

La Ritaline comme étayage du travail psychothérapique

Maurice Berger

La discontinuité de la pensée est un processus central chez certains enfants qui présentent une instabilité psychomotrice (dite aussi hyperactivité), ce qui rend impossible le déroulement d'un travail psychothérapique. Un des effets de la Ritaline est de permettre l'établissement d'une continuité des processus de pensée. Avec l'aide d'un dispositif psychothérapique particulier, le récit à deux, l'enfant peut alors accéder à une authentique activité de symbolisation qui permettra ensuite que le traitement médicamenteux soit arrêté ou diminué. La question, pour le psychanalyste, est d'accepter cette alliance ou cette dépendance sans en faire un enjeu identitaire.

Pour un psychanalyste, l'utilisation de la Ritaline est à la fois intrigante, rassurante, et déprimante. En effet, un des effets les plus étonnants de ce médicament, stimulant du système nerveux central, est qu'il permet, chez de nombreux enfants et adolescents instables, que s'établisse une continuité des processus de pensée, leur rendant ainsi possible l'accès à une activité de symbolisation et à des associations libres, en place d'une pensée anarchique ou totalement répétitive. Ce faisant, dans ce contexte clinique particulier, cette molécule « réalise » ce qui constitue une partie essentielle du travail psychanalytique, permettre à un sujet d'établir des liens entre ses pensées. Alors seulement pourra être entreprise une autre partie de ce travail, qui consiste à comprendre et à interpréter la nature du matériel en fonction de la problématique et de l'histoire personnelle de l'enfant.

I – Les différentes formes d'instabilité

Il faut tout d'abord préciser ici ce que nous entendons par « instabilité psychomotrice ». Une autre dénomination utilisée, inspirée de la terminologie anglo-saxonne, est « troubles hyperactivité avec déficit de l'attention » (THADA). D'un point de vue descriptif, l'instabilité psychomotrice se caractérise par trois symptômes :

- l'hyperkinésie, qui se manifeste par une agitation sans but, une incapacité à rester en place, et qui peut être transférée sur le mode verbal sous la forme d'une certaine logorrhée;
- l'instabilité psychique, qui se manifeste par des troubles de l'attention et de la concentration;
- l'impulsivité, l'enfant interrompant les autres, ne pouvant pas attendre, ni penser les successions d'action.

Une dyslexie-dysorthographe est fréquemment associée, chez 22 à 38 % des enfants, à tel point qu'on ne peut exclure une origine génétique commune dans certains cas.

On peut ajouter à cette description les trois remarques suivantes. Tout d'abord, l'instabilité psychomotrice s'accompagne d'une rupture répétée et permanente de la continuité de la pensée : le sujet prend un objet, le lâche et passe à un autre, ou amorce une pensée, la lâche et passe à une autre. Ensuite, l'instabilité psychomotrice est un trouble hors représentation : le sujet ne se voit pas, ne se sent pas bouger sans cesse, passer d'une pensée à une autre. Ceci est particulièrement important à noter : l'enfant instable ne peut compter sur aucune possibilité de dédoublement de soi, d'auto-observation, d'auto-perception, pour repérer et contrôler son trouble. C'est aussi la raison pour laquelle les remarques, voire les sanctions, en provenance d'autrui, ne sont ni intériorisées ni utiles. Enfin, ces enfants présentent souvent une fragilité narcissique importante liée aux échecs répétés qu'ils rencontrent dans les apprentissages et dans leurs relations avec les autres, engendrant chez eux le sentiment d'être « nuls ».

Le premier temps d'une recherche effectuée depuis plusieurs années et portant sur la prise en charge de 60 enfants instables nous a amené à renoncer à la théorie classique proposée par R. Diatkine et P. Denis en 1985, selon laquelle l'instabilité était une défense maniaque contre des sentiments dépressifs. En fait, sous la poussée de la clinique, R. Diatkine a lui-même modifié cette proposition en 1995, indiquant que « Le passage direct de l'excitation par la motricité aboutit à une hyperkinésie, traitée dans beaucoup de pays par des amphétamines, résultat symptomatique qui a l'avantage de couper un cercle vicieux [...] L'agitation, dans les quatre ou cinq premières années de la vie, peut être une réponse à des conditions actuelles difficiles, ou le signe d'une évolution profondément dysharmonique. Il est donc utile de mieux connaître le contexte, ce qui nécessite parfois plusieurs rencontres et des essais de mobilisation [...] L'agitation motrice n'a donc pas de sens en elle-même ». R. Diatkine indique ensuite que le concept de « défense maniaque » doit être réservé à une autre forme de troubles du comportement, une trop grande familiarité avec une absence apparente d'un minimum d'angoisse ou d'inhibition lors de la rencontre avec une personne étrangère¹.

Au cours de cette recherche, nous avons été amenés à définir deux sortes d'instabilité, « l'instabilité symptôme », et « l'instabilité entité » elle-même divisée en deux sous-groupes, les instabilités liées à des interactions précoces défectueuses et les instabilités dites d'origine neurodéveloppementale, en sachant qu'il existe probablement des situations dans lesquelles les deux causalités co-existent, s'intriquant et se potentialisant mutuellement.

« **L'instabilité symptôme** » concerne des sujets pour lesquels l'instabilité n'est qu'un des symptômes d'une difficulté psychique aisément repérable : enfant psychotique, ou pris dans une problématique hystérique souvent dans un contexte de sollicitation virile ou de séduction de la part de ses parents, enfant ne rencontrant aucune limite éducative et donc aucune expérience de contention pulsionnelle, enfant présentant une atteinte neurologique avérée (syndrome de l'X fragile), etc.

