



HAL
open science

Surmoi et destin du surmoi chez la mère de l'enfant en situation de handicap mental

Giovanni Rossi

► **To cite this version:**

Giovanni Rossi. Surmoi et destin du surmoi chez la mère de l'enfant en situation de handicap mental. Psychologie. Université Nice Sophia Antipolis, 2013. Français. NNT : 2013NICE2030 . tel-00952971

HAL Id: tel-00952971

<https://theses.hal.science/tel-00952971>

Submitted on 28 Feb 2014

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

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



Thèse

En vue de l'obtention du :
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Spécialité : Psychopathologie clinique
Laboratoire : LIRCES

Présentée et soutenue par :

ROSSI GIOVANNI

**« Surmoi et destin du Surmoi chez la mère de
l'enfant en situation de handicap mental »**

Thèse dirigée par Monsieur le Professeur Jean-Michel Vives
Université de Nice-Sophia Antipolis

Jury :

Thierry Bisson, Maître de Conférences, Habilité à Diriger les Recherches, « *Université Nice Sophia Antipolis* », Président du jury

Giovanni Guerra, Professeur, « *Université de Florence* », Rapporteur

Marie Jecic, Maître de Conférences, Habilitée à Diriger les Recherches, « *Université Paris XIII* », Rapporteur

Jean-Michel Vives, Professeur « *Université Nice Sophia Antipolis* », Directeur de la Recherche

Membre invité :

Claude Miollan, Professeur émérite, Université Nice Sophia Antipolis.

12 Octobre 2013



« Ce dessin a été réalisé lors d'un bilan au SESSAD par une jeune fille de 9 ans. Il semble bien montrer de manière imagée ce que nous développons dans notre travail de thèse. À savoir l'expression d'un Surmoi féminin maternel archaïque qui vient destituer le Surmoi paternel œdipien. Elle dessine sa « grande famille », sa mère est au centre, toutes ses sœurs sur la même ligne que sa mère, elle et le père en retrait. Toutes les filles ont des pères différents, la mère nous dira en entretien ne pas en avoir besoin, car ils servent seulement à la conception. Le père de la jeune fille a été rajouté la séance suivante entre la mère et la fille (sur son dos). Détail important, après le dessin, la jeune fille nous indique s'être trompée car en réalité son père est chauve alors que dans le dessin il apparaît avec les cheveux longs. La longue chevelure, signifiant féminin semble s'être déplacé sur le père. La mère cheveux courts, signifiant masculin (dans le dessin et dans la réalité) occupe une place de mère toute puissante. La jeune fille dit d'elle-même être un garçon manqué. »

RÉSUMÉ

« Surmoi et destin du Surmoi chez la mère de l'enfant en situation de handicap mental »

La clinique de l'enfant en situation de handicap est une clinique très complexe. Les défenses psychiques mises en place par les familles et plus particulièrement par les mères pour faire face à la souffrance engendrée par le handicap rendent les relations transférentielles très difficiles à mettre en place. Les principales observations mettent en évidence des faits cliniques qui apparaissent avec une certaine fréquence dans la plupart des familles : **omniprésence de la mère** autour de la prise en charge de l'enfant et **disparition du père** symbolique du dispositif familial. L'absence de tiers paternel qui est sensé **symboliser la métaphore œdipienne**, entraîne une **attitude de la mère ambivalente** à la suite de laquelle l'enfant devient une sorte d'**objet de jouissance** à l'instar du fétiche pour le pervers. Sans altérité, sans tiers, **faire le deuil** du diagnostic devient bien souvent impossible et cela entraîne souvent un **déni** du handicap accompagné de l'**apparition d'un discours teinté de persécution et d'une rivalité** entre les différentes personnes qui gravitent autour de l'enfant et les mères. À l'instar de l'enfant unique qui, à la naissance d'un petit frère, peut régresser psycho-affectivement (ex : il était propre, il redevient sale) **la mère** à la suite du traumatisme engendré par l'annonce du handicap **subirait une régression psychique causée par l'effondrement de l'idéal que l'enfant en situation handicap mental produit chez la mère**. Cette thèse veut démontrer que ces attitudes sont, selon nous, le fruit d'un bouleversement principalement surmoïque. Nous avons voulu aborder cette thèse sous l'angle du Surmoi car nous pensons qu'aucune clinique comme celle de l'enfant en situation de handicap ne nous confronte autant à cette notion de critique, censure et jugement pour départager le normal du pathologique.

Nous avons émis l'hypothèse que suite à l'annonce du handicap, **la mère normalement pacifiée par le Surmoi paternel œdipien** (le Surmoi Freudien), **basculerait dans un positionnement surmoïque pré-œdipien** (le Surmoi Lacanien et Kleinien). À travers une étude du concept de Surmoi et la mise en lien avec le féminin nous nous proposons, par le biais de cette thèse, de faire des liens entre la clinique et la théorie. Plusieurs vignettes cliniques viendront étayer nos propos et in fine, nous décrirons notre démarche clinique thérapeutique qui vise à la ré-introduction du tiers paternel symbolique et de permettre à la mère de faire le chemin inverse.

Mots clés : Surmoi, fétiche, inconscient, handicap, mère, femme, Surmoi, satisfaction, désir, enfant, objet, frustration, psychose, perversion, manque, phallus, identification, regard et stade du miroir.

« À Giulian, mon fils, pour qu'il soit fier de son père, comme moi je le suis de son grand-père»

Remerciements

C'est depuis Décembre 1996 que je suis en France, après avoir passé les vingt-deux premières années de ma vie en Italie, là où je suis né. Cette thèse est pour moi l'aboutissement de ce long parcours, de ce chemin en pente montante qui a été aussi riche que difficile et qui m'a permis de gravir toutes les marches à partir de la première, l'apprentissage de la langue française à des cours du soir au GRETA, jusqu'à cette dernière année de doctorat.

Au delà de toutes les compétences théoriques acquises, des diplômes, et de la reconnaissance professionnelle obtenus, qui sont certes importants, l'enseignement le plus important de tout ce parcours, celui que je retiens le plus, est le suivant : seul je ne serai jamais arrivé là. J'ai appris, et cette thèse en est une preuve supplémentaire, que seuls nous ne pouvons arriver nulle part, nous avons constamment besoin des autres pour atteindre nos objectifs, pour grandir humainement et professionnellement. C'est justement à tous ces « autres » que je veux rendre hommage par ces quelques lignes. Les proches et les lointains, la famille et les collègues, les personnes en situation de handicap et leur famille sans qui, je me répète, ce travail n'aurait jamais été possible.

Je dédie cette thèse également aux personnes qui par destinée ou obligation se sont retrouvées seules à affronter la vie

Je remercie toute ma famille et ma belle-famille, et plus en particulier, Laetitia et notre fils Giulian, merci pour tous vos sacrifices, qui nous ont coûté tellement cher.

Je remercie toutes les personnes en situation de handicap que j'ai rencontrées dans ma carrière professionnelle, d'abord en tant qu'animateur, puis en tant qu'éducateur d'internant, puis éducateur sportif et ensuite en tant que psychologue, chacun d'entre eux m'a appris quelque chose de sa souffrance et m'a permis de grandir et de devenir peut-être un clinicien moins maladroit et un homme meilleur.

Je remercie le Sujet Supposé Savoir, sans ces séances, sans son soutien point de salut.

Je remercie mes amis Jérôme, Laurence, Sonia et Amélie, lecteurs patients et engagés qui se sont succédé au cours de ces années de thèse afin de corriger l'orthographe, la syntaxe et la grammaire d'une langue qui parfois demeure encore à mes yeux mystérieuse et compliquée.

Je remercie mes collègues de travail, tous ceux que j'ai eu la chance de côtoyer mais plus en particulier les professionnels de l'IMED Bariquand-Alphand, et l'équipe du SESSAD qui m'ont aidé par leurs remarques, par leurs doutes me concernant, par leurs prises de position, parfois dures, à construire ce travail. Je tiens à remercier en particulier Sonia, pour la confiance qu'elle m'a toujours accordée au cours de ces années (Je sais... ça ne vaut pas une médaille mais bon c'est un début). Je remercie Magdi et sa « sagesse soudanaise » qui m'a beaucoup aidé à prendre du recul dans les situations les plus difficiles. Je remercie ma voisine de bureau, Amélie pour ses remarques percutantes ; son intelligence remarquable et pour sa passion dans le travail que nous menons ensemble sur l'Atelier imaJE, et in fine je remercie Marie pour le soutien qu'elle m'a accordé dans des moments difficiles.

Je remercie les membres du jury de me faire l'honneur de leur présence.

Merci à Monsieur le professeur **Jean-Michel Vives**, sans vous je ne serai jamais arrivé jusqu'ici, vous m'avez toujours supposé la capacité d'écrire une thèse, notamment dans les moments les plus difficiles. Vous avez été là pour m'amener beaucoup plus loin que ce que je pouvais imaginer.

Merci à Monsieur **Thierry Bisson**, qui avait déjà été dans mon jury lors du Master 2 recherche, et m'avait chaudement invité à continuer ce travail à travers une thèse. Cela me semble logique qu'il soit encore présent afin qu'il puisse voir le fruit de son encouragement.

Grazie al Professore **Giovanni Guerra**, sono onorato che nella mia giuria ci sia un compatriota di questo spessore scientifico, e non avrei mai potuto sostenere una tesi senza un rappresentante della mia patria.

Merci à Madame **Marie Jecic**, dont le hasard a voulu que j'assiste à l'habilitation à diriger des recherches, peut-être un signe pour moi pour une suite éventuelle de ma carrière.

Merci à Monsieur le Professeur émérite **Claude Miollan** d'avoir accepté mon invitation, je m'excuse de vous avoir sorti l'espace d'une demi-journée de votre paisible et bien méritée retraite. Je crois que depuis le premier jour de thèse, j'avais une idée fixe dans la tête : que vous soyez présent à ma soutenance, vous êtes la personne qui m'a donné envie de faire ce travail et pour ça je vous serai toujours reconnaissant.

Préambule

Chacune des pages qui vont suivre tout au long de ce travail sont issues du langage, du langage de l'inconscient qui est celui propre aux êtres parlant et dont nous suivons les traces depuis le départ dans les récits de familles et de jeunes patient dont nous assumons la charge, ô combien compliquée. Soyons clairs et pour éviter toute confusion au lecteur, il nous semble important d'affirmer que dans l'inconscient structuré comme un langage, il n'y a pas de sujet handicapé, déformé et comme le disait Françoise Dolto, « *La structure n'est pas le sujet. Le sujet habite la structure. Il ne faut pas confondre la maison et son habitant*¹. »

Par la mise en lien de la parole, la leur, celle de mes collègues, celle de mes référents théorico-cliniques et la nôtre, nous allons essayer d'écrire une histoire. Cette histoire, s'écrit à partir des cris de souffrance mais parfois aussi des cris de joie, d'étonnement, des enfants, adolescents, jeunes adultes et des familles que nous rencontrons dans le cadre de notre travail en tant que psychologue clinicien à l'Institut Médico-Educatif « Bariquand-Alphand » à Menton. C'est une histoire qui s'articule autour d'un traumatisme, le handicap mental qui représente bien souvent ce réel qui ne peut pas se dialectiser, ce point de départ d'une histoire faite de souffrances, d'angoisses et d'incompréhensions, de rejet, d'impossible intégration.

Elle s'écrit aussi à partir d'histoires de vie parfois tellement difficiles au point de paraître invraisemblables, générant chez les uns et chez les autres des comportements absurdes, défiant toute logique. Et pourtant...

In fine, en essayant de tendre vers une approche analytique, c'est à partir des lapsus, des mots d'esprit, des ratés, des actes manqués accomplis à un moment donné par tous les protagonistes de cette histoire de la vie, de ce travail de thèse, nous y compris, que nous a été donné le moyen de découvrir avec étonnement une clé d'accès à ce flux de paroles qui mène aux trésors du signifiant.

Ce travail est aussi le fruit subjectif de l'écoute de cette parole, celle du clinicien que nous sommes, qui se doit de remettre en cause ses acquis, ses connaissances, ses a priori chaque jour et qui doit apprendre que tout jugement, aussi juste soit-il, n'est rien d'autre qu'une réponse orpheline à toute question autour du symptôme. Ce que nous avons appris pendant ces dix années qui nous ont conduit du Deug 1 au doctorat, c'est

¹ Source internet, J. Rouzel, <http://www.psychasoc.com/Textes/Psy-chose-toujours>

que l'être humain parle et que sa parole rate, qu'il n'est jamais là où on l'attend et parfois il suffit de lui supposer un tout petit savoir pour qu'il s'en saisisse et pour le faire basculer de la position d'objet de la jouissance à celle de sujet de l'inconscient. En acceptant de devenir sujet, et donc responsable de cette position, le sujet accepte enfin le fait d'être coupé, castré, manquant, mais il en gagne cette capacité incroyable de pouvoir en dire quelque chose, de parler et d'être parlé.

Ce travail de thèse n'aurait pas été possible sans ces sujets qui tant de fois se sont positionnés ou ont été positionnés en tant qu'objet du désir de l'autre et qui parfois, prisonniers du réel trop envahissant, n'ont rien pu faire d'autre que de plonger dans l'abîme. Nous avons dû en assumer les conséquences et nous rendre compte que le Réel a, malgré tout, toujours le dernier mot. Nous avons appris dans les rencontres cliniques que nous sommes libres de dire ce que nous voulons, à partir du moment où nous sommes capables d'en mesurer les conséquences. C'est ça notre travail, un perpétuel ajustement de l'écoute de la parole de l'autre et une mise en place d'hypothèses tantôt confirmées tantôt infirmées.

Nous avons aussi appris pendant ces années de thèse que l'efficacité thérapeutique, celle que les sujets veulent, celle que les parents demandent, celle que notre société ambitionne de nous vendre bientôt en pharmacie et que nous-même (enfant de cette société) avons cherché longtemps, en réalité, n'existe pas, c'est un leurre, un écran, un voile qui cache le symptôme, qui essaie de le taire au lieu de le faire parler, de le rééduquer au lieu de l'entendre et de l'accepter dans sa différence. Dans le sens où il n'y a pas de recette miracle, de potion magique qui puisse permettre aux sujets de notre clinique de faire disparaître leur souffrance. Comme disait Freud : « *comme le fétiche, le trait de caractère, dans les cas heureux, disparaît à l'analyse et là, véritablement, «de surcroît* » », à condition de ne pas en faire une fin en soi.

Mettre la guérison au deuxième plan n'a pas été simple, l'entourage familial de jeunes patients, l'institution, les collègues nous poussent sans cesse dans ce sens, et la jouissance est là, nous guette, prête à bondir à chaque faux pas que nous faisons. Il y a comme une sorte de pression de l'entourage qu'il faut « tenir » dans le but de faire parler les symptômes sans se laisser envahir par l'angoisse. Heureusement nous ne sommes pas seuls face à cette tâche.

² S. Freud, (1937) « *Analyse terminée, analyse interminable* », N° 1, vol 39 de la Revue française de psychanalyse, Paris , éd. PUF, 1975, p. 500

Table des matières

I) Introduction.....	11
II) Le cas de Sylvie.....	12
III) Problématique.....	23
IV) Le Surmoi et ses moyens d'expression dans la clinique de l'enfant en situation de handicap.....	25
V) Plan de travail.....	33

Partie 1

Étude longitudinale du concept de Surmoi de Freud jusqu'aux nouveaux développements contemporains.

1.1) Genèse et évolution du concept du Surmoi chez Freud.....	35
1.2) Le Surmoi chez les post-freudiens.....	81
1.3) Le Surmoi chez Mélanie Klein.....	87
1.4) Le Surmoi chez Jacques Lacan.....	93
1.5) Le Surmoi dans les textes psychanalytiques de la littérature anglo-saxonne.....	99
1.6) Nouveaux développements.....	102

Partie 2

Le Surmoi et le féminin

2.1) Introduction.....	106
2.2) Freud et le Surmoi féminin.....	107
2.3) Le Surmoi, le féminin et le masochisme.....	113
2.4) Que veut la femme ? Que veut la mère	118
2.5) Le vouloir femme.....	127
2.6) La femme, la castration et le phallus.....	137

2.7) De la mère idéale à la femme objet du désir.....	150
2.7a) La position freudienne.....	153
2.7b) La position lacanienne.....	158

Partie 3

Surmoi et fétiche

3.1) La relation mère/enfant/phallus/fétiche.....	172
3.2) Castration, Privation et Frustration.....	174
3.3) Le fétichisme.....	178
3.4) La perversion et le fétiche.....	186
3.5) Les liens entre la Chose (Das ding) et le Surmoi.....	196
3.6) Genèse de la perversion.....	201
3.7) La méduse.....	208

Partie 4

Perspectives théoriques pour des prises en charges efficaces

4.1) De la sidération à la lumière.....	221
4.2) L'étonnement.....	225
4.3) Les trois Surmoi.....	229
4.4) La démarche artistique comme dévoilement d'un autre regard et d'une autre écoute.....	239
4.5) Le cas de Steven dit Stevy.....	248
4.5a) Atelier autour de la table.....	255
4.5b) Protocole sucette.....	258
4.5c) Extraits de séances.....	260
VI) Conclusion et perspectives.....	276
VII) Bibliographie.....	282

I) Introduction

Nous travaillons auprès d'enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un handicap mental et/ou physique depuis 1995, ceci en occupant tour à tour différentes positions professionnelles, animateur, éducateur d'internat, éducateur sportif et in fine psychologue clinicien. Nous avons donc occupé transférentiellement, d'abord en tant qu'éducateur puis en tant que psychologue clinicien, le rôle du référent parental, d'ersatz de père, de mère, ou de grand frère pour les jeunes qui ont croisé notre chemin et qui ont bien voulu nous faire suffisamment confiance pour nous donner ce rôle. Nous avons rencontré des familles en grande souffrance face au handicap de leur enfant, des familles honteuses, résignées, en colère, dépressives, ayant parfois perdu contact avec la réalité. C'est sans doute ce cheminement, ces rencontres faites pendant ces années, qui nous ont premièrement formé à l'écoute de l'être humain en souffrance et deuxièmement nous ont conduit à nous intéresser à ces liens forts et/ou fragiles, sains ou pathologiques qui naissent et existent au sein d'une famille.

Parmi les relations qui se tissent au sein d'un noyau familial celle qui nous a le plus interrogé est la relation entre une mère et son enfant. Ce lien incroyablement fort qui se tisse entre eux est celui que nous voulons travailler, analyser de manière précise dans cette thèse. Nos rencontres cliniques nous ont appris à quel point un handicap chez l'enfant peut avoir de conséquences au sein de la famille et plus particulièrement chez la mère.

De nombreuses rencontres nous ont marqués profondément au cours de notre jeune carrière, mais nous allons en présenter une en particulier qui introduira notre recherche et pourra nous permettre de montrer aux lecteurs quels sont les aspects que nous voulons travailler. Cette rencontre a eu lieu il y a 6 ans, au tout début de notre carrière de psychologue. Nous allons la décrire dans le prochain paragraphe car elle nous semble prototypique de toutes les autres rencontres que nous avons eues par la suite et qui questionnent toujours, au sein de la relation mère/enfant, la notion de normalité et de pathologique et que nous mettons en lien avec le Surmoi. Nous allons vous expliquer pourquoi nous faisons ce lien dans les pages qui suivent.

II) Le cas de Sylvie

« Autrui est par principe celui qui me regarde, et la question concerne seulement le sens de ce regard³ »

En 2006, nous occupions un de nos premiers postes en tant que psychologue clinicien au sein d'un S.A.A.A.I.S⁴, service qui s'occupe de permettre à des jeunes enfants aveugles de rester intégrés dans le milieu ordinaire. Dès le départ, nous travaillions dans un service dont la tâche principale est de permettre l'intégration de l'enfant dans son milieu ordinaire. Il s'agit en quelque sorte de « *normaliser* » au maximum les compétences scolaires et sociales de l'enfant de manière à faire en sorte qu'il puisse se fondre dans la masse. La réalité clinique de terrain nous a montré et nous montre toujours qu'il est bien souvent utopique de vouloir intégrer un enfant porteur d'un handicap mental dans une société essentiellement axée sur la performance et la réussite sociale. Ceci n'est pas le propos de cette thèse mais nous allons tout de même citer quelques situations cliniques qui montrent, cette difficulté et cette impossible identification entre l'enfant « *normal* » et l'enfant porteur d'un handicap.

Au S.A.A.A.I.S, notre clinique était celle que nous pourrions nommer la clinique de la déficience visuelle ou de l'aveugle. Nous assurions à l'époque le suivi de huit enfants atteints à différents degrés de déficience visuelle. Parmi ces suivis, un en particulier a retenu notre attention.

Parfois (au cours de notre chemin), il nous arrive de faire des rencontres qui changent notre vie, ou plus simplement notre façon de voir le monde, c'est exactement ce qui nous est arrivé à l'occasion de la rencontre avec une petite fille de 6 ans que nous appellerons ici, Sylvie.

Le paradoxe, que nous rencontrons régulièrement dans notre clinique, réside dans le fait que c'est souvent la clinique qui nous fait avancer, qui nous fait changer de façon de voir le monde, alors que c'est le thérapeute qui devrait introduire un changement chez le patient, l'inverse est vrai aussi. C'est une petite fille aveugle qui va changer notre

³ M. Safouan, in Dix conférences de psychanalyse, Paris, éd. Fayard, 2001, p.53-72

⁴ Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire

façon de voir, qui va nous permettre de nous poser des questions qui jusque là n'avaient pas pu être posées et qui va nous mettre au travail d'élaboration psychique qui nous a conduit à cette thèse de doctorat. Nous la remercions au passage.

Il s'agit vraiment d'un point d'origine, du point de départ, de la genèse de notre question. C'est toujours dans l'impasse, que des nouvelles problématiques surgissent et que la recherche clinique avance.

Nous avons suivi Sylvie pendant huit mois environ, il s'agit d'une petite fille très vive, intelligente et ayant un vocabulaire et une capacité d'élaboration assez impressionnants. Il est vrai que souvent les enfants aveugles, pour compenser leur cécité, développent d'autres capacités dont, notamment une intelligence verbale et une mémoire sémantique qui vont largement au-delà de la moyenne. Comme si, inconsciemment, le fait de ne pas voir, ni de se voir vu, poussait ces enfants à développer davantage leur capacité à être entendus et à entendre. Peut-être, est-ce ce que J. Cabassut appelle « *la voix qui se voit (et s'entend)*⁵», qui se manifeste davantage compte tenu d'un fonctionnement défaillant de la vue. La clinique nous montre toujours que le sujet qui manque essaye toujours de combler ce qu'il n'a pas, souvent par quelque chose d'autre, ceci s'exprime particulièrement bien auprès des enfants porteurs de handicap mental qui sont d'emblée vus et « parlés » comme des sujets manquants qu'il faut à tout prix combler.

Sylvie est presque aveugle car elle n'a que des perceptions lumineuses et n'arrive à reconnaître quelques couleurs qu'avec beaucoup de difficultés. Elle a subi plusieurs greffes de cornée qui ont échoué. Aujourd'hui, elle présente ce que les professionnels appellent une buphtalmie. Ses yeux, suite à plusieurs opérations et infections, semblent sortir de leur orbite et une couleur jaunâtre indéfinissable est prépondérante dans son regard. Le transfert se met en place rapidement, car ayant l'habitude de travailler avec des déficients sensoriels ayant des malformations du visage (cf. cas de Sabrina, adulte sourde ayant une grave malformation du visage⁶), notre regard ne fuit pas le sien, reste neutre et bienveillant tant qu'il peut malgré des yeux qui sont sans doute assez impressionnants pour le néophyte.

Le fait le plus marquant chez Sylvie est qu'elle ne donne pas à voir ses yeux, elle

⁵ J. Cabassut, « *Le déficient mentale et la psychanalyse* », Nîmes , éd. Champs Social, 2005, p.47

⁶ Giovanni Rossi, Rapport de stage et analyse institutionnelle du Foyer Apraxine dans le cadre du Master II professionnel Psychopathologie clinique, sous la direction de M. Miollan, université de Nice Sophia Antipolis, 2006, p.33

les cache.

Pour ce faire, elle porte toujours de jolies lunettes de soleil roses, qu'elle n'enlève jamais. Elles ne semblent pas être des lunettes classiques d'enfant, mais plutôt des lunettes de Barbie suffisamment atypiques pour attirer le regard des autres sur elles et sur Sylvie. Nous pensons en l'observant qu'elle se protège du regard des autres et elle les protège du sien. Elle ne se donne pas en spectacle tel un phénomène de foire, il n'y a pas « dé-monstration » du symptôme, ni dans ses actes, ni dans son discours. Au lieu de montrer, elle cache, elle voile et par conséquent, paradoxalement nous ne voyons plus que ça. Comme souvent les sujets exhibent ce qu'ils cachent. Cacher le côté monstrueux avec ces lunettes c'est un peu la métaphore de ce qui se passe dans notre clinique actuelle et dans la société en général, clinique dans laquelle la volonté de vouloir taire le symptôme à tout prix, ne fait que le rendre davantage visible. Intégrer à tout prix un enfant en situation de handicap mental dans une école ordinaire, n'est que le reflet de cette volonté parentale et sociétale de taire la différence, faire disparaître le sujet dans son unicité.

Fait extraordinaire qui se vérifie quasiment tout le temps, Sylvie semble savoir quand nous la regardons, les aveugles d'ailleurs savent en général quand nous les regardons même sans nous voir.

Nos séances s'articulent principalement autour de jeux, de dessins et de marionnettes. Souvent, Sylvie dessine des gribouillages et nous demande par la suite de deviner de quoi il s'agit. Elle interpelle par là notre regard, notre façon de la voir, éventuellement de la juger. Cette question qui tourne autour du jugement est omniprésente dans ce type de clinique, comme si les enfants porteurs de handicap réclamaient sans cesse une vérification de leur image dans le regard de l'autre. Comme si quelque chose au niveau du Stade du miroir n'avait pas fonctionné correctement. Un jugement qui est bien souvent négatif, stigmatisant, pointant l'anormalité, les enfants handicapés le savent et par conséquent demandent sans cesse une reconnaissance chez l'autre à travers leurs actes et leurs paroles. Le mot jugement nous met d'emblée du côté du Surmoi.

Ce regard, celui que nous posons sur Sylvie est-il bienveillant ? Est-il inquisiteur ? L'accepte-t-elle ? Elle est étonnée d'ailleurs de voir que nous ne devinons pas, que nous ne reconnaissons pas le contenu de ses œuvres, qu'il y a un décalage entre notre façon

de voir le monde et la sienne.

Sylvie continuera à faire ses dessins, en percevant notre mal-être, jusqu'au jour où, courageusement nous lui ferons remarquer qu'il ne suffit pas de bien voir pour comprendre ce que l'autre veut nous donner à regarder.

Jusqu'au jour, où nous enlèverons notre propre masque compatissant qui vise à protéger, voire à surprotéger, l'autre comme si nous voulions le réparer en dépit de son désir et de sa volonté. Ce que montre Sylvie c'est une volonté farouche de nous faire voir qu'elle n'est pas là où nous voudrions qu'elle soit, elle n'est pas là où nous l'attendons, elle ne se plie pas à notre désir de conformisme et de normalité. Le clinicien peu avisé peut d'ailleurs se laisser prendre par cette envie de normalité sociale qui, bien que légitime de la part des parents, ne doit pas à notre avis être l'objectif numéro un du clinicien. Cette normalité objective est vraiment le fruit d'une représentation sociale qui nous voudrait tous identiques et, à notre avis, elle nie la subjectivité inconsciente du sujet.

Pendant plusieurs mois de prise en charge, Sylvie dans ses paroles dans ses dessins et ses jeux est constamment dans la comparaison, dans la rivalité notamment avec sa sœur. La comparaison est selon nous la suite logique du jugement. Si les enfants se comparent entre eux, c'est parce que tout leur environnement (famille, école, amis) n'a de cesse de les comparer. Cette première rencontre aussi marquante de notre carrière professionnelle nous a confronté d'emblée à cette notion de comparaison que nous avons par la suite retrouvée dans toutes les rencontres cliniques successives.

Le mot comparer signifie selon le dictionnaire : confronter, étudier les rapports entre des choses ou des personnes afin d'en dégager les ressemblances et les différences. Nous avons envie de rajouter qu'à la suite de cette comparaison, plus il y a de ressemblances entre les sujets et plus l'identification entre eux sera facile. La question des ressemblances et des différences, très en lien avec la notion d'idéal et de narcissisme, est très tôt abordée au sein d'une famille ou à l'école, notamment au sujet des enfants, qui pour s'intégrer, doivent très tôt rentrer dans un moule. En écoutant les parents, même en dehors de tout handicap, leur discours concernant leur progéniture tourne constamment autour de cette question, de cette confrontation incessante avec l'autre pour voir si leurs enfants sont conformes ou pas. En réalité, et plus en profondeur, les parents ne confrontent pas leur enfant à celui des autres, mais plutôt leur

propre vision de l'enfant idéal inconscient à leur réalité familiale, et quand l'écart est trop grand le jugement est d'autant plus violent.

Chez Sylvie il semble se mettre en évidence une forte rivalité envers cette sœur « normale » (qui n'a pas de déficience visuelle), Sylvie la surnomme « Bulldozer », nous signalons au passage pour le non-anglophone que *bull* est un mot anglais qui signifie taureau, ce qui nous fait associer et faire le lien avec le buffle et sa pathologie visuelle.

En effet buphtalmie vient du grec « *bous* » qui signifie bœuf et ophtalmie qui signifie œil. De ce mot « *bous* » prennent origine aussi les mots bousculade, boussole ou encore bousiller qui nous semblent être des signifiants très appropriés à cette situation. C'est sans doute une interprétation un peu « Bulldozer », mais dans notre clinique force est de constater à quel point, comme le disait le poète René Char, les mots savent de nous ce que nous ignorons d'eux.

Après plusieurs mois de travail au rythme d'une séance par semaine, pendant lesquelles les choses ne semblent pas tellement bouger, les séances se répétant à l'identique, Sylvie passe ses séances à nous montrer ce qu'elle sait faire et nous demande ce que nous en pensons. Est-ce bien ou pas ? Est-ce beau ou pas ? Nous avons envie de rajouter est-ce normal ou pas ? Elle convoque sans cesse notre jugement.

Un jour nous recevons un coup de fil de la part de la mère, qui nous dit que : « *Sylvie ne va pas bien du tout, à la maison elle est insupportable, elle a des crises de nerf très violentes et pleure pour rien .* » Elle souhaite nous rencontrer pour en discuter. C'est étonnant car à l'école, le comportement de Sylvie est impeccable, sérieuse, souriante, pleine de vie. Cette différence (encore la comparaison) dans le comportement de Sylvie n'est pas un paradoxe mais simplement le fait que son attitude (comme souvent chez les enfants) semble être un symptôme qui s'adresse à sa mère, elle la convoque et d'ailleurs cela fonctionne car elle vient à l'école nous rencontrer.

Dans les prises en charge des enfants handicapés, nous remarquons souvent un comportement asymétrique entre la maison et l'établissement scolaire/institutionnel. Comme si les attentes, n'étant pas forcément les mêmes de part et d'autre, et les mécanismes de défense relationnels mis en place étaient donc différents. Il est d'ailleurs étonnant de voir à quel point certaines mères gèrent mal les progrès de leur enfant. Si l'enfant progresse, il faut un certain savoir-faire pour le dire aux parents, car bien

souvent ces progrès sont suivis par des moments de régression chez l'enfant et/ou par des mouvements de colère ou de dépression chez la mère. Comme si suite au changement de l'enfant (surtout si c'est positif) la mère avait désormais du mal à le reconnaître. C'est très paradoxal, mais il peut arriver lorsque l'image inconsciente que la mère a de l'enfant ne colle pas avec la réalité que ce décalage génère des comportements parfois absurdes de la part de la mère pour réduire cet écart. Ce décalage peut s'interpréter à partir de la dialectique de l'idéal du moi et du moi idéal, nous y reviendrons par la suite, deux instances en lien étroit avec le Surmoi. Par ailleurs, un certain tact est nécessaire lorsque nous annonçons les progrès des enfants aux familles car quand ils progressent à l'institution et pas à la maison, cela a comme effet principal de culpabiliser la mère qui se sent incompétente et mauvaise. Elle se juge et se met très rapidement en rivalité avec l'institution.

Pour en revenir à Sylvie, une fois le téléphone raccroché, une citation de Freud paraphrasé nous vient à l'esprit : « *Mère ne vois-tu pas que je brûle ?* »⁷ Elle prendra tout son sens lors de notre rencontre. Nous la recevons donc avec sa fille et très rapidement nous nous rendons compte qu'il y a quelque chose qui cloche dans son attitude et dans son regard de mère. Nous ressentons un malaise, difficile à expliquer avec des mots mais c'est comme si elle se refusait à envelopper sa fille de son regard, comme si elle ne pouvait la regarder que du point de vue de ce qui ne fonctionne pas chez elle, en dépit de tout le reste. Ce que la mère regarde chez sa fille semble ne jamais être ce qu'elle veut voir.

Cette mère n'arrive pas à poser sur sa fille un regard bienveillant, c'est le type de regard que nous avons envie de définir comme post-œdipien, aimant, apaisant, pacifiant, celui qui assure pour les enfants la fonction pare-excitative qui nous semble manquer. Sylvie semble être incomplète dans le regard de sa mère, ne pas exister, du moins pas dans sa totalité, elle semble ne pas correspondre à une sorte d'image qu'elle, la mère, aurait de la fille idéale. Par conséquent, par ses crises, Sylvie semble lui montrer qu'elle existe, qu'elle est bien là et plus la mère feint de ne pas la voir là où elle est, plus Sylvie redouble d'efforts en posant des comportements déviants. Par conséquent, l'identification entre mère et fille s'avère être difficile et un décalage entre elles semble empêcher une relation psychiquement stable sur laquelle Sylvie puisse s'appuyer pour se construire.

⁷ J. Lacan, (1964) citation de Freud dans « *Le séminaire XI Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* », Paris, éd. seuil, 1973, p.35

La mère est dans un jugement très négatif de sa fille, elle a une sorte de discours dévalorisant à son égard sans forcément s'en rendre compte. Ce qui est vraiment frappant dans ce type de clinique, c'est que les pires atrocités sont dites comme si c'était quelque chose de tout à fait banal. Nous remarquons que la notion d'empathie a tendance à disparaître et que ces mères ne semblent plus se rendre compte de ce qu'elles disent ni de ce qu'elles font.

La mère de Sylvie nous avoue très rapidement que sa fille, plus jeune, la sœur de Sylvie, le Bulldozer, lui ressemble beaucoup, elle est fonceuse comme elle, alors que Sylvie est « *différente* » dit-elle. (Ressemblances et différences!)

Elle nous explique que toute la famille est partie en vacances en Guadeloupe, mais que Sylvie n'a pas participé à ce voyage car elle aurait raté trop de jours d'école, elle nous explique cela avec un certain naturel comme si c'était la chose la plus logique à faire, puisque sa fille a du retard scolaire, il est normal pour elle qu'elle ne rate pas quinze jours d'école. C'est très étonnant de voir à quel point cette mère croit en ce qu'elle dit, elle ne semble absolument pas se rendre compte de ce que cela peut représenter pour une petite fille de 6 ans de voir toute sa famille partir et de rester à « quai. »

Malgré ce « naturel » dans sa façon de nous expliquer ses agissements vis-à-vis de sa fille, nous ressentons en filigrane chez cette mère un mélange de **honte**, de **culpabilité** et des tentatives incessantes pour combler un **manque** chez Sylvie. Nous voyons bien se dessiner le clivage entre les deux enfants qui représentent le bon objet et le mauvais, l'enfant idéal, rêvé et celui cauchemardé. Une force mystérieuse semble pousser la mère fonceuse à enfoncer l'enfant « boiteux » et idolâtrer l'enfant sain. L'image de la mère semble vouloir se refléter et se dire uniquement dans l'image de l'enfant sain.

Par ailleurs, la mère vit une situation difficile car elle est atteinte d'une sclérose en plaque. Bien que diminuée par cette maladie, elle reste malgré tout une femme très avenante, qui semble donner une certaine importance à l'image qu'elle donne d'elle-même aux autres.

Elle évoque très rapidement une sorte de malédiction qui touche sa famille depuis des générations, (elle décrit alors un passé et un présent douloureux où deux membres de la famille se sont suicidés, son grand-père mort du Sida, et un frère schizophrène.)

Aujourd'hui, Sylvie semble être la dépositaire de ce symptôme familial qui fait trace, une sorte de malédiction familiale (mal dit ?) dont elle est héritière. Le discours présente aussi une coloration fataliste, comme si le destin était tracé comme ça, à priori, comme si quelqu'un ou quelque chose lui voulait du mal. Cette perception de l'avenir semble être une défense contre l'angoisse, une façon d'anticiper le malheur de manière à s'en protéger tout en manifestant par la même occasion une volonté inconsciente de nuire à son enfant. Ce passé difficile et cette attitude teintée de persécution sont des constantes dans la clinique de l'enfant handicapé et dans le discours de ces familles.

C'est durant ce récit familial plutôt difficile, plein d'émotion, que l'événement inattendu, mais très signifiant et porteur d'un sens qui nous met sur la piste compliquée du Surmoi, a lieu. C'est ici, que nous nous rendons compte pour la première fois que parfois « *tout n'est que regard*⁸ » et que ce regard peut être très violent voire médusant. Après cette explication du dramatique roman familial auquel Sylvie ne semblait pas accorder d'importance, voilà que la mère commence à énumérer les différences entre ses deux filles, (l'éternel combat entre le normal et le pathologique). Pendant ce récit, soudain Sylvie enlève ses lunettes de soleil (alors qu'elle jouait tranquillement dans un coin de la pièce depuis 20 minutes) et regarde intensément en direction de sa mère qui est pour le coup très mal à l'aise (inquiétante étrangeté ?) et lui glisse froidement « *remets vite tes lunettes tu sais très bien que je ne veux pas voir ça.* » Voir « *ça* . » Que peut signifier ce « *ça* » ? Serions-nous face à l'innommable, à l'irregardable, à ce qui échappe à toute symbolisation, face à une des expressions de ce que Lacan appelle le réel ?

Nous avons à ce moment précis l'impression d'être en face d'une mère littéralement pétrifiée par ce regard, celui de la Méduse, et elle s'en protège en mettant le bouclier de Persée directement sur les yeux de sa fille. Comme dans le mythe, elle est pétrifiée par son propre regard, soit parce qu'il ne se reflète pas dans celui de sa fille, soit parce qu'il lui renvoie une image effroyable d'elle-même. La dimension spéculaire avec impossible reconnaissance est ici. Ce qu'elle semble voir dans les yeux de sa fille, c'est une représentation intolérable d'elle-même, où le réel de cette image non symbolisable, engendre la souffrance, la culpabilité, la honte et l'angoisse. Narcissiquement blessée par ce décalage entre elle et sa fille, entre son moi idéal et son idéal du moi qui semblent être très loin l'un de l'autre.

⁸ Article de Joseph Rouzel in Site internet : <http://www.psychasoc.com>

Cette situation nous a fait penser à J.-D. Nasio lorsqu'il parle des yeux de sa patiente en les détachant du reste, « *j'ai vu des yeux pleurer*⁹ » dit-il. Pour la mère de Sylvie, il n'y a que « *ça* » à voir et elle ne semble plus voir tout le reste.

Six mois de suivi et c'est la première fois que nous voyons les yeux de Sylvie. Nous sommes étonnés, touchés par cet événement mais refroidis par l'attitude de la mère dont nous n'apercevons pas encore complètement le côté victime, mais victime de qui ou de quoi ? Un de nos professeurs un jour nous a dit que le psychologue clinicien doit être capable de regarder le symptôme droit dans les yeux sans en avoir trop peur. Cette mère n'arrive pas à le faire, elle semble seule avec sa fille face à tant de souffrance et semble être poussée par une force tyrannique qui l'oblige à dire et à faire des choses qui, aux yeux du jeune clinicien que nous sommes, paraissent totalement « absurdes . »

Qu'est-ce qui la pousse à agir ainsi ? À poser des actes aussi incompréhensibles que fréquents, comme celui de partir en vacances avec toute la famille, chien compris, en laissant Sylvie chez la grand-mère sous prétexte qu'elle ne doit pas rater ses cours ? Pourquoi cette mère ne semble absolument pas mesurer l'impact que de telles décisions peuvent avoir sur le psychisme de Sylvie ? La mère est réellement convaincue que la laisser à l'école est vraiment la meilleure solution.

Après ces vacances, auxquelles elle n'a pas participé, Sylvie a longtemps joué avec les marionnettes, elle jouait notamment à faire tomber l'avion de ses parents qui revenaient de vacances. En le lançant violemment contre le mur, elle disait avec une voix d'ange « *voilà un petit atterrissage en douceur.* » Voilà donc comment ses pulsions agressives se traduisaient dans le jeu et prenaient pour cible la mère et sa famille. C'est suite à des choix de ce type que nous sommes souvent amenés à travailler autour de conflits intra-familiaux plus ou moins violents.

Qu'est-ce qui pousse la mère à confronter sans cesse Sylvie aux autres, notamment par l'intermédiaire de sa sœur, le bulldozer, celle qui est fonceuse, normale, celle qui en définitive est comme elle ? Pourquoi lisons-nous dans ses paroles cette volonté incroyable de réparer sa fille coûte que coûte et par n'importe quel moyen ? « *Elle ne vient pas en voyage avec nous car elle va rater trop de jours d'école qu'elle aura du mal à rattraper.* » Pourquoi Sylvie manifeste-t-elle un comportement aussi asymétrique entre l'école et la maison ? Pourquoi le père de Sylvie n'apparaît jamais

⁹ J.-D.Nasio, « *Les yeux de Laure* », Paris, éd. Champ Flammarion, 1995, p.11

dans leur discours ? Pourquoi ce lien aussi fusionnel entre elles et en même temps très rejetant ? Fusion et rejet, deux faces de la même médaille. Ce type de relation les met constamment en concurrence et semble montrer que le symptôme de l'une (la buphtalmie de Sylvie) est insupportable pour l'autre (la mère) au point de devoir le masquer, le cacher et ne pas supporter quand le masque tombe « *remets vite tes lunettes, tu sais bien que je ne veux pas voir pas ça.* » L'aspect fusionnel se cache derrière le « *sois comme moi* » que la mère de Sylvie semble lui communiquer et méta-communiquer à travers ses mots et ses agissements, et l'aspect rejetant est en lien avec le fait que la mère en niant le handicap de sa fille (elle le cache avec les lunettes) nie sa fille dans sa totalité et dans son unicité incomparable. Elle la rejette en la réduisant au signifiant « lunettes roses de Barbie » qui la protège contre le réel, un voile de plus qui caché le monstre et donne l'illusion de « normalité », car comme souligné auparavant, avec les lunettes, Sylvie paraît comme les autres petites filles.

Les lunettes de soleil viennent peut-être chez cette mère, masquer une culpabilité qui se reflète dans le regard de la fille, border une angoisse envahissante, un trop plein de jouissance qui serait autrement ingérable et destructeur. Ces lunettes semblent être un signifiant qui renvoie à la normalité, comme peut l'être le signifiant « *rattrapage scolaire du retard.* »

Les lunettes permettent aussi de voiler le manque, car avec elles, personne ne peut se douter du handicap de Sylvie, mais elles ont également l'effet pervers de nier son identité et de fétichiser une partie de son corps. Le déni du handicap comme effet pervers pour se défendre face à la souffrance. Les lunettes réduisent Sylvie à son symptôme, elle n'est plus que « *ça* », la somme de ses symptômes. Et forcément ses lunettes sont un signifiant qui attise le regard de l'autre, comme le dit Lacan : « *le monde est omnivoyeur mais pas exhibitionniste, il ne provoque pas notre regard (à la différence de la mère de Sylvie). Quand il commence à le provoquer, alors commence aussi le sentiment d'étrangeté*¹⁰. »

Un personnage de Marvel (X-Men) nous vient à l'esprit, un dénommé Cyclope aux pouvoirs optiques si terrifiants et incontrôlés (il émet des rayons laser destructeurs) qu'ils doivent être maîtrisés par des lunettes noires qui masquent son regard. Cette métaphore nous semble bien décrire ce que nous avons vécu pendant cette rencontre dans l'échange mère-fille. Les pouvoirs terrifiants du handicap qu'il faut cacher et qui

¹⁰ J. Lacan, (1964) citation de Freud dans « *Le séminaire XI Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* », Paris, éd. seuil, 1973, p.88

excluent à moyen terme ces sujets et leur famille de la société, tout en prétextant et en se battant pour le contraire. Par ailleurs, le problème principal des X-Mens est l'intégration au même titre que les enfants en situation de handicap.

Le paradoxe est que, dans une société qui nous pousse inexorablement à tout regarder y compris le pire, voilà que cette mère choisit de ne plus voir sa fille de là où elle est, mais plutôt de la regarder de là où elle voudrait qu'elle soit, poussée également par des idéaux sociétaux très forts. C'est-à-dire qu'en refusant de voir le réel de son handicap, elle l'emprisonne dans l'imaginaire d'une fille idéale qu'elle n'a pas, en la confrontant sans cesse à la norme (la comparaison avec sa sœur, avec elle-même ou à la norme scolaire). Elle fait donc le choix de fermer ses yeux et de masquer les yeux de sa fille afin de ne pas y voir son propre regard, une sorte de refus d'image spéculaire trop distante d'elle, trop différente d'elle-même. Par conséquent, elle exclut également son regard de mère, celui plus apaisant, pacifiant, post-œdipien qui permet à l'enfant de se construire.

La psychanalyse nous enseigne que c'est par le regard de la mère que l'enfant naît à lui-même, c'est l'essence même du narcissisme. Qu'en est-il alors pour Sylvie ? Qu'en est-il pour les enfants handicapés, alors que la clinique nous montre qu'ils se construisent avec des failles narcissiques très importantes ? À quel point un regard qui devrait être pacifiant, apaisant, pare-excitateur peut devenir persécuteur et tyrannique ? Pourquoi les pères, celui de Sylvie comme d'autres brillent par leur absence ? Pourquoi cette omniprésence de la mère est sur un versant souvent fusionnel, et rejetant à la fois comme s'il s'agissait de deux faces de la même médaille qui s'expriment à tour de rôle ? Quelle instance psychique peut pousser une mère à agir de manière aussi absurde, paradoxale, violente, dans la tentative incessante de réparer, de combler le manque de l'enfant ?

C'est à ces questions que nous voulons répondre dans les prochains paragraphes pour ensuite mettre en lien les réponses avec la théorie et la pratique clinique.

III) Problématique

Voilà bientôt 7 ans que nous sommes psychologue clinicien et depuis le départ nous nous confrontons à une clinique qui s'occupe des enfants, adolescents et jeunes adultes handicapés. Si nous avons voulu partir de la vignette Sylvie, c'est parce qu'elle montre bien toutes les questions que nous voulons traiter au cours de cette thèse. Au bout de 7 ans de travail dans l'enfance inadaptée, nous pouvons nous permettre de faire un constat empirique de ce que nous observons dans la clinique des familles que nous rencontrons. À quelques exceptions près, les situations ressemblent toutes à l'histoire de Sylvie, sa mère et sa sœur et, tout en gardant leur unicité subjective, le tableau des symptômes et des relations mises en place au sein de la famille sont sensiblement les mêmes. Le discours également présente beaucoup d'analogies d'une famille à une autre. En effet, que nous montrent une écoute attentive du récit familial et une observation des actes et des comportements posés par les différents membres de la famille d'un enfant handicapé ? Voici une liste des principales observations que nous mettons ci-dessous en lien avec notre vignette clinique. Nous y reviendrons par la suite à travers les nombreuses vignettes cliniques qui montrent une dynamique psychique similaire. Ces caractéristiques semblent être particulièrement présentes dans ce type de clinique et nous verrons pourquoi.

- ♣ **Omniprésence de la mère** autour de la prise en charge de l'enfant. (c'est la mère qui est la seule interlocutrice dans la prise en charge de Sylvie).
- ♣ **Attitude de la mère ambivalente : fusion et rejet** s'observent régulièrement dans la clinique de l'enfant handicapé (La mère veut rendre son enfant comme elle, normale, et leur relation s'étaye sur deux versants : relation fusionnelle lorsque l'enfant se plie au vouloir de la mère et fait tout pour lui ressembler, et rejet lorsque l'enfant se rebelle, et pose des comportements non conformes aux idéaux de la mère.)
- ♣ Le discours maternel tourne constamment autour de l'enfant, le corps de l'enfant ou une partie seulement (pour la mère de Sylvie ce sont les yeux de sa fille). L'enfant devient une sorte d'**objet de jouissance**.
- ♣ **Disparition du père** du dispositif familial qui semble ne plus exister dans le discours de la mère, ni dans celui de l'enfant. Au niveau réel, imaginaire et symbolique le père a beaucoup de mal à exister (par exemple nous n'avons jamais entendu parler, ni vu le père de Sylvie)

- ⤴ **Impossibilité de faire le deuil** du diagnostic qui est souvent suivi d'un **déni** du handicap, plus ou moins important. « *remets vite tes lunettes je ne veux pas voir ça .* »
- ⤴ **Apparition d'un discours teinté de persécution** plus au moins marqué. Chez la mère de Sylvie, c'est le récit autour de la malédiction familiale et le discours fataliste. Chez d'autres le diagnostic peut être vécu comme une erreur de jugement. « *Le psychiatre n'a rien compris* » dira une mère d'enfant autiste.
- ⤴ Comportement et attitude de la mère qui vise le « **rattrapage** » ou la « **réparation** » de l'enfant, principalement à travers l'école en milieu ordinaire (qui est synonyme de normalité). Toute autre prise en charge ayant une visée éducative, psychomotricienne, kinésithérapeutique, et orthophonique ou toute autre discipline destinée à normaliser l'enfant est privilégiée (en dépit du reste). Nous observons un glissement de l'être à l'avoir, comme si les notes scolaires étaient plus importantes que le bonheur de l'enfant. (La mère de Sylvie lorsqu'elle lui interdit le voyage pour qu'elle ne rate pas l'école et qu'elle rattrape son retard)
- ⤴ **Rivalité**, jalousie et épisodes de violence dans la fratrie (nombreuses disputes à la maison entre Sylvie et sa sœur).

Cette liste n'est pas exhaustive. Nous ajouterons d'autres éléments au cours de cette thèse, ce qu'il est important de retenir c'est que, malgré l'impossibilité à généraliser ces conduites, nous pouvons dire avec (une certaine) certitude qu'elles se reproduisent de manière significative assez régulièrement d'une famille à l'autre.

Pourquoi cela se vérifie-t-il aussi souvent ? Pourquoi l'histoire de Sylvie et de sa mère a tendance à se répéter régulièrement dans d'autres familles ou à présenter beaucoup d'analogies ? Nous pensons que ces symptômes sont à mettre en lien avec le Surmoi de la mère et nous allons expliquer pourquoi dans le prochain paragraphe.

IV) Le Surmoi et ses moyens d'expression dans la clinique de l'enfant en situation d'handicap.

La recherche naît de la clinique, et s'effectue en partant toujours de la pratique. C'est grâce à notre clinique et à notre pratique que nous avons pu voir surgir des questions que nous ne soupçonnions pas au départ et auxquelles nous allons tenter de répondre dans ce travail.

La première question qui est venue à notre esprit de jeune clinicien est la suivante : qu'est-ce qui pousse ces mères à une telle attitude, pourquoi sont-elles autant dans le déni, dans le jugement de leur enfant ? « *Elle n'est pas comme moi et sa sœur, nous sommes des fonceuses* » dira la mère de Sylvie. Pourquoi ce jugement ? L'appliquent-elles aussi à leur mari ou à l'entourage proche de l'enfant : famille et professionnels ? « *Il ne sert à rien. Heureusement que je suis là, il n'a servi qu'à la conception¹¹* » nous dira l'une d'entre elles au sujet de son mari, « *le psychiatre n'a rien compris, il n'est pas autiste mon fils* » nous dira une autre.

Pourquoi ces mères ressentent-elles ce besoin très fort de combler le **manque**, comme si elles devaient rattraper le temps perdu, comme si, ne supportant plus le vide, l'incertitude, elles se lançaient dans une course effrénée pour que leur enfant soit mieux, plus performant. Elles donnent parfois l'impression de ne plus avoir de limites. Tout serait permis, tout serait possible, y compris l'impossible. Ainsi cette maman qui parcourt le monde à la recherche de remèdes miracles pour son fils autiste. Ainsi cette autre qui prévoit un emploi du temps « *digne d'un ministre* », comme elle le dit souvent, de manière à ce qu'il bénéficie de tout, qu'il ne soit privé de rien. Ou encore cette autre qui nous demande s'il existe un comprimé susceptible de soigner son fils, de le rendre normal. Nous entendons bien entendu leur légitime souhait de faire en sorte que leur enfant progresse et aille mieux, et puisse avoir une vie heureuse et autonome, mais jusqu'où sont-elles prêtes à aller pour atteindre cet objectif ?

Pourquoi ce **regard** qui est censé être bienveillant, aimant, apaisant peut se transformer, face au handicap, en un regard dur, exigeant intolérant au point de devenir parfois tyrannique ?

¹¹ Référence au dessin de la jeune fille à la p.2

Pourquoi ces mères se sentent-elles autant coupables vis-à-vis d'elles-mêmes et jugent si négativement leur travail de mère ? Pourquoi se sentent-elles aussi rapidement jugées comme mauvaises mères par l'entourage ? Ou au contraire pourquoi se disent-elles parfaites dans leur rôle de mère ?

Pourquoi certaines parmi elles développent-elles des attitudes que nous n'hésitons pas à définir comme incestuelles ?

Quand nous écoutons et nous observons l'absurdité de certains comportements de ces mères, nous ne pouvons pas nous empêcher de penser au Surmoi. Car le comportement de ces mères est absurde et paradoxale comme seulement le Surmoi sait parfois l'être. Lorsqu'elles interdisent à leur enfant des choses au profit d'autres, (ex le voyage pour rattraper le retard à l'école chez la mère de Sylvie) elle nous semblent être portées et guidées par un Surmoi très dur.

La critique, la dépréciation incessante de la mère envers l'enfant en situation de handicap nous fait penser au Surmoi du sujet qui s'attaque au Moi en le prenant pour un objet. Puisqu'il y a relation fusionnelle, le Moi de la mère et le Moi de l'enfant semblent être une seule et unique chose. En réagissant pour se défendre face à l'angoisse, le Surmoi de la mère s'attaque au Moi de l'enfant. À l'instar du sujet mélancolique dont l'objet tombe sur le Moi, dans ce cas de figure c'est le handicap qui tombe sur le Moi de la mère.

Face à tant de souffrance auto-engendrée, nous nous sommes demandé comment et pourquoi un sujet peut se faire autant de mal. Le premier lien que nous avons donc fait en observant ces mères et leur enfant est un lien avec la clinique des sujets mélancoliques. Le sujet mélancolique est celui qui nous semble être davantage du côté de la norme, de la comparaison à l'autre, il est celui qui se dit sans cesse : « *je ne vauds rien, je suis nul* . » C'est le sujet qui semble être constamment dans un processus de dévalorisation de lui-même, qui nous fait penser aux enfants et aux mères de notre clinique qui sont souvent pris par le même discours.

Il n'y a pas de hasard dans la vie, comme dans les choix de thèse, si nous avons pensé au sujet mélancolique, et aussitôt à son Surmoi c'est parce que le travail de Master II recherche qui a servi d'introduction à cette thèse parlait déjà de cette problématique, de cette question. C'était le cas de Selma¹² que nous avons rencontrée en 2007 et qui

¹² Nos travaux de Master II recherche en 2008

s'est suicidée l'été 2009. Selma se plaignait de ne pas être comme les autres, de ne pas pouvoir avoir un amoureux comme les autres, à cause de son visage difforme/déformé elle se dévalorisait sans cesse, en disant être une nullité. L'acharnement de son Surmoi contre son Moi l'a menée à la mort.

Cette dévalorisation, cette **culpabilité** est celle que nous entendons si souvent de la part de l'entourage (notamment la mère) de l'enfant à son égard et de la part des enfants eux-mêmes.

Ce sont des enfants qui ne correspondent pas à une norme donnée et pour cette raison, ils sont exclus et rejetés du milieu ordinaire. Ce signifiant « ordinaire » prête d'emblée à confusion, car il renvoie au mot « ordre », qui est contre le désordre.

C'est à partir de ce discours normatif, discours de plus en plus revendiqué par une société qui semble vouloir nier les limites, qui semble vouloir proposer une solution à chaque problème que nous avons commencé à nous intéresser à cette instance psychique qui, comme une sorte de juge, décrète et partage de manière parfois arbitraire ce qui est bien et ce qui mal, ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire. Cette instance est le **Surmoi** qui, lorsqu'il fonctionne correctement, aide le sujet à intégrer les interdits fondamentaux (le meurtre et l'inceste) et ensuite tous les autres interdits se grefferont sur ces deux premiers. Or, il arrive comme chez le sujet mélancolique que ce Surmoi se mette à fonctionner de manière hypertrophiée. Au lieu d'interdire certaines choses et en permettre d'autres, il devient tyrannique, absurde, paradoxal, exactement les caractéristiques que nous décrivions plus haut chez les mères que nous rencontrons. Au lieu de protéger le sujet, il le juge et il le condamne sans cesse avec des conséquences parfois dramatiques comme pour Selma.

Certaines études¹³ ont démontré que, après l'accouchement, le classique « baby blues » peut parfois se transformer en épisode mélancolique plus au moins important. Il est intéressant de noter que, parmi les décompensations psychiques post-partum, ce soit la mélancolie la plus observée, la plus significative au niveau statistique.

Nous mettons cela en lien avec le fait que nous rencontrons beaucoup de mères qui nous disent avoir fait une dépression après l'accouchement de leur enfant.

La mélancolie est une pathologie que nous mettons en lien avec le Surmoi

¹³ RS. Paffenbarger, "Epidemiological aspect of parapatum mental illness". Br. J. Prevent. Social Med., 1964, 18, 189-195

archaïque qui, dérégulé, dirige les pulsions agressives contre le sujet, le Moi est débordé et n'arrive plus à réguler ses pulsions de mort. Lorsque nous nous confrontons à des mères en souffrance psychique engendrée par leurs propres agissements ne sommes-nous pas face au même cas de figure ? Qu'il s'agisse des mères qui découvrent le handicap de leur enfant dès la naissance (ex : trisomie, maladies génétiques) ou plus tard lors de l'intégration en crèche ou en école primaire, les mécanismes de défenses mis en place semblent être les mêmes et semblent être tous soutenus par le Surmoi. Grâce à la clinique des sujets mélancoliques et grâce à la rencontre avec Selma et Sylvie, nous avons pu aborder la question du côté du Surmoi. Lorsque nous nous sommes confronté à Freud, nous avons rapidement pris conscience que le Surmoi freudien tel qu'il le décrit ne peut pas convenir à notre clinique. Le Surmoi freudien est essentiellement celui, post-œdipien, du sujet névrotique, or notre clinique semble nous montrer l'expression d'un Surmoi féroce et tyrannique tel celui qui agit sur les psychismes dits psychotiques ou pervers. Les mères que nous rencontrons ne sont bien entendu pas forcément psychotiques ou perverses mais ce que nous voulons montrer au cours de cette thèse est que, dans des conditions de souffrance psychique bien particulières, qui sont celles de notre clinique, ces mères adoptent des conduites qui peuvent paraître perverses, voire psychotiques tellement elles sont inadaptées, pour faire face, pour se défendre.

Pourquoi ce Surmoi et ces conduites se manifesteraient davantage dans ce type de clinique plutôt que dans une autre ? Tout simplement parce qu'aucun autre milieu que celui du handicap n'est autant soumis à cette idée d'opposition entre la normalité et le pathologique. D'un côté, nous avons l'école avec son discours normatif centré sur les acquisitions scolaires qui pointe rapidement les défaillances de l'enfant, et de l'autre, les parents avec leurs idéaux imaginaires de progéniture parfaite. Au milieu, l'enfant qui, lorsqu'il correspond aux attentes que la société a vis-à-vis de lui, peut passer inaperçu, mais qui, s'il présente une quelconque faille, sera rapidement jugé (par les camarades, les instituteurs...), bilanté (par les psychologues scolaires), évalué, dépisté et réorienté par la MDPH¹⁴. À partir de là, il sera inscrit dans le processus (très en vogue actuellement avec des méthodes de conditionnement type ABA) de réparation, d'intégration à tout prix et tout récemment d'inclusion.

Ces circuits de « normalisation » sont soutenus envers et contre tout, notamment par les mères. C'est à partir de là, que nous nous retrouvons face à des mères qui

¹⁴ Maison départementale de la personne handicapée

maintiennent (contre l'avis de tous les professionnels, car la loi le leur permet) leur enfant en milieu ordinaire alors que ce dernier n'a ni les compétences scolaires ni (et surtout) les compétences sociales pour y être et vit le rejet et l'exclusion au quotidien.

Nous pensons que toutes ces conduites « déviantes » d'allure psychotiques et/ou perverses de la mère qui ne semble pas voir la souffrance de son enfant sont le fruit du Surmoi, mais d'un Surmoi qui n'est plus celui post-œdipien pacifié, héritier du complexe d'Œdipe comme le dirait Freud, celui qui donne lieu à une structure névrotique mais plutôt un Surmoi archaïque féroce, pré-œdipien comme celui proposé dans la conception Kleinienne et Lacanienne du Surmoi.

Les sujets, victimes de ce Surmoi, ne seraient pas assujettis à la castration symbolique, ne pourraient plus concevoir l'altérité, et fonctionneraient sous l'égide de la forclusion psychotique et du déni pervers, sans pour autant en avoir complètement la structure sous-jacente. C'est une sorte de régression psychique que ces mères subiraient après l'annonce du handicap.

Alors pourquoi faisons-nous le lien entre la forclusion, le déni et le Surmoi ? Pourquoi ces mécanismes de défense semblent-ils s'exprimer à chaque fois que nous nous confrontons à une mère avec son enfant en situation de handicap ?

Le lien forclusion/déni/Surmoi est fait à partir du constat que le Surmoi archaïque pré-œdipien dont nous parlons, à la différence du Surmoi œdipien héritier du complexe d'Œdipe, prend naissance à l'époque du stade anal (entre 18 mois et 3 ans) chez l'enfant, là où se trouvent également les origines des conduites perverses. Les conduites perverses sont en lien avec la relation d'objet et elles prennent leur source avant la crise Oedipienne dans un stade pré-génital. Son fondement psychique est, selon Freud, le déni de la différence des sexes, qui débouche sur le déni de l'altérité. L'enfant accède à l'altérité notamment à travers la liquidation du complexe d'Œdipe. Pour Jacques Lacan aussi l'origine de l'orientation perverse est à situer dans l'identification pré-génitale de l'enfant: à cette époque, la mère représente pour l'enfant la figure phallique, le père ne le devenant qu'après la crise œdipienne et, en grande partie, dans la mesure où le discours maternel lui en laisse la place. Il y aurait donc un lien entre les deux Surmoi. La mère normalement névrotique qui a donc liquidé son Œdipe (quoique Freud nous dise qu'elle ne le liquide jamais complètement) subirait donc une régression et se retrouverait sous l'emprise du Surmoi pré-œdipien qui ne serait plus pacifié par le Surmoi post-œdipien.

Force est de constater que le dépistage des enfants handicapés se fait principalement au niveau de l'entrée à l'école (vers les trois ans).

La dimension spéculaire est également convoquée car cette période de l'analité est concomitante au stade du miroir. L'enfant et la mère se retrouvent piégés et figés dans leur fonctionnement à ce stade. La mère qui, à cause du handicap, aurait régressé psychiquement à cette étape, et l'enfant qui, dans son processus de développement psychoaffectif, en est là, juste après l'oralité et au départ de l'analité.

L'obsessionalité (par exemple les mères qui sont très exigeantes avec l'emploi du temps de leur enfant et qui sont procédurières vis-à-vis de l'établissement), la paranoïa (par exemple ces mères qui pensent que le psychiatre leur en veut personnellement et que les éducateurs font exprès de se comporter ainsi) et parfois la mélancolie que nous retrouvons chez ces mères sont toutes également en lien avec l'analité et sont autant de moyens de défense face à l'angoisse.

Dans ce travail de thèse, nous voulons démontrer que le handicap de l'enfant serait responsable, à partir du moment où le diagnostic est posé, (moment très traumatisant décrit par tous les parents comme le moment le plus difficile pendant lequel ils restent sidérés pendant l'annonce et longtemps après) de l'éclosion ou d'un retour chez la mère à un Surmoi oublié, un Surmoi qui existait chez elle avant l'intégration de la loi symbolique. Nous voulons démontrer que, face à la douleur infligée par le handicap de l'enfant, le psychisme de ces mères subirait une sorte de régression. Comme si le handicap, avec ce que cela engendre au niveau narcissique chez la mère, la poussait pour se défendre à se replier dans cette position pré-œdipienne où l'altérité n'a pas encore gagné sa place. C'est peut-être pour cette raison que cliniquement nous observons une relation binomiale très forte, souvent fusionnelle, entre la mère et son enfant dans laquelle les autres sont exclus, à commencer par le père. En quelque sorte, c'est comme si la mère dans sa régression psychique à cet état antérieur ne pouvait plus entendre l'autre (le père ou l'entourage), n'était plus en mesure d'accepter et d'intégrer ses limites et celles de son enfant. L'enfant devient un petit objet, et c'est là que nous faisons le lien avec le fétiche. Un **fétiche** de la mère, de là découle cette relation particulière qui peut paraître bien souvent perverse entre la mère et son enfant. Soulignons également que les conduites sexuelles perverses sont aussi issues à la suite d'achoppements au niveau de l'oralité et de l'analité.

Les conduites perverses chez la mère ont soulevé aussi en nous une autre question. La femme perverse existe-elle ? Pourquoi ne serait-ce pas au père de prendre cette position de pervers face à son enfant qui devient fétiche ? Ce serait davantage logique puisque si le fétichisme est une défense contre la castration, la femme ne risque rien à se titre, alors pourquoi ce fétichisme de l'enfant est-il observé chez la mère ?

Nous voulons démontrer, grâce à notre clinique, que ce prétendu sexe faible, cette faiblesse que nous pouvons associer à la résignation, à la dépression, le « baisser les bras », nous le rencontrons neuf fois sur dix chez les pères. Les mères, quant à elles, adoptent une autre position beaucoup plus hargneuse, combattive, elles ne lâchent pas, elles se battent jusqu'au bout, mais bien souvent en dépit de toute logique. Puisque dans notre clinique nous observons sans arrêt cette « force » chez les mères et cette faiblesse chez les pères, et que nous souhaitons aborder ce travail sous l'angle du Surmoi nous ne pouvons pas, ne pas réagir et ne pas essayer de démontrer que lorsque Freud a dit que le « *Surmoi de la femme est plus faible que celui de l'homme*¹⁵ », il s'est trompé ou alors cela ne s'exprime pas ainsi dans notre clinique, ou encore c'est parce qu'il parle du Surmoi post-œdipien, celui justement qui a été pacifié par le Surmoi d'essence paternelle, après le conflit œdipien et la castration symbolique. Parce que si nous parlons du Surmoi archaïque pré-œdipien, celui mis en évidence par Mélanie Klein et Lacan, alors ce Surmoi est beaucoup plus fort que le Surmoi paternel post-œdipien. Freud avec sa vision phallocratique du monde a peut être sous-estimé la force du Surmoi maternel, le fait qu'il ne voie chez la femme que le côté mère a peut-être induit Freud en erreur. Les femmes que nous rencontrons dans notre clinique semblent être beaucoup plus du côté de la femme lacanienne, que du côté de la mère freudienne.

Cette omniprésence de la mère dans la prise en charge de l'enfant porteur de handicap ne nous semble pas être uniquement en lien avec le fait qu'une mère a un lien beaucoup plus fort avec l'enfant qu'un père, ni avec notre culture et notre histoire qui mettent depuis longtemps la mère au centre du dispositif familial. Ceci nous semble être en lien avec ce Surmoi archaïque dont nous voulons comprendre les mécanismes dans ce travail de thèse.

D'une façon générale, cette omniprésence maternelle semble aujourd'hui en lien avec un déclin de la fonction paternelle mais pas du père uniquement dans son rôle à l'intérieur de la famille, mais aussi du père à l'intérieur du complexe d'Œdipe, du père

¹⁵ S.Freud (1936), in « *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse* », Paris, éd. Gallimard, 1989, p.173

dans l'inconscient de la mère et de l'enfant. Ce que nous observons dans notre société est une société où la métaphore du Nom du Père a de plus en plus de mal à se faire entendre. Les limites semblent ne plus exister, la loi paternelle, qui a pour fonction de freiner la jouissance, n'assure plus son rôle et c'est ce que nous observons dans la relation mère/enfant et que nous voulons travailler au cours de cette thèse.

Ce n'est pas le propos de cette thèse mais nous sommes convaincus que notre société, telle qu'elle s'offre aujourd'hui à nos yeux, avec tout ce qu'elle nous communique et nous méta-communique ne fait que contribuer, soutenir et parfois renforcer cette conduite maternelle déviante. Par exemple, la nouvelle loi de 2002 permet aux parents d'avoir le dernier mot concernant le milieu scolaire que l'enfant doit fréquenter. Nous nous retrouvons donc en face de parents qui envoient leur enfant lourdement handicapé en milieu ordinaire (école primaire, collège, lycée) avec des résultats narcissiquement catastrophiques pour l'enfant.

À la lumière de ce que nous venons de poser ci-dessus, récapitulons ce que notre travail de thèse vise à démontrer. Nous allons nous intéresser à certaines modalités et manifestations du Surmoi féminin, qui, contrairement à ce qui a été conceptualisé par Freud, nous semble être bien plus violent chez la femme que chez l'homme. Cette constante vient de notre clinique, qui nous confronte presque exclusivement à des mères en relation avec leur enfant handicapé et dont les agissements, les paroles, les attitudes nous font penser à un Surmoi tyrannique, archaïque. Ce Surmoi ressemble de près à celui décrit par Lacan et Klein qui se manifeste avant que l'Œdipe ne se mette en place, avant la castration symbolique opérée par le père. Dans ces familles touchées par le handicap, la castration symbolique semble ne pas pouvoir avoir lieu, et la mère pour faire face au handicap de son enfant semble régresser dans une position psychique inconsciente pré-œdipienne avec des conséquences plus ou moins graves selon le type de structure de la mère. Dans les pages qui vont suivre nous allons indiquer notre plan de travail et ensuite nous tâcherons de traiter de la question du Surmoi de la manière la plus exhaustive qui soit et nous analyserons les conséquences que ce Surmoi a sur les familles que nous rencontrons.

V) Plan de travail

Dans cette thèse, nous avons fait le choix de ne pas séparer la clinique de la théorie, d'une part c'est notre choix méthodologique préférentiel depuis toujours, et d'autre part nous pensons qu'elles sont tellement indissociables, que l'une ne va pas sans l'autre. Ainsi nous préférons les faire côtoyer le plus possible de manière à qu'elles s'éclairent l'une avec l'autre. C'est pour cette raison que tout au long de la lecture vous trouverez des vignettes cliniques qui viendront soit confirmer soit infirmer nos hypothèses de travail et éclairer notre cheminement théorico-clinique et nous l'espérons le lecteur.

Notre **première partie sera consacrée à une étude longitudinale du concept de Surmoi**. Cela nous permettra de voir comment le concept a évolué depuis Freud jusqu'aux derniers développements contemporains. Nous pourrons à partir de là pointer ce qui chez Freud nous semble être en contradiction évidente avec notre clinique, la mère freudienne aimante, sublime, apaisante semble être absente dans notre clinique. En analysant le Surmoi d'un point de vue Kleinien et Lacanien, nous pourrons ainsi voir que la mère qu'ils décrivent est différente de celle de Freud et cela nous permettra aussi d'analyser les analogies et les différences avec les mères que nous rencontrons. Cette partie nous permettra également de faire la différence entre le surmoi et la notion d'idéal de moi et de Moi idéal afin de voir exactement quelle instance est touchée chez la mère suite à la naissance de l'enfant en situation de handicap mental et à l'annonce de ce handicap. Cette mère pré-œdipienne est celle que nous rencontrons dans notre clinique. Nous postulons que c'est l'effondrement de l'idéal, cette blessure d'idéal, que cet enfant non-conforme inflige à la mère, qui la fait basculer et régresser du côté d'un Surmoi plus archaïque, pré-œdipien qui n'est plus pacifié par le Surmoi post-œdipien et ainsi fait voler en éclat la notion d'idéal.

Notre **deuxième partie s'occupera d'étudier de manière précise, le féminin et ses liens avec le Surmoi**. Nous allons essayer de répondre à la question freudienne : « Que veut la femme ? » Plus précisément, nous allons nous intéresser à la femme et à la mère de l'enfant handicapé. Nous allons travailler autour des enjeux qui existent entre le

rôle de la mère et celui de la femme. Nous voulons essayer de comprendre comment les deux positionnements interagissent entre eux, et s'il y a un rôle qui est prédominant sur l'autre. Nous allons étudier les rapports entre féminin et Surmoi, pour ensuite essayer d'établir une différence et de voir si des analogies existent entre la femme et la mère. En étudiant le féminin, nous allons essayer de comprendre, pourquoi nous retrouvons cliniquement une femme perverse envers son enfant en position de fétiche.

La troisième partie sera consacrée aux **conséquences d'une telle réactivation de ce Surmoi archaïque, sur la relation enfant / mère / famille**. Nous allons étudier les notions de manque, de culpabilité, de phallus et d'enfant fétiche. Nous allons mettre en évidence à quel point la relation mère/enfant est compliquée à cause des injonctions surmoïques auxquelles la mère doit répondre. Nous allons analyser l'ambiguïté de cette relation.

La quatrième et dernière partie sera celle consacrée aux prises en charges possibles. C'est la partie de cette thèse dans laquelle nous allons présenter un cas (Steven) et la démarche thérapeutique que nous avons mis en place et conçue pour aider ce jeune adulte à se libérer de l'emprise du Surmoi archaïque maternel.

PARTIE 1

Étude longitudinale du concept de Surmoi de Freud jusqu'aux nouveaux développements contemporains.

1.1) Genèse et évolution du concept du Surmoi chez Freud

Après avoir découvert les problématiques que nous rencontrons dans notre clinique, nous allons maintenant nous intéresser de manière plus rigoureuse aux modèles théoriques existants concernant le Surmoi, car c'est cette instance qui nous semble être étroitement liée à ces attitudes paradoxales que nous rencontrons chez les mères des enfants en situation de handicap. Nous allons donc commencer par étudier les concepts selon Freud pour ensuite analyser les points de vue de M. Klein et J. Lacan. Ce travail théorique nous permettra de bien différencier le Surmoi freudien du Surmoi post-freudien de manière à démontrer que celui que nous observons dans la clinique est proche du Surmoi conceptualisé notamment par Lacan.

Pour commencer, nous allons étudier de manière exhaustive le concept de Surmoi dans l'œuvre freudienne. Cette étude sera faite dans l'ordre chronologique et couvrira la période qui va de 1897 à 1938. L'intérêt d'explorer le concept en respectant la temporalité réside dans la présentation de la trajectoire freudienne, ses changements, ses impasses et aussi dans le lien avec notre trajectoire et notre façon d'avancer autour de cette question. Cela montre aussi que tout concept bouge, ne se fige pas, ne devient pas dogme mais évolue grâce à la clinique. De la même manière qu'il a évolué depuis Freud et Lacan, notre travail sera une pierre supplémentaire à l'édifice du Surmoi qui vise à le faire évoluer.

Il est important de voir comment le concept a pris forme et a évolué tout au long de l'œuvre de Freud. Son évolution doit être analysée, bien entendu, en lien avec le contexte de l'époque qui a vu la naissance et l'éclosion de la psychanalyse avec son lot initial de contradictions, de remises en cause et d'attaques d'autres chercheurs. Ce voyage dans le temps nous permettra de définir le concept de Surmoi et d'observer clairement la trajectoire que cette notion a effectuée dans la réflexion de Freud ainsi que dans ses élaborations théorico-cliniques.

Commençons donc par faire référence à la définition actuelle de Surmoi telle que le vocabulaire de la psychanalyse nous la propose, pour ensuite, faire un bond dans le temps et remonter l'œuvre freudienne pour voir les prémices du concept. Selon le vocabulaire de psychanalyse qui cite Freud le Surmoi est : « *une des instances de la personnalité telle que Freud l'a décrite dans le cadre de sa seconde théorie de l'appareil psychique : son rôle est assimilable à celui d'un juge ou d'un censeur à l'égard du moi. Freud voit dans la conscience morale, l'auto-observation, la formation d'idéaux, des fonctions du Surmoi. Classiquement, le Surmoi est défini comme l'héritier du complexe d'Œdipe ; il se constitue par intériorisation des exigences et d'interdits parentaux*¹⁶ ». Cette définition correspond aux résultats des avancées des travaux de Freud concernant le Surmoi et a été conceptualisée vers la fin de la vie de Freud. Pour en arriver là, un long chemin lui a été nécessaire. Nous pouvons d'emblée faire le lien avec notre recherche. Si cette instance est un juge ou un censeur à l'égard du moi, le voilà convoqué à chaque fois dans notre clinique. Comme mis en avant dans le paragraphe précédent, le jugement est omniprésent dans ce type de clinique et les parents, les professionnels et les personnes qui gravitent autour de l'enfant en situation de handicap occupent bien souvent ce rôle de censeur de juge qui n'est jamais satisfait des productions de l'enfant, qui ne semblent jamais être en adéquation avec les attentes. Si nous nous intéressons aux significations du mot « censeur » alors nous nous rendons compte que l'étymologie comme souvent vient à notre secours. Nous retrouvons des définitions qui peuvent s'appliquer très bien à l'entourage de l'enfant, ainsi nous découvrons que censeur se dit d'une personne qui reprend ou qui contrôle les actions d'autrui ou alors se dit d'une personne qui trouve à redire à tout. Ne sont-elles pas des caractéristiques typiques des mères que nous rencontrons ? Voilà d'emblée un point en commun entre le Surmoi, sa signification et l'attitude des mères que nous voulons décrire dans ce travail. Mais voyons plutôt comment Freud a cheminé pour en arriver à une telle définition.

La première fois où Freud semble esquisser une différenciation entre moi et Surmoi date de 1897. En effet, alors que la psychanalyse voit le jour et fait ses premiers pas dans le monde scientifique, Freud commence à poser les bases de ce qui deviendra le concept de Moi et laisse entrevoir également son antagoniste et en même temps, selon lui, son héritier : le Surmoi. Ainsi, dans une lettre datant du 2 Mai 1897 que Freud écrit à son ami Wilhelm Fliess, un paragraphe appelé manuscrit L porte le titre de « *pluralité*

¹⁶ J. Laplanche, J-B. Pontalis, (1967), « *Vocabulaire de la psychanalyse* », Paris, éd. PUF, 2002 p.471

*des personnes psychique*¹⁷. » Ce titre revêt à notre sens deux significations.

La première est plus évidente, plus objective. Freud, se basant sur la clinique et sur les travaux qu'il a accomplis avec Breuer autour de l'hystérie, met en exergue que grâce à l'identification, les femmes hystériques peuvent être dans leur psychisme et par leur comportement plusieurs personnes à la fois. Sous l'effet de leurs symptômes hystériques en pleine expression, ces femmes peuvent changer complètement de personnalité, entrer en transe, devenir une autre personne. Ce sont ces types de symptômes, révélés notamment sous hypnose, qui autorisent Freud à rajouter que « *le fait de l'identification autorise peut-être un emploi littéral de cette expression*¹⁸. »

Nous retrouvons chez les hystériques un deuxième symptôme. Il ne s'agit pas uniquement d'identification mais aussi d'une autre réaction très humaine : celle de la culpabilité. Identification et culpabilité sont mises en avant par Freud en partant de la simple observation des faits de société.

En effet, il y a un passage de cette lettre qui traite du rôle des domestiques femmes dans la bourgeoisie viennoise vers la fin du siècle dernier. Il nous dit, que chez les femmes hystériques soignées on retrouve « *un intense sentiment de culpabilité, [né] par identification à ces personnes de basse moralité*¹⁹. » Les domestiques sont, à cette époque, considérées comme des personnes de basse moralité notamment parce qu'elles occupent souvent le rôle de maîtresse du père ou du frère dans un foyer. Les femmes hystériques qui sont en cure chez Freud montrent donc une identification à ces femmes, couplées d'un sentiment de culpabilité très fort qui est aussitôt refoulé. Le refoulement échoue et il revient sous forme de symptôme hystérique (principalement conversion sur le corps). Identification et culpabilité certes, mais par rapport à qui ? L'identification s'effectue par rapport à certains traits de l'autre qu'on reconnaît comme nôtres ou pas. Déjà dans notre clinique cette identification s'avère très difficile voire impossible comme le souligne la mère de Sylvie en disant : « *elle n'est pas comme moi et sa sœur.* » Puisque l'altérité semble disparaître dans notre clinique pour laisser place à un fonctionnement fusionnel entre la mère et l'enfant, s'identifier devient alors difficile car l'identification s'effectue par rapport à un objet extérieur et à des traits qu'on retrouve et qu'on reconnaît chez l'autre. S'il y a de l'autre, il y a du pluriel, de l'altérité, de la place pour que les différents membres de la famille puissent exister à l'intérieur d'un tout

¹⁷ S.Freud, (1897) « *La naissance de la psychanalyse* », Paris éd. PUF, 2009, p.176

¹⁸ Ibid.

¹⁹ S.Freud,(1897) « *La naissance de la psychanalyse* », Paris, éd. PUF, 2009,p.175

équilibré. Mais dans notre clinique cette pluralité psychique (intra et inter psychique) semble disparaître. L'idée freudienne de pluralité psychique, telle qu'elle est mise en avant, semble, dans les relations que nous observons, ne plus être à propos, disparaître. Mère et enfant paraissent ne former qu'un seul psychisme envahi par un Surmoi tyrannique qui ne semble pas correspondre à celui que Freud décrit à la fin de sa carrière.

La culpabilité est habituellement ressentie à l'égard de l'autre. Dans l'approche freudienne, le sujet se sent coupable vis-à-vis de quelque chose qu'il a fait ou qu'il n'a pas fait vis-à-vis de l'autre. À contrario, dans notre clinique, puisque l'autre semble disparaître, nous nous retrouvons face à une culpabilité qui paraît sans objet, sans raisons, plus interne, plus archaïque. Les mères que nous rencontrons sont envahies par une culpabilité qu'elles n'arrivent pas à gérer ni à nommer ou à symboliser mais qui ne semble pas ou plus être en lien avec quelque chose d'extérieur. Si c'était le cas, les progrès de l'enfant, les changements majeurs seraient davantage reconnus par la mère, alors que là, cela ne suffit jamais, la mère est souvent insatisfaite de ce que son enfant lui propose, elle ne semble pas le voir, pas le reconnaître.

C'est la preuve qu'il ne s'agit plus d'un petit autre auquel la mère se confronte et auquel elle peut, ou pas, s'identifier mais plutôt d'un grand Autre dont les agissements inconscients échappent à toute symbolisation.

Identification et culpabilité sont des mots clefs pour Freud comme pour nous qui nous intéressons au Surmoi. À l'instar de la femme hystérique de Freud qui s'identifie aux personnes de basse moralité, les mères de notre clinique présentent des problématiques au niveau de l'identification à leur enfant qui, il faut le dire, sont bien souvent vus par la société comme personnes de « bas niveau » et peut-être même de basse moralité car ils se rendent souvent coupables de comportements répréhensibles. Cette identification problématique et impossible engendre une forte culpabilité.

Mais revenons plutôt sur la seconde signification, celle-ci plus subjective, qui nous appartient et que nous semblons entrevoir dans ce passage. Selon Freud, à l'intérieur d'une seule personne physique, il y aurait plusieurs personnes psychiques. Peut-être qu'en jouant un peu sur les mots et pour éviter au lecteur moins avisé une confusion avec un syndrome schizophrénique ou tout autre trouble de la personnalité multiple, nous pourrions changer le mot personne avec le mot instance. Il est curieux

bien qu'anecdotique d'observer que la signification de ce mot dans la langue française est : « tribunal, organisme ayant autorité pour juger, décider. »

Pour simplifier, nous dirons que le psychisme ne serait pas singulier mais pluriel, à savoir, composé de plusieurs parties ou pour ainsi dire d'instances. Ainsi, Freud nous laisserait entrevoir que le Moi ne serait pas seul dans sa maison. Il serait en cohabitation avec d'autres instances pour l'instant au nombre imprécis et pas clairement définies ni circonscrites. Ce sont justement ces autres instances que nous traquons à l'intérieur de son œuvre.

Freud, dans son ouvrage « *Les trois essais sur la théorie sexuelle*²⁰ », passe en revue l'Œdipe et ses différents achoppements dans le choix d'objet d'amour qui sont à l'origine des inversions sexuelles et autres comportements déviants. D'ailleurs, dans un paragraphe consacré aux aberrations sexuelles, en particulier le sadisme et le masochisme, Freud met directement en cause le sentiment de culpabilité (dont il parlait déjà pour les hystériques) dans la genèse des cas de perversion masochiste. Comme si le sujet se sentait, face à une culpabilité envahissante, obligé de se faire du mal afin d'expié les fautes éventuellement commises. « *L'analyse clinique de cas extrêmes de perversion masochiste met en évidence la collaboration d'un grand nombre de facteurs qui exagèrent et fixent l'attitude sexuelle passive originelle (complexe de castration, sentiment de culpabilité*²¹) .» Là aussi un lien avec ce que nous avons développé comme hypothèse dans la relation entre la mère et son enfant qui est positionné comme objet fétiche peut-être fait. La culpabilité engendre, selon Freud, une agressivité dirigée contre soi-même, ou contre les autres, ce qui est exactement ce qui se passe dans notre clinique. Les mères et leurs enfants peuvent entretenir une relation qui ressemble à la relation sadomasochiste, nous en avons de nombreux exemples cliniques, ils se font du mal mutuellement. L'attitude sexuelle féminine, qui dans la conception Freudienne décrit la femme passive et l'homme actif est dans notre clinique inversée car la femme peut se montrer active comme passive et l'enfant, quel que soit son sexe, aussi. Cette culpabilité que Freud décrit ici, est une culpabilité qui prend sa source en amont du complexe d'Œdipe, il ne s'agit pas de la culpabilité névrotique engendré par l'angoisse de castration ou d'abandon à la suite de l'œdipe mais de quelque chose qui s'origine au niveau du stade anal et semble être en lien avec le Surmoi.

La troisième fois que Freud aborde la notion de Surmoi mais d'une façon encore

²⁰ S. Freud, (1905) « *Trois essais sur la théorie sexuelle* », Paris, éd. Gallimard, 2001

²¹ S. Freud, (1905) « *Trois essais sur la théorie sexuelle* », Paris, éd. Gallimard, 2001 p.70

voilée et peu explicitée est dans « *les cinq psychanalyses* » et notamment dans celle de l'homme aux rats. Ce cas clinique semble à chaque fois nous renvoyer, dans plusieurs de ses passages, à une instance supérieure, une instance critique qui juge, qui ordonne, qui condamne qui fait naître chez l'homme aux rats de la culpabilité. Mais voyons plus en détail comment cela se manifeste. Freud raconte qu'il reçoit un jeune homme qui souffre d'obsessions. Rappelons que nous rencontrons beaucoup de mères qui érigent des défenses obsessionnelles comme réponse au handicap de leur enfant. Par exemple cette mère qui en veut à l'éducatrice car elle exige qu'elle tienne la main de son fils adolescent car elle craint qu'il se fasse « *écrabouiller* » par une voiture. Elle me dira : « *je vois l'image de mon fils écrasé par une voiture, avec la tête en sang.* »

L'homme au Loup lui, « *dit, en outre, éprouver des pulsions obsessionnelles, comme, par exemple, à se trancher la gorge avec un rasoir ; il se forme en lui aussi des interdictions se rapportant à des choses insignifiantes²².* »

Donc nous pouvons à nouveau nous poser la question : d'où viennent ces interdictions ? À quoi peuvent-elles bien correspondre ? Ce sont des interdictions endogènes, mais quel lien peut-on faire avec l'extérieur ?

Freud rajoute, et ceci est novateur pour l'époque, la composante sexuelle en lien avec la prétendue culpabilité. Son patient, en effet, lorsqu'il était enfant était sous l'égide d'un instinct sexuel mal maîtrisé et il éprouvait le besoin impérieux de voir nues des femmes qui lui plaisait. À cette époque, Freud nous explique que le moi de son patient n'est pas encore en contradiction complète avec son désir, ce qui permet au patient de ne pas rentrer dans une pathologie. Cependant « *il se forme déjà quelque part une opposition à ce désir²³.* » Une opposition, autrement dit une force, qui viendra contrer et limiter son désir. Plus tard, à l'âge adulte, cette opposition sera tellement forte que cela le rendra malade, engendrant chez lui une culpabilité insupportable. « *Si j'ai le désir de voir une femme nue, mon père devra mourir²⁴* », telle est l'injonction que ce sujet impose à lui-même sans en comprendre la raison. Nous retrouvons chez ce patient toutes les interdictions, les injonctions, les sanctions qu'une instance interne semble lui imposer. Ce sont les mêmes que nous retrouvons chez certaines mères très obsessionnelles que nous rencontrons. Leur volonté de tout maîtriser chez leur enfant et chez elle, est une défense contre la volonté inconsciente de le voir mort. Ainsi la mère

²² S.Freud, (1907) « *Cinq psychanalyse, l'homme aux rats* », Paris, éd. PUF, 2001 p.201

²³ S.Freud, (1907) « *Cinq psychanalyse, l'homme aux rats* », Paris, éd. PUF, 2001 p.204

²⁴ S.Freud, (1907) « *Cinq psychanalyse, l'homme aux rats* », Paris, éd. PUF, 2001 p.205

d'un enfant autiste me dira : « *vous rendez vous compte ? L'autre (l'éducatrice) ne lui donne pas la main, il va se faire écrabouiller.* »

Pour en revenir à l'homme aux rats, il impose à lui-même des commandements, des comportements qui visent à combattre l'éventuelle sanction qui risque de tomber, une sorte de prévention contre le malheur. Cela nous fait penser à ces mères qui anticipent totalement l'emploi du temps de leur enfant de sorte que tout soit prévisible et qu'il n'y ait pas de place pour l'imprévu. Ainsi, nous voyons comment de quelque chose d'interne, d'inconscient qui échappe à toute verbalisation, découle une injonction externe qui a des effets sur le sujet et son entourage. Nous voyons comment l'homme aux rats, qui est toujours envahi par des arguments contradictoires, est souvent obligé de se fier à une instance supérieure qui puisse lui indiquer le chemin à suivre, un ami, Dieu et tant d'autres.

Au cours du travail avec Freud, l'homme aux rats réalise et verbalise la différence entre extérieur et intérieur, entre conscient et inconscient, il dira en séance « *je me suis dit qu'un remords ne peut naître que si l'on enfreint les principes moraux les plus personnels, et non pas les lois extérieures*²⁵. » La question se pose à nouveau : d'où viennent les principes moraux les plus personnels ? Nous retrouvons donc la contradiction entre notre intériorité que nous pourrions nommer notre inconscient et notre extériorité consciente. Plus le décalage est important entre ces deux pôles et plus le sujet souffre. Cette différence nous renvoie également au fonctionnement binomial de l'idéal de moi et du moi idéal. C'est la différence entre ce que le sujet est et ce qu'il voudrait être. Pour les enfants de notre clinique c'est surtout le décalage entre ce qu'ils sont et ce que les autres voudraient qu'ils soient et notamment la mère. La relation entre l'idéal du moi et le moi idéal est comparable à la relation mère/enfant dans le sens où la mère représente l'idéal du moi et l'enfant le moi idéal. Bien entendu, cela ne correspond jamais, ça ne colle pas et d'autant plus dans la clinique du handicap où le décalage est d'emblée très important.

Nous aurons l'occasion d'y revenir par la suite mais rappelons-nous seulement qu'au départ, Surmoi et idéal de moi ne sont pas séparés. Une différence va se mettre en place au cours de l'évolution de l'œuvre freudienne.

Des prémices de ce que deviendra le Surmoi, nous en retrouvons également dans les « *Cinq leçons de psychanalyse.* » Dans la deuxième leçon, alors que Freud est en

²⁵ S.Freud, (1907) « *Cinq psychanalyse, l'homme aux rats* », Paris, éd. PUF, 2001 p.213-214

train de conceptualiser le fonctionnement hystérique et le mécanisme du refoulement, il nous parle également de la notion de résistance. Voyons comment faire un pont conceptuel avec le futur Surmoi. Un passage nous semble être significatif dans ce sens : *« dans tous les cas observés on constate qu'un désir violent a été ressenti, qui s'est trouvé en complète opposition avec les autres désirs de l'individu, inconciliable avec les aspirations morales et esthétiques de sa personne. Un bref conflit s'en est suivi ; à l'issue de ce combat intérieur, le désir inconciliable est devenu l'objet du refoulement, il a été chassé hors de la conscience oubliée²⁶. »* Cela signifie que notre sujet serait envahi par une représentation insupportable pour son Moi et chasserait la susdite incohérence ailleurs grâce au mécanisme de refoulement. Il y a donc un combat intérieur, ce qui signifie qu'il y a forcément deux armées différentes. Nous nous posons également la question de l'éthique et de la morale. De qui ou de quoi un sujet hérite-t-il la morale ? Quelle instance psychique est mise en jeu ? Freud rajoute que *« puisque la représentation en question est inconciliable avec le « moi » du malade, le refoulement se produit sous forme d'exigences morales ou autres de la part de l'individu²⁷. »* Nous sommes tout particulièrement intéressé par les exigences morales. La représentation serait donc refoulée, mais est-ce le Surmoi qui engendre ce refoulement ? Dans notre clinique la représentation de l'enfant handicapé à la suite de l'annonce du handicap est tellement intolérable que le moi de la mère, peu importe sa structure, ne peut pas la refouler ce qui d'ailleurs correspondrait à un début d'acceptation de l'autre dans sa différence. Alors que ces mères basculent plutôt du côté du déni et de la forclusion, n'acceptent pas le handicap et commencent à se faire des reproches ou à en faire aux autres. Suite au handicap quelque chose semble se casser dans le lien à l'autre qui à partir de ce moment semble ne plus exister.

Freud prend aussi l'exemple du rêve pour étayer ses concepts. Quand il nous parle du rêve, il nous est possible de faire un lien avec le Surmoi. En effet, il nous explique que *« le contenu manifeste du rêve est le substitut altéré des idées oniriques latentes et cette altération est l'œuvre du « moi » qui se défend ; elle naît de résistances qui interdisent absolument aux désirs inconscients d'entrer dans la conscience à l'état de veille²⁸. »* Avec quelles armes le moi se défend-il ? Et de qui ? S'il se défend, il y a forcément quelque chose qui l'attaque.

²⁶ S.Freud, (1923)« *Cinq leçons de psychanalyse* », texte en ligne
http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/, p.26

²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid

Dans les paragraphes suivants de la troisième leçon, Freud parle également de l'angoisse, il dit que celle-ci est un refus que le « moi » oppose aux désirs refoulés devenus puissants, « *l'angoisse est une des réactions de récusation du moi contre des souhaits refoulés devenu trop forts*²⁹. » Il s'agit donc encore d'une barrière, d'une force autre engendrée peut-être par le moi qui vient faire barrage aux désirs inavouables, interdits. Cette force d'origine inconnue pour l'instant, semble être en mesure de faire la différence entre le bien et le mal et être induite par l'éducation.

D'ailleurs Freud rajoute que : « *avant l'époque de la puberté, sous l'influence de l'éducation, se produisent des refoulements très énergiques de certaines tendances; et des puissances psychiques comme la honte, le dégoût, la morale, s'établissent en gardiennes pour contenir ce qui a été refoulé*³⁰. »

Dans la cinquième leçon, Freud en s'érigeant en défenseur de la psychanalyse naissante, et de son intérêt dans la prise en charge des malades névrosés, en revient à parler une fois encore (même si ce n'est plus pour les mêmes raisons) des plus hautes aspirations morales, des tendances morales et sociales acquises par l'éducation. Revenir et insister sur ces propos de Freud sert à montrer à quel point la question de la morale est présente chez lui, quelle évolution cette notion aura au fil des années et quel lien il fera avec l'inconscient. Comment Freud réussira, à partir des différentes critiques qui sont adressées à la psychanalyse, à les transformer et à les intégrer dans l'élaboration de sa deuxième topique. Nous pensons que le fait de subir plusieurs attaques de la part de ses détracteurs permettra à Freud de comprendre la réaction de l'être humain lorsqu'on s'attaque à l'ordre établi en remettant en cause la morale, l'éducation et la norme. Ne pourrions-nous pas imaginer que les attaques contre la psychanalyse puissent être mises en parallèle dans leur fonctionnement répétitif et destructeur avec le Surmoi qui s'en prend au Moi ? Comment Freud est-il passé du préconscient de la première topique au Surmoi de la deuxième ? Par ailleurs « s'attaquer » à l'éducation, à la morale (par exemple dans la guidance parentale) est souvent quelque chose qui se vérifie dans les rencontres parents/professionnel et qui peut rapidement être interprété comme un positionnement Surmoïque de la part des professionnels. Si ce n'est pas bien amené ou si ce Surmoi se confronte à un Surmoi archaïque chez la mère cette interprétation de la morale de l'autre est souvent cause de conflits violents et d'arrêt de prise en charge.

²⁹ S.Freud, (1923) « *Cinq leçons de psychanalyse* », texte en ligne http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/, p.28

³⁰ S.Freud, (1923) « *Cinq leçons de psychanalyse* », texte en ligne http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/, p.28

Un ouvrage a permis à Freud de grandes avancées dans sa recherche; il s'agit de «*Totem et Tabou*» écrit en 1912. Nous pouvons faire des liens avec la question du Surmoi. À l'intérieur de cette fondamentale œuvre freudienne, nous trouvons plusieurs paragraphes qui peuvent nous éclairer. Freud revient sur l'histoire de l'humanité et sur la naissance de la société civile qui est le fruit de la culpabilité engendrée chez les fils par le meurtre du père primordial. À partir de ce moment, le meurtre et l'inceste seront interdits et c'est sur ces nouvelles bases que verra le jour la société civile de laquelle est issue la nôtre, par intériorisation de la culpabilité du meurtre. Il apparaît donc clairement que la société humaine a vu le jour à la suite d'un crime dont la haine et la culpabilité sont les piliers.

A plusieurs reprises, Freud se pose la question de savoir comment, chez les sauvages cannibales, il peut y avoir une quelconque morale, un respect de certains interdits. D'où ces interdictions viennent-elles ? Citons : «*Nous ne pouvons, certes, pas nous attendre à ce que ces misérables cannibales nous observent une morale sexuelle se rapprochant de la nôtre ou imposent à leurs instincts sexuels des restrictions trop sévères. Et, cependant, nous savons qu'ils s'imposent l'interdiction la plus rigoureuse des rapports sexuels incestueux*³¹. »

Freud considère qu'il y a trois types de tabous : un tabou naturel ou direct, un tabou transmis ou indirect et un dernier tabou intermédiaire entre les deux premiers. Celui qui nous intéresse le plus est le tabou transmis, car il nous permet une fois encore de nous poser la question de la transmission d'une génération à l'autre de l'interdit. Comment les restrictions s'imposent-elles au moi du sujet ? Comment sont-elles véhiculées ? Comment le tabou s'impose-t-il à nous ? L'étude et l'observation des coutumes des populations sauvages permettent à Freud de faire un lien entre les prohibitions, édictées par la morale et auxquelles nous-mêmes nous obéissons et ce fameux tabou primitif qui est à l'origine de notre société. Quelque chose de ce tabou primitif reste gravé en nous et fait trace. Nous pouvons peut-être dire que c'est sur ce tabou primitif inconscient que viennent se greffer les successifs tabous conscients. Freud pense qu'en analysant la nature propre du tabou primitif nous pourrions voir plus clairement dans notre propre fonctionnement. Il nous dit pour être exact que: « *nous avons une vague idée (...), que les prohibitions, édictées par la coutume morale et par la morale, auxquels nous obéissons nous même, se rapprochent dans leurs traits*

³¹ S. Freud, (1912-1913), «*Totem et Tabou* », texte en ligne http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/, p.7

*essentiels, du tabou primitif et que l'explication de la nature propre du tabou pourrait projeter une certaine lumière sur l'obscur origine de notre propre impératif catégorique*³². » De quel impératif catégorique s'agit-il ? Quelque chose s'impose donc en nous, Freud en est convaincu mais il ne sait pas encore comment le formaliser, comment en faire un concept. D'autant plus qu'il retrouve dans sa clinique avec les névrosés obsessionnels ces impératifs qui poussent à agir, ces prohibitions qui ne peuvent être enfreintes, ces symptômes énigmatiques qui font tant souffrir ses patients.

Ainsi il écrit que : « *ces prohibitions ont surgi un jour, et depuis lors l'individu est obligé de subir leur contrainte en vertu d'une angoisse irrésistible. Une menace extérieure de châtement est superflue, car le sujet possède une certitude intérieure (conscience) que la violation de la prohibition sera suivie d'un malheur intolérable*³³. » La certitude intérieure qui rentre en conflit avec la réalité extérieure génère un décalage qui est l'origine de la souffrance du névrosé. Nous pouvons y voir peut-être une ébauche du futur concept du moi idéal et idéal du moi. C'est aussi ce que nous retrouvons dans la clinique lorsque les mères sont en grande souffrance par rapport à cette certitude interne qu'elles ont concernant leur enfant « *il va s'en sortir à l'école dans le milieu ordinaire* » dit la maman, et qui entre en collision avec la réalité extérieure « *il a un QI de 40 et il pourra difficilement suivre une scolarité normale* », répond le psychologue scolaire qui ne voit pas les choses de la même manière.

Par ailleurs, Freud tout au long de son œuvre, aime bien que chaque médaille puisse avoir son revers. Il insiste beaucoup sur ce fonctionnement en binôme, notamment lorsqu'il parle de l'ambivalence affective qui serait à l'origine du tabou : « *nous constatons ainsi une fois de plus que le tabou est né sur le sol d'une ambivalence affective, qu'il est le produit d'une opposition entre la douleur consciente et la satisfaction inconsciente*³⁴. » L'ambivalence affective est aussi celle que nous observons entre les mères et leur enfant fruit de la douleur consciente d'avoir un enfant en situation de handicap couplé à la satisfaction inconsciente d'être une mère toute puissante qui a réponse à tout et qui est indispensable à son enfant ce qui narcissiquement doit être valorisant.

Freud insiste aussi sur le fait que tout acte soumis au jugement de la conscience

³² S. Freud, (1912-1913) « *Totem et Tabou* », texte en ligne http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/ p.2

³³ S. Freud, (1912-1913), id., p. 28

³⁴ S. Freud, (1912-1913), id, p. 56

bénéficie d'une double orientation conscient/inconscient. La question qui est la nôtre est celle de savoir comment le Surmoi se situe par rapport à cette double orientation et à cette ambivalence affective. Ambivalence affective que Freud convoque également dans la genèse de la conscience morale: « *C'est ainsi que la conscience morale naît probablement, elle aussi, sur le terrain de l'ambivalence affective*³⁵. » Conscience morale qui se lie à l'angoisse, et qui en définitive dans une perspective clinique est celle qui nous intéresse le plus. Le lien tabou/ambivalence/conscience morale/angoisse mériterait d'être traité d'avantage, Freud lui-même ne semble pas encore y trouver une relation bien précise. Ce qu'il nous semble important de retenir est que l'ambivalence affective est l'ambivalence qui règne à l'intérieur de tout être humain. L'homme est un mélange d'amour et de haine. Il y a bien entendu, comme Freud nous l'explique dans *Totem et Tabou*, une primauté de la haine. L'amour pour Freud est issu de l'éducation. C'est peut-être pour cette raison que beaucoup de névrosés se trouvent sous l'égide de la culpabilité, parce que leur haine, qui se manifeste souvent sans raison, entre en contradiction avec l'amour appris par éducation. Ces sentiments contradictoires d'amour et de haine qui sont inscrits au plus profond même de l'appareil animique humain, d'où viennent-ils ? Freud pense qu'ils sont en lien avec le complexe d'Œdipe, voyons comment ! Là aussi le lien est facile avec notre hypothèse, les mères que nous rencontrons ne sont plus en mesure d'être aimantes et bienveillantes vis à vis de leur enfant mais semblent le plus souvent être sous l'égide de la haine qui d'ailleurs avance bien souvent sous le masque des bonnes intentions. Si nous considérons l'amour comme un apprentissage éducatif qui permet à l'être humain de se socialiser et de rencontrer l'altérité de manière harmonieuse, nous pouvons alors penser que cet apprentissage qui commence dans la petite enfance se consolide vers les 6/7 ans en concomitance avec le complexe d'Œdipe. Nous pouvons bien comprendre que chez ces mères le handicap engendre ce retour en arrière avant apprentissage de l'amour, retour psychique à cette époque très pulsionnelle où le Ça et le Surmoi donnent libre cours à leur expression en terrassant le Moi.

Dans la dernière partie de *Totem et Tabou*, Freud introduit la notion du complexe d'Œdipe, et explique quel lien existe entre le totémisme, le tabou et l'Œdipe. Le complexe d'Œdipe est ce stade psychique pendant lequel l'enfant éprouve des sentiments amoureux envers le parent du sexe opposé et des sentiments de haine envers le parent du même sexe. Dans le cas d'œdipe inversé il s'agit de sentiment d'amour pour

³⁵ S. Freud,(1912-1913) , id., p. 62

le parent du même sexe et de haine pour le parent de sexe opposé.

Dans l'Œdipe classique le père, à travers la castration symbolique de l'enfant, lui signifie son interdiction de posséder la mère : l'interdit de l'inceste. Cet interdit reste à jamais gravé dans le psychisme de l'enfant qui obéira alors pour toujours à cette injonction. Freud fait un lien avec les primitifs de la horde. Il nous dit que les fils qui voulaient jouir des femmes ont tué leur père, mais qu'ensuite écrasés par le poids de la culpabilité, ils se sont interdit le meurtre et l'inceste.

C'est à partir de ce moment qu'une obéissance après coup des fils à l'interdit du père s'est mise en place. « *Ce que le père avait empêché autrefois, par le fait même de son existence, les fils se le défendaient à présent eux-mêmes, en vertu de cette obéissance rétrospective*³⁶ » engendrée par le sentiment de culpabilité. Nous voyons donc clairement qu'un sentiment de faute reste latent à l'intérieur du psychisme humain et qu'il est réactivé et amplifié au moment du passage du complexe d'Œdipe. Une faute, comme celle d'avoir un enfant handicapé pourrait (dans des conditions particulières, comme celle que nous décrivons dans le cas clinique de Sylvie) annuler cette obéissance rétrospective et plonger les mères du côté du fonctionnement ordalique. C'est comme si l'œdipe, qui, chez la femme, n'est jamais vraiment totalement liquidé, était remis en cause et que ses bénéfices secondaires (apaisement psychique, prise en compte de l'altérité) disparaissaient pour laisser place au chaos pré-œdipien. Ce retour en arrière de la mère expliquerai, entre autres, les relations fusionnelles souvent incestuelles entre mère et enfant que nous retrouvons tant de fois. Comme si le tabou tombait et que tout redevenait alors possible, plus de limites avec le sujet exposé à une jouissance incessante.

Le handicap avec son côté non symbolisable, traumatisant vient amplifier le sentiment de culpabilité et toutes les défenses qui surgissent par la suite pour y faire face. Il s'agit d'une culpabilité sans nom, non symbolisable engendré par les chaos pré-œdipiens par conséquent toutes les interventions du petit autre (professionnel) sont très rapidement interprétées sur un versant persécutif.

Freud rajoute que « *la moralité repose sur les nécessités d'une société d'une part (autrement dit l'exigence de la société à l'égard de l'individu), sur le besoin d'expiation engendré par le sentiment de culpabilité, d'autre part*³⁷. » Nous retrouvons la dualité

³⁶ S. Freud, (1912-1913), id., p.125

³⁷ S. Freud, (1912-1913), id., p.127

externe/interne, société/sujet, et conscient/inconscient. Freud conclut en disant qu'«on retrouve dans le complexe d'Œdipe les commandements à la fois de la religion, de la morale, de la société et de l'art³⁸. » Avant l'œdipe tout ça n'existe pas.

En résumant cette longue partie consacrée à *Totem et Tabou*, nous pouvons conclure en disant que la société humaine est née d'un crime et s'est étayée sur la haine (meurtre du père). Par la suite, cet acte a engendré de la culpabilité avec laquelle l'être humain compose depuis. Une sorte de péché originel qu'il faut expier comme Adam et Eve. Cet acte s'est profondément inscrit dans le psychisme de l'homme et il se rejoue régulièrement d'une façon symbolique à travers le complexe d'Œdipe. Il y a donc un lien entre l'interdit archaïque de l'homme de la horde et celui beaucoup plus actuel que tous les enfants affrontent. Pour les enfants de notre clinique c'est plus compliqué car ils ne traversent pas l'œdipe de manière claire et solide, et plusieurs achoppements persistent en rendant l'œdipe insuffisamment clair et mal ancré. Ceci engendre tous les dysfonctionnements pathogènes que nous allons décrire dans cette thèse.

En poursuivant notre prospection archéologique freudienne nous découvrons un article qui peut d'avantage nous éclairer. Il s'agit de l'article que Freud a écrit en 1914 et qui s'intitule : « *Pour introduire le Narcissisme*³⁹. »

Freud se pose la question du refoulement et de son fonctionnement, il nous explique que les motions pulsionnelles subissent le refoulement d'une façon pathogène quand ces dernières sont fortement en conflit avec les intimes convictions du sujet, ses représentations culturelles et éthiques. Il compare deux individus réagissant de façon différente au refoulement. L'un qui laisse libre cours à ses pulsions, ses désirs et l'autre qui les repousse avec la plus grande indignation. Pourquoi y a-t-il une différence entre ces deux sujets ? Freud essaye de nous expliquer cette différence en s'étayant sur la théorie de la libido et la notion d'idéal. « *La formation d'idéal serait du côté du moi la condition du refoulement*⁴⁰. » Cela signifie qu'un refoulement pourrait avoir lieu uniquement si, chez notre sujet, avait pu se former un idéal, quelque chose à quoi se conformer, une croyance, une valeur morale qui serait reçue, qui deviendrait la sienne et qui serait transmise. C'est cet idéal qui pousserait le moi du sujet, face à un événement contradictoire et trop difficile à supporter, à le refouler dans l'inconscient. Cet idéal, nous serait transmis par les images parentales, à travers les injonctions du Surmoi. Nous

³⁸ S. Freud,(1912-1913), id., p.136

³⁹ S. Freud, (1914) « *Pour Introduire le narcissisme* », in « *La vie sexuelle* », Paris, PUF, 1973

⁴⁰ S. Freud, (1914) « *Pour Introduire le narcissisme* », in « *La vie sexuelle* »,Paris, PUF, 1973, p.98

voyons donc qu'un lien supplémentaire est possible car la représentation intolérable de l'enfant handicapé trop distant de l'enfant idéalisé par la mère, ne permettra pas à cette dernière de refouler, car l'idéal du moi qui sous-entend un idéal concernant l'enfant volerait en éclat suite à l'annonce du handicap. Dans ces conditions, la mère ne pourrait donc que se replier dans un mécanisme de défense de type déni ou forclusion mais en aucun cas du côté du refoulement. Pour qu'il y ait refoulement il faut obligatoirement une structure névrosée. Or, bien que structuré sur un versant névrosé, beaucoup de mères ne peuvent pas, à partir du moment où l'annonce du handicap est faite, refouler l'annonce et basculent donc dans le déni.

Freud rajoute entre autres qu'« *il apparaît que le narcissisme est déplacé sur ce nouveau Moi idéal*⁴¹. » Essayons de résumer pour clarifier au lecteur ces dernières citations. Le narcissisme, c'est-à-dire l'investissement libidinal qui, dans un premier temps, est dirigé vers soi-même, s'est désormais déplacé sur ce nouveau moi idéal qui, comme le moi infantile, n'a pas de défaut et est tout-puissant. Ce qui sort l'enfant de la toute-puissance ce sont les réprimandes des adultes qui ont permis à son propre jugement de s'éveiller. Ainsi, les réprimandes des adultes permettraient à l'enfant de se dire qu'il ne fait pas ce qu'il faut faire et qu'il y a quelqu'un d'autre (les parents) qui montre le chemin à suivre. Les parents deviennent donc des modèles. Le problème surgit comme dans notre clinique lorsque le chemin à suivre est trop radicalement éloigné de ce que l'enfant peut faire, lorsque les réprimandes sont injustifiées et lorsque l'enfant se retrouve à faire face à des injonctions paradoxales transmises par le Surmoi de la mère.

Ce que le sujet « *projette devant lui comme son idéal est le substitut du narcissisme perdu de son enfance*⁴². » Cela signifie que l'enfant renonce à son narcissisme tout-puissant et le remplace par mimétisme par celui des parents. Il renonce à son idéal du moi tout puissant pour prendre celui des parents. Pour que cette opération se passe sans achoppement, il faut cependant que le narcissisme des parents ne soit pas tout-puissant qu'il soit un narcissisme secondaire stable. Malheureusement, ce que nous observons c'est un narcissisme tellement blessé qu'il peut devenir tout-puissant en défense et en réaction à la représentation intolérable de l'enfant handicapé. Là aussi, comme il y a régression d'un Surmoi post-œdipien à un Surmoi pré-œdipien, il se pourrait que le narcissisme de la mère régresse aussi, et du secondaire retourne au

⁴¹ S. Freud, (1914), id., p.98

⁴² S. Freud, (1914), id., p.99

narcissisme primaire. Ce narcissisme primaire se qualifie par sa toute puissance, son omnipotence, son absence de limites. Il s'agit donc d'un formidable déni de la réalité, de non prise en compte de l'autre et de son désir, ce qui se retrouve dans nos observations cliniques.

Ce retour en arrière serait une réponse au deuil du handicap, par ailleurs quand le narcissisme secondaire s'instaure, le primaire ne disparaît pas pour autant, mais il reste présent sur le fond, en veille prêt à resurgir notamment lors des épisodes de crise majeure pour le psychisme comme pourrait l'être l'annonce d'un handicap mental.

Freud introduit également un décalage entre l'idéal du moi (idéalisé et en lien avec l'idéal infantile) et le moi actuel du sujet. La distance entre ces deux moi serait évaluée et comparée sans cesse par une instance morale : « *la conscience morale serait l'instance qui veillerait à comparer le moi actuel et l'idéal du moi* ⁴³. » Cette conscience induite par l'extérieur serait le Surmoi mais Freud ne le nomme pas encore ainsi. Il continue en disant que : « *l'incitation à former l'idéal du moi, dont la conscience morale est instituée en gardien, provenait justement de l'influence critique des parents transmise par la voix; dans les cours du temps étaient venus s'y adjoindre les éducateurs, les professeurs et la troupe indéterminable de toutes les autres personnes du milieu ambiant (les semblables, l'opinion publique)* ⁴⁴. »

Hélas, grâce à cette citation, nous comprenons mieux pourquoi il arrive aussi souvent que les professionnels puissent adopter exactement le même discours, porter la même voix, suivre la même voie que les instances parentales, comme si eux aussi subissaient les attaques du Surmoi maternel et adoptaient le même fonctionnement absurde. Ce qui explique pourquoi certains professionnels dans des circonstances bien précises peuvent reproduire exactement le même symptôme familial, avoir la même demande dans la relation qu'ils établissent avec l'enfant handicapé et véhiculer une demande incessante vis-à-vis de l'enfant, dans le but de le faire progresser, de lui permettre de rattraper son retard, de combler son manque, et ceci en dépit de son désir. Nous pouvons voir à quel point le jugement, la critique de l'autre qui n'est pas conforme à notre idéal, peut devenir omniprésente dans ce type de clinique.

Pour résumer, au cours de son évolution, l'enfant serait confronté à la critique de l'autre, ce qui lui permettrait d'éveiller son sens critique et de border sa toute-puissance

⁴³ S. Freud, (1914), id., p.99

⁴⁴ S. Freud, (1914), id., p.100

narcissique. Si l'enfant peut se critiquer, se remettre en question, cela signifie qu'il entrevoit ses limites. De la même manière, il se créerait chez lui une instance intérieure, une conscience morale en miroir avec celle externe côtoyée à travers les parents. À partir de là, une fois cette instance créée le sujet n'aurait plus besoin du rappel à l'ordre parental.

Les pulsions sexuelles qui sont le moteur des relations humaines seraient contenues et régulées par la conscience morale et trouveraient, ainsi, une juste satisfaction. « *Des grands montants de libido essentiellement homosexuelle furent ainsi attirés pour former l'idéal du moi narcissique, et ils trouvent, en le maintenant, à se dériver et à se satisfaire*⁴⁵. » Ceci se retrouve dans le fonctionnement dit normal, ces pulsions sont donc régulées par la conscience morale, mais il se peut que cette dernière se transforme en censure extérieure et intérieure persécutrice et hostile au lieu de s'occuper de l'idéal du moi narcissique. Ainsi Freud nous dit que : « *la conscience morale est une instance de censure lors qu'au lieu d'être au service de l'idéal du moi narcissique, elle apparaît dans la maladie comme une action hostile venant de l'extérieur*⁴⁶. » Elle vient de l'extérieur certes, mais fait écho et entre en résonance avec l'inconscient du sujet, donc le point de départ est interne. Freud rajoute que, si on pénètre davantage dans la structure du moi, on se rendra compte qu'il existe également « *un censeur du rêve de l'idéal du moi et dans les manifestations dynamiques de la conscience morale*⁴⁷ », cette censure s'exprime donc également pendant le sommeil à travers les rêves.

Il rajoute : « *je ne puis ici décider si la séparation entre cette instance de censure et le reste du moi est capable de fonder psychologiquement la distinction philosophique entre une conscience et une conscience de soi*⁴⁸. » Freud se pose la question de savoir si le moi du sujet correspond à la conscience de soi et si la conscience au sens large du terme est quant à elle en lien avec la censure.

Le moi du sujet selon Freud se compose de trois parties, c'est la pluralité psychique dont il parlait au début de son œuvre qui prend enfin forme : « *une part du sentiment de soi est primaire, c'est le reste du narcissisme infantin, une autre partie est issue de la toute-puissance confirmée par l'expérience (accomplissement de l'idéal du*

⁴⁵ Ibid

⁴⁶ S. Freud, (1914), id., p.100

⁴⁷ S. Freud, (1914), id., p.101

⁴⁸ S. Freud, (1914), id, p.102

moi), une troisième partie est issue de la satisfaction de la libido d'objet⁴⁹. »

Les questions que nous nous posons dans les pages précédentes commencent à trouver des réponses. Concernant l'origine de la culpabilité que le sujet ressent, Freud nous dit : « l'importance de l'idéal du moi pour la cohésion sociale ; il lie la libido narcissique et la libido homosexuelle qui se transforment en conscience de culpabilité (angoisse sociale). La conscience de culpabilité était originalement l'angoisse d'être châtié par les parents, ou plus exactement de perdre leur amour ; aux parents est venus plus tard se substituer la foule indéterminé de nos compagnons⁵⁰. »

Chez le sujet névrosé, il y a donc un bon compromis entre idéal du moi, libido narcissique et conscience de culpabilité, mais chez d'autres sujets cette homéostasie n'est pas acquise, ainsi Freud dans un rajout de 1915, in « *Trois essais sur la théorie sexuelle*⁵¹ » nous dit que « l'analyse clinique des cas extrêmes de perversion masochiste mène à l'action conjuguée de toute une série de facteurs qui viennent exagérer et fixer l'attitude sexuelle passive originelle (complexe de castration, conscience de culpabilité)⁵². » Donc le sujet pervers ne pourrait pas refouler, ni sublimer ses pulsions libidinales et resterait fixé sur elles sur un versant passif. Nous voilà maintenant à une autre solution, face à l'angoisse : le déni.

Pour en revenir à cette conscience de culpabilité ou angoisse sociale, Freud en parle aussi dans un texte paru en 1915, « *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort*. » Il nous propose une analyse des raisons de la première guerre mondiale et il en arrive à la conclusion qu'en temps de guerre, l'angoisse sociale cesse d'exercer son influence sur les sujets et révèle en plein jour leurs mauvais instincts.

L'homme dépourvu d'angoisse sociale se livre à des actes de cruauté, de perfidie, de trahison et de brutalité, nous dit Freud.

« Notre conscience morale n'est pas le juge inflexible pour lequel la font passer les tenants de l'éthique, elle est à son origine angoisse sociale et rien d'autre⁵³. » Ce qui veut dire que la conscience morale viendrait de l'extérieur, et pas de l'individu lui-même. Une fois cette pression tombée, l'homme est donc capable de tout, comme la

⁴⁹ S. Freud, (1914) , id, p.104

⁵⁰ S. Freud, (1914) , id, p.105

⁵¹ S. Freud, (1905) « *Trois essais sur la théorie sexuelle* », Paris, éd. Gallimard, 2001

⁵² S. Freud, (1905) , id., p.70

⁵³ S.Freud, (1915) « *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort* », in « *Essais de psychanalyse* », Paris, Payot, 2001, p.18

guerre semble bien le mettre en évidence. L'homme, est donc foncièrement cruel car poussé par ses pulsions, par les réalisations de ses besoins primitifs. Si ces derniers ne sont pas satisfaits, si les pulsions ne sont pas contenues par l'autre social, par une angoisse sociale suffisamment forte alors l'homme serait capable de tout. Nous pouvons faire le lien avec les pages précédentes lorsque nous citions Freud dans Totem et Tabou. La société humaine est le rejeton d'un crime, elle repose sur la haine. L'amour, quant à lui, est venu par la suite, c'est un acquis social, fruit de l'éducation. Ceci explique certainement pourquoi l'homme est toujours très ambivalent, et on trouve souvent chez la même personne un amour intense et une haine violente souvent dirigés vers le même objet. En partant du postulat de départ que les penchants de l'homme sont à la base « mauvais » comment pourraient-ils se transformer en bons ? Freud nous dit qu'il y a deux facteurs à ce changement, un interne et un externe. L'interne serait l'amour, l'érotisme qui aurait une influence décisive sur les penchants égoïstes, c'est par l'adjonction d'éléments érotiques que les penchants égoïstes se transforment en penchants sociaux. Le facteur externe quant à lui, c'est la pression exercée par l'éducation et qui pousse le sujet à renoncer à certains besoins pour le bien être de la collectivité. « *Les pulsions « mauvaises », « égoïstes » sont transformées par un facteur interne, l'érotisme, l'amour, et un facteur externe, l'éducation, pouvant devenir interne et même en partie atavique*⁵⁴. » Atavique, cela signifie que les hommes d'aujourd'hui portent avec eux l'héritage de leurs ancêtres, ce qui leur permet de transformer les penchants égoïstes en penchants sociaux. De plus, les exigences morales imposées par la société sont devenues au fil du temps de plus en plus contraignantes ce qui a eu pour effet de creuser davantage l'écart entre elles et les dispositions instinctives des sujets. Si nous le ré-contextualisons à notre clinique, cet équilibre entre pulsions mauvaises, égoïstes, bordées par l'amour et l'éducation ne se vérifie pas, par conséquent les pulsions agressives prennent toute la place dans la relation mère/enfant. Pour qu'il y ait de l'amour, il faut qu'il y ait de l'espace, de la distance psychique, de l'altérité entre les sujets, alors que dans notre clinique il n'y a plus ni espace ni distinction psychique entre la mère et son enfant.

En 1915, Freud, dans le texte « *Deuil et mélancolie* », s'intéresse au sujet mélancolique et essaye toujours en partant de la libido et du choix d'objet de partager le deuil et la mélancolie. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si Freud associe le deuil et la mélancolie, comme si les deux items étaient indissociables. Comme si chaque deuil ne

⁵⁴ S.Freud, (1915) , id, p.20-21

pouvait pas être suivi par autre chose qu'une période régressive plus ou moins importante selon le type de traumatisme ou d'effraction psychique. À l'instar des enfants qui, lorsqu'ils se développent psycho-affectivement, s'ils sont effractés par un traumatisme, ont comme premier mécanisme de défense de régresser à un état antérieur qui est la commémoration d'un moment pendant lequel le traumatisme n'avait pas encore eu lieu. (Exemple princeps la naissance d'un nouveau frère ou sœur peut induire l'enfant propre à redevenir sale, ou celui qui parlait bien à bégayer, etc.). Pour les mères de notre clinique, il est donc plausible que le handicap puisse être un moment de deuil tellement difficile à supporter, à parler dans l'immédiat, qu'elles subissent cette régression psychique responsable des agissements que nous décrivons.

Dans ce texte, la question de la conscience morale, de l'instance critique et des reproches est à nouveau abordé. En effet, Freud tient à introduire un concept fondateur. À savoir que le Moi serait séparé, clivé de l'instance critique. Si jusqu'à présent Freud postulait qu'il y avait une instance à l'intérieur du Moi, une instance critique acquise par l'extérieur et ensuite intériorisée, voilà que maintenant, en partant de la clinique de patients mélancoliques, il prétend qu'une instance bien séparée du moi serait présente chez ces sujets. Ainsi Freud soupçonne « *que l'instance critique, qui ici est séparée du moi par clivage, pourrait, dans d'autres circonstances également démontrer son autonomie* », « *ce avec quoi nous faisons connaissance, c'est cette instance qu'on appelle habituellement conscience morale; nous la compterons avec la censure de la conscience et l'épreuve de réalité au nombre des grandes institutions du moi et nous trouverons aussi quelque part les preuves du fait qu'elle peut tomber malade isolément*⁵⁵. » Pouvant tomber malade toute seule, clivée, séparée, autant d'indices qui nous dirigent de plus en plus vers une instance propre à elle-même.

Petite différence avec d'autres pathologies chez le mélancolique, les reproches sont des auto-reproches que le sujet s'inflige à lui-même mais qui en réalité, ciblent bien un objet d'amour externe. « *Dans la mélancolie les auto-reproches sont reproches contre un objet d'amour; qui sont basculés de celui-ci sur le moi propre*⁵⁶. » Donc l'inverse serait possible aussi, et les mères se sentant coupables d'avoir engendré un enfant handicapé, basculerait les reproches, de leur Moi au Moi de l'enfant.

Il y a également, ici, un phénomène d'identification du moi avec l'objet abandonné. Freud utilise une très belle phrase pour expliquer ce processus « *l'ombre de*

⁵⁵ S. Freud, (1915-1917) « *Deuil et Mélancolie* », in « *Métapsychologie* », Paris, Gallimard, 1991, p.153

⁵⁶ S. Freud, (1915-1917) « *Deuil et Mélancolie* », in « *Métapsychologie* », Paris, Gallimard, 1991, p.154

*l'objet tombé sur le moi*⁵⁷. » Dans notre clinique, et c'est pour ça que depuis le départ nous avons fait le lien et le parallèle avec la mélancolie, c'est l'ombre du handicap de l'enfant qui tombe sur le moi de la mère. Cela a pour effet de fragiliser le Moi de la mère et par conséquent, via l'identification, le Moi de l'enfant.

Nous retrouvons également une forte fixation à l'objet d'amour. Le problème dans ce cas de figure c'est que l'objet d'amour n'est plus externe mais devient interne et se replie sur le moi.

*« La torture que s'inflige le mélancolique et qui, indubitablement, lui procure de la jouissance, représente, tout comme le phénomène correspondant dans la névrose obsessionnelle, la satisfaction de tendances sadiques et haineuses, qui visant un objet, ont subi de cette façon un retournement sur la personne propre. Dans les deux affections, les malades parviennent encore, par le détour de l'autopunition, à tirer vengeance des objets originaires et à torturer ceux qu'ils aiment par le moyen de leur maladie afin de ne pas être obligés de leur manifester directement leur hostilité*⁵⁸. » Cette attitude, nous l'observons parfois dans les familles que nous rencontrons. Cet aspect jouissif, ces tendances sadiques agressives, sont celles que nous retrouvons dans la clinique et qui encore une fois sont pré-œdipiennes, et sont à mettre en lien avec l'analité et le stade du miroir. C'est pour cette raison que l'agressivité se déploie bien souvent dans les deux sens. Une mère qui maltraite son enfant en lui faisant subir des sévices moraux, psychiques et parfois physiques est bien du côté de cette jouissance mortifère. De la même manière l'enfant peut se montrer agressif avec la mère, lorsque par exemple, ayant de bonnes capacités cognitives, il refuse clairement de lui donner satisfaction, (comme lors de l'apprentissage de la propreté quand il refuse de faire ses besoins dans le pot) de grandir, de devenir autonome et joue sans cesse à provoquer l'entourage en faisant le « débile » au grand damne de la famille.

Le sujet qui a perdu l'objet d'amour, continue Freud, plutôt que de basculer sa haine envers l'objet, la retourne contre lui-même, contre son Moi. Ce qui explique cliniquement les signes qu'on retrouve chez les patients mélancoliques : estime de soi inexistante, reproches négatifs à son égard, méprise de soi-même et de ses capacités. Cette attitude masochiste envers soi-même tient aussi du fait que : *« l'investissement d'amour que le mélancolique avait fait sur son objet a eu un double destin ; pour une part il a régressé sur l'identification, pour une autre part il a été reporté, sous influence*

⁵⁷ S. Freud, (1915-1917), id, p.156

⁵⁸ S. Freud, (1915-1917), id, p.160

*du conflit ambivalent, au stade de sadisme qui est plus proche de celui-ci*⁵⁹. » Ce sadisme contre soi peut pousser jusqu'à l'acte suicidaire. « *Or l'analyse de la mélancolie nous enseigne que le moi ne peut se tuer que lorsqu'il peut, de par le retour de l'investissement d'objet, se traiter lui-même comme un objet, lorsqu'il lui est loisible de diriger contre lui-même l'hostilité qui vise un objet et qui représente la réaction originare du moi contre des objets du monde extérieur.* » « *Ainsi dans la régression à partir du choix d'objet narcissique, l'objet a certes été supprimé mais il s'est pourtant avéré plus puissant que le moi lui-même. Dans ces deux situations opposées, celle de l'état amoureux le plus extrême et celle du suicide, le moi, bien que par des voies tout à fait distinctes est terrassé par l'objet*⁶⁰. » Donc nous disions plus haut que l'objet dans notre clinique est l'enfant handicapé qui tombe sur le Moi de la mère et la terrasse. À partir de là, comme chez le sujet mélancolique, le Moi de la mère disparaît pour laisser uniquement place à l'expression pathogène de son Ça et de son Surmoi.

Cette disparition moïque peut d'ailleurs facilement s'observer cliniquement : nous retrouvons régulièrement des mères qui semblent ne plus avoir aucun désir pour elle-même, et sont uniquement engagées dans la prise en charge de l'enfant et ceci en dépit de tout le reste. Cela semble être une cause majeure d'ailleurs des rapports souvent conflictuel avec le reste de la famille, notamment le père. Les différents rôles que la mère doit occuper à la maison, celui de femme, celui de mère du reste de la fratrie ne peuvent s'étayer que sur un Moi solide, mais dans cette configuration cette mère freudienne semble disparaître pour laisser place à une sorte de mère toute puissante en grande souffrance qui fusionne avec son enfant malade en s'oubliant et en oubliant tout le reste.

Nous avons donc retrouvé également dans ce texte les mots clefs qui depuis le début servent de fil conducteur à notre recherche : conscience morale, instance critique, perte d'objet, investissement libidinal sur le moi et fixation.

Dans un autre texte paru en 1916, « *Quelques types de caractères dégagés par la psychanalyse* » Freud en s'appuyant sur la clinique et sur des œuvres de fiction avance encore d'un pas dans sa réflexion autour de la conscience morale et parle du complexe d'Édipe pour étayer la notion de culpabilité. À propos des sujets qui échouent devant le succès, qui ne peuvent pas supporter qu'un événement heureux leur arrive, Freud nous dit que : « *le travail psychanalytique enseigne que les forces de la conscience morale,*

⁵⁹ S. Freud, (1915-1917) « *Deuil et Mélancolie* », in « *Métapsychologie* », Paris, Gallimard, 1991, p.160

⁶⁰ S. Freud, (1915-1917) , id, p.161

*qui font qu'on tombe malade du fait du succès, au lieu que ce soit comme d'habitude du fait du refus/ frustration, soit en intime corrélation, comme peut-être notre conscience de culpabilité en général, avec le complexe d'Œdipe, du rapport au père et à la mère*⁶¹. » Freud s'étaye sur l'exemple fictif de lady Macbeth qui s'effondre après avoir atteint le but qu'elle avait poursuivi avec une énergie sans relâche. Dans la suite du texte, dans le chapitre titré « *les criminels par sentiment de culpabilité* », Freud, en partant cette fois-ci d'une clinique réelle, rajoute que « *le résultat régulier du travail analytique était que cet obscur sentiment de culpabilité provenant du complexe d'Œdipe, est une réaction aux deux grands desseins criminels, mettre à mort le père et avoir un commerce sexuel avec la mère*⁶². »

Il rajoute également que l'humanité a pu acquérir cette conscience morale qui semble désormais être devenue une force psychique atavique directement en lien avec le complexe d'Œdipe.

Nous pouvons également faire le lien avec *Totem et Tabou* dont nous avons parlé dans les pages précédentes, ce qui montre clairement le cheminement logique et l'évolution du concept à l'intérieur de l'œuvre freudienne.

Comme nous l'avons vu jusqu'à présent dans nos lectures, Freud, pour étayer ses concepts, s'appuie beaucoup sur les mythes, sur des personnages de fiction, sur des patients mais aussi des personnages historiques qui ont marqué par leur empreinte l'humanité. C'est le cas pour le travail sur Leonard de Vinci que Freud a analysé et retranscrit dans l'ouvrage : « *Un souvenir d'enfance de Leonard de Vinci*. » Cette œuvre écrite en 1910 a bénéficié d'un rajout en 1919, c'est pour cette raison qu'elle apparaît ici dans notre écrit, les éléments rajoutés sont justement ceux qui nous intéressent. Dans ce travail, Freud revient sur la vie, les œuvres et l'analyse de l'immense talent du maître florentin, pour essayer de comprendre où prend sa source son talent artistique et à quel point, sous le poids, sans doute d'une culpabilité latente, Leonard a réussi à sublimer ses pulsions sexuelles vers une aussi grande forme d'art. Il y a une citation de Leonard reprise par Freud dans laquelle il affirme que : « *qui, dans le conflit des opinions se réfère à l'autorité, opère avec sa mémoire au lieu d'opérer avec son entendement*⁶³. » Le mot sur lequel il nous semble intéressant de s'attarder est le mot mémoire. Se référer à

⁶¹ S. Freud, (1916) « *Quelques types de caractère dégagés par la psychanalyse* », in « *L'inquiétante étrangeté et autres essais* », Paris, Gallimard, 1990, p.168

⁶² S. Freud, (1916) , id, 1990, p.170

⁶³ S. Freud, (1917)« *Un souvenir d'enfance de Leonard de Vinci* »,Paris, Gallimard, 1990, p.231

sa mémoire, cela signifie se référer à quelque chose de passé, qui est resté en mémoire en faisant figure d'autorité. À partir de là, cette figure d'autorité pourrait être le père, la castration symbolique, la conscience morale, l'angoisse sociale acquise et intériorisée. Freud rajoute que pour le sujet croyant, faire face à cette angoisse est plus simple que chez le sujet athée, ce qui est d'ailleurs logique car le croyant pense expier une partie de sa culpabilité à travers la prière. Freud nous explique que : « *cette protection évitant de tomber malade de névrose, que la religion accorde à ses croyants, s'explique aisément par le fait que celle-ci les débarrasse du complexe parental auquel est attachée la conscience de culpabilité de l'individu (Œdipe), comme celle de l'humanité toute entière (Totem et Tabou), et qu'elle liquide pour eux ce complexe, tandis que l'incroyant doit venir seul à bout de cette tâche*⁶⁴. » D'ailleurs, il n'est pas rare d'observer dans cette clinique que beaucoup de familles et des professionnels qui gravitent autour de l'enfant sont souvent de fervents croyant et envisagent la prise en charge comme une mission divine, et par conséquent ils développent cette illusion d'être toujours du côté de la vérité car c'est la parole de Dieu qui les guide.

Les pulsions peuvent avoir deux destins, soient elles sont refoulées, soient elles sont sublimées. Leonard, c'est la théorie de Freud, pour venir à bout d'énormes pulsions sexuelles éprouvées à l'égard de sa mère, les a sublimées, devenant ainsi un des plus grands artistes que l'humanité ait connu. Sans vouloir trop entrer dans les détails de cet ouvrage, ce qu'il nous semble important de retenir c'est qu'il y a quelque chose chez l'homme qui est responsable soit du refoulement, soit comme pour Leonard de la sublimation. Cette force qui se dessine de mieux en mieux semble être omniprésente et conditionner le destin des hommes, pour les rendre tantôt criminels, tantôt artistes ou poètes. Bien entendu, cela agit sur la structure de la personnalité et en conséquence, sur le destin de l'individu. Ce texte nous permet de voir une fois de plus que le pulsionnel fait partie de l'homme et que les pulsions peuvent avoir des destins différents et peuvent ou pas être maîtrisés. Lorsqu'il parle d'autorité, Freud veut parler du rôle que peut incarner le père, qui est surtout le rôle de celui qui met un frein aux pulsions agressives et libidinales de la mère et de l'enfant, chose qui ne se vérifie pas tout le temps dans notre clinique. Le tiers incarné par une figure paternelle et le fait que le patient puisse sublimer ses pulsions comme le fait Leonard, nous met d'ores et déjà sur une piste thérapeutique éventuelle.

Dans l'article de 1919, « *Un enfant est battu* », Freud introduit pour la première

⁶⁴ S. Freud, (1917), id, p.235

fois dans son concept de conscience sociale une différence d'impact de cette dernière par rapport au sexe de l'individu. Dans cet article Freud nous explique que l'enfant est contraint de refouler le choix d'objet incestueux qui lui est dicté par l'histoire de l'humanité (cf *Totem et tabou*). En même temps que ce processus de refoulement, apparaît une conscience de culpabilité, de la même provenance inconnue, mais sans aucun doute rattachée à ces désirs d'inceste et justifiée par leur persistance dans l'inconscient.

Étant donné qu'il pense que cette conscience est issue et en lien avec le complexe d'Œdipe, et que ce dernier agit selon des modalités différentes chez le garçon et chez la petite fille, forcément cela a aussi une influence sur la conscience sociale. Freud fait donc l'hypothèse que l'œdipe provoquerait chez la petite fille une conscience de culpabilité plus forte que chez le petit garçon. Comme expliqué en introduction dans nos hypothèses, la culpabilité et son intensité semblent directement en lien avec la force du Surmoi, plus il est fort et plus la culpabilité se fait ressentir. « *Dans les cas féminins la conscience de culpabilité peut-être en soi plus exigeante*⁶⁵. » Cela tient au fait que les filles, lorsqu'elles se détournent de l'amour génital incestueux pour le père, ne renoncent pas uniquement au père mais également à leur rôle féminin, et désormais ne veulent être que des garçons. Dans les prochains chapitres lorsque nous nous intéresserons au féminin plus en détail nous pourrons y voir plus clair, pour l'instant nous constatons simplement que nous observons chez les mères de notre clinique, effectivement, une renonciation au féminin et une bascule dans un positionnement psychique plus confus, plus proche de l'homme que de la femme, dans tous les cas dans un positionnement psychique où l'identité sexuelle n'est plus si claire. Ceci une fois encore est selon nous conséquent à la régression psychique pré-œdipienne, à un moment où la différence des sexes ne s'est pas encore clairement établie. C'est pour cette raison que nous observons cliniquement des mères qui peuvent adopter la position paternelle et maternelle à la foi. Nous y reviendrons.

À partir de la constatation freudienne que la culpabilité est plus forte chez la femme que chez l'homme, il est alors plus simple de comprendre pourquoi ce sont les mères qui semblent se sentir davantage coupable du handicap de l'enfant et pourquoi leurs attitudes extrêmes sont à considérer comme des actes visant à soulager cette culpabilité. Ce mécanisme introduit donc une complication supplémentaire chez les filles, absente chez le garçon. À partir de cette constatation et du fait que nous faisons

⁶⁵ S. Freud, (1919), « *Un enfant est battu* », in *Ouvres complètes*, vol XV, Paris, éd. PUF, 1996, p.230

un lien entre la force de cette culpabilité et le Surmoi comme s'ils étaient directement proportionnels l'une à l'autre, nous ne comprenons pas pourquoi Freud pense que le Surmoi féminin est moins fort que le masculin.

Dans la suite de l'article, Freud rajoute que le sentiment de culpabilité de l'enfant est dû « à cette instance qui, en tant que conscience morale critique, affronte le reste du moi⁶⁶. » Une fois encore, Freud pointe que ces deux forces sont en opposition, que l'une sert à limiter l'autre.

En 1921 Freud écrit un texte qu'il titre « *psychologie des foules et analyse du moi* », à l'intérieur duquel nous retrouvons trois chapitres qui nous éclairent davantage sur la question de l'idéal du moi, désormais décrit comme l'héritier du narcissisme infantile. En introduction du texte, Freud revient une fois encore, comme s'il voulait renforcer sa position, sur le fait que « nous avons depuis longtemps affirmé que le noyau de cette soi-disant conscience est fait d'angoisse sociale⁶⁷. » Le premier de ces chapitres qui nous intéresse est celui qui parle de l'identification, Freud explique que l'enfant depuis tout petit s'identifie à son père, il veut être comme lui, il veut être lui, il fait en quelque sorte de son père son idéal. Cette identification massive est une prémisse du complexe d'Œdipe. Le moi de l'enfant veut être identique au moi du père. Il développe son idéal en lien avec l'idéal du moi du père. Une fois adolescent, le sujet renonce à cet idéal paternel car il a désormais normalement acquis son idéal propre. Par rapport à notre clinique, la représentation inconsciente et consciente du père est souvent absente dans le discours de la mère et ne semble plus être un idéal pour la mère, donc nous pouvons nous poser la question : qu'en est-il pour l'enfant ? Si cette régression psychique maternelle de notre hypothèse est avérée, l'enfant aura alors du mal à s'identifier au père car pour cela il faut que ce dernier existe dans le discours de la mère, qu'il soit le digne représentant de l'autorité de manière à permettre à l'enfant de traverser l'Œdipe. Le problème est que le père et ses représentations inconscientes sont destitués par les attitudes et les mots de la mère et de l'enfant à son égard.

Dans ce texte Freud prend comme exemple clinique le fonctionnement des sujets mélancoliques, pour expliquer que chez eux le moi est divisé en deux. Qui plus est dans

⁶⁶ S. Freud, (1919), « *Un enfant est battu* », in *Ouvres complètes*, vol XV, Paris, éd. PUF, 1996, p.234

⁶⁷ S. Freud, (1921), « *Psychologie des masses et analyse du moi* », in « *Essais de psychanalyse* », Paris, Payot 1981, p.145

ces deux parties « *l'une fait rage contre l'autre*⁶⁸. » Il nous explique que la partie du moi qui est si cruelle inclut la conscience morale, l'instance critique. Cette instance est bien entendu l'idéal du moi, « *nous l'avons appelé idéal du moi et lui avons attribué comme fonctions l'auto observation, la conscience morale, la censure de rêve, l'influence majeure dans le refoulement*⁶⁹. » Nous nous apercevons clairement que pour l'instant, idéal du moi et Surmoi sont les mêmes choses, il n'y pas de différence notable entre les deux. Comme on le verra dans les pages suivantes, Freud apportera plus de précision à partir de 1932.

Dans un autre chapitre, que Freud titre : « *Un stade dans le moi* », il nous explique, toujours au sujet de l'idéal du moi, que chaque individu est une partie intégrante de plusieurs masses, c'est-à-dire qu'il est le fruit de plusieurs identifications. Ainsi le sujet « *a édifié son idéal du moi selon les modèles les plus divers*⁷⁰», il a formé son idéal en suivant celui d'une masse, d'une foule. Chaque masse est différente, (race, classe sociale, communauté de croyance, etc.). On peut donc faire le lien entre individu et masse (issue de la horde), entre angoisse sociale et idéal du moi qui en découle. Lorsque Freud nous parle de stade dans le moi, il veut nous signifier que pour tout individu il y a une identification à l'objet masse qui se fait en lien avec l'idéal du moi, qui est issu lui-même de cette masse. Pour cette raison, l'individu se sentira mieux, plus intégré, dans certaines masses plutôt que dans d'autres. Le moi serait coupé en deux, il y aurait le moi et son idéal. C'est pour cette raison qu'on peut parler de stade, car c'est un acquis sociétal. Le moi du sujet autrefois narcissique et tout puissant serait, désormais, obligé de se confronter à un idéal de moi qui s'est formé en lui grâce au processus d'identification avec la masse. D'ailleurs, dans notre clinique nous observons souvent que cette identification à la masse s'avère impossible, notamment parce qu'elle n'est pas précédée par l'identification au père, le véritable accès à l'altérité a échoué ce qui rend toute intégration particulièrement difficile.

Freud dans ce texte nous explique que: « *ce par quoi nous avons pu contribuer à l'élucidation de la structure libidinale d'une masse se ramène à la différenciation du moi d'avec l'idéal du moi et au double mode de liaison par-là rendu possible, identification et installation de l'objet à la place de l'idéal du moi. L'hypothèse d'un tel stade dans le moi, en tant que premier pas d'une analyse du moi, doit progressivement*

⁶⁸ S. Freud, (1921), « *Psychologie des masses et analyse du moi* », in « *Œuvres complètes* », XVI, Paris, éd. PUF 1991, p.47

⁶⁹ S. Freud, (1921), id, p.47-48

⁷⁰ S. Freud, (1921), id, p.67

s'avérer justifiée dans les domaines les plus divers de la psychologie.(...) Pensons que le moi entre maintenant dans la relation qui est celle d'un objet à l'égard de l'idéal de moi développé à partir de lui, et que, éventuellement toutes les actions réciproques dont nous avons pris connaissance dans la théorie des névrosés, entre objet extérieur et moi-total, viennent à se répéter sur cette nouvelle scène à l'intérieur du moi⁷¹. »

En fin de chapitre, Freud donne une explication supplémentaire dans le but d'expliquer le fonctionnement des pathologies bipolaires comme la manie-dépressive et toute autre manifestation qui semble marquer soit la présence très forte de l'idéal du moi, soit son retrait massif. « *L'idéal du moi englobe la somme de toutes les restrictions auxquelles le moi doit se plier, et c'est pourquoi le retrait de l'idéal du moi devrait être une fête grandiose pour le moi, qui alors aurait une fois encore le droit d'être content de lui⁷². »* Freud prend l'exemple du carnaval, moment précis où la masse décide d'un commun accord et sur une courte période, de faire tomber les barrières interdictrices de l'idéal du moi, en s'abandonnant à des comportements orgiastiques normalement réprimés.

Dans l'article « *Psychanalyse* » et « *théorie de la libido* », Freud fait un résumé assez circonscrit de sa pensée de l'époque (1922), un petit retour sur l'importance du complexe d'Œdipe et sur son coté fondateur de l'âme humaine. Afin de faire face à ce complexe, pour pouvoir supporter la culpabilité que ce processus engendre, Freud pense que des instances que nous pourrions définir comme « *anxiolytiques* » se sont mises en place. « *La significativité du complexe d'Œdipe s'accroît jusqu'à prendre des proportions gigantesques, on acquit le pressentiment qu'ordre civique, moralité, droit, religion étaient aux temps originaires de l'humanité apparus conjointement, en tant que formation réactionnelle au complexe d'Œdipe⁷³. »* Par conséquent la traversée de l'œdipe, bien que difficile, amène un certain apaisement des pulsions, qui est fondamental pour le bien être de l'être humain. Cela réduit l'anxiété, et l'angoisse, chose qui ne se vérifie pas dans notre clinique ; argument supplémentaire de notre hypothèse de régression psychique chez la mère.

C'est enfin dans le texte « *le Moi et le ça* » que Freud parle pour la première fois du Surmoi, en effet depuis le commencement de son œuvre, il parle de ce nouveau

⁷¹ S. Freud, (1921), « *Psychologie des masses et analyse du moi* », in « *Œuvres complètes* », XVI, Paris, éd. PUF 1991, p.68-69

⁷² S. Freud, (1921), id, p.70

⁷³ S. Freud,(1922-1923) « *Psychanalyse et Théorie de la libido* », in « *Œuvres complètes* »,XVI, Paris, éd. PUF, 1991, p.203

concept sans pouvoir bien le définir, ni le nommer. Il utilise des expressions comme instance critique, conscience sociale, sentiment de culpabilité collective. Freud enfin dans ce travail de 1922, nomme et explicite avec une grande clarté, l'origine et la fonction de cette nouvelle instance.

Dans le deuxième chapitre de ce texte qui porte le même titre, Freud essaie d'expliquer la différence entre le moi et le ça, il aborde également la question du conscient, du préconscient et de l'inconscient. Nous le citons : « *le moi est la partie du ça modifié sous l'influence directe du monde extérieur par l'intermédiaire du PC-CS (...). Il (...) tend à installer le principe de réalité à la place du principe du plaisir, lequel règne sans restriction dans le ça (...). Le moi représente ce qu'on peut appeler raison et bon sens, au contraire du ça qui contient les passions*⁷⁴. » Si le Moi représente et est garant de ce qu'on peut appeler raison et bon sens, nous comprenons alors bien que comme notre observation clinique le montre et selon notre hypothèse, le Moi de la mère, fragilisé, n'arrive plus à garantir le bon sens dans la prise en charge de l'enfant en situation de handicap. Voilà pourquoi nous définissons les attitudes observées chez ses mères comme étant absurdes ce qui signifie justement, contraire à la logique, à la raison et au sens commun uniquement fruit du pulsionnel maternel.

Ce passage nous laisse entrevoir la question qui trouvera réponse dans les pages suivantes, à savoir : si le moi est limité par le monde extérieur, qui limite le ça ? Dans le troisième chapitre « *le moi et le Surmoi (idéal du moi)* », Freud commence à répondre en nous disant que le moi contiendrait une deuxième partie, il y aurait « *une différenciation à l'intérieur du moi, qui doit être nommée idéal de moi ou Surmoi*⁷⁵. » Ce morceau supplémentaire du moi, tout en étant contenu par lui, serait moins conscient, il serait une partie du moi non consciente. Cet idéal de moi serait issu des identifications d'objet du moi, parmi celles-là, la plus importante et fondatrice est celle avec le père de la horde qui représente symboliquement les parents. « *Cela nous ramène à l'apparition de l'idéal du moi, car derrière lui se cache la première et la plus significative identification de l'individu, celle avec le père de la préhistoire personnelle*⁷⁶. » Or nous savons que l'identification peut se faire envers les parents de sexe opposé ou celui du même sexe et qu'il s'agit d'un processus clef dans l'apparition et la liquidation du complexe d'Œdipe ainsi que dans la formation du Surmoi. L'œdipe, la plupart du temps, se manifeste dans sa forme la plus complète : double, positif et négatif, dépendant de la

⁷⁴ S. Freud, (1922-1923) « *Le moi et le ça*, » in « *Œuvres complètes* », XVI, Paris, éd. PUF 1991, p. 269

⁷⁵ S. Freud, (1922-1923) « *Le moi et le ça*, » in « *Œuvres complètes* », XVI, Paris, éd. PUF 1991, p. 272

⁷⁶ S. Freud, (1922-1923), id, p. 275

bisexualité originelle de l'enfant. Il s'agit d'une position ambivalente, le petit garçon peut donc être amoureux de sa mère et rivaliser avec le père, et en même temps, être dans la situation inverse comme la petite fille d'ailleurs.

« Lors de la disparition du complexe d'Œdipe, les quatre tendances qu'il comporte s'assembleront de telle sorte qu'il en découle une identification au père et une identification à la mère, l'identification au père conservera l'objet mère du complexe positif et simultanément remplacera l'objet père du complexe inversé ; une chose analogue vaudra pour l'identification à la mère. Dans l'empreinte plus au moins forte des deux identifications se reflétera l'inégalité des deux prédispositions sexuées⁷⁷. »

Cela signifie que le sujet s'identifiera, dans un premier temps, aux deux parents mais, par la suite, poussé par la pulsion sexuelle du ça, il en choisira un comme objet d'amour et l'autre comme objet d'identification mais qui sera également érigé en tant que rival, obstacle à la relation, ce qui permettra l'apparition du complexe d'Œdipe. Ceci nous permet de mieux comprendre pourquoi dans ce type de clinique nous rencontrons beaucoup d'adolescents avec des traits de persécutions et une certaine homosexualité refoulé qui s'exprime à travers une certaine agressivité vis à vis de l'autre masculin. Il se peut que compte tenu de la relation très forte, fusionnelle qu'ils entretiennent avec leur mère et en totale absence de père, ceci engendre une identification massive à la mère et donc un choix d'objet d'amour masculin. Les garçons s'identifient ainsi à un Surmoi maternel archaïque pré-œdipien et c'est pour cette raison qu'ils peuvent être si dur, si violents avec les autres, et se sentir autant persécutés.

« On peut donc admettre, comme résultat le plus général de la phase sexuelle dominée par le complexe d'Œdipe, un précipité dans le moi, lequel consiste en l'instauration de ces deux identifications susceptibles d'être accordées l'une l'autre de quelque façon. Cette modification du moi garde sa position à part, elle s'oppose au reste du moi comme idéal du moi ou Surmoi⁷⁸. »

« Toutefois le Surmoi n'est pas simplement un résidu des premiers choix d'objets du ça, mais il a aussi la signification d'une formation réactionnelle énergétique contre ceux-ci. Sa relation au moi ne s'épuise pas dans la sommation : ainsi (comme le père) tu dois être, elle englobe aussi l'interdit : ainsi (comme le père) tu n'as pas le droit d'être, c'est-à-dire tu n'as pas le droit de faire tout ce qu'il fait ; bien des choses lui restent réservées. Ce double visage de l'idéal du moi découle du fait que l'idéal du moi

⁷⁷ S. Freud, (1922-1923), id, p. 277

⁷⁸ S. Freud, (1922-1923) « *Le moi et le ça*, » in « *Œuvres complètes* », XVI, Paris, éd. PUF 1991, p. 277

a été requis pour le refoulement du complexe d'Œdipe, et même, qu'il ne doit son apparition qu'à cette révolution. Étant donné que les parents, en particulier le père, sont reconnus comme obstacles à la réalisation effective des souhaits œdipiens, le moi infantile se renforcera pour cette opération de refoulement en érigeant en lui ce même obstacle. (...). Le Surmoi conservera le caractère du père, et plus le complexe d'Œdipe fut fort (...) plus par la suite, le Surmoi comme conscience morale, voire comme sentiment de culpabilité inconscient, dominera sévèrement sur le moi⁷⁹. » La question se pose à nouveau par rapport à notre clinique qui montre des pères relativement absents, il n'y a aucun obstacle qui empêche la relation très fusionnelle de se mettre en place. Ce que nous observons c'est que l'enfant en situation de handicap a davantage tendance à s'identifier au Surmoi maternel plutôt qu'à celui du père, ceci est en lien, comme expliqué précédemment, avec une absence du père dans l'inconscient de l'enfant et dans le discours de la mère, trop occupée et trop prise par les symptômes de l'enfant. Par conséquent, il ne semble pas y avoir de refoulement œdipien comme Freud le décrit, mais plutôt un blocage de l'enfant dans une relation fusionnelle à la mère à un stade bien antérieur à l'œdipe qui est celui de l'oralité. D'une part l'enfant dans son processus d'évolution psychoaffective reste « coincé » entre oralité et analité, et d'autre part la mère régresse dans ses attitudes psychiques au même stade, qui est celui de la conformité, de l'accès à l'école, de la propreté, de l'identification à l'autre, de la norme sociale qui pose tant de problèmes aux mères car leur enfant y a difficilement accès.

Nous pouvons donc voir, à travers les mots de Freud, que le complexe d'Œdipe a comme caractéristique principale d'être ambivalent, de la même manière l'idéal du moi aura un double visage et pourra soutenir une chose et son contraire. Freud attire notre attention sur le fait qu'étant donné que l'idéal du moi est issu d'un processus ambivalent, il sera obligatoirement lui aussi ambivalent. Sa force dépendra de la puissance même du refoulement œdipien. Le problème dans notre clinique c'est que l'enfant n'arrive pas jusqu'à l'étape du refoulement œdipien et ni la mère en régressant ni le père absent n'aident l'enfant dans ce sens.

Le Surmoi selon Freud est donc un être supérieur à l'homme, « *la représentance de notre relation aux parents. Petits enfants, nous avons connu, admiré, redouté ces êtres supérieurs, plus tard nous les avons accueillis en nous-mêmes⁸⁰.* »

« *Tandis que le moi est essentiellement représentant du monde extérieur, de la*

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ S. Freud, (1922-1923), id, p. 279

*réalité, le Surmoi se pose face à lui comme avocat du monde intérieur, du ça*⁸¹. » C'est justement ce qui se passe dans notre clinique : le monde extérieur, la réalité, semble disparaître au profit d'un monde intérieur qui est bien souvent persécuteur.

L'idéal du moi, nous dit Freud, est donc l'héritier du complexe d'Œdipe au même titre que le Surmoi est l'héritier du ça.

*« Ainsi le ça héréditaire héberge en lui les restes d'innombrables existences de moi et lorsque le moi puise son Surmoi dans le ça, il ramène peut-être seulement de plus anciennes configurations du moi au jour; leur procure une résurrection*⁸². »

Dans le chapitre V, *« les relations de dépendance du moi »*, Freud se pose la question (en se basant sur la clinique du sujet mélancolique), de savoir pourquoi le Surmoi *« se manifeste essentiellement comme sentiment de culpabilité (ou mieux : comme critique ; le sentiment de culpabilité est la perception dans le moi correspondant à cette critique et (...) déploie contre le moi une dureté et une sévérité (...) extraordinaires*⁸³. » Ce mécanisme est très bien mis en évidence dans le fonctionnement mélancolique dans lequel nous observons le sujet se détruire à petit feu inéluctablement, se faire du mal, sans pouvoir s'arrêter jusqu'à parfois aller à la seule issue possible pour ne plus souffrir : la mort.

Dans la mélancolie *« nous trouvons que le Surmoi surfort qui a tiré à soi la conscience fait rage contre le moi avec une violence sans ménagement, comme s'il s'était emparé de tout le sadisme disponible dans l'individu. Selon notre conception du sadisme, nous dirions que la composante destructrice s'est déposée dans le Surmoi. Ce qui règne dès lors dans le Surmoi est pour ainsi dire une culture pure de la pulsion de mort, si le moi ne se défend pas auparavant contre son tyran par le revirement dans la manie*⁸⁴. »

Le tyran c'est l'être supérieur qui condamne, l'agressivité contre l'extérieur qui est réprimée est celle qui se retourne contre le moi du sujet.

« Le Surmoi, en effet, est apparu par identification au modèle paternel. Toute identification de ce genre a le caractère d'une désexualisation ou même d'une sublimation. Or, il me semble que lors d'une transposition, il se produit aussi une

⁸¹ S. Freud, (1922-1923), id, p. 280

⁸² S. Freud, (1922-1923), id, p. 282

⁸³ S. Freud, (1922-1923), id, p. 296

⁸⁴ S. Freud, (1922-1923), id, p. 296

démixtion pulsionnelle. La composante érotique n'a, après sublimation, plus la force de lier toute la destruction qui y est adjointe, et celle-ci devient libre comme penchant à l'agression et à la destruction. C'est de cette démixtion que l'idéal en général tirerait ce trait dur, cruel qu'est le « tu dois » impérieux⁸⁵. »

Donc l'idéal du moi dans ce fonctionnement pathologique hériterait, une fois la séparation effectuée, uniquement la pulsion de mort qui ne serait plus suffisamment contrebalancée par la pulsion de vie.

Le moi serait donc sous l'égide de l'idéal du moi qui a été créé pour limiter le ça. D'ailleurs le ça n'est pas le seul danger que le moi encourt, il y a également le monde extérieur (angoisse sociale) et la sévérité du Surmoi.

Deux ans après la rédaction du texte *« le moi et le ça »*, Freud apporte des précisions supplémentaires et de nouveaux questionnements en faisant comme à son habitude des liens avec les pathologies cliniques qu'il rencontre et les différentes structures psychiques.

Dans *« Névrose et psychose »* Freud reconnaît qu'il subsiste encore des points aveugles sur l'origine exacte du Surmoi ainsi que son rôle : *« en ce qui concerne la provenance et le rôle du Surmoi, il reste une part suffisante d'obscur et de non liquidé⁸⁶. »* Il est intéressant de noter que Freud emploie le terme de *« non liquidé »* comme pour le complexe d'Œdipe, une façon peut-être de renforcer davantage le lien entre les deux. En s'interrogeant donc sur l'étiologie des psychoses et des névroses Freud trouve un point commun. *« L'étiologie commune aux psychonévroses ou aux psychoses reste toujours la frustration de désirs infantiles phylogénétiquement enracinés. Cette frustration vient du dehors, et si elle vient du Surmoi, c'est que celui-ci a pris en charge les exigences de la réalité. Le Surmoi, dont le rôle devrait être pris en compte dans toute maladie, réalise l'idéal du moi en réconciliant les différentes allégeances auxquelles est soumis le moi⁸⁷. »* Freud pense que le Surmoi devrait être pris en compte par le clinicien dans toutes les entrées en maladie, il avance qu'*« il doit y avoir également des affections qui ont pour fondement un conflit entre moi et Surmoi. (...) ... la mélancolie est un spécimen de ce groupe⁸⁸. »* Donc c'est le conflit qui peut engendrer la maladie. Le conflit peut, par exemple, donner à l'individu la sensation

⁸⁵ S. Freud, (1922-1923), id, p. 297-298

⁸⁶ S. Freud, (1924) *« Névrose et psychose »*, in *« Œuvres complètes »*, XVII, Paris, éd. PUF, 1991, p. 3

⁸⁷ S. Freud, (1924), id., p. 5-6

⁸⁸ S. Freud, (1924), id., p. 6

d'être coupable de quelque chose, redevable, en dette. C'est le cas du masochisme moral qui est animé par un sentiment de culpabilité qui pousse le sujet à se faire du mal, à être en position féminine passive et demander une rédemption, une expiation des fautes commises. « *Il y a un masochisme moral basé sur un sentiment de culpabilité, mais il a un fondement biologique et constitutionnel*⁸⁹. » Freud spécifie plus loin que : « *nous avons attribué au Surmoi la fonction de la conscience morale et, dans la conscience de culpabilité, reconnu l'expression d'une tension entre moi et Surmoi. Le moi réagit avec des sentiments d'angoisse (angoisse de conscience) à la perception qu'il est resté en arrière des exigences posées par son idéal, le Surmoi*⁹⁰. » Donc c'est la sensation que le sujet ressent de ne pas être en adéquation avec les exigences du Surmoi qui engendre la culpabilité, et le besoin de se punir. La culpabilité est consciente, c'est le masochisme moral qui est inconscient et dont le sujet ignore le fonctionnement et l'origine. Freud pour nous expliquer l'étiologie du masochisme, part une fois encore du complexe d'Œdipe et du Surmoi qu'il considère comme son substitut. Il nous dit alors que le Surmoi est inconscient dans la mesure où il représente le ça mais également conscient car forcément en lien avec la conscience morale issue de l'extérieur, de la moralité sociale, de l'attitude morale des parents à notre égard. Freud nous dit que le Surmoi est né du fait que les premiers objets de motions libidinales du ça, le couple parental, furent introjetés dans le moi, à l'occasion de quoi la relation à eux fut désexualisée et connut une déviation à l'écart des buts sexuels directs. Dans le cas du masochisme, le sujet qui consciemment demande à être puni, châtié, inconsciemment, voudrait rejouer l'Œdipe, le ramener à la vie, ou plus simplement, voudrait avoir des relations sexuelles avec son père, dans une position féminine. Freud explique comme ça la position féminine et passive du masochisme. « *Par le masochisme moral (qui est la troisième forme de masochisme qui sous-tend au masochisme féminin et l'érogène), la morale est de nouveau sexualisée, le complexe d'Œdipe est revivifié*⁹¹. » Le sujet se sent donc coupable par rapport à la morale sociale (la première morale fut la parentale) qui lui rappelle fortement que ce qu'il veut est interdit, et c'est ça qui le rend malade. Ses pulsions sont durement réprimées : « *la répression culturelle des pulsions engendre un retour du sadisme vers le sujet sous forme de masochisme secondaire, et/ou de sadisme du Surmoi*⁹². » Nous entrevoyons dans cette citation, le fonctionnement soit en binôme masochisme/sadisme porté par la même personne dans le cas du mélancolique, soit celui

⁸⁹ S. Freud, (1924) « *Le problème économique du masochisme* », in « *Œuvres complètes* », XVII, Paris, éd. PUF, 1991, p. 13

⁹⁰ S. Freud, (1924), id., p. 19

⁹¹ S. Freud, (1924), id., p. 21

⁹² S. Freud, (1924), id, p. 22

de la relation classique du masochiste avec son correspondant sadique. Ici encore, un lien avec nos hypothèses peut se faire dans la mesure où la relation mère/enfant peut parfois virer à une relation de type sadomasochiste. Ce type de relation est une fois encore un trait pervers qui faut mettre en lien avec une analité pas bien liquidée.

Cette interdiction aussi sévère est issue, comme Freud nous l'a déjà rappelé, de l'identification de l'enfant envers un trait de l'objet : « *L'autorité paternelle ou parentale introjectée dans le moi y forme le noyau du Surmoi, lequel emprunte au père sa sévérité, perpétue son interdit de l'inceste et assure ainsi le moi contre le retour de l'investissement d'objet libidinal*⁹³. » Sauf que dans notre clinique c'est le Surmoi maternel que l'enfant semble introjecter. Un Surmoi qui est différent du Surmoi paternel œdipien, qui n'est pas l'héritier du complexe d'Œdipe mais qui y est antérieur.

Dans son travail autour du Complexe d'Œdipe et de son héritier, le Surmoi, Freud s'intéresse également à la différence des sexes et à l'impact différent que le complexe de castration a sur les sujets en lien avec leur genre. Ainsi, il tient à préciser dans un texte titré : « *conséquences psychiques de la différence des sexes*⁹⁴ » que : « *le complexe d'Œdipe ne disparaît pas d'un coup chez la fillette, à l'inverse de ce qui se passe normalement chez le garçon, c'est pourquoi elle sublime moins ses investissements libidineux, et c'est la raison de la moindre force de son Surmoi*⁹⁵. » Puisque l'œdipe chez la fille ne disparaît pas tout d'un coup, voire qu'il y a des restes inachevés tout au long de sa vie, alors une régression à un état antérieur en cas de traumatisme est davantage plausible par rapport à l'homme. C'est justement parce qu'il n'est pas complètement liquidé, qu'à notre avis, le complexe d'Œdipe de la femme est plus instable que celui de l'homme et donc davantage soumis à des mouvements régressifs.

Dans le texte « *Inhibition, Symptôme et Angoisse* », Freud revient une fois encore sur plusieurs pathologies qui semblent avoir comme dénominateur commun un lien étroit avec le Surmoi. Notamment en analysant l'angoisse, son origine et sa façon de s'exprimer chez le sujet dans des pathologies comme l'hystérie, les phobies et la névrose de contrainte, Freud met bien en évidence les trois différentes instances, Moi, Ça et Surmoi, et leur fonctionnement. En nous parlant du symptôme, il nous explique qu'il est une substitution d'une pulsion qui n'est pas maîtrisable, insupportable,

⁹³ Ibid.

⁹⁴ S. Freud, (1925) « *Quelques conséquences psychiques de la différence de sexes au niveau anatomique* », in « *Œuvres complètes* », XVII, Paris, éd. PUF, 1991

⁹⁵ S. Freud, (1925) , id, p. 200-201

irreprésentable. C'est le moi guidé par le Surmoi qui décide si une pulsion doit être refoulée ou pas. « *Le refoulement procède du moi, éventuellement par mandat du Surmoi, ne veut pas prendre part à un investissement pulsionnel incité par le ça*⁹⁶. » Si le refoulement intervient par l'intermédiaire du Moi, dans notre clinique où le Moi des mères vacille, il ne peut pas y avoir refoulement.

Cette phrase montre bien à quel point les trois instances sont impliquées dans le fonctionnement psychique de l'être humain. Pour ne pas être dans un fonctionnement pathologique, il faut que les trois soient en osmose et en équilibre. Si une instance est trop forte par rapport aux autres, cela a une influence sur le sujet. D'ailleurs, quelques pages plus loin Freud, pour expliquer la névrose de contrainte (plus banalement appelée obsession ou TOC pour le DSM), nous dit que le Surmoi est trop fort, trop sévère. Il nous dit que le moi du sujet dans ce type de pathologie régresse, au niveau libidinal, aux désirs infantiles d'avoir des relations avec ses parents. « *Le Surmoi, qui est issu du ça*⁹⁷ » ne peut pas se séparer et il est obligé de régresser lui aussi. Cette régression lui est insupportable, c'est pour cette raison qu'il devient dur, persécuteur, dépourvu d'amour. C'est donc ce qui se passe chez les mères de notre clinique, car l'annonce du handicap les fait basculer au niveau pré-œdipien, et leur Surmoi directement issu du ça s'exprime à nouveau avec son côté dur, inexorable, car n'étant plus contenu et pacifié par la liquidation œdipienne.

Le moi du sujet, quant à lui, pour faire face à ce Surmoi tyrannique, fabrique des symptômes d'évitement. Pour éviter l'angoisse du moi provoqué par le Surmoi, le sujet met en place des rituels qui ont pour fonction de maîtriser l'angoisse. Freud rajoute que, bien que le Surmoi soit intériorisé et qu'il réponde à une angoisse de castration inconsciente, le moi du sujet réagit. Il craint l'angoisse sociale et fabrique des symptômes qui ne semblent pas être en lien avec la peur d'être châtré. « *De même que le Surmoi est le père devenu impersonnel, de même l'angoisse devant la castration menaçant de sa part s'est muée en angoisse sociale ou en angoisse de conscience indéterminés*⁹⁸. »

Ce fonctionnement, nous le retrouvons dans la névrose de contrainte mais aussi dans la névrose phobique, le cas du petit Hans en est le prototype. Hans, au niveau

⁹⁶ S. Freud, (1925-1926), « *Inhibition, Symptôme et Angoisse* », in « *Œuvres complètes* », XVII, Paris, éd. PUF, 1991, p. 209

⁹⁷ S. Freud, (1925-1926), id., p. 233

⁹⁸ S. Freud, (1925-1926), id, p. 245

conscient, craint d'être mordu par un cheval. Il génère ainsi un symptôme d'évitement en refusant de sortir. Nous voyons bien l'angoisse sociale apparaître. Cette peur est en réalité celle d'être castré par son père. Il y a donc eu un déplacement du père au cheval, de l'angoisse de castration inconsciente vers l'angoisse sociale (consciente) d'être mordu par un cheval. Cette angoisse inconsciente est générée par la pulsion libidinale du ça qui pousse Hans à désirer sa mère. Cette distinction entre l'angoisse inconsciente et l'angoisse sociale nous permet d'introduire avec Freud la différence entre la notion de Surmoi introjecté et celle du Surmoi acquis socialement. Freud nous explique qu'il existe un Surmoi qui a, dans son noyau, l'introjection de l'objet parental, ainsi qu'un autre qui se forme autour de lui et qui correspond à l'angoisse sociale. La question que nous pouvons nous poser est celle de savoir si le handicap de l'enfant, qui généralement rompt l'équilibre du fonctionnement familial, n'engendre pas une disparition de l'angoisse sociale qui est une angoisse qui tient compte de l'altérité et à ce titre post-œdipienne pour laisser place uniquement au Surmoi introjecté archaïque et tyrannique contre lequel les mères sont démunies. Par conséquent lorsque les mères se plaignent d'une société qui les condamne, qui ne les comprend pas et qui ne les aide pas, elles ne font que donner libre expression à leur Surmoi archaïque qui est persécuteur. C'est donc, en réalité, lui qui les persécute et pas la société. C'est d'ailleurs ce que nous observons dans notre clinique : « *Moi, j'espionne un peu ce qui se passe avec les éducatrices.* » nous dit une mère, en rajoutant « *Les soucis ce sont les autres, pas mon fils.* » Cela montre bien le côté persécuté qui est en lien avec le Surmoi pré-œdipien. Le déni et la projection ne sont jamais bien loin.

Freud qui, comme souvent, fait référence à ses anciens travaux, utilise l'expression « *séparation, exclusion de la horde*⁹⁹ » afin de nous donner un exemple typique de fonctionnement surmoïque d'ordre social et pas inconscient.

Il rajoute que cette exclusion « *ne touche que cette part plus tardive du Surmoi qui s'est développée en étayage sur des modèles sociaux, non pas le noyau du Surmoi qui correspond à l'instance parentale introjectée. Exprimée de façon générale, c'est à la colère, à la punition du Surmoi, à la perte d'amour de sa part, que le Moi donne valeur de danger et à quoi il répond par le signal d'angoisse. Il m'est apparu que la transformation ultime de cette angoisse devant le Surmoi était l'angoisse de mort (angoisse pour la vie), l'angoisse devant la projection du Surmoi dans les puissances*

⁹⁹ S. Freud, (1925-1926), « *Inhibition, Symptôme et Angoisse* », in « *Œuvres complètes* », XVII, Paris, éd. PUF, 1991, p. 255

*du destin*¹⁰⁰. » Il y a donc une distinction entre un Surmoi social plus tardif, que nous mettons en lien avec le Surmoi post-œdipien et le Surmoi introjecté qui est beaucoup plus précoce et archaïque. Le Surmoi social représente l'altérité, donc, à notre avis, c'est plus du côté du tiers, du père de la société. Le père est le tiers symbolique qui permet à la mère et à l'enfant de se séparer, alors que la mère étant beaucoup plus impliquée dans la prise en charge de l'enfant (notamment dans notre clinique) est à considérer vraiment comme un prolongement du corps de l'enfant. D'autant plus que dans ce type de clinique le corps de l'enfant est défaillant et a davantage besoin de soins. La mère représente donc plus quelque chose d'interne, d'intériorisé. Le Surmoi social issu de l'œdipe, qui angoisse le sujet mais en même temps le rassure, car il fonctionne à l'instar d'un garde-fou, n'est pas présent dans notre clinique, toute la place est prise par le Surmoi maternel introjecté. À partir de là, le Moi ne peut plus être influencé par le monde extérieur, ce qui rend la prise en charge de ces mères aussi compliquée.

Dans un autre texte écrit entre 1925 et 1926 qui s'intitule « *Psychanalyse*¹⁰¹ », Freud revient avec un court résumé sur les aspects les plus importants de cette nouvelle science qu'il vient de créer. La deuxième topique en est bien entendu une partie importante, il revient donc sur les différences entre Moi, Ça et Surmoi. « *La perspective topique conçoit l'appareil animique comme un instrument composé et cherche à établir en quels endroits de celui-ci s'effectuent les divers processus animiques. D'après nos vues actuelles, l'appareil animique se subdivise en un « ça » qui est le porteur des motions pulsionnelles, en un « moi » qui constitue la part la plus superficielle du « ça », modifiée par l'influence du monde extérieur, et en un « Surmoi » qui, procédant du « ça » domine le Moi et représente les inhibitions pulsionnelles caractéristiques de l'être humain*¹⁰². »

Pour justifier de la formation du Surmoi, Freud utilise le concept du complexe d'Œdipe. « *Lors du surmontement du complexe d'Œdipe apparaît aussi, dominant le moi, l'instance morale du Surmoi*¹⁰³ » Il nous explique que le Surmoi se décline en deux formes : une forme inconsciente, fruit de l'introjection de l'imgo parentale, et une plus externe et consciente fruit de l'angoisse sociale, de la culpabilité introduite par la société. Ce qu'il faut retenir c'est que le Surmoi se forme à partir du Ça, mais en lien étroit avec le Surmoi des parents, qui est externe et qui renvoie au Surmoi de la société.

¹⁰⁰ S. Freud, (1925-1926), id, p. 255

¹⁰¹ S. Freud, (1925-1926), « *Psychanalyse* », in « *Œuvres complètes* », XVII, Paris, éd. PUF, 1991

¹⁰² S. Freud, (1925-1926), id, p. 292

¹⁰³ S. Freud, (1925-1926), id, p. 294

Freud pense que le Surmoi des enfants en formation est sous l'influence parentale directe, seulement une fois formé et intériorisé complètement l'enfant pourra se passer des remarques des parents, mais il restera toujours sous le regard de la société qui fait écho au regard parental.

Dans une lettre de la correspondance entre Freud et Jones, Freud se positionne clairement quant au Surmoi de l'adulte et de l'enfant, il lui écrit : « *je voudrais contredire Mrs Klein sur le fait qu'elle pose le Surmoi des enfants comme quasi autonome de celui des adultes, alors qu'il me semble que c'est Anna Freud qui a raison, quand elle insiste sur le fait que le Surmoi infantin est encore sous l'influence parentale directe*¹⁰⁴. »

L'influence que les parents exercent sur les enfants est une des causes de l'identification que l'enfant a envers ses parents. Freud fait d'ailleurs encore un lien clinique avec un artiste, comme il l'avait déjà fait avec Léonard : l'écrivain Dostoïevski. Personnage torturé que Freud analyse à travers ses écrits et son autobiographie et qu'il décrit dans un texte « *Dostoïevski et la mise à mort du père* » comme étant un être humain à quatre faces : écrivain, névrosé, homme éthique et pécheur. Freud dit que le grand écrivain russe aurait pu facilement être un criminel s'il n'avait pas sublimé dans l'écriture ses pulsions agressives et de destruction. Ses pulsions contenues se retournent chez Dostoïevski contre la personne propre, vers l'intérieur et non l'extérieur, et s'expriment ainsi comme un masochisme et un sentiment de culpabilité. Nous ne rentrerons pas dans les détails cliniques que Freud fournit pour étayer ses propos. Ce qui est important pour nous est de retenir que cette agressivité destructrice est issue du Surmoi que l'écrivain a hérité de son père par identification. Freud nous explique que les conséquences du refoulement de la haine du père ne sont pas épuisées dans le complexe d'Œdipe, mais continuent à exister dans le moi en devenant Surmoi. « ... *l'identification avec le père, finalement se taille une place permanente dans le moi : elle est reçue dans le moi, mais elle s'y installe comme une instance particulière s'opposant à l'autre contenu du moi. Nous lui donnons alors le nom de Surmoi.* ¹⁰⁵ » Il rajoute que : « *si le père était dur, violent, cruel, alors le Surmoi recueille de lui ces attributs et, dans sa relation avec le moi, la passivité, qui précisément devait être refoulée, s'établit de nouveau. Le Surmoi est devenu sadique, le moi devient masochiste, c'est-à-dire au*

¹⁰⁴ S. Freud-Ernest Jones, (1919-1939) « *Correspondances complètes* », Paris, éd. PUF, 1998, p. 71

¹⁰⁵ S. Freud, (1928), « *Dostoïevski et la mise à mort du père* », in « *Œuvres complètes* », XVII, Paris, éd. PUF, 1998, p. 169

*fond, féminin passif*¹⁰⁶. » Cette idée d'un féminin passif ne se retrouve pas dans notre clinique, les prochains paragraphes qui traiterons du Surmoi chez les post Freudiens, chez M. Klein et chez J. Lacan nous permettrons d'éclaircir cette partie.

Dans un autre texte fondateur : « *Malaise dans la culture*¹⁰⁷ », Freud éclaircit davantage sa position et introduit des précisions quant au fonctionnement du Surmoi. Dans ce livre, Freud nous explique que la culture s'édifie sur le renoncement pulsionnel car la vie en commun nécessite une restriction à la liberté individuelle. Ce qu'il faut respecter, nous l'apprenons dans un premier temps du père. C'est ensuite intériorisé et cela devient Surmoi. Chez le sujet il se crée une tension entre le moi et le Surmoi, autrement dit, entre le principe de plaisir, et le principe de réalité, plus cette tension est importante, plus le sentiment de culpabilité sera important. Pour obtenir du plaisir, l'être humain est obligé de déverser ses pulsions agressives sur les autres. Son Surmoi l'en empêche et l'oblige à retourner cette agressivité contre lui-même, à l'intérioriser en quelque sorte. « *L'agression est introjectée, intériorisée, mais à vrai dire renvoyée là d'où elle est venue, donc retournée sur le moi propre. Là, elle est prise en charge par une partie du moi qui s'oppose au reste du moi comme Surmoi (...). La tension entre le Surmoi sévère et le moi qui lui est soumis, nous l'appelons conscience de culpabilité ; elle se manifeste comme besoin de punition*¹⁰⁸. »

Ce qui cause ce besoin de punition est l'angoisse engendrée par le Surmoi. Ce qui est introduit par Freud et qui est nouveau, c'est le fait qu'il y a chez le sujet un double renoncement pulsionnel : un premier consécutif à l'angoisse devant l'agression de l'autorité externe, c'est cela qui aboutit à l'angoisse devant la perte d'amour (si le père ne m'aime plus je ne serai plus protégé, en quelque sorte), et un deuxième où l'érection de l'autorité interne engendre un autre type d'angoisse, une angoisse sociale. Il y a donc un renoncement par peur de l'autorité externe et un renoncement par peur du Surmoi. À chaque fois qu'un sujet renonce à quelque chose, peut s'accroître en lui l'intolérance et la sévérité à son égard. L'angoisse devant le Surmoi pousse le sujet à se punir.

*«La conscience morale sévère naît de l'action conjointe de deux influences de la vie, le refusement pulsionnel qui déchaîne l'agression et l'expérience d'amour qui tourne cette agression vers l'intérieur et la transfère au Surmoi*¹⁰⁹. »

¹⁰⁶ S. Freud, (1928), id, p. 170

¹⁰⁷ S. Freud, (1929) « *Malaise dans la culture* », in « *Œuvres complètes* », XVIII, Paris, éd. PUF, 1998

¹⁰⁸ S. Freud, (1929) « *Malaise dans la culture* », in « *Œuvres complètes* », XVIII, Paris, éd. PUF, 1998, p. 310

¹⁰⁹ S. Freud, (1929), id, p. 318

La conscience morale est plus issue de l'ambivalence affective à l'égard du père que de la réalité du meurtre lui-même. C'est l'intention à l'acte qui engendre le sentiment de culpabilité et pas l'acte. Pour être plus précis, nous pouvons dire qu'avant la formation du Surmoi l'acte rendait coupable, mais qu'ensuite, avec formation et intériorisation, c'est aussi l'intention à l'acte qui culpabilise.

Freud rajoute que « *le sentiment de culpabilité n'est au fond rien d'autre qu'une variété topique de l'angoisse ; dans des phases tardives, il coïncide tout à fait avec l'angoisse devant le Surmoi*¹¹⁰. » Le sentiment de culpabilité existe avant le Surmoi, à la différence de la conscience morale qui apparaît ensuite.

À la fin du texte, Freud revient sur le commandement « *Aime ton prochain comme toi-même* » qu'il définit comme la « *défense plus forte contre l'agression humaine et un excellent exemple de la démarche non psychologique du Surmoi de la culture. Le commandement est impraticable*¹¹¹. » Il est intéressant de voir comment nous sommes passés de l'interdit au commandement et l'influence que cette contradiction a eu sur la société humaine.

Dans le livre « *Nouvelles conférences sur la psychanalyse* » de 1932, Freud essaye de clore ses 30 ans de travaux concernant les différentes instances psychiques. La conférence qui nous intéresse le plus est la troisième car elle nous permet de faire un bilan sur tout ce que nous avons vu jusque-là. Il nous semble important d'insister sur le passage de la première topique (préconscient, conscient et inconscient), à la deuxième (Surmoi, moi et ça). Freud se pose longtemps la question de savoir quelle instance est consciente et laquelle est inconsciente. Il en arrive à la conclusion que le Ça est inconscient, le Moi conscient, et le Surmoi est scindé en deux, une partie consciente et une inconsciente. Il rajoute aussi que le Surmoi est une instance du Moi, autonome. La tension qui existe entre moi et Surmoi est responsable du sentiment de culpabilité. Le Surmoi de l'enfant se forme par identification au Surmoi des parents, une fois formé il prend la place de l'instance parentale, qui surveille, dirige et menace comme autrefois les parents le faisaient. C'est pour cette raison que Freud dit que : « *Le Surmoi(...) n'est cependant pas seulement le successeur légal, mais effectivement l'héritier naturel légitime de cette dernière, l'instance parentale*¹¹². » Ce Surmoi hérité peut être sévère,

¹¹⁰ S. Freud, (1929), id p. 322

¹¹¹ S. S. Freud, (1929) « *Malaise dans la culture* », in « *Œuvres complètes* », XVIII, Paris, éd. PUF, 1998, p. 330-331

¹¹² S. Freud, (1933) « *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse* », Paris, éd. Gallimard, 1989, p. 87

dur, inexorable ou au contraire docile et calme, mais il n'y a aucun lien avec le type de Surmoi que l'enfant reçoit des parents. En effet, même si cela peut sembler paradoxal au profane : « *le Surmoi peut acquérir le même caractère de dureté inexorable, même si l'éducation fut douce et bienveillante...*¹¹³ » Freud fait également le lien avec le complexe d'Œdipe. En effet, l'apparition dans le moi d'une instance plus puissante telle que le Surmoi est intimement liée aux sorts du complexe. D'ailleurs, « *le Surmoi est héritier du complexe d'Œdipe ; si celui-ci n'est pas surmonté, le Surmoi s'étiolé*¹¹⁴. » De notre point de vue et selon notre hypothèse, le Surmoi ne s'étiolé pas ou alors il s'agit du Surmoi œdipien, car le Surmoi archaïque lui bien au contraire n'étant plus limité par le Surmoi œdipien se déchaîne.

Freud apporte d'autres précisions concernant le développement du Surmoi, il nous dit qu' « *au cours du développement, le Surmoi adopte aussi les influences des personnes qui sont venues à la place de parents, donc celles des éducateurs, des professeurs, des modèles idéaux. Il s'éloigne normalement de plus en plus des individus parentaux originels, il devient pour ainsi dire, plus impersonnel(...). À l'époque où le complexe d'Œdipe cède la place au Surmoi, ils sont quelque chose de tout à fait grandiose, ultérieurement ils connaissent une très grande dévalorisation. Alors se produisent aussi des identifications avec ces parents ultérieurs, celles-ci fournissent même régulièrement des contributions importantes à la formation du caractère, mais elles ne concernent alors que le moi, elles n'influencent plus le Surmoi qui a été déterminé par les images parentales les plus précoces*¹¹⁵. » Nous pouvons nous rendre compte, à travers cette citation, du véritable statut du Surmoi freudien en tant qu'instance à part entière et pas concept abstrait. Quelques lignes plus loin, Freud revient sur la notion d'idéal, nous en avons déjà parlé dans les pages précédentes, pour justifier la revendication de l'individu (notamment à l'adolescence) d'être différent des parents et non plus identique. Le Surmoi remplit une fonction importante, il est le « *porteur de l'idéal du moi* », dont le moi « *s'efforce d'accomplir la revendication* » qui est « *le précipité de l'ancienne représentation des parents*¹¹⁶. » Nous pouvons résumer les caractéristiques du Surmoi en disant qu'il est le garant de « *l'auto-observation, la conscience morale et la fonction d'idéal*¹¹⁷. » Enfin, l'idéal du moi devient une fonction

¹¹³ S. Freud, (1933), id, p. 88

¹¹⁴ S. Freud, (1933), id, p. 89-90

¹¹⁵ S. Freud, (1933) « *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse* », Paris, éd. Gallimard, 1989, p. 89-90

¹¹⁶ S. Freud, (1933), id, p. 91

¹¹⁷ S. Freud, (1933), id, p. 93

du Surmoi alors que dix ans auparavant les deux choses semblaient confondues.

De plus, le Surmoi est clairement défini comme le dépositaire de la tradition, de tous les jugements de valeur qui subsistent ainsi à travers les générations. Retenons aussi que : « *le Surmoi de l'enfant ne s'édifie pas à vrai dire sur le modèle des parents, mais sur celui du Surmoi parental*¹¹⁸. » Le Surmoi, instance qui interdit, est donc responsable du refoulement : « *depuis que nous admettons dans le moi une instance particulière qui représente les exigences restreignantes et repoussantes – le Surmoi –, nous pouvons dire que le refoulement est l'œuvre de celui-ci, que l'effectue soit le Surmoi, soit mandaté par lui, le moi qui lui obéit*¹¹⁹. » Le Surmoi refoule inconsciemment, Freud précise d'ailleurs que « *des grandes parts du moi et du Surmoi peuvent rester inconscientes, sont normalement inconscientes*¹²⁰. »

Ce sont, selon nous, ces parties inconscientes, plus archaïques, qui entrent en jeu dans la relation mère/enfant de notre clinique.

À la fin de cette troisième conférence Freud nous explique que le moi a la lourde tâche de faire face à trois maîtres sévères : « *le moi a pour maîtres, le monde extérieur, le ça et le Surmoi*¹²¹. »

Il existe un autre texte, même si la participation scientifique de Freud n'est pas certaine, exception faite pour l'introduction, il s'agit de l'œuvre : « *Le président T.W. Wilson* » écrit soit disant à deux mains par W. Bullit et Freud. Nous avons dans les pages précédentes fait, grâce à Freud, des liens avec des personnages célèbres tels que Léonard et Dostoïevski et notre question. Pour ce dernier essai, nous ne reconnaissons pas vraiment le style de Freud, ce qui nous permet d'avoir des doutes sur la paternité de l'œuvre. Quoiqu'il en soit des éléments concernant le Surmoi s'inscrivent dans la droite lignée conceptuelle de Freud et méritent ainsi d'être cités. Dans l'anamnèse clinique du président Wilson, les auteurs décrivent le rôle de son père, tout puissant, inégalable, et établissent un lien entre ce fonctionnement paternel et la réalité surmoïque du président. « *Ce père de l'enfance, tout-puissant, omniscient, parfait, lorsqu'il est incorporé à l'enfant devient une force psychique interne que nous appelons (...) l'idéal du moi ou Surmoi. Le Surmoi se manifeste, pendant la vie ultérieure de l'enfant, par ses ordres et*

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ S.Freud,(1933), id,p. 96

¹²⁰ S. Freud, (1933) « *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse* », Paris, éd. Gallimard, 1989, p. 97

¹²¹ S. Freud, (1933) , id, p.107

*ses défenses. Son rôle négatif de défense est connu de tous sous le nom de conscience (...). Il s'exprime par toutes les aspirations conscientes et inconscientes de l'individu*¹²². »

Nous retrouvons donc le fonctionnement du Surmoi tel qu'il nous a déjà été décrit par Freud précédemment. Le Surmoi est décrit comme quelque chose qui « *admoneste, critique, refoule et s'efforce de détacher et de détourner de leurs objectifs tous les désirs de la libido qui ne répondent pas à ses idéaux*¹²³. » Il n'y a donc pas de compromis possible avec le Surmoi, et nous retrouvons le mot *critique* que nous avons évoqué au départ, lorsque Freud parlait d'instance critique. Les auteurs rajoutent que les idéaux grandioses du Surmoi sont responsables du fonctionnement psychotique et névrotique. Il arrive cependant que ce Surmoi-là crée de grands hommes mais c'est plus rare et ce n'est pas le cas du président Wilson. Le président a un fonctionnement pathologique. Son père a été mis à une place trop importante, trop idolâtrée. Les auteurs nous disent, comme Freud l'avait déjà fait pour décrire le normal et le pathologique, que l'être humain peut parfois marcher sur un fil imaginaire qui sépare un versant de l'autre : « *ainsi l'homme qui installe Dieu comme Surmoi (le cas du président Wilson) marche sur une arête fine au sommet de la montagne de la grandeur, en équilibre instable entre l'abîme de la névrose d'un côté et celui de la psychose de l'autre. Et heureux est-il si, avant sa mort, il ne tombe pas dans l'un dans l'autre abîme*¹²⁴. » Plus le Surmoi est fort, et plus il est difficile pour le sujet de s'en passer, pas de compromis, pas de position subjective face à lui.

La résolution qui vient du Surmoi est souvent aussi impuissante que celle de l'ivrogne invétéré de renoncer à la boisson. Nous déduisons le côté dé-subjectivant d'un Surmoi trop fort.

Le dernier texte que nous allons traiter dans ce long voyage dans le temps est l'« *Abrégé de psychanalyse* » datant de 1938. Freud dans ce texte résume d'une façon très claire les grandes lignes de sa création, la psychanalyse et le fonctionnement psychique humain.

Dans le descriptif des instances qui composent le psychisme il revient encore sur

¹²² S. Freud, W. Bullit, (1936) « *Le président T.W. Bullit* » Petite Bibliothèque, Paris, éd. Payot, 2005, p. 102-103

¹²³ Ibid.

¹²⁴ S. Freud, W. Bullit, (1936) « *Le président T.W. Bullit* » Petite Bibliothèque, Paris, éd. Payot, 2005, p. 133

les instances psychiques. À la page 6, il nous dit que : « ...en dépit de leur différence foncière, le ça et le Surmoi ont un point en commun, tous deux en effet, représentent le rôle du passé, le ça, celui de l'hérédité, (l'inné), le Surmoi, celui de la tradition (l'acquis), tandis que le moi, lui est surtout déterminé par ce qu'il a lui-même vécu, c'est-à-dire par l'accidentel et l'actuel¹²⁵. » Il se positionne donc dans l'éternelle querelle de l'inné et de l'acquis. Freud pense que chez tous les animaux supérieurs qui ont vécu longtemps dans la dépendance des parents, il y aurait formation de Surmoi. Ce lien dépendance/Surmoi est intéressant, dans la mesure où notre clinique nous met face à des problématiques en lien avec la dépendance d'un sujet, l'enfant en situation de handicap, à un autre, la mère et/ou le professionnel.

« La tâche essentielle du Surmoi consiste à refréner les satisfactions¹²⁶. » Tant que le Surmoi se limite à ça, nous ne sommes pas dans un fonctionnement pathologique mais lorsqu'il est trop fort, il peut devenir dangereux pour les autres, alors le Surmoi se retourne contre le sujet lui-même : « la pulsion de destruction qui est pulsion d'agression lorsqu'elle est tournée vers l'extérieur, peut se retourner contre le moi, à cause du Surmoi, sous un mode autodestructeur¹²⁷. » Le Surmoi issu du Surmoi parental est encore plus sévère que ce dernier. En effet, à la différence des parents, il ne se limite pas à sanctionner les actes mais également les intentions. Cette partie qui met en avant le lien entre le Surmoi et l'acquis est particulièrement importante car cela situe l'histoire du sujet, son éducation, comment il a été parlé, comme responsable du fonctionnement de son Surmoi. Des mots résonnent fort en nous ce sont les mots des mères concernant leurs enfants et qui sont en lien étroit avec l'histoire familiale.

Nous en avons à présent terminé de cette longue traversée dans le temps freudien. Il est clair que la plupart des concepts étudiés ici sont encore très actuels et cliniquement opératoires aujourd'hui. Cependant, il nous semble important de le situer toujours en lien avec le contexte de l'époque. Comme nous l'avons dit précédemment, Freud situe le père comme responsable de la formation du Surmoi chez l'enfant. Notre clinique semble montrer que le père n'a pas autant d'importance car ce sont des pères souvent absents, qui ne sont pas en première ligne dans la prise en charge de l'enfant. Ils ne sont pas non plus, pour la plupart, dans la critique, dans la revendication avec la même fougue que certaines mères.

¹²⁵ S. Freud, (1938) « *Abrégé de psychanalyse* », Paris, éd. PUF, 1985, p. 6

¹²⁶ S. Freud, (1938) « *Abrégé de psychanalyse* », Paris, éd. PUF, 1985, p. 7

¹²⁷ S. Freud, (1938) , id, 1985, p. 10

Nous avons vu dans ces pages que le Surmoi que Freud décrit, celui héritier de l'œdipe, qui permet à l'enfant et à la mère de se séparer, ne semble pas se manifester dans notre clinique. Nous observons et nous nous confrontons plutôt à un Surmoi directement issu du Ça, qui ne prend pas encore en compte l'autre et le social.

Dans le prochain paragraphe, nous allons nous intéresser aux différents auteurs post-freudiens qui ont traité la question du Surmoi, afin de voir s'ils peuvent nous apporter des précisions et des avancés théoriques qui nous permettent de faire davantage de liens avec notre clinique. Il nous faut comprendre pourquoi Freud affirme que le Surmoi de l'homme serait plus fort que celui de la femme.

1.2) Le Surmoi chez les post-freudiens

« Le Surmoi de la femme est plus faible que celui de l'homme¹²⁸ »

C'est de cette citation que Freud nous livre en 1936 dans « *les nouvelles conférences sur la psychanalyse* », que nous entendons partir pour essayer d'y voir plus clair. Car comme déjà esquissé dans l'introduction le Surmoi de la femme éventuellement plus faible que celui de l'homme est selon nous le Surmoi post-œdipien, l'héritier du complexe d'Œdipe. Cela nécessite un regard supplémentaire, en passant par d'autres auteurs, car le Surmoi freudien est, par définition, un chantier traversé de contradictions, de paradoxes et d'ambiguïtés. Beaucoup d'auteurs, nous allons le voir, ont essayé d'apporter leurs réflexions autour de ce concept majeur qui reste cependant encore inachevé. Cette ambiguïté et ce fonctionnement paradoxal du Surmoi rappellent ce que nous retrouvons régulièrement dans notre clinique au sein de la relation mère/enfant. Freud lui-même parle de points obscurs concernant le Surmoi.

Avant de faire un retour rapide sur le point de vue des post-freudiens partons tout de même de la dernière définition que Freud donne à la fin de sa vie concernant le Surmoi. Dans *l'Abrégé de psychanalyse*, laissé inachevé, Freud définit à la fin de sa trajectoire scientifique le Surmoi comme le : « *monde des échanges, carrefour entre le Ça et le monde extérieur que le moi est chargé de négocier, rencontre des générations où présent et passé s'interpénètrent¹²⁹*. » Voyons donc dans les pages qui vont suivre comment d'autres auteurs se sont approprié le concept.

Dans les pages qui vont suivre, nous allons faire un détour non exhaustif du côté de plusieurs auteurs. La question semble être, également chez eux, encore ouverte. Un des points de différence entre Freud et certains post-freudiens se situe au niveau de la genèse du Surmoi. En effet, alors que Freud le considère comme l'héritier du complexe d'Œdipe, certains auteurs, et nous-mêmes, situons la genèse du Surmoi plus tôt. Une autre question qui a préoccupé les post-freudiens est celle d'établir la différence entre Surmoi et Idéal du moi, car pour Freud ils ont longtemps été synonymes, et même si, en fin de vie, il a spécifié que l'idéal du moi est une des fonctions du Surmoi, cet argument mérite des précisions plus claires.

¹²⁸ S. Freud, (1936) « *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse* », Paris, éd. Gallimard, 1989, p.173

¹²⁹ N.Amar, G. LeGoues, G. Pragier, « *Les développements post-freudien* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995, p.7

Commençons par Ernest Jones, disciple de Freud qui, en 1927, s'adressant à l'auditoire de la Société psychanalytique de Paris, souligne l'importance des identifications dans la genèse du Surmoi et dans la mise en place de la sexualité féminine. Bien que, comme Freud, il considère le Surmoi comme l'héritier du complexe d'Œdipe, il fait l'hypothèse d'un pré-Surmoi, il insiste également sur l'ambivalence des identifications. Il parle des grandes résistances inconscientes des patients et nous met en garde contre l'erreur de les sous-estimer. Il insiste également sur le fait que la partie la plus importante du Surmoi est inconsciente et, à ce titre, elle nous échappe. La partie consciente du Surmoi peut être assimilée à la conscience morale, la partie inconsciente semble être complètement irrationnelle. L'absurdité de cette partie surmoïque qui fait sentir les sujets coupables est celle que nous observons dans notre clinique, mais nous observons aussi la partie plus consciente qui est celle présente dans le discours sociétal vis à vis du sujet en situation de handicap mental. L'ambivalence des identifications est aussi observable dans les relations mère/enfant. Ce pré-Surmoi irrationnel, inconscient, très résistant, est celui dont nous pressentons l'existence dans notre clinique.

Selon E. Jones, la partie inconsciente du Surmoi demeure au niveau de l'infantile, de l'archaïque, c'est peut-être la partie dans laquelle bascule ou régresse la mère de l'enfant en situation de handicap suite à l'annonce. « *L'inconscience de la partie profonde du Surmoi pourrait avoir de même pour cause quelque processus semblable au refoulement et qui serait probablement une réaction défensive contre le sentiment douloureux de la culpabilité*¹³⁰. » La partie inconsciente du Surmoi se réveille comme réaction défensive contre le sentiment de culpabilité. Or les mères des enfants en situation de handicap mental sont prises par l'énorme culpabilité d'avoir engendré un enfant malade.

Cependant, E. Jones parle d'un processus semblable au refoulement responsable de la réaction défensive contre la culpabilité, mais à notre avis ce Surmoi inconscient est celui qui engendre les mécanismes de défense du type projection et déni. Selon nous, le refoulement est d'essence névrotique et nécessite donc de la métaphore paternelle alors que, dans notre clinique, le Surmoi a pour cause quelque processus semblable au déni, à la forclusion.

Quand nous sommes en face de familles en souffrance, ce sentiment douloureux de culpabilité peut entraver la prise en charge, voire y mettre un terme si nous sommes

¹³⁰ Ernest Jones, « *Les développements post-freudiens* », in « *Surmoi II* », Paris éd. RFP, 1995, p.18

maladroits. C'est ce que Freud appelle la réaction thérapeutique négative. Nous retrouvons davantage ce type de réaction chez les mères qui ont comme mécanisme de défense principale le déni. Le Moi de ces mères, en proie à la culpabilité engendrée par leur Surmoi, se défend, soit avec l'évitement (ne viennent pas au rendez-vous), soit par des passages à l'acte agressifs (« *vous ne comprenez rien je vais changer mon fils d'école* » nous dira une mère).

Comme Freud, E. Jones pense que la genèse du Surmoi est à situer au niveau du conflit œdipien mais il admet un pré-Surmoi, un stade en amont. C'est celui-là qui nous intéresse. En reprenant Freud, E. Jones explique une différence importante entre les femmes et les hommes. Compte tenu de la passation de l'œdipe, chez la fille, la crainte principale est celle associée au refus de satisfaction de la part du père. Cette crainte semble faire en sorte que la fille soit beaucoup plus sensible que l'homme à toute désapprobation que pourrait manifester l'objet d'amour. L'enfant est pour la mère un objet d'amour et vice-versa. Au niveau imaginaire, c'est l'enfant que la mère voulait donner au père lors de son Œdipe. Si cet objet ne répond pas aux attentes idéales de la mère, cette dernière sera davantage sensible que le père à toute désapprobation de l'enfant, car elle ressent à nouveau la crainte de ne pas satisfaire son père avec un enfant imparfait, d'où la grande culpabilité qui réveille la partie inconsciente du Surmoi.

Daniel Lagache nous apporte une précision supplémentaire, concernant l'acquisition du Surmoi par l'enfant par suite d'introjection du Surmoi parental. Il insiste sur un détail qui nous semble intéressant par rapport à notre recherche : « *j'ai depuis longtemps fait observer que ce qui est intériorisé ce n'est pas l'image de l'autre mais le modèle d'une relation avec l'autre; l'enfant en effet, n'objective sa personne propre qu'en adoptant à son égard la position et l'attitude de l'autre*¹³¹. » Dans notre clinique, le relationnel, qui est souvent très conflictuel, a donc aussi un lien au Surmoi. Nous avons déjà observé, à plusieurs reprises, comment la façon d'entrer en relation de l'enfant dépend et ressemble beaucoup au modèle des parents. Il rajoute, en revenant sur les définitions et distingue entre l'idéal du moi et le moi idéal, que si ces derniers fusionnaient nous serions en face d'un cas idéal d'équilibre psychique. Nous soulignons depuis le départ, à contrario, le grand écart qui existe chez nos patients entre les « moi idéal » et « l'idéal du moi. » « *L'idéal personnel est un idéal narcissique de toute puissance*¹³² » c'est celui que nous rencontrons parfois dans le discours des mères vis à

¹³¹ D. Lagache, « *Les développements post-freudiens* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995, p.28

¹³² D. Lagache, « *Les développements post-freudiens* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995, p.29

vis de leur enfant. C'est un idéal narcissique tout puissant, plus en lien avec le narcissisme primaire qu'avec le secondaire qui tient compte lui de l'altérité.

Janine Chasseguet-Smirgel, sépare clairement et nettement l'idéal du Moi du Surmoi, elle insiste sur le côté foncièrement narcissique de l'idéal du Moi et, détail intéressant par rapport à notre lien Surmoi/regard, elle relate ce besoin constant de l'homme de trouver en autrui un miroir pour y examiner son propre moi. C'est ce que nous développons aussi par rapport au lien mère/enfant. C'est pour cette raison aussi que nous situons la genèse du Surmoi en concomitance avec le stade du miroir. Cette auteure dans son texte « *la maladie d'idéalité* » passe en revue les différents auteurs qui se sont succédé dans le travail de réflexion autour du Surmoi.

Numberg, par exemple, qui dans « *Principes de psychanalyse* » fait une distinction entre l'idéal du Moi et le Surmoi. Le moi du sujet, selon lui, se soumet à l'idéal de Moi par amour et au Surmoi par peur de la punition. Il dit que l'idéal du moi contient sans doute plus de libido maternelle et le Surmoi de libido paternelle. Ces deux auteurs si nous comprenons bien appellent idéal du Moi ce que nous appelons Surmoi archaïque et le situent plus du côté de la mère, alors que le Surmoi post-œdipien est, pour eux, le Surmoi qui est à rechercher plus du côté du père.

Edith Jacobson, nous explique que l'idéal du moi primitif est lié au désir de ne faire qu'un avec l'objet d'amour. Le primitif et l'archaïque, dont nous avons parlé également au sujet du Surmoi, sont toujours en lien avec une difficulté de séparation entre l'enfant et sa mère. Ne faire plus qu'un, ne plus prendre en compte l'altérité.

Janine Chasseguet-Smirgel en analysant les travaux d'Edith Jacobson la cite, en disant que le « *Surmoi est une réaction de sauvetage devant la blessure narcissique*¹³³. » Nous trouvons ceci intéressant dans la mesure où nous avons, à plusieurs reprises, signalé comment le handicap de l'enfant peut représenter pour la mère une blessure narcissique difficilement cicatrisable, blessure qui engendre des altérations du sentiment d'amour et d'estime pour soi-même.

Annie Reich, dans son article de 1954, avance que « l'idéal *du moi* représente ce que l'on désire être, le Surmoi, ce que l'on devrait être¹³⁴. » Si le Surmoi représente ce

¹³³ J. Chasseguet Smirgel, « *Les développements post-freudiens* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995, p.38

¹³⁴ J. Chasseguet Smirgel, « *Les développements post-freudiens* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995, p.39

que l'on devrait être, alors nous entendons bien les injonctions maternelles des mères à l'égard de leurs enfants afin qu'ils soient comme ils doivent être, à savoir le plus proche possible de la normalité, avec cette idée sous-jacente d'obligation, d'injonction qui devient, dans les cas les plus extrêmes, paradoxale et absurde.

Gerhart Piers en 1953 dans « *Shame and Guilt* » propose une différenciation entre la honte qui relève selon lui de l'idéal du Moi et la culpabilité qui relève quant à elle du Surmoi. Une fois encore, la honte vécue par rapport au handicap de l'enfant engendre la culpabilité surmoïque. Donc là où, pour G Piers, honte et culpabilité sont séparés, pour nous elles sont en lien.

Samuel Novey, en 1955, nous explique que l'idéal du Moi est à différencier du Surmoi, car il prend ses « *racines dans les mécanismes pre-génitaux narcissiques précoces contre l'angoisse*¹³⁵. »

Pour P. Kramer¹³⁶, en 1958, il y a deux types de Surmoi : un prohibiteur et un Surmoi bienveillant. Le premier est strict, sévère, punitif, le sujet craint le châtement, il représente le parent haï, il pourrait être le père. Alors que le Surmoi bienveillant est bénévole, pacifiant, apaisant, le sujet craint l'abandon, cela peut-être la mère. Dans notre clinique, nous rencontrons la situation inverse, la mère est souvent celle qui châtie et le père celui qui abandonne. Comme si la femme, qui dans l'œdipe craint l'abandon, devenait ici agent de la castration pour l'enfant à la place du père. Kramer rajoute que la culpabilité implique l'amour et que le fonctionnement du Surmoi prohibiteur seul conduirait à la peur.

J. Lampl de Groot¹³⁷ en 1961 propose une vision du Surmoi comme uniquement restrictif, punitif. L'idéal du Moi, quant à lui, permet la réalisation des désirs. Chez un sujet équilibré, ces deux instances s'unissent en une seule entité, qui peut cependant être remise en cause en cas de conflit psychique majeur.

Pour John. M. Murray¹³⁸, en 1964, le Surmoi est issu des conflits œdipiens et son agent d'exécution est l'angoisse dérivée de craintes de castration, très puissantes à ce moment.

¹³⁵ Novey, « *Le rôle du Surmoi et de l'idéal du moi dans la formation du caractère* », in Intern.Journ. Of Psychism, 1955, p.36, n 4-5

¹³⁶ P. Kramer, « *Notes sur les racines préœdipienne du Surmoi* », Journ. Of the Amer, Psychoan. Assoc, 1958, p.38-46

¹³⁷ J. Lampl de Groot, « *Idéal du Moi et Surmoi* » Paris, éd. RFP, 1963, p.529-541

¹³⁸ Jonh M. Murray, « *Le narcissisme de l'ideal du Moi* », Journ.of Amer. Psychoam. Assoc, 1964, 12, N

Pour Grete Bibring, en 1964, le Surmoi exerce une pression et brandit une menace de punition, il représente les forces d'agression. Elle pense que des liens étroits existent entre l'idéal du moi et le Surmoi et que l'analyste doit essayer de proposer son idéal du moi à la place du narcissisme archaïque du patient.

Pour L. Laufer, en 1964, l'idéal du Moi est un aspect du Surmoi. Il devient l'idéal du Moi en tant que cette partie du Surmoi qui « *contient les images et les attributs que le Moi s'efforce d'acquérir afin de rétablir l'équilibre narcissique*¹³⁹. » Le Surmoi pousse donc le sujet à faire des efforts pour retrouver l'équilibre, équilibre narcissique qu'un enfant en situation de handicap vient rompre comme notre clinique le montre sans cesse.

Pour Pierre Luquet, en 1961, dans son rapport sur les identifications précoces, le Surmoi serait lié à l'introjection d'une imago tardive, celle du père œdipien.

B Grunberger¹⁴⁰, en 1964, soutient que l'idéal du Moi et le Surmoi ne sont pas discernables dans une évolution normale. Il parle d'un Surmoi très pulsionnel (imposé par l'extérieur,) qui impose parfois aux sujets des injonctions qui sont en conflit avec celle de l'Idéal du Moi.

Ce que nous pouvons remarquer à la lecture de ces différents auteurs, est qu'il y a une différence entre idéal du moi et Surmoi. Selon la plupart de ces auteurs ce premier est considéré comme beaucoup plus archaïque, narcissique et pré-œdipien par rapport au second. L'idéal du Moi serait plus en lien avec la libido, la pulsion de vie, donc à priori du côté de la mère, alors que le Surmoi serait plus en lien avec l'agressivité et la pulsion de mort donc plus du côté du père. Cela ne nous semble pas être aussi clairement établi en tout cas si l'idéal du Moi est plus du côté de la mère, alors nous comprenons bien pourquoi c'est elle qui régresse suite à l'effondrement de l'idéal du Moi en lien avec la naissance de l'enfant.

Tous s'accordent à dire, bien qu'il ne soit pas clairement établi que l'idéal du Moi est une instance à part entière, qu'au bout d'un temps d'évolution, l'idéal du Moi et le Surmoi fusionnent. Nous pouvons donc imaginer en abordant les prochains paragraphes que si l'idéal du Moi et le Surmoi post-oedipien fusionnent, l'inverse est possible aussi. Un trauma grave comme celui de la naissance d'un enfant handicapé pourrait

¹³⁹ M. Laufer, « *L'idéal du Moi et le pseudo-Ideal du Moi dans l'adolescence* », *psycho. St .of the Child*, 19 p.196-221

¹⁴⁰ B. Grunberger, « *Le narcissisme* », Paris, éd. RFP, 1965, 19, n 5-6

désolidariser, le Surmoi et l'idéal en faisant régresser la mère au Surmoi archaïque qui est celui que nous allons décrire en nous appuyant notamment sur Mélanie Klein et Jacques Lacan.

1.3) Le Surmoi chez Mélanie Klein.

Mélanie Klein s'est toujours considérée comme une disciple de Freud, au point peut-être de sous-estimer son propre travail et l'originalité de ses apports théoriques. Nous ne pouvons pas parler du Surmoi sans parler de M. Klein. Si, pour Freud, le Surmoi est l'héritier du complexe d'Œdipe, M. Klein en situe la genèse beaucoup plus tôt, elle pense que cela remonte à des stades du développement beaucoup plus précoces. Jean Bégoin nous explique que « *chez Freud, le Surmoi est essentiellement l'héritier du complexe d'Œdipe, au niveau génital de la liquidation de ce complexe, marquée par la renonciation aux désirs incestueux ; M. Klein, quant à elle, décrit les aspects pré-génitaux d'un Surmoi originellement beaucoup plus sévère que le Surmoi freudien génital*¹⁴¹. »

Nous pouvons, à partir de là, revenir à notre hypothèse de départ, et nous servir de la description de ce Surmoi ravageur, archaïque qui est celui qui semble s'exprimer dans notre clinique à l'issue de l'annonce. Si la notion d'idéal, d'enfant idéal imaginaire, que la mère a en elle et qui est porté par le Surmoi post-oedipien, est bafoué par la réalité clinique de l'enfant, alors une fois cet idéal détruit, le Surmoi post-oedipien ne peut plus pacifier la mère et cette dernière régresse psychiquement, et se retrouve sous l'égide d'un Surmoi plus archaïque, émergeant au moment où la castration n'a pas encore pu s'élaborer qui est celui décrit par certains post-freudiens comme nous l'avons vu et celui décrit par M. Klein. Cette régression et cette perte d'altérité, garantie normalement par la liquidation post-Oedipienne, expliquerait, entre autres, cliniquement, les relations très ambiguës, parfois incestuelles entre une mère et son enfant en situation de handicap. En continuant notre lecture de J. Bégoin, nous découvrons par ailleurs que, pour M. Klein, il est inexact de dire qu'il s'agit de stades pré-œdipiens, ce terme étant sans doute un hommage au label de Freud. En réalité, M. Klein situe l'œdipe et la formation du Surmoi bien avant lui : entre la première et la troisième année de la vie de l'enfant. Elle le situe à cette époque en observant des enfants qui manifestent très tôt des situations anxigènes, des angoisses précoces en lien notamment avec la relation à leur mère.

¹⁴¹ J.Bégoin, « *Le Surmoi dans la théorie kleinienne et post-kleinienne* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995, p.58

Nous situons comme elle la formation de ce Surmoi à partir du 18^{ème} mois et en concomitance avec le stade du miroir. Pour ce qui est du complexe d'Œdipe nous pensons qu'il intervient dans un deuxième temps.

M. Klein nous parle d'un Surmoi primitif, assez cruel, constitué des premiers investissements objectaux et des premières identifications. Nous pouvons donc faire, à nouveau, un pont entre la théorie et notre clinique. Ce sont justement les investissements et les identifications qui nous semblent poser problème dans nos rencontres. Autant S. Freud que M. Klein mettent l'accent sur ce fonctionnement bipolaire du Surmoi : d'un côté le versant idéal, pacificateur, et de l'autre, l'aspect terrifiant, persécuteur et menaçant. Force est de constater que celui qui s'exprime le plus dans notre clinique est le deuxième car le premier a été balayé par l'annonce du handicap.

M. Klein nous explique que l'angoisse principale de la fille est la peur de voir son corps attaqué et ses objets aimés intérieurs détruits. Le corps de l'enfant en situation de handicap attaqué par la maladie, par la déformation physique avec risque de destruction, réactiverait les anciennes angoisses refoulées de la mère. Toute la conception kleinienne de mauvais et bon objet mériterait d'être traitée en profondeur. Pour l'instant, nous nous contenterons de dire que l'enfant en situation de handicap pourrait représenter pour la mère le mauvais objet, non conforme, non idéal et par identification, le mauvais sein. M. Klein fait une différence entre le bon objet et l'objet idéalisé. L'enfant, dans notre clinique, serait dans une position d'objet idéalisé et donc à ce titre, la mère l'investirait en fonction de ses propres besoins narcissiques blessées et pas en fonction des besoins de développement de celui-ci. Ce qui explique cliniquement pourquoi les mères peuvent avoir des demandes absurdes vis à vis de leur enfant. Par exemple cette mère particulièrement insistante pour que sa fille passe le code pour être indépendante alors qu'elle a un retard scolaire très important qui lui rend la tâche impossible. La mère, poussée par son Surmoi primitif, idéalise sa fille au point d'être dans le déni de la réalité des difficultés scolaires évidentes de cette dernière. La fille ne peut pas répondre aux souhaits de la mère, l'identification s'avère compliquée et c'est là que se nichent les conflits relationnels. Ce que nous décrivons là est un grand classique de ce type de clinique où l'écart entre ce que la mère idéalise et les réelles capacités de l'enfant est trop important pour ne pas devenir pathogènes, cela nous renvoie à l'idéal du Moi et au Moi idéal et donc au Surmoi.

Autre lien : l'impossible identification que nous observons régulièrement entre la mère et son enfant est un aspect central de notre travail de thèse. Cela renvoie, une fois encore, à la question du miroir, à l'impossibilité pour la mère et l'enfant de se reconnaître l'un l'autre. M. Klein, en partant encore une fois de la définition freudienne du concept d'identification, parle d'identification projective. Cette identification peut-être pathologique lorsque « *l'objet était fortement investi libidinalement et au même temps ressenti comme contenant une partie indésirable et projetée de soi*¹⁴². » C'est un peu ce que nous retrouvons dans notre clinique. L'investissement libidinal (très important dans ce type de clinique) de l'enfant et la mère, qui en même temps se renvoient mutuellement leur impossibilité à s'identifier l'un(e) à l'autre. L'enfant contient une partie indésirable de la mère que cette dernière ne supporte pas de voir, c'est une partie qui fait écho à une partie inconsciente de la mère qui correspond sans doute à quelle chose de non symbolisable, au réel. Par exemple, lorsque la mère de Sylvie dit « *ma fille n'est pas comme moi* », elle se défend d'une représentation intolérable, elle utilise le déni comme mécanisme de défense, pas seulement pour nier le handicap de sa fille mais aussi pour éviter de voir ce que cette dernière lui renvoie de manière spéculaire.

M. Klein associe la sévérité du Surmoi aux stades sadiques d'évolution de la libido, notamment lorsque le bébé montre, à travers sa façon de prendre le sein, sa libido (pulsion de vie) et ses pulsions agressives (pulsions de mort). Pour elle, l'équilibre psychique du bébé dépend de la relation que ce dernier entretient avec le sein de sa mère. Elle parle de « *bipolarité instinctuelle innée, les circonstances extérieures défavorables n'agissent qu'en renforçant les fantasmes innés de mauvais sein et les circonstances favorables en renforçant les fantasmes de bon sein*¹⁴³. »

Inutile de dire que dans notre clinique les circonstances extérieures défavorables sont presque omniprésentes, du fait même du handicap et du milieu familial qui est bien souvent très carencé ou en très grande souffrance. L'enfant, dans la relation à sa mère, dans les réponses que cette dernière lui apporte, dans les liens qui se créent avec l'objet sein, construit son Surmoi. « *L'objet incorporé assume instantanément les fonctions d'un Surmoi ; l'internalisation du sein dévoré et redouté forme le premier noyau d'un*

¹⁴² J.Bégoïn, « *Le Surmoi dans la théorie kleinienne et post-kleinienne* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995, p.59

¹⁴³ J.Bégoïn, « *Le Surmoi dans la théorie kleinienne et post-kleinienne* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995, p.60

*Surmoi terrifiant qui est expulsé au stade sadique anal*¹⁴⁴. »

La « qualité » du Surmoi de l'enfant dépendrait donc de la qualité des objets incorporés par ce dernier dès son plus jeune âge. Par rapport aux objets que l'enfant incorpore, M. Klein établit une différence entre le bon objet et l'objet idéalisé. Cette différence est importante pour nous aussi car elle nous permet de mieux expliciter notre clinique, et d'établir une différence entre le normal et le pathologique au niveau du développement de l'enfant. M. Klein nous explique que le clivage primitif de l'enfant (bon sein/mauvais sein) est basé sur les capacités d'amour de ce dernier, c'est-à-dire sur la capacité de prendre soin du bon objet tout en clivant le mauvais. Dans notre clinique, il est clair que cela dysfonctionne car le handicap influence justement les capacités d'amour et celle de mises à distance du mauvais objet, il y a une rupture homéostasie. M. Klein nous explique que la distance entre le bon objet et le mauvais ne doit pas être trop importante, autrement il se crée un très profond clivage entre les deux aspects de l'objet. Ainsi, nous dit-elle, il ne s'agirait plus de la différence entre le mauvais objet et le bon mais entre « *l'objet idéalisé d'une part et le très mauvais objet d'autre part*¹⁴⁵. » Et c'est exactement cela que nous observons dans notre clinique dans les liens mère/enfant.

J. Bégoïn en s'étayant sur M. Klein rajoute que « *l'objet très idéalisé est ressenti comme ayant des exigences illimitées envers le Moi, c'est un objet impossible à satisfaire et il joue en réalité le rôle d'un Surmoi persécuteur*¹⁴⁶ » Si nous le mettons en lien avec notre clinique et nos hypothèses, nous remarquons que l'enfant et la mère sont dans cette position d'objet idéalisé qui ne peut pas être satisfait et qui devient persécuteur. L'enfant est idéalisé par la mère qui le voudrait plus conforme, et l'enfant idéalise la mère qu'il essaye d'imiter. Il essaie d'être comme elle, mais cela s'avère être une tâche impossible à réaliser. La persécution est celle introduite par le handicap, par l'écart entre ce que le sujet a réellement et ce qu'il voudrait, par l'annonce du handicap lui-même qui est accompagné d'un sentiment d'injustice (*pourquoi ça nous arrive à nous?*), par les mots qui sont prononcés autour de cela et par le regard que la société pose sur la mère et l'enfant.

L'objet idéalisé est toujours double, nous dit J. Bégoïn, car il recèle toujours en lui

¹⁴⁴ J.Bégoïn, « *Le Surmoi dans la théorie kleinienne et post-kleinienne* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995, p.61

¹⁴⁵ M. Klein, (1957) « *Envie et gratitude et autres essais* », Paris, éd. Gallimard, 1990, p.34

¹⁴⁶ J.Bégoïn, « *Le Surmoi dans la théorie kleinienne et postkleinienne* », in « *Surmoi II* », Paris éd. RFP, 1995, p.64

un aspect terriblement persécuteur. La mère de l'enfant en situation de handicap rencontre beaucoup de difficultés pour occuper cette place de bon objet, l'enfant aussi. M. Klein nous explique que le bon objet « *possède certains caractères, en particulier celui d'investir de façon prédominante l'enfant en fonction des besoins de développement de celui-ci, davantage qu'une fonction de ses propres besoins narcissiques*¹⁴⁷. » Et c'est à ce niveau que le bât blesse, si nous pouvons nous exprimer ainsi, car la mère, comme explicitée dans nos hypothèses de départ, est blessée, meurtrie narcissiquement par le handicap de l'enfant et va davantage essayer de réparer ses propres besoins narcissiques qu'elle voit reflétés dans l'image de son enfant plutôt que d'étayer le développement de l'enfant. Elle va essayer de rétablir l'idéal perdu. Hélas, beaucoup de professionnels peuvent être pris par le même piège narcissique que l'enfant en situation de handicap renvoie en miroir à toute personne s'occupant de lui. L'enfant devient pour la mère un objet idéalisé et vice-versa, l'objet idéalisé ne peut pas être assimilé par le Moi en raison de son aspect persécuteur car jamais tout à fait correspondant à l'idéal, il joue alors le rôle d'un Surmoi terrifiant qui pousse constamment à vouloir réduire l'écart. « *Le Surmoi primitif apparaît ainsi comme la part des objets primaires qui ne peut être assimilée dans le Moi, soit par excès de persécution soit par excès d'idéalisation, les deux étant en fait toujours présents et liés.* » Persécution et idéalisation comme rejet et fusion qui peuvent être mis en lien, sont des signes omniprésents de notre clinique. Pourquoi les femmes/mères porteraient davantage ce Surmoi ? M. Klein nous explique, en ce qui concerne l'évolution de la fille, que son désir principal est celui d'intérioriser le pénis paternel en lien avec celui de recevoir des enfants de lui, et in fine celui d'avoir son propre pénis à elle.

L'angoisse principale de la fille est donc « *la peur de voir son corps attaqué et ses objets aimés intérieurs détruits*¹⁴⁸. » Un enfant en situation de handicap ne peut-il pas être considéré comme une attaque du corps ? C'est le corps de l'enfant bien sûr, mais compte tenu de la grande proximité entre mère et enfant, de l'impossible accès à l'autonomie psychique et physique que le handicap induit (d'ailleurs nous pouvons bien voir ce fonctionnement, notamment avec les aveugles qui sont sans cesse « déplacés » par les voyants) alors le corps de l'enfant serait comme chez le tout petit un prolongement du corps de la mère. C'est peut-être pour cela que le père n'ayant pas une telle proximité corporelle avec l'enfant se sent moins engagé dans la prise en charge et

¹⁴⁷ J.Bégoïn, « *Le Surmoi dans la théorie kleinienne et post-kleinienne* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995, p.65

¹⁴⁸ J.Bégoïn, , id, p.64

produit donc moins de mécanismes de défenses pathogènes.

Par ailleurs, l'annonce du handicap ne peut-il pas avoir comme effet celui de détruire les objets aimés intérieurs chez la mère et les remplacer par des objets idéalisés ? L'enfant, bon objet qui est détruit et qui devient objet idéalisé chez la mère ? C'est plausible.

Terminons cette partie consacrée à M. Klein en disant que l'envie de pénis de la mère deviendra par la suite l'envie d'avoir le phallus, c'est pour cette raison que nous développerons, dans une autre partie de cette thèse, l'enfant qui devient le phallus de la mère afin de réparer sa blessure narcissique. En occupant cette place, il est impossible pour l'enfant de solidifier son Moi de manière suffisamment forte pour limiter le Surmoi de sa mère et se défaire des pièges d'idéal et de ses persécutions. À moi fragile, Surmoi tyrannique.

1.4) Le Surmoi chez Lacan

Jacques Lacan nous intéresse particulièrement car, se confrontant très tôt à la psychose, et à son aspect irrationnel, ambigu et paradoxal, il s'est posé rapidement la question d'un Surmoi autre que paternel. Ce dernier avec son aspect pacificateur des pulsions ne semblait pas coller aux symptômes psychotiques. Il a donc commencé à réfléchir le concept du côté du féminin, de « *l'autre maternel* . » Pour J. Lacan, la genèse du Surmoi est à situer très tôt, il en parle dans ses « *Écrits* » en ces termes: « *notre expérience des effets du Surmoi, autant que l'observation directe de l'enfant à la lumière de cette expérience, nous révèle son apparition à un stade si précoce qu'il paraît contemporain, voire antérieur à l'apparition du Moi*¹⁴⁹. » Pour que le Moi de l'enfant puisse se constituer il faut qu'il s'opère une séparation entre la mère et l'enfant, afin d'extraire l'un et l'autre de cette relation très fusionnelle. Cette séparation commence notamment avec le stade du miroir, c'est pour cette raison que nous le convoquons dans notre clinique. J. Lacan, en effet, lorsqu'il nous parle du stade du miroir, nous explique que l'autre maternel serait fondamental pour la structuration du moi de l'enfant. J. Lacan, comme M. Klein et à la différence de Freud, accorde davantage d'importance au rôle de la mère dans la genèse du Surmoi chez l'enfant, et ceci dès les premières années de sa vie. J. Lacan nous explique que la mère serait perçue par l'enfant comme une image complète, non infirme, de lui-même, une image anticipée de ce qu'il pourra être un jour. La position de J. Lacan diffère de celle de M. Klein notamment au niveau de la projection de l'enfant sur la mère. Pour M. Klein, la pathologie de l'enfant réside dans l'incomplétude de la mère, dans son être « mauvais objet » pour l'enfant, alors que pour Lacan cette toute puissance, plus ou moins pathologique, de l'enfant est à rechercher dans « *la complétude de l'autre maternel primordial, avec lequel le Moi tend alors à se confondre dans un rapport illusoire d'aliénation foncière*¹⁵⁰. » Une sorte d'objet trop bon, trop complet, pas castré, avec lequel aucune identification ne serait possible.

J. Lacan différencie deux types de parole, une vraie, qui exprime l'être du sujet, qui serait à mettre en lien avec l'Idéal du Moi et une autre l'« *expression verbale des impératifs de la conformité narcissique, soumise aux injonctions qu'il qualifie de*

¹⁴⁹ B.Penot, « *L'instance du Surmoi dans les Écrits de J. Lacan* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995, p. 70

¹⁵⁰ B.Penot, , id, p. 71

*surmoïques*¹⁵¹ » qui serait à mettre en lien avec le Moi idéal. Ces injonctions, qui visent la conformité narcissique, sont celles qui sont aussi souvent proférées par les mères dans leur parole ou que nous retrouvons dans des passages à l'acte à l'égard de leurs enfants. Cela nous fait penser au cas de cette maman qui déchire toutes les photos sur lesquelles sa fille a un regard « *particulier* » dit-elle, le regard de la psychose pourrions-nous dire, en disant « *je ne supporte pas de voir ce regard-là.* » Ce type d'attitude n'est-elle pas le fruit d'un Surmoi que Lacan qualifie de « *figure obscène et féroce que l'analyse appelle Surmoi, et qu'il faut comprendre comme la béance ouverte dans l'imaginaire par tout rejet des commandements de la parole*¹⁵² » ? Cette figure obscène se manifeste notamment dans la psychose, où le tiers paternel est forclos mais pas uniquement, elle se manifesterait également dans des cas où la parole bien qu'advenue, serait mal comprise, mal dite (maudite ?) comme dans la perversion. Dans notre clinique ce Surmoi obscène et féroce qui s'exprime chez les mères, bien que pacifié par le Surmoi post-œdipien paternel, est en quelque sorte mis en veille au sein des fondations psychiques de la mère et reviendrait sur le haut de la scène à la suite de l'annonce du handicap dans cette régression induite par le traumatisme.

S'il n'y a pas ou plus de père, si sa représentation imaginaire et symbolique, est balayée par le traumatisme engendré par le handicap, alors le Surmoi qui s'exprimera désormais ne pourra donc être que l'expression de celui de la mère. Par conséquent, nous ne savons pas si nous pouvons conclure que le Surmoi de la femme est plus fort que celui de l'homme, car il semblerait dans cette nouvelle approche post-freudienne qu'il existe deux Surmoi différents.

Sans intervention du tiers paternel, comme cela se passe régulièrement dans notre clinique l'enfant reste sous le joug du Surmoi primitif maternel. J. Lacan insiste particulièrement sur l'importance du langage et de la relation mère/enfant. La mère est pour l'enfant ce grand Autre maternel qu'il faut entendre comme un ressort à la parole, ce grand Autre qui est le lieu d'où l'enfant advient à la parole. Il y a donc une différence importante entre le Surmoi initial qui semble représenter la toute-puissance parentale et celui post œdipien paternel de Freud. Par conséquent le père et le langage sont des représentants du tiers symbolique qui sépare la mère et l'enfant.

J. Lacan parle du graphe du désir afin d'explicitier comment fonctionne la relation entre le petit autre et le grand Autre de l'inconscient. Il nous explique que son

¹⁵¹ B.Penot, id, p. 71

¹⁵² B.Penot, id, p. 72

fonctionnement circulaire (il tourne en rond, le grand Autre ne renvoie qu'à lui-même) doit être interrompu par une prise de position, un « *non* » du petit autre afin d'advenir à la parole et de gagner sa propre subjectivité. C'est le « *non* » que nos jeunes patients et leurs pères ont tant de mal à dire. C'est dans le cadre d'un tel pouvoir totalitaire de l'Autre que le sujet ne pourra, dit Lacan, se constituer qu'en s'y soustrayant et en le décomplétant pour à la fois devoir s'y compter et n'y faire fonction que de manque. C'est pour cette raison qu'ils restent prisonniers d'un discours circulaire, d'un éternel recommencement, dans un type de configuration relationnelle ou l'Autre « *décrète, légifère, aphorise, est oracle*¹⁵³. » Nous reconnaissons bien les caractéristiques d'un Surmoi primitif. L'Autre est tout puissant, l'enfant le repère inconsciemment et il va aussi repérer des instances idéales qui se forment très tôt et auxquelles l'enfant souhaite se conformer, mais cela s'avère être impossible et il ne peut que tourner en rond. J. Lacan parle de l'Idéal du Moi comme « *fonction anticipée que le tout petit enfant peut avoir de son propre accomplissement, au regard de la mère*¹⁵⁴», en lien également avec la relation spéculaire que l'enfant entretient avec sa mère, relation qui va se constituer dans le registre imaginaire et qui amorce les figures du Moi Idéal. Lacan parle d'un écart de tension entre le Moi Idéal et l'Idéal du moi que le sujet normal doit pouvoir maintenir pour éviter que la pulsion n'aille se perdre dans un mirage imaginaire qui la court-circuiterait prématurément. Le problème dans notre clinique est que l'idéal du Moi de la mère porté par le Surmoi post-Oedipien s'effondre et la mère régresse. Et c'est bien c'est qu'arrive chez ses mère la pulsion se perd dans un mirage imaginaire : « *mon fils aura son bac .* »

La construction du Moi de l'enfant se fait selon Lacan, après la formation d'idéaux et se construit spéculairement avec la mère. Lacan met en avant un dédoublement fondamental du discours de l'Autre, c'est-à-dire que très tôt il interprète le discours de la mère. Il y aurait donc deux messages chez la mère qui se transmettraient à l'enfant et qui seraient susceptibles d'interprétation : « *c'est-à-dire qu'au-delà de la forme manifeste des messages de l'Autre, leur énoncé formel, le bébé va très vite accommoder son attention et régler ses propres manifestations, sur la signification latente qui pourrait sous-tendre, de la part de ce Grand-Autre*¹⁵⁵. » Il y aurait donc un message caché derrière le discours de la mère, le bébé va percevoir très tôt qu'il y a ces deux types de discours et qu'il y a une marge entre eux. Cette marge, selon Lacan, contient

¹⁵³ B.Penot, id, p.77

¹⁵⁴ B.Penot, id, p.78

¹⁵⁵ B.Penot, id, p.80

l'inconscient de la mère, ses fantasmes et, bien sûr, son désir. Cette nouvelle donnée conceptuelle nous permet aussi de nous interroger sur l'inconscient des mères que nous rencontrons et sur le type de message, de discours latent qui est transmis de la mère à l'enfant. Si l'enfant interprète le message de la mère et se rend compte qu'il y en a deux dont un caché, c'est sur celui qui est caché que vont se concentrer ses fantasmes, se vectoriser ses peurs et ses angoisses. Chose encore plus importante, ce double discours engendre chez l'enfant un vécu persécuteur, qui semblerait correspondre à la position schizo-paranoïde décrite par M. Klein ou à l'inquiétante étrangeté décrite par Freud. Grâce à ce double discours et à la marge qui se crée entre les deux messages passés, l'enfant va pouvoir étoffer son Moi en répondant à la question « *que me veut-elle ?* », que Lacan en s'inspirant du Diable amoureux de J. Cazotte appelle en italien « *Che vuoi ?* . » Ne pas savoir ce que l'autre nous veut, représente sans doute la toute première angoisse du bébé. C'est ici que Lacan fait intervenir la « *grosse voix du Surmoi* . » Le bébé vit cette interrogation comme s'il s'agissait d'une sommation, d'un ordre, d'une injonction à répondre. Nous voyons bien se dessiner les difficultés, et ce que cela peut engendrer pour cette construction subjective si l'enfant est en situation de handicap. Car, pour ce type d'enfant, la difficulté majeure est celle de comprendre ce que sa mère et la société lui veulent. En effet, il est toujours redevable de quelque chose qui vise en premier lieu à soulager le narcissisme de celui qui fait la demande, parent et/ou professionnel. Dans cette quête d'enfant idéal qu'entreprend la mère à l'égard de son enfant, il n'y a pas d'issue possible. L'enfant reste toujours dans l'impossibilité de répondre de manière satisfaisante à la mère car l'écart et trop important, la blessure trop grande et le flux de paroles interrompu. Le « *che vuoi* » ne trouvant pas de réponse devient persécuteur.

Si nous voulons retrouver chez Lacan le Surmoi freudien, nous devons obligatoirement attendre la métaphore du Nom du Père. Il est donc désormais clair que pour J. Lacan, il y a un Surmoi maternel primordial, qui représente une figure féroce et obscène qui vient en amont du Surmoi d'essence paternelle issu du complexe d'Œdipe. Lacan ne peut donc pas conférer au Surmoi ce rôle paternel, pour lui la grosse voix du Surmoi (celle que nous entendons aussi souvent dans notre clinique) est à mettre en lien avec une instance parentale située en deçà de la symbolisation-castration de l'autre et donc en deçà du père mais pas au-delà de la mère.

Pour que l'enfant puisse accéder à ce Surmoi, il faut d'abord qu'il puisse reconnaître l'autre comme manquant, comme ayant des limites (la mère n'ayant pas de

pénis, le père comme étant mortel).

Il est fondamental pour le sujet « *d'appréhender l'Autre en flagrant délit d'insuffisance, de non toute puissance, ce qui dégage d'autant pour le sujet un espace où s'affirmer comme existant*¹⁵⁶. » Hélas, c'est bien une difficulté majeure des mères et des pères de notre clinique. Pour J. Lacan, même après le passage de l'œdipe, même après avoir reconnu l'Autre comme manquant, même après que l'enfant ait quitté la conformité narcissique du Moi Idéal pour aller vers l'instance symbolique de l'idéal du moi d'essence paternelle, le Surmoi conserve son caractère parental totalitaire et, disons-le, un peu persécuteur. Ici, un lien important peut être fait, entre notre hypothèse et l'approche Lacanienne, le Surmoi primaire totalitaire et persécuteur, reste à l'intérieur du sujet en veille, mais un événement traumatisant comme l'annonce du handicap pourrait le réveiller.

Le Surmoi reste sur le fond mais, quelque part, calmé, pacifié par la métaphore paternelle, néanmoins il ne perd rien de sa puissance féroce. L'enfant doit donc effectuer (et à notre avis l'enfant en situation de handicap a beaucoup plus de mal à porter à terme cette opération) le meurtre symbolique du parent tout puissant, c'est-à-dire en premier lieu la mère non manquante (du pénis exemplairement, mais aussi de lui-même, dès lors qu'il se tourne vers un tiers ou poursuit son propre désir), chose hautement difficile pour l'enfant de cette clinique. Dans une situation ordinaire la tâche est compliquée mais faisable et cela débouche sur la névrose, dans notre clinique, cela débouche sur des défenses de type pervers ou psychotique.

La grande difficulté pour l'enfant en situation de handicap est l'absence du père comme tiers, car le handicap et la souffrance de la mère semblent mettre le père hors circuit, et le sortir de la relation. Le Nom du père n'arrive pas à s'inscrire convenablement, « *là où était la mère primordiale, le nom du père doit advenir*¹⁵⁷. ». Si le père est absent, dans la réalité et/ou dans le discours de la mère comme souvent dans notre clinique, s'il n'y a pas de tiers possible, alors il n'y a pas de métaphore ; le Surmoi de la mère archaïque persécuteur se réveille et nous assistons à des symptômes chez elle comme ceux que nous pouvons voir chez les sujets psychotiques ou pervers. Projection et déni de la réalité deviennent omniprésents. Une mère lors de la visite d'admission au

¹⁵⁶ B.Penot, « *L'instance du Surmoi dans les Écrits de J. Lacan* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995, p. 84

¹⁵⁷ B.Penot, id., p. 85

SESSAD de son fils diagnostique TED¹⁵⁸ avec traits autistiques répondra à notre question « *est ce que vous lui parlez de son père ?* » par : « *Mon fils n'a pas conscience de son père.* »

Ce sont deux signes cliniques que nous observons sans cesse dans la relation mère/enfant. La mère est dans le déni du handicap de l'enfant, mais surtout peut être prisonnière du déni de sa propre castration. Par conséquent, elle ne peut plus se voir comme, ni communiquer à l'enfant qu'elle est manquante, et le père, qui généralement est garant de cette fonction de mise à distance de la mère, ne peut pas venir tiercer cette relation. Si, comme le dit J. Lacan, un signifiant représente un sujet pour un autre signifiant, « *c'est justement le signifiant du manque (dans l'Autre) qui viendra désormais représenter le sujet pour tout autre signifiant*¹⁵⁹. » Cela signifie que s'il n'y a pas de signifiant du manque, tous les autres signifiants ne peuvent plus rien représenter.

Terminons cette partie consacrée au Surmoi lacanien, en disant que, pour lui comme pour nous, tout sujet, pour advenir au symbolique, doit renoncer à la toute-puissance et doit refuser au grand Autre la toute jouissance à son égard. Le sujet doit dire « non » et barrer le Grand-Autre, tout en devenant lui-même un sujet barré. Pour pouvoir atteindre une jouissance relative, mais limitée, le sujet doit renoncer à la jouissance illimitée, représentée par la non séparation d'avec le grand Autre. Le sujet doit tuer les figures de toute puissance parentale, en supportant la perception de leur manque. Cet autre tout puissant n'est rien d'autre que la figure obscène du Surmoi, c'est la tête de la Méduse. Comme dit J. Lacan, la qualité de l'opérateur paternel est une sorte de bouclier de Persée qui met le sujet à l'abri de la jouissance du Grand Autre.

Nous allons nous intéresser dans les prochains chapitres au Surmoi dans d'autres textes psychanalytiques issus de la littérature anglo-saxonne, pour ensuite aller du côté du Surmoi en lien avec le féminin.

¹⁵⁸ Troubles envahissant du développement

¹⁵⁹ B.Penot, « *L'instance du Surmoi dans les Écrits de J. Lacan* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995, p.88

1.5) Le Surmoi dans les textes psychanalytiques de la littérature anglo-saxonne

1954-1958 A. Reich, E. Jacobson, R. Spitz

Voici d'autres points de vue concernant le concept de Surmoi, certains plus originaux que d'autres, mais tous en lien avec les conceptions Freudienne et Kleinienne.

Pour A. Reich, le Surmoi est une structure très complexe, composée par plusieurs types d'identifications. Ces identifications existent bien avant la période pré-génitale et pré-œdipienne. Elle appelle ces identifications des Idéaux du Moi, le Moi du sujet se mesure à eux et une fois encore c'est l'écart entre les deux qui a une influence sur l'estime de soi du sujet. Pour elle, l'idéal du Moi exprime ce que le sujet veut être, alors que le Surmoi exprime ce que le sujet doit être. Différenciation intéressante qui montre, une fois de plus, le caractère assez contraignant du Surmoi. Le « devoir être » quelqu'un est plus important que le droit d'être quelqu'un. De là, découlent des difficultés pour des sujets qui ont une faille narcissique, qui sont blessés narcissiquement et qui n'arrivent pas pour différentes raisons, comme par exemple le sujet en situation de handicap, à réduire cet écart. C'est ce qu'on peut également observer chez les mères qui, blessées dans leur idéal du Moi, ne savent plus exprimer ce qu'elles veulent pour elles et pour leur enfant mais uniquement ce qu'elles doivent obtenir à tout prix, comme si elles recevaient une injonction à laquelle on ne peut pas s'opposer. « *Mon fils doit passer son permis de conduire.* »

Edith Jacobson insiste sur le fait que le Surmoi ne consiste pas uniquement en une identification dans l'objet haï, mais qu'il s'agit plutôt d'une identification à un objet double, craint mais en même temps admiré. Cette bipolarité est aussi celle qui donne au Surmoi son caractère ambivalent. Pour elle, lorsque l'enfant arrive à internaliser la somme des demandes et des prohibitions parentales, il commence à construire son Surmoi. Elle situe les premiers conflits Moi-Surmoi au niveau du stade anal, lorsque l'enfant en renonçant à la satisfaction des pulsions érotiques anales au profit des exigences de sa mère, développe ses premières formations réactionnelles. Dans notre clinique c'est plus complexe car le manque d'indépendance de l'enfant rend les exigences, de surcroît démesurées, de la mère impossibles à réaliser.

René Spitz, en 1958, parle quant à lui de trois primordia au Surmoi. Le premier

est lorsque la mère s'oppose et empêche l'enfant de faire des actions jugées par elle comme indésirables. La mère se positionne en disant non et cela entraîne des frustrations chez l'enfant, elle est investie avec beaucoup d'ambivalence. Dans la clinique de l'enfant en situation de handicap cette attitude maternelle qui interdit à l'enfant des actes, même les plus anodins, perdure à l'âge adulte. Le second consiste en l'identification-imitation de l'enfant aux actions parentales, chose qui n'est pas toujours possible pour l'enfant en situation de handicap, les parents voudraient que leur fils fasse comme eux bien au-delà des capacités réelles de l'enfant, et parfois, bien au-delà des leurs. Le troisième temps consiste en une identification à l'agresseur, bien souvent la mère avec une relation très ambivalente.

Balkany, en 1968, travaille sur l'identification au langage maternel, et les conventions langagières qui véhiculent les interdictions surmoïques, il le situe au niveau du stade anal.

A. Peto, en 1969, parle, à propos de l'internalisation, des « *gros yeux* », un regard surmoïque parfois persécuteur qui serait un précurseur du Surmoi, encore un lien à la pulsion scopique.

J. Sandler, en 1960, nous explique que, pour lui, Moi et Surmoi ont été historiquement difficiles à partager, car le Surmoi est à la base des identifications. L'enfant recherche l'approbation des parents dans tout ce qu'il fait, il se conforme, il s'adapte aux demandes, par peur de perdre l'objet d'amour. Ses fantasmes se confrontent aux réactions parentales, et ainsi le principe de plaisir de l'enfant se confronte au principe de réalité imposé par les parents. Les parents imposent leur propre principe de réalité qui, dans le cas que nous étudions, se montre quelque peu modifié et beaucoup plus exigeant ; ceci en lien avec la souffrance engendrée par le handicap. L'enfant internalise donc l'autorité parentale, il introjecte les qualités et les défauts des parents, plus tard, lorsqu'il se sentira gratifié, il gagnera de l'estime de soi, par contre, lorsqu'il se sentira dévalorisé, il éprouvera de la culpabilité et un sentiment d'infériorité ; ce qui est très fréquent aussi dans notre clinique.

Roy Schafer, en 1960, se positionne en insistant surtout sur le rôle bienveillant et protecteur du Surmoi, son article s'intitule : « *The loving and beloved Superego.* » Ses études portent surtout sur la névrose obsessionnelle, la mélancolie et la paranoïa, pathologies que nous retrouvons avec une fréquence importante dans notre clinique.

Pour lui, le Surmoi est un représentant du Ça, le Moi est aimé par le Ça, de la même manière qu'il a été aimé par les parents et par leur Surmoi. Le Surmoi apporte protection et réconfort, il évalue le monde interne, il critique mais il approuve également le Moi, c'est le Surmoi qui envoie un signal au Moi pour l'avertir d'un danger. Cette partie du Surmoi protecteur serait issue de l'identification de l'enfant envers le père, ce qui viendrait renforcer l'identification originelle à la mère protectrice. L'autorité du père est valable si la mère elle-même a reconnu sa propre castration. Cela est intéressant car cela nous permet de faire le lien avec nos hypothèses. Pour cet auteur aussi, le Surmoi mesure l'écart qu'il y a entre Idéal du moi et Moi idéal. Si l'écart est trop grand, et c'est le cas dans notre clinique, alors souffrance et affects désagréables sont possibles. Les sentiments d'infériorité sont selon lui en lien avec le sentiment d'avoir perdu l'amour de la part du Surmoi, alors que la culpabilité correspond à un sentiment de haine de la part du Surmoi. Culpabilité et sentiment d'infériorité sont également très présents dans notre clinique. Il rajoute que le Surmoi peut-être punitif mais apporter tout de même certaines satisfactions au Moi, par exemple quand, dans les conduites masochistes, se reproduit la relation de soumission du sujet au père, avec reviviscence des liens libidinaux qui, à l'origine, unissaient le Ça au Moi et au Surmoi. Dans la dernière partie, R. Shafer met en avant l'importance d'un Surmoi parental bien adapté, car un Surmoi parental en bonne santé n'est presque pas discernable du Moi et l'enfant peut s'y adapter et amoindrir les fantasmes archaïques liés aux pulsions. A contrario, un Surmoi immature chez les parents (que nous rencontrons souvent) altère chez l'enfant la résolution œdipienne et les pathologies surmoïques des parents risquent fort de se perpétrer chez l'enfant. Pour lui, le Surmoi hostile mène même à la haine de soi, au même titre qu'un Surmoi bienveillant mène à l'amour de soi.

H. Hartman et R. Lowenstein, entre 1961 et 1965, apportent leur pierre à l'édifice surmoïque. Ils proposent une différenciation entre identification et introjection et considèrent l'idéal du moi comme une des fonctions du Surmoi, ils pensent, leur clinique le confirme, de même que la nôtre, que l'Idéal du Moi et le Surmoi sont en conflit entre eux et entretiennent un lien conflictuel avec le Moi qui est permanent. Il faut que le Moi et le binôme idéal du Moi /Surmoi soient sans cesse dans le compromis, dans l'ajustement. Pour eux, l'idéal du Moi représente les directions à suivre, les exigences que le sujet subit, alors que le Surmoi représente les critiques et les prohibitions. Il est possible, et c'est notre hypothèse principale dans ce travail, que le Surmoi subisse « *une régression vers un fonctionnement plus archaïque conforme aux*

*identifications pré-œdipiennes dans lesquelles l'identification aux objets haïs est fonction de l'agressivité projetée*¹⁶⁰. »

Pour H. Rosenfeld, en 1961, le Surmoi se compose d'un Surmoi précoce et d'un Surmoi tardif. Le premier contient tous les aspects idéalisés et persécuteurs de l'objet partiel, puis de la mère archaïque. Pour cet auteur, l'idéal du moi est un aspect du Surmoi qui découle des identifications aux objets idéalisés. La persécution par l'objet va de pair avec l'exigence de perfection de l'objet idéal. Pour lui, derrière le Surmoi post œdipien se cache le Surmoi précoce dont il faut saisir l'expression à travers l'analyse.

Pour Hammerman en 1965, le Surmoi résulte de l'union de plusieurs instances : le Moi Idéal, les précurseurs du Surmoi et les identifications. Le moi du sujet se plie aux injonctions du Surmoi maternel, dans un premier temps, puis dans un second, il s'y identifie et il y a un retournement de la passivité en activité. Les pulsions agressives sont contenues par peur de perdre l'objet d'amour.

1.6) Nouveaux développements

Il faut attendre une vingtaine d'années pour que le concept de Surmoi soit à nouveau abordé. A.C. Garza-Guerrero, en 1981, dit que les expériences de plaisir contribuent à la constitution du Soi (Moi), alors que celles de déplaisir contribuent à la constitution du Surmoi. Chaque insatisfaction vécue par l'enfant fait retour par intériorisation d'un objet destructeur qui vient nourrir le Surmoi. Notre clinique est une clinique de l'insatisfaction, dans le sens où le fait de ne pas être dans la norme, conforme aux idéaux de la société et, pour l'enfant, conforme à l'idéal de la mère engendre donc l'intériorisation des objets destructeurs qui nourrissent le Surmoi.

H. Kennedy et C. York, en 1982, pensent que la mère, avec son approbation et désapprobation, protège l'enfant des exigences du Ça, et apportent une réflexion qui est très intéressante pour notre thèse : *« ils interrogent sur l'image de leur enfant que les parents portent en eux, sur son idéalisation éventuelle, montrant que les parents exigent, approuvent et désapprouvent, en fonction de cette image plutôt que de l'enfant réel*¹⁶¹. » C'est bien cela que nous entendons dans les paroles des mères vis-à-vis de leur

¹⁶⁰ A. Frejaville, « *Le Surmoi dans les textes psychanalytiques* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995, p. 103

¹⁶¹ A. Frejaville, id, p. 104

enfant en situation de handicap qui ne semble pas correspondre à l'idéal. « *Ma fille n'est pas comme moi, moi je suis une fonceuse* » nous dira une jeune maman. Par conséquent les exigences de la mère en lien avec le Ça peuvent être trop importantes et au lieu de protéger et de d'assurer une sorte de médiation pulsionnelle, sont complètement débridés.

J. Arlow considère le Surmoi comme un conglomérat des nombreuses identifications, un lieu de conflits intra-systémiques, une structure modifiable qui peut s'amalgamer à un Surmoi collectif (le discours sociétal vis-à-vis des personnes en situation de handicap ?) et qui peut régresser jusqu'à des conduites masochistes. Les conduites masochistes peuvent se retourner et devenir des conduites sadiques vis-à-vis de l'enfant. Ceci est en lien avec le fait que, compte tenu de la grande proximité corporelle et psychique entre une mère et son enfant en situation de handicap, ce qui arrive à l'un arrive également à l'autre.

A. Holder pense que la mère doit assurer une certaine contenance pulsionnelle afin de réguler le narcissisme du Moi de l'enfant. Cette capacité à contenir la pulsion de l'autre peut être bien observée dans le milieu institutionnel, en effet, lorsque les professionnels sont fatigués, angoissés ou encore à bout de force, ils perdent cette capacité à contenir la pulsion de l'autre, au même titre que les parents et c'est à ce moment qu'on déplore la plupart des passages à l'acte chez l'enfant comme chez l'adulte.

R. Gillman pense que les identifications aux parents pré-génitales sont plus protectrices que contraignantes, il pense que l'enfant s'identifie de manière sélective et pas uniquement en lien avec les injonctions ou les interdictions.

C. Benner pense que le Surmoi est une sorte de compromis que l'enfant met en place, qui a son origine au moment de l'œdipe et qui lui permet d'éviter les trois calamités de l'enfance : la perte d'objet, la perte d'amour et la castration. L'enfant, pour distinguer le bien du mal, se cale sur ce que les parents approuvent ou désapprouvent et ceci n'est pas uniquement en lien avec la subjectivité des parents, mais aussi avec le fantasme de l'enfant. Par exemple, dit-il, l'enfant pense avoir fait quelque chose de mal s'il est malade, blessé ou si les parents se séparent. Nous retrouvons ces exemples chez les frères et sœurs d'enfant en situation de handicap qui se sentent souvent coupables de la maladie de leur frère ou sœur. Il voit dans le masochisme un rôle important pour permettre à l'enfant, à travers un déplaisir mineur, un plus grand déplaisir, cela permet

aux enfants de résoudre les conflits, notamment l'œdipe.

A. Brickman, en 1983, travaille sur le lien entre le fonctionnement cognitif de l'enfant et la capacité à intégrer les interdictions et injonctions des parents. Les précurseurs du Surmoi se basent sur des éléments affectifs, cognitifs et du comportement. Selon lui, l'auto-imposition active de prohibitions et l'acquiescement passif des sanctions imposées par l'extérieur sont pré-verbales (i.e.: les sourds y ont également accès).

H. Roiphe et E. Galenson, en articulant leurs réflexions à celle de M. Mahler autour de la séparation - individuation, pensent que l'enfant, bien qu'il n'ait pas encore de conscience morale à la fin de la deuxième année de sa vie, est capable, en intériorisant les réprimandes, d'intégrer des précurseurs à l'établissement de son Surmoi.

Pour d'autres, comme E.J. Blum et H.P. Blum en 1990, les précurseurs du Surmoi se mettent en place à la fin de la première année, quand l'enfant devient capable d'intentionnalité, de communication et de motricité. Ils voient le Surmoi davantage comme quelque chose de positif qui permet à l'enfant d'apprendre le compromis, d'apprendre la négociation. Ils pensent que les injonctions doivent être stables et pas trop hétérogènes.

O. Kernberg étudie quant à lui, en 1975, trois types de transferts différents qui sont à mettre en lien avec un Surmoi pathologique : les transferts paranoïdes en lien avec un Surmoi persécuteur, les transferts psychopathiques en lien avec un Surmoi idéalisé et les transferts dépressifs en lien avec un Surmoi aimé et craint dont le sujet est resté dépendant.

En 1990, E. Kafka pense que le Surmoi ne se limite pas à contenir les pulsions libidinales et agressives, mais possède également la capacité de maîtriser les effets des traumatismes antérieurs, ces processus s'appuient sur le retournement de la passivité en activité et s'apparentent à l'identification à l'agresseur. Un peu comme si les mères de notre clinique, se sentant agressées par le handicap, répondaient à cette agression par des agressions aux autres et à leur enfant. Ainsi, l'auteur pense que plus les affects d'angoisse et de détresse ont été importants, plus les positions morales risquent d'être strictes, éventuellement renforcées par une identification aux injonctions morales de la société ; troublante ressemblance avec notre clinique. Ces excès de moralité semblent

exprimer un excès de culpabilité ou de toute puissance, la mère, se sentant agressée par un monde injuste qui lui a donné un enfant en situation de handicap, s'attaque au monde.

Après la lecture de tous ces auteurs en partant de Freud pour arriver jusqu'aux contemporains, nous arrivons à la conclusion suivante : il apparaît désormais clair que selon la plupart des auteurs il existe deux types de Surmoi.

Un Surmoi de type maternel, archaïque, primitif, pré-œdipien pendant lequel, le Moi ne s'est pas encore formé, l'ordre symbolique n'est pas encore établi, l'altérité inexistante, et la castration n'a pas encore eu lieu. Les mécanismes de défenses principaux sont la projection et le déni.

Puis il en existe un autre. Un Surmoi post-œdipien, héritier du complexe d'Œdipe, pendant lequel le Moi s'est construit, l'ordre symbolique, la castration ont été intégrés par le sujet qui désormais a accès au symbole, et dont le mécanisme de défense principale est le refoulement.

Après avoir fait un détour indispensable du côté du Surmoi chez la plupart des auteurs qui ont traité de cette question, le temps est venu de faire un lien plus spécifique entre Surmoi et féminin afin de comprendre pourquoi chez la femme ce Surmoi est aussi exigeant.

Partie 2

Le Surmoi et le Féminin

2.1) Introduction

Après avoir étudié le concept de Surmoi en général le moment est venu de nous pencher plus spécifiquement du côté du Surmoi féminin. Nous allons, dans cette partie, reprendre des auteurs, en découvrir de nouveaux et essayer de faire le lien entre Surmoi féminin et notre question.

En lisant, Serge Lebovici, dans son texte : « *quelques notes sur la genèse et l'évolution du Surmoi* », nous apprenons que le Surmoi n'est pas le produit du Ça ni du Moi, mais plutôt un système construit à travers des bricolages interactifs auxquels participent les deux parents. Ceci étant dit, cet auteur nous explique que la mère a un rôle éminent dans la fabrication du Surmoi. En effet, dans ce rapport dyadique fait de soins d'élevage qu'elle entretient avec son enfant, elle exerce une forte séduction, et elle lui transmet, malgré elle, ses sentiments de culpabilité co-occurents avec la sexualité infantile refoulée. Une séduction culpabilisante et narcissisante semble s'exercer sur l'enfant à travers les soins. Ceci est une preuve supplémentaire comme nous l'avons montré dans les paragraphes précédent, que si les pères sont tellement absents dans la prise en charge, c'est d'une part parce que le premier objet d'amour de tout enfant est une femme donc une mère, et d'autre part parce que cette partie soins, qui normalement est déjà davantage réservée aux femmes, dans ce type de clinique l'est encore plus compte tenu de la défaillance de l'enfant. Comme si le handicap de l'enfant venait rendre les soins d'élevage encore plus exclusifs, plus séducteurs, plus culpabilisants et longs. Le Surmoi aurait donc une matrice féminine.

Serge Lebovici se positionne également sur la genèse du Surmoi chez le garçon et chez la fille, en pointant des différences majeures. Pour le garçon, le Surmoi se constitue en lien avec l'œdipe et la menace de castration et cette menace conduit au refoulement du désir pour la mère en engendrant des sentiments inconscients de culpabilité. Pour la fille, par contre, la construction du Surmoi serait plus vague et plus complexe : « *la fille serait dans une situation plus difficile parce qu'elle doit se détacher de son premier objet d'amour, sa mère, elle le pourrait parce qu'elle est châtrée et peut le reprocher à sa mère pour désirer l'objet d'amour de cette dernière, le père, et organiser ainsi ses sentiments de culpabilité par rapport à un Surmoi figuré par*

*l'effigie maternelle*¹⁶². » Le Surmoi de la femme n'est pas symétrique à celui de l'homme, et chose encore plus importante si l'hypothèse de cette régression maternelle que nous postulons est juste, ceci serait à interpréter comme « un retour de la mère à la mère » si nous pouvons nous exprimer ainsi. C'est à dire un retour à une époque où la castration n'avait pas encore opéré. En outre, il y a chez la femme dans sa formation psycho-affective cette idée archaïque de reprocher à sa mère la castration alors que la dimension du reproche est peut-être moins présente chez l'homme compte tenu de la différence dans le positionnement œdipien et du fait que l'homme n'est pas castré. La nouvelle castration symbolique subie par la mère lors de l'annonce d'un enfant handicapé fait, selon nous, écho à la première, fondatrice de son œdipe. Elle pourrait donc être responsable dans cette dynamique régressive, de l'augmentation exponentielle des reproches que la mère fait à elle-même, à son enfant en situation de handicap et à l'entourage. Ces reproches pourraient tous être en lien et résonner avec le tout premier reproche que la fille a fait à sa mère concernant la castration dans le but d'obtenir le objet d'amour père. L'homme, bien entendu, est exclu de ce fonctionnement compte tenu de son rapport à la castration différent, ceci expliquant donc cela.

De plus, puisque l'œdipe féminin est moins stable que le masculin, moins définitif, moins assuré et qu'il implique ces changements d'objet d'amour, responsable de l'angoisse d'abandon chez la femme, (dont la mère se défend dans notre clinique à travers des attitudes très protectrices vis-à-vis de son enfant) cette régression d'un Surmoi post-œdipien à un Surmoi pré-œdipien serait exclusivement réservée au positionnement psychique féminin. C'est en s'intéressant de très près au féminin que nous allons comprendre pourquoi cela fonctionne ainsi.

2.2) Freud et le Surmoi Féminin

Après avoir fait un retour sur les différentes réflexions qui existent concernant le Surmoi, commençons à nous intéresser au lien du Surmoi avec le féminin. Nous ne pouvons pas faire l'impasse sur Freud et son positionnement vis-à-vis du féminin au sens large, mais aussi en lien avec le Surmoi. En fin de vie, Freud se demandera après trente ans de recherche : que veut la femme ? C'est un propos que Jones prête à Freud qui s'adressait à Marie Bonaparte? « *La grande question restée sans réponse et à laquelle moi-même, lui disait-il, n'ai jamais pu répondre malgré mes trente années*

¹⁶² S. Lebovici, « *Quelques notes sur la genèse et l'évolution du Surmoi* » in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995, p.120

d'étude de l'âme féminine est la suivante : Was will das Weib ? Que veut la femme ?¹⁶³»

Il montre par-là l'impasse qu'est pour lui la femme, qu'il qualifiera aussi de continent noir. La femme freudienne a été peut-être un peu délaissée par rapport à l'homme, ne serait-ce que par rapport à la théorie de la sexualité. Freud fait allusion à une psycho-sexualité toujours d'essence mâle qu'elle soit, active ou à but passif. Donc, dans cette conception, la femme manque d'emblée de quelque chose et Freud peut difficilement voir la « puissance » de son Surmoi compte tenu du fait que dans toute son œuvre, la femme est vue comme manquante, passive, beaucoup plus faible.

Nous allons commencer par Freud, et essayer de voir pourquoi il a tenu ces positions vis-à-vis d'un Surmoi plus faible chez la femme. Il nous semble important, puisque nous en avons déjà parlé à plusieurs reprises, d'analyser le contexte dans lequel Freud a élaboré le concept de Surmoi, parce que, sans vouloir être Junguien, il est clair que le Surmoi, bien qu'étant une instance interne, a des liens très forts avec la société et le collectif et en subi les contraintes. L'angoisse sociale dont parle Freud, lui-même l'a subi à l'époque où il conceptualise son idée de Surmoi. Il ne faut pas que le lecteur oublie que Freud, tout en étant un révolutionnaire de la psyché, restait malgré tout un conservateur pur et dur en ce qui concerne les mœurs et la place de la femme dans la société. Nous avons l'impression en le lisant, que pour justifier certains propos qui pouvaient paraître misogynes, il avait tendance à magnifier les caractéristiques des femmes, notamment vis-à-vis de leurs compétences maternelles tout en diminuant leurs atouts féminins. Nous allons nous rendre compte dans les pages qui vont suivre qu'il y a des différences notables entre la mère et la femme.

« *L'anatomie c'est le destin*¹⁶⁴ » disait Freud. Si on naît femme, anatomiquement, nous manquons de quelque chose (de pénis, le clitoris est un pénis atrophié selon Freud, et pas uniquement selon Freud d'ailleurs, biologiquement, le clitoris est une ébauche de pénis. En génétique, la femme est le sexe par défaut, c'est-à-dire que l'absence de chromosome Y ne permet pas le développement des organes génitaux masculins.)

Freud situe d'emblée la destinée de la femme comme étayée sur un manque. Elle sera forcément différente de celle de l'homme et sera moins importante, manquante, moins remarquée, cantonnée bien souvent au rôle unique de mère au foyer. Son

¹⁶³ E. Jones, (1932), « *La vie et l'œuvre de Freud, Tome II, Les années de maturité* », édition PUF, Paris, 2006, p. 445

¹⁶⁴ S. Freud, (1923), « *La disparition du complexe d'Œdipe* », dans *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969, p. 121.

positionnement vis-à-vis de la femme transparaît dans ses écrits. Dans une lettre qu'il écrit à sa fiancée, au sujet d'un ouvrage philosophique britannique qu'il a traduit, Freud dit : « *l'un des arguments principaux était que la femme mariée pouvait gagner autant que son mari. Nous voyons que les travaux ménagers, les soins et l'éducation donnés aux enfants accaparent entièrement un être humain et excluent toute possibilité de gain, même lorsque les travaux du ménage sont simplifiés, et que la femme se trouve débarrassée du balayage, du nettoyage, de la cuisine etc. (...) C'est véritablement une idée mort-née que de vouloir lancer les femmes dans la lutte pour la vie, à la manière des hommes(...). Peut-être parviendra-t-elle, comme les hommes, à gagner sa vie. Il est également possible qu'en pareil cas, on ait tort de déplorer la disparition de la plus délicieuse chose que le monde ait à nous offrir : notre idéal de féminité*¹⁶⁵. » Cette notion d'idéal éventuellement perdu est celle que nous évoquons aussi au sujet de la mère et de l'effondrement de l'idéal en lien avec la blessure narcissique engendrée par le handicap de l'enfant.

C'est pour cette raison, entre autres, que Freud dit que ce sont les hommes uniquement, qui sont responsables et acteurs de tous les changements d'idéologie politique et religieuse, ainsi que des plus grandes avancées scientifiques. Pour lui, les femmes, compte tenu du rapport qu'elles entretiennent à la castration, à la peur d'être privées de pénis, sont beaucoup plus sensibles à toute désapprobation que pourrait manifester l'objet d'amour. Si la femme est plus sensible que l'homme à la désapprobation, alors nous pouvons envisager qu'elle puisse s'en défendre avec d'autant plus de force si elle en subit ou même si elle en a seulement l'impression. Elle peut donc, à la différence du père, vivre l'annonce du handicap comme une sorte de désapprobation supplémentaire insupportable qui encore une fois entre en résonance avec son rapport à la castration. De plus si nous désapprouvons, ou nous sommes désapprouvés, c'est que nous sommes déjà du côté du jugement, et donc du Surmoi. D'ailleurs censure, reproches, blâmes sont des synonymes du mot désapprobation et peuvent tous être mis en lien avec le Surmoi.

Selon Freud, les femmes restent dans l'ombre de l'homme, dans l'ombre du père. Aujourd'hui, bien que le rapport à la castration soit resté le même, le contexte et la place de la femme ont radicalement changé. Dans notre clinique, ce sont les mères qui sont davantage engagées dans *la lutte pour la vie*, (en l'occurrence la vie de leur enfant) et

¹⁶⁵ E. Jones, « *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud* », « *Lettre à Martha du 5 Novembre 1883* », Paris, éd. PUF 2006

ces sont les pères qui sont dans l'ombre. Ce changement est sans doute aussi en lien avec l'émancipation de la femme, et tous les révolutions culturelles, sociales qui ont eu lieu depuis Freud et qui concernent la femme.

Freud, dans son « *Abrégé de psychanalyse* », nous dit que : « *pour l'individu, le Surmoi représente à tout jamais l'influence de son enfance, les soins et l'éducation qu'il a reçus, sa dépendance à l'égard de ses parents ; ajoutons que cette enfance, pour bien des gens, se prolonge notamment par la vie en famille*¹⁶⁶. » Le lecteur conviendra donc avec nous que l'enfance, les soins, l'éducation et la dépendance à la famille sont radicalement différents entre la Vienne du début 900 et nos vies actuelles. À chaque fois que nous nous intéressons au Surmoi, il ne faut pas oublier que ce dernier apparaît chez Freud : comme « *le lieu d'articulation entre le processus ontogénétique individuel et le processus phylogénétique collectif de la civilisation*¹⁶⁷. » Donc il y a toujours un lien au collectif, bien que chaque Surmoi soit unique et individuel. Intéressons-nous alors rapidement à cette dimension collective du Surmoi en lien avec le féminin.

Puisque nous nous intéressons au Surmoi et, plus particulièrement, au Surmoi féminin, il nous semble important de faire un rapide retour sur la situation de la femme à cette époque. Dans la société viennoise du début du siècle, la femme a une place moins importante, elle est moins émancipée que la femme d'aujourd'hui. La société viennoise, dans laquelle Freud évolue et donc dans laquelle il pense, il réfléchit, il élabore, est bourgeoise, principalement juive si nous excluons la famille impériale, et principalement masculine. En effet, les femmes, quand bien même issues de la noblesse, sont reléguées à une place mineure. Beaucoup de femmes sont prostituées, d'autres sont servantes dans les familles bourgeoises, dans lesquelles elles peuvent également occuper la place de maîtresse de maison, au sens propre comme au sens figuré. Peu importe leur extraction sociale, leurs droits sont extrêmement limités, même les femmes riches et nobles ne peuvent, par exemple, s'inscrire aux facultés auxquelles elles souhaiteraient s'inscrire.

Freud, lorsqu'il prend position concernant le Surmoi féminin, ne le fait, et il ne pourrait pas en être autrement, qu'en prenant en compte le contexte. La société dans laquelle il vit est très patriarcale. La fonction paternelle est omniprésente, en dépit de la position maternelle. Peut-être qu'aujourd'hui la situation s'est inversée, d'une part parce

¹⁶⁶ J-L. Donnet, « *Le concept freudien et la règle fondamentale* », in « *Surmoi I* », Paris éd. PUF, 1995, p. 48

¹⁶⁷ J-L. Donnet, id., p. 85

que la femme a obtenu, à juste titre, des droits qui l'émancipent, qui la rendent plus indépendante, et d'autre part parce que la position masculine comme celle du début de siècle, où le père ne s'occupe pas des enfants d'un point de vue des soins par exemple, a tendance à disparaître. Ceci n'est pas le propos de cette thèse mais il serait intéressant de se poser la question du changement des positions parentales au cours de l'histoire, car nous avons l'impression qu'au cours du temps, les différences entre un homme et une femme, entre un père et une mère, ont eu tendance à être de moins en moins importantes, les positionnements psychiques et les signifiants qui les définissent ne nous semblent plus différer aussi nettement qu'au début du siècle.

En tous cas, dans notre clinique comme souvent souligné, la femme a le rôle principal dans l'éducation des enfants mais semble avoir également, et à contrario de ce qui se passait dans la société de Freud, pouvoir occuper le rôle féminin et le rôle masculin. C'est ainsi qu'elle apparaît dans notre clinique et peut-être que cela engendre, comme le stipule notre hypothèse, des effets sur le Surmoi. La femme freudienne est castrée par la réalité de la castration imaginaire mais, également, par la société qui la prive de droits fondamentaux, aujourd'hui respectés. Freud décrit la réalité biologique de la femme en termes de manque, d'insuffisance, donc à fortiori, puisque manquante, logiquement plus faible que l'homme. Quand nous manquons de quelque chose, nous sommes forcément déficitaires et notre société le pointe régulièrement, notamment dans le cas des sujets porteurs d'un handicap. Le lien entre enfant en situation de handicap et mère manquante car châtrée est important notamment dans notre société actuelle qui semble sans arrêt vouloir nier la castration.

C'est la vision phallocratique du monde qui est prédominante chez Freud. Jacqueline Cosnier, dans son texte : « *le Surmoi de la femme* », pour expliquer le positionnement de Freud concernant le Surmoi féminin, dit que c'est la primauté chez l'homme du phallus par rapport au reste qui pousse Freud à sous-estimer la puissance du Surmoi chez la femme. La question est de savoir si Freud aurait conceptualisé le Surmoi de la même manière dans une autre société moins patriarcale. L'exemple même des hystériques du début de siècle, celles de Charcot par exemple, montre bien qu'une société, un collectif, une angoisse sociale particulièrement répressive peuvent créer des symptômes chez l'individu. De la même manière les symptômes de l'enfant en situation de handicap ont des effets sur le psychisme de la mère et vice-versa.

Freud nous décrit la femme, comme un être qui « *ne possède pas à haut degré le*

sens de la justice [...], les femmes ont moins d'intérêts sociaux que les hommes, et [...] chez elles les facultés de sublimer les instincts restent plus faible. En ce qui concerne l'intérêt social, l'infériorité de la femme est due, sans doute, à ce caractère asocial qui est le propre de toutes les relations sexuelles¹⁶⁸. »

Pour faire le lien, dans notre clinique, nous rencontrons des femmes, des mères, qui ont un sens de la justice et, j'oserais dire, de l'injustice très prononcé. Cela se traduit sur le terrain par des comportements très procéduriers à l'égard de leurs enfants et de l'institution. Nous pensons, notamment, à cette mère qui, pour maintenir son fils trisomique en milieu ordinaire (malgré le vécu d'exclusion et d'échec que son fils éprouve quotidiennement), développe un comportement très procédurier. Elle se saisit des incohérences du législateur, se fait soutenir par des associations et met, systématiquement, en échec tout acte éducatif mis en place par le Sessad pour son fils. Elle apprend à tirer les ficelles qui conduisent à une impasse dans la prise en charge de son fils et arrive à dresser les différents partenaires professionnels qui travaillent avec son fils les uns contre les autres. Dans cette situation, et comme dans beaucoup d'autres, pas de père symboliquement présent. Peut-être qu'une situation similaire en début de siècle n'aurait pas eu comme protagoniste principal la mère, mais plutôt le père. Il ne faut en aucun cas généraliser, mais le cas du petit Hans nous montre bien que c'est le père qui est au centre du dispositif, configuration familiale aujourd'hui quasiment inexistante dans notre clinique.

Freud continue en disant que : *« la femme nous effraie par ce que nous trouvons chez elle de fixe, d'immuable ; sa libido ayant adopté des positions définitives semble désormais incapable de changer. ¹⁶⁹ »* Cet aspect figé, immuable chez les femmes, de grande résistance au changement, nous le retrouvons également dans notre clinique. Les mères que nous rencontrons semblent avoir beaucoup de mal à cheminer, à sortir de l'impasse narcissique dans laquelle elles sont prisonnières. La charge libidinale et les charges agressives, pour reprendre Freud, semblent s'être bloquées sur l'objet « enfant en situation de handicap . » Le lien érotique à l'objet narcissique est maintenu sous une forme d'identification-fusion-rejet entre la mère et l'enfant. Nous rencontrons régulièrement ce type de relation. Il nous est arrivé de rencontrer des familles où l'enfant a pris la place du père dans le lit conjugal.

¹⁶⁸ S. Freud, (1933) *« Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse »*, Paris, éd. Gallimard, 1989, p. 176-177

¹⁶⁹ S. Freud, (1933) *« Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse »*, Paris, éd. Gallimard, 1989, p.177

C'est dans ces conditions de non-séparation que le Surmoi destructeur se déchaîne, car la mère étant dans l'impossibilité de renoncer à l'objet-enfant, à faire le deuil de l'idéal qu'elle a perdu et qu'elle n'aura plus jamais (difficulté renforcée par le handicap), maintient l'emprise sur ce dernier, ce qui engendre des relations très souvent pathogènes.

Jean-Luc Donnet nous rappelle que « *la fonction auto-observatrice du Surmoi n'est pas sans reproduire la fonction-miroir des objets-sujets parentaux, leur manière de donner existence et sens aux éprouvés corporels, notamment l'agressivité. Si la dérive cruelle du Surmoi répond bien à une réalité clinique et exige une théorisation «dure», il ne faudra pas pour autant oublier que l'autoprotection prolonge la libidinisation de l'autoconservation et l'organisation auto-érotique*¹⁷⁰. » Ce lien à l'agressivité, que nous observons tant de fois, est à approfondir davantage et cela nous permet d'introduire la question du masochisme et du sadisme dans la relation mère/enfant en situation de handicap.

2.3) Le Surmoi, le féminin et le masochisme

Freud nous explique que : « *les règles sociales et sa constitution propre contraignent la femme à refouler ses instincts agressifs, d'où formation de tendances fortement masochiques qui réussissent à érotiser les tendances destructrices dirigées vers le dedans*¹⁷¹. » Nous voyons dans cette citation que les aspects concernant l'agressivité, la libido, les règles sociales sont une fois encore abordés et sont ceux dont nous retrouvons l'expression dans notre clinique. Ces instincts agressifs dont parle Freud ne sont plus contenus, ni refoulés. Nous avons dit plus haut qu'il nous semble retrouver dans notre clinique cette ambiguïté entre amour et haine, entre agressivité et sexualité, entre vie et mort, entre masochisme et sadisme. L'œuvre freudienne nous montre bien que l'être humain est souvent régi par un fonctionnement binomial, et qu'il peut basculer d'un côté comme de l'autre. Ceci étant vrai pour le normal et le pathologique, comme pour les pulsions : celle de vie et celle de mort. Freud explique ses concepts en positionnant bien souvent une instance, un comportement, d'une façon très claire grâce, notamment, à l'explication de son contraire, de son antagoniste. C'est

¹⁷⁰ J-L. Donnet, « *Le concept freudien et la règle fondamentale* », in « *Surmoi I* », Paris éd. PUF, 1995, p.53

¹⁷¹ S. Freud, (1933) « *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse* », Paris, éd. Gallimard, 1989, p.152

le cas par exemple du couple masochisme/sadisme. L'un fonctionne grâce à l'existence de l'autre et nous allons de plus en plus nous y intéresser.

D'ailleurs, nous pouvons nous poser la question avec Freud, quelles sont les conséquences du complexe de castration pour le caractère de la femme ? La femme se sent extrêmement lésée lorsqu'elle se rend compte être dépourvue de pénis. Étant dans l'impossibilité d'investir un organe phallique, son narcissisme se reportera sur son corps tout entier. Freud dira « *nous attribuons à la féminité un degré plus élevé de narcissisme, qui influence encore son choix d'objet...[le choix d'objet de la femme] se produit souvent conformément à l'idéal narcissique de l'homme que la petite fille aurait souhaité devenir*¹⁷². » En partant de cette citation, on peut légitimement se poser la question : que se passe-t-il pour ces mères qui ne peuvent s'identifier projectivement à leur enfant car ce dernier ne ressemble pas à l'homme qu'elles fantasmaient d'être étant petites ? L'objet d'investissement narcissique est atteint, manquant, touché par le réel du handicap.

Freud parle d'une « *vanité corporelle* » de la femme pour pointer l'importance du corps chez elles. « *Les charmes de la femme seraient un dédommagement tardif et d'autant plus précieux à sa native infériorité sexuelle*¹⁷³. » Nous pouvons donc nous interroger sur le fait que s'il y a davantage d'investissement narcissique chez la femme, alors en cas de blessure narcissique grave, comme celle représentée par un enfant en situation de handicap, la réaction défensive ne saura qu'être plus forte. D'autant plus que, comme déjà souligné auparavant, la grande proximité psychique et physique entre la mère et son enfant fait que ce qui touche l'enfant touche obligatoirement aussi la mère. Notre clinique montre d'ailleurs clairement que plus l'investissement narcissique, la surphallicisation de l'enfant, est forte et plus le Surmoi se montre cruel. Ceci se retrouve également dans les relations humaines, éducatives : plus l'investissement est fort et plus fort pourra se montrer le Surmoi. Nous pouvons également comprendre à partir de cette description du féminin et de son lien au narcissisme pourquoi c'est la mère qui est davantage investie dans la prise en charge de l'enfant.

L'enfant idéalisé en lien avec le narcissisme de la mère, n'est pas celui de la réalité et ceci pousse ces mères, dans une tentative incessante de rétablir l'équilibre narcissique, vers un fonctionnement psychoaffectif pathogène envers leur enfant. Nous

¹⁷² S. Freud, (1933) « *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse* », Paris, éd. Gallimard, 1989, p.177

¹⁷³ S. Freud, (1933) , id, p.174

pouvons faire un lien avec l'idéal du moi que Janine Chasseguet-Smirgel définit comme « *cette part du Surmoi qui contient les images et les attributs que le Moi s'efforce d'acquérir afin de rétablir l'équilibre narcissique*¹⁷⁴. » Puisque nous considérons que, dans notre clinique, le Moi de la mère et le Moi de l'enfant semblent confondus, et ont du mal à se séparer, nous comprenons bien la portée de cette citation. L'effort du moi maternel pour retrouver sa complétude narcissique serait, hélas, vain.

J. Chasseguet-Smirgel rajoute, en parlant du complexe d'Œdipe du côté de l'enfant que « *l'amour, c'est beaucoup plus que l'amour, le désir de pénétrer sa mère contient celui de retrouver l'illimité, l'absolu, la perfection d'un Moi dont la plaie, laissée béante par l'arrachement de son narcissisme, serait enfin cicatrisée*¹⁷⁵. » Cette relation très fusionnelle dont nous parlons depuis le départ, et celle qui vient avant l'œdipe. Les mères compte-tenu de la régression psychique qu'elles subissent suite à l'annonce du handicap se retrouvent piégées dans cette relation où d'une part, elles sont dans le déni de la castration, de la séparation, elles ne font qu'un avec le psychisme de leur enfant et d'autre part, elles multiplient les comportements ambigus qui maintiennent l'enfant dans la dépendance.

Cette volonté de perfection, d'union ultime entre la mère et son enfant agit comme si cette dernière voulait inconsciemment ré-intégrer son rejeton. Les mères que nous rencontrons tiennent parfois un discours tellement absurde qu'elles donnent l'impression de vouloir, au niveau fantasmatique, ré-introduire leur enfant dans l'utérus, pour revenir à l'équilibre narcissique qu'elles avaient avant la naissance de l'enfant en situation de handicap. C'est encore une fois l'idée psychique inconsciente de revenir à un état antérieur où le traumatisme n'avait pas encore eu lieu. Cliniquement, cela se manifeste lorsque les mères traitent leur enfant ou leur adolescent comme des nourrissons, en les privant de leur capacité de parler, de désirer, de réfléchir par et pour eux-mêmes. Et comme elles le feraient avec un nourrisson, ces mères touchent et embrassent leur enfant sans arrêt. Nous nous rappelons de cette mère qui dit à son fils de 18 ans : « *t'inquiète pas dans trois dodo tu reviendras à la maison* »

Cette habitude d'infantiliser l'autre que nous retrouvons régulièrement dans les familles de nos jeunes patients est celle que nous pouvons parfois retrouver aussi chez des professionnels qui se situent dans la réparation narcissique en oubliant la juste

¹⁷⁴ J. Chasseguet Smirgel, « *Les développements post-freudiens* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995, p.43

¹⁷⁵ J. Chasseguet Smirgel, id, p.50

distance : neutre et bienveillante.

Cette habitude de vouloir toucher l'autre défaillant, nous a fait penser à Antée, fils de Gaïa (la terre). Dans la mythologie grecque, ce personnage a la particularité d'être pratiquement invincible tant qu'il reste en contact avec le sol car sa mère ranime ses forces à chaque fois qu'elle le touche. Il s'agit donc de toucher l'autre pour le sauver, le réparer, le rétablir dans son unité corporelle et sa force. Cette dimension du toucher mère-enfant est, d'ailleurs, exclusive et personne d'autre n'a le droit de s'immiscer dans cette dyade. Nous pensons à cette mère pétrifiée par l'éventualité que sa fille de 19 ans trisomique puisse avoir une vie sexuelle et nécessite donc l'utilisation d'une contraception. Elle nous dira : « *Mais vous êtes fous ! Ce n'est qu'une gamine !* » Il nous semble entrevoir dans ses mots cette volonté de figer le temps, voire de revenir en arrière dans une sorte d'annulation rétrospective de l'accouchement de l'enfant en situation de handicap. Cette impossibilité de voir chez leurs enfants l'expression d'une quelconque sexualité génitale, renvoie une fois encore à l'impossible représentation de la filiation, de l'ordre symbolique, de l'intergénérationnel et du temps qui passe. Ces mères sont dans l'impossibilité de se représenter psychiquement une sexualité chez leur enfant et cette incapacité est selon nous responsable, entre autres, des grandes difficultés d'acquisition d'autonomie que ces jeunes rencontrent. Personne d'autre que moi ne touchera ma fille, semble dire cette mère à travers son positionnement.

Janine Chasseguet Smirgel termine son exposé sur le Surmoi et l'idéal du moi en disant que : « *accepter le Surmoi, c'est s'insérer dans la tradition, c'est devenir un maillon de la chaîne, c'est se résigner aussi à n'être qu'un homme. Etre un surhomme (ou un sous-homme)¹⁷⁶, c'est refuser en bloc tout cela, c'est-à-dire la condition humaine¹⁷⁷.* » Accepter de devenir un maillon de la chaîne signifie également accepter l'ordre des générations, accepter que l'enfant puisse devenir parent. Dans notre clinique c'est presque utopique. Une fois encore peu importe ce que la réalité propose (effectivement la plupart des jeunes en situation de handicap ne seront jamais parent) ce qui compte vraiment c'est la projection psychique de parents à croire leur enfant capable d'engendrer. Bien entendu les mères de notre clinique, puisqu'elles ne quittent pas leur position de mère, ne peuvent pas occuper fantasmatiquement celle de grand-mère.

Un Surmoi qui n'est pas accepté, pas pacificateur, semble s'exprimer ainsi : le

¹⁷⁶ Rajouté par nous

¹⁷⁷ J. Chasseguet Smirgel, « *Les développements post-freudiens* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995, p.52

refus de la condition humaine. Comme nous le voyons dans notre clinique, infantiliser l'enfant en situation de handicap signifie, entre autres, nier sa sexualité, nier donc la filiation, la transmission. L'enfant est mis dans l'impossibilité de s'insérer dans la tradition. Cette impossibilité de concevoir l'enfant comme apte à enfanter est surtout présente chez les parents d'enfants trisomiques ou d'enfants physiquement très marqués par le handicap. Un lien avec le visage de l'enfant et la question du regard est possible, mais ce n'est pas pour l'instant le propos de ce travail.

Freud, qui s'est intéressé très tôt au Surmoi de la femme, nous dit que la femme investirait à tel point les organes génitaux que ceci affaiblirait le jugement de sa conscience morale, puisque selon lui l'angoisse de castration n'existe que chez l'homme. Elle développerait, pour ainsi dire, un complexe d'infériorité à l'égard de l'homme. Elle développerait, pour ainsi dire, un complexe d'infériorité à l'égard de l'homme, ce même sentiment que nous retrouvons aussi chez les enfants et chez les adultes qui ne se sentent pas aimés et qui a de fortes racines érotiques. Freud nous explique que le seul organe qui soit réellement considéré comme inférieur est le pénis atrophié, à savoir, le clitoris de la fille. Il rajoute que la part principale du sentiment d'infériorité provient de la relation du Moi à son Surmoi. Elle est, tout comme le sentiment de culpabilité, une expression de la tension entre les deux. Le sentiment d'infériorité et le sentiment de culpabilité sont, d'ailleurs, difficiles à séparer. Nous pouvons encore faire un lien à notre clinique dans laquelle nous retrouvons une grande culpabilité chez les mères et un sentiment d'infériorité chez les enfants. Qui plus est, Freud rajoute dans son « *Pour introduire le narcissisme* » que l'enfant peut représenter pour ses parents cet idéal narcissique jadis perdu et par la suite retrouvé grâce à l'enfantement. Or, les parents seront amenés à faire le deuil de cette projection narcissique. Ce deuil, cette renonciation à l'idéal, sont partie intégrante de la transmission du Surmoi. Jean-Luc Donnet, en travaillant sur Freud, nous laisse entendre que le Surmoi serait une « *réussite identificatoire*¹⁷⁸. » S'il y a identification projective entre mère et fils, il y aura alors transmission du Surmoi parental pacifiant à l'enfant. Mais que se passe-t-il lorsque cette identification ne peut aboutir à cause de l'impossible représentation du handicap de l'enfant ? Si la réussite identificatoire entre une mère et son enfant est impossible, quelle dynamique psychique se met en place ? Pour répondre à cette question nous devons obligatoirement nous intéresser plus spécifiquement au féminin et au maternel en en dégageant analogies et différences.

¹⁷⁸ J-L. Donnet, « *Le concept freudien et la règle fondamentale* », in « *Surmoi I* », Paris éd. PUF, 1995, p.27

2.4) Que veut la mère ? Que veut la femme ?

Nous allons essayer dans les pages qui vont suivre de nous intéresser à la question du féminin plus spécifiquement afin de voir si des liens au Surmoi sont possibles. Si nous explorons plus précisément ce qu'est le féminin, nous pourrions peut-être faire des liens avec le Surmoi plus facilement et comprendre pourquoi chez la femme, cette instance serait plus forte que chez l'homme ou plus assujettie à des éventuelles régressions ou changements. Partons comme nous le faisons toujours d'une définition : celle de la féminité. Le dictionnaire de psychologie donne : « *la féminité **corrélative** de la masculinité, marque en français l'identité de genre soulignée par la grammaire. Mais le clinicien **s'efforce** de distinguer le plan biologique et le plan psychologique, d'étudier la construction de l'identité sexuée dans l'espèce humaine, de définir la part des orientations profondes de la personnalité et celle des préjugés sociaux*¹⁷⁹. » Rien que par la définition, nous nous apercevons de la confusion et de la difficulté de la tâche. Confusion parce que sommes-nous si sûrs que les hommes et les femmes soient aussi corrélatifs ? Certes, le mot corrélation signifie rapport entre deux choses, deux personnes, deux notions, mais c'est justement là-dessus qu'il y a confusion. Notamment le rapport féminin/masculin, actif /passif comme dans la vision freudienne n'est pas si clair que ça. C'est justement parce que le féminin est un « *continent noir* » que la tâche est compliquée. Si c'est noir, si nous n'y voyons rien, difficile de parler de corrélation, de point de contact ou de divergence. Nous sommes donc dans l'obscurité, mais puisque le féminin est obscur, difficile de dire si son Surmoi est plus faible que celui de l'homme. Essayons de faire un peu de lumière.

Ensuite, il y a le mot « s'efforcer », qui signifie faire des efforts et les synonymes possibles sont : chercher, essayer, se forcer, s'évertuer, tâcher, tenter, travailler. Nous voyons bien que nous sommes dans une dynamique qui se rapproche de celle de la thèse, car ces synonymes pourraient très bien s'appliquer aussi au psychologue qui travaille sur une thèse. Il cherche, il s'efforce et ainsi de suite. La corrélation entre l'homme et la femme mais aussi entre nous et la thèse et son sujet féminin. S'évertuer étymologiquement vient du latin « *virtus* » qui jadis signifiait force, mais aujourd'hui cela signifie vertu. Autrefois, le mot signifiait donc énergie morale, la force, il était possible qu'il désigne la qualité virile par excellence. Force, morale, virilité ne sont-ils

¹⁷⁹ R.Doron, F.Parot, « *Dictionnaire de psychologie* », Paris, éd. PUF, 1991, p. 299

pas des signifiants que nous appliquons à l'homme et que nous pourrions utiliser pour définir le Surmoi ? Peut-on utiliser ces mêmes termes pour définir la féminité ?

Par la suite, la religion chrétienne a donné au mot « *virtus* » un sens moral, il est devenu le symbole de la recherche du bien dans toute chose. Il est intéressant de remarquer ce glissement sémantique, de la force, de la virilité, nous sommes passés à l'amour, au bien. Passage donc, de l'homme à la femme pour ainsi dire si nous nous situons du côté de Freud qui voit la femme comme le véhicule privilégié de l'amour, de la beauté, de la douceur. Cette transition, ce glissement sémantique montre bien ce que nous avons soulevé dans de précédents passages de cette thèse, à savoir que les positionnements psychiques qui dépendent étroitement du langage, de la parole, de comment les personnes sont « *parlées* » femme/homme, père/mère par exemples sont aussi en lien avec les changements sociétaux et culturels. Aujourd'hui nous associons le mot vertu à la femme c'est indéniable, alors que c'était l'homme et la masculinité que la vertu symbolisait davantage autrefois. Donc dans le langage, l'homme aurait perdu cette vertu au profit de la femme mais le glissement sémantique nous montre que la culture ne peut pas voir dans la femme la virilité et la force qui appartiennent habituellement à l'homme. Or cliniquement, ce sont donc les femmes/mères qui portent la vertu, l'amour alors que les pères portent davantage la virilité, la force. Ce positionnement est manifestement conscient, mais inconsciemment d'autres choses se jouent, et les femmes/mères semblent aussi pouvoir porter la force, la virilité, le Surmoi, « *la culotte* » D'ailleurs en langue italienne nous disons « *c'est la femme qui porte le pantalon* » donc le signifiant choisi est davantage masculin par rapport à la langue française mais le sens est le même. C'est donc la femme qui devient homme, qui en assume les caractéristiques surmoïques et castratrices qui appartiennent habituellement à l'homme. La figure de la méduse avec son double visage tantôt masculin tantôt féminin au cours des époques est celle qui renvoie le mieux ce psychisme particulier que nous décrivons chez ces mères. Nous y reviendrons.

Est-ce vraiment cela ? Est-ce vraiment à l'instar de l'étymologie un glissement d'une position à une autre, du féminin au masculin, de l'homme à la femme ou alors n'y a-t-il pas de glissement mais plutôt l'éclosion de la véritable nature féminine douée d'un Surmoi très fort, plus fort que celui de l'homme et qui dans des circonstances bien précises comme celui d'un trauma sortirait à la lumière du jour ? Peut-être, comme déjà évoqué auparavant, le Surmoi féminin, celui d'essence maternelle, pré-œdipien, serait-il juste mis en veille, réprimé en quelque sorte par l'œdipe mais si sollicité par exemple

par un traumatisme peu symbolisable, il pourrait alors se réveiller et se déclarer avec sa force ravageuse.

L'ordinateur, dans le paragraphe précédent, a corrigé de façon automatique le mot surmoïque en le changeant en surharmonique. Cette bêtise informatique nous a fait sourire quand nous avons retrouvé dans nos lectures le mot harmonie. C'est d'ailleurs un mot que nous associons davantage à la femme. « *Harmonie* », ce mot apparaît en préface dans le premier livre que nous prenons en considération pour avancer du côté du féminin qui a été écrit par Paul-Laurent Assoun qui s'intitule (titre évocateur pour notre thèse) « *Freud et la femme* . » Nous le citons : « *Il est arrivé au fondateur de la psychanalyse de formuler en référence au « précepte d'Horace » et justement dans l'un des textes majeurs sur la féminité, une étrange loi harmonique des œuvres psychanalytiques. Il rappelle en effet discrètement qu'il serait opportun de « réprimer » la divulgation d'un texte quelques neuf ans, conformément au précepte d'Horace (nach dem Horazischen Rezpt), avant de le livrer à la publication¹⁸⁰.* » Il y a deux choses qui nous intéressent dans cette citation, la première c'est qu'elle nous renvoie dans la note de bas de page à l'explication que Freud fait dans son texte : « *quelques différences psychiques de la différence sexuelle anatomique* » dans lequel, il dit avoir réprimé la publication de l' *Interprétation des rêves* et surtout du « *cas Dora* . » Ce qui va étayer notre propos c'est que Freud choisit ce texte qui parle justement des différences entre l'homme et la femme pour parler de répression en s'appuyant sur Horace. Donc Freud réprime notamment le « *cas Dora* » en choisissant de le publier cinq ans après son écriture. Nous pouvons légitimement nous poser la question de pourquoi Freud choisit la répression notamment lorsqu'il s'agit de parler des femmes. Qu'est-ce que la femme méta-communique à Freud qui le pousse à s'auto-réprimer ? Freud idolâtre sa mère, idolâtre les femmes notamment dans leur rôle de mère, c'est peut-être difficile pour lui d'en dire quelque chose de trop négatif car cela serait trop loin de son idéal.

Le mot répression rejoint aussi notre propos initial à savoir celui d'un Surmoi féminin pas moins fort mais tout simplement réprimé ou en sommeil. Ne serait-ce pas cette répression que Freud ressent chez la femme, et qu'il s'approprie contre-transférentiellement en réprimant pendant un temps les écrits qui leur sont consacrés. Qui plus est lorsque Horace parle de ce précepte, il explique qu'il faut réprimer son œuvre pendant au moins neuf ans afin d'atteindre la perfection, or dans la métapsychologie Freudienne, la femme est loin d'être parfaite puisque manquante.

¹⁸⁰ P-L Assoun, « *Freud et la femme* », Paris, éd. Petite Bibliothèque Payot, 2003, p.7

Pouvons-nous voir dans cette répression Freudienne de l'œuvre consacrée aux femmes une attente illusoire d'une perfection féminine ? Une perfection qui interviendrait dans l'après coup de plusieurs années ? Perfection féminine illusoire qui est celle qui semble résonner dans les paroles des mères que nous rencontrons.

P-L. Assoun reprend Freud pour essayer de clarifier la position de la femme. Il parle d'un devenir femme, d'un « *vouloir-femme* », nous pouvons y voir peut-être une trajectoire, un mouvement qui permet à la fille de devenir femme et mère à l'instar de ce travail de devenir une thèse. Il parle des diverses dimensions où se joue le devenir femme : « *du lien à la mère, à l'objet de la castration, en passant par le rapport au père et à la question du « choix » d'objet et de l'amour de l'homme*¹⁸¹. »

P-L. Assoun interroge le devenir femme dans le sens où devenir femme comporte plusieurs changements au cours de l'évolution du sujet féminin, par exemple son objet d'amour change. D'abord il s'agit de la mère et par la suite son attention se déplace vers le père, alors que le garçon, lui, reste figé à son objet d'amour initial. Ces nombreux changements sont selon nous responsables de l'instabilité œdipienne de la femme, cette fragilité est selon nous en cause dans la régression psychique que nous décrivons suite au trauma de l'enfant handicapé. Cette distanciation qui se crée entre la fille et la mère peut se faire de différentes façons, de manière appropriée ou de façon violente, mais dans tous les cas, ce processus est orienté par la mère, ce que Freud appelle le « *tropisme* » maternel.

« *Le vouloir est chez la femme un destin, somme toute autrement tyrannique que l'anatomie, puisqu'elle ne saurait s'y dérober sans sacrifier de son sentiment même d'exister*¹⁸². » C'est le double enjeu de la femme qui doit renoncer pour exister, renoncer à la mère, renoncer au père, renoncer à l'objet, et à chaque fois renoncer à quelque chose pour avoir autre chose. Nous comprenons donc bien pourquoi la mère de notre clinique a tant de mal à renoncer une fois encore, renoncer à l'idéal d'enfant qu'elle avait au niveau imaginaire et qui, ne collant pas du tout à la réalité, la fait basculer du côté du Surmoi pré-Oedipien. P.L. Assoun parle de maintenance et régénérescence, de sauver et de rompre, éternellement prise entre le tout et le rien, le vide et le plein. Donc la femme semblerait être condamnée à l'activité intense et non pas à la passivité Freudienne. Agir pour être, « *la femme l'est aussi bien parce que, pour elle, tout a commencé par le trauma de la séparation, celui d'avec la mère que Freud repère chez le nourrisson*

¹⁸¹ P-L Assoun, « *Freud et la femme* », Paris, éd. Petite Bibliothèque Payot, 2003, p.10-11

¹⁸² P-L Assoun, id, p.23

*comme l'expérience de la douleur, antérieure à celle de l'angoisse, et même du deuil*¹⁸³.»

La femme éprouve la peur de perdre pendant toute sa vie, peur qui fait écho donc à la perte d'objet d'amour archaïque maternel. Là où le garçon éprouve, lors de l'œdipe, la peur d'être castré, chez la fille c'est l'angoisse d'abandon qui subsiste tout au long de sa vie. C'est cet aspect qui introduit chez la femme une sorte de dualité, elle doit en passer par deux objets d'amour. Par conséquent, par la suite elle se retrouve constamment tiraillée entre un objet conquis qu'elle a peur de perdre et un autre qui est celui mythique, archaïque, représenté par la mère. Objet parfait idéal auquel la femme ne veut pas renoncer. N'y a-t-il pas dans notre écoute analytique quotidienne auprès de femmes/mères d'enfants en situation de handicap ce refus de la perte, cette impossible séparation de l'objet idéalisé qui ne permet pas à l'enfant d'exister par lui-même ? L'angoisse d'abandon que la femme éprouve pendant toute sa vie, ne rentre-t-elle pas en résonance avec son histoire, avec le lien subjectif qui se construit entre une femme et sa mère ? Un enfant en situation de handicap est sans doute une expérience qui renvoie à la perte, à la séparation, à l'abandon. Ne serait-ce que se séparer de l'idéal d'enfant que la mère avait au niveau imaginaire doit être une épreuve parfois insurmontable et qui pousse ces mères à se réfugier du côté de l'objet mythique archaïque représenté par la mère primordiale, comme une sorte de retour aux sources afin de reprendre de la force comme dans l'exemple des paragraphes précédents de la terre/mère Gaia ; comme si elles voulaient revivre un moment pré-œdipien où l'image de l'enfant idéal ne s'était pas encore créée au niveau fantasmatique chez la mère et où le mère n'était pas encore séparée de sa propre mère.

D'ailleurs, cliniquement, nous observons se rejouer cette impossible séparation entre la mère et l'enfant. Des mots plus que d'autres reviennent dans ce type de clinique : « *que va-t-il devenir quand je ne serai plus là* » nous dit une mère comme à vouloir (le vouloir-femme) exorciser la séparation, nier la coupure et la mort, comme peut le faire le sujet pré-œdipien.

Puisque dans notre clinique nous sommes régulièrement confronté à des femmes et puisque nous avons le souci de ne jamais trop nous éloigner de la clinique tout en gardant un lien avec la théorie, il nous semble important d'explicitier l'approche freudienne de la femme telle que P.L. Assoun la reprend.

Dans son article « *le thème des trois coffrets* », Freud exprime sa conception de la

¹⁸³ P-L Assoun, « *Freud et la femme* », Paris, éd. Petite Bibliothèque Payot, 2003, p. 24

féminité notamment en faisant le lien entre la femme et la mort. La femme-mère et la mort semblent être étroitement liées. En s'appuyant sur Shakespeare, sur des contes de fées et des mythes, il en arrive à la conclusion que l'homme au cours de sa vie se confronte à trois typologies de femmes qui renvoient cependant toujours à la figure maternelle. Nous citons : « *on pourrait dire que les trois relations inévitables de l'homme à la femme sont ici représentées : la génératrice, la compagne et la destructrice*¹⁸⁴. » Dans les trois figures, l'homme selon Freud recherche cependant toujours la mère. Il rajoute donc : « *Ou bien les trois formes sous lesquelles se présente, au cours de la vie, l'image même de la mère : la mère elle-même, l'amante que l'homme choisit à l'image de celle-ci et, finalement, la Terre-Mère, qui le reprend à nouveau*¹⁸⁵. » Dans notre clinique il y a comme un mélange de ces trois figures qui s'expriment d'une façon extrême par un maternage et une surprotection excessive (la mère elle-même), une relation ambivalente souvent incestuelle (la mère amante) et une violence des propos et des actes qui renvoient à la mère-destructrice à la terre/mère qui veut le prendre à nouveau. Ces trois figures se trouvent assez bien représentées dans notre clinique à travers le discours et les actes dans la relation mère/enfant. Il nous semble comprendre que, dans notre clinique, les femmes/mères basculent bien souvent de la position de la mère du soin, protectrice aimante et apaisante à celle de la mère mortifère. D'ailleurs, c'est peut-être cette typologie de mère avec laquelle nous pouvons faire un lien plus facile mais pas exclusif avec le Surmoi pré-œdipien. Nous pouvons dire que dans les cas pathogènes que nous rencontrons, ce passage d'une mère à l'autre, qui se fait selon Freud au cours de la vie d'un homme, ne serait pas aussi linéaire. Il y aurait des ralentissements, des fixations sur l'une de ces typologies maternelles ou une accélération dans le passage d'une mère à l'autre pour en arriver à la dernière qui est mortifère. Des allers/retours entre une position et l'autre au gré des événements de la vie de l'enfant. De plus, alors que fantasmatiques, ces différentes typologie de mère sont représentées à notre avis par plusieurs femmes au cours de la vie d'un homme, dans notre clinique c'est la mère qui occupe pour l'enfant toutes ses positions. Fusion, inceste, destruction portés par une seule et même personne et soutenue selon nous par le Surmoi archaïque pré-œdipien.

**« Te rappelles-tu... que tu me disais souvent
que j'avais l'art de provoquer
à chaque instant ta résistance....**

¹⁸⁴ S. Freud, (1913), « *Le thèmes des trois coffrets* » version électronique, http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/essais_psychanalyse_appliquee/06_theme_trois_coffrets/theme_trois_coffrets.html, p.13

¹⁸⁵ Ibid.

Mères fusionnelles, incestuelles et destructrices ? Dans les *Nouvelles conférences*, Freud définit la relation mère/fils ainsi : « *seuls les rapports de mère à fils sont capables de donner à la mère une plénitude de satisfaction, car, de toutes les relations humaines, ce sont les plus parfaites et les plus dénouées d'ambivalence*¹⁸⁷. » Et pourtant l'ambivalence est la sensation que nous ressentons le plus lors de nos rencontres cliniques. P-L. Assoun rajoute que cette position parfaite, cette distance parfaite est une « *limite à la plénitude fusionnelle et à l'absorption mortifère, qui place la mère au creuset de la vie et la mort, de la fécondité et de la stérilité*¹⁸⁸. » Cette position, cette distance, semble, dans notre clinique, être différente notamment parce que l'enfant est en situation de handicap. Il n'y aurait donc plus la juste distance, celle qui est garante d'ouverture pour l'enfant sur le monde. C'est comme si cette réduction de distance ne permettait plus le déroulement des trois mères, mais confrontait l'enfant à une seule mère, un mélange de plénitude fusionnelle (la mère elle-même) et d'absorption mortifère (la mère destructrice). Le simple fait clinique observable qui montre des mères qui n'arrivent pas à être « les mêmes » au niveau par exemple des conduites éducatives entre l'enfant sain et l'enfant en situation de handicap est une preuve supplémentaire d'une distance altérée. Par exemple la loi (soutenue notamment par le Surmoi post-oedipien) au sein de la famille (les interdits, les punitions, les règles de vie) est souvent différente entre l'enfant sain et l'enfant malade.

Freud quant à lui, n'est pas fusionnel avec les femmes (quoique peut-être l'était-il avec sa mère), cependant il entretient avec elles des relations ambiguës. P-L. Assoun dit que Freud a peut-être renoncé à cette rencontre avec la femme : « *c'est peut-être ce qui retiendra Freud au seuil de toute énigme mycénienne, comme s'il craignait de rencontrer cette origine muette, prometteuse de vie, qui a pourtant le visage de la mort*¹⁸⁹. » Freud n'a donc pas réussi à résoudre l'énigme de la femme, sans doute en lien avec son histoire personnelle et professionnelle. P-L. Assoun nous le rappelle tout au long de son texte. La question que Freud semble surtout se poser est celle de savoir ce qu'est un père.

Freud disait que pour chacun de nous le destin prenait la forme d'une femme, P-L

¹⁸⁶ P-L Assoun, « *Freud et la femme* », Paris, éd. Petite Bibliothèque Payot, 2003, p.79

¹⁸⁷ S. Freud, (1936) « *Nouvelles conférences sur la psychanalyse* », Paris, éd. Gallimard, p.175

¹⁸⁸ P-L Assoun, « *Freud et la femme* », Paris, éd. Petite Bibliothèque Payot, 2003, p.75

¹⁸⁹ P-L Assoun, « *Freud et la femme* », Paris, éd. Petite Bibliothèque Payot, 2003, p.75

Assoun précise qu'il trouve cette phrase intéressante dans la mesure où Freud disait avoir un destin à remplir. Remplir la femme ? Comblé le manque qui la constitue ? On retrouve donc la difficulté de la relation des hommes aux femmes, le destin des hommes est menacé par elles et en même temps le destin porte leurs visages, car sans elles aucun avenir n'est possible. Nous rajoutons que le point d'origine est toujours une femme, c'est sans doute le cas pour notre thèse aussi.

Freud, nous le savons, a donné naissance à la psychanalyse à travers l'étude des hystériques. S'il a pu avancer dans sa réflexion, c'est justement parce que l'hystérique ne répondait pas comme il le souhaitait, comme il l'anticipait, leur symptôme était rebelle aux soins, étant toujours ailleurs de là où il était pensé. La femme est ailleurs, et c'est cet ailleurs qui pose problème, dérange, questionne sans cesse. Beaucoup d'exemples cliniques sont issus du texte « *les études sur l'hystérie de Freud et Breuer* », le cas d'Emma est prototypique de cette attitude féminine qui semble nous signifier qu'elles ne sont jamais là où nous les attendons. Emma et d'autres hystériques signifient à Freud que leurs symptômes sont capables de démentir le savoir en disant une vérité cachée que Freud ne sait traduire. Si nous revenons sur le cas d'Emma tel que travaillé par Freud et repris par P.L. Assoun, nous pouvons peut-être faire un lien avec la question qui est la nôtre, à savoir le Surmoi dans son lien au féminin. Revenons donc à cette jeune patiente. L'épisode se situe en 1895, Emma consulte car elle souffre de maux abdominaux. Freud, pour la soigner, demande de l'aide à Fliess. Ce dernier pratique sur elle la fameuse (pour l'époque) opération des sinus et des cornets qui devait, selon lui rééquilibrer les troubles sexuels (hystérique : trouble lié à la sexualité, cette vision existe depuis Hippocrate) à ceux de la zone rhinopharyngée. Malgré cette opération, les symptômes ne disparaissent pas, voire empirent, elle saigne du nez (voilà d'où vient la citation *les hystériques ont saigné*) et continue de se plaindre. Freud pense qu'il s'agit encore d'un détournement hystérique, d'une ruse. Très inquiet, il demande un deuxième avis à un autre Autre¹⁹⁰ (que Fliess) qui extrait du nez de la patiente une bande de gaz iodoforme de cinquante centimètres, ce qui provoque une hémorragie et l'évanouissement d'Emma. Fliess avait donc oublié dans le nez de la malade l'instrument censé la soigner. Les rôles sont donc inversés Emma est la savante et Freud se retrouve dans la peau de l'hystérique. C'est donc lui qui fait fausse route car il prétend que l'hystérique invente ses symptômes, alors qu'il y a réellement quelque chose qui la rend malade. Freud doit donc, dans un premier temps, se rendre à l'évidence : le symptôme

¹⁹⁰ P-L Assoun, id, p.106

était vrai, le savoir s'est trompé. Le dilemme qui se présente à Freud est donc celui de choisir entre : « *l'idéal du Moi et le discours du Maître d'une part, la parole de l'hystérique de l'autre. Elle disait vrai c'est le savoir qui errait*¹⁹¹. » Freud va donc entrer dans un travail de deuil, P.L. Assoun rajoute que Freud semble, dans une dynamique contre-transférentielle, expier lui-même sur son propre corps (les ennuis de santé de Freud) le tort qu'il a infligé à cette jeune fille. Cette erreur commise par Fliess sera aussi une des causes de leur rupture, mais malgré cela Freud va essayer de rétablir la toute-puissance du savoir. Après coup, il va donc expliquer tout simplement qu'Emma avait déjà des hémorragies auparavant qui semblaient être des plaintes hystériques, manifestations d'une Sehnsucht (nostalgie) et ce probablement pendant des périodes sexuelles. Au-delà de l'explication, qui dans le texte de P.L. Assoun est très complète, (nous ne rentrons pas dans le détail car ce n'est pas utile à notre propos) il faut retenir que Freud essaye avec son argumentaire de redonner à l'idéal du Moi son blason, au savoir du maître sa place dominante. « *C'est le cri de victoire qui annonce que l'Idéal du moi peut ré-établir son pouvoir vacillant, il semble l'ajourner comme pour annoncer au Maître son innocence recouvrée*¹⁹². »

Freud ne supportant pas que son Idéal du Moi vacille face au savoir hystérique, il impose une autre vérité pour retourner la situation en sa faveur, ou plutôt en faveur de son Surmoi. Arbitrairement, son Surmoi lui impose de reprendre le contrôle. N'oublions pas que l'idéal du moi associé à la fonction d'interdiction constitue une des fonctions du Surmoi, nous voyons donc que cela rejoint notre hypothèse de fond. Peut-être que (en faisant pour l'instant un raccourci qu'il faudra par la suite développer) lorsque Freud dit que le Surmoi féminin est moins fort que celui de l'homme, il se trouve dans le même état d'esprit que pour le cas d'Emma. C'est-à-dire que face à l'énigme de la femme, à cette partie qui lui échappe, au fait que la femme résiste et dont il ne sait que dire, il inverse la situation pour protéger son idéal du moi vacillant. Malgré la conclusion de l'histoire qui semble donner raison à Freud, en réalité il perd face à Emma, et au fond de lui, il le sait. La victoire hystérique : « *béance d'un vouloir qui s'est bien dérobé du lieu où son désir l'assignait*¹⁹³. » Le vouloir femme que Freud n'arrive pas à maîtriser, qui échappe à son Surmoi semble avoir le dernier mot et puisqu'il n'aime pas ça, Freud va à partir de ses ratés, de ses énigmes, créer de nouveaux savoirs. Intéressons-nous donc plus en détail à ce mystérieux « vouloir femme. »

¹⁹¹ P-L Assoun, id, p.108

¹⁹² P-L Assoun, id, p.109

¹⁹³ P-L Assoun, « *Freud et la femme* », Paris, éd. Petite Bibliothèque Payot, 2003, p.116

Par ailleurs, cette volonté de redonner à l'Idéal du Moi son blason, que Freud adopte car pris à défaut, est la même démarche que celle de la mère qui, face à son enfant en situation de handicap, essaye désespérément de mettre du savoir sur de l'angoisse (méthode ré-éducative miraculeuse, formation scolaire très poussée malgré les faibles compétences cognitives, comprimés magiques etc.), de la vérité sur un diagnostic mensonger et ainsi de suite.

2.5) Le vouloir femme

Que veut donc la femme ? Freud ne sait pas répondre mais à partir de ce manque de réponse et dans la tentative peut-être de combler la femme manquante, il va élaborer la plupart des préceptes de la psychanalyse. Il est important de retenir que la relation de Freud aux femmes a été le moteur principal de la naissance de la psychanalyse. À partir de ce moment-là, la femme et la psychanalyse seront indissociables. Nous voyons comme cela se confirme dans notre clinique faite principalement de femmes et des mères, qui sont le moteur de ce travail de thèse.

Ainsi la naissance de la psychanalyse revient aux femmes hystériques : Emma, Irma et d'autres échappent au savoir de Freud ou le poussent à commettre des actes manqués ou à faire des rêves qui une fois interprétés donnent des hypothèses nouvelles. Les exemples ne manquent pas dans ce sens, quand Freud semble être dans l'impasse, un rêve, un acte manqué, un mot d'esprit ou un raté lui permettent de passer à autre chose, d'apporter un changement important dans sa façon de penser ou de voir la chose analytique. Et « *comme par hasard*¹⁹⁴ » à chaque fois, il s'agit d'une femme qui se positionne comme génératrice, amante ou destructrice. Voyons quelques exemples.

L'œdipe, concept fondateur de la psychanalyse a été mis au point grâce à un acte manqué de Freud commis sur une vieille dame (représentante de la femme destructrice celle qui porte la mort selon l'hypothèse de P-L. Assoun). Alors qu'il se rend chez elle pour des soins, il commet une méprise : « *j'étais sous l'impression d'un rêve que m'avait raconté la veille un jeune homme, et que j'avais cru pouvoir interpréter comme se rapportant à des relations sexuelles de ce jeune homme avec sa propre mère. Absorbé par ces idées, je suis arrivé chez ma patiente nonagénaire et j'étais sur le point de*

¹⁹⁴ Pourtant le hasard n'existe pas !

*concevoir le caractère généralement humain de la légende d'œdipe*¹⁹⁵. » Alors que ses pensées étaient concentrées sur les paroles du jeune homme, Freud se trompe dans les soins qu'il doit administrer à la vieille dame. Il doit en effet lui instiller du collyre dans les yeux et lui faire une injection de morphine. Confus par les paroles du jeune entendues la veille, il inverse partiellement la séquence et instille la morphine dans les yeux de la dame. Il répare aussitôt son erreur mais il ne peut s'empêcher d'avoir l'impression d'avoir « profané » la vieille dame. Il emploie le terme ambiguë « *sich vergreifen, qui veut dire à la fois profaner et se méprendre*¹⁹⁶. » C'est à ce moment-là, grâce à cet acte de « profanation symbolique » que Freud prend conscience de la puissance de la fatalité, comme celle d'Œdipe qui fatalement (malgré les oracles) tue sans le savoir son père et épouse sa mère. Une femme donc « *femme au seuil de la mort, comme pour incarner l'identification imposée par l'inconscient entre la mort et la mère*¹⁹⁷. » Ce lien mort et mère est un lien très fort que nous rattachons également à notre clinique. Effectivement, le handicap mental de l'enfant vient aussi avec son côté difficilement représentable au même titre que la mort, faire en sorte que la mort soit une préoccupation majeure de ses mères. Cela ne se vérifie pas uniquement pour des enfants ayant un pronostic vital incertain (comme il nous est arrivé d'en rencontrer) mais aussi pour les autres. Ainsi, les parents portent avec eux une préoccupation majeure que des parents d'enfants sains ressentent en moindre mesure. « *Que va devenir mon fils quand je ne serai plus là ?* » Elle répète inlassablement cette mère malgré les nombreuses pistes qui lui sont offertes. Cela semble être davantage une défense contre l'angoisse de mort plutôt qu'une réelle préoccupation pour l'enfant. Car en effet, malgré les différentes explications de dispositifs existants pour la prise en charge de l'enfant, la préoccupation reste intacte au fil du temps. Cela semble mettre en évidence que, dans cette clinique, la mère serait prise par ce Surmoi archaïque mortifère qui l'empêche de relativiser concernant l'avenir de son fils. Un autre fait clinique facilement observable, est cette incapacité pour les mères de s'imaginer grand-mères ; autre façon peut être d'exorciser la mort, de figer le temps. Par ailleurs, les enfants à pronostic vital engagé ont souvent tendance à travailler pendant les séances autour de la question du temps. Ils questionnent sans cesse l'âge des uns et des autres, le départ de l'établissement et autres faits clinique de cet ordre.

Revenons à Freud. Il a mis en évidence le transfert grâce à la relation ambiguë

¹⁹⁵ P-L Assoun, « *Freud et la femme* », Paris, éd. Petite Bibliothèque Payot, 2003, p.84

¹⁹⁶ P-L Assoun, id, p.117

¹⁹⁷ P-L Assoun, id, p.118

qu'il entretenait avec Dora. C'est à partir de là et de cette séduction qui agissait dans la rencontre, que Freud va être obligé de se poser la question de la séduction et de l'amour dans le transfert. Et c'est aussi à partir de ses rêves et de leurs interprétations qu'il va changer radicalement le dispositif de prise en charge. Dans le rêve dit de « l'escalier » Freud rêve d'une femme qui le fixe, elle le regarde intensément, Freud se sent paralysé, comme s'il ne pouvait pas se dérober de ce regard inquisiteur. Il ressent également une excitation érotique et un désir d'exhibition. C'est à partir de l'interprétation de ce rêve et des relations ambiguës que les femmes lui imposent et qu'il se laisse imposer qu'il commence à changer son dispositif. Il commence par destituer le regard, il renonce au corps à corps avec l'hystérique. Freud est mal à l'aise dans le face à face avec les femmes donc il choisit de « *ne plus regarder l'hystérique dans les yeux, on s'expose à devenir l'objet même de son regard. Scène primitive inversée : une femme me regarde, je suis regardé par une femme. Également sanction: si tu refuses de me regarder, si tu méconnaiss l'image-symptôme que je jette à tes yeux, tu subiras la fatalité mortifère de mon regard. Mon symptôme te regarde*¹⁹⁸. » La mort ne se regarde pas en face, la femme non plus. Freud fuit la mort comme il fuit la femme qui veut le « *prendre dans ses bras amoureusement*¹⁹⁹. » La dimension du regard qui est présente depuis le départ de cette thèse nous montre bien le lien étroit entre femme et regard ? Ce regard sidérant, mortifère dont parle Freud est le regard du Surmoi archaïque. Si l'enfant en situation de handicap méconnaît le symptôme que la mère lui jette aux yeux, il subira le regard mortifère de sa mère et vice-versa.

Que le lecteur se rappelle les trois femmes que tout homme rencontre dans sa vie : la génératrice qui donne la vie, l'amante qui séduit et la destructrice qui porte la mort dans son étreinte. Freud renonce également à l'hypnose le jour où une patiente en se réveillant lui jette les bras autour du cou. Séduction et mort sont en lien et c'est la femme hystérique qui permet à Freud d'entrevoir ce lien. Cet aspect séducteur, fusionnel et mortifère et celui que Freud applique à la femme est selon nous à mettre en lien avec le Surmoi.

En continuant la lecture de P.L Assoun, un chapitre attire particulièrement notre attention : « *la femme et sa mère.* » Il y a plusieurs passages dans ce chapitre qui méritent de s'y attarder. P-L. Assoun reprend Freud qui s'exprime dans l'article consacré à la féminité. Il dit que le but de la psychanalyse n'est pas celui de dire ce qu'est une

¹⁹⁸ P-L Assoun, id, p.122

¹⁹⁹ Ibid.

femme, mais plutôt celui de comprendre comment elle passe d'un statut d'enfant à tendances bisexuelles à celui de femme. Lorsque Freud, à la fin de sa vie pose un regard critique sur ce qu'il n'a pas su conceptualiser concernant la femme, il le fait sous l'angle de la relation mère-fille. Il pense avoir sous-estimé la force et la durée de l'attachement entre une mère et sa fille.

Nous faisons bien entendu le lien avec les mères que nous rencontrons dans notre clinique, où cet attachement semble être encore plus fort que dans la configuration normale. Bien sûr, cet attachement, cette relation parfois fusionnelle nous la retrouvons aussi entre des mères et leurs fils. Ce que nous voulons souligner ici, c'est le féminin sous-jacent à la mère, nous voulons étudier leur façon d'avoir été filles, pour essayer de comprendre leur façon d'être mères. Le lien fille-femme-mère, c'est la trajectoire qui nous intéresse, nous voulons savoir comment le féminin et le vouloir-femme s'articulent dans la relation entre une mère et son enfant notamment lorsque ce dernier est porteur d'un handicap mental. Bien entendu, nous observons toute une série de comportements dans ces relations difficiles, mais Freud parle d'un langage caché chez la femme, d'un langage inconscient qui serait la clef pour décrypter cette relation si particulière. Pour nous l'expliquer, il utilise une fois de plus la métaphore. Il nous parle de la langue grecque et la langue minéo-mycénienne. Freud découvre que *«c'est qu'il y a dans le devenir femme bien avant le texte œdipien bien connu, une écriture qui parle déjà, bien qu'indéchiffrable (...). Or si la langue œdipienne est le grec de l'inconscient, langue civilisée en quelque sorte, la langue pré-œdipienne est comme le mycénien : promesse d'une civilisation brillante, mais aussi soupçon d'inintelligibilité²⁰⁰.»* Le grec est donc la langue paternelle et le mycénien la maternelle. Encore une fois, le lien à quelque chose d'archaïque, qui échappe à toute symbolisation, qui est du côté de la mère, revient avec insistance. C'est qui correspond peut-être à la langue chez Lacan, cette partie indéchiffrable du langage maternel pré-œdipien que nous rattachons au Surmoi archaïque. Quand nous décrivons les attitudes absurdes de certaines mères, ne sommes-nous pas du côté de quelque chose d'indéchiffrable, d'inintelligible, qui renvoie au pré-œdipien ?

Pour que le sujet puisse lire le texte paternel œdipien, il doit en amont avoir décodé ce langage pré-œdipien maternel mais qui, dans notre clinique, est trop biaisé par le réel du handicap, trop incompréhensible pour l'enfant. Essayons donc de formuler une ébauche d'hypothèse. Nous savons depuis Freud, que le Surmoi est l'héritier du

²⁰⁰ P-L Assoun, id, p.172

complexe d'Œdipe, donc d'essence principalement masculine et transmis par le père à travers la castration en utilisant le langage œdipien. Par contre, le Surmoi pré-œdipien, archaïque, d'essence féminine, celui qui nous intéresse et celui que nous observons dans notre clinique ne se formerait pas à travers le langage paternel mais plutôt suite à une formation surmoïque, par le biais du langage maternel pré-œdipien. Le Surmoi paternel œdipien viendrait par la suite pacifier, apaiser ce cri maternel archaïque. Or, il est probable que ce Surmoi tyrannique qui se met en veille une fois l'œdipe passé, puisse être brutalement réveillé à la suite de l'annonce du handicap.

C'est peut-être dans ce monde fusionnel de la relation à la mère, où se niche la forme archaïque du vouloir-femme, que prendrait source le Surmoi qui nous intéresse. L'hypothèse reste à vérifier mais si nous nous arrêtons sur le fonctionnement contradictoire du vouloir femme, nous pouvons faire un parallèle avec le fonctionnement surmoïque contradictoire que nous rencontrons dans notre clinique. Le vouloir femme ressemble au Surmoi (notamment le tyrannique) dans son obstination, dans son impossible renoncement, dans sa difficulté à accéder à son désir. « *L'objet primordial du vouloir femme, c'est bien la mère. Mais pour désirer et accéder à l'homme, il lui a fallu faire son deuil de ce vouloir*²⁰¹ » Cette idée de deuil et de renoncement est la même que nous retrouvons dans le complexe d'Œdipe, lorsque ce dernier doit renoncer successivement à l'un et à l'autre parent afin de s'ouvrir à l'altérité. Ce deuil chez les mères entre selon nous en résonance et est réactivé par le deuil que les mères doivent faire suite à l'annonce. Renoncer à l'enfant idéal à cause du handicap devient alors la métaphore du renoncement à la mère qui avait aussi été problématique ; renoncement qui chez la femme n'est jamais aussi définitif et clairement posé que chez l'homme.

Ce que développe P-L Assoun en travaillant sur Freud, est l'idée que lorsque ce deuil est fait, quelque chose de cet attachement maternel reste pour toujours, fait trace pour toujours, pousse la femme à vouloir au-delà de son désir. Le complexe d'Œdipe aussi peut ne pas être complètement liquidé et laisser des traces, mais ce qu'il faut retenir est l'idée que la femme doit accomplir ce travail de deuil de l'objet d'amour deux fois : en période pré-œdipienne et œdipienne. Il y a donc chez la femme et chez les mères que nous rencontrons quelque chose qui doit s'articuler entre les deux. C'est pour cette raison que la bascule psychique d'une période à l'autre ne peut avoir lieu que chez la femme.

²⁰¹ P-L Assoun, id, p.173

Quelques pages plus tard, P-L. Assoun, en reprenant Freud dans son texte sur la féminité, nous dit que l'attachement entre une fille et sa mère est tellement fort qu'elle va être obligée de se donner de bonnes raisons pour la quitter. « *Nous sommes préparés à trouver, non pas un seul tel motif, mais toute une série de tels motifs, qui collaborent au même but final*²⁰² » le but est donc de se détacher, tâche qui s'avère très difficile voire impossible dans notre clinique. Ne pas accepter la mort et la séparation sont des problématiques récurrentes de notre clinique. C'est une façon métaphorique de refuser de se détacher : « *qu'est-ce qu'il va devenir quand je ne serai plus là ?* » Les mères de notre clinique trouvent toutes les bonnes raisons du monde pour ne pas se détacher et pour empêcher leur enfant de le faire. Des femmes en quelque sorte « *coincées, figées, bloquées* » dans le vouloir femme, c'est-à-dire incapables de faire le deuil. En régressant psychiquement elles ne sont plus capable de renoncer à leur propre mère comme jadis et par conséquent de renoncer à l'enfant.

« *Notre intérêt doit se tourner vers les mécanismes qui agissent dans le détournement de l'objet maternel si intensif et si extraordinairement aimé*²⁰³. » Dans notre clinique, l'intérêt se porte aussi sur le pourquoi ça ne se détourne pas ? « *Que ne faudra-t-il pas que la femme en devenir invente pour se donner la force et les raisons de regarder ailleurs que vers la mère*²⁰⁴ ? » Donc en paraphrasant : que ne faudra-t-il pas que la mère en devenir invente pour se donner la force et les raisons de regarder ailleurs que vers sa fille/son fils porteur d'un handicap ?

Nous avons déjà évoqué dans d'autres travaux²⁰⁵ comment la pulsion scopique peut symboliser la fusion ou l'abandon entre la mère et son enfant. Freud nous dit qu'afin que la femme puisse accéder au désir, elle doit se détourner de sa mère, elle doit en faire le deuil et renoncer définitivement à elle. Il ajoute que même si elle arrive à se séparer, une partie d'elle reste à jamais fusionnelle avec la mère. C'est cette partie-là qui nous semble être responsable de ce que nous observons cliniquement.

Nous pensons que c'est cette partie, la partie fusionnelle que chaque mère entretient avec sa propre mère, qui se met à dysfonctionner dans le cas d'enfants en situation de handicap. Si nous pouvions quantifier l'intensité de la relation mère/fille, alors nous serions en mesure de voir si effectivement dans les cas cliniques que nous

²⁰² P-L Assoun, id, p.174

²⁰³ P-L Assoun, id, p.174

²⁰⁴ Ibid.

²⁰⁵ Rossi Giovanni, Master 2 Recherche, Le cas de Selma

rencontrons il y a une impossible séparation. Malheureusement (ou heureusement ?), nous n'avons pas l'outil pour mesurer l'intensité de cette relation. Le vouloir-femme qui reste, chez toutes les femmes, présent sur le fond, est parfois tellement fort et exigeant qu'il viendrait effacer le désir du phallus pour la femme. « *Ainsi, s'il est vrai que Freud identifie le rapport au phallus comme le destin du désir de la femme, il est vrai aussi qu'il détecte chez la femme, par-delà le désir, ce qui continue à briller du grand vouloir primitif-maternel*²⁰⁶. » La question est donc de savoir quelle est l'intensité de la lumière du vouloir primitif-maternel. Donc, chez la femme qui ne subit pas de traumatisme, cet archaïque vouloir femme resterait en veille mais pas dans notre clinique.

Dans les pages suivantes nous allons voir comment le vouloir femme s'exprime dans les trois structures, ceci une fois encore pour essayer de faire lien avec nos rencontres. Nous l'avons donc compris, la femme se trouve au croisement inconscient de deux lignes : d'une part le « *vouloir-attachement maternel-demande, d'autre part le désir-référence paternelle-phallus*²⁰⁷. » Comment la féminité avec son originalité, avec son style, vient s'articuler à la structure ? Il faut bien comprendre que c'est la féminité qui donne une empreinte à la structure et pas l'inverse comme on pourrait le penser. P-L. Assoun propose trois projections possibles de la féminité en lien avec les trois structures existantes. Essayons de les voir brièvement et d'en faire des ponts cliniques. « *La formule de la féminité névrotique serait à chercher du côté d'un sujet, une femme qui ne veut pas ce qu'elle désire*²⁰⁸. » Nous pouvons rajouter avec P-L. Assoun, qu'elle ne veut pas ce qu'elle désire mais si par hasard elle voulait quelque chose, alors elle s'arrangerait afin que son désir reste insatisfait. Étrange fonctionnement du vouloir femme ! Le sujet névrotique est animé par un perpétuel conflit entre le désir et son interdit, pour la femme se rajoute un « *non vouloir* » l'objet de son désir.

Cliniquement, cette volonté de ne pas vouloir ce qu'on désire, nous pensons la retrouver dans nos rencontres. Notamment, quand nous sommes confronté à des femmes/mères qui semblent porter dans leur discours et dans leurs actes cette contradiction inconsciente. Par exemple, cette mère qui ne peut s'empêcher d'embrasser son fils autiste de 11 ans sur la bouche, en disant « *de toute manière c'est l'homme de ma vie, il est trop beau.* » Tout de suite après, elle rajoute : « *je sais que ce n'est pas bien, je ne veux pas faire ça, mais je n'arrive pas à m'en empêcher.* » Pouvons-nous faire un lien entre son désir et son non vouloir ? Elle désire l'embrasser sur la bouche,

²⁰⁶ P-L Assoun, « *Freud et la femme* », Paris, éd. Petite Bibliothèque Payot, 2003, p.180

²⁰⁷ P-L Assoun, id, p.185

²⁰⁸ P-L Assoun, id, p.187

« *c'est plus fort que moi* », il semble y avoir une dimension inconsciente et pulsionnelle qui lui échappe suivi d'une autre consciente dans laquelle elle s'autocensure en disant qu'elle ne veut pas faire ça et elle culpabilise.

Sur le versant pervers, la féminité semble « *vouloir ce qu'elle ne parvient pas à désirer*²⁰⁹. » Freud, explique le choix pervers en indiquant qu'il survient lorsque la fille a été déçue par le père, en même temps que la frustration de ne pas avoir un enfant du père. Suite à ça, elle se détourne du père et de l'homme en général pour se rallier à la mère. Cela culmine dans l'attitude typique de la perversion : celle du défi au père et à la loi. La femme perverse se sentant trahie par l'homme, elle le rejette en se tournant définitivement vers la femme. Donc, la mère archaïque que nous avons vu, la femme en devenir qui n'arrive pas à quitter, est ici davantage présente à cause de l'ambivalence de la relation. « *Chez elle la relation à la mère avait été certainement ambivalente depuis le début, et il lui fut facile de ranimer l'ancien amour pour la mère* »²¹⁰. « *Comme quoi ce dont rêve la fille est bien la réconciliation avec la mère, fut-ce en mettant sa passion au service d'une autre*²¹¹. » Elle rêve de se réconcilier même si les attitudes ne sont pas claires, mais portent de l'ambiguïté. Le réveil de la mère archaïque n'en sera que plus fort et pour la femme cela est plus simple par rapport à l'homme, il s'agit donc encore d'une explication supplémentaire au fait que cela soit chez elle plutôt que chez l'homme que cette régression psychique opère. Cliniquement, beaucoup de mères sont dans ce type de configuration avec, comme explicité dans d'autres paragraphes : éviction du père et ambivalence importante dans les relations avec l'enfant. La question de fond est de savoir si elles sont dans ce type de structure (la perversité chez la femme, existe-elle ?) ou si elles y régressent suite au handicap de l'enfant dans une sorte de défense perverse après-coup. Nous sommes plutôt enclin à penser qu'il s'agit de cette deuxième hypothèse.

Dans notre clinique, nous rencontrons ponctuellement la mère d'un adolescent à profil psychotique. Quand elle a appris qu'elle avait été trompée par son mari, elle a tout quitté, pour recommencer sa vie sur la côte d'azur et cette fois-ci avec une femme. Une fois la tromperie apprise, elle se venge sur l'homme dans la personne de son mari (qui est souvent cible de critiques féroces concernant l'éducation de leur fils) en réveillant la mère archaïque qu'elle n'a pu quitter si nous nous fions à l'hypothèse de P.L.Assoun. Elle se venge aussi sur la personne de son fils porteur du phallus mais à l'identité

²⁰⁹ P-L Assoun, id, p.187

²¹⁰ P-L Assoun, id, p.202

²¹¹ Ibid.

sexuelle incertaine. Elle entretient avec lui un rapport fusionnel à forte connotation perverse comme si l'enfant devenait son phallus à manipuler à souhait. Comme explicité plus haut la mère archaïque n'aborde plus la problématique phallique, il se pourrait alors que son enfant devienne un ersatz de phallus, elle ne désire plus le phallus mais elle a l'illusion de le posséder.

Cette femme dans son discours et ses actes nous montre ce type de rapport au monde. Elle nous demande par exemple si elle doit arrêter de décalotter son fils à la douche lorsqu'elle le lave (alors qu'il a déjà 14 ans). Elle se demande même si les éducatrices n'oublient pas de le faire car parfois il est sale. À chaque fois qu'elle punit son fils, il y a toujours une connotation perverse derrière ses décisions. Par exemple, alors qu'elle a interdit à son fils de manger des yaourts pendant trois semaines car il en avait mangé douze à la suite, elle se presse de remplir le frigidaire de ses yaourts préférés pendant le temps de la punition. Elle veut que son fils soit conforme à ses attentes, mais les innombrables contradictions dans l'éducation de son enfant, nous montrent qu'elle ne le désire pas vraiment. Les lapsus viennent souvent confirmer cette hypothèse de mère à traits pervers. Lors d'une séance son fils nous dira : « *ma mère à un œil de perverse au pied* » au lieu de dire œil de perdrix. Sa mère raconte actuellement lors de rencontres institutionnelles que le sexe de son fils est très grand que cela l'inquiète, elle dit également qu'il passe la plupart du temps à se masturber en haut d'un lit mezzanine au-dessus d'elle et de sa compagne qui dorment dans le lit du bas.

La psychose versant féminin reflète par contre le *vouloir désirer*²¹², dans ce cas de figure, Freud parle d'une mère persécutrice, c'est dans ce type de mère qu'il faut rechercher l'origine de la psychose. Cette mère persécutrice serait responsable du sentiment de persécution chez la fille. Notamment la paranoïa qui semble avoir comme point d'origine : « *le vouloir fondamental procédant de la mère qui s'objecte au désir de l'homme*²¹³. » Vouloir et désir ne supportent plus leur tension comme dans la névrose, et ne peuvent pas non plus travailler en alternance comme dans la perversion. Dans la psychose le vouloir femme/mère persécute le désir du sujet jusqu'à l'effacer complètement.

Nous ne pouvons pas rencontrer une mère au Sessad car elle refuse de sortir de sa maison. Sa fille, n'est plus scolarisée depuis un mois. Nous savons d'elle qu'elle ne veut pas sortir car elle sait qu'on l'espionne, le maire (le signifiant maire = mère saute aux

²¹² P-L Assoun, id, p.187

²¹³ P-L Assoun, id, p.209

yeux) de la ville la surveille par la fenêtre. Elle en est certaine, nous lui voulons du mal. Sommes-nous dans le cas de figure de l'expression féminine de la psychose ? Il y a de fortes chances, cependant cette maman avec laquelle nous pouvions travailler auparavant bien que fortement dépressive a décompensé totalement au moment du décès de son ex-mari et père de leur fille. Une fois encore la disparition du père qui faisait fonction de tiers séparateur a fait décompenser la mère.

Par rapport à notre hypothèse, la plupart du temps nous avons affaire à des mères névrosées. Mais chez elles, suite à cette régression à un Surmoi pré-œdipien, les mécanismes de défenses font bien penser à la psychose et à la perversion. Les exemples ci-dessus nous semblent prototypiques des trois structures et les citer nous permet de mieux voir et mieux cibler des comportements similaires chez d'autres mères sans qu'elle soient pour autant dans une structure perverse ou psychotique. Ces femmes/mères habitent une structure qui s'est formée notamment par rapport au manque et à la castration. Après avoir passé en revue l'approche freudo-assounienne du vouloir et du désir, il nous faut nous interroger sur ce qui est responsable de leur formation à savoir le complexe de castration et le rapport au manque phallique.

2.6) La femme, la castration et le phallus

L'approche freudienne phallogocentrique nous semble bien décrire le fonctionnement de l'homme mais présenter des points obscurs et des limites conceptuelles concernant les femmes. C'est justement l'implication de la femme au niveau de la castration qu'il nous faut interroger. Son rapport au phallus est quelque part paradoxal. Paradoxal parce que la femme est liée inévitablement au destin du phallus, mais en même temps ne l'ayant pas, elle est forcément extérieure, décentrée. Ambiguïté et paradoxe sont des mots qui reviennent souvent dans la clinique du féminin et qui, bien entendu, sont également caractéristiques du Surmoi.

L'approche féminine de la castration, à la différence de l'homme, est double : *« pour comprendre cette position si complexe et inconfortable, il faut prendre en compte deux aspects de la question : d'une part, le destin qui est fait à la femme, par le regard qu'y jette l'homme, d'occuper le lien de la castration et d'y fonctionner comme telle, en fonction des stratégies qui lui sont imposées : cet aspect forme un aspect majeur du discours de Freud sur la féminité; d'autre part il y va pour la femme elle-même, dans son économie propre, de son rapport à la castration : sur ce point Freud*

*est plus discret*²¹⁴. » Comment interpeller cette duplicité dans notre clinique ? Nous posons en premier lieu ce que notre clinique nous montre, à savoir que cette position ne semble pas être si inconfortable ou plutôt que les mères s'en accommodent, comme si elles ne pouvaient pas renoncer aux symptômes car elles en tiraient des bénéfices secondaires.

Bien souvent dans les récits de romans familiaux, nous avons eu l'impression que le symptôme « *enfant en situation de handicap* » servait de collant au noyau familial, comme si tout s'était construit autour de lui en dépit du reste. Ce ressenti clinique, le fait d'entendre que tout est construit autour de l'enfant, nous fait penser au phallus. Le phallogocentrisme freudien, où tout semble se construire autour de la présence du phallus ou de son manque, est à mettre en lien avec l'enfant, tout est construit autour de l'enfant, c'est pour cette raison que nous avons fait le lien enfant-phallus.

Lorsque nous rencontrons des familles d'enfants en situation de handicap, la question du phallus et de la castration est bien présente. Bien souvent nous entendons des phrases très ambivalentes du type : « *mon fils ne sait pas faire ça, il n'est bon à rien* » sous-entendu qu'inconsciemment, métaphoriquement, l'enfant ne peut pas représenter le phallus, ou alors « *il est tout pour moi, il aura son bac* » représentation inconsciente d'un phallus tout puissant. Cela nous renvoie encore à la fusion/rejet dans la relation mère/enfant. Dans le cas de figure d'un phallus tout puissant, l'enfant n'est-il pas le signifiant du phallus pour la mère ? Ne vient-il pas signifier le rapport de la mère à la castration ? En observant les attitudes mères/enfants et en les confrontant avec les données théoriques femme/phallus nous pouvons penser que oui.

Ainsi nous retrouvons dans notre clinique deux réactions antinomiques, parfois portées par la même personne, à des époques différentes : soit la fusion partielle ou totale, soit le rejet. D'un côté la fusion qui se manifeste par des phrases du type « *mon fils est le plus beau, c'est l'homme de ma vie* » attitude qui semble nier la réalité de l'enfant. Ou encore l'impossible acceptation de la vie sexuelle de leurs enfants, donc de l'altérité. Une mère à ce propos nous dit un jour au sujet de son fils trisomique : « *mais mon fils n'aura jamais de rapport sexuel c'est impossible, il ne peut pas* » à entendre presque comme s'il ne pouvait pas anatomiquement. Ne faut-il pas entendre derrière ces mots une impossible séparation mère/fils, un impossible rapport à la castration et à la perte ? En revenant sur la citation de P-L. Assoun, (page précédente) dans sa double

²¹⁴ P-L Assoun, id, p.216

approche d'inspiration freudienne, il nous semble qu'il ne s'agit pas du premier type de femme (celle qui se confronte au regard de l'homme sur elle en tant que représentante du manque, celle qui est châtrée.) mais plutôt l'expression de la deuxième, celle qui interroge la castration par rapport à elle et non par rapport à ce qu'elle représente pour l'homme. C'est cette femme-là qu'il nous faut interroger. Elle est châtrée à plusieurs reprises : par le réel de son genre sexuel, mutilée dans son corps et par la perte symbolique du phallus. Peut-on considérer l'enfant en situation de handicap comme une métaphore du phallus déchu, un phallus atrophié, mais tout de même un phallus que la mère a l'illusion d'enfin posséder et dont elle peut jouir. Comme un impossible rapport à la castration, par le réel de son handicap l'enfant viendrait réactiver le rapport de sa mère à sa propre castration et donc à la séparation d'avec sa mère grâce à l'intervention du père. Cette réactivation entraînerait une confusion des rôles, comme si les rôles distribués jadis et établis par l'œdipe subissaient un remaniement une régression de la mère à un stade antérieur. Une rupture dans l'équilibre homme/femme/enfant se mettrait en place.

Puisque il y a régression à une période pré-œdipienne il y a forcément confusion des rôles, ce qui explique cette étrange impression d'avoir parfois affaire à des mères-pères (elles occupent souvent les deux rôles) qui manifestent une attitude fusionnelle, une impossible séparation ; qui deviennent des mères « *trop bonnes* » au sens winnicotien du terme. Parfois même, dans certains cas de figure, elles deviennent des pères-mères c'est-à-dire que le masculin prend le pas (pour ne pas dire le pied) sur le féminin, et cela s'exprime par un rejet total de l'enfant, de son handicap, de son être tout entier, comme peuvent le faire quand ils sont présents les pères. Nous y reviendrons.

Nous pensons à ces mères que nous rencontrons au SESSAD²¹⁵, qui ne supportent pas l'idée de réorienter leur enfant vers l'IME²¹⁶, et qui veulent coûte que coûte les maintenir dans le milieu ordinaire. Le mot réorienter signifie donner une nouvelle direction, une nouvelle orientation. Donc symboliquement cette impossible orientation semble être la métaphore de l'impossible réorientation de l'enfant de la mère au père, et du père à l'altérité ? Nous pensons que c'est bien ici que se pose le problème : ces passages qui mènent à l'altérité semblent entravés non seulement par le handicap de l'enfant mais aussi par le féminin dans son rapport au masculin et plus étonnant encore, et moins connu, dans son rapport au féminin en lien avec la castration.

²¹⁵ Section d'Education et des Soins Spécialisés À Domicile

²¹⁶ Institut Medico Educatif

Nous avons déjà évoqué le fait que la femme, à la différence de l'homme, se confronte à la castration au-delà de l'œdipe et pendant toute sa vie. La castration porte sur le corps, le point de départ c'est le sentiment d'horreur que l'enfant éprouve en découvrant le corps, qu'il croit mutilé, de sa mère. Ce lien au corps affreux, au corps mutilé est celui que nous rencontrons régulièrement dans notre clinique, nous avons d'ailleurs travaillé autour de la relation entre des mères et leurs filles ayant une déformation du visage²¹⁷ (la mère de Sylvie) ce qui renvoie bien à cette question.

Nous voulons faire un lien supplémentaire entre la femme et le corps de l'enfant qui est tellement parlé, tellement touché, embrassé, maltraité qu'il semble en devenir un fétiche. En l'abordant sous cet angle nous nous apercevons qu'à nouveau le féminin et son rapport à la castration sont convoqués. Le mythe du corps parfait qui viendrait contrer le réel du corps informe est souvent soulevé lors de nos rencontres cliniques. Il se frotte cependant à un impossible, comme si l'adage célèbre *mens sana in corpore sano* était ici bafoué par le handicap mental des jeunes. En rejoignant une fois de plus P.L. Assoun dans sa description de la femme et du fétiche, nous pouvons faire des ponts et pointer des contradictions cliniques. « *Une femme hérite en effet de l'horreur de la castration qu'a suscitée à l'origine le corps castré de la mère*²¹⁸. » Corps castré, corps mutilé qui ne peut pas, à notre avis, ne pas faire écho aux corps trisomiques, aux corps autistes, aux corps « *bouts de réels* » auxquels nous sommes confrontés dans notre clinique.

Le signifiant manifeste « *je ne suis pas une mongole, je ne vois pas pourquoi on m'a mise ici* » revient souvent dans le discours de certaines adolescentes que nous rencontrons lors des groupes de paroles. Nous sommes forcé de constater qu'au-delà d'un discours d'adolescents en institution spécialisée, ces paroles, qui sont bien souvent proférées par des filles, semblent cacher au-delà du contenu manifeste, un discours latent qui dirait « *je ne suis pas ça, je ne suis pas châtrée* », à entendre comme : je ne suis pas une femme. Donc je suis un homme ? Inutile de souligner à quel point les filles qui tiennent ce type de propos ont souvent une approche très masculine de l'autre, elles se définissent et elles sont définies par les autres comme des garçons manqués. Intéressante réflexion celle du garçon qui manque ou de la fille qui en a. C'est encore une fois l'inversion des rôles.

Questionnent-elles le féminin auprès d'un homme ? Qui plus est, nous pouvons

²¹⁷ Les cas de Selma, Sylvie, Sabrina

²¹⁸ P-L Assoun, « *Freud et la femme* », Paris, éd. Petite Bibliothèque Payot, 2003, p.223

légitimement nous poser la question : d'où héritent-elles ce discours, ce comportement un peu « bad-boy » ? N'est-ce pas un discours hérité dans les dits et surtout dans les non-dits que le handicap semble imposer au féminin, et par conséquent à elles-mêmes et à leurs mères ? S'agit-il d'un positionnement masculin avec traits pervers qui voit le jour pour faire face à la persécution ambiante de la société très souvent malveillante vis-à-vis des personnes en situation de handicap ou plutôt de la fameuse régression dont nous parlons depuis le départ ? Régression qui pousse ces femmes dans un positionnement pas clair au niveau de l'identité sexuelle d'où la confusion des rôles qu'elle transmettent au niveau langagier à leur enfant.

Puisque cette régression inclut un retour avant la castration œdipienne, le fétiche viendrait remplacer le phallus : « *le fétiche est le substitut du phallus de la femme (la mère) auquel a cru le petit enfant et auquel il ne veut pas renoncer*²¹⁹. » Et encore : « *le fétiche demeure le signe d'un triomphe sur la menace de la castration et une protection contre cette menace*²²⁰. » Cette régression vaut comme un triomphe sur la castration qui se met en place pour nier le handicap de l'enfant.

Le fétiche est donc idolâtré et le sujet ne veut pas y renoncer, pouvons-nous voir dans ce double aspect fusion/rejet que l'objet fétiche impose, le même type de relation que nous retrouvons dans notre clinique entre une mère et son enfant ? En tout cas cela y ressemble et mérite réflexion. Comme nous venons de le voir, il n'y a pas que l'homme qui éprouve la crainte de la castration. « *Dans l'ordre du désir, la femme et l'homme tournent l'un et l'autre autour de la castration*²²¹ » et chose encore plus importante : « *le manque phallique lui-même est en quelque sorte plus originaire que la division sexuelle*²²². » C'est-à-dire qu'avant d'être des hommes ou des femmes nous sommes manquant l'un comme l'autre et c'est avec ce manque que le sujet humain doit composer. Mais alors que, l'homme, une fois sorti du complexe de castration se débarrasse de ce symbole, la femme le porte avec elle et sur elle pour toujours à l'instar de l'Oedipe jamais complètement liquidé.

La femme éprouve donc d'abord sur la mère castrée, ensuite sur son propre corps, la figure du manque. Elle manque et elle représente pour l'homme ce manque. C'est un des paradoxes du féminin. L'enfant en situation de handicap, serait quant à lui

²¹⁹ P-L Assoun, id, p.223

²²⁰ P-L Assoun, id, p.223

²²¹ P-L Assoun, id, p.224

²²² Ibid.

positionné en phallus, mais estropié, il renverrait sans cesse la castration à sa mère. Un fonctionnement spéculaire où mère et fils seraient prisonniers. Il est intéressant de remarquer comment Freud pour expliciter le rapport de l'homme à la femme en lien avec le fétiche, utilise l'exemple du corps mutilé. Il en donne à la fois l'illustration et le symbole dans « *cet usage chinois de commencer par mutiler le pied de la femme puis de vénérer comme un fétiche ce pied mutilé*²²³. » P-L. Assoun rajoute que c'est un double mouvement paradoxal qui contracte rejet et idéalisation, tendresse et hostilité, déni et reconnaissance de la castration. N'est-ce pas ce que nous décrivions plus haut du rapport étrange qu'entretiennent les mères et leurs enfants dans notre clinique ? N'est-ce pas l'ambivalence qui prime chez les femmes que nous rencontrons et donc leur Surmoi qui, par essence, est ambivalent ?

L'autre point sur lequel il faut s'attarder car il se confirme cliniquement, c'est celui de la puissance féminine. C'est une fois encore paradoxal, mais le fait que la femme se trouve être la seule représentante, par le biais de son corps, de la castration, semble la rendre toute puissante dans l'inconscient masculin. Freud utilise l'exemple de la vierge comme représentante de cette toute puissance. Il y aurait dans la crainte de l'homme du premier rapport sexuel pour la vierge quelque chose qui le met en danger. Freud dit que ce danger c'est « *la sexualité incomplète de la femme [qui] se décharge sur l'homme qui lui fait connaître le premier acte sexuel*²²⁴. » Nous sommes donc bien dans le paradoxe. Nous sommes partis d'un manque pour en arriver à un trop plein de puissance explosive. Nous pensons à ces mères qui se montrent toutes puissantes vis-à-vis de leur enfant, de leur éducation, elles disent savoir ce qui est bien pour eux. Ce sont souvent des mères qui se disputent avec l'institution (elle aussi positionnée en tant que mère parfois toute puissante) la garde de l'enfant. Cette ambivalence impuissance/toute puissance est en lien selon nous, encore une fois, avec cette régression de la mère qui, n'étant plus apaisée et pacifiée par l'œdipe, devient toute puissante, plus rien ne la limite.

Nous pensons à cette mère qui retire puis réinscrit son fils au sein de l'établissement, en nous disant que nous sommes incapables de l'aider, que nous ne savons pas ce qui est bien pour lui. Cette mère qui fait suivre son fils en psychothérapie en le filmant avec le concours de la neuropsychologue, pour tout voir, tout entendre, ne pas manquer et manifester peut-être par ces attitudes la toute-puissance, fonctionnement voyeur qui renvoie aussi à un trait de la perversion qui s'exprime dans ce cas comme

²²³ P-L Assoun, id, p.224

²²⁴ S. Freud, (1914) « *Contributions à la psychologie de la vie amoureuse* », in « *La vie sexuelle* », Paris, éd. PUF 1969, p.78

mécanisme de défense. Question à creuser car comme le dit P-L. Assoun : « *la conjonction perversité et féminité doit s'entendre comme l'indice d'une sorte d'affinité structurelle, les deux bords de l'effet de Méduse. C'est comme si l'expérience analytique, si défaillante à isoler la structure « femme » dans l'inconscient, se surprénait en train de recourir au langage d'une structure du manque : soit la structure perverse. On comprend à cette occasion l'alliance objective qui peut s'instaurer entre la stratégie perverse et certains enjeux essentiels de la féminité*²²⁵ » Cette idée de la femme perverse est à explorer davantage, car à priori la perversité existe surtout chez l'homme, idem pour le lien morbide à des objets fétiches.

La femme serait perverse par rapport à la castration et au lien qu'elle entretient avec elle. Elle se montrerait donc perverse aussi avec son enfant puisque, avec son handicap, il représente une castration impossible à accepter. En effet, son corps en situation de handicap représenterait symboliquement et ferait écho à son manque à elle, son incomplétude difficilement acceptée par le passé et dramatiquement réactualisée par l'annonce du handicap.

La question qu'il faut donc se poser est celle de savoir comment la femme se positionne elle-même par rapport à la castration. Il s'agit de comprendre comment elle se rapporte à la castration comme liée à son être propre. Comme nous l'explique P-L. Assoun : « *Ce qui est à penser, c'est effectivement la possibilité pour l'inconscient de la femme de souscrire à cette forme de désappropriation, non seulement pour y trouver à l'occasion du plaisir, mais de telle sorte que son identification passe par là*²²⁶. » Il rajoute quelques lignes plus tard que : « *La seule expérience de la castration passe par l'image du corps castré de la mère dans le fantasme de la petite fille. À partir de là, la question va se poser à la petite fille d'avoir à situer son désir propre par rapport à ce manque, en tant qu'il lui serait imputable par l'homme et par elle-même*²²⁷. » Ce n'est pas parce que la femme a un lien étroit à la castration que cela nous explique ce que cela signifie pour elle d'être châtrée. C'est à partir de là qu'il faut théoriser autour de la femme châtrée. Pour expliquer cet étrange rapport entre la femme et la castration, P-L. Assoun crée un parallèle avec le fonctionnement de l'homme pervers. C'est là que cela devient intéressant pour nous. En effet, nous pouvons essayer de trouver des analogies entre le fonctionnement de l'homme pervers et les traits maternels pervers que nous rencontrons dans notre clinique.

²²⁵ P-L Assoun, « *Freud et la femme* », Paris, éd. Petite Bibliothèque Payot, 2003, p.236

²²⁶ P-L Assoun, « *Freud et la femme* », Paris, éd. Petite Bibliothèque Payot, 2003, p.232

²²⁷ Ibid.

Freud nous explique que pour la petite fille, tout se joue lors du premier regard sur le corps de la mère châtrée : « *elle sait qu'elle manque et va se lancer dans l'escalade, de la plainte, de la privation à l'envie de revanche tout se détermine dans cette perception*²²⁸. » Ce premier regard porte, nous l'avons bien compris, sur le réel du manque. La relation de la future femme et mère face au manque et à la castration dépend de ce moment de découverte sidérante. Il y a sans doute un lien entre cette annonce et la future position féminine et maternelle et peut-être aussi un lien avec l'annonce du handicap de l'enfant. S'il s'agit d'une annonce sidérante, d'une découverte qui pétrifie, nous pouvons dire la même chose de l'annonce du handicap de l'enfant, un peu comme pour Freud dans la théorie de l'après coup, un événement marquant et traumatisant reste en « stand-by » jusqu'à ce qu'un deuxième événement vienne faire écho et faire surgir le symptôme ? Castration maternelle et castration liée au handicap de l'enfant seraient donc en lien.

Nous comprenons peut-être désormais différemment certains propos des mères. Or, il arrive quasiment tout le temps que les familles, notamment les mères qui sont en première ligne par rapport à la prise en charge, nous fassent le compte rendu de l'annonce du handicap de leur enfant. Cette annonce se fait parfois à la naissance pour les atteintes génétiques, mais bien souvent un peu plus tard pour les pathologies de type autisme ou psychose infantile qui sont bien plus nombreuses. Une découverte tardive comme celle de la petite fille qui découvre tardivement que sa mère n'a pas de pénis c'est à ce niveau que se nichent des liens et des analogies. Elles nous racontent quelque part l'histoire de leur premier regard sur leur enfant, médiatisé par la parole du savant médecin, ô combien douloureuse ! Notre proposition de lien est ici, entre la découverte silencieuse de la castration de jadis, portée sur le corps de la mère, et cette nouvelle castration trop « parlée », portée par le corps de l'enfant. Force est de constater que nous nous confrontons à des récits très douloureux, selon lesquels aucun médecin n'aurait su avoir du tact, n'aurait su avoir des paroles contenantes. Sans juger la carapace protectrice des médecins qui pourrait justifier d'une parole qui frôle parfois de près le réel, la question que nous nous posons est autre. Serait-il possible que ce premier regard, entre la mère et l'enfant puisse être en lien avec le premier regard de la fille envers sa propre mère ? Dans ce cas, il y aurait un retour en arrière à ce moment précis avec une impossible représentation du manque ; car alors que la petite fille se retourne vers le père pour avoir ce que la mère ne peut pas lui donner, dans notre clinique c'est

²²⁸ P-L Assoun, id, p.233

impossible car le père n'y est plus, la mère de l'enfant se retrouve seule.

C'est l'impossible représentation qui fait le lien avec la perversité et avec le féminin. Freud nous l'explique bien, le pervers ne refoule pas l'affect comme le névrosé mais il en dénie la représentation. Lorsqu'il se trouve confronté à la castration de la mère, il ne peut tout simplement pas admettre que sa mère soit manquante. Pouvons-nous dire que ce déni est le même que celui des mères qui n'acceptent pas le handicap de leur enfant, à l'instar peut-être de la non-acceptation de la castration de leur mère de la part de sujets pervers ? L'attitude de certaines mères, qui semblent perverses, ne serait donc pas liée à une structure perverse mais tout simplement au conflit du féminin avec le désir, le phallus et le manque de la mère. Ce conflit agissant sur le fond de l'être féminin serait révélé violemment par l'annonce du handicap.

Le récit d'une mère souffrante nous revient à l'esprit et étaye cette hypothèse. Lors d'un premier entretien, Madame nous explique comment lui fut annoncée la trisomie de sa fille. « *Je viens d'accoucher, on me prend ma fille et on l'amène pour les visites de routines. Le temps passe et personne se pointe. Je commence à m'inquiéter. Au bout d'une heure, la porte s'ouvre et quelqu'un pousse le couffin de la petite à l'intérieur de la chambre sans rentrer dans la pièce. Je ne vois personne et j'entends une voix de femme (l'infirmière, celle qui soigne, un ersatz de mère, et, fait intéressant encore une fois, les hommes se « font la malle ») qui dit : « votre fille a un problème génétique un médecin passera vous expliquer . » Pendant 24 heures aucune nouvelle ne m'est donnée jusqu'au moment où un médecin vient et m'explique que ma fille est trisomique et qu'elle aura besoin de soins spécifiques, d'éducation spécialisée, de prises en charge multiples, qu'elle ne sera jamais normale. » « Ces 24 heures ont été les pires de ma vie » ajoute-t-elle. Cette mère, 8 ans après nous donne l'impression d'être encore sidérée lorsqu'elle nous raconte cet événement comme si 8 ans n'étaient jamais passés. Nous sommes bien dans le manque, dans l'impossible admission d'une défaillance. L'annonce elle-même est manquante, elle manque d'un regard qui contient, elle manque d'une voix pacifiante. Tout se fait de façon sidérante, traumatisante, au même titre, peut-être, que la découverte par la petite fille du corps châtrée de sa mère. « *La mère serait, comme mère totale de l'origine, objet de la Sehnsucht (nostalgie) fondamentale de la femme*²²⁹. » La nostalgie, cette sensation que parfois les adultes ressentent en regrettant ces moments où il n'y avait que du bien-être, de la plénitude et de la complétude. Nostalgie qu'on retrouve dans le discours des mères, lorsqu'elles parlent d'un avant,*

²²⁹ P-L Assoun, id, p.234

souvent imprécis, où tout allait bien. Nostalgie d'un moment d'avant durant lequel l'annonce et le handicap n'étaient pas encore là.

Nous entendons souvent dans les discours parentaux une sorte de clivage entre l'avant et l'après naissance de l'enfant en situation de handicap, comme si le temps, qui auparavant suivait son cours normal, s'était tout à coup figé. Cet avant est celui qui correspond, comme le discours des mères semble le dire, au temps avant la naissance de l'enfant ou bien, et c'est plus archaïque encore, cela correspond à cette époque ante séparation ou elles étaient dans l'illusion de la complétude avec leur propre mère.

Cette impression d'immuabilité se traduit par beaucoup de faits cliniques, par exemple dans la volonté marquée de donner à l'enfant une place d'enfant même lorsqu'il devient adulte. Il y a toujours du « double » dans le discours des mères que nous rencontrons, une ambiguïté dans les positions inter et intra générationnelles. Ainsi dans le marasme fusionnel que la souffrance engendre nous avons parfois du mal à comprendre qui est la mère et qui est le fils, qui est l'homme et qui est la femme, adulte ou enfant, normal ou en situation de handicap, castré ou pas et ainsi de suite. L'ordre symbolique n'est pas clairement établi ce qui est logique car c'est l'œdipe qui le met en place et dans ce que nous décrivons l'œdipe saute.

« La femme serait donc bien au confluent d'un double manque celui de la mère et le manque phallique, en sorte que l'un serait métaphore de l'autre²³⁰. » Une fois encore si la femme conflue ce double manque, c'est d'autant plus facile pour elle à la différence de l'homme de passer du manque phallique (œdipe) au manque de la mère (pré-œdipe).

L'enfant en situation de handicap serait donc à situer comme représentant d'une deuxième castration pour la mère qui ferait écho à la première et prendrait la place de phallus aux yeux de la mère. Cette incomplétude corporelle de la femme ne peut-elle pas faire le lien ou faire écho à l'incomplétude du corps de l'enfant en situation de handicap ? L'exemple de la vierge chez Freud nous semble être très intéressant car cela introduit une fois encore le lien au sexuel, qui n'est pas sans nous rappeler l'aspect fusionnel de la relation mère/enfant. En lisant le texte de Freud intitulé « *le tabou de la virginité* », nous pouvons faire encore des liens supplémentaires pour essayer de comprendre cette relation. Dans cet article, Freud nous explique le tabou de la virginité dans les différentes cultures. Pour certains peuples, la virginité de la femme est indispensable pour un bon mariage. Freud voit dans cette requête rien d'autre qu'une

²³⁰ P-L Assoun, id, p.234

prolongation logique du droit de possession exclusive d'une femme par l'homme qui constitue l'essence de la monogamie. L'homme se réserve donc le droit de posséder la femme et d'en avoir l'exclusivité. Le mot possession est un mot que nous retrouvons régulièrement dans notre clinique. En effet, lorsque nous travaillons avec des personnes en situation de handicap mental, nous assistons bien souvent à des relations qui se mettent en place sur le modèle sujet/objet. L'enfant en situation de handicap semble être bien souvent un objet possédé par les parents et/ou l'institution. Souvent, nous entendons dans les couloirs de l'institution et dans le discours familial : « *envoie-le, amène-le moi, je l'inscris, etc.* », paroles qui reflètent une destitution du « JE » en faveur d'un « IL », du sujet à l'objet en quelque sorte. Les jeunes entre eux aussi se considèrent bien souvent comme des objets.

Un objet assujéti au désir du grand Autre maternel et institutionnel. Dans ce texte freudien le mot « *sujétion* » est utilisé. Freud nous explique que chez la femme se forme un état de sujétion suite au premier rapport sexuel qui la suivra tout au long de sa vie. « *Celui qui a apaisé le premier désir amoureux de la jeune fille, longtemps et péniblement retenu, et a vaincu, de ce fait, les résistances qu'avaient érigées en elle les influences de son milieu et de son éducation, celui-là établit avec elle une liaison durable qui ne pourra plus s'établir avec aucun autre homme. Sur la base de cette expérience, la femme entre dans un état de sujétion qui garantit sa possession permanente et tranquille et la rend capable de résister aux impressions nouvelles et aux tentations étrangères*²³¹. » Nous essayons de faire le lien entre l'état de sujétion que la femme va ressentir à partir de ce moment-là et celui qu'elle impose à l'enfant en situation de handicap. Paradoxe une fois encore du fonctionnement féminin, elle est assujétiée à l'homme qui l'a déflorée, elle tient l'homme sous sa sujétion par le biais du sexe, et l'enfant par rapport à son positionnement de mère dans son fonctionnement fusionnel que le handicap impose. La sujétion sexuelle est une expression qui sert à décrire le fait qu'une personne peut se retrouver dans un état d'assujétissement et de dépendance vis-à-vis d'une autre, notamment lorsqu'elle entretient avec celle-ci des rapports sexuels. Cette sujétion qui est celle que l'on retrouve normalement dans un couple et qui, selon Freud est garante de la monogamie et de la longue durée des mariages, peut-elle s'appliquer aussi à la relation entre mère et enfant ? Nous pensons que oui, dans la mesure où nous observons souvent dans une famille où il y a un sujet en situation de handicap, des équilibres rompus et une confusion des rôles. De plus, cette

²³¹ S.Freud, « *Le tabou de la virginité* », document électronique,
<http://www.megapsy.com/Textes/Freud/biblio032.htm>

idée d'un moment inaugural (le premier rapport sexuel) dont la fille portera à tout jamais une trace nous renvoie encore à ce fonctionnement typiquement féminin qui est celui de ne jamais véritablement en finir, comme pour l'œdipe. Puisque ce n'est pas fini, elle peut, selon nous, plus facilement régresser.

Freud nous dit que « *cette sujétion peut incidemment mener très loin, jusqu'à ce qu'on perde toute indépendance de la volonté et jusqu'à ce qu'on tolère de sacrifier, le plus sévèrement son propre intérêt*²³². » N'est-ce pas exactement ce que nous retrouvons dans notre clinique ? Des mères qui sacrifient leur travail, leurs intérêts, leur mariage, leur famille pour s'occuper de l'enfant largement au-delà de ses véritables besoins. Alors que pour Freud la sujétion est celle que l'homme impose à la femme, dans notre clinique ce serait celle que la mère impose à l'enfant mais aussi peut-être celle que l'enfant et son handicap imposent à la mère.

Nous nous confrontons justement dans notre clinique à des relations mère/enfant où l'indépendance disparaît, l'autonomie de l'un et/ou de l'autre n'est pas possible, où le sacrifice devient le maître mot de la relation et du fonctionnement familial. Freud rajoute que : « *la sujétion est incomparablement plus fréquente et plus intense chez la femme que chez l'homme, et chez celui-ci, d'autre part, elle est plus fréquente de nos jours qu'elle ne le fut dans l'antiquité*²³³. » Cette question de la sujétion et du déplacement de cette sujétion peut légitimement se poser encore de nos jours. En effet, nombreuses sont les fois où nous avons vu la sujétion se déplacer sur l'enfant, cette dépendance affective en lien avec le sexuel qui existe entre la femme et l'homme semble balayée par le handicap de l'enfant. Est-ce une des raisons des nombreux divorces au sein des couples ayant des enfants en situation de handicap ?

La dernière partie à laquelle nous nous intéressons est celle qui concerne la place de la femme dans la « Kultur », là aussi, avec Freud et P-L. Assoun nous avons un aperçu de toute l'ambiguïté de la femme et de la Kultur à son égard. Trois paragraphes nous intéressent plus particulièrement. Dans le premier, il est dit que la femme est un frein à la civilisation : « *les femmes ne tardent pas à contrarier le mouvement civilisateur. Et pourtant ce sont ces mêmes femmes qui, à l'origine, avaient établi la base de la civilisation, grâce aux exigences de leur amour*²³⁴. » À l'instar des mères que

²³² S.Freud, « *Le tabou de la virginité*, » document électronique,
<http://www.megapsy.com/Textes/Freud/biblio032.htm>

²³³ Ibid.

²³⁴ P-L Assoun, « *Freud et la femme* », Paris, éd. Petite Bibliothèque Payot, 2003, p.267

nous rencontrons et qui par un trop plein d'amour et de protection freinent l'accès à l'autonomie de leur enfant, tout en prônant l'importance pour eux de grandir et d'apprendre à faire seul. L'une d'entre elles nous dira qu'elle veut que sa fille puisse avoir un travail mais qu'elle ne veut pas qu'elle prenne le bus pour s'y rendre. Nous lui signalons avec beaucoup de délicatesse et d'humour l'importance de se mettre un peu à distance de sa fille afin de lui laisser la place de grandir et de se mouvoir (et de monter dans le bus !) et elle se fâche contre l'institution en nous disant que nous voulons prendre sa place. Erreur de jeune clinicien !

« *La femme se voyant ainsi reléguée au second plan par les exigences de la civilisation, adopte envers celle-ci une attitude hostile*²³⁵. » Voilà pourquoi dans notre tentative de « *civiliser* », dans le sens d'apprivoiser dans un premier temps pour ensuite aider à l'intégration, rendre la personne en situation de handicap sujette de son désir, et porteuse d'une demande subjective, nous nous confrontons bien souvent à une mère qui, sans s'en rendre compte, prise par son ambivalence, totalement assujettie à son symptôme, rame dans la direction opposée à la nôtre.

In fine, il y a un dernier paragraphe avec lequel nous pouvons faire le lien. Dans cette partie Freud définit le « tissage » comme l'emblème de la femme. Il avance que la femme qui n'a que faiblement contribué aux inventions de l'histoire de la civilisation, est tout de même l'inventrice du tissage, du tressage. Il émet l'hypothèse qu'elle a inventé le tissage pour cacher sa nudité, pour cacher son rien ou son manque pour ainsi dire. Bien entendu en le cachant, elle obtient exactement l'effet inverse à savoir attirer davantage le regard sur la zone cachée. Le manque, ainsi caché, deviendrait un trésor de charmes, un endroit à découvrir. N'est-ce pas ce que font les mères des jeunes en situation de handicap, parler encore et toujours de l'objet du symptôme afin de cacher le sujet ? Ceci dans un mouvement répétitif qui semble inébranlable. C'est la mère de Sylvie lorsqu'elle exige que sa fille mette des lunettes.

« *Mais simultanément, le tissage oppose à ce manque un patient travail de réparation*²³⁶. » Est-ce la réparation narcissique de l'autre, et donc de soi-même que les parents et certains professionnels semblent rechercher dans la prise en charge des enfants en situation de handicap ? « *N'est-ce pas ce lien mystérieux entre le manque et l'Éros qu'incarne Pénélope, reprenant l'ouvrage à zéro, comme pour ré-expérimenter son vide, en attendant un homme, mais se remettant au travail, à chaque journée de sa*

²³⁵ P-L Assoun, id, p.268

²³⁶ P-L Assoun, « *Freud et la femme* », Paris, éd. Petite Bibliothèque Payot, 2003, p.279

vie de femme pour retisser et ré-tresser le lien ? Aussi bien entrevoit-on la racine clinique de ce vouloir qui défait sans cesse les œuvres du désir, mais se reprend en nouvelles œuvres²³⁷ » L'amour fusionnel, la plainte, la souffrance, l'éternel recommencement, la recherche de l'homme parfait ; ne s'agit-il pas des symptômes principaux que nous retrouvons dans notre clinique mère/enfant en situation de handicap?

Après avoir analysé l'approche du féminin par Freud confrontons le dans les pages suivantes avec l'approche lacanienne.

²³⁷ P-L Assoun, id., p.279

2.7) De la mère idéale à la femme objet du désir

« Et comme il savait que tout le monde le regardait, il prit cruellement conscience de son visage et sentit, presque avec épouvante, que ce qu'il avait sur le visage c'était le sourire de sa mère ! Il le reconnaissait plaqué sur ses lèvres et n'avait pas le moyen de s'en débarrasser. Il sentait que sa mère était collée sur son visage, qu'elle l'enveloppait comme la chrysalide enveloppe la larve à laquelle elle ne veut pas reconnaître le droit à sa propre apparence²³⁸ »

En continuant notre travail de lecture et de recherche autour des différents auteurs qui ont travaillé la question du féminin, nous nous apercevons que beaucoup d'œuvres littéraires sont consacrées à un travail de reprise et de ré-actualisation des anciens travaux notamment ceux de Freud et de Lacan. Dans les pages qui vont suivre, nous allons justement nous intéresser à un ouvrage qui est consacré au féminin, en analysant l'approche de ces deux grands maîtres. L'intérêt pour nous sera également de faire le lien, d'observer le passage de l'un à l'autre, afin de se rendre compte que Lacan dans son retour à Freud a conceptualisé une approche du féminin totalement différente, comme le sous-entend notre titre. Nous pourrions également essayer d'en saisir les différences et les analogies de la même manière que nous l'avons fait avec le Surmoi. Ceci nous permettra de voir que l'approche de notre hypothèse colle beaucoup plus à l'approche lacanienne du féminin. Avant de passer à Lacan, il nous semble important de donner encore quelques précisions concernant la pensée du maître viennois. Dans son ouvrage : « *la question féminine de Freud à Lacan, la femme contre la mère* », M. Zafiropoulos s'attache justement, comme le titre l'évoque, à pointer la grande différence qu'il y a entre une mère et une femme. Nous devons nous intéresser à cette question parce qu'il faut justement comprendre quels sont les enjeux pour l'une et pour l'autre afin de les resituer dans notre contexte clinique et de comprendre à qui nous nous adressons lorsque nous sommes en face de nos patientes. Sont-elles des femmes ? Sont-elles des mères ? Les deux ? Est-ce qu'une position prend le dessus sur l'autre ? Est-il possible, à l'instar de ce que nous postulons pour le Surmoi, de passer psychiquement d'une position à l'autre ?

Nous avons déjà parlé, et c'est l'objet même de notre thèse, de l'impasse freudienne, de cette partie obscure de la théorie du féminin, nous allons donc voir comment Lacan a travaillé autour de cette impasse. L'hypothèse de M. Zafiropoulos (qui a déjà été reprise par d'autres auteurs) est que Freud lui-même n'était pas réellement

²³⁸ M. Kundera, « *La vie est ailleurs* », Paris, Gallimard, "Folio", 1973, p.222

convaincu de son approche du féminin. La célèbre question posée à Marie Bonaparte : « *que veut la femme ?* » semble témoigner de ce doute qui l'habite. « *Lui-même (Freud) n'était pas véritablement convaincu par la sorte d'axiome qui tout au long de ses recherches l'a amené à indiquer que la situation féminine par excellence s'installait à l'issue de l'œdipe, via le désir du pénis ou de l'enfant. C'est-à-dire, in fine, par une identification idéale à la mère dans le domaine de l'avoir*²³⁹. » Il y a deux aspects qu'il nous semble important de reprendre. Le premier est la question de l'installation du féminin. Pour Freud, cela se situe à l'issue de l'œdipe, mais selon cet auteur et Lacan, il pourrait y avoir une femme pré-œdipienne, qui est celle dont nous parlons depuis le départ de ce travail. Le deuxième point qui mérite notre attention est celui de la mère idéale. S'il y a une identification à une mère idéale, nous pouvons bien comprendre en quoi la naissance d'un enfant en situation de handicap peut venir détruire cet édifice fantasmatique et de notion d'idéal du Moi et obliger la mère à régresser à un moment antérieur, pré-oedipien, où il n'y a plus d'identification à une mère idéale mais plutôt à une mère toute puissante, pas limitée par la métaphore oedipienne. Cliniquement, nous rencontrons des mères qui sont dans une position du type « *mère parfaite* » donc idéale, mais du côté du Moi idéal forgé sur le modèle du narcissisme infantile primaire et non sur l'idéal du Moi modèle qui tient compte de l'altérité et de l'identification à l'autre. C'est donc une mère tout puissante, savante qui détient une vérité, et qui se presse de la dire à tout le monde.

Nous pensons à cette grand-mère d'enfant autiste qui, participant à un groupe de parole destiné aux familles, n'arrête pas de prendre la parole pour dire à une autre maman à quel point elle fait mal son travail, à quel point justement elle n'est pas idéale. Voici les propos de cette grand-mère : « *Mais pourquoi avez-vous accepté que votre fils prennent des médicaments ? Mais pourquoi ne vous êtes-vous pas battue pour permettre à votre fils de rester dans le milieu ordinaire ? Mais pourquoi ? Mais pourquoi ?* » Elle lui demande, pour résumer, pourquoi êtes-vous défaillante ? Pourquoi ignorez-vous quelque chose qui est pourtant simple ? Pourquoi n'êtes-vous pas parfaite comme moi ? Elle s'adresse aussi à l'institution en en disant tout le mal possible, et en se positionnant tout au long de la séance comme celle qui sait face à ceux qui ne savent pas. À plusieurs reprises d'ailleurs, elle nous questionne sur les raisons pour lesquelles nous ne nous formons pas à des méthodes cognitivistes de conditionnement de type A.B.A. ou TEACH. La mère idéale, l'éducation idéale, la méthode de programmation idéale autant

²³⁹ M.Zafiropoulos, « *La question féminine de Freud à Lacan* », Paris, éd. PUF, 2010, p.14

de moyens de ne pas se frotter à la question du désir ou de taire le symptôme en niant par là le sujet et son inconscient. C'est bien là l'enjeu du problème, le désir n'y est pas, il n'y a que de l'idéal, voilà donc le lien avec notre titre. C'est pour cela que dès que nous entendons Freud parler de mère idéale, nous faisons un lien avec ce type de situation. Par ailleurs, nous assurons un suivi individuel à la fille de cette grand-mère (et donc à la mère de l'enfant autiste) depuis un an et demi. Durant cette période, l'enjeu du travail a été justement de l'aider à prendre de la distance par rapport à ce grand Autre intrusif qui ne supporte pas la castration et qui se positionne en tant que perfection et à cause duquel il nous semble difficile pour la mère d'avoir sa propre subjectivité.

La mère freudienne, la mère idéale serait donc semblable aux mères que nous rencontrons dans notre clinique ? La question est légitime surtout quand on s'attarde sur la description freudienne de la mère idéale. Rappelons-nous, Freud en 1929 la décrit comme : « *retardatrice et freinatrice*²⁴⁰. » Elle retarde et elle freine donc le développement de la civilisation. Combien de fois nous est-il arrivé de penser que certaines mères, souvent d'ailleurs celles citées ci-dessus, semblent retarder et freiner le développement de l'enfant ! M. Zafirooulos reprend Freud en pointant une contradiction majeure à savoir que : « *c'est bien le désir des femmes qui constitue pour tous les spécialistes des sciences sociales d'aujourd'hui, l'un des moteurs les plus décisifs des mutations des sociétés occidentales*²⁴¹. » Cette remarque fait écho en nous au célèbre adage « *derrière chaque grand homme se cache une femme*²⁴² »

Nous sommes tout à fait en accord avec la position des spécialistes des sciences sociales, alors pourquoi avons-nous cette sensation d'être en face de la femme freudienne idéale lors de nos rencontres cliniques ? Pouvons-nous avancer l'hypothèse que le handicap, le trauma, ferait basculer la femme de la position de femme objet du désir à celle de mère idéale freudienne ? Une étude plus précise des deux positions nous donnera peut-être une réponse. Ce qu'il faut retenir c'est qu'il y a une véritable différence entre les deux approches. Si pour Freud la femme en devenant mère devient idéale, pour Lacan la vraie femme se situe exactement à l'inverse de la mère. Qu'en est-il pour les mères de notre clinique ? Cette différence, nous allons l'analyser grâce à l'ouvrage de M. Zafirooulos.

²⁴⁰ S.Freud, (1929) « *Malaise dans la culture* », Paris, éd. PUF, 1995, p.46

²⁴¹ M.Zafirooulos, « *La question féminine de Freud à Lacan* », Paris, éd. PUF, 2010, p.15

²⁴² Gabriel-Marie Legouvé

2.7.a) La position Freudienne

Reprenons donc l'ouvrage de Zafirooulos pour éclaircir la position de Freud concernant le féminin. Freud considère que « *l'étiollement intellectuel* » des femmes dépend de leur éducation, des conditions sociales dans lesquelles elles vivent (nous en avons déjà amplement parlé dans les paragraphes précédents), conditions qui par ailleurs ne sont plus valables aujourd'hui où la position de la femme dans la société est radicalement différente. Ceci nous intéresse d'ailleurs moins. Nous nous attachons surtout à un deuxième point qui concerne notre recherche. Il s'agit du don pour la sublimation, des exigences du Surmoi et du sens de la justice qui seraient, selon Freud, inférieurs chez la femme par rapport à l'homme. Freud pense que cette différence entre l'homme et la femme réside dans leur différence anatomique. Dans notre thèse nous soutenons l'inverse, notamment en ce qui concerne les exigences du Surmoi qui nous semblent être plus fortes chez la femme que chez l'homme. Le destin ne nous semble pas uniquement dicté par l'anatomie. Il y a autre chose. Freud est beaucoup plus prolix concernant l'explication autour de la sublimation qu'autour d'un Surmoi moins exigeant chez la femme. En ce qui concerne la sublimation, nous y revenons brièvement parce que cela nous semble important même si ce n'est pas proche de notre recherche, mais nous observons tout de même que la capacité à sublimer dans ce type de clinique est diminué, la sublimation comporte la capacité à détourner sa pulsion sexuelle vers quelque chose de socialement plus valorisant, alors que dans notre clinique la libido ainsi que les pulsions agressives sont entièrement destinées à l'enfant ou à la mère.

Freud situe cette incapacité de la femme à sublimer notamment dans le fait qu'il la définit comme porteuse des intérêts sexuels de l'humanité. « *L'expérience nous montre que les femmes auxquelles le don de la sublimation de la pulsion n'échoit en partage que dans une faible proportion, en tant qu'elles sont les porteuses des intérêts sexuels de l'humanité, les femmes qui peuvent sans doute se satisfaire d'un nourrisson comme substitut d'objet sexuel, mais ne peuvent se satisfaire d'un enfant qui grandit*²⁴³. » Nourrisson comme substitut d'objet sexuel, nous en revenons au fétiche. Ce que nous explique Freud, c'est que la culture, la civilisation (de l'époque du moins) attendent une seule chose de la femme: c'est qu'elle mette au monde des enfants. La culture pour reprendre M. Zafirooulos veut que « *la femme ne s'occupe pas de la culture*²⁴⁴. » Elles doivent en quelque sorte porter les intérêts sexuels de l'humanité et s'occuper des

²⁴³ S. Freud, (1908), « *La morale sexuelle civilisée et la maladie nerveuse de temps modernes* », in document électronique, <http://www.megapsy.com/textes/freud/biblio021.htm>

²⁴⁴ M.Zafirooulos, « *La question féminine de Freud à Lacan* », Paris, éd. PUF, 2010, p.30

enfants, donc elles ne peuvent pas s'occuper de la culture. « *Du coup, on comprend aussi que pour Freud il puisse aller de soi que la mère constitue l'idéal de la femme, puisque cet idéal n'est pas particulièrement exigeant en capacité sublimatoire*²⁴⁵. » Et c'est cet idéal de mère qui est mis à mal par le handicap de l'enfant.

Nous pouvons faire un lien clinique avec ces mères qui « *surphallicisent* », pour ainsi dire, l'enfant en situation de handicap et qui ne veulent pas les voir grandir, ou alors qui « *obsessionnalisent* » la prise en charge dans le but de combler tout manque. Elles font preuve d'un manque total de sublimation. En ce qui concerne le Surmoi, M. Zafirooulos n'est pas plus explicite que Freud, il le reprend en disant que le défaut du Surmoi chez la femme tient de la différence anatomique des sexes et de la différence dans le passage de l'œdipe.

Dans le chapitre suivant, où Freud essaye d'analyser la femme dans la mythologie, nous pouvons nous rendre compte qu'une grande différence se met en place entre Freud et Lacan. Selon Freud, et en lien avec les connaissances de l'époque, l'incarnation de la mère idéale est une déesse comme pourrait l'être la Diane des Ephésiens, ou la Vierge Marie et d'autres exemples qu'il prend pour justifier ses propos. Ce qui veut dire que Freud, pour justifier son concept de mère idéale, essaie de mettre en place une théorie du matriarcat. À l'origine, il n'y aurait pas eu un père mais une mère. Lacan aussi pendant un temps l'a cru. « *Si Lacan a cru en l'existence d'un matriarcat jusqu'à 1938, on comprend bien aussi que Freud ait cru apercevoir les traces sociales d'une grande déesse maternelle à Éphèse. Mais pour ce qui concerne la recherche psychanalytique d'aujourd'hui, et puisque l'on sait, grâce aux travaux d'autres spécialistes en sciences sociales, que cette théorie des matriarcats préalables à l'existence du patriarcat est une théorie fautive*²⁴⁶. » Nous prenons la peine de faire cette citation pour clarifier que ce n'est pas la mère qui est idéalisée, mais plutôt qu'il s'agit de l'idéalisation du père à travers l'œdipe et en lien avec le père archaïque mort des religions monothéistes. Ce qui ne veut pas dire que la mère n'existe pas au niveau inconscient, au contraire elle est bien présente, voire omniprésente, et le sujet peut s'extraire de cette omniprésence grâce notamment à la loi du père mort. La loi du père ? Ce qui semble manquer dans notre clinique ou le père n'a pas ou très peu d'existence dans l'inconscient de l'enfant et de la mère. Par conséquent, sans père nous sommes à nouveau du côté d'un matriarcat tout puissant.

²⁴⁵ M.Zafirooulos, id., p.33

²⁴⁶ M.Zafirooulos, id., p.49

« *Du coup, et si l'on doit rapidement situer la place d'une puissance maternelle dans la structuration subjective, nous dirons grossièrement qu'il faut l'apercevoir au lieu même de l'image de la mère surmoïque que Lacan décrit depuis les complexes familiaux*²⁴⁷. » Il parle d'une puissance maternelle, ce qui fait écho au paradoxe puissance/impuissance dans l'attitude maternelle que nous rencontrons dans notre clinique. Vingt ans plus tard il parlera de la « *mère-chameau* » une représentation de la mère-jouissance qui menace précisément la vie même de tout sujet symboliquement constitué. L'image de la mère chameau c'est notamment la figure de la langue pendante de l'animal comme signifiant de l'avidité orale de la mère à l'égard de son enfant, contre laquelle chaque névrosé construit de manière défensive son fantasme. Par ailleurs, nous constatons que si le névrosé se défend de cette attitude, le psychotique lui, semble la subir, voire même la provoquer. Il est intéressant de remarquer à quel point les enfants et adolescents en situation de handicap peuvent être embrassés très souvent sur la bouche par des membres de leur famille, et parfois même par des professionnels qui se positionnent dans un rôle de mère chameau réparatrice qui surprotège. À titre d'exemple institutionnel, qui peut mettre en évidence ce phénomène d'avidité orale nous avons eu de longues réunions au sujet d'un jeune homme (de 20 ans) à qui on faisait la bise à chaque fois qu'il le demandait. Il pouvait embrasser et demander des câlins plusieurs dizaines de fois dans la journée. Cela n'a pas été facile de faire cheminer l'équipe afin qu'elle prenne conscience du caractère peu anodin de cette attitude. Ce jeune homme avait beaucoup de mal à structurer le temps, lui faire la bise uniquement le matin pour se dire bonjour et le soir pour lui dire au revoir l'a aidé dans ce sens d'une part et a mis un frein à cette avidité orale institutionnelle.

En revenant sur l'œuvre de Freud analysée par Zafirooulos, notre attention se porte sur le chapitre consacré à la femme dans la mythologie freudienne, plus particulièrement quand cet auteur ré-interroge la figure de la femme dans l'antiquité gréco-romaine. Dans cette culture, il est question « *d'une mère barbare, sans nom, hors généalogie olympienne, c'est-à-dire d'une mère exigeant de son fils un amour violent et incestueux, le conduisant à l'automutilation, à la folie ou à la mort*²⁴⁸ » et encore : « *la mère des dieux en Grèce antique, une figure précise de la mère qui veut jouir de son fils, et contre laquelle il se défend par l'automutilation, ou toute autre forme de démasculinisation lui permettant d'échapper à cette volonté de jouissance de la mère originelle, forcément rejetée, et d'où le sujet pour se constituer, tout comme la cité, doit*

²⁴⁷ M.Zafirooulos, « *La question féminine de Freud à Lacan* », Paris, éd. PUF, 2010, p.50

²⁴⁸ M.Zafirooulos, « *La question féminine de Freud à Lacan* », Paris, éd. PUF, 2010, p.52

*se tenir éloigné*²⁴⁹. » Nous avons de nombreux exemples cliniques que nous pouvons citer pour mettre en avant une certaine analogie entre cette mère archaïque et celles que nous rencontrons dans la clinique. Comme si cette image archaïque qui sommeille en chaque femme s'était tout à coup réveillée et resurgissait de l'inconscient pour imposer à l'enfant en situation de handicap ce type de relation incestueuse. De plus que dire de ces sujets psychotiques qui s'automutilent ?

Mais voici une vignette clinique non exhaustive qui peut faire le lien avec cette idée de démasculinisation. Nous avons assuré le suivi pendant un an et demi d'un jeune homme diagnostiqué T.E.D (trouble envahissant du développement). Nous l'appellerons Léo. Il a 14 ans. Il est très maniéré et très efféminé. Léo nous raconte à plusieurs reprises son dégoût pour les poils, pour les rots et les pets autant de signifiants qui semblent renvoyer davantage aux attitudes des garçons plutôt qu'aux filles. L'image du garçon ou de la virilité est repoussée avec véhémence. Un jour, il nous raconte qu'il voudrait se faire « *couper le zizi* » pour être comme une fille. Il le raconte aussi à la sortie de l'école devant sa mère et nous. Celle-ci lui répond rapidement assez énervée, de ne pas dire de bêtises, et se presse de le serrer dans ses bras et de l'embrasser dans une attitude qui semble lui signifier : je te pardonne mon fils. Ces attitudes semblent être à nos yeux de clinicien une ébauche, une tentative de la part de Léo « *d'advenir* » de faire parler son symptôme en tant que sujet de l'inconscient. Mais cette tentative est aussitôt châtrée par la mère « *crocodile*. » Cela semble renvoyer à la mère originelle qui veut jouir de son fils. Léo voudrait faire de la danse mais son père, avec l'acquiescement de sa femme, nous explique que la danse c'est pour les « *tafiolos*. » Il l'inscrit donc au judo et à d'autres activités très masculines desquelles Léo est régulièrement exclu pour incompetence manifeste et impossible intégration. Le passage d'un Patte Noire mettra en évidence chez lui une identification massive à la mère nourricière avec scotomisation totale de la figure masculine et une avidité orale prononcée. Comme conséquence logique de ses identifications, un choix d'objet d'amour de type homosexuel se met en place chez Léo. Quoique la question de l'homosexualité se pose différemment étant donné que Léo veut être une femme, qui aime un homme. Dans ce cas pouvons-nous encore utiliser le terme d'homosexualité ? Ou le terme de transsexualisme serait-il plus adéquat. Quoi qu'il en soit, la prise en charge Sessad est désormais terminée et la nôtre avec lui s'est arrêtée quelques mois avant sa sortie du service. Elle a été interrompue à la demande de Léo d'une manière assez conflictuelle. Nous pensons que le suivi a été

²⁴⁹ Ibid.

interrompu suite à une rencontre avec Léo et ses parents. Durant cette rencontre, nous expliquons aux parents que notre travail avec lui consiste à l'accompagner là où il veut aller, y compris s'il s'agit d'aller vers la perversion sexuelle au sens freudien du terme (Choix d'objet homosexuel). Quelques temps après cette rencontre, Léo se fâche avec nous à cause d'une explication (peut-être quelque peu véhémence de notre part), par rapport au cadre de travail qu'il remettait en cause sans cesse par son non engagement au niveau du paiement symbolique. La prise en charge s'arrête. Léo intègre le collège avec quelques difficultés d'intégration. Nous apprenons en fin de prise en charge que Léo et sa mère (ses parents ont divorcé entre temps, ce qui n'a pas aidé Léo dans sa demande de tiers symbolique) ont récupéré une chatte (signifiant très intéressant dans ce contexte familial) qui se prénomme Ophélie. La mère décide et impose de changer le prénom de la chatte qui désormais s'appellera Léa.

Par rapport à ce que nous venons de dire dans les paragraphes précédents, ne sommes-nous pas face à cette tentative du fils de se démasculiniser (par rapport à ses propos, ses actes, ses mouvances) pour échapper à une mère trop possessive et incestuelle à son égard ? Que pouvons-nous dire également de la contradiction et de l'ambiguïté évidente de la mère de Léo ? D'un côté, elle ne supporte pas les manifestations féminines de son fils et de l'autre elle choisit de prénommer sa petite chatte Léa, en lui méta-communicant peut-être une confusion au niveau de son identité sexuelle. Ne s'agit-il pas de la mère pré-œdipienne qui ne permet pas à la loi d'émerger ? De la mère toute puissante qui « *menace toujours l'enfant de l'éclatement de son propre corps*²⁵⁰ » comme le souligne Lacan ? « *Il faut souligner la troublante homologie de structure liant la relation de l'enfant à cette mère pré-œdipienne dont dépend l'unité ou le morcellement du corps et celle établie dans l'antiquité entre le corps de la cité et la Mère des dieux*²⁵¹. » S'agit-il de la mère ou de la femme ? La suite éclairera nos questionnements. En revenant sur Freud et sur l'analyse de Totem et Tabou faite par M. Zafiroopoulos, il apparaît clairement que la mère archaïque que Freud décrit est une mère qui ne peut pas renoncer à l'enfant en tant que portion d'elle-même. Pour Freud, il est clair que le bien le plus précieux de la femme n'est pas son partenaire mais plutôt la partie d'elle-même incarnée par l'enfant. Voilà, entre autres, ce qui expliquerait la conception freudienne de la femme idéale comme celle qui s'occupe de la maison et des enfants. C'est pour cette raison aussi que la femme freudienne ne sublime pas, n'a pas accès à la culture car son être entier, à l'instar de la mère archaïque, est forcément

²⁵⁰ M.Zafiroopoulos, id., p.54

²⁵¹ M.Zafiroopoulos, id., p.54

prisonnier de ce lien indissoluble avec sa progéniture. « *Ce qui fait bien des femmes les porte-paroles des intérêts de la famille, c'est-à-dire plus précisément des mères ouvrant contre la culture*²⁵². » Nous avons déjà souligné à quel point dans notre clinique, ce sont les mères qui se sentent concernées par la prise en charge de leur enfant. Ce sont souvent elles qui sont figées, sidérées, prisonnières du handicap de leur enfant comme l'était la mère archaïque ou la mère freudienne envers son enfant. Dans cet état, elles ne semblent plus en mesure de sublimer, plus en mesure d'avoir accès à la culture. Elles semblent être cantonnées au rôle de mère non plus idéale, dans le sens de mère post-œdipienne pacifié par la métaphore œdipienne, mais plutôt de devenir mère archaïque, mère chameau, mère crocodile. Elles perdent également le statut de femme objet du désir que présente la conception Lacanienne que nous allons voir dans les prochains paragraphes.

2.7.b) La position Lacanienne

M. Zafirooulos pour expliciter ce que veut la femme selon Lacan, reprend le cas de Dora. Car Dora par rapport à son histoire, à ses symptômes, montre qu'être une femme signifie in primis « *d'abord ne pas être une mère*²⁵³. » Cela inverse la logique Freudienne pour laquelle être une femme signifie avant tout être une mère et représenter tout ce que nous avons déjà explicité précédemment. L'originalité de l'approche Lacanienne réside dans le fait, qu'au contraire de Freud, pour lui la femme est avant tout la représentante du désir du phallus et non de sa jouissance comme pourrait l'être la mère de notre clinique. Dans le cas de Dora, il apparaît clairement qu'en refusant les avances de Mr K, Dora montre justement qu'elle refuse le pénis de ce dernier comme objet de jouissance, à l'inverse de la mère archaïque qui jouit de son fils. La mère archaïque ou peut-être celle de Léo, ne sont-elles pas dans une position de jouissance du phallus, l'enfant comme représentant du phallus dont il faut jouir. Ceci expliquerait l'attitude de cette mère envers son fils. Cela expliquerait aussi pourquoi les divorces, dans ce type de clinique, sont aussi fréquents, le père n'est plus le détenteur du pénis comme objet de jouissance car la mère archaïque qui surgit après le traumatisme de l'annonce ne s'y intéresse plus tellement elle est prise par la jouissance de son enfant en

²⁵² M.Zafirooulos, id., p.76

²⁵³ M.Zafirooulos, id., p.80

position de fétiche. Le simple fait clinique souvent observable de l'enfant qui remplace le père dans le lit de la mère n'est qu'un exemple supplémentaire de ce fonctionnement.

Que veut la femme ? Que veut Dora ? Cette femme hystérique homosexuelle propose deux solutions possibles qui visent cependant le même objectif, celui de ne jamais être mère. D'un côté elle aime une autre femme, et de l'autre elle se tourne vers la vierge en disant qu'elle voudrait être la Madone, une mère certes, mais une mère vierge. Rappelons-nous ce que nous disions plus haut au sujet de la vierge, de la « *sujetion* » que cette typologie de femme peut avoir sur les hommes. Dora désire le phallus, mais pas la jouissance du pénis. Qui plus est, compte tenu de son choix d'objet homosexuel, le désir de phallus qu'elle convoite tant est porté par Mme K et non par Mr K. C'est peut-être pour cette raison que la prise en charge de Freud se conclue précipitamment et dans une impasse, car Freud était dans l'idée de l'amener vers l'idéal de mère normale, alors qu'il aurait fallu l'amener du côté de la femme sujet de son désir. De la même manière que nous proposons à Leo de l'accompagner sur un chemin subjectif, sur un chemin différent de celui choisi par ses parents. « *On voit que ce qui n'apparaît pas chez Dora, c'est la tentation de désirer comme une mère, ou comme une femme freudienne normale*²⁵⁴. » Dans le cas clinique de Léo, il est intéressant de remarquer comment la situation de Dora se reproduit à l'inverse, en « négatif » pour ainsi dire. Léo a le désir d'être mère. Il nous dira à plusieurs reprises : « *je veux être une fille parce que les filles portent les bébés dans leur ventre.* » Comme si quelque chose de la femme freudienne était passé dans le discours de la mère (qui se positionnerait uniquement en tant que mère archaïque freudienne et pas en tant que femme Lacanienne) au discours de l'enfant. La confusion des genres est totale dans cette situation, la mère porte des cheveux très courts façon militaire et semble, par ses propos, vouloir chasser tout signifiant féminin à l'inverse de son fils qui chasse le masculin. L'originalité de l'approche Lacanienne consiste dans le fait de dire que ce n'est pas tellement dans la différence anatomique des sexes que cette différence se joue entre garçon et fille, mais plutôt dans l'approche de l'œdipe qui est complètement différente. Le garçon sort de l'œdipe grâce à la castration, à partir de là il va idéaliser son père, et se séparer de la mère. La fille, par contre, est tellement déçue de ne pas avoir eu le pénis de la part de sa mère, qu'elle se retourne vers le père. Mais cette déception, voire parfois cette haine envers la mère, ne disparaît jamais totalement, ce qui rend une éventuelle idéalisation de la mère impossible. La mère de l'enfant en situation de handicap se retourne contre sa

²⁵⁴ M.Zafirooulos, id., p.82

propre mère compte tenu de cette haine qui n'a jamais totalement disparu et qui est réactivé par le handicap. C'est peut-être pour ça aussi que souvent dans cette clinique nous rencontrons des mères qui sont culpabilisés par leur propre mère. Cette déception vis-à-vis de la mère qui reste sur le fond est celle qui, selon nous, se réveille suite à l'annonce du handicap.

C'est logique car, à priori, nous ne pouvons pas idéaliser un objet qu'on déteste. L'inverse est d'autant plus vrai, nous idéalisons ce que nous aimons, les mères idéalisent leurs enfants surtout parce qu'ils les aiment et elles ont envie qu'ils soient comme elles. Ceci vient contredire clairement le point de vue freudien : il n'y a pas de mère idéale à laquelle la fille puisse se confronter. Ou alors s'il y en a une, c'est la mère pré-œdipienne celle qui n'a pas de limites, toute puissante, à laquelle nous ne pouvons pas nous identifier car parfaite. « *À bien examiner cliniquement l'univers inconscient et œdipien des filles, on ne trouve pas de traces de l'idéalisation de la mère, ou d'un quelconque opérateur apte à inclure la mère dans l'œdipe de la fille et à la métamorphoser en idéal de moi*²⁵⁵. » L'impasse de toute jeune fille dans son accès à la féminité est justement de savoir s'il faut être le phallus ou s'il faut l'avoir. Pour expliciter cette aporie Freudienne, Lacan utilise les termes de satisfaction et de désir. Si on se situe du côté de l'avoir, nous sommes du côté de la satisfaction, c'est-à-dire du côté de la mère qui jouit de son enfant (la mère de Léo ou la mère archaïque pré-oedipienne). À l'inverse, si nous nous situons du côté de l'être, le phallus, ce qui fait appel au désir, alors nous nous situons du côté de la femme, de l'être femme. C'est là le dilemme de la femme : où se situer ? Avoir ou être le phallus ? Les deux en même temps, comme nous l'enseigne Lacan, est une option impossible. Du côté de l'avoir, la femme vise la satisfaction qui va à l'encontre du désir. Cette satisfaction agit par les voies de la ligne substitutive, c'est-à-dire qu'un objet se substitue à un autre : « *C'est pour autant que le pénis est d'abord un substitut, j'irais jusqu'à dire: un fétiche, que l'enfant lui aussi par certains côtés est ensuite un fétiche*²⁵⁶. » Ces « *certaines côtés* » sont peut-être ceux que nous retrouvons dans notre clinique. Lorsque les mères maltraitent, insultent, frappent, abusent, fusionnent, surprotègent leurs enfants, ne le positionnent-elles pas en tant que phallus ? Phallus qu'il faut détenir et avec lequel il faut jouir. C'est peut-être pour cette raison qu'elles ne supportent pas que l'enfant phallus leur échappe. Grandir, avoir accès à l'autonomie, est une façon pour l'enfant d'échapper à la mère et alors que dans des circonstances ordinaire l'enfant réussi aidé par son père cette fuite symbolique, dans notre clinique

²⁵⁵ M.Zafiroopoulos, id., p.84

²⁵⁶ M.Zafiroopoulos, id., p.85

cela s'avère difficile.

Inversement, lorsqu'il s'agit d'être le phallus « *la femme se trouve liée à la nécessité impliquée par la fonction du phallus, d'être, jusqu'à un certain degré qui varie, ce phallus, en tant qu'il est le signe même de ce qui est désiré*²⁵⁷. » Elle représente donc ce que l'homme et l'enfant désirent. Elle devient le signifiant du désir de l'Autre. « *Cet être là se situe au-delà de ce qu'on peut appeler la mascarade féminine, puisque, en fin de compte tout ce qu'elle montre de sa féminité est précisément lié à cette identification profonde au signifiant phallique, qui est le plus lié à sa féminité*²⁵⁸. »

Nous pouvons donc conclure en disant que l'approche lacanienne nous permet de pointer la disjonction totale entre la satisfaction maternelle et le désir de la femme. Lacan va jusqu'à « *situer la satisfaction de la mère comme une satisfaction perverse ou fétichiste, face à ce désir de femme qui la caractériserait dans son excellence même, à savoir être le phallus et non pas l'avoir, comme la mère peut l'avoir en position fétichiste*²⁵⁹. » Et dans notre clinique, sommes-nous face à des mères qui possèdent le phallus ou face à des mères qui l'incarnent, satisfaction ou désir ? Nous pensons qu'il s'agit de femmes qui, à cause du trauma engendré par le réel du handicap de leur enfant, pensent posséder le phallus. Elles en ont l'illusion étant donnée la possessivité qu'elles manifestent à l'égard de leurs fils. Dans cette clinique particulière, l'enfant serait donc le phallus possédé par les mères, alors qu'il s'agirait pour elle plutôt de le représenter, d'être pour l'enfant le représentant de ce désir qui pousse à grandir, à jouir partiellement d'elles dans un premier temps pour ensuite s'en séparer. Ces mères qui se trouvent être dans ce positionnement illusoire qui leur fait croire qu'elles ont le phallus, sont les mères archaïques, pré-œdipiennes qui sont sous le joug du Surmoi archaïque. C'est parce que c'est pré-œdipien, parce qu'il s'agit d'être dans un rapport à l'objet où il est question d'avoir ou pas quelque-chose que nous situons une fois encore ce passage du côté de l'analité, et donc en lien avec la perversion.

Un cas clinique semble bien mettre en évidence ces deux positions. Nous suivons depuis un an et demi la jeune maman d'un enfant autiste. Au départ très possessive envers son enfant, l'embrassant régulièrement sur la bouche, se baladant nue devant lui, dictant aux professionnels comment le prendre en charge selon des méthodes de conditionnement. Bref, une mère qui se dit parfaite dans la prise en charge de son fils

²⁵⁷ Ibid.

²⁵⁸ Ibid.

²⁵⁹ M.Zafiroopoulos, id., p.86

au sens le plus mauvais du terme. Elle a réussi, grâce au travail thérapeutique, à se décentrer de son enfant pour faire émerger son désir de femme. L'introduction d'un tiers dans la personne du psychologue, lui a permis de se mettre à distance de sa propre mère et ensuite par ricochet de son enfant. Elle a réussi, peu à peu, à s'émanciper de sa propre mère ainsi que de l'image inconsciente qu'elle en avait, à se détacher suffisamment afin que cette dernière ne puisse plus jouir d'elle. À partir de là, elle a pu pour la première fois faire des choses pour elle, indépendamment de sa mère et de son fils. Concrètement, plusieurs passages à l'acte visant son émancipation ont été produits, par exemple elle a retiré à sa mère les clefs de chez elle, elle a commencé une nouvelle relation avec un étranger alors que ses parents sont décrits comme racistes, elle a vendu les bijoux de famille, se débarrassant ainsi d'un signifiant phallique comme à vouloir signifier qu'elle ne veut plus l'avoir, mais l'incarner dans le désir de l'autre. Autant d'actes qui semblent venir signifier une coupure, une séparation qui devient enfin possible. Accepter de remettre en cause son statut de fille et de femme a eu des effets sur son statut de mère. Ainsi aujourd'hui, la pression sur l'équipe et sur l'enfant est largement descendue, au point même qu'elle commence à envisager une possible réorientation au sein de l'IME, alors que son projet initial était de garder son fils à l'école ordinaire coûte que coûte. A-t-elle réussi à passer de la mère qui possède le phallus, à celle qui le représente ? De l'avoir à l'être ? De celle qui désire à celle qui est cause du désir de l'autre ? Nous pensons que oui en tout cas elle a commencé à entreprendre le chemin.

Après avoir mis en évidence avec Zafiropoulos le lien entre le phallus, l'enfant et le fétiche, et avoir émis l'hypothèse que l'enfant soit mis par la mère en position de fétiche, nous pouvons désormais essayer de faire un lien avec la question qui est la nôtre, celle du Surmoi. Il s'agit de savoir comment articuler ce que nous avons traité jusqu'à présent, la femme et la mère à la question du Surmoi. En effet, la différence entre la mère freudienne et la femme lacanienne est désormais claire pour nous, par contre, nous ne nous sommes pas encore confrontés à la mère lacanienne. Une de nos hypothèses, qu'il faut rappeler, est que, face au handicap, le sujet féminin se fige d'une façon quasi-définitive dans une position de mère toute puissante sur le versant du Surmoi pré-œdipien.

Lacan parle, pour certains cas de psychoses qui sont aussi ce que nous rencontrons régulièrement, de forclusion de la mère. C'est ici qu'il commence à parler de la mère. Si la mère est forclosée, nous sommes forcément face à une mère pré-œdipienne, c'est-à-

dire que là où, pour Freud, la mère est œdipienne, pour Lacan quelque chose se joue plus tôt dans l'évolution de l'enfant. Si nous partons du postulat de départ que la mère est forclosée, cette même mère est forcément persécutrice et tyrannique car elle n'est pas séparée de son enfant et il n'y a pas d'intervention d'un tiers symbolique comme le père qui puisse permettre cette séparation. D'où la psychose, le moi double, la projection chez l'enfant. C'est ce que nous retrouvons dans la clinique. Lacan parle notamment du lien entre une mère et sa fille pour expliquer ce concept de forclusion de la mère et notamment pour expliquer cliniquement l'anorexie mentale. Il nous explique que lorsque la fille rejette la mère avant l'œdipe, par ce rejet, par cette forclusion il donne à la mère un « *statut de persécutrice ou de pousse-à-jour, en tant que puissance dans le réel (et l'imaginaire)*²⁶⁰. »

Forcément, si la mère est forclosée, il n'y a pas d'accès au symbolique donc le sujet reste prisonnier du réel et de l'imaginaire. La mère se montre toute puissante : « *Cette puissance est d'autant plus redoutable à l'évidence qu'il s'agit de mères peu engagées dans leur désir en tant que femmes, et donc des mères qui se sont davantage constituées autour des satisfactions fétichistes*²⁶¹. » C'est difficile de dire comment nous retrouvons dans la clinique ce retrait de la femme en dépit de la mère, mais il nous arrive souvent d'entendre, de percevoir dans les paroles de ces femmes que nous rencontrons, uniquement la position maternante et pas la position féminine. Comme si, noyées dans le chagrin d'avoir eu un enfant en situation de handicap, elles n'existaient plus qu'en tant que mère au détriment de la femme. D'ailleurs, cette disparition de la femme ne serait-elle pas à mettre en cause dans de nombreux cas de divorce que nous rencontrons dans les familles qui se confrontent au handicap. Même chez les mères les moins angoissées, les moins en difficulté et qui ne semblent parler que d'elles, nous avons l'impression assez nette d'avoir en face de nous uniquement la mère et non la femme. De nombreuses fois lors des entretiens, les mères se plaignent de ne pas avoir de temps pour elles, car tout leur temps est consacré à l'enfant malade. Elles s'occupent tellement peu d'elles que bien souvent elles en tombent malade (dépressions plus au moins graves).

Pour en revenir à la relation entre la mère et la fille selon Lacan, prenons encore une citation : « *dans la relation mère-fille, nous proposons de corrélérer les symptômes de la fille à la puissance surmoïque maternelle qui serait d'autant plus nocive pour la fille (et non pour le garçon) que le rejet de la mère ou sa forclusion à l'entrée de l'œdipe*

²⁶⁰ M.Zafiroopoulos, id., p.97

²⁶¹ M.Zafiroopoulos, id., p.97

*entrave la symbolisation de cette figure maternelle originare, laissée en plan dans les registres de l'imaginaire et du réel qui caractérisent l'univers pré-œdipien où cette mère émerge naturellement pour les deux sexes*²⁶². » Si c'est plus nocif pour la fille que pour le garçon, nous pouvons donc présumer que, si les mères subissent davantage cette puissance surmoïque, elles pourront davantage l'incarner par rapport aux hommes. Ce qui nous intéresse dans ce passage est le lien symptômes/puissance surmoïque maternelle. Faut-il entendre que plus la puissance surmoïque maternelle sera forte et plus les symptômes de l'enfant seront importants ? Le symptôme serait donc une défense contre la mère. Combien de fois nous arrive-t-il d'observer chez nos jeunes patients une corrélation similaire. Ils développent parfois, ou ils ont depuis toujours, des symptômes qui semblent cibler exactement la mère, et qui sont insupportables aux yeux de cette dernière. C'est Sylvie lorsqu'elle enlève ses lunettes face à sa mère. Ou encore, nous pensons à cette mère qui, lors d'un groupe de parole avec d'autres parents, évoque le fait de ne pas supporter que sa fille suce son pouce lors de sorties en famille. Ce mécanisme de succion n'est-il pas pour la fille un moyen de défense contre cette puissance surmoïque maternelle qui voudrait lui interdire ce plaisir oral ? N'est-ce pas l'expression d'une avidité orale qui vise la mère et son sein ? Ou encore cette mère d'enfant autiste, qui interdit à son fils de jouer avec des petits bâtons qu'il utilise pour calmer ses angoisses de morcellement. Elle lui a même procuré une éducatrice qui veille à castrer tout mouvement suspect avec le bâton. Ces attitudes nous semblent bien faire écho à ce fonctionnement de la mère et de la fille selon Lacan. Fonctionnement que Lacan n'hésite pas à définir comme pervers. Le rapport fille/mère s'explique ainsi : d'un côté, nous avons la fille qui « *s'arrime de manière morbide à sa mère rejetée, c'est une sorte de poussée vers la jouissance délocalisée* ²⁶³ » et de l'autre « *une jouissance perverse de la mère dans son rapport au pénis (ou à l'enfant* ²⁶⁴), *une jouissance orientée par le fétiche, c'est-à-dire une jouissance pas ou peu aléatoire* ²⁶⁵. » Une jouissance dirigée en quelque sorte et qui se dirige vers l'enfant. Le fait que Lacan décrive cette jouissance notamment dans le lien mère/fille ne nous semble pas signifier que le même type de relation mère/fils n'existe pas. D'une part cela nous permet d'expliquer pourquoi ce sont presque toujours les mères qui ont ce rapport particulier à la jouissance, puisque elle ont été fille avant d'être mères. D'autre part ce lien nous l'observons également entre les mères et leurs enfants de sexe masculin. C'est d'ailleurs une question récurrente

²⁶² Ibid.

²⁶³ M.Zafiroopoulos, id., p.97

²⁶⁴ Rajouté par nous

²⁶⁵ M.Zafiroopoulos, « *La question féminine de Freud à Lacan* », Paris, éd. PUF, 2010, p.97

dans le milieu spécialisé : les personnes en situation de handicap ont-elles vraiment un genre sexuel au niveau inconscient ? En effet, au delà de la sexualité biologique, la question de l'identité sexuelle au niveau psychique se pose chez les enfants en situation de handicap mental. Leur sexualité est parfois tellement insupportable pour le sujet « normal » que nous avons souvent l'impression que, dans le discours, l'identité sexuelle du sujet handicapé a tendance à disparaître et ces personnes semblent être vécues par les autres comme asexuées.

Si nous voulons analyser dans le détail le Surmoi féminin, il faut nous appuyer sur Lacan, et notamment sur sa définition de la femme. Nous avons déjà abordé dans les pages précédentes ce qu'est une mère pour Freud et nous avons pu également nous rendre compte, à travers l'étude du Surmoi freudien, que ce Surmoi post-oedipien n'est pas celui que nous observons dans notre clinique. Par contre, en partant de l'approche de Lacan, nous nous apercevons que sa façon de conceptualiser le rôle de la mère prend en compte cette partie surmoïque qui nous pose tant de questions. Si, pour Freud, la femme a un Surmoi moins fort que celui de l'homme et de faibles capacités sublimatoires, pour Lacan cela semble être exactement le contraire. En effet, en 1938, Lacan « *décrit une figure de la mère inexistante dans la théorie freudienne, une mère pré-œdipienne engagée dans la structuration subjective de l'enfant en tant que terrible puissance surmoïque le menaçant, non pas d'une perte d'un bout de corps (menace qui serait équivalente à celle de la castration paternelle), mais d'une sorte d'implosion du corps lui-même. La mère chez Lacan est donc en premier lieu une mère surmoïque pré-œdipienne et barbare*²⁶⁶. » Si nous nous attardons sur la définition exacte du mot implosion nous pouvons remarquer que ce mot n'est pas choisi au hasard. La définition nous dit que l'implosion (terme employé dans la physique) est le contraire de l'explosion. Elle se produit lorsque la pression externe à un objet est plus grande que celle à l'intérieur, et que cette différence est assez grande pour briser la résistance mécanique de ce dernier. Elle se produit soudainement au point de rupture de la résistance et projette les débris vers l'intérieur de l'objet. La pression externe ne peut-elle pas être comparée à celle exercée par les parents, notamment par les mères dans cette recherche incessante de normalité. ? N'est-ce pas aussi une forme de pression que celle exercée par l'équipe des soignants qui visent parfois à “normaliser“ les sujets en situation de handicap ? Combien de fois avons-nous entendu dire de la part des parents et de certaines instances thérapeutiques de types cognitiviste ou neuropsychologique,

²⁶⁶ M.Zafirooulos, id., p.98

que la fin justifiait les moyens. Ainsi, ils s'autorisent à mettre la pression sur les enfants pour les rééduquer, en sacrifiant parfois leur bien-être. Dans ces cas-là, la susdite pression est très forte et elle pourrait alors être le reflet de ce Surmoi maternel barbare. Hélas, cette pression, que nous observons quotidiennement dans notre travail, est tellement forte que le jeune se brise. Il ne résiste plus et il implose (passage à l'acte violent, morcellement psychotique, passage à l'acte suicidaire). Cette implosion retentit aussi chez les équipes qui peuvent entrer en conflit. Nous sommes très loin de la mère freudienne post-œdipienne, idéalement pacifiée par l'Œdipe, plutôt neutre et bienveillante. Or, si les mères que nous rencontrons dans notre clinique ressemblent beaucoup plus à la typologie de la mère Lacanienne, la question est encore de savoir pourquoi elles sont comme ça ? Cela semble être un fonctionnement induit par une régression massive de la mère suite au handicap de l'enfant qui la fait basculer dans la position de la mère archaïque pré-œdipienne. Ce type de fonctionnement engendre comme défense, notamment dans les pathologies les plus graves comme l'autisme et la psychose, un discours maternel commun qui s'étaye sur une volonté de la mère de tout maîtriser au niveau de l'environnement de l'enfant. Tout en gardant leur unicité, il y a un discours qui sous-entend une certaine perfection, un discours quelque peu tyrannique dans le sens où il n'accepte pas de remise en question, il dit vrai en quelque sorte, que ces mères partagent. Dans ce cas de figure le psychologue n'est plus le sujet supposé savoir, mais plutôt le sujet qui ne sait pas et qui se confronte au grand Autre tout puissant et tout savant. Bien entendu, ce type d'analogies dans les discours des mères des enfants en situation de handicap n'est aucunement un jugement sur leur manière d'être mères, ni un argument causaliste de l'origine l'autisme, mais tout simplement le constat récurrent d'un type bien particulier de défense. La maîtrise renvoie, une fois encore, au mécanisme de défense de la perversion, donc une fois de plus à l'analité et à la genèse du Surmoi.

Ce type de mère au Surmoi dérégulé n'existe pas chez Freud, le Surmoi n'existe pas avant l'œdipe. « *Le Surmoi par lequel l'enfant entre dans la loi ne s'élabore en effet pour Freud qu'à l'issue de la crise œdipienne et l'instance du Surmoi se distingue très mal chez lui de celle de l'idéal du moi*²⁶⁷. » Alors que, pour Lacan, il y a une nette différence entre le Surmoi et l'idéal du moi. En résumant, pour Freud, le Surmoi est d'essence paternelle, l'idéal du moi inclut la mère et est post-œdipien. Pour Lacan en revanche, le Surmoi est d'essence maternelle, l'idéal du moi exclut la mère et est pré-

²⁶⁷ M.Zafiroopoulos, « *La question féminine de Freud à Lacan* », Paris, éd. PUF, 2010, p.98

œdipien. Pour Lacan, ce Surmoi pré-œdipien maternel serait par la suite complété d'un idéal du moi d'origine paternelle plus tardif. Et c'est justement ce qui « saute » dans notre clinique, l'annonce du handicap, la fuite symbolique du père font en sorte que la mère retourne au stade pré-Oedipien et n'est plus pacifiée par cet Idéal du moi d'origine paternelle. Une fois cet idéal remis en cause, sa fonction « *d'arracher l'enfant à l'empire des satisfactions maternelles morbides originaires*²⁶⁸ » n'opère plus. C'est l'absence pure et simple de père inconscient, de la loi qui est responsable de ce non-arrachement de l'enfant à l'empire de satisfactions maternelles.

Quoi qu'il en soit, pour Lacan, dès 1938, les concepts semblent clairs. Selon lui, il y a « *l'idée de la prégnance d'une imago maternelle faisant loi à l'enfant, et surplombant ses toutes premières années d'une menace de morcellement du corps propre, menace beaucoup plus inquiétante que celle de la castration par le père qui intervient beaucoup plus tardivement, et ne porte que sur un morceau de corps, le pénis*²⁶⁹. » La mère qui menace, qui morcelle, qui se montre beaucoup plus tyrannique que le père, qui n'accepte pas de compromis ; celle-ci est la mère lacanienne et cela semble bien coller à nos observations et hypothèses cliniques. Souvent cette mère produit l'enfant psychotique au corps morcelé, enfant qui ne peut pas structurer sa subjectivité car l'imago angoissante de la mère ne le lui permet pas. Il reste prisonnier et objet de la jouissance mortifère de la mère, elle-même prisonnière de son Surmoi pré-œdipien qui lui ordonne de jouir. Comment se manifeste concrètement et cliniquement ce Surmoi maternel tyrannique ? Nous en avons plein d'exemples dans notre travail. Nous nous confrontons souvent à des jeunes psychotiques qui manifestent souvent des symptômes en lien avec l'oralité. Par exemple les jeunes mangent beaucoup, très rapidement, et ils donnent l'impression de se remplir, de remplir un manque archaïque d'amour. Pour Lacan, là où l'anorexique ne mange pas pour, en quelque sorte, se vider du trop-plein d'amour, le boulimique quant à lui est dans la démarche inverse, il se remplit pour combler le manque d'amour qu'il ressent. Lacan nous explique qu'à chaque fois qu'il y a une frustration d'amour celle-ci se compense par la satisfaction d'un besoin. Dans le cas précis du boulimique, Lacan nous explique que lorsqu'il mange, il accomplit comme une régression orale à l'objet primitif de dévoration. Pour Lacan il s'agit là du désir d'incorporation de l'objet du besoin (la mère, le sein) mais pas uniquement. Il y a aussi, et c'est ici que c'est intéressant pour notre recherche, une « *incorporation de certaines paroles parmi d'autres, laquelle est à l'origine de la formation précoce de ce*

²⁶⁸ Ibid.

²⁶⁹ M.Zafirooulos, id., p.98

*qu'on appelle le Surmoi*²⁷⁰. » C'est à ces paroles que nous nous intéressons en tant que clinicien. « *Ainsi c'est parce qu'il serait frustré de l'amour de la mère, ou plutôt de ses signes, que celui ou celle qui est sujet à la boulimie incorporerait de manière ruineuse l'objet du besoin sous la version mortifère du Surmoi*²⁷¹. » C'est le cas de Stevy dont nous parlerons dans le détail dans le chapitre consacré aux prises en charge possibles. Il a perdu sa mère étant petit, il vit avec son père et sa belle-mère qu'il trouve moche et méchante. Au moment du repas, il mange très rapidement, il boit beaucoup, et à la fin du repas il régurgite. Tout ça pour pouvoir manger à nouveau dans une sorte de mouvement incessant et sans fin d'incorporation de l'objet maternel surmoïque mortifère. Lorsque nous lui parlons d'une voix calme et apaisante, lorsque nous mettons du tiers en évitant de le frustrer au niveau de l'oralité (ex punition de type pas de dessert etc) ce phénomène de mérycisme est considérablement réduit.

Dans son dernier chapitre Zafiroopoulos, nous explique fort bien que la femme lacanienne est du côté de l'être, alors que l'homme lui se situerait du côté de l'avoir. « (...) *l'enfant ou l'avoir est bien du côté des hommes. La femme s'y retrouve, elle, tout entière du côté de l'être*²⁷². » Dans notre clinique, nous observons justement que la femme semble basculer de l'être à l'avoir, ou plus simplement, comme déjà évoqué dans les pages précédentes, elle semble perdre son rôle de femme pour devenir uniquement une mère, et en plus une mère à double casquette (mère et père à la fois). Elle passe de la position qui consiste à être une femme désirée par l'enfant à celle d'avoir un enfant.

Lacan prend comme exemple de la femme, *la vraie femme*, Médée qui sacrifie tout : enfants, frère et père pour suivre son désir d'être une femme. Les mères que nous rencontrons font exactement l'inverse : elles se sacrifient elles-mêmes pour l'enfant en situation de handicap. Le problème réside peut-être dans le fait que dans cette quête désespérée de réparation, dans cette recherche incessante de posture de mère idéale, la femme disparaît et avec elle disparaît surtout la position phallique qu'elle est sensée incarner au niveau imaginaire temporairement pour l'enfant.

Afin de clarifier la position de la mère et de la femme en relation au handicap, il nous faut nous appuyer sur le séminaire IV de Lacan : la relation d'objet. Lacan consacre tout un séminaire à ce concept. Il nous faut nous intéresser à ce séminaire car la relation entre un sujet et un objet est celle qui pourrait mettre en lumière, décrire la

²⁷⁰ M.Zafiroopoulos, id., p.111

²⁷¹ M.Zafiroopoulos, id., p.111-112

²⁷² M.Zafiroopoulos, id., p.165

relation entre une mère et son enfant. Si nous voulions définir la relation d'objet, nous pourrions dire qu'il s'agit d'un « *terme très couramment employé dans la psychanalyse contemporaine pour désigner le mode de relation du sujet avec son monde, qui est le résultat complexe et total d'une certaine organisation de la personnalité, d'une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets et de types privilégiés de défense. On parlera des relations d'objets d'un sujet donné, mais aussi de types de relations d'objets se référant soit à des moments évolutifs soit à la psychopathologie*²⁷³. » En partant de cette définition, nous voyons qu'il s'agit de bien interroger notre clinique, interroger la relation entre une mère et son enfant. Quels rôles, quelles places occupent ces deux individus dans leur relation aussi complexe que fondamentale ? L'enfant et la mère semblent occuper l'un vis-à-vis de l'autre le rôle d'objet car ils sont sans cesse visés par la décharge des pulsions de vie et de mort. Freud, dans son travail, parle d'objet et très peu de relation d'objet. Lacan insiste particulièrement sur le fait qu'un sujet se fait objet pour l'autre et c'est l'aspect qui nous intéresse le plus car nous voyons régulièrement l'acharnement surmoïque des mères à l'égard de leur enfant. Le moi de l'enfant devient objet du Surmoi maternel. C'est à ce titre que nous interrogeons Lacan. Tout d'abord, il faut souligner que pour Freud l'objet est perdu et qu'il s'agit pour le sujet de le retrouver. Une nostalgie, nous dit Lacan, lie le sujet à l'objet perdu, il lie le sujet au manque de l'objet et c'est à partir de ce manque que le sujet va se construire. Le sujet va essayer de combler ce manque en essayant de retrouver l'objet perdu qui ne sera jamais comme l'original, c'est cette impossible retrouvaille, complètement satisfaisante qui engendre cette tension entre le sujet et l'objet. Cela nous rappelle la tension engendrée par l'écart entre l'idéal du Moi et le Moi Idéal. Toute recherche d'objet, nous dit Freud, implique un conflit, car même si la recherche est satisfaisante l'objet trouvé ne sera jamais comme l'objet primitif jadis perdu. Le fumeur, par exemple, manifeste par son vice la recherche de l'objet sein maternel. La cigarette satisfait ce besoin mais seulement partiellement parce qu'une cigarette ne remplacera jamais l'image archaïque du sein maternel. Comment articuler la relation qui nous intéresse (mère-enfant) et la relation d'objet. Dans notre clinique nous observons des enfants qui veulent rester tout petits et des mères qui ne font rien ou peu pour permettre à l'enfant de quitter cette place. La tendance, décrite par Lacan, de tout sujet à régresser, à chercher un retour, poussé par des exigences primordiales, est ici particulièrement forte. Selon Lacan, la relation d'objet apparaît clairement dans les relations pré-génitales, c'est-à-dire dans les relations entre mère et enfant avant l'œdipe et notamment pendant la relation d'objet oral et la

²⁷³ J. Laplanche, J-B. Pontalis, (1967), « *Vocabulaire de psychanalyse* », Paris, éd. PUF, 2002 p.404

relation d'objet anal. Ces relations nous intéressent parce que ce sont des relations qui se mettent toujours en place en miroir à travers l'identification entre le sujet et l'objet. « *Il s'agit des relations appelées depuis pré-génitales, voir-être-vu, attaquer-être attaqué, passif-actif. Le sujet vit ces relations sur un mode qui implique toujours, de façon plus ou moins implicite, plus ou moins manifeste, son identification au partenaire. Ces relations sont vécues dans une réciprocité, le terme est ici valable, d'ambivalence entre la position du sujet et celle du partenaire*²⁷⁴. » Cette ambivalence, cette confusion entre le sujet et l'objet est celle dont nous parlons dans nos vignettes cliniques depuis le départ. Cette agressivité orale et anale est celle que nous observons dans notre clinique. Lacan définit cette relation comme une relation en miroir. Par ailleurs, il introduit le concept de stade du miroir qui se déroule très tôt entre le 6^{ème} et le 18^{ème} mois environ donc à un niveau pré-génital, pré-œdipien. À l'instar de Mélanie Klein, et à l'inverse de Freud, le Surmoi se mettrait en place très tôt selon Lacan et pas à l'issue du complexe d'Œdipe. Stade du miroir et formation du Surmoi, cela mérite que nous nous y intéressions de plus près, notamment par rapport au lien que nous faisons depuis le départ avec la question du regard et par le fait que cette introjection du Surmoi se fait avant tout par identification.

Lacan, dans le séminaire IV définit le stade du miroir comme : « *le moment où l'enfant reconnaît sa propre image. Mais le stade du miroir est bien loin de connoter un phénomène qui se présente dans le développement de l'enfant. Il illustre le caractère conflictuel de la relation duelle. Tout ce que l'enfant apprend de cette captivation par sa propre image, c'est précisément la distance qu'il y a de ses sensations internes, (...), à l'identification à cette image*²⁷⁵. » Nous pouvons légitimement penser que la distance entre une mère et son enfant en situation de handicap puisse être trop importante et c'est là que le conflit surgit. Et le Surmoi ? Nous avons appris avec Freud qu'il se forme à l'image du Surmoi des parents, après résolution œdipienne, mais chez Lacan l'image surmoïque peut-être reçue déjà au niveau du stade du miroir. Dans de précédents travaux²⁷⁶, nous avons déjà évoqué la problématique qui semble se mettre en place lorsque l'identification parent/enfant n'est pas possible compte tenu de l'image que les deux partenaires se renvoient l'un à l'autre.

Lacan explique également que l'objet ne se caractérise pas uniquement par rapport à son rôle de correspondant du sujet, mais qu'il a aussi un autre rôle. Rôle que nous

²⁷⁴ J. Lacan, (1956-1957), « *Séminaire IV, La relation d'objet* », Paris, éd. Seuil, 1998, p.17

²⁷⁵ J. Lacan, (1956-1957), id., p.17

²⁷⁶ G Rossi, « *Le cas de Selma, de l'obscurité à un principe de lumière.* » Mémoire Master 2 recherche, 2008

pouvons mettre en lien avec notre clinique. En effet, Lacan nous dit que l'objet est également l'instrument à masquer, à parer l'angoisse qui se manifeste à toutes les étapes du développement du sujet dans son rapport au monde. Que se passe-t-il lorsque l'objet n'assure plus cette fonction de pare-angoisse, mais au contraire commence à la produire ? Si, en suivant Lacan, nous allons jusqu'à dire que l'objet génital est la femme, nous pouvons entamer une discussion autour de l'objet génital femme et son rapport à l'enfant ou plus exactement au phallus que l'enfant représente. Il s'agit là d'une relation qui n'est pas harmonieuse, quelque chose cloche dans le lien sujet-objet. Toute relation duelle est en lien avec le phallus. Après avoir fait ce détour autour de différents positionnements psychiques de la mère et de la femme chez Lacan et chez Freud le moment est venu dans la troisième partie de traiter plus spécifiquement de la question du phallus et de celui qui peut en être le représentant : le fétiche.

Partie 3

Surmoi et fétiche

3.1) La relation mère/enfant/phallus/fétiche

Pour comprendre la relation d'objet, il faut obligatoirement prendre en compte le phallus. Jusqu'à présent dans nos réflexions autour de la relation mère/enfant en situation de handicap nous n'avons que partiellement convoqué le phallus, avec Lacan nous ne pouvons qu'aller dans cette direction. Lacan parle d'une triade imaginaire dans laquelle nous retrouvons la mère, l'enfant et le phallus. D'emblée, il nous dit que ce rapport est problématique. En partant de son expérience analytique, de la dialectique de l'analyse, du développement individuel, il nous explique que tout tourne toujours autour d'un objet majeur : le phallus. Il ajoute qu'il ne faut pas confondre le pénis qui est réel avec le phallus qui est lui, imaginaire. Avec Winnicott, Lacan nous explique que l'objet pour l'enfant, celui que Winnicott appelle transitionnel, peut-être n'importe quel objet, la preuve en est que l'enfant fait de tout objet un jeu, de n'importe quel objet, Lacan les appelle les objets imaginaires. Le premier objet que l'enfant rencontre dans sa vie est le sein maternel, Lacan articule l'objet sein au principe de plaisir et au principe de réalité. Décrire ceci va devenir important afin d'essayer une fois encore de décrire la relation d'objet. En reprenant Freud, Lacan nous explique que le principe de plaisir correspond à la relation que l'enfant met en place avec l'objet sein. Le principe de réalité en revanche, est l'apprentissage pour l'enfant de se passer de l'objet sein. Dans une relation dite « normale » lorsque tout se passe bien l'enfant apprend que le sein peut paraître sous deux formes, soit le sein réel soit le sein halluciné. C'est l'alternance de ces deux moments qui permet à l'enfant d'intégrer la présence ou l'absence de l'objet sein. C'est à partir de là que Lacan, en reprenant Winnicott, commence à utiliser le terme de frustration. Lacan introduit une différence entre frustration, castration et privation que nous allons décrire dans les pages suivantes, car cette distinction va devenir fondamentale pour nous permettre de comprendre quel type de relation mettent en place la mère et son enfant en situation de handicap. Pour la frustration, Lacan nous apprend que l'enfant s'y confronte très tôt. En effet, si tout se passe bien, l'enfant ne va pas être en mesure au départ de distinguer le sein réel du sein halluciné. Ce sera la mère qui, au fur et à mesure, apprendra à l'enfant à subir des frustrations et à différencier la réalité de

l'illusion. Cette différence peut s'opérer lorsque la réalité ne coïncide pas avec l'hallucination surgie du désir. Nous pouvons dire avec Lacan que la frustration est un préjudice imaginaire d'un objet réel (le sein). « *C'est une lésion, un dommage qui, tel que nous avons l'habitude de le voir s'exercer, à suivre la façon dont nous le faisons entrer en jeu dans notre dialectique, n'est jamais qu'un dam imaginaire. La frustration est par essence le domaine de la revendication*²⁷⁷. » Le mot revendication est intéressant car nous pouvons le lier à notre clinique : nous sommes souvent confronté à des familles qui sont dans la revendication, « *vous ne faites pas ce qu'il faut, vous n'êtes pas compétents, on m'a dit que j'étais une mauvaise mère alors que ce n'est pas vrai, je fais tout ce qu'il faut pour mon fils* . » L'objet réel, dans ce cas-là, est l'enfant et le préjudice porterait sur le représentant imaginaire de l'enfant à savoir le phallus. Lacan rajoute que « *la frustration concerne quelque chose qui est désiré et qui n'est pas tenu, mais qui est désiré sans nulle référence à aucune possibilité de satisfaction ni d'acquisition*²⁷⁸. » C'est ici que semble se nicher la relation teintée de perversité entre une mère et son enfant dont nous avons déjà parlé dans les paragraphes précédents. La mère désire alors que son enfant soit conforme à une certaine normalité, mais c'est impossible, il n'y a aucune possibilité que l'enfant puisse acquérir cette compétence, cet idéal de normalité imposé par le Surmoi est inatteignable.

C'est bien ce que nous retrouvons cliniquement, une plainte sans issue, sans possibilité de sortie, comme le symptôme, qui tourne en rond. Lacan nous dit que l'agent, c'est-à-dire le porteur de cette frustration imaginaire d'un objet réel est bien la mère. Comment faire le lien avec le Surmoi ? Une fois encore ce que nous observons, notamment dans les familles nombreuses, c'est que cette séparation, cet apprentissage réel et métaphorique de se passer du sein, de se passer donc de la mère, s'est relativement bien passé pour les enfants sains. A contrario, pour les enfants en situation de handicap, cela est compliqué par cette régression maternelle engendrée par l'annonce, et aussi du fait que l'enfant avec retard mental est davantage dépendant des autres à davantage besoin de soins. Peut-être que chez les mères de notre clinique, apprendre à l'enfant à se passer du sein est beaucoup plus compliqué. Ceci est sans doute en lien avec le retard global dont souffrent ces enfants, avec les difficultés importantes dans l'apprentissage de l'autonomie et surtout à cause de cette volonté de réparer son enfant qui pousse ces mères à en faire trop. Un déséquilibre dont nous parlons depuis le départ et qui est engendré dans la relation à l'enfant compte tenu de ses difficultés, de son

²⁷⁷ J. Lacan, (1956-1957), « *Séminaire IV, La relation d'objet* », Paris, éd. Seuil, 1998, p.36-37

²⁷⁸ Ibid.

handicap. Cliniquement, cela s'observe lorsque nous voyons des mères qui sont dans l'impossibilité de se séparer psychiquement et parfois physiquement de leur enfant. Par ailleurs les troubles de l'oralité (anorexie, boulimie, impossibilité à avaler des morceaux ou certains aliments) et de l'analité (agressivité, encoprésie, énurésie) sont fréquents dans ce type de clinique. Preuve supplémentaire que le passage à la génitalité et à l'œdipe se révèle être compliqué. Nous avons presque envie de dire que le déficit cognitif est un trouble associé au retard du développement psychoaffectif et pas l'inverse. Par ailleurs, le retard psychoaffectif et les différents troubles dans les stades de développement engendrent beaucoup plus de problèmes au niveau de l'intégration sociale que le trouble cognitif. Le paradoxe est que, dans le discours des familles et des enfants, il est toujours question de difficultés scolaires (car c'est plus facile à admettre) ayant justifié la ré-orientation et jamais de problèmes relationnelles et/ou d'autonomie qui sont à notre avis bien plus importants à travailler pour l'avenir du jeune mais qui sont bien souvent niés.

Avant d'entrer un peu plus dans le détail de la frustration, il nous faut faire un petit détour également du côté de la privation et de la castration afin de clarifier la position lacanienne concernant les trois termes de référence du manque d'objet. Cela nous permettra de bien comprendre pourquoi c'est du côté de la frustration que la relation mère/enfant se construit.

3.2) Castration, Privation, Frustration

Ces trois termes, qui se ressemblent, comportent cependant des différences importantes que Lacan essaie d'explicitier et que nous allons essayer de mettre en lien avec notre question du Surmoi et le fonctionnement des mères que nous rencontrons. Il nous faut les définir afin de saisir les types de relations mis en place entre les mères et leurs enfants. La castration, concept fondateur chez Freud, est, nous l'avons compris, porté par le père. Pour Lacan, il s'agit du père réel et en aucun cas du père symbolique. Celui qui porte est l'agent. La castration est donc symbolique et concerne un objet imaginaire. En l'abordant ainsi, nous pouvons dire que ce n'est pas notre configuration clinique, car d'une part il s'agit de la mère, l'enfant et son handicap qui sont un objet bien réel et pas imaginaire. D'autre part le père est absent dans notre configuration

clinique. Ce qui peut être imaginaire, c'est éventuellement l'enfant idéal, celui que les parents avaient imaginé avant la naissance. Le décalage introduit par la différence entre l'idéal et la réalité, pourrait bien être vécu comme une castration.

La privation par contre est portée par le père imaginaire, c'est une privation réelle d'un objet imaginaire. Cela s'appuie sur le fait que la femme n'a pas de pénis, elle en est réellement privée. Donc les femmes sont châtrées dans leur subjectivité de sujet et privées dans la réalité. L'agent est donc le père imaginaire, celui que Lacan définit comme celui auquel se réfèrent l'agressivité, l'identification, et l'idéalisation par l'intermédiaire de laquelle le sujet accède à l'identification au père. C'est le père effrayant, grimaçant. Cette figure du père imaginaire cède sa place, dans notre clinique, à celle de la mère imaginaire. « *Nous voyons fréquemment intervenir dans les fantasmes de l'enfant une figure à l'occasion grimaçante du père, et aussi de la mère, qui n'a qu'un rapport extrêmement lointain avec ce qui a été présent du père réel de l'enfant, et qui est uniquement lié à la fonction que joue le père imaginaire à un moment du développement*²⁷⁹. » La castration est donc portée par le père réel, mais la privation est portée par le père imaginaire ou (nous l'ajoutons) par la mère imaginaire qui prendrait la place du père dans notre clinique.

Intéressons-nous maintenant à la mère symbolique. Lacan en fait l'agent de la frustration imaginaire qui porte sur un objet réel. Dans la relation pré-œdipienne entre l'enfant et la mère, la mère est l'objet d'amour. L'enfant apprend que la mère peut être présente mais aussi absente. L'objet réel qui frustre l'enfant est donc le sein. « *La mère existe comme objet symbolique et comme objet d'amour (...). La mère est d'abord une mère symbolique et ce n'est que dans la crise de la frustration qu'elle commence à se réaliser, en raison d'un certain nombre de chocs et particularités qui se produisent dans la relation entre la mère et l'enfant*²⁸⁰. » C'est donc une mère symbolique qui devient réelle en raison des chocs et des particularités de la relation qu'elle entretient avec son enfant. Le fait d'être aimé est fondamental pour l'enfant mais encore faut-il que cela soit un amour juste, qui prévoit la juste dose de frustration réelle, de castration imaginaire et de privation symbolique ce qui ne semble pas être le cas dans notre clinique où l'équilibre est rompu. Revenons donc à la frustration.

La frustration nous dit Lacan est le vrai centre de la relation mère-enfant. Alors que dans les pages précédentes nous avons parlé de la triade mère-enfant-phallus,

²⁷⁹ J. Lacan, (1956-1957), « *Séminaire IV, La relation d'objet* », Paris, éd. Seuil, 1998, p.220

²⁸⁰ J. Lacan, (1956-1957), id., p.223

Lacan y rajoute un élément lié au fétichisme. Nous avons parlé à titre hypothétique au départ de ce travail de l'intuition clinique, que l'enfant en situation de handicap devienne malgré lui un fétiche pour la mère. Cette hypothèse mérite désormais d'être explorée davantage avec l'étayage de Lacan. Il se base sur les dires de Dolto : « *ne deviennent phobiques que les enfants de l'un ou de l'autre sexe dont la mère se trouve avoir eu à supporter un trouble dans la relation objectale qui la liait à son parent, à elle la mère, du sexe opposé*²⁸¹. » C'est effectivement ce que nous retrouvons cliniquement. Il y a donc du tiers dans cette relation mère-enfant qui est représenté par le phallus. Lacan nous explique que l'enfant réel est aussi aux yeux de la mère un phallus imaginaire que l'enfant symbolise plus ou moins bien. Quand il y a handicap, il y a de fortes chances pour que l'enfant ne puisse pas être en mesure de symboliser correctement le phallus.

Lacan continue en disant que le phallus est avant tout une image. Il se demande alors, en faisant le lien avec l'image inconsciente du corps évoqué par Dolto, s'il n'y aurait pas une discordance entre l'image que l'enfant renvoie à sa mère et celle que la mère reçoit en réalité. Ce décalage renvoie aussi à celui que nous avons retrouvé entre le Moi Idéal et l'Idéal du Moi, et donc en lien étroit avec le Surmoi, ou encore puisque qu'il s'agit d'une image, cela renvoie au stade du miroir et donc à cette période de l'évolution psychoaffective de l'enfant qui se situe entre l'oralité et l'analité.

Cette discordance, entre ce que la mère voudrait et ce qu'elle a réellement, nous la retrouvons dans la clinique où le manque de reconnaissance du sujet porteur d'une image ou d'un phallus est constamment remis en cause par la mère à cause du handicap. Qu'est-ce qui fait dans cette relation, se demande Lacan, que l'enfant peut ou ne peut pas incarner ce phallus aux yeux de la mère ? Le phallus, nous dit Lacan, c'est l'image virile du pénis en érection, de la force de la puissance, de la droiture. Or le moins que nous puissions dire c'est que les enfants que nous rencontrons sont loin au niveau de leur image de faire penser métaphoriquement à la droiture, à la force, à la puissance. Au contraire ce sont bien des enfants « *tordus* », qu'il faut redresser. Lacan nous dit que l'enfant devient phallus aux yeux de la mère après une étape de symbolisation, lorsqu'il s'est confronté au dam imaginaire de la mère dans son rapport de privation du phallus. L'enfant en situation de handicap n'a pas forcément accès à cette étape de symbolisation et pour la mère le dam n'est pas qu'imaginaire mais aussi réel à cause du handicap de l'enfant. Revenons donc sur l'hypothèse faite au départ pour lui apporter un correctif : dans notre clinique l'enfant devient l'objet fétiche de la mère en lien avec l'image

²⁸¹ J. Lacan, (1956-1957), id., 1998, p.57

inconsciente que la mère a du phallus qui ne trouve pas d'analogies avec la réalité. Par conséquent, la mère va avoir des demandes qui visent inconsciemment la réduction de l'écart entre l'image inconsciente du phallus et la réalité de l'enfant.

En revenant sur ce qui pour l'instant nous intéresse le plus, c'est-à-dire la frustration, Lacan nous apporte d'autres précisions qui peuvent être en lien avec notre question. Il est important, afin de faire le lien avec le Surmoi, d'établir que la frustration se rapporte au premier âge de la vie. « *Elle est liée à l'investigation de traumas, fixations, impressions provenant d'expériences pré-œdipiennes*²⁸². » En effet, cela nous permet d'aborder notre clinique autrement, en essayant d'explorer plus en amont la relation entre la mère et son enfant ce qui confirme bien notre hypothèse principale de régression psychique pré-œdipienne chez la mère.

Les traumas, les fixations, doivent donc être interpellés cliniquement, en lien avec le handicap et surtout en explorant les premières années de vie de l'enfant à travers le discours des mères. Ces paroles traumatisantes, ce discours figé rentrent complètement en jeu dans l'œdipe futur. C'est ça le réel, la frustration commence très tôt lorsque les paroles qui concernent l'enfant commencent à être dites et à être entendues par nous les psychologues. Ce sont les paroles des parents que nous entendons souvent et qui parlent de normalité, de réussite scolaire, de travail, d'adaptation, de développement du sujet qui n'est pas comme il devrait être. Les parents, au risque de faire une redite, seraient frustrés au niveau imaginaire (car ils n'ont pas l'enfant qu'ils voudraient, qu'ils avaient imaginé) et leur frustration serait déchargée sur l'objet réel, représenté par l'enfant et son handicap. Mais au niveau de la relation objectale, l'objet réel est aussi le sein, ce qui montre bien cette union entre la mère et l'enfant. Il faut peut-être différencier le rôle des deux partenaires. Dans la frustration, il y a l'objet réel d'une part, l'objet sur lequel la frustration se porte. À notre avis, cet objet est l'enfant. La mère, par contre, est ce que Lacan appelle l'agent. La mère n'est pas uniquement l'objet primitif mais aussi l'agent qui introduit le manque d'objet. Sa présence ou son absence introduit chez l'enfant le manque, qui sera par transposition également éprouvé pour les objets. Ainsi le lien au manque chez l'enfant se construit par rapport à la mère, ou plutôt à la façon dont la mère l'introduit. La mère est donc l'agent symbolique qui, par l'alternance de sa présence ou de son absence, introduit l'enfant à la structuration symbolique. Que se passe-t-il lorsque la mère n'occupe pas ce rôle, ou lorsqu'elle n'arrive pas à alterner de manière équilibrée ces moments d'absence/présence et qu'elle se trouve à être soit trop présente, soit trop

²⁸² J. Lacan, (1956-1957), id., 1998, p.61

absente, lorsqu'elle ne répond plus à l'appel de l'enfant car trop occupée à le réparer, à le remplir, tout en étant omniprésente pour combler ses manques et ceux de l'enfant ?

Lacan nous dit qu'elle devient réelle, c'est-à-dire qu'elle n'est plus symbolisable pour l'enfant et, terme qui nous fait particulièrement écho, elle devient « *une puissance*²⁸³ », voire une toute puissance comme notre clinique le montre aussi. Toute puissante comme seul le Surmoi archaïque sait l'être, car pas apaisé symboliquement par l'œdipe.

Ce que Lacan introduit ici, c'est que ce n'est pas l'enfant qui est tout puissant comme nous l'entendons souvent, mais c'est la mère. L'enfant, quant à lui ne peut que se réaliser en lien avec l'image phallique que la mère a de lui, qui est en lien avec l'image inconsciente qu'elle a du phallus. C'est à partir de là que le narcissisme se met en place et que, dans des cas bien particuliers comme ceux que nous observons, des dérives conduisent à des relations fétichistes pathologiques que nous allons tenter d'explicitier dans les pages qui vont suivre.

3.3) Le fétichisme

Pour souligner le fonctionnement de l'objet fétiche, il nous faut obligatoirement poser l'importance du rôle du phallus. En effet, Lacan, avec Freud, nous explique qu'il n'est pas uniquement un objet, mais aussi un symbole qui permet aux femmes d'entrer dans la chaîne de l'échange symbolique. Par conséquent si la mère comme nous le soutenons dans notre hypothèse régresse à un stade pré-œdipien ou il n'y a plus de symbole suite à l'annonce du handicap, fétichiser l'enfant serait donc à entendre comme une tentative pour elle de ré-introduire du symbole afin de revenir dans la chaîne symbolique perdue.

Le fétiche, nous dit Freud, représente le phallus en tant qu'absent, le phallus symbolique. Donc, par rapport à notre hypothèse initiale, si l'enfant ne remplit pas son rôle de phallus, car dénué de ses attributs de virilité, de droiture, alors il pourrait devenir fétiche pour la mère pour remplacer le phallus manquant. L'enfant fétiche viendrait représenter le manque, et serait donc potentiellement en position psychique féminine,

²⁸³ J. Lacan, (1956-1957), id., p.68

comme dans le cas du jeune Léo.

Nous suivons actuellement un jeune homme qui peut bien mettre en évidence le fonctionnement fétichiste. Le jeune Salomon diagnostiqué psychotique est suivi depuis quatre ans. Il lui arrivait par le passé de voler des foulards qui étaient ensuite utilisés pour se masturber, ensuite ils étaient soit conservés, soit mis à la poubelle ou coupés avec des ciseaux. Le foulard peut aussi représenter le voile tel que Lacan vient le décrire à savoir ce qui masque, cache la castration. C'est sur le voile (ou le foulard) que le fétiche vient figurer précisément ce qui manque au-delà de l'objet. Le jeune Salomon a eu des passages à l'acte de type homosexuel, à deux reprises. Freud nous dit que le fétichisme est une défense contre l'homosexualité. Salomon a une identité sexuelle incertaine et semble chercher une assise symbolique suffisamment forte pour se compenser. Nous pensons que, dans le travail avec nous, il a pu trouver cette assise car, transférentiellement, il nous a mis en lieu et place de père. La mère est décrite comme ayant des attitudes perverses, sadiques, tyranniques, qui nous font penser au Surmoi archaïque.

Au niveau théorique, Lacan nous explique que chez le fétichiste, il y a une alternance d'identifications. « *Identification à la femme, affronter au pénis destructeur, au phallus imaginaire des expériences primordiales de la période oro-anale, centré sur l'agressivité de la théorie sadique du coït (...) la scène primitive perçue comme cruelle, agressive, violente, voire meurtrière*²⁸⁴. » Une fois encore la période oro-anale est mise en cause dans les comportements agressifs qui sont ceux que nous observons. Nous pouvons retrouver aisément le jeune Salomon dans ces descriptions théoriques. Il s'habille en femme, son héroïne était, à une époque de sa vie, Lara Croft, il a pu être agressif physiquement, il l'est encore verbalement, notamment lorsqu'il s'adresse aux femmes avec des propos crus, d'allure ouvertement sexuelle du type « *je t'aurai un jour et je vais t'attacher.* » Il lui est arrivé parfois d'écraser les organes génitaux des garçons pendant des bagarres et de toucher violemment les filles au niveau des seins. Le père du jeune Salomon est absent depuis longtemps et la mère, après la séparation, a noué des relations avec des femmes. Au niveau théorique, Lacan nous dit que pour le fétichiste, il y a une insuffisance de la relation tierce. Le sujet reste donc prisonnier de l'identification à la femme/mère à moins qu'il ne prenne la place du phallus imaginaire. Nous pensons que Salomon, à travers le travail entrepris avec nous, a pu sortir partiellement de cette position inconfortable, car dans la relation transférentielle, nous

²⁸⁴ J. Lacan, (1956-1957), id., p.160

avons peut-être occupé à ses yeux cette place de père qui introduit l'ordre symbolique. La mère quant à elle, reste dans la toute-puissance malgré plusieurs rencontres, elle ne veut pas renoncer à sa place, elle dira à l'assistante sociale que le psychologue la trouve délirante. Récemment, elle se plaignait du fait que son fils se masturbe trop souvent (ils vivent à trois dans 20 mètres carrés), qu'il a un sexe très impressionnant, que ça la choque et qu'elle se pose la question de demander un traitement chimique pour inhiber les pulsions sexuelles de son fils. Nous sommes bien du côté de la toute-puissance maternelle, de la fusion morbide et du rejet qui sont les socles fondateurs de cette relation. Cette mère qui, lorsque Salomon avait 13 ans, le lavait encore en le décalottant sous la douche, voudrait aujourd'hui le rendre impuissant car il se masturbe devant elle. Cette puissance ou toute-puissance, dont nous avons déjà parlé, fait écho aux discours que nous entendons souvent des mères. Lacan fait tomber le malentendu en disant bien que c'est dans la mère que réside la toute-puissance, dans l'Autre primitif qu'elle incarne. Nous avons auparavant parlé de cette situation très paradoxale où nous nous confrontons à des mères complètement impuissantes par rapport au handicap réel de leur enfant mais toute puissante dans leur discours imaginaire. Comme si, pour faire face à l'impuissance face au handicap, elles devenaient toutes puissantes au niveau imaginaire et que cela se traduisait par des comportements absurdes.

Citons une fois encore Lacan : « *C'est l'autre qui est tout puissant. Mais derrière ce tout puissant, il y a le manque dernier auquel est suspendue sa puissance. Dès que le sujet aperçoit dans l'objet dont il attend la toute-puissance, ce manque qui le fait, lui-même impuissant, le dernier ressort de la toute-puissance est reporté au-delà, à savoir là où quelque chose n'existe pas au maximum. C'est ce qui, dans l'objet, n'est rien que symbolisme du manque, fragilité, petitesse*²⁸⁵. » Dans notre clinique cette toute puissance serait encore plus forte de façon à faire écran, à mettre un voile, à masquer cette fragilité, cette petitesse représentée par le manque. L'enfant en situation de handicap en tant que représentant du phallus pour la mère ne peut en aucun cas incarner la toute-puissance virile, il renvoie donc à sa mère en miroir son impuissance à elle, ce qui a comme conséquence de la faire réagir violemment par le biais des comportements que nous décrivons depuis le départ qui visent la réparation narcissique.

À ce propos, nous apprenons en lisant la définition de l'amour donnée par Lacan que : « *l'amour est fondé sur le fait que le sujet s'adresse au manque qui est dans*

²⁸⁵ J. Lacan, (1956-1957), id., p.169

*l'objet*²⁸⁶. » C'est intéressant, car notre clinique pourrait justement être appelée la clinique du manque. C'est-à-dire que dans le discours familial, institutionnel et de l'environnement il s'agit toujours de quelque chose qui manque et qu'il faudrait combler. La question est encore de savoir, dans cette dynamique mère/enfant, qui est l'objet et qui est le sujet. Nous avons l'impression que mère et enfant occupent à tour de rôle cette place d'objet manquant, et que le handicap ne fait « qu'objectaliser » leur relation. Nous sommes donc en face d'un objet qui parle d'un autre objet où le sujet de l'inconscient semble disparaître. Qui plus est, l'objet en tant que tel n'apparaît pas vraiment au regard, il est voilé, masqué. L'objectif de la thérapie serait alors de faire tomber le voile, de donner à l'enfant son statut d'objet et de faire ensuite évoluer la relation vers une relation subjective, de sujet à sujet. C'est bien à cette relation ambiguë qu'il faut s'intéresser. Qui est qui ? C'est la question que posent les enfants et leurs familles.

Pour répondre à cette question, il faut essayer de comprendre comment les identifications entre les individus s'effectuent. Notamment vis-à-vis du Surmoi, car il se forme par identification au Surmoi des parents à travers la relation sujet/objet. Lacan nous apporte d'autres éléments. Il nous explique qu'il faut différencier de manière nette identification et choix d'objet, chose qui par ailleurs n'a pas tellement réussi à Freud. Il nous explique qu'un objet peut devenir objet de choix comme lorsque le sujet tombe amoureux, mais ce n'est pas pour autant qu'il va devenir support de l'identification du sujet. Il y a une distinction importante que Lacan pointe dans le cas de l'identification. L'objet a été perdu, ce qui n'arrive pas, par exemple, aux sujets psychotiques que nous rencontrons. Dans ces cas-là, il n'y a pas d'identification possible à l'autre, pas d'altérité, pas de tiers, c'est bien le cas de l'autiste. Avec Freud, l'objet est ré-érigé dans le moi, se transforme partiellement d'après le modèle de l'objet perdu. Nous pensons au cas de cet enfant autiste qui ne parle pas et qui émet un seul son par intermittence qui ressemble au son d'une machine à coudre. Or la mère de cet enfant est couturière, peut-on imaginer que l'enfant se soit identifié à l'objet du désir de la mère ?

Dans l'autre cas par contre, sur le versant névrotique, nous avons l'exemple du sujet amoureux. Lorsque le sujet tombe amoureux, l'objet est conservé et comme tel, il est sur-investi de la part et aux dépens du moi. N'est-ce pas ce que nous rencontrons dans la clinique du handicap bien souvent ? La réponse est oui. La mère qui tombe amoureuse de l'enfant. « *C'est l'homme de ma vie* » nous dira la mère d'un enfant autiste.

²⁸⁶ J. Lacan, (1956-1957), id., p.160

Lacan va encore plus loin que Freud pour articuler cette question de l'identification. Il va faire le lien avec un autre concept : celui de l'introjection. Il nous dit que l'introjection peut-être vue aussi comme une incorporation de l'objet et c'est pour cette raison qu'il l'articule à la pulsion orale. En partant encore une fois de la relation amoureuse, notamment celle prototypique de la mère avec son enfant, Lacan nous explique que cette relation s'établit sur la base de la satisfaction des besoins de l'enfant. Le premier objet du besoin est bien entendu le sein, l'enfant tant qu'il l'a dans la bouche en est satisfait. À chaque fois que l'enfant est frustré d'amour, cette frustration est compensée par la satisfaction du besoin. Le sein, d'abord objet réel qui satisfait un besoin, devient symbole de l'amour. La pulsion peut alors passer de l'objet réel à l'objet symbolique, à l'objet qui représente le sein. *« Dès lors qu'un objet réel qui satisfait un besoin réel a pu devenir élément de l'objet symbolique, tout autre objet pouvant satisfaire un besoin réel peut venir se mettre à sa place, et au premier rang, cet objet déjà symbolique, mais aussi parfaitement matérialisé qu'est la parole²⁸⁷. »*

Lacan insiste : *« dans la mesure où la régression orale à l'objet primitif de dévoration vient en compensation de la frustration d'amour, cette réaction d'incorporation donne son modèle, son moule, son Vorbild, à cette sorte d'incorporation qu'est l'incorporation de certaines paroles parmi d'autres, laquelle est à l'origine de la formation précoce de ce qu'on appelle le Surmoi²⁸⁸. »* Le Surmoi se formerait-il en lien avec l'incorporation de certaines paroles en dépit d'autres ? Quelles sont les paroles de la mère de l'enfant en situation de handicap ? Il ajoute : *« ce que, sous le nom de Surmoi, le sujet incorpore est quelque chose d'analogue à l'objet du besoin, non pas en tant qu'il serait lui-même le don, mais en tant qu'il est le substitut au défaut du don, ce qui n'est pas du tout pareil²⁸⁹. »* Récapitulons, le Surmoi serait donc incorporé par rapport à ce qui manque du côté de la mère, à savoir le pénis réel. Au niveau de l'imaginaire du sujet, ce pénis peut prendre deux voies. Soit situer l'objet à la place du sein, donc une forme orale d'incorporation du pénis qui joue son rôle dans le déterminisme de certaines fonctions et symptômes. Soit, et c'est celui qui nous intéresse le plus, venir compenser la frustration d'amour, mais tant qu'il est au-delà de l'objet d'amour, et qu'il manque à celui-ci. Le premier serait donc le pénis, incorporé au niveau imaginaire et le second serait, quant à lui, le phallus en tant qu'il manque à la mère, et qu'il est au-delà de sa puissance d'amour. Nous avons parlé du fonctionnement

²⁸⁷ J. Lacan, (1956-1957), id., p.175

²⁸⁸ J. Lacan, (1956-1957), id., p.175

²⁸⁹ Ibid.

paradoxal de la mère toute puissante mais en même temps impuissante. Pouvons-nous dire que dans la prise de conscience de la mère, il y a quelque chose qui manque. Ce manque est d'autant plus fort qu'il est réactivé par le handicap de l'enfant, et la mère dans sa puissance d'amour n'y peut rien. Ce manque est au-delà d'elle, et c'est peut-être cette prise de conscience qui cause la régression de son Surmoi.

L'atteinte narcissique qui touche la mère porterait donc sur l'image du phallus manquant représentée par le réel du handicap de l'enfant. Cette atteinte narcissique se produirait pendant le stade du miroir, c'est à ce moment-là que l'image de l'enfant ne serait pas complètement acceptée, intégrée et que le manque que l'enfant ressent chez lui et chez sa mère serait trop important. Lacan nous explique que l'enfant saisit son incomplétude devant le miroir et devant le discours de la mère. Ensuite, il jubile en anticipant ses capacités motrices futures. L'enfant en situation de handicap mental peut-il anticiper ses futures capacités motrices ? À notre avis c'est plus compliqué ; le diagnostic du handicap mental étant aussi fait à partir du retard de développement (marche, propreté, parole), voilà pourquoi, pour l'enfant, il est difficile de jubiler dans ces circonstances, quand tout son entourage dit qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Et pour la mère aussi c'est compliqué car elle a du mal à reconnaître, à nommer son enfant dans sa différence, surtout parce que son image et l'image et celle de son enfant sont liées.

Dans une situation ordinaire c'est à ce moment-là (stade du miroir) que l'enfant réalise que quelque chose peut lui manquer. Et surtout que quelque chose manque à la mère, à savoir le phallus.

Et ce manque fondamental, aucun objet réel ne viendra jamais le combler. *« Lorsque la structure spéculaire réfléchie du stade du miroir entre en jeu, la toute-puissance maternelle n'est alors réfléchie qu'en position nettement dépressive, et c'est alors le sentiment d'impuissance de l'enfant²⁹⁰. »* La mère manque de phallus, bien que toute puissante, elle ne peut pas tout avoir, l'enfant voudrait lui donner le phallus mais lui-même manque encore de phallus dans sa totalité, notamment dans la période pré-œdipienne. Et pour l'enfant en situation de handicap, cette situation de manque perdure.

Pour revenir à la question de la perversion, Lacan nous dit que cette structure d'origine est en lien avec le rapport au phallus. *« Le phallus est fondamental en tant que signifiant, fondamental dans cet imaginaire de la mère qu'il s'agit de rejoindre, puisque*

²⁹⁰ J. Lacan, (1956-1957), id., p.186

*le moi de l'enfant repose sur la toute-puissance de la mère. Il s'agit de voir où il est et où il n'est pas. Il n'est jamais vraiment là où il est, il n'est jamais tout à fait absent là où il n'est pas*²⁹¹. » En ce qui concerne les perversions, peu importe l'identification à la mère ou à l'objet, ce qui compte vraiment c'est le rapport au phallus. En revenant sur le rapport au phallus de la femme, un début de réponse concernant notre question surmoïque commence à s'entrevoir. Freud nous explique que la femme se trouve dans une position d'ordre symbolique subordonnée. Lacan, quant à lui, nous explique que dans un premier temps, le père est pour la femme l'objet de son amour. Son amour s'adresse au manque dans l'objet et c'est ce même manque qui l'a conduite vers le père afin de le combler. La femme est donc psychologiquement conçue, dès le départ, pour combler un manque. Voilà pourquoi ce sont les mères qui sont davantage engagées dans la prise en charge des enfants dont elles essaient de combler les innombrables manques, elles sont en quelque sorte davantage sensibles et concernées par le manque chez l'autre car c'est le reflet de leur propre manque.

Cet objet d'amour devient par la suite objet de satisfaction, l'objet de la relation naturelle de l'enfantement. À partir de là, il ne reste plus à la femme qu'à attendre celui qui remplacera le père dans la fonction de donner l'enfant à la femme. Ce rapport particulier au phallus implique, selon Lacan, un style particulier au développement du Surmoi féminin. *« Il y a chez elle une espèce de balance entre le renoncement au phallus et la prévalence de la relation narcissique (...). En effet, ce renoncement une fois fait, le phallus est par elle abjuré comme appartenance, et devient appartenance de celui auquel dès lors s'attache son amour, le père, dont elle attend effectivement l'enfant. Cette attente de ce qui dès lors n'est plus pour elle que ce qui doit lui être donné, la met dans une dépendance très particulière, qui fait naître paradoxalement à un moment donné, des fixations proprement narcissique. Elle est en effet l'être le plus intolérant à une certaine frustration*²⁹². » Nous voilà, pour la première fois, confronté à cette question du Surmoi en lien avec le narcissisme chez Lacan. Nous avons souvent parlé de la blessure narcissique que peut représenter un enfant en situation de handicap. Fixations proprement narcissiques, intolérance à la frustration, autant d'attitudes que nous retrouvons dans notre clinique. Et la frustration n'est pas uniquement ressentie par la mère mais aussi par l'enfant. Lacan nous explique que le sujet, en raison de l'attachement à l'objet primitif réel qu'est la mère, se sentira frustré à chaque fois qu'il aura affaire à tout objet féminin. Pour lui, tout objet rencontré ne pourra pas égaler la

²⁹¹ J. Lacan, (1956-1957), id., p.193

²⁹² J. Lacan, (1956-1957), id., p.203-204

mère primitive, l'objet sera donc dévalorisé, partiel, brisé, et à ce titre frustrant car loin de l'objet initial avec lequel tout est comparé par la suite. Nous retrouvons une fois de plus l'ambiguïté de cette relation et certains aspects spéculaires entre la mère et son enfant. La frustration agit donc sur la mère et sur l'enfant.

Pour en revenir au Surmoi, issu de la conception Freudienne de l'œdipe, Lacan nous rappelle que sa déclinaison tyrannique, à laquelle nous nous intéressons, est « *foncièrement paradoxal et contingent, représente à lui tout seul, même chez les non-névrosés, le signifiant qui manque, imprime, laisse le sceau chez l'homme de sa relation au signifiant ? Il y a chez l'homme un signifiant qui marque sa relation au signifiant, et cela s'appelle le Surmoi, il y en a même beaucoup plus d'un, cela s'appelle les symptômes*²⁹³. » Les symptômes seraient-ils les signifiants du Surmoi ? Les symptômes portés par les mères pourraient-ils être une expression de leur Surmoi pré-oedipien ?

Terminons en revenant sur la position phallique occupée par l'enfant, car cela nous permet encore une fois de faire le lien avec la perversion, que nous aborderons dans les prochaines pages, et de l'articuler avec le Surmoi. « *C'est dans la relation à la mère que l'enfant éprouve le phallus comme étant le centre du désir de celle-ci. L'enfant se situe là dans différentes positions par lesquelles il est amené à maintenir, c'est-à-dire très exactement à leurrer, ce désir de la mère. (...) L'enfant se présente à la mère comme lui offrant le phallus en lui-même, à des degrés et dans des positions diverses. Il peut s'identifier à la mère, s'identifier au phallus, s'identifier à la mère comme porteuse du phallus, ou se présenter comme porteur du phallus*²⁹⁴. » Ce sont toutes ces positions qui nous semblent être largement problématiques dans notre clinique avec le sujet en situation de handicap. Comme nous l'avons déjà évoqué à plusieurs reprises, la relation ambiguë mère/enfant n'est pas équilibrée. À l'instar du petit Hans qui développe la phobie lorsque le phallus fantasmatique qui le préoccupe devient réel au travers de la masturbation de son pénis, chez le sujet en situation de handicap, le réel du handicap engendre l'angoisse, la relation problématique, le conflit. Nous terminons avec une citation qui ouvre sur d'autres pistes : « *l'angoisse est corrélative du moment où le sujet est suspendu entre un temps où il ne sait plus où il est, vers un temps où il va être quelque chose où il ne pourra plus jamais se retrouver*²⁹⁵. »

²⁹³ J. Lacan, (1956-1957), id., p. 212

²⁹⁴ J. Lacan, (1956-1957), id., p.224-225

²⁹⁵ J. Lacan, (1956-1957), « *Séminaire IV, La relation d'objet* », Paris, éd. Seuil, 1998, p.226

3.4) La perversion et le fétiche

« Exiger de l'objet aimé qu'il présente la loucherie comme marque distinctive pourrait en effet traduire une pratique perverse²⁹⁶ »

Pour aborder précisément notre question de l'enfant et de son positionnement en tant que phallus de la mère qui glisse dans une position d'objet fétiche, nous allons nous intéresser aux travaux d'Henry Rey-Flaud. Il a travaillé la question de la perversion, du phallus et de l'objet fétiche, autant de concepts que nous avons nommés dans le but de décrire certains aspects de notre clinique. Nous avons évoqué dans les pages précédentes une prétendue relation perverse qui s'instaure entre la mère et son enfant. Or, à la lecture d'H. Rey-Flaud, nous apprenons qu'il fait une distinction entre la structure perverse, la perversion sexuelle et la fétichisation de l'objet. Nous allons découvrir qu'il y a des différences notables entre ces items et surtout nous allons essayer de comprendre dans quel type de situation se situent la mère et son enfant en situation de handicap. Dans la vision freudienne, reprise par H. Rey-Flaud, il est important de souligner que la notion de fétiche est compliquée. Le fétiche n'est pas uniquement le substitut symbolique du pénis qui manque à la femme, il y a beaucoup plus. Freud invente le fétichisme entre 1905 et 1915 et cette nouvelle avancée conceptuelle va modifier l'équilibre de l'édifice freudien. À partir de là, il ne s'agira plus de s'intéresser au symptôme comme énigme à déchiffrer mais plutôt d'envisager l'humain et son histoire avec son destin « *in-sensé* » comme nous l'explique H.Rey-Flaud. Freud commence à parler du fétichisme à partir de 1905 dans les « *trois essais sur la théorie sexuelle*. » Au départ, il semble se ranger du côté des références de l'époque et considère le fétichisme clivé en deux parties : un petit fétichisme reconnu comme l'expression normale de l'amour vers l'objet choisit et un grand fétichisme qui concerne lui un fonctionnement pathologique.

À cette époque Freud se contente de la définition existante du fétichisme à savoir : « *le substitut de l'objet sexuel, (...), est une partie du corps qui convient en général très mal à des buts sexuels (pieds, chevelure), ou bien un objet inanimé dont on peut démontrer la relation avec la personne sexuelle qu'il remplace et de préférence avec sa sexualité (lingerie)²⁹⁷. »*

²⁹⁶ H. Rey-Flaud, « *Comment Freud inventa le fétichisme... et réinventa la psychanalyse* », Paris, éd. Payot, 1994, p.62

²⁹⁷ H. Rey-Flaud, id., p.19

À cette époque, la définition ne peut pas coller à notre hypothèse de l'enfant comme fétiche de la mère. L'enfant ne semble pas pouvoir être un fétiche. Freud nous parle à ce moment là d'une idéalisation de l'objet fétiche. À savoir, le fétichiste choisirait d'abord une partie du corps ou une pièce de vêtement contigüe à la partie du corps choisie. Cette partie est représentée donc par un déplacement métonymique de l'objet aimé. Cet objet sera par la suite idéalisé. Lorsque nous parlons d'idéal, la référence à l'idéal du moi et donc à des liens avec le Surmoi est aisée. Puis Freud établit que la partie choisie par le fétichiste ne remplace pas la personne toute entière mais seulement les organes génitaux. À partir de ce moment-là, il va pouvoir faire une distinction entre les conduites fétichistes ordinaires et le fétichisme proprement dit. Quand nous travaillons avec des adolescents, nous retrouvons régulièrement ces conduites banalisées. Par exemple, lorsqu'ils échangent leurs vêtements ou qu'ils se prêtent des objets intimes. Par contre, pour que la condition fétichiste véritable puisse exister, il faut, nous dit Freud, que la pulsion sexuelle se fixe uniquement sur l'objet fétiche choisi en se détournant de sa fonction première qui est l'acte sexuel. Lorsque le sujet n'intéresse plus dans sa totalité mais par une seule partie nous pouvons alors parler de fétichisme. C'est le cas de Salomon lorsqu'il vole des foulards pour se masturber, ou encore lorsque les mères que nous rencontrons nous parlent seulement du handicap de leur enfant, elles semblent obnubilées, elles ne voient plus que « ça », ne sont-elles pas dans ce type de configuration ? Une sorte de discours fétichiste où le tout disparaît en dépit d'une seule partie. Combien de fois avons-nous entendu dans les discours des mères, la remise en cause d'un symptôme qui porte sur une seule partie du corps de l'enfant ? Prenons l'exemple de cette mère qui parle constamment de sa fille de vingt ans qui suce son pouce en société. La plainte maternelle va alors se consacrer uniquement à ce détail, le pouce de la fille. Mère et fille semblent donc prises par ce symptôme, la fille fétichise la mère sur un versant érotique dans le sens où le pouce symbolise le sein maternel, et la mère fétichise la fille dans son discours, car elle ne parle plus que de ça, du pouce. À l'instar de Norbert Hanold, dans la *Gradiva*²⁹⁸ qui en fétichisant le pied ne parle plus que de ça.

En 1909, Freud accomplit une avancée théorique majeure. Voyons comment cette dernière peut apporter de l'eau à notre moulin théorico-clinique. Freud parle alors de théorie anale du fétichisme, ce qui est intéressant car dans nos exemples précédents nous étions plutôt du côté oral du fétichisme. Il y a donc passage dans la vision

²⁹⁸ S. Freud, « *Le délire et les rêves dans la Gradiva de W.Jensen* », Paris, éditions Folio Essais, 2003

freudienne, et surtout dans la nôtre, de l'oral à l'anal. Selon la définition que Freud nous donne : « *le fétiche serait un objet élu comme substitut d'un objet anal primitif, qui aurait été lui-même la source d'une satisfaction olfactive intense à laquelle le sujet aurait été par la suite contraint de renoncer sous la pression de l'éducation*²⁹⁹. » Freud ajoute qu'il a compris que le fétichiste du pied par exemple est attiré par un plaisir originaire, un plaisir de sentir les mauvaises odeurs comme par exemple les pieds sales. Il souligne aussi que la plupart des cas de fétichisme ont comme base de départ le plaisir coprophilique. Comment faire le lien avec l'enfant en situation de handicap ? Nous entendons souvent dans le discours des professionnels et des familles que l'enfant serait en position de mauvais objet, de déchet, d'exclu. Certains parmi eux sentent mauvais, ne s'occupent pas de leur hygiène alors qu'ils en ont les capacités. Pour ainsi dire, dans la même dynamique que les selles lors du stade anal, l'enfant en situation de handicap serait soit gardé, retenu (sur-protection, fusion), soit expulsé (rejet, abandon). En faisant ce parallèle métaphorique entre les selles et l'enfant en situation de handicap nous pouvons alors penser qu'à l'instar d'une mauvaise odeur, l'enfant avec son handicap, exclu de la société, va venir occuper la place de fétiche. Si nous nous situons du côté de l'analité, en effet beaucoup de faits cliniques peuvent s'éclairer dans cette relation particulière qu'instaurent la mère et l'enfant et c'est dans l'analité que s'origine le Surmoi tout comme les conduites perverses.

Pour ce qui est de la structure, Freud fait une précision entre l'objet fétiche chez le névrosé et l'objet fétiche chez le pervers. Il conceptualise alors l'idée de refoulement partiel. Chez le névrosé par exemple, alors qu'à l'origine le plaisir olfactif était obtenu par les mauvaises odeurs, suite au refoulement partiel, le dégoût pousse le sujet à idéaliser le pied, donc à déplacer le plaisir de la mauvaise odeur à l'image idéalisée du pied. Chez le névrosé, le plaisir olfactif coprophilique est donc refoulé et à sa place il y a l'idéalisation de l'objet dépourvu de son caractère olfactif. Si ce mécanisme pouvait se vérifier, l'enfant en situation de handicap serait également sublimé et la mère pourrait y voir des aspects positifs. C'est d'ailleurs un objectif thérapeutique. Ceci serait possible si la mère ne régressait pas vers le stade pré-œdipien. Dans la perversion en revanche, ou dans le cas de ces mères prises par le Surmoi archaïque, « *seul le pied sale, malodorant est un objet sexuel*³⁰⁰ » au même titre que l'enfant avec son handicap. Dans notre clinique, nous ne sommes plus du côté de l'objet fétiche idéalisé (versant névrotique)

²⁹⁹ H. Rey-Flaud, « *Comment Freud inventa le fétichisme... et réinventa la psychanalyse* », Paris, éd. Payot, 1994, p.29

³⁰⁰ H. Rey-Flaud, id., p.35

mais plutôt du côté de l'enfant déchet, nauséabond tordu qui est la métaphore d'un pied sale (versant pervers).

Cette question de l'idéal est une question clef dans le concept de fétichisme, Freud nous dit que le propre d'un objet fétiche est « *d'être un objet clivé marqué par une très singulière idéalisation*³⁰¹. » Rappelons au lecteur que l'idéal du moi est pour Freud synonyme du Surmoi, il en parle notamment dans *le Moi et le Ça*. Ce qui semble devenir objet idéal est donc l'enfant ou plutôt son handicap. Cette notion d'idéalisation Freud la met également en lien avec la question de l'amour, et cela devient intéressant pour nous. Il nous dit, en effet, que le fétiche peut, à lui tout seul, déclencher la violence du désir amoureux. Voyons comment. Nous citons : « *le fétiche comme objet ayant la propriété de déclencher à lui tout seul, chez certaines personnes, d'une façon qui restait pour l'ordinaire énigmatique à l'observateur étranger, la violence du désir amoureux, pour peu que l'objet en cause pressentant une certaine condition fétichiste requise (telle couleur de cheveux, tel habillement, ou même tel défaut physique*³⁰². » Et nous rajoutons, pourquoi pas un défaut psychique ? Ce distinguo permet à Freud de conceptualiser des conditions différentes : la condition d'amour et la condition fétichiste.

La condition amoureuse bien que passionnante n'apparaît pas avoir de lien avec notre recherche. Il y a cependant un détail qui nous intéresse. Freud nous explique qu'un sujet choisit son objet d'amour par rapport à l'amour par réminiscence, c'est-à-dire que le sujet va choisir son amour par rapport à un trait qu'il a en commun avec son premier objet d'amour. Ce trait peut-être le sourire ou la loucherie, peu importe. Ce qui compte c'est le souvenir lointain d'un détail qui va être ré-actualisé dans la figure du conjoint. Cela peut aussi être un défaut. Ce qui nous fait d'emblée penser que dans cet amour fusionnel qui unit une mère et son enfant, amour que nous avons défini à plusieurs reprises comme incestuel, ce trait qui reste dans l'inconscient de la mère pourrait être défectueux. Ce défaut serait celui que l'enfant par son handicap ferait résonner chez la mère. Il pourrait s'agir d'un souvenir en lien avec un discours, une parole claudicante. Quelque chose dans l'histoire familiale serait porteur de ce défaut et il entrerait en résonance suite au trauma du handicap. C'est par exemple la mère de Sylvie lorsqu'elle parle de malédiction familiale dans la vignette clinique d'introduction et ce qui sous-entendrait pour certaines mères cette idée de la malédiction familiale.

Mais au-delà de la condition d'amour, c'est dans la condition fétichiste que nous

³⁰¹ H. Rey-Flaud, id., p.43

³⁰² H. Rey-Flaud, id., p.49

allons nous rendre compte que les explications théoriques de Freud peuvent faire le lien avec notre clinique. Alors que dans la condition amoureuse le choix d'objet se fait en lien avec le trait idéal de l'Autre, dans la condition fétichiste l'objet est choisi en dehors de toute référence de ce dernier. Le trait est, nous dit Freud, impartagé et impartageable. Il n'y a pas d'idéal ici. Et cela rejoint bien nos hypothèses, car l'idéal dans cette clinique s'effondre. « *Il se présente souvent, au contraire, comme anti-modèle et un anti-idéal : une vieille gaine, une prothèse usagée, une infirmité particulière ou bien encore comme dans l'exemple princeps de Freud, une tare physique déconcertante, le pied sale et nauséabond*³⁰³. » Ce type de trait est celui que nous rencontrons chez l'enfant en situation de handicap, l'anti-idéal par excellence, l'infirmité qui se voit, qui est sous le regard de tout le monde. Alors, pouvons-nous désormais dire avec Freud que l'enfant peut se retrouver dans cette position de fétiche de la mère ? Nous pensons que oui, et nous allons essayer de l'explicitier davantage dans les pages suivantes.

« Le symptôme est une organisation signifiante qui conserve,
comme une stèle indéchiffrée la mémoire
d'une jouissance oubliée,
jadis advenue dans l'histoire du sujet.
Le fétiche, lui, se dresse comme un monument³⁰⁴ »

Cette petite citation Freudienne nous permet de continuer à avancer dans nos hypothèses. Il nous est désormais évident que le fétiche est le représentant de quelque chose, le monument qui commémore un moment clef de la vie du sujet. Freud nous dit que le symptôme est une organisation signifiante qui conserve la mémoire d'une jouissance oubliée. Cette jouissance oubliée ne pourrait-elle pas faire lien et entrer violemment en résonance, voir correspondre, de manière spéculaire à ce moment fatidique, que tous les parents nous racontent, de l'annonce du handicap de l'enfant. Il s'agit d'un moment hors temps, et à partir de ce moment-là tout se fige, comme nous l'avons déjà évoqué. C'est au moment de l'annonce qu'il y a une sorte de sidération, des mots qui ne peuvent se symboliser, à l'instar un peu de la névrose post-traumatique. Ce moment-là et suivi ensuite comme nous le postulons depuis le départ d'une régression psychique du Surmoi de la mère qui bascule du Surmoi œdipien et celui pré-œdipien.

Freud disait, pour expliquer la mélancolie, qu'elle apparaît lorsque l'ombre de l'objet tombe sur le moi, comme nous l'avons déjà dit en introduction de ce travail, dans notre clinique de l'enfant fétiche, c'est l'ombre du handicap qui tombe sur le moi de la

³⁰³ H. Rey-Flaud, id., p. 61

³⁰⁴ H. Rey-Flaud, id., p.89

mère. À la différence du fétichiste qui recherche activement l'objet, pour la mère il lui tombe dessus au moment de l'annonce du handicap. À partir de là, de l'annonce, de la stupéfaction, de l'effraction traumatique, il y a selon nous la mise en place suite à un mécanisme de défense d'un fonctionnement pathologique, mais qui est en lien avec un fonctionnement déjà inscrit dans le roman familial qui était jusqu'à ce moment en « *stand-by*³⁰⁵ » et qui est selon nous à mettre en lien avec le Surmoi archaïque.

La plupart du temps, nous voyons apparaître soit un fonctionnement dépressif, voire mélancolique, chez la mère et donc en miroir chez l'enfant, soit un fonctionnement maniaque, dans lequel la mère vise l'idéal et la perfection pour son enfant. Soit les deux phases alternées à l'instar des sujets bipolaires. Ces deux réactions défensives semblent être guidées par le Surmoi. Résonnent encore en nous les mots prononcés par une mère lors d'un groupe de parole de parents. Elle nous explique qu'elle est passée par plusieurs étapes après l'annonce du handicap de sa fille. D'abord une longue dépression, ensuite beaucoup de colère et enfin un fonctionnement plus équilibré suite à une reconstruction subjective travaillée en psychothérapie. Mais avant ça, la fille a été rejetée, mise à l'écart, condamnée à n'exister que par rapport à son handicap. Dans le discours, il n'y avait de place que pour le symptôme. Dans ce type de réponse, il nous semble que l'enfant vient occuper une place de fétiche pour la mère, c'est-à-dire qu'à partir de ce moment-là, l'enfant sera traité en tant qu'objet fétiche, tantôt renié, dénigré, tantôt idolâtré, sublimé, comme notre clinique nous le montre. Objet fétiche pourvu de la caractéristique négative que tout objet fétiche détient (pied sale, borneité, défaut physique) qui est ici représentée par le handicap.

Encore nous faut-il distinguer de quel type de fétichisme il s'agit. Celui défini comme *pervers* par Freud, ou celui qui est défini comme *vrai* fondé sur le refoulement partiel ? Le fétichisme pervers, selon la définition de Freud, semble être en adéquation avec nos hypothèses. En effet, dans ce type de fétichisme, le sujet idéalise l'objet, et il l'utilise pour combler le manque de pénis de la femme. L'objet fétiche idéalisé représenterait donc le pénis manquant. « *L'idéalisation de l'objet d'amour* (la mère qui idéalise son enfant en situation de handicap), *dans le fétichisme, l'élection d'un trait* (le handicap, tel ou tel autre défaut physique ou psychique), *faite sans référence à un idéal et souvent même à l'encontre de tout idéal, découvre que le choix de l'attribut est ici soumis à l'arbitraire du sujet* (la mère) *et fonde une loi privée incarnée dans un objet,*

³⁰⁵ En état d'alerte, se tenant prêt

*propre à susciter seulement l'horreur de l'Autre*³⁰⁶ » En paraphrasant l'exemple de Freud, nous pouvons dire que lorsqu'une mère pose comme condition absolue de son désir que l'enfant soit borgne, boiteux, le trait n'est plus une qualité, l'enfant n'est plus ici que le lieu où se présente la « bornéité. » « Ainsi, dans le fétichisme le trait ne représente rien, il garantit au fétichiste la présence des attributs perdus de l'objet (chez l'enfant en situation de handicap ça sera la parole, la beauté, l'intelligence) en lui permettant d'avoir à sa main, dans une réalité équivoque, car elle confine au réel, la maîtrise du manque de l'Autre³⁰⁷. » Les mères que nous rencontrons sont souvent dans l'illusion de maîtriser complètement ce qui manque chez l'autre, chez leur enfant. C'est bien ce que nous avons l'impression d'observer dans notre clinique, l'enfant et son handicap ne représentent plus rien dans le discours de la mère, ou plutôt ils représentent le manque, l'enfant ne représente que la somme des attributs perdus à cause du handicap.

Le deuxième cas de figure, celui du fétichiste vrai, authentique, parfait, est fondé sur le refoulement partiel et consacré par la sublimation de l'objet. Dans ce cas, le trait principal, unique comme pourrait l'être le handicap selon notre hypothèse, se trouve lui-même aboli, grâce à la sublimation. Il s'agit en quelque sorte de sublimer l'objet pour arriver à son essence même, et par conséquent le faire disparaître en tant qu'objet et en tant que symptôme. Dans ce processus de sublimation, l'objet devient un objet pur. Citons : « si bien que l'objet est arraché au monde des objets et constitué comme pure essence. Le pied (le handicap dans notre clinique) devient alors comme la rose de Mallarmé, la figuration même de l'absence, l'absence de tout pied³⁰⁸. » Ou l'absence de tout handicap, voir au-delà du miroir, voir la chose, Das ding. « Le fétichiste à ce moment, n'a plus devant lui un pied, le pied c'est nous qui le voyons, lui, il voit la chose, das ding. Ainsi se trouve consacré le procès de la sublimation, quand le pied sans référence au signifiant, advient, échappé à l'imaginaire, comme objet pur, sans figure, incarnation désincarnée de la substance³⁰⁹. »

Passer du fétichisme pervers au fétichisme vrai est peut-être un des objectifs de la thérapie pour la mère et l'enfant à travers notamment la démarche artistique, pour leur permettre d'accéder à ce processus de sublimation. Henry Rey-Flaud utilise un exemple que nous pouvons reprendre pour mieux étayer notre hypothèse d'un processus qui

³⁰⁶ H. Rey-Flaud, « Comment Freud inventa le fétichisme... et réinventa la psychanalyse », Paris, éd. Payot, 1994, p.92

³⁰⁷ H. Rey-Flaud, id., p.92

³⁰⁸ H. Rey-Flaud, « Comment Freud inventa le fétichisme... et réinventa la psychanalyse », Paris, éd. Payot, 1994, p.93

³⁰⁹ Ibid.

permettrait à la mère d'aller au-delà du handicap de l'enfant. Il nous explique le cas de la femme toute entière élue elle-même comme fétiche, ce qui ressemble dans notre hypothèse à l'enfant fétiche de la mère. Il nous explique que chez cette femme-là, lorsque sa maladie par exemple (qui dans notre clinique peut être considérée comme l'équivalent du handicap) lui a ôté « *un à un tous les signes de sa beauté imaginaire, la réduit, au-delà de tous les attributs qui la constituaient dans le monde, à advenir comme pure essence de la féminité, ce qu'un sujet exprimait à sa compagne touchant ce point d'agonie : « tu ne sais pas ce que c'est de faire l'amour avec un cadavre » (...) « tu n'as jamais été aussi belle! », pour nous faire entrevoir ce qu'il est de la beauté symbolique, quand la femme advient, au-delà du miroir, comme figure incarnée de das ding³¹⁰. »* Dans notre clinique, il s'agirait justement de faire en sorte que la mère puisse voir son enfant au-delà du miroir, c'est-à-dire au-delà du regard qu'elle porte spéculairement sur elle-même. En regardant son enfant en situation de handicap, en réalité elle ne voit que son image reflétée, son image altérée par le réel du handicap. C'est pour cette raison que nous avons longtemps parlé du stade du miroir, le lien s'effectue ici. Car ce stade est étroitement lié à l'idéal du moi et donc au Surmoi. Expliquons davantage, lorsque l'enfant traverse le stade du miroir, il se confronte au regard de sa mère qui le nomme et qui lui signifie que l'image reflétée est la sienne. Nous en avons déjà parlé auparavant mais nous n'avons pas encore pu faire le lien avec cette question de la perversion, et du fétiche, de cet « au-delà du miroir . » Il faut donc traverser ce miroir pour ne pas rester figé, bloqué, comme un arrêt sur image, comme le regard de la méduse qui fige. Lacan disait que l'image du corps passe par celle imaginée dans le regard de l'autre ; ce qui fait du regard un concept capital pour tout ce qui touche à ce que nous avons de plus cher en nous et donc de plus narcissique. C'est bien là la clef de la problématique qui nous intéresse. Nous pouvons ainsi faire un lien avec la question du Surmoi. En ce qui concerne le stade du miroir et l'idéal du moi, nous pouvons dire que quand l'enfant se voit dans le miroir, comme le dit Lacan, il anticipe ses capacités motrices grâce notamment à ce que sa mère lui renvoie. Il a une image, et cette image sert de référence au signifié que le sujet doit trouver pour répondre à l'appel de ce signifiant incarné par l'idéal du moi. Cet idéal du moi est représenté par la mère qui sert de modèle à l'enfant, sauf que chez elle cet idéal qui doit servir de modèle s'est effondré suite au handicap. L'image de l'enfant se construit donc dans le regard de la mère qui ne doit pas être comme souvent dans notre clinique celui de la méduse, mais plutôt celui qui incarne le grand Autre, trésor de signifiants. C'est donc grâce à cette

³¹⁰ H. Rey-Flaud, id., p.93

image spéculaire que l'enfant va pouvoir façonner son Moi idéal, et par conséquent son Moi.

C'est peut-être aussi à cause de cet amour archaïque, inconditionnel, que la mère fétichiste donne à son fils un statut d'objet de la jouissance, objet de sa propre jouissance. Il n'y a plus d'idéalisation possible comme chez le fétichiste vrai mais plutôt une expression manifeste de la Chose. Il y a dans ce cas de figure une abolition du signifiant, le trait handicap abolit tous les autres attributs de l'enfant. « *Le trait objectifié sélectionné produit l'abolition absolue des tous les attributs imaginaires de la femme (dans notre cas de l'enfant), suscitant alors, à l'horreur du tiers, l'émergence de la Chose³¹¹.* » Alors que dans le cas de la beauté imaginaire, idéalisée, cet idéal vient faire écran à l'horreur de la Chose. Comme si le voile, était tombé le jour de l'annonce du handicap, ce voile qui aurait permis à la mère d'idéaliser son enfant, d'envisager au niveau imaginaire un avenir narcissiquement supportable car en miroir avec le sien. En tombant, ce voile expose cruellement l'horreur, et la mère se retrouve seule. Pour faire face, la mère aurait donc comme issue le fétichisme pervers et non le fétichisme vrai qui ressemble beaucoup à la passion amoureuse.

Le fétiche est également un objet paradoxal (comme le Surmoi) et singulier, ce qui explique sans doute aussi notre difficulté à le cerner précisément dans notre hypothèse. Pour ce qui concerne l'absence/présence, H. Rey-Flaud nous explique, qu'on a tort de penser que le pervers fétichiste crée un objet pour suppléer le manque, comme Freud le soutenait, bien au contraire, en faisant cela il crée pour ainsi dire une absence encore plus importante. « *Il serait en effet erroné, on le sait, de supposer que le fétiche a pour fonction de positiver le manque. S'il est vrai qu'il est élu pour incarner la présence réelle du manque, il s'agit, cette fois encore, d'une présence qui conserve l'absence et maintient paradoxalement le manque en tant que tel³¹².* » C'est exactement ce que nous retrouvons dans la clinique, la mère protectrice qui veut rééduquer son fils en mettant constamment en avant ce qu'il lui manque (en terme de capacité d'apprentissage, de QI, des capacités physiques, etc.) ne fait que renforcer ce manque. Au lieu de le positiver, elle le négative. La même chose est valable pour le discours de la mère qui rejette. Quoiqu'elle dise ou quoi qu'elle fasse, l'objet est parfois présent et parfois absent comme dans le Fort/da freudien, la tentative vaine de la mère fétichiste est de faire croire avec son fétiche que l'objet est toujours là. L'absence ou la présence de l'objet échappent à la

³¹¹ H. Rey-Flaud, id., p.96

³¹² H. Rey-Flaud, id., p. 99

chaîne signifiante, elles ne peuvent plus se symboliser. C'est pour cette raison que la mère de notre clinique, comme nous avons souvent eu l'occasion de le dire, ne voit plus que ça : le handicap omniprésent.

L'objet fétiche est paradoxal dans le sens où le fétichiste sait bien qu'un pied est un pied mais qu'il y voit autre chose. Il y voit la Chose justement. Freud, pour conceptualiser le déni pervers, nous parle du sujet qui dit: « *Je sais bien qu'un pied c'est un pied mais quand même...* ». Cela nous rappelle le discours des mères qui en est une métaphore : « *je sais bien qu'il est handicapé mais quand même...* ». Elles savent mais ne peuvent s'empêcher d'y voir en même temps le handicap et la Chose. Un autre détail (de taille) réside dans la particularité chez le fétichiste de désaffecter l'objet. Voilà pourquoi l'objet fétiche est aussi singulier « *il se présente comme objet désaffecté, caractère rendu patent par l'indifférence affichée par le pervers à son endroit en dehors des moments paroxystiques où il est appelé pour déclencher sa jouissance. Les seuls affects véritables que le fétiche soit susceptible de susciter, c'est finalement chez le tiers qu'on le trouve : l'incompréhension gênée, le dégoût, ou l'horreur.* » Cela correspond plutôt bien à la relation déjà décrite entre cette mère et son fils Salomon, adolescent qui vole des foulards pour se masturber. Il semble être le fétiche de sa mère et lui-même a des objets fétiches. Nous avons beaucoup de mal à joindre la mère, et quand nous la recevons, elle est justement en crise paroxystique et déverse sur son fils un flot de paroles, une jouissance langagière sans limite. L'équipe quant à elle, éprouve à l'égard de ce jeune, incompréhension gênée, dégoût, parfois horreur (surtout les femmes !).

3.5) Les liens entre la Chose (das ding) et le Surmoi archaïque

Puisque dans le paragraphe précédent nous avons parlé de la Chose (Das ding) essayons comme nous le faisons depuis le départ de la mettre en lien avec le Surmoi et notre hypothèse. Pour ce faire nous allons nous appuyer sur le séminaire VII : l'éthique de la psychanalyse. Lacan nous en parle afin d'enlever cette ambiguïté qui existe depuis l'invention freudienne, entre le principe de réalité et le principe de plaisir. Pour Lacan dans le Das ding il y a le secret véritable. Secret véritable, chose à partir de laquelle tout s'origine, vers laquelle nous sommes attirés, poussés par le principe de plaisir et en même temps freinés par le principe de réalité. Le principe de réalité est amené notamment par la castration symbolique, lorsque le père signifie à l'enfant qu'il ne peut

pas avoir sa mère. Le principe de plaisir, il faut l'envisager comme l'envie pour un sujet de revenir à cet état antérieur archaïque ou il n'était pas séparé de la Chose et où la vie n'était que jouissance. C'est le principe de réalité qui met des limites et qui sépare le sujet de la jouissance engendrée par la Chose. Le problème, c'est que dans notre clinique et dans ce retour de la mère à une période pré-œdipienne, et en l'absence de père, la Chose (la mère inconsciente) et le sujet (l'enfant en situation de handicap) sont à nouveau confondus, ils ne font plus qu'un. Ils se retrouvent piégés dans le principe de plaisir et il ne semble plus y avoir de principe de réalité. L'absence de principe de réalité justifie entre autres les demandes absurdes des mères concernant leur enfant. Le processus de principe de réalité est défini comme secondaire. C'est-à-dire qu'il fonctionne au niveau conscient et pré-conscient. Dans notre clinique, puisque nous postulons qu'il n'y a plus d'altérité chez la mère et l'enfant, il n'y a que du processus primaire. Le processus primaire s'oppose au secondaire exactement comme le principe de réalité s'oppose au principe de plaisir, sauf que dans ce cas de figure cela ne fonctionne plus.

Lacan nous explique que l'homme doit faire un choix subjectivement. *« Nous avons là aussi une notion d'une profonde subjectivation du monde extérieur; quelque chose trié, tamisé, de telle sorte que la réalité n'est aperçue par l'homme, du moins à l'état naturel, spontané, que sous une forme profondément choisie. L'homme a affaire à des morceaux choisis de réalité³¹³ »* L'homme a affaire à la vie, au monde extérieur avec ses dangers, ses rencontres, ses hasards. Comment va-t-il faire le tri ? Comment va-t-il choisir d'aller à droite plutôt qu'à gauche? Comment va-t-il formuler une parole ? Comment va-t-il construire une chaîne signifiante en partant de l'inconscient le plus archaïque ? Cela se passe, nous dit Lacan, entre la perception et la conscience, donc au niveau de son Moi, toujours en lien avec l'inconscient.

Le cheminement du sujet, nous dit Lacan, s'oriente autour de la Chose, étrangère hostile, cela représente le premier extérieur mais en même temps elle est aussi intérieure. L'être humain, dans son but d'atteindre et de retrouver das Ding, est orienté par ses choix, par ses désirs, par ses souhaits. L'objet est perdu, il ne sera jamais retrouvé mais le but de l'être humain est de se mettre dans cette quête de retrouvailles. *« Das ding, en tant qu'Autre absolu du sujet, qu'il s'agit de retrouver. On le retrouve tout au plus comme regret. Ce n'est pas lui qu'on retrouve, mais ses coordonnées de plaisir. C'est dans cet état, de le souhaiter et de l'attendre, qui sera cherchée, au nom du*

³¹³ J. Lacan, (1958-1960), *« Séminaire VII, L'éthique de la psychanalyse »*, Paris, éd. Seuil, 1986, p.59

*principe du plaisir*³¹⁴. » Donc, si cela se situe au niveau du principe de plaisir, cette quête est inconsciente. Pour faire le lien avec nos hypothèses, la Chose, objet mythique, voire même corps mythique de la mère, que tout être humain recherche, qui ne peut habituellement pas être retrouvée, est, dans notre clinique, retrouvé. Lorsque le sujet la retrouve, il n'est plus que dans le principe de plaisir, sans aucune limite, dans la jouissance. C'est un peu ce qui se passe dans notre clinique, il y a un retour à das ding suite à l'annonce traumatique du handicap.

Il nous reste en suspens la question du lien de das Ding au Surmoi, mais Lacan vient, comme souvent, à notre secours car il nous explique qu'une fois das Ding perdue, quelque chose vient se mettre à sa place : « *quelque chose qui en est à la fois l'opposé, l'envers et l'identique et qui au dernier terme, se substitue à cette réalité muette qu'est Das Ding, à savoir la réalité qui commande et qui ordonne*³¹⁵. » Une réalité qui commande et qui ordonne, n'est-ce pas identique au Surmoi ? Il se peut alors, que cela soit bien en lien avec cette perte de Das ding que se construira notre rapport au monde, notre rapport à la perte, ainsi que le fonctionnement de notre Surmoi.

En fin de chapitre consacré à Das Ding, Lacan nous amène sur quelque chose que nous pouvons reprendre à notre compte ou plutôt au compte de notre hypothèse. Il revient en effet sur l'utilisation du prénom d'appel Toi. Le Toi, nous dit Lacan vient à nous notamment dans des situations particulières. Dans des moments de désarroi, de détresse, de surprise, dans la présence d'un Autre vers qui nos préoccupations majeures sont portées. C'est bien ce que nous observons dans notre clinique. Dans ce Toi, continue Lacan, il y a la tentation d'apprivoiser l'Autre, l'Autre préhistorique, l'Autre inoubliable, l'Autre perdu, le Das Ding. « *Toi contient je ne sais quelle défense, et je dirai qu'au moment où il est prononcé, c'est tout entier dans ce Toi, et pas ailleurs, que réside ce que je vous ai présenté aujourd'hui dans Das Ding*³¹⁶. » Nous pouvons aussi faire le lien suivant, le Toi, celui qui est prononcé par les mères de notre clinique qui s'adresse à l'enfant, à l'institution, aux éducatrices ou au psychologue, est le Toi censure, le Toi juge, le Toi surmoïque. Mais c'est le Toi qui est issu de la Chose. « *Tais-Toi, arrête-Toi, soumets-Toi* », sont autant d'injonctions que les mères renvoient à leur enfant, à l'institution mais plus archaïquement au grand Autre, à Das Ding. « *À ce Toi que j'ai appelé d'apprivoisement, et qui n'apprivoise rien, Toi de vaine incantation, de vaine liaison, correspond ce qui peut nous arriver quand quelque ordre nous vient de*

³¹⁴ J. Lacan, id., p.65

³¹⁵ J. Lacan, id., p.69

³¹⁶ J. Lacan, (1958-1960), « *Séminaire VII, L'éthique de la psychanalyse* », Paris, éd. Seuil, 1986, p.69

*l'au-delà de l'appareil où grouille ce qui avec nous a affaire au Das Ding*³¹⁷. » Un Toi maternel qui s'oppose au Moi de l'enfant, « *un Moi d'excuse, un Moi de rejet, un Moi de très peu pour moi*³¹⁸. »

En continuant dans son travail autour de Das ding, Lacan souligne, un aspect important qui est lié à ce concept, à savoir que l'instance morale et l'instance du sentiment de culpabilité (tellement présente chez les êtres humains et dans notre clinique) agissent bien souvent à l'insu du sujet sans doute parce qu'elles sont en étroit lien avec la Chose qui est inconsciente. Das Ding est le point de départ de l'organisation du monde psychique du sujet, c'est à partir et autour d'elle que va se mettre en place le mouvement de la Vorstellung, en français appelée la représentation. Il va falloir entrer un peu dans le détail dans le but de nous faciliter le lien avec notre question surmoïque. La représentation est pour Freud ce que l'on se représente et qui va former le contenu concret d'une pensée, mais c'est surtout la représentation d'une perception antérieure précédemment vue. C'est donc une représentation concrète d'une perception antérieure. La représentation est ce que Lacan appelle le signifiant. Freud nous explique que la représentation est refoulée alors que l'affect, lui, est réprimé. De même, la pulsion qui est d'essence somatique ne peut pas être refoulée, c'est plutôt sa représentation qui est refoulée. Il nous faut encore donner une précision, Freud nous explique que la représentation s'est divisée en deux, une représentation de mot, et une représentation de chose. C'est cette dernière qui nous intéresse le plus, parce que c'est la plus en lien avec Das ding et avec l'inconscient. Néanmoins, définissons aussi la première. La représentation de mot que Freud appelle Wortvorstellung, est acoustique, auditive en lien avec le mot qui est entendu. Le mot est verbalisé, il est donc entendu et il est, par la même occasion, amené à la conscience. La représentation de chose par contre est d'essence visuelle et inconsciente. Il se peut en effet qu'une représentation de chose soit liée à une représentation de mot, dans ce cas elle passe dans le système pré-conscient et devient verbalisable. Ce qui échappe à cette liaison, c'est la représentation de chose seule sans association à un mot, qui fait donc partie du système inconscient. C'est bien le but d'une thérapie de permettre au patient de mettre des mots sur des choses. Il y aurait donc une représentation verbale consciente et une représentation visuelle inconsciente. L'image aurait un lien étroit avec l'inconscient. Dans notre clinique il n'est en effet pas rare de voir comment les mots des parents, ou les représentations des mots des parents posent toujours la question de l'image, de la

³¹⁷ Ibid.

³¹⁸ J. Lacan, (1958-1960), id., p.70

représentation de la chose. Ils essayent par leurs symptômes conscients de résoudre des conflits inconscients.

Il se pourrait que l'image de l'enfant en situation de handicap soit sidérante pour la mère et soit à ce titre refoulée dans l'inconscient ou dénié dans le cas de la perversion. Concernant le handicap de l'enfant, quelque chose est cassé, est hors-signifiant, il n'y a pas de lien, d'union entre la représentation de chose et la représentation de mot correspondant. Cela reste dans le domaine de l'inconscient et à ce titre dans les mains de la Chose.

Maintenant que cette notion de représentation semble plus claire, nous pouvons revenir à Lacan et à Das ding. Il nous explique que « *das ding, c'est une fonction primordiale, qui se situe au niveau initial d'instauration de la gravitation des vorstellungen inconscientes*³¹⁹. » C'est-à-dire que la Chose est à la base de la représentation de choses inconscientes. La Chose est première, elle vient avant tout le reste, elle vient avant même la représentation inconsciente. Les représentations inconscientes sont donc en lien avec la Chose. Il nous faut cependant encore et toujours faire le lien avec le Surmoi. Le Surmoi est en lien avec le principe de réalité, comme déjà dit auparavant, c'est une sorte de conscience morale qui justement vient mettre un frein, une régulation au principe de plaisir. Ce frein, cette régulation au principe de plaisir est aussi celui que nous retrouvons dans la relation mère/enfant, mère/institution, institution/enfant. Le problème c'est que son fonctionnement est pathologique parce qu'il ne vient pas pacifier l'angoisse, il ne vient pas éloigner le sujet des griffes de la chose. Nous avons presque l'impression que le but recherché n'est plus celui d'apaiser les quantités d'excitations pour atteindre le plaisir, mais plutôt le contraire. Comme si l'inconscient se déchaînait en laissant libre cours à la montée d'excitation et donc au déplaisir. Les poussées inconscientes ne seraient plus limitées par le principe de réalité. Le plaisir, appelé aussi jouissance, serait obtenu en empruntant les voies les plus courtes et sans référence à aucun principe de réalité.

La réalité est justement celle que les mères ont tant de mal à voir concernant leur enfant et leur avenir. « *Je veux dire que tout ce qui se développe au niveau de l'interpsychologie enfant-mère, et qu'on exprime mal dans les catégories dites de la frustration, de la gratification et de la dépendance, n'est qu'un immense développement du caractère essentiel de la chose maternelle, de la mère, en tant qu'elle occupe la*

³¹⁹ J. Lacan, (1958-1960), « *Séminaire VII, L'éthique de la psychanalyse* », Paris, éd. Seuil, 1986, p.77

*place de cette chose, de das Ding*³²⁰. » C'est bien ici que nous voulions en venir, le lien das ding, mère, enfant, Surmoi. La qualité et la quantité de frustration ou de gratification que la mère et l'enfant se donnent mutuellement semblent être en lien avec das Ding et avec le Surmoi. Mais ce Surmoi n'est pas l'œdipien mais plutôt l'archaïque. Il ne peut pas l'être parce que, comme nous le soutenons, la relation mère/enfant pose problème, elle se trouve être incestuelle, fusionnelle, confuse, manquante de tiers. Ce qui vient introduire la loi, donc par extension le principe de réalité et le Surmoi, est notamment l'interdit de l'inceste communiqué par le père. L'inceste selon Freud, repris par Lacan, est le désir essentiel et fondamental de tout être humain, c'est justement l'interdiction de l'inceste qui a permis les développements culturels et la naissance de la société. « *C'est dans la mesure même où la fonction du principe de plaisir est de faire que l'homme cherche toujours ce qu'il doit retrouver, (l'enfant cherche toujours sa mère) mais ce qu'il ne saurait atteindre, c'est là que gît l'essentiel, ce ressort, ce rapport qui s'appelle la loi de l'interdiction de l'inceste*³²¹. » L'homme recherche donc un retour à la mère, un retour à das Ding, le handicap de l'enfant ouvrirait donc un chemin plus court à cette possibilité. La loi, la perte de l'objet, ne sont pas si clairement établies, ce qui expliquerait le déni et la position de l'enfant en tant que fétiche dans le choix pervers. L'interdit de l'inceste n'est pas autre chose que la condition pour que subsiste la parole, nous dit Lacan. Voilà pourquoi nous soulignons souvent le fait que beaucoup de jeunes que nous rencontrons sont dépourvus de parole, car l'Autre parle à leur place, il est intrusif.

Il y a une dernière petite partie du séminaire VII qui concerne das Ding que nous avons envie de mettre en lien avec notre thèse. Lacan nous explique que la sublimation excessive de l'objet est ce que l'on appelle communément perversion. Nous avons évoqué dans les pages précédentes ce rapport pervers entre mère et enfant avec une impossible sublimation. « *Sublimation et perversion sont l'une et l'autre un certain rapport du désir qui attire notre attention sur la possibilité de formuler, sous la forme d'un point d'interrogation, un autre critère d'un autre, ou de la même, moralité, en face du principe de réalité. Car il y a un registre de la moralité qui est dirigé du côté de ce qu'il y a au niveau de das Ding, c'est à savoir ce registre qui fait hésiter le sujet au moment de porter un faux témoignage contre das Ding, c'est-à-dire le lieu de son désir, qu'il soit pervers ou sublimé*³²². » Qu'en est-il alors de la structure si la perversion dans

³²⁰ J. Lacan, (1958-1960), id., p.82

³²¹ J. Lacan, id., p.83

³²² J. Lacan, (1958-1960), « *Séminaire VII, L'éthique de la psychanalyse* », Paris, éd. Seuil, 1986, p.131

ce cas n'est qu'une sublimation excessive ?

3.6) Genèse de la perversion

« Les événements prennent leur sens
douloureux, quelquefois ravageur, en fonction
de l'interprétation de l'inconscient ³²³»

Pour répondre à cette question, nous allons nous appuyer à nouveau sur les travaux d'Henry Rey-Flaud, dans son texte « *Le démenti pervers* . » À la lecture de cet ouvrage, nous nous sommes rendu compte que la perversion ne prenait pas forcément son origine là où nous le pensions, pas uniquement en tout cas. La structure perverse et le fétiche qui accompagnent notre réflexion ne seraient pas issus uniquement du rapport que le sujet entretient avec le complexe de castration. En effet, la structure du sujet serait à rechercher également dans un moment archaïque. Une première coupure viendrait introduire le sujet au monde symbolique. Le sujet advient grâce à ces deux étapes (coupure archaïque et castration) à condition qu'elles se passent bien, sans entrave majeure. Ces deux étapes peuvent être mise en lien avec les deux Surmoi l'archaïque et l'œdipien.

Freud, à partir du moment où il commence à parler d'un au-delà du principe de plaisir, vient nous signifier que quelque chose nous échappe. Jusqu'à présent, nous nous sommes occupé, dans notre clinique, de la perversion et du fétichisme vus comme le tout premier Freud les voyait, à savoir que le fétiche vient remplacer l'absence du pénis de la mère.

Cet ouvrage et le tout dernier Freud nous obligent, par contre, à aller un peu plus loin dans le temps de l'évolution psychique du sujet et à remonter jusqu'à un premier moment mythique, fondateur de l'être humain. Lorsque nous avons parlé du déni pervers et que nous l'avons mis en lien cliniquement avec le déni du handicap de l'enfant de la part de la mère, nous étions loin de penser qu'il y avait peut-être un autre déni, fondateur, en amont qui a des liens forts avec le déni ultérieur. Freud parle d'ailleurs d'un double déni. Il n'y aurait donc pas uniquement, selon la première conception de Freud, un refoulement de la castration qui s'appuierait sur le refoulement originaire, et un retour du refoulé, mais également un rejet de la susdite castration. Freud s'en rend

³²³ H. Rey-Flaud, « *Le démenti pervers, le refoulé, l'oublié* », Paris, éd. Aubier Montaigne, 2002, p.195

compte notamment grâce à la clinique de l'homme aux Loups. Le rejet indiquerait que l'être humain, avant de vivre dans le symbole, serait dans un monde hors représentations, dans un univers psychique oublié qui n'avait pas pu être étudié dans les simples névroses avant l'homme aux loups. C'est dans ce monde hors représentation que sont plongés, selon nous, l'enfant et la mère de notre clinique, suite à l'annonce du handicap. Il s'agit d'une sorte de tache aveugle dans l'inconscient, d'un endroit « *au-delà du nœud ombilical sur lequel repose le rêve qui était considéré jusqu'alors comme le point où celui-ci devient insondable et se rattache au non reconnu*³²⁴ . » Sous la cave il y aurait une crypte comme expliqué dans le rêve de Jung à Freud. Concrètement il n'y a donc pas uniquement le refoulement de la castration mais aussi le rejet de la castration. Rejet de quelque chose qui s'appuie sur quelque chose d'antérieur. Il ne s'agit pas du rejet de la castration comme objet mais comme étant l'expression d'autre chose. Henry Rey-Flaud l'appelle, avec Freud, une matrice primitive de la castration, une coupure advenue aux temps archaïques du sujet.

Ce renvoi à l'archaïque tombe à point nommé pour notre thèse car cela nous permet de prendre conscience qu'il existe un temps hors temps qui est dépourvu de symbolisme et qui ressemble fort à ce que nous rencontrons dans notre clinique dans l'observation des symptômes mère/enfant. Freud nous dit que : « *découvrir les relations intimes entre la matière du déni présent (qui pourrait être dans notre clinique le déni du handicap tant de fois rencontré) et celle du refoulement d'autre fois sera la tache de la recherche dans chaque cas particulier*³²⁵ . » Il y a peut-être un lien entre ces deux moments et le rapport entre la mère et son enfant. Le rapport si particulier que nous rencontrons la plupart du temps entre eux, prendrait sa source dans ce moment préhistorique de coupure fondatrice pour la mère et donc obligatoirement dans un deuxième temps pour l'enfant. Le déni de l'enfant avec son handicap serait alors en lien et serait soit renforcé soit affaibli par la façon dont la mère a vécu subjectivement cette première coupure et le déni archaïque. La réponse à la question (que nous nous posons régulièrement en observant les mères et leurs enfants) « qui d'entre l'œuf (le handicap de l'enfant) et la poule (le comportement de la mère) vient en premier » semble ici se diriger du côté du gallinacée. Le rapport qui lie une mère à son enfant dépendrait donc plus de cette première coupure plutôt que de la castration.

Freud nous explique que ce déni archaïque s'appuie sur des signes de perception

³²⁴ H. Rey-Flaud, id., p.12

³²⁵ H. Rey-Flaud, id., p.14

qui sont venus jadis, dans l'existence du sujet, enregistrer des premières coupures, qui, à ce titre « *sont les marqueurs de la différence en tant que telle*³²⁶. » Nous ne pouvons que réagir à ce mot : différence, car il s'agit bien de ça dans notre clinique, d'une clinique de la différence. Des signes de différence qui introduisent une coupure ! N'est-ce pas la différence qui coupe l'enfant et sa mère de la société ? Toujours dans cette dynamique de la régression psychique de la mère, elle en revient à se poser la question de la différence, mais plus celle des sexes, mais celle en lien avec le handicap. Une fois encore, l'annonce du handicap est à voir comme un marqueur de la différence qui entre en résonance avec les premières coupures de la mère de jadis.

Dans les cas que nous étudions, ceux de la perversion fétichiste, le double déni se déclinerait ainsi : « *à savoir si le déni manifeste de la différence des sexes n'est pas ici l'expression d'un déni antérieur de premiers signes de la différence*³²⁷. » Ces premiers signes de la différence, ne peuvent-ils pas faire écho, être quelque part en lien et servir de caisse de résonance aux signes de la différence que l'enfant en situation de handicap communique à travers lui. Ou peut-être que ces différences sont en lien et font résonner les premiers signes de perceptions issus de cette coupure.

Il s'agit donc d'interroger le refoulement originaire, (moment où le sujet formerait un certain nombre de représentations inconscientes sur lesquelles viendraient se greffer tous les autres refoulements successifs) et le déni car ils vont s'imposer comme déterminants dans l'introduction du sujet au monde de représentations, c'est-à-dire dans la mise en place du moi et de la réalité. Pour en arriver aux représentations conscientes, Freud nous explique que le sujet doit d'abord être coupé, subir une sorte de séparation de son origine archaïque. Chose compliqué dans notre clinique ou enfant et mère peuvent difficilement être séparés. À partir de là, de cette division, il y aura donc deux inconscients, un originaire, non reconnu, secret, impénétrable (la crypte) et l'autre sera l'inconscient représentatif solidaire du système pré-conscient et conscient (la cave). Cette division s'effectue, d'après Freud à travers deux étapes. Une première qu'il qualifie de « *jugement d'attribution* », c'est un temps primitif pendant lequel l'enfant trie le monde d'une façon clivée entre le bon et le mauvais. Cela inscrit en lui une première différence. La seconde que Freud appelle « *jugement d'existence* » permet au sujet d'accéder à la représentation, sous le chef de la fonction phallique, c'est à ce moment-là que, par le biais de la castration, le sujet aborde la différence des sexes. « *Ainsi*

³²⁶ H. Rey-Flaud, id., p.15

³²⁷ Ibid.

*distinguera-t-on des phénomènes archaïques qui ressortissent au jugement d'attribution et des phénomènes secondaires (représentatifs) qui dépendent du jugement d'existence*³²⁸. » Inutile d'ajouter que le fonctionnement pathologique ou le fait de ne pas accéder au jugement d'existence, dépend étroitement du jugement d'attribution. Dans notre clinique suite à cette régression psychique, la mère serait à nouveau du côté du jugement d'attribution et plus d'existence, d'où, à nouveau, son appréhension du monde particulièrement clivée.

Revenons sur la notion de refoulement et de rejet. Alors que pour Freud, initialement l'un est synonyme de l'autre, à partir de 1914 il y a une profonde modification du sens du mot rejet. En effet, en travaillant sur « *l'homme aux loups* », Freud se rend compte que ce sujet n'a pas simplement refoulé la différence de sexe mais il l'a carrément rejetée, comme étant impossible. Freud nous explique que l'homme aux loups aurait une attitude ambiguë face à la confrontation avec la castration maternelle. Il aurait, nous dit-il, « *en même temps reconnu et radicalement refusé de reconnaître (rejeté, dit-il) la réalité du sexe féminin*³²⁹. » Il aurait ainsi rejeté le défaut de pénis de la mère. Cette ambiance ambiguë, ce rejet, nous font d'emblée penser à notre clinique et à ce que nous décrivons depuis le départ. Comme si, à l'instar de l'enfant Sergueï, il y avait chez la mère cette double attitude qui consiste à reconnaître et à refuser en même temps l'enfant et son handicap

Mais pourquoi la mère de l'enfant en situation de handicap se comporte-t-elle ainsi ? Et pouvons-nous appliquer ceci à toutes les mères ? Nous sommes plutôt enclins à dire que ce comportement clivé serait uniquement à attribuer aux mères qui subissent cette régression massive et commencent à adopter des mécanismes de défense de type pervers ou psychotique.

Le rejet par l'enfant du défaut de pénis de la mère, peut-il équivaloir au rejet du handicap de la part de la mère à l'égard de l'enfant ? Le rejet est à entendre comme l'exclusion du savoir sur la différence des sexes et donc par extension d'une quelconque différence chez l'autre. La mère ne veut pas entendre la différence liée au handicap de son enfant, c'est pour cette raison qu'elle fait tout pour faire disparaître cette différence. La mère de Sylvie lorsqu'elle lui cache les yeux avec les lunettes fait en sorte de faire disparaître la différence en niant par-là le handicap de sa fille mais aussi sa fille toute entière. Si l'enfant n'est pas accepté dans sa différence il ne pourra pas accepter et

³²⁸ H. Rey-Flaud, id., p.29

³²⁹ H. Rey-Flaud, id., p.31

rejetera la différence des sexes, il ne pourra pas accéder au symbole, ainsi l'unique issue sera pathologique.

La mère, suite à l'annonce, ne peut donc pas passer d'une opération à l'autre, du jugement d'attribution au jugement d'existence par le biais du signifiant phallique. Elle resterait donc prisonnière de la Chose, dans une impossible symbolisation et dans un fonctionnement de type pervers ou psychotique. « *Chez le pervers, le défaut de symbolisation, manifesté par l'érection d'un fétiche, renvoie à une carence plus ancienne advenue au temps du jugement d'attribution*³³⁰. » Ceci pointe les difficultés de notre clinique dans laquelle les mères, compte tenu de ce type de défense, sont très réfractaires à un travail avec un psychologue.

La production du fétiche traduit le rejet de la différence, donc une fois encore le rejet du sujet, de l'enfant en situation de handicap. La mère fait une sorte d'attribution forcée et elle lui donne la place d'objet fétiche. À partir de là, elle le contrôle, elle en a la maîtrise, mais en réalité ce n'est pas l'enfant qu'elle veut maîtriser mais le grand Autre. « *La stratégie perverse vise à se rendre maître par un acte de volonté, accompli sur un autre, élu comme objet d'expérience du contrôle de la barre qui frappe le sujet du langage, afin de s'assurer par ce détour du contrôle de la castration du grand Autre*³³¹. » Notre hypothèse de l'enfant fétiche semble tenir la route, d'ailleurs, Henry Rey-Flaud nous montre l'exemple dans lequel l'un des deux est un objet fétiche de l'autre. Nous pouvons ainsi imaginer l'enfant prendre cette place. Par ailleurs, nous observons dans ce type de situation, la démission presque totale du père. L'enfant devient par là le corps réel de la mère, le deux-en-un de la stratégie perverse.

Dans le fonctionnement du fétichiste nous retrouvons également cet aspect figé du temps dont nous avons déjà parlé maintes fois. Henry Rey-Flaud nous explique que dans le fonctionnement fétichiste : « *l'accomplissement parfait du procès métaphorique, assurant le recouvrement intégral de l'objet perdu par son substitut, a pour effet de bloquer la chaîne métonymique, et de suspendre la temporalité*³³². » C'est peut-être pour ça que nous avons l'impression que l'enfant en situation de handicap ne grandit jamais, en tant qu'objet fétiche il est bloqué, figé.

Un autre aspect intéressant est que si l'enfant reste dans la forclusion originaire et

³³⁰ H. Rey-Flaud, id., p.154

³³¹ H. Rey-Flaud, id., p.235

³³² H. Rey-Flaud, id., p.172

n'arrive pas à passer à la symbolisation, il ne sera alors qu'un ensemble de signes perceptifs, « *un corps réel à peine bâtarisé par les marquages primitifs*³³³. » C'est bien là, la problématique de notre clinique : nous avons la plupart du temps affaire à des corps ou à des structures mais en aucun cas à des sujets. Des corps qui gardent encore les traces de la première coupure brute advenue sur eux et pas symbolisée. C'est là que le fétiche s'érige. En effet, le sujet (la mère face à l'enfant), pour faire face au corps en situation de handicap qui est le représentant de la coupure non symbolisée, vient ériger un fétiche. Le sujet « *fabrique en effet avec son fétiche un objet qui reçoit le statut de tenant lieu du signifiant phallique dont la fonction est de subsumer les signes de perceptions, enregistreurs des coupures primordiales*³³⁴. » En faisant ceci, le sujet s'assure la maîtrise de ses coupures, la maîtrise du handicap de l'enfant, et surtout, par la réponse perverse, il reste dans le déni.

L'enfant n'a donc pas reconnu sa mère comme châtrée, car elle ne l'est plus. La mère ne pouvant rien faire pour l'aider dans cette tâche et le père étant absent, l'enfant se retrouve dans l'impossibilité de symboliser. Il rejette la castration et cela a pour effet de le renvoyer à un stade antérieur, aux temps de sa préhistoire, où la mère ne peut être qu'archaïque, terrifiante, surmoïque. « *Cette vision horrible donne figure à la chose, réceptacle des premières inscriptions, où les différences primordiales brutes, bien que consignées, ne sont pas ordonnées sous le chef de la loi phallique*³³⁵. » Avec le pervers nous sommes dans le monde de l'indifférence et cela s'appuie sur l'impossible différenciation des sexes !

« *Quand on sait que la différence des sexes est la différence symbolique qui constitue la matrice de toutes les différences imaginaires qui ordonnent le monde, on comprend que le défaut d'installation dans l'inconscient du signifiant de la différence renvoie le sujet du langage à l'état d'indifférenciation que Freud postule à l'origine de l'homme*³³⁶. » À partir de là, pour l'une (la mère) comme pour l'autre (l'enfant), l'acceptation de leurs propres différences subjectives est impossible. Le monde est clivé entre normalité et pathologie et le but de la mère sera désormais de permettre à l'enfant de basculer du pathologique au normal.

Pour finir, essayons de réintroduire la question du Surmoi. Pour ce faire

³³³ H. Rey-Flaud, id., p.52

³³⁴ H. Rey-Flaud, id., p.88

³³⁵ H. Rey-Flaud, id., p.118

³³⁶ H. Rey-Flaud, id., p.255

rappelons-nous Lacan lorsqu'il parle du « trait unaire » (le premier trait que l'homme a tracé sur l'os d'antilope et qui a ouvert la brèche au symbolique), comme signifiant de l'idéal du moi (pour nous, c'est le Surmoi) mis en place dans l'inconscient originaire et qui, depuis ce lieu, constitue la condition d'apparition des attributs secondaires du Moi idéal. Du Surmoi primordial dépendrait donc le sujet du symbolique.

Dans notre clinique, l'enfant serait face à une mère sidérée par le handicap au point d'en perdre la parole subjective. Elle se retrouverait ainsi investie du statut de mère phallique terrible. Si l'enfant refuse de prendre conscience que sa mère est châtrée, ou si cette dernière ne l'aide pas dans cette tâche ou, au contraire, lui donne l'impression de ne pas être châtrée car elle a régressé à une époque psychique pré-œdipienne alors nous ne sommes plus en face d'une mère limitée mais d'une mère toute puissante puisque pas châtrée, une mère sainte, la réincarnation de la vierge. Lacan disait : à mère sainte, enfant pervers ! « *On comprend alors que si les théologiens ne se sont guère penchés sur les désirs des saintes, c'était peut-être par crainte de voir émerger sous les traits émaciés par l'ascèse la grimace satanique du Surmoi archaïque*³³⁷. » C'est peut-être à partir d'ici que nous pouvons ré-introduire cette figure mythique de la méduse dont nous avons parlé en introduction. La femme fascinante et en même temps diabolique, sidérée et sidérante. La femme pas châtrée, la femme toute, magnifique et diabolique. Si la femme/mère dans notre dialectique n'est pas châtrée ou que l'enfant rejette cette castration cela ne signifie pas pour autant qu'elle a un pénis, bien au contraire. Elle vient incarner « *la mère terrible hors sexe, figure dont l'analyse démasque la présence dissimulée sous le voile de la déesse ou de la sainte, objet de la vénération du sujet*³³⁸. » Cet espace qui précède le symbolique est celui dans lequel règne la Gorgone, représentation parfaite du sexe féminin selon Freud « *masque qui traduit l'extrême altérité, l'horreur terrifiante de ce qui est absolument autre, l'indicible, l'impensable, où les cadres ordinaires, les classifications usuelles apparaissent brouillées et syncopées, où le masculin et le féminin, le jeune et le vieux, le beau et le laid, l'humain et le bestial, le céleste et l'inférieur, le haut et le bas, en bref où toutes les catégories interfèrent se recoupent et se confondent*³³⁹. » Ainsi, à partir d'une question qui est celle de la différence des sexes et qui est liée à une autre plus en amont dans la préhistoire du sujet, nous aboutissons à un monde non différencié dans lequel règne en souveraine, la Méduse, et qui est le monde que nous décrivons dans notre clinique. Dans

³³⁷ H. Rey-Flaud, « *Le démenti pervers, le refoulé, l'oublié* », Paris, éd. Aubier Montaigne, 2002, p.76

³³⁸ H. Rey-Flaud, id., p.78

³³⁹ H. Rey-Flaud, id., p.118

les prochaines pages nous allons nous intéresser à la Méduse et aux liens possibles que nous pouvons faire entre elle et les conduites perverses fétichistes.

3.7) La Méduse

« Dans la Méduse on est dans l'ordre du fétiche³⁴⁰ »

La surprise fut grande lors de la lecture de cet essai de Jean Clair face au lien qui était fait devant (et avant) nous, entre la Méduse et le fétiche. C'est peut-être la formalisation écrite de notre intuition clinique, de celle que nous avons eu en cheminant dans les concepts de Surmoi, en lien avec le regard et l'objet fétiche dans ce travail de thèse. Essayons donc dans les pages qui vont suivre de mieux expliquer la portée de cette citation et de faire un maximum de liens avec la question qui est la nôtre. Dès le début de cette lecture, nous avons eu une impression de familiarité, une sensation de déjà entendu quelque part, un déjà-vu. Nous nous sommes rendu compte que beaucoup des concepts abordés dans ce texte, l'ont été aussi par nous depuis le début de ce travail. Concernant le regard par exemple, s'agissant d'un essai qui porte principalement sur la Gorgone, la question du regard est fondamentale. Cette question du regard était aussi la nôtre au départ de notre réflexion³⁴¹. En ce sens, nous avons l'impression de revenir sur nos pas, de revoir des choses déjà abordées et en même temps avec la ferme conviction d'en avoir aujourd'hui une autre lecture. À l'époque, nous avons travaillé sur le regard d'un père mais positionné tout de même en tant que mère s'occupant de tout, aujourd'hui avec Méduse et avec les mères que nous rencontrons dans notre clinique, nous sommes plutôt du côté du regard féminin. Quoique la lecture de ce texte nous apprend bien que ce qui compte chez les parents comme chez la méduse, ce n'est pas la réalité biologique de la personne, homme ou femme, père ou mère, mais plutôt leur positionnement fantasmatique. La Méduse ne renvoie pas uniquement au regard parental mais elle semble aussi être asexuée comme l'enfant en situation de handicap. Plusieurs liens entre elle et notre clinique sont possibles.

Nous avons également évoqué l'ambiguïté des relations entre la mère et son enfant

³⁴⁰ J. Clair, « *Méduse, Contribution à une anthropologie des arts visuels* », Paris, éd. Gallimard, 1989, p.48

³⁴¹ Rossi Giovanni, « *Le cas de Selma d'un regard masqué à un principe de lumière* », Mémoire de Master 2 recherche, 2006

tout au long de ce travail. Or, nous apprenons à la lecture de cet ouvrage que l'ambiguïté fait partie des différents qualificatifs qui définissent la Méduse. C'est un premier point commun parmi de nombreux autres entre la Méduse et les mères dont nous parlons dans notre clinique. Au cours de l'histoire, la Gorgone a toujours été présente, avec des périodes plus fastes et d'autres où elle semble disparaître de l'imaginaire collectif même si, en filigrane, elle a toujours été là. Un peu comme le Surmoi archaïque qui, comme le postule notre hypothèse, sommeille et soudain se réveille face au traumatisme de l'annonce du handicap.

À l'origine, la Méduse incarne l'horreur, elle est représentée avec des traits typiquement masculins : barbe, sourcils, verrues. Mais au fur et à mesure, elle se féminise comme si l'image de l'horreur qui fascine collait beaucoup plus à une femme qu'à un homme. C'est sans doute aussi parce que la femme est plus énigmatique que l'homme. Que veut la femme ? disait Freud. Nous ajoutons : que veut la Méduse ? Nous aussi, nous avons opéré un glissement conceptuel de l'homme à la femme. En effet, au départ nous avons travaillé sur un père, par la suite l'observation clinique nous a dirigé du côté des mères. Le positionnement de l'homme et de la femme dans la société a également changé entre le début du siècle et aujourd'hui.

La Méduse, comme la femme, a une caractéristique : on lui prête souvent la capacité d'être mortifère. Cela signifie qu'elle porte la mort. Par conséquent, cette position semble mieux correspondre à la femme plutôt qu'à l'homme. En effet, dans la mesure où, puisqu'elle donne la vie, à l'instant précis où l'enfant vient au monde et devient vivant, il devient par la même potentiellement mourant. En donnant la vie, la femme donne aussi la mort. C'est là un point commun important : la Méduse comme la femme, comme les mères que nous rencontrons sont capables d'être mortifères mais aussi bénéfiques, prophylactiques. Rappelons-nous Freud et les trois typologies de femmes que l'homme rencontre dans sa vie.

C'est cette capacité d'incarner ces deux positions qui nous font dire que Méduse est beaucoup plus du côté de la femme que de l'homme. La femme qui doit renoncer d'abord à la mère et ensuite au père, comme expliqué précédemment semble mieux incarner cette capacité à être double, à être l'un et l'autre. Nous avons décrit les mères de notre clinique comme souvent capables d'incarner en même temps la position psychique fantasmatique paternelle et maternelle. Cette capacité à être double, plutôt que singulière comme l'homme, fragilise à notre avis le positionnement psychique de la

femme et la rend plus assujettie que l'homme à des mouvements psychiques régressifs. Par ailleurs, les troubles bipolaires qui alternent des phases de dépression suivies d'autres d'exaltation touchent plus les femmes que les hommes, preuve de cette prédisposition chez elles par rapport à l'homme. La méduse incarne au même titre ces deux positions et cette capacité d'être l'une et l'autre. Méduse est thaumaturge et thanaturge, elle appartient à notre monde et à l'outre-tombe, elle est la belle et la bête, l'ombre et la lumière. Elle est toute entière liée à la fonction de l'œil, au regard, voilà pourquoi nous la convoquons dans notre recherche. Il y a quelque chose dans le regard des mères que nous rencontrons qui est maléfique et en même temps bénéfique envers leur enfant à l'instar du regard de la Méduse. La Méduse, nous explique Jean Clair, pourrait être considérée, dans une culture autre que la nôtre, comme la patronne des artistes, des peintres, des sculpteurs, des écrivains et pourquoi pas des psychanalystes. Patronne de tous ceux qui sont capables de jeter leur regard sur le monde, d'en immobiliser les aspects et d'en détacher un fragment. N'est-ce pas notre démarche que celle de poser un regard sur un fonctionnement psychique dans le but d'en comprendre le sens caché, d'en résoudre l'énigme? Si nous nous questionnons autant sur ce regard de Méduse, c'est qu'il est semblable au regard que la mère de l'enfant en situation de handicap pose sur son enfant.

Un autre lien que nous pouvons faire assez aisément est celui du premier regard qui, dans le cas du handicap, a beaucoup de chance d'être un regard médusant, sidérant. En effet, nous apprenons grâce au récit des parents, que ce qui pèse le plus c'est le regard : *« le plus dur à gérer c'est le regard de la société, le regard des autres mères à la sortie de l'école, de la caissière quand on fait les courses »* nous confie une mère attristée. Un père se plaint du regard inquisiteur de la société, et en nous disant cela il regarde le plafond pendant tout l'entretien. Mais le paradoxe c'est que ce regard tantôt inquisiteur, tantôt fuyant, dont les parents se plaignent, est le même qu'ils portent aussi, sans trop le savoir, sur leur enfant.

Jean Clair, dans cet essai, prend appui sur les œuvres artistiques pour développer ce qui, selon lui, est une entreprise de médusation. Il nous parle, entre autres, du travail de Duchamp. Cet artiste très provocateur veut ouvertement sidérer le spectateur. Or dans notre clinique, on retrouve cette médusation chez l'autre, qui pourrait être semblable à celle provoquée par le message artistique. Nous avons beaucoup d'exemples cliniques de ce regard médusé et par conséquent médusant. Pour s'en rendre compte, il suffit d'observer le comportement de la société face au handicap. Nous avons régulièrement

des exemples évidents. Le handicap dérange, fige, pétrifie. Nous avons à maintes reprises observé le regard et entendu les paroles des parents d'enfant sain dans les écoles dans lesquelles nous intervenons. Il nous est arrivé d'entendre des parents refuser que leur enfant « normal » soit dans la même classe qu'un enfant en situation de handicap.

Une autre question que soulève la Méduse est celle de la différence des sexes. Nous avons déjà parlé du refus de la sexualité de la part des parents des enfants en situation de handicap, comme s'il s'agissait d'êtres asexués. Comme nous l'avons vu dans les paragraphes précédents, une étape importante pour l'évolution de l'enfant est la confrontation à la différence des sexes, mais à l'instar de la Méduse, les enfants en situation de handicap semblent asexués, semblent figés à une époque où la question ne se pose pas encore. Ceci est encore à mettre en lien avec le fait que la mère, avec sa régression psychique à un Surmoi archaïque, n'est plus en mesure de permettre à l'enfant de traverser l'œdipe sans achoppement et par conséquent, l'enfant est confus au niveau des identités sexuelles et de l'ordre symbolique. Encore récemment, dans une réunion avec les représentants des parents, nous nous sommes confronté à un positionnement très défensif d'une maman en ce qui concerne un questionnaire sur la sexualité qui devait être proposé à sa fille dans le cadre d'un travail à l'école. Le refus de cette maman a été catégorique. Alors que sa fille a 13 ans et se masturbe assez régulièrement devant les autres, la mère ne peut pas lui concevoir une sexualité. Elle ne peut même pas l'envisager, elle nous dit qu'elle est encore trop petite. Si elle n'avait pas de handicap, la question ne se poserait même pas ou dans une moindre mesure, mais dans cette situation, le handicap semble avoir figé la jeune fille en bas âge. Ce sont ces mêmes mères qui, lorsque la jeune fille a atteint l'âge adulte, nous demandent pourquoi elle se comporte encore comme une petite fille. Nous sommes encore une fois du côté de l'impossible représentation fantasmatique d'une sexualité chez l'enfant et par conséquent l'enfant se retrouve « coincé » dans la petite enfance.

Au même titre que les œuvres de Duchamp qui posent cette même question, l'enfant en situation de handicap peut méduser celui qui le regarde justement par rapport à cette ambiguïté sexuelle qu'il manifeste, son côté informe, cette impossible évolution qu'il transmet malgré lui. La personne en situation de handicap semble destinée à rester toujours « infans » car cette ambiguïté est entretenue par la mère et par l'environnement. Nous en avons un autre exemple concret avec les personnes trisomiques qui, par leur faciès, ne semblent renvoyer que l'image de l'enfant et à ce titre dépourvu de sexualité génitale et de genre sexuel. Les parents ne peuvent pas imaginer

qu'une filiation soit possible chez la personne trisomique, par conséquent ceci les enferme dans une position infantile. L'ambivalence de la Méduse pouvant représenter le beau et le laid à la fois fait en sorte que dans d'autres cultures, les enfants en situation de handicap sont considérés comme des cadeaux de Dieu, des sortes d'anges, des Putti de Raphael dépourvu de tous attributs sexuels.

La différenciation sexuelle aurait donc à voir avec le regard, avec le fait de voir et d'être vu, avec le fait d'ouvrir les yeux sur notre condition d'être sexué. Le voir et l'être vu sont encore à mettre en lien avec les côtés exhibitionniste et voyeuriste qui prennent leur source dans l'analité et sont en lien avec les conduites perverses.. Ces conduites que nous observons régulièrement montrent une fois encore que c'est à ce niveau qu'il y a achoppement. Cette différenciation ne semble pas se remplir dans notre clinique, car le handicap semble venir engendrer une indifférenciation entre femme et homme et par conséquent les conduites perverses sont à considérer comme un questionnement perpétuel de la différence sexuelle qui ne trouve pas de réponse. C'est Salomon qui questionne cela à travers ses agissements lorsqu'il se masturbe devant sa mère spectatrice.

Cet apprentissage de la différence des sexes a également un lien avec la question de la mort. Nous l'avons évoqué dans le chapitre précédent, c'est parce que nous sommes sexués et coupés de notre mère que nous sommes mortels. « *Adam et Ève, dans le jardin d'Éden, n'ont pas conscience d'être nus et ne savent pas ce qui les distingue. Lorsque, soumis au démon en forme de serpent, ils souhaitent posséder cette connaissance, le fait est, dit la bible, que leur yeux s'ouvrirent*³⁴². » Donc ouvrir les yeux pour voir la différence des sexes c'est en même temps devenir mortel, s'inscrire dans la temporalité. Car suite à ce péché originel, l'homme devient mortel et soumis à la souffrance. « *La mort est la sanction du corps sexué, puisque un organisme non sexué, la bactérie par exemple, la forme primitive du protozoaire, ne connaît pas la mort*³⁴³. » Si nous ne mourons pas c'est que le temps ne passe pas. Voilà peut-être ce qui donne parfois cette impression figée dans la prise en charge de l'enfant en situation de handicap. Il n'est pas figé dans la réalité mais dans le discours de la mère. Le corps devient sexué à partir du moment où il se sépare d'une unité première. C'est bien ce qui, symboliquement, ne s'opère pas dans notre clinique ou pas toujours, pas de séparation entre la mère et l'enfant, pas de coupure, pas de différence de sexe. Le lien avec le

³⁴² J. Clair, « *Méduse, Contribution à une anthropologie des arts visuels* », Paris, éd. Gallimard, 1989, p.25

³⁴³ J. Clair, id., p.27

regard s'effectue dans le sens où c'est l'œil qui nous permet de tenir le monde à distance, c'est le fait de voir qu'il y a une différence qui permet au sujet de se séparer, d'être détaché d'un point d'origine. Les yeux sont les signes où l'effroi sexuel se manifeste à l'évidence. Accepter d'être détaché signifie entre autres accepter qu'un jour, on mourra. Cela fait écho à une question omniprésente chez les parents d'enfants en situation de handicap : « *que va-t-il devenir le jour où je ne serai plus là ?* » Ils répètent sans cesse cette question, avec une telle insistance que nous nous demandons s'il ne s'agit pas d'une tentative d'exorciser la mort, ou de maîtriser le temps qui passe et de maintenir l'enfant petit. Lorsque la mère régresse à ce Surmoi archaïque elle ne peut que se comporter avec son enfant comme si c'était un tout petit complètement dépendant d'elle et donc pas détaché. L'impossible acceptation d'une filiation va également étayer cette hypothèse d'une impossible continuité, comme pour vouloir une fois encore figer le temps, pétrifier, à l'instar de Méduse, l'autre, pour toujours le re-garder dans son état d'enfant.

Le mot « regarder » en français signifie « poser sa vue sur » Mais nous pouvons aussi lui donner une autre signification notamment si nous segmentons le mot en « re-garder » c'est à dire garder à nouveau. Dans la langue italienne le sens est différent et nous pouvons nous appuyer sur la définition pour justifier nos propos. Car nous avons une distinction claire entre *Guardare et riguardare*, l'équivalent français garder et regarder. Le mot *guardare* signifie voir une première fois alors que *riguardare* ne signifie pas seulement prendre soin, garder près de soi mais également voire une deuxième fois. Le mot *riguardare* implique nécessairement le fait de voir à nouveau, encore une fois et cela donne encore mieux l'idée de quelque chose qui se répète. Donc regarder quelqu'un avec grande attention de manière répétitive, c'est typiquement le regard des mères sur leurs petits et c'est aussi là que ce regard peut devenir persécuteur. D'ailleurs, il est intéressant de voir que les adolescents que nous rencontrons vivent souvent le regard de l'autre comme un regard persécuteur. Cette persécution que nous avons mis en lien une fois de plus avec un regard intérieur qui persécute qui est le regard surmoïque archaïque introjecté par l'enfant.

« *Réfléchir, tout comme son équivalent dans le champ du visuel, re-garder, c'est opérer une torsion, un fléchissement de la pensée, manifester une hésitation, un arrêt, revenir en arrière, se retourner sur soi-même pour penser quelque chose qui n'avait pas encore été pensée*³⁴⁴. » Cela décrit bien ce que nous observons dans la clinique, cette idée

³⁴⁴ J. Clair, id., p.36

de regarder sans cesse l'autre en situation de handicap (c'est classique de voir les gens observer fascinés et avec peur, l'enfant en situation de handicap) sans supporter ce que son reflet va leur renvoyer en retour. Cela se répète à l'infini. La dimension spéculaire est ici, dans l'impossibilité de voir son image reflétée dans le regard de l'autre. La mère ne peut voir son propre regard se refléter dans celui de son enfant, par conséquent tous ses agissements, toutes les actions qu'elle mène avec son fils afin de le rendre « normal » ne sont que des tentatives incessantes de mettre au point l'image que son fils lui renvoie pour la rendre acceptable et conforme à celle qu'elle détient inconsciemment. Nous en revenons à l'écart entre l'idéal du Moi et le Moi idéal.

Garder (dans le sens de tenir auprès de soi) et regarder interminablement, ceci semble être la relation la plus fréquente qui se met en place entre une mère et son enfant en situation de handicap. Il y a une différence entre voir, qui renvoie au visage, et regarder, qui renvoie à la face, le regard comme acte offensif et mortifère. Jean Clair nous explique que le fait de regarder (*riguardare*) exprime le fait de retourner vers quelque chose qui appartient au passé et qui nous concerne de près. Le fait de regarder en arrière quelque chose de pétrifiant, qui sidère, pourrait être ce point de départ douloureux qu'est l'annonce du handicap, le point de départ du symptôme qui, à partir de là, commencera à tourner en rond, à regarder toujours au même endroit et du même endroit.

C'est ça la médusation, « *cet arrêt soudain de la pensée droite telle qu'elle se ravise, réfléchit et répète, en l'outrant, donc en la déformant, en l'alternant jusqu'à lui conférer l'aspect du grotesque et de l'obscène*³⁴⁵. » La médusation déforme la pensée et la rend grotesque, elle est l'équivalent de la pensée absurde que la mère de l'enfant en situation de handicap peut souvent avoir.

« *Il y a la réflexion, mais dans la mesure où cette réflexion est un arrêt brutal (l'annonce du handicap), il y a aussi déformation, outrance, altération comme une grimace de douleur et de stupéfaction. Ce que l'on découvre dans le reflet ne coïncide pas avec le souvenir que l'on gardait de ce vers quoi l'on s'était retourné .* » (Moi idéal, idéal du moi?). Lorsque le sujet est médusé, sa pensée se fige dans une répétition convulsée et mortifère. Cela ressemble à la névrose post-traumatique. Après le trauma, le sujet reste figé sur l'accident en le re-voyant sans cesse, et les images choquantes qu'il a vécues le poursuivent. Cela correspond dans notre clinique à ce moment de l'annonce

³⁴⁵ J. Clair, id., p.37

du handicap que les parents vivent souvent de manière persécutrice.

C'est à partir de ce regard médusant que le sujet n'arrive plus à aller de l'avant, à désirer, et par conséquent puisque il regarde en arrière il ne fait plus attention à ce qui se passe devant lui. C'est bien ce que notre clinique confirme, les mères restent figées sur le passé et semblent être dans l'impossibilité d'aller de l'avant. Beaucoup de mères nous expliquent les moments difficiles du passé et ceci semble être plus simple (même si plus douloureux) que d'aborder l'avenir de leur enfant. « *Le médecin a dit que c'était ma faute si mon fils était comme ça, alors qu'ils ont fait plein d'erreurs concernant sa prise en charge dans l'établissement précédent. Ah ! S'ils avaient été plus professionnels nous n'en serions pas là* » nous confie une mère. Le fait même que les jeunes nous soient adressés avec un dossier souvent important qui ne parle que du passé et jamais de l'avenir confirme cette impossibilité de regarder vers l'avant que la médusation nous impose. Se retourner vers le passé dans le but de retrouver quelque chose de familier, mais Freud nous indique bien qu'il y a quelque chose d'inquiétant dans le familier. Dans notre propre image reflétée dans le miroir, se cache quelque chose d'étranger à nous-mêmes nous dit-il.

La Gorgone représente bien tout cela, l'effroyable et le grotesque, le risible, le monstre de foire. Ce sont tous des adjectifs qui peuvent être appliqués aux jeunes que nous accueillons et qui souvent le sont malheureusement dans le milieu ordinaire. Puisque nous sommes un établissement ouvert au public, nous avons souvent l'occasion d'entendre les représentations que les habitants de Menton avaient avant de nous rencontrer et parfois même après. « *C'est la maison des fous, c'est là qu'il y a les mongoles* », disent la plupart, la cage dorée de la Gorgone. Nous avons entendu une mère dire à son fils qui était à l'époque suivi au Sessad³⁴⁶, que s'il continuait à faire des bêtises, il serait puni et envoyé à Bariquand-Alphand. Nous comprenons désormais que notre institution n'est, pour beaucoup de parents, rien d'autre qu'un reflet supplémentaire de la Méduse.

Et pour se défendre de cette image intolérable, voilà que les jeunes sont rapidement infantilisés, deviennent des caricatures d'êtres humains, des trolls des temps modernes qui provoquent la plupart du temps compassion, sourires gênés ou inquiétante étrangeté, du semblable qui ne nous ressemble pas et tant mieux car il nous fait terriblement peur. De plus, le fait de rester, dans le regard de l'autre, un enfant rend

³⁴⁶ Service d'éducation de soutien spécialisée à Domicile

malgré tout cette « monstruosité » plus tolérable ainsi que certains comportements. Puisque nous travaillons dans un Sessad avec des petits, nous avons pu observer comment les enfants, tant qu'ils sont petits, sont en quelque sorte des mascottes dans leur classe. Mais lorsqu'ils grandissent et que l'écart se creuse entre eux et les enfants n'ayant pas de handicap l'intégration devient impossible et les regards souvent violents.

Freud, repris par Jean Clair, nous explique que la Méduse n'est rien d'autre que « *l'organe maternel adulte entouré d'une chevelure, des poils dont la vision jette épouvante dans le jeune adolescent qui y jette un œil*³⁴⁷. » La Méduse vient signifier dans le corps de la mère, l'interdit sexuel, l'inapprochable. Freud et Jean Clair nous expliquent que le sexe féminin peut représenter un œil maléfique qui est jeté sur nous et qui représente le regard de la mort. Le mot *regard* revient sans cesse dans cet essai, ce qui nous conforte dans notre choix de recherche et dans notre lien Surmoi/regard. Freud nous dit que l'effroyable sexe féminin n'est rien d'autre qu'une métaphore du regard maternel, « *l'œil de la mère qui couve son enfant et qui lorsqu'il commet une faute, s'écarquille, devient vitreux, fixe dur et épouvantable*³⁴⁸. » L'œil de la mère dans notre clinique (et parfois même dans notre institution) nous semble omnivoyant et omniprésent. La Méduse est un œil fait sexe, nous dit Freud, une représentation monstrueuse du sexe féminin. La monstration renvoie également au mot montrer et la Méduse en tant que monstration du sexe tend « *vers ce qu'on désigne du qualificatif de louche ou de borgne, des lieux, des résidences, des animaux ou des êtres humains dont l'apparence dérange, inquiète, alerte ou divertit*³⁴⁹. » Ça dérange, ça inquiète, ça alerte, ça divertit, c'est exactement ce que notre clinique nous fait éprouver jours après jour. Et aussi incroyable que cela puisse paraître, notre propre histoire professionnelle semble depuis toujours nous confronter au regard sidérant de la Gorgone. Avant de travailler avec les sujets en situation de handicaps mentaux, nous avons travaillé dans le handicap physique et plus précisément auprès des malvoyants et des aveugles. Nous nous sommes longtemps demandé, lorsqu'au milieu de notre première année de thèse nous avons eu l'opportunité de changer de clinique, si ça n'allait pas changer notre problématique. La réponse est non, et la raison est contenue dans la précédente citation. Aveugle ou en situation de handicap mental ou tout autre handicap, il s'agit de la même clinique, la clinique de la différence, de la sidération, la clinique qui a affaire à la Méduse.

³⁴⁷ J. Clair, id., p.40

³⁴⁸ J. Clair, id., p.41

³⁴⁹ J. Clair, id., p.44

La Méduse est un corps qu'on a démembré afin d'en isoler le sexe pour l'ériger en tabou. N'est-ce pas exactement le même mécanisme mis en jeu par le pervers fétichiste? Isoler une partie du corps et la rendre sexuée. Peut-être que dans notre clinique il s'agira de permettre au sujet de passer du regard mortifère de la Méduse à celui beaucoup plus inoffensif de Baubô. Baubô est le négatif de la Méduse, c'est une vulve faite œil, et un « visage sexualisé, une face envaginée, un sexe qui s'est humanisé en se faisant visage, un regard capable précisément de faire un clin d'œil à qui le regarde, là où le regard de Méduse nous plonge dans la mortification la plus extrême. » Cette différence entre la Méduse et Baubô nous permet métaphoriquement de commencer à entrevoir la partie thérapeutique de ce travail qui introduit une dimension psychiquement dynamique qui puisse permettre au sujet de passer d'un regard mortifère à une vue apaisante, de se voir et d'être vu sans la dimension mortifère de la méduse.



Passage du regard à la vue rendu possible par le travail thérapeutique ?

Baubô fait rire là où la Méduse fait pleurer. Nous pensons à ce père qui, pendant un groupe de parole, nous explique le chemin de croix qu'il a dû parcourir dans l'acceptation du handicap de sa fille. Il nous explique que lorsqu'on a un enfant en situation de handicap, on passe par plusieurs étapes. « Suite à l'annonce on est traversé par une immense tristesse qui se transforme peu de temps après en colère contre le monde. Cette colère mélangée à une tristesse de fond dure très longtemps (le regard de la méduse) puis un jour nous commençons à éprouver de nouveau de la joie, on recommence à rire (le regard de Baubô). » Ce père a entrepris un travail thérapeutique

pour cheminer ainsi et, à cause du décès de sa femme, s'est retrouvé au premier plan dans la prise en charge de sa fille, fait peu ordinaire comme nous l'avons déjà souligné.

Le rôle et la fonction de Baubô sont compréhensibles à partir de l'épisode mythique où Déméter, endeuillée par la perte de sa fille, se rend à Eleusis. Là, elle y est accueillie par une certaine Baubô qui parvient, par un certain comportement, à tirer la déesse de son deuil. Selon le mythe, Baubô a réussi à faire rire Déméter à travers des plaisanteries obscènes. Mais il y a aussi d'autres versions (danse du ventre) et que l'étymologie des mots désignant ces plaisanteries dénote leur parenté avec le regard et la vue. Concernant Déméter, les grecs anciens semblent avoir eu l'image d'une mère exclusivement tournée vers sa fille. Heureuse coïncidence ! Thobie Nathan³⁵⁰ postule que Baubô est un miroir permettant d'inverser l'humeur. Triste, endeuillé, on s'y regarde et l'on s'y voit d'abord souriant, puis joyeux et même riant aux éclats. Peut-être que le psychologue doit renvoyer l'image de Baubô à travers le miroir. Mais nous y reviendrons dans le chapitre consacré aux prises en charge.

En continuant notre lecture de Jean Clair, un autre passage attire notre attention et nous permet de faire le lien avec notre clinique. Il s'agit en effet de la partie consacrée aux insectes. Le mot dérivé du latin insectum qui signifie couper. Les insectes, au même titre que la Méduse, ont la capacité de continuer à vivre même si une partie de leur corps a été coupée. La coupure, nous en en avons parlé dans les précédents chapitres, montre qu'il y a un lien entre elle et le fait de continuer à vivre par la suite séparément. L'enfant est coupé de sa mère et continue sa vie tout seul. Il y a peut-être un lien avec les phobies des insectes qui sont très nombreuses chez les hommes et la coupure, la première séparation archaïque. Nous remarquons souvent des phobies d'insectes chez les enfants en situation de handicap, mais curieusement chez les autistes ce sont souvent des phobies d'oiseaux qui se manifestent (pigeons et mouettes).

Précédemment, nous nous sommes posé la question de savoir qui est la Méduse entre la mère et l'enfant. La réponse est encore une fois ambiguë, je crois que l'un et l'autre peuvent à tour de rôle porter le masque de la Méduse. Le masque incarne la terreur la plus ancienne qui puisse nous habiter : celle de découvrir dans le miroir un visage si monstrueux que nous en resterions pétrifié. « *Le masque de Méduse nous découvre, en découvrant, ce qu'elle démasque en nous, c'est bien que ce qui nous regarde ne nous ressemble pas*³⁵¹. » C'est l'inquiétante étrangeté de Freud.

³⁵⁰ Thobie Nathan, source internet, <http://www.ethnopsychiatrie.net/baubo.htm>

³⁵¹ J. Clair, id., p.57

C'est bien aussi ce qui doit se passer dans les regards entre une mère et son enfant en situation de handicap. La mère doit bien être la méduse car comme elle, elle est ambiguë, aux yeux de l'enfant, divinité mortifère mais aussi prophylactique. L'enfant, quant à lui, doit renvoyer une image médusante à travers son handicap. Jean Clair nous explique que la Méduse apparaît à chaque fois que l'ordre normal des choses est renversé et que le chaos menace. La naissance d'un enfant porteur d'un handicap est bel et bien l'ordre normal des choses renversé. Nous pouvons faire l'hypothèse que la Méduse sommeille chez les mères et donc chez les enfants, elle est prête à se réveiller, et une fois là, elle cohabite avec la mère aimante et lumineuse. Cette Méduse est le bras armé du Surmoi archaïque dans lequel la mère régresse suite à l'annonce. Le bien et le mal, l'obscurité et la lumière, tantôt excitante et désirable et tantôt repoussante et mortifère, Méduse et Baubô dans une seule et même personne. Nous comprenons bien alors que cet aspect très défensif que les mères adoptent à l'égard de l'institution, c'est le venin de la méduse, c'est le symptôme qui est porté par les êtres qui viennent du monde du chaos et qui ne s'affronte pas mais se contourne. Ils s'affrontent de biais, avec l'aide du bouclier et la serpe (ambiguïté de la langue, la serpe peut vouloir dire serpent en italien et sa forme renvoie au serpent) d'acier de Persée. Le bouclier qui réfléchit, qui est miroir de ce désordre spéculaire que le handicap de l'enfant introduit. « *Le stade du miroir non plus comme assumption jubilatoire du je mais comme sa soudaine descente aux enfers et sa décomposition* »³⁵². Nous voilà à nouveau confronté au stade du miroir, avec cette idée de descente aux enfers qui est l'équivalent de la régression du Surmoi.

À la fin de ces pages, les choses nous semblent plus claires, cet essai nous a permis de voir à quel point la Méduse peut être ambiguë et à que, tout au long de l'histoire de l'humanité, elle n'a jamais cessé d'exister. Elle s'est conservée tout en changeant de forme à plusieurs reprises, elle représente la personnification de la pulsion scopique et à ce titre elle devait apparaître dans notre thèse. Après avoir traité du Surmoi, du féminin, et de la relation mère/enfant en situation de handicap le prochain paragraphe sera consacré aux prises en charge possibles dans ce type de clinique de manière à permettre au sujet de passer subjectivement du regard de la Méduse à celui de Baubô.

³⁵² J. Clair, id., p.134

Partie 4

Perspectives théoriques pour des prises en charges efficaces

4.1) De la sidération à la lumière

Pour pouvoir envisager une thérapeutique efficace nous allons nous appuyer sur les concepts théoriques d'Alain Didier-Weill. Puisque nous avons parlé de la Méduse et du traumatisme non symbolisable représenté par l'annonce du handicap qui fige et qui sidère, nous allons partir de ce concept de sidération. Il nous semble fondamental de partir de là, afin de voir si une dé-sidération est possible. Nous pouvons essayer, par rapport à ce que nous évoquions dans les chapitres précédents, de faire le lien entre le Surmoi, le féminin et le regard de la Méduse. Toutes ces notions sont en lien entre elles. Il apparaît clairement que le regard de la méduse métaphorisé à travers le handicap de l'enfant déchaîne le Surmoi féminin archaïque. À partir de là, pour éventuellement conceptualiser une thérapeutique efficace il faut d'abord définir correctement la notion de sidération. Ceci dans le but de comprendre comment faire, avec son patient, le chemin inverse et aider les mères à sortir de cette sidération et reconquérir le Surmoi œdipien ? Passer de la sidération à la dé-sidération afin d'atteindre la lumière comme nous l'indique Alain Didier-Weill.

Commençons par bien définir ce qu'est la sidération dans l'approche d'Alain Didier-Weill. Il introduit dans ses travaux la notion de sidération et celle de lumière. Cette idée de lumière nous fait faire directement le lien avec nos précédents travaux de Master 2 recherche : « *Le cas de Selma, de l'obscurité à un principe de lumière* . » Il est surprenant de voir à quel point nous étions déjà près de la question et des concepts d'Alain Didier Weill sans le savoir, du moins consciemment. Il nous semble comprendre à travers son travail, que sidération et lumière sont étroitement liées l'une à l'autre. Il y aurait donc pour atteindre la lumière, un passage éphémère dans la sidération. Là où cela devient pathologique, comme dans notre clinique, c'est lorsque le sujet n'arrive plus à s'extraire de cette position sidérée. Nous avons mis en avant que l'annonce du handicap représente un moment sidérant dont les parents n'arrivent plus à s'extraire, l'idée d'Alain Didier-Weill est qu'un deuxième moment sidérant puisse les sortir de cette impasse et remettre en marche leur psychisme sidéré.

Freud utilisait le terme *Verbluffung*, qui signifie étonné, ébahi, stupéfait. C'est à

Marie Bonaparte que nous devons la traduction de sidéré. Nous citons : « *la verbluffung désigne ainsi un mode d'entrée dans la jouissance qui se spécifie de mettre le sujet face à un aiguillage devant lequel il a à choisir : ou bien il demeurera dans cette jouissance et s'abandonnera à la position mystique d'un rapport absolu au non-sens, (ce qui semble être le cas de certaines mères que nous rencontrons dans nôtre clinique) ou bien il s'arrachera à la jouissance de l'Autre pour advenir à cette autre forme de jouissance qui est le temps de l'inconscient, temps de la lumière, du mot d'esprit³⁵³. » Donc la sidération serait cause de jouissance, rapt de l'esprit, situation de laquelle le sujet doit s'extraire pour n'être que dans une jouissance parcellaire et limitée. Encore une fois ce qui limite la jouissance c'est la métaphore œdipienne. C'est l'altérité, l'œdipe et le Surmoi œdipien qui permettent au sujet d'être dans une jouissance parcellaire. Mais dans notre clinique la jouissance est mortifère et totale à la suite de cette régression psychique de la mère.*

L'étymologie du mot « *sidérer* », nous explique Alain Didier Weill, nous aide à mieux comprendre cette idée de lumière, de passage. En effet, le sujet doit réussir, pour ne pas céder et demeurer tout le temps dans la jouissance de l'Autre, à se dé-sidérer. Or l'étymologie nous renvoie au mot désir, de *sidus-sideris* dérivent *considerare* qui signifie : examiner avec respect et surtout *desiderare*, qui signifie cesser de voir ou regretter l'absence de, d'où le mot « *désirer*. »

Le lien avec notre clinique nous semble rapide et, nous le croyons, juste. En effet, il y a bien dans le discours des mères, cette impossibilité de voir (par exemple les progrès de leur enfant) nous sommes encore du côté de l'invisible. Elles cessent de voir l'enfant et elles ne regardent plus que le handicap et ses symptômes. Elles regrettent l'absence de ce qui pourrait venir les satisfaire. Cela nous rappelle le vouloir-femme évoqué par Paul Laurent Assoun ou la notion de frustration chez Lacan. Elles sont prises dans une demande infinie qu'aucune réponse ne pourra venir satisfaire. Par exemple, les innombrables fois où des mères se plaignent de ce que l'institution ne fait pas pour leur enfant, ou encore lorsqu'il semble toujours manquer quelque chose dans l'emploi du temps. Ces mots, ces paroles, que nous retrouvons dans le discours des mères semblent être des paroles qui figent davantage qu'elles n'ouvrent l'enfant et sa prise en charge. Ce sont des paroles qui viennent ponctuer et interrompre la prise en charge.

« *Mais nous devons distinguer deux types d'interruption de la parole : l'une est*

³⁵³ A. Didier-Weill, « *Les trois temps de la loi* », Paris, éd. Seuil, 1995, p.120

*une interruption mortifère, visant à l'extinction de la parole car elle est l'effet de l'insistance surmoïque ; l'autre est une interruption vivante qui, causée par une sidération transitoire, vise à la relance de la parole*³⁵⁴. » Le tout est de savoir comment permettre aux sujets de passer d'une position à l'autre, de leur faire entendre la possibilité de passer de l'une à l'autre. Si la régression du Surmoi œdipien au Surmoi archaïque est possible, le chemin inverse doit l'être aussi. Relancer la parole symbolique s'échapper du réel et rétablir l'ordre symbolique est la tâche du clinicien.

La sidération est pour nous ce moment que les parents nous décrivent et qui correspond à la découverte du handicap de l'enfant. À plusieurs reprises, nous avons évoqué cette sidération, ce moment hors temporalité qui semble frapper les familles des enfants en situation de handicap. Le moment sidérant principal mais pas le seul semble être l'annonce du handicap. Par la suite, beaucoup de parents semblent rester bloqués, figés, sur ce moment précis. C'est cette annonce qui, dans l'après coup, dans la phase de deuil, semble faire régresser les mères au Surmoi archaïque. Alain Didier Weill, nous explique que la sidération intervient quand le lien spéculaire qui unit deux sujets, par exemple une mère et son enfant dans notre clinique, vient pour une raison quelconque s'interrompre. C'est une histoire de repères, quand ils sont basculés, inversés, bafoués alors la foudre sidérante frappe le sujet. Nous pouvons assez aisément imaginer que cette avalanche symptomatique chez les différents membres de la famille soit inaugurée par l'annonce du handicap. Quand les médecins viennent nommer le handicap, le miroir qui unit une mère à son enfant se brise c'est pour cette raison que nous parlons dans notre travail d'identification impossible pour l'enfant à la mère et vice-versa et que nous faisons le lien avec le stade du miroir.

Alain Didier-Weil utilise l'exemple imagé d'un match de tennis pour expliciter son concept de sidération. Au cours de ce match, les joueurs partagent quelque chose, la balle, ils se la renvoient mutuellement, jusqu'à un moment de rupture, de sidération, pendant laquelle l'un des deux n'arrive plus à renvoyer, la balle devient pour lui invisible. Elle devient invisible car elle tombe dans un trou, dans un non-savoir qui ne peut que sidérer le sujet. Ce trou, ce non savoir, pourrait correspondre au trou dans lequel les mères tombent le jour de l'annonce du handicap de leur enfant. En tombant dans ce trou de non-savoir, la mère aussi régresse à un Surmoi archaïque avec désormais un non savoir œdipien, un trou en dehors de l'ordre symbolique. Le non-savoir de la mère devient un savoir omniscient illusoire face au handicap. L'enfant acquiert ainsi ce

³⁵⁴ A. Didier-Weill, id., p.122

statut d'invisibilité, en tant que sujet de l'inconscient, il semble disparaître au même titre que la balle et l'entourage ne voit plus que la somme de ses symptômes. Cliniquement, ce statut d'invisibilité nous l'observons régulièrement, par exemple lorsque les mères s'obstinent à nier le handicap de leur enfant et multiplient leurs efforts pour maintenir leur enfant dans le milieu ordinaire (malgré les nombreuses souffrances et exclusions que vit ce dernier). Cette attitude traduit peut-être cette impossibilité de voir quelque chose au-delà de l'invisible qui leur échappe. C'est un mécanisme de défense, une lutte contre la sidération. Pour reprendre l'exemple du joueur de tennis, c'est comme si le joueur s'obstinait, en dépit de toute règle et cadre, à renvoyer la balle à l'adversaire même après plusieurs rebonds comme à nier le fait d'avoir perdu le point. C'est ici que se niche le déni que nous décrivons depuis le départ.

Cette manifestation d'un savoir tout puissant (renvoyer la balle après plusieurs rebonds en dépit des règles du jeu), que nous rencontrons souvent, semble une fois encore être une tentative de faire face au non savoir que la sidération introduit. C'est encore l'articulation de la mère impuissante qui pour faire face au handicap devient toute puissante. Une jeune mère d'un enfant trisomique qui ne sait pas lire, nous dira un jour : *« je sais ce qui est bien pour mon fils, il ira donc au collège . »* Une autre met la pression à sa fille pour qu'elle réussisse son permis de conduire nonobstant ses difficultés cognitives importantes. D'ailleurs, beaucoup de jeunes que nous accueillons, exclus de manière violente du collège, n'ont de cesse de répéter que de toute manière ils y retourneront car ils n'ont pas leur place à l'IME, car quelque chose du discours normatif maternel est resté gravé en eux. Il s'agit peut-être d'une tentative de redevenir visibles, une tentative qui ne tient jamais compte de leurs capacités réelles mais plutôt en lien avec l'imaginaire de la mère.

Cette certitude, ce savoir omniscient, cette absence de doute, semblent être une manifestation du Surmoi archaïque. Alain Didier Weill nous explique que le message du Surmoi pourrait être : *« je t'observe, rien de toi ne m'est étranger³⁵⁵. »* C'est à dire, tu n'as pas de secret pour moi, je sais avec certitude où tu iras : au collège par exemple, ou à l'auto-école. Si nous sommes face à ce type de Surmoi, qui observe et sait tout, nous sommes forcément en face de quelque chose de persécuteur, d'intrusif, qui n'a pas de limites, car elles ne sont pas posées par le conflit œdipien. La clinique nous le montre, bien que la mère et parfois même des professionnels, soient convaincus de tout savoir, que rien ne leur est étranger chez l'enfant, de savoir ce qui est bien pour l'enfant, ils font

³⁵⁵ A. Didier-Weill, id., p.16

souvent fausse route. Cette fausse croyance de tout savoir est entretenue par la régression psychique surmoïque que les mères subissent. D'une part cette prétendue vérité semble empêcher toute relation d'altérité et à chaque fois que nous essayons de l'établir, le sujet (comme les mères) se sent rapidement persécuté et peut réagir violemment. D'autre part cela leur fait perdre la capacité de s'étonner, d'être surpris par l'inattendu. Cela va de soit, si les mères en tombant dans ce trou de non-savoir, s'en défendent en acquérant l'illusion de tout savoir, à fortiori elles ne peuvent plus être étonnées.

L'étonnement, nous allons le voir dans les paragraphes suivants, a un lien avec le Surmoi et semble être une porte de sortie pour le sujet en souffrance. Si le sujet devient capable de rire des obscénités de Baubô, dans ce cas-là c'est le regard de la Méduse qui deviendra invisible.

4.2) L'étonnement

« L'étonnement est le plus haut sommet que l'homme peut atteindre³⁵⁶ »

Les parents, sidérés par le handicap de leur enfant, perdent la capacité d'être étonnés. Alain-Didier Weill insiste beaucoup sur cette notion de l'étonnement en nous expliquant qu'elle est en lien avec la surprise, l'inattendu. C'est parce que nous pouvons être étonnés que nous avons une chance d'échapper à la sidération. La sidération se répète en donnant toujours l'impression d'un déjà-vu, au sujet. C'est ce que cliniquement nous observons comme la répétition des symptômes dans un temps hors temps désormais figé. Le point de départ de notre thèse est sans doute aussi en lien avec la sidération introduite chez nous par la mère de Sylvie, et une thèse n'est que la capacité sans cesse renouvelée d'être étonné.

L'étonnement, lui aussi, se répète, mais le sujet a l'impression d'être en face de quelque chose de nouveau, qu'il n'avait encore jamais vu. L'étonnement, nous explique Alain Didier Weill, nous le rencontrons notamment dans le jeu (l'exemple du match de tennis), dans l'art (la peinture, la musique, et la danse) et chez l'enfant qui, à la différence de l'adulte, est constamment étonné.

³⁵⁶ A.Huxley, source internet, <http://www.linternaute.com/citation/10715/l-etonnement-est-le-plus-haut-sommet-que-l-homme-peut-atteindre---aldous-huxley/>

Cliniquement, dans nos suivis des mères, nous retrouvons parfois en opposition à cette répétition sidérante, fruit de leur histoire, des lapsus, des mots d'esprit qui viennent de façon impromptue introduire de l'étonnement, de la surprise, du mouvement dans l'écoute du clinicien et à la suite de l'interprétation dans l'écoute du patient. L'étonnement chez le patient est introduit par l'interprétation étonnante du clinicien qui utilise un signifiant qui jusqu'à présent n'avait pas pu être entendu par le patient. Voici des vignettes cliniques qui mettent en évidence comment le sujet pris par le Surmoi archaïque peut perdre la capacité de s'étonner et ne plus voir les choses les plus évidentes.

Nous rencontrons depuis un an et demi, la maman d'un jeune enfant autiste. Sidérée par le handicap de son enfant, elle a mis en place un système de défense qui prévoit de maîtriser tout son emploi du temps. Ainsi, elle a prévu pour son fils un emploi du temps très chargé où il n'y a pas de place pour le vide, pour l'imprévisible. Elle même semble avoir un emploi du temps similaire. Dans cette situation, nous sommes typiquement en face de cette incapacité pour le sujet à être étonné au point que tout se répète à l'identique, les jours se suivent et se ressemblent. Cette volonté de tout maîtriser que nous retrouvons régulièrement chez les parents des enfants en situation de handicap vise en réalité à maîtriser le vide, l'angoisse de l'inconnu. L'enfant est suivi par les meilleurs spécialistes du conditionnement (méthode A.B.A). Il a à sa disposition une éducatrice, spécialement formée, qui le suit dans tous les actes de sa journée, pour justement introduire une répétition des actes qui sont dans la norme et faire disparaître les purs actes de création que l'enfant peut avoir et qui ne sont pas dans la norme.

Pour nous expliquer la capacité d'étonnement, Alain-Didier Weill utilise l'exemple de l'enfant qui regarde un caillou. Pour l'enfant, le caillou n'est pas simplement un objet minéral constitué de calcium, inanimé, qu'on peut trouver n'importe où, comme cela pourrait être le cas pour l'adulte. L'enfant lui, y voit autre chose, il y voit quelque chose que l'adulte a cessé de voir. De la même manière, le jeune autiste manifeste toute une série de comportements, qui sont aux yeux de la mère et des éducateurs ABA, des comportements à taire. Parfois, il prend un petit bâton en bois et il le fait tourner rapidement entre son pouce et son index, en émettant des petits sons. L'éducatrice qui le suit en permanence, lui prend à chaque fois le bâton et le jette. Sidérées par l'acte peu ordinaire de l'enfant, qui n'est pas admis dans notre société, l'éducatrice et la mère lui ôtent inlassablement l'objet qui, pour elles, n'est rien d'autre qu'un objet insignifiant. Mais pour lui cela n'est pas un simple bâton, c'est autre chose, c'est un objet étonnant

qui lui permet sans doute de faire face à ses angoisses, de penser, de dire. C'est un signifiant.

La mère que nous rencontrons une fois par semaine a beaucoup cheminé depuis le début du travail. Elle accepte de temps à autre l'imprévu, de ne pas tout planifier et de « *sortir du programme* » comme elle dit. Elle est capable, par moment, d'être elle-même étonnée par les lapsus qu'elle fait, ou de voir soudainement des choses qui ont toujours été sous ses yeux, mais qu'elle n'a jamais vues auparavant. Un jour, en séance, elle nous confie, concernant son éducation, qu'elle a souvent eu l'impression que sa vie avait été programmée par sa mère, qu'elle n'a jamais eu le choix. Nous lui posons la question suivante : « *À quoi le mot programme vous fait-il penser ?* » En insistant sur le signifiant « programme » quelque chose se dévoile pour elle. Après quelques secondes de silence, son visage s'illumine et étonnée elle nous répond : « *Vous savez quoi ? Je n'avais jamais fait le lien entre mon éducation et celle que j'impose à mon fils, la méthode ABA.* » En effet la méthode ABA est, avant toute chose, un programme de modifications du comportement. Vous pouvez voir à quel point une évidence peut-être masquée à celui ou celle qui perd la capacité d'être étonné et à quel point l'évidence devient invisible. Sidérée par son histoire qui est « *tout un programme* » comme elle dit souvent, elle s'étonne d'une évidence qu'elle n'avait jamais vue, à savoir à quel point l'histoire se répète à l'identique entre sa mère, elle, et son fils. L'évidence est masquée, c'est pour cette raison, peut-être, que certaines mères insistent pour que leur enfant aille à l'école ordinaire alors que c'est une évidence pour tous ceux qui sont autour (professionnels de l'enseignement) qu'il n'ira jamais jusqu'au bac. C'est évident pour tous mais pas pour elles.

Voici une autre vignette. Dans le cadre du SESSAD, nous nous rendons à domicile, dans la famille d'une petite fille de 9 ans que nous suivons en entretien individuel. Elle « vole » plein de petits objets comestibles qu'elle ne mange pas mais qu'elle collectionne (sucettes, bonbons, labelo, rouge à lèvres) et qu'elle renifle. Cette attitude exaspère les parents car ils ont beaucoup de problèmes dans le quartier à cause de ces « vols ». Les parents m'expliquent qu'ils ne comprennent pas où leur fille a pris l'habitude de collectionner les objets qu'elle entasse partout chez elle. Pendant qu'ils nous expliquent ça, nous avons du mal à garder notre sérieux. En effet, nous remarquons derrière le père, dans le salon dans lequel nous sommes accueilli, une énorme vitrine remplie de quelques centaines de petites voitures de collections, de reproductions fidèles de voitures d'époque. Nous posons alors la question au père : « À

qui appartiennent ces jolies voitures ? » Comme la mère décrite plus haut, après un petit moment d'hésitation le père me répond en rigolant qu'elles lui appartiennent. Dans cette hésitation, dans ce rire étonné, le clinicien que nous sommes ne peut pas s'empêcher de voir une sorte de révélation, la révélation de quelque chose de tellement évident, de tellement visible qu'elle était devenue invisible aux yeux des parents. Le déjà-vu, le déjà-connu tellement évident que la capacité d'étonnement disparaît. La souffrance engendrée par le handicap de l'enfant et tellement aveuglante que les parents perdent la capacité de voir chez lui autre chose. Il n'est plus que « ça » comme nous le disions au départ de ce travail pour Sylvie. Cela ne signifie pas que la petite fille « vole » les objets parce que son père collectionne des petites voitures, par contre cela signifie que dans ce type de situation l'évidence à l'instar de la balle de tennis devient invisible, tombe dans un trou de non-savoir.

« *Le Surmoi est précisément cette instance qui, tendant à dépouiller l'homme de son aptitude à l'étonnement, le laisse déchoir dans le déjà connu*³⁵⁷. » Comme le dit Alain Didier Weill, tel le peintre qui dévoile l'invisible, le musicien qui dévoile l'inouï ