte me semble en effet constituer l'asymptote repérable dans tous les traitements d'enfants.

Parce qu'ils en sont encore loin, Jacques et Mireille en parlent, chacun à leur manière. Muriel, qui en est beaucoup plus près, se retire, elle, momentanément peut-être, de la relation thérapeutique lorsqu'elle se trouve au seuil de cette expérience, ne s'octroyant d'ailleurs le droit de s'en retirer qu'au prix d'une élaboration assez remarquable de ses sentiments dépressifs et de l'expérience de sa solitude d'être humain. Il n'y a que la pauvre Amélie pour laquelle nous ne pouvons pas projeter d'avenir dans une galaxie tant soit peu fleurie, et pourtant, nous pouvons espérer que même elle a pu, au travers de sa rencontre avec un thérapeute ayant été rigoureuse, honnête et courageuse, acquérir la différenciation entre l'authenticité et la perversion. Or, c'est cette différenciation qui signe la santé mentale, parce qu'elle est justement l'expression d'un clivage adéquat entre les bons et les mauvais objets, et les bonnes et mauvaises parties du self.

Ainsi, la terminaison est un processus de maturation qui se fait, dans les bons cas, assez naturellement et peut-être désigné par l'analyste, dans le cours de la relation transférentielle. Personnellement, je le fais toujours. Ensuite, on peut travailler encore pendant très longtemps (parfois des mois ou des années), mais avec cette connaissance qu'il y a eu un signe de la fin. Parfois la fin arrive brusquement, soit du fait de l'enfant, soit du fait de l'extérieur. Dans ce cas-là, nous sommes en effet dans la rupture, et il est important, si nous pouvons l'obtenir, de revoir l'enfant, ne fut-ce qu'une seule fois, pour pouvoir ponctuer que nous avons eu, avec cet enfant, une certaine relation pendant un certain temps, que nous avons accompli ensemble un certain nombre de choses.

De toute façon, le travail analytique ne constitue qu'un tout petit regard sur une toute petite portion de la vie psychique, tant de l'analyste que de l'analysant. Cette toute petite expérience de vie, nous l'avons partagée et, comme le dit Jacques : « ma vie, elle est à moi n'est-ce pas? ». Donc, ce que nous avons pu vivre avec l'enfant lui appartient. Mais pour cela il importe que nous acceptions que cela nous appartient à nous aussi, condition indispensable pour que nous acceptions de nous séparer de l'enfant. De toute façon tant que nous n'aurons pas accepté de ressentir un déchirement à l'idée que cet enfant peut s'en aller, nous

ne pourrons le laisser aller que pour de mauvaises raisons et non pour lui donner ce bien précieux et difficile qu'est la liberté de vivre.

florence bégoin-guignard
96, rue de la victoire
75009 paris