« **L'instabilité entité** » liée à des interactions précoces défectueuses concerne des enfants pour lesquels l'instabilité est la principale manifestation à l'origine de la demande de soins. Sur 60 situations, nous avons retrouvé dans 54 d'entre elles des interactions précoces profondément défectueuses pendant la première année de la vie du sujet, qui peuvent être de plusieurs sortes. Ces enfants ont pu subir des interactions précoces violentes, incohérentes, carencées, ayant nécessité un placement; ou ils ont vécu une discontinuité des relations soit du fait d'un séjour en pouponnière de qualité moyenne, soit du fait d'une succession importante de personnes assurant leur garde; ou ils ont été confrontés à une dépression maternelle profonde pendant la première année de leur vie; ou ils ont été soumis à un forçage éducatif; ou leurs parents étaient eux-mêmes instables, ou utilisaient des processus auto-calmands. Certes, à propos des mères instables, on peut invoquer un déterminisme génétique, mais on ne peut pas sous-estimer les effets produits sur un bébé par le fait d'être materné par un parent présentant une discontinuité des gestes et de la pensée. Ainsi une mère commençait à balayer

puis s'interrompait, laissant un tas de balayures au milieu de la cuisine, et passait à une autre activité; il en était de même dans ses contacts avec son bébé, sans cesse interrompus. Quant aux modes de relation des mères et pères utilisant des processus auto-calmants, ils ont été décrits précisément par G. Szwec (1993, 1995, 1998). Nous résumerons ces travaux en indiquant que ces parents tentent de trouver le calme, pour eux et leur enfant, à travers la recherche de l'excitation. Le résultat en est, entre autres, que leurs enfants s'endorment par épuisement, au détriment de la constitution d'un auto-érotisme et de la capacité de s'endormir en hallucinant une relation mère-enfant satisfaisante. Le registre perceptif et moteur joue alors chez l'enfant un rôle de substitut à l'activité de liaison des représentations.

Une recherche impulsée par l'International Psycho-analytic Association en 1998 confirme l'importance des perturbations des interactions précoces. Leurs auteurs (H. Massie, N. Szajnberg, S. Brody) ont suivi 78 enfants de la naissance à l'âge de 30 ans. Pendant cette étude, les mères et les enfants furent filmés au cours d'interactions impliquant l'alimentation et le jeu, et les pères, mères et enfants furent interviewés à intervalles réguliers. Dans cette population, les auteurs trouvèrent six enfants hyperactifs, d'après les critères du DSM IV. L'intérêt de ce travail est qu'il décrit une observation en direct du développement de l'enfant et des interactions parents-enfant sans a priori. Dans chacun des six cas, les parents étaient incapables d'entrer en contact avec leurs enfants lorsqu'ils étaient bébés, et la relation d'attachement parents-enfant était perturbée. Une fois que ce genre de relation s'était installée, les pères et mères étaient perdus pour l'enfant en tant que personnes avec lesquelles il pouvait éprouver une « sécurité émotionnelle ». Le résultat de cet attachement perturbé était le comportement hyperactif qui, lorsque l'enfant était petit, consistait littéralement en une sorte de « course sans racine ». À un âge plus avancé, beaucoup de ces parents étaient incapables de jouer avec leur enfant parce qu'ils étaient trop intrusifs, trop contrôlants, trop inhibés, ou dans certains cas, trop occupés, ou parce qu'ils n'attribuaient aucune valeur au jeu. Pour les enfants qui devinrent hyperactifs, penser, ressentir du plaisir, et agir ne pouvaient jamais se fondre ensemble.

Les différentes modalités de prise en charge des enfants de ce sous-groupe montrent qu'il est probable que l'instabilité est à la fois une défense et un état : une défense au sens où c'est le moyen le plus primitif que peut utiliser un bébé en détresse face à un vécu d'angoisse très archaïque; un état car, comme le souligne A. Ferrant, peut-on déjà parler, à cette période, de la « présence » d'un sujet capable d'élaborer une défense? Les processus à l'œuvre sont multiples et complexes. D. Winnicott (1962) insiste sur la manière dont un holding défectueux prive le bébé d'éprouver l'expérience d'omnipotence nécessaire qui lui permette d'avoir l'illusion d'entrer en relation avec les « objets subjectifs », et d'éprouver le sentiment de continuité de l'existence. D. Winnicott fait de cette carence l'origine de l'hyperkinésie et de l'inaptitude à se concentrer. On peut rapprocher cette théorie de la remarque d'O. Fenichel (1953) lorsqu'il indique que les sensations primitives sont caractérisées par leur contiguïté aux réactions motrices. De fait, dans notre recherche, les enfants avaient pu être confrontés, lorsqu'ils étaient bébés à une telle défaillance de l'expérience d'omnipotence face à des parents incohérents, imprévisibles, ou forçant, ou « inanimables » (le bébé échouant à animer une mère déprimée). Cette hypothèse permet de comprendre la présence fréquente d'un sentiment d'angoisse important chez ces enfants, sans affect dépressif associé. En particulier, certains enfants ressentent une incertitude inquiétante concernant la différence entre animé et inanimé, au sens où même les objets matériels peuvent devenir menaçants. D'une manière générale, dans les récits la dangerosité de l'objet est souvent signifiée par le fait qu'il se met en mouvement. Ainsi un enfant rêve qu'une horloge bouge et devient dangereuse. Ceci explique aussi la « présence flottante » d'un ennemi dans la plupart des histoires créées au cours des séances de psychothérapie.

Par ailleurs, dans plusieurs situations, nous avons observé comment le trouble de la rythmicité pouvait être mis en relation avec ce que J.M. Gauthier (1999) nomme le corps relationnel, qui concerne le corps réel de l'enfant dans sa relation à la mère. Ainsi certains enfants ne sont instables qu'en présence de leur mère, elle-même agitée, comme si, dans un effet de contamination, la rythmicité propre du sujet était abolie et remplacée par la rythmicité de l'autre.

D'une manière générale, on peut émettre l'hypothèse que l'instabilité renvoie à *une forme de difficulté à être seul en présence de l'autre*. On a le sentiment que l'enfant ne tolère pas la présence d'un objet même discret, parce que cette présence est pour lui potentiellement traumatique. Ceci explique probablement en partie le besoin « d'immobiliser » le thérapeute qu'éprouvent nombre de ces enfants lors des soins. Les propositions de l'adulte sont alors toutes refusées ou désignées comme une intrusion.

« L'instabilité entité » d'origine neurologique concerne des enfants pour lesquels nous ne trouvons aucune causalité intrapsychique ou intersubjective nous permettant d'expliquer leur hyperkinésie et leurs troubles de l'attention, malgré des entretiens familiaux et individuels répétés et prolongés dans le temps. Nous admettons que nous sommes là en présence d'un trouble neurodéveloppemental d'origine neurophysiologique. Cette forme d'instabilité est sans doute sous-estimée dans notre recherche dans la mesure où un consultant psychanalyste a un effet « attracteur » pour la souffrance psychique : les parents présentant des difficultés dans la relation avec leur enfant du fait de leur propre histoire personnelle d'enfant lui sont plus facilement adressés que les autres familles. La compréhension n'en est pas plus simple pour autant. Il faut reconnaître qu'accepter l'idée qu'une pathologie ayant une apparence relativement mentalisée, comme l'instabilité, a une origine neurologique, constitue une véritable castration pour le psychanalyste et pour l'investissement qu'il fait habituellement de son outil de pensée. Il doit alors se livrer à un décentrement des causalités. Ainsi il est plausible d'imaginer qu'un sujet qui a une activité de liaison réduite va présenter un défaut dans la constitution de ses systèmes pare-excitations, et qu'en conséquence l'intégration des pulsions sexuelles sera de médiocre qualité. Dans ce contexte, ce n'est donc pas la pulsion qui, originellement, « désorganise » le psychisme. Par ailleurs, tout trouble qui entraîne des difficultés d'apprentissage peut lui-même provoquer des forçages éducatifs de la part des parents, forçages qui amènent l'enfant à répondre secondairement en réaction à l'objet au lieu d'être en relation avec celui-ci, etc.

Nous avons le sentiment que l'instabilité de certains enfants est liée à plusieurs facteurs intriqués, psychiques et neurodéveloppementaux, ce qui nous oblige à laisser en suspens nos théories causales, et nécessite que nous acceptions une « indécidabilité » de l'origine (R. Roussillon, 1995), une « tension étiologique » permanente en nous. Interprète-t-on différemment une difficulté d'organisation de la vie psychique selon qu'elle est liée à un processus neurologique ou due à un empiètement de l'environnement? Un état ou un processus défensif? Non, car dans le registre du vécu infantile le plus archaïque, une discontinuité subie par le sujet est une discontinuité, qu'elle soit d'origine externe ou interne. Oui, car dans la temporalité du traitement, certains mouvements transféro-contre-transférentiels nécessitent d'être référés à des imagos parentales précises.

II - Pourquoi utiliser la Ritaline?

Nous n'envisagerons ici l'emploi de la Ritaline que dans la prise en charge des enfants présentant une « instabilité entité ». Pour nous, cette forme d'instabilité est un trouble psychosomatique « anachronique », suivant l'expression de C. Smadja (1998), au sens où ce fonctionnement s'est mis en place en réaction ou en conséquence à des émotions liées à un contexte environnemental et familial passé. Dès que l'enfant a deux ou trois ans, ce fonctionnement évoluerait ensuite de manière « autonome » même lorsque les circonstances de son apparition auraient disparu, comme les tics peuvent apparaître chez certains enfants dans une période de tension particulièrement forte de leur histoire et se maintenir de manière non réversible une fois cette période passée. Même une thérapie familiale psychanalytique qui se déroule bien, permettant que les parents aient une attitude éducative plus adéquate, est peu efficace. Cet aspect anachronique explique aussi que lorsque l'instabilité diminue considérablement grâce à la Ritaline, nous n'observons pas de déplacement de symptôme, ce qui contredit certaines de nos théories.

Rappelons d'abord les enjeux du traitement de tels enfants et adolescents. Le premier est cognitif. Pendant leur scolarité, ces sujets redoublent avec régularité, jusqu'à être parfois orientés vers la filière de l'éducation spécialisée. Ces redoublements sont peu utiles, puisque pour ces enfants la question n'est pas celle d'un défaut de maturité, mais une difficulté structurelle à être suffisamment attentif. À l'échec scolaire s'ajoute l'atteinte narcissique. Le deuxième enjeu est relationnel. Ces enfants sont souvent rejetés par leurs pairs et par certains membres de leur famille. Enfin la discontinuité a comme conséquence qu'elle empêche ces enfants de se construire une curiosité de bon aloi. À la place, ils s'ennuient car ils ne parviennent pas réellement à jouer, comme nous le décrivons ci-après, ennui dont ils ne se rendent compte que lorsqu'ils ont éprouvé un autre mode de pensée, un autre état. Un enfant de huit ans nous disait ainsi qu'il s'ennuyait moins grâce à la Ritaline car il pouvait faire plus longtemps la même chose. Il est alors frappant de constater comment les enfants éprouvent un véritable plaisir à penser et à apprendre. Un autre enjeu, nous l'avons dit, est la constitution d'une meilleure capacité de contention pulsionnelle.

L'apparition d'un matériel « utilisable » chez de nombreux enfants suite à la prescription, montre que ce serait les priver d'une possibilité d'appropriation de leur vie interne que de ne pas utiliser cet appui médicamenteux. Mais, et ceci est à la fois compréhensible et non dénué d'idéologie, l'enjeu pour le psychanalyste devient alors de permettre à l'enfant de faire un travail psychique suffisant pour pouvoir arrêter ou diminuer de manière importante le traitement, en profitant du frayage vers la continuité produit par la Ritaline. Nous avons remarqué qu'un des principaux gains du traitement psychothérapeutique est l'acquisition de la capacité d'auto-représentation : les enfants et adolescents se rendent compte des moments où ils commencent éventuellement à redevenir instables et peuvent alors se ressaisir. C'est pour cela que nous ne nous sentons pas concernés par les débats idéologiques qui tournent autour de ce médicament ni par les abus de prescription qui se produisent aux Etats-Unis. Dans notre esprit, la Ritaline n'est pas un médicament normatif, surmoïque, destiné à faire se tenir calme un enfant et à permettre à l'adulte « d'avoir la paix ». Peu importe qu'un enfant continue à gigoter pendant une séance de psychothérapie s'il a récupéré cette continuité de pensée qui est essentielle. Ajoutons par ailleurs qu'avec du recul, nous n'avons observé aucun retard de croissance et aucune dépendance liés à ce médicament. D'après la littérature, la dépendance ne semble se produire que chez des personnes ayant de fortes « potentialités » addictives, et qui seront d'abord dépendantes d'autres produits, alcool, tabac, haschisch, etc. Ceci n'est pas le cas des enfants instables que nous avons rencontrés.

Lors de notre première expérience d'utilisation de la Ritaline, en 1975, il fut décidé que le psychanalyste ne saurait pas quand avaient lieu les pauses dans la prescription médicamenteuse conseillées par le laboratoire fabricant. À la fin de la psychothérapie, psychanalyste et prescripteur se rencontrèrent, calendrier en main. Il apparut que les séances qui avaient eu lieu pendant les pauses avaient été « inutilisables » tellement l'enfant était agité et sa pensée discontinuée. La dépendance du thérapeute par rapport au médicament peut même aller dans certains cas jusqu'à déterminer l'heure de la séance. En effet, la Ritaline n'est le plus souvent efficace que pendant quatre heures, et la dernière prise devant avoir lieu habituellement vers midi pour éviter des difficultés d'endormissement, pour certains enfants la séance ne peut avoir lieu après 17 h.

Mais, heureusement ou malheureusement, la prescription médicamenteuse ne suffit pas. Il revient au thérapeute « d'organiser » le matériel qui apparaît grâce à la Ritaline, de l'aider à prendre sens. Le psychanalyste est alors confronté aux difficultés qu'ont les enfants instables à jouer avec leurs pensées.

III - Jouer sans jouer

Tous les enfants instables ne présentent pas le même niveau de discontinuité de pensée, et de crainte de dépendance par rapport au thérapeute. L'utilisation de la Ritaline n'est donc pas toujours utile. Mais un contexte clinique particulier et fréquent rend son emploi nécessaire, celui des enfants qui présentent une impossibilité de jouer *avec* l'autre. En effet, ce n'est pas parce qu'un enfant se lance dans un jeu où il y a du mouvement, ou qu'il réalise un dessin, que ceci a valeur de jeu au sens d'un processus créatif, ou au sens de la mise en scène d'un scénario fantasmatique. De plus, il peut manquer un élément fondamental, qui est l'adresse (préconsciente), c'est-à-dire que le jeu soit adressé à quelqu'un en réalité ou en pensée.

On peut donc différencier deux sortes de jeux. Ce qui intéresse un psychanalyste dans le jeu, c'est qu'il témoigne d'un travail de symbolisation des mouvements pulsionnels et/ou d'appropriation subjective des expériences traumatiques vécues. Mais les enfants dont il est question ici ont un jeu solitaire qui peut être de deux sortes. Soit il consiste en une manipulation non structurée, anarchique, des objets, ceux-ci n'étant pas utilisés pour leur fonction « symboligène »; les feutres sont tripotés interminablement, les pièces de la maison en légo assemblées sans aucun sens, la chaise posée sur un mur, etc... Soit le « jeu » consiste en un scénario ou un dessin sommaires et répétitifs, le thérapeute pouvant être convié à participer non comme interlocuteur mais comme auxiliaire sans initiative; de tels enfants sont angoissés face à l'apparition de toute idée nouvelle donc inconnue. Au mieux l'enfant tente-t-il ainsi de maîtriser par la répétition, mais pas de symboliser. Ces jeux interminables représentent peut-être la manière dont le sujet a appris à se passer de l'objet. On est là face à un aspect de la problématique narcissique des enfants instables : « Mieux vaut faire comme s'il n'y avait pas d'objet plutôt que d'être confronté à un objet qui ne répond pas, ou qui est menaçant, ou qui impose son rythme ». Mais un fonctionnement n'incluant pas l'objet fait le lit de la contrainte de répétition. On peut remarquer que l'enfant s'ennuierait à jouer ainsi tout seul. Il préfère que quelqu'un soit présent qui le regarde. Le sujet peut jouer en présence de l'autre, mais pas avec l'autre. Il ne peut pas être en même temps un peu en contact avec son monde interne et avec celui de l'autre.

La question essentielle est alors, suivant l'expression de N. Minazio, de proposer un dispositif qui permette de fabriquer de la substance psychique. Le dispositif que nous proposons comprend, en plus de l'utilisation de la Ritaline, un mode de jeu intégrant une certaine charge de motricité tout en la canalisant, que nous nommons le récit à deux.

Le récit à deux consiste à proposer à un enfant d'inventer une histoire avec le thérapeute, chacun trouvant une phrase, et le thérapeute écrivant l'ensemble. Dans cet espace représentatif particulier, le sujet n'a pas à dessiner ni à écrire, ce qui est trop difficile pour le genre d'enfants concernés, mais il lui suffit de parler, « d'associer librement », en se laissant emporter par l'histoire. Une certaine labilité existe, avec la possibilité de revenir en arrière pour modifier ce qui a été dit. Le désir de faire un récit organise l'instabilité, la charge d'excitation est ainsi en partie canalisée vers des représentations. Tant que cela s'avère nécessaire, c'est au thérapeute de débiter le récit. En effet, si on demande à l'enfant de commencer, il y a de fortes chances pour qu'il ressente cela comme une tentative de maîtrise de l'adulte sur lui, et qu'il refuse. La première phrase ouvre à un large espace imaginaire (« Il était une fois... un enfant qui allait se promener », ou « un homme et une femme qui vivaient dans une maison », ou « un chat », ou « un explorateur », etc). Puis, dans l'échange, le thérapeute relance si besoin le processus par des phrases assez neutres, ou l'oriente vers les zones conflictuelles de l'enfant, comme s'il s'agissait d'un squiggle parlé. Cet aménagement est très proche du mode de pensée le plus naturel de l'enfant qui, dès que sa pensée s'organise, « se raconte des histoires ». Il n'y a aucun intérêt à chercher une « happy end » à chaque récit : sauf si l'enfant est massivement débordé par l'angoisse, la séance peut se terminer sur une histoire sans issue et/ou inquiétante, laissant le sujet face à une conflictualité pour le moment sans solution, comme cela peut se produire à la fin d'une séance d'analyse d'adulte. Le moment où certains enfants instables poursuivent le même scénario d'une séance à l'autre est un temps mutatif particulièrement important car il signe l'instauration solide de la continuité de la pensée.

Le thérapeute note, ce que l'enfant peut ressentir comme une maîtrise sur l'adulte, mais surtout, l'écrit joue une fonction tierce : l'enfant n'a pas le sentiment de parler directement au thérapeute, en un « face à face » qui ne lui permettrait pas de développer ses rêveries. Cependant le récit est adressé au thérapeute. À certains moments, une interprétation dans le transfert s'impose. À d'autres moments, le thérapeute ressent que toute interprétation risque de le désigner comme un objet extérieur rapidement persécutant et rejeté, puisque le sujet a d'importantes difficultés à jouer avec l'autre, y compris au jeu de l'interprétation. Un des intérêts du récit à deux est de permettre au thérapeute d'avoir accès à la vie psychique du sujet et d'orienter les récits suivant un principe de progressivité dans ce qui est tolérable comme niveau de conflictualité et d'angoisse.

Un autre intérêt de ce dispositif est d'aider à surmonter le problème contre-transférentiel suivant. Confronté aux jeux répétitifs décrits ci-dessus, le thérapeute risque de partir dans ses pensées. Il ne s'agit pas là d'une attention flottante reliée à l'autre. Au contraire, c'est une rêverie personnelle qui a quelque chose de rétorsif : « tu es dans ton monde, moi je me mets dans le mien ». On peut ainsi laisser l'enfant jouer répétitivement en psychothérapie en lui abandonnant complètement le terrain et en désinvestissant la situation. En même temps, le thérapeute, s'il devient rétorsif, reproduit une situation dans laquelle un parent ne joue pas avec son enfant. Le thérapeute se trouve donc confronté à un effort surmoïque particulier qui nécessite une attention et une présence sans faille, et qui consiste à contraindre l'enfant et soi-même à fabriquer ensemble de l'inconnu. Il ne s'agit pas là d'une relation asymétrique, comme celle qui caractérise le Surmoi parental, où l'un décide ce qui est bien pour l'autre, ou comme celle qui caractérise le cadre psychothérapique classique, le thérapeute pouvant être utilisé comme lieu de projection grâce à sa neutralité. Il ne s'agit pas non plus d'apprendre à un sujet à jouer, comme l'indique Winnicott, mais d'apprendre à l'enfant à jouer avec l'autre, sans qu'il

y ait une intentionnalité de transmission d'un savoir puisque ce qui va être produit est inconnu par les deux partenaires. Nous devons arriver à penser ensemble et à produire de l'inconnu, et dans cet effort, le thérapeute est sous la dépendance du même Surmoi que l'enfant, une partie de son fonctionnement psychique est du même côté que l'enfant face à ce Surmoi.

Le premier temps consiste à refuser de continuer les activités stéréotypées proposées par l'enfant. Il s'agit là souvent d'un temps mutatif : « non, ça tu l'as déjà fait ou on l'a déjà fait, on risque de répéter tout le temps la même chose », et surtout, à la fin de certaines séances, le thérapeute reconnaît qu'aujourd'hui « on n'est pas arrivés à jouer », constatation teintée de déception. Ou encore, au cours d'une séance : « nous n'arrivons pas à faire quelque chose ensemble et nous nous ennuyons », sans que cela s'accompagne forcément d'une proposition d'activité qui aurait alors une valeur trop réparatrice. Ces enfants renâclent à aller vers de l'inconnu si bien qu'il faut y aller à deux. Le récit à deux constitue alors un outil qui permet aux enfants de créer peu à peu des scénarios dans un cadre qui nécessite que le thérapeute accepte d'y faire preuve d'une certaine activité, et d'y être à « égalité » avec l'enfant. Dans ce dispositif, le psychanalyste tient trois fonctions du cadre : la préoccupation au sens bionien du terme, sous la forme d'une aide fournie à l'enfant pour qu'il parvienne à lier ses pensées entre elles; la fonction de jeu avec l'autre et avec les idées; la fonction interprétative, lorsque le matériel est déchiffré comme un rêve².

IV - Une psychothérapie réalisée avec l'aide de l'utilisation de la Ritaline : Simon.

Simon, douze ans, présente une instabilité d'une rare intensité. Au cours des entretiens familiaux, il remue sans cesse, déplace la table avec son pied, fait courir ses doigts sur le dossier du fauteuil puis par terre, étant pratiquement à quatre pattes sans se rendre compte de l'incongruité de la situation, se met les mains dans sa bouche, se tire sur les joues, s'affale sur le fauteuil en tripotant son Tamagoshi, etc. En classe, il n'a aucune attention et n'apprend rien malgré des sanctions inutiles. Il ne sent pas ce que son comportement peut avoir d'inadéquat et estime qu'il a toujours raison. Si on le contredit, il se met à hurler immédiatement, voire à taper. Il prend alors un visage inquiétant de brute épaisse avec un regard haineux. Du fait de son comportement et de ses mauvais résultats scolaires, il a redoublé sa sixième. Puis en cinquième, il est renvoyé de son collège, alors que je le reçois en entretiens familiaux puis en entretiens individuels hebdomadaires depuis un an sans aucun résultat, ce qui est assez décourageant.

Tout d'abord, quelques mots sur l'histoire de Simon. Au moment de sa naissance et dans les années qui suivirent, sa mère, Mme D, présentait un fonctionnement psychique obsessionnel dont elle mesure actuellement l'inadéquation. Elle se livrait à d'incessantes activités de rangement, ne supportait pas la moindre saleté, empêchait son fils d'utiliser certains jeux, se mettait en colère de manière excessive. Simon était un enfant très passif et obéissant, paniqué lorsqu'il se tachait les mains, si attentif à ne pas tomber pour ne pas se salir qu'il a présenté une marche tardive vers dix-huit – vingt mois, alors qu'il ne présentait pas de retard de développement. Mme D ajoute qu'elle n'a jamais joué réellement avec son enfant, et c'est toujours le cas actuellement. L'activité de jeu ne lui convient pas, dit-elle, même si elle a beaucoup d'humour et de dynamisme. Elle préfère passer un moment à discuter. Par ailleurs, Simon ne recherchait pas les câlins.

Les choses se sont fixées, si l'on peut dire, à l'âge de trois ans et demi, lors de la naissance d'un frère, Christophe. À cette période, le mari de M^{me} D lui annonce, en fin de grossesse, qu'il va la quitter car il fréquente une autre femme. M^{me} D est alors en proie à un effondrement dépressif. Elle entreprend rapidement un traitement psychothérapeutique qui, associé à des médicaments, lui permet d'être plus adaptée avec Christophe. Ceci entraîne une jalousie très importante de Simon qui constate que sa mère parvient à jouer avec son frère alors que lui n'a jamais bénéficié de cela.

La situation actuelle est donc catastrophique. Simon vient d'être renvoyé en cours d'année de son collège pourtant fort tolérant. Son père réagit de manière répressive, en lui faisant recopier trois cents lignes, et il pense que son fils doit s'en sortir uniquement « avec de la volonté ». Mme D est épuisée, déprimée par les affrontements perpétuels et l'incohérence gestuelle de Simon qui met la maison dans un désordre indescriptible. De plus, lors d'un week-end « orgiaque », Simon écrase de la banane sur les murs de sa chambre, étale des raisins partout, son copain invité urine sur le lit. La mère, qui a laissé faire, est effondrée. Simon est triste le dimanche soir. On peut dire qu'il a délégué à son camarade le rôle de triompher sur le Surmoi maternel, et que la mère a aussi délégué à Simon la fonction de triompher sur le Surmoi de sa propre mère. En effet, Mme D n'a jamais pu se permettre d'être en désaccord avec sa propre mère et c'est aussi pour cela qu'elle a entrepris un travail psychothérapeutique. Enfin, au cours des séances de psychothérapie, Simon ne fait que bouger, n'a aucune idée, ne parle pratiquement pas, ne dessine pas. Aussi décidons-nous de faire un essai de traitement avec de la Ritaline, essai retardé du fait des réticences du père. Simon devient rapidement beaucoup plus calme, ne se fait plus remarquer dans le nouveau collège qui l'a accueilli. Il a du plaisir à travailler. Surtout il montre rapidement des capacités associatives. C'est donc le moment où il me semble possible de retenter un abord psychothérapeutique sous la forme de la construction d'un récit à deux, dont voici quelques extraits :

Premier récit raconté par Simon peu après le début de la prescription médicamenteuse : « Il était une fois un enfant appelé Maurice (mon prénom). Il montre à un magicien ses capacités de se défaire de chaînes. Le magicien l'embauche comme compagnon de route ». Nous voilà donc partis ensemble...

Récit ultérieur³. Un homme achète une montre dans une brocante parce qu'elle lui rappelait un film où une montre pouvait arrêter le temps. Elle arrêta tous les autres de bouger sauf soi. *C'était donc une montre qui pouvait immobiliser les autres. Il se demanda s'il allait essayer.* Il appuya sur le bouton droit, rien ne se passa. *Il se dit « ça n'arrive qu'au cinéma ».* Mais il essaya d'allumer la lumière, qui ne marcha pas. *« Ce n'était plus lui qui commandait ».* L'homme sursauta de son lit (sic) et se dit « quel affreux cauchemar! ». Mais il trouva une montre qui n'était pas à lui devant son lit. *Il ne savait plus s'il était dans le rêve ou la réalité, avec cette montre.* Mais ça on ne le saura jamais, fin, au lecteur d'imaginer.

Autre récit. Un petit garçon reçoit un stylo à bille pour son anniversaire. Il prend une feuille et il a l'impression que le stylo écrit tout seul. Dessus est inscrit : « je suis le stylo qui ne fait pas de faute ». Le lendemain, il fait une dictée à l'école, parfaite, sans fautes. Il commande ensuite une ampoule pour avoir des idées, comme dans les bulles des bandes dessinées.

Le voilà avec une ampoule qui pense pour lui et un stylo qui écrit pour lui.

Un jour, il se rend compte que l'ampoule est cassée et que c'est lui seul qui a eu ces idées. En tenant le même raisonnement, il jette le stylo mais lorsqu'il rentre chez lui, il trouve le stylo dans sa trousse.

Il n'arrive pas à s'en débarrasser si facilement (je désigne là cette forme de forçage que sont les idées des autres à l'intérieur de soi). Il se dit : c'est incroyable, je crois le mettre dehors et il est toujours dans mes affaires.

Il essaie toutes les techniques possibles pour s'en débarrasser mais le stylo revient dès qu'il tourne le dos.

Il déclare au stylo qu'il peut se débrouiller seul, maintenant.

Le stylo n'est pas content et répond, amer : « donc tu me jettes ». Il tente le garçon en faisant ses devoirs à sa place. Mais l'enfant désire ne plus jamais le revoir, même s'il lui sera difficile de se passer de cette aide.

À la séance suivante, Simon vient volontairement en retard, ajoutant que pour aller au cinéma il aurait été à l'heure. Je commente : « C'est comme avec le stylo et la montre : qui commande l'autre? Qui impose son rythme à l'autre? Peut-être que tu veux me faire sentir ainsi ce que tu as ressenti petit lorsque ta mère t'imposait son rythme? » On peut aussi dire que dans le transfert, Simon me « jette », comme le stylo.

Mais les traces de mode de pensée magique et les thèmes d'influence présents sont-ils seulement en relation avec le forçage parental? On peut aussi comprendre autrement l'apparition de ce matériel, à partir du thème de « l'automate » (la montre, le stylo). L'instabilité psychomotrice est peut-être ressentie par Simon comme une sorte d'automatisme de répétition non contrôlable. Il est possible que l'effet de la Ritaline soit perçu de la même manière, comme un « automatisme d'apaisement » à l'intérieur de lui, lorsqu'il perçoit l'action du médicament; et le récit à deux est pris au début dans le même registre : c'est le stylo (du thérapeute) qui écrit hors du contrôle de l'enfant. Mais à la différence de l'automatisme « subi » de l'instabilité psychomotrice, Simon peut tenter de symboliser, par le récit, l'action de la Ritaline à l'intérieur de lui, l'espace thérapeutique qui lui est proposé, et la manière dont la Ritaline et le récit à deux rétablissent une fonction temps et une fonction continuité de pensée.

Les récits suivants nous amènent dans un autre registre.

Autre histoire. Il était une fois deux frères de vingt-quatre ans qui avaient acheté un appartement soit disant hanté.

L'un dit : « je n'y crois pas, je ne suis pas superstitieux ».

Il n'eut pas le temps de finir sa phrase qu'il entendit un bruit venir de dessous le lit. Un rat surgit, revêtu d'un habit blanc lui donnant l'allure d'un fantôme. Un des frères prit un couteau de cuisine et lui coupa la tête. Plusieurs petits rats sortirent de son corps, coururent dehors et furent écrasés par des voitures. En fait, tous les petits rats étaient collés ensemble, ce qui donnait la forme d'un gros rat. Lorsqu'on coupe la tête, ils se dispersent, et se font écraser parce qu'ils ne voient plus étant donné qu'ils ne sont plus reliés au rat qui formait l'œil.

Autre récit. Il était une fois un chien à deux têtes, une devant, une derrière, qui se promenait dans la rue. Une des têtes voulait aller à la boulangerie, l'autre à la charcuterie.

Chaque tête tirait dans son sens si bien que le chien ne bougeait pas.

Les deux têtes se regardent.

Chacun se dit : « si j'étais libre de mes mouvements »

Les deux chiens se mettent d'accord pour aller d'abord à la boulangerie puis à la charcuterie. Mais ils trébuchent sur une lampe magique. Il faut la froter avec sa patte et un génie sort qui leur donne droit à un seul vœu.

« On veut être séparés ».

Sans hésiter, et ils sont séparés, ils sont deux chiens libres.

Comme pour les rats, on est face à une séparation à partir d'un corps unique, mais au lieu que chacun s'éparpille et se fasse écraser, Simon trouve une autre solution.

Simon : Les deux chiens se regardèrent en même temps et se dirent « c'est mieux comme ça ».

Ils avaient chacun leur derrière à eux.

Ils vont séparément en boulangerie et en charcuterie.

Allaient-ils enfin vivre chacun pour soi?

Une fois leur festin fini chacun de leur côté, ils se retrouvèrent sur la place et l'un dit « quand même, mon ami, tu me manques ». Le premier dit « ce n'est pas parce que notre corps est divisé en deux que notre amitié aussi est divisée en deux », et ils repartent contents tous deux chez eux.

Dans une histoire ultérieure, les chiens relient leurs deux maisons par un tunnel, ce qui leur permet de se retrouver et d'être heureux, tout en ayant un domicile séparé. On voit donc apparaître un nouveau mode de séparation et de limite qui est le tunnel, au lieu du collage total par le corps (comme les rats) ou par les fesses (comme les chiens).

Séance se situant peu avant la terminaison de la psychothérapie : apparition du câlin. Ce jour, Simon n'a pas d'idée après dix minutes de réflexion. Tout se passe bien chez lui, pour le moment. Je lui propose la phrase suivante.

Il était une femme qui venait d'avoir un bébé et qui le tenait contre elle.

Simon réfléchit, et pour la première fois, il entre dans l'histoire sur un rythme lent. « Le bébé n'arrêtait pas de pleurer ».

Sa mère se mit alors à le bercer.

Simon réfléchit beaucoup pendant cinq minutes, puis : "... en lui chantant une berceuse qu'on lui chantait quand elle était petite. »

Le bébé, enveloppé par la musique, se calma.

Sa mère le posa dans un endroit pour qu'il puisse dormir et elle resta à côté de lui.

Il s'endormit car il sentait la présence de sa mère pas loin. Cette dernière lisait tranquillement un roman.

Le père de l'enfant arriva, embrassa son fils et sa femme. Le bébé se réveilla et regarda autour de lui et vit le monde réel.

Ca lui allait.

Sa mère approcha de lui et le pris dans ses bras. Son père arriva et le prit à son tour dans les bras.

Le bébé souriait en regardant l'un puis l'autre.

Ceci dura deux minutes. Au bout de deux jours, la famille au complet, quitta la maternité et rentra dans sa propre demeure.

Dans cette scène un peu « à l'eau de rose », deux éléments apparaissent : le câlin et la constitution d'un couple uni autour d'un enfant, c'est-à-dire l'inverse du maternage et du divorce vécus par Simon.

À la fin de la psychothérapie, Simon va bien, a acquis le sens de l'humour, peut se lier de manière adéquate avec les autres. Sa moyenne est de quatorze sur vingt à l'école. Lorsqu'il a tendance à redevenir agité, il s'en rend rapidement compte et peut alors se contrôler. La dose initiale de Ritaline a pu être diminuée des deux tiers au bout d'un an de psychothérapie.

Lorsqu'il a dix-neuf ans, il donne de ses nouvelles. Il a arrêté le traitement médicamenteux sans difficulté, a passé son baccalauréat avec mention, fait actuellement des études supérieures, et il a de nombreux camarades. Il demeure craintif par rapport à son père très autoritaire. Cependant, depuis qu'il est majeur, il n'est plus obligé d'aller chez M. D à des moments fixes et obligatoires, et par conséquent, il se sent moins sous son emprise.

Nous ne développerons pas ici les nombreux thèmes qui traversent ces récits : la manière dont est ressentie par Simon l'emprise de sa mère sur son corps et sur son psychisme; la question de la dépendance; celle de la symbolisation des limites (l'objet est-il à l'intérieur de soi ou à l'extérieur de soi? D'où vient le mouvement, qui le commande?); l'apparition du « merveilleux » en référence aux travaux de E. PICKLER (cités par M. DAVID, 1997) et de D. MELTZER (1985), la présence récurrente du thème du double (deux magiciens, deux frères, deux chiens). Ce que nous voulons essentiellement souligner, c'est comment l'utilisation de la Ritaline a permis qu'une capacité de fantasmer et d'associer se mette en route chez cet enfant.

On constate qu'il existe une sorte d'indécidabilité plus ou moins confortable concernant l'origine du mieux-être des enfants pris ainsi en charge. Parce qu'une psychothérapie est plus vivante qu'une molécule, demande plus d'efforts partagés, on aimerait lui donner la préséance et considérer la Ritaline comme seulement un appoint. En réalité, nous pouvons simplement constater que nous formons un couple indissociable, un peu contre nature, mais nous avons appris à cohabiter avec ce psychotrope. D'après un travail récent, il semble que l'association Ritaline-psychothérapie donne de meilleures chances d'évolution favorable que chacun de ces traitements proposés séparément (SAIAG M.C., 2001). Pour notre part, nous considérons que notre pratique et nos connaissances vont encore beaucoup évoluer dans les années à venir et que nous penserons probablement différemment certains points développés ici.

maurice berger
chu saint étienne de bellevue,
service de pédopsychiatrie - pav. 20
42055 saint étienne CEDEX 2
France
maurice.berger@chu-st-etienne.fr

Références bibliographiques

- BERGER M. (1999), *L'enfant instable. Approche clinique et thérapeutique*, Paris, Dunod, 151 p.
- DIATKINE R., DENIS P. (1985), « Les psychoses infantiles » in LEOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 2, p. 187-224.
- DIATKINE R. (1995), « Les psychoses infantiles, en dehors de l'autisme infantile précoce », in LEOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 2, p. 1297-1313.
- DAVID M. (1997) « Activité spontanée et fonctionnement mental préverbal du nourrisson », in *Que sont les bébés devenus?*, Collection Mille et un bébés. Editions ERES, p. 61-81.
- FENICHEL O. (1953), *La théorie psychanalytique des névroses*, Paris, PUF.
- GAUTHIER J.M. (1999), *Le corps de l'enfant psychotique*, Paris, Dunod.
- MASSIE H., SZAJNBERG N., BRODY S. (1998), L'évolution de six enfants hyperactifs de la naissance à l'âge de 30 ans : études psychanalytiques. Exposé fait à la journée d'études franco-américaines du Centre Alfred Binet.
- MELTZER D., (1985), L'objet esthétique, *Revue française de Psychanalyse*, 5, p. 1385-1389.
- ROUSSILLON R., La métapsychologie des processus et la transitionnalité, *Bulletin de la Société Psychanalytique de Paris*, n° 35, p. 1-144.
- SAIG, M.C., 2001, Traitement par le Ritaline, in *L'Hyperactivité infantile*, Paris, Dunos, 151-154.
- SMADJA.C. (1998), Le fonctionnement opératoire dans la pratique psychosomatique, *Revue française de Psychanalyse*, LXII, 5, p. 1367-1440.
- SZWEC G. (1993), Les procédés autocalmants par la recherche répétitive de l'excitation. Les galériens volontaires, *Revue française de Psychosomatique*, 4, p. 27-51.
- SZWEC G. (1995), Relation mère-enfant machinale et procédés autocalmants, *Revue française de Psychosomatique*, 8, p. 69-89.
- SZWEC G. (1998), La vie, mode l'emploi, *Revue française de Psychanalyse*, LXII, 5, p. 1505-1517.
- WINNICOTT D.W. (1962), Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant, in *Processus de maturation chez l'enfant*, tr. fr. Paris, Payot, 1970, p. 9-18.

Notes

1. Il ne nous est pas possible de détailler ici les autres travaux que nous avons pris en compte dans notre travail, dont ceux de J. Berges. Ajoutons que le deuxième temps de cette recherche est actuellement en cours.
2. Nous remercions A. CAREL d'avoir attiré notre attention sur ce triple niveau.
3. Les phrases en italique sont prononcées par le thérapeute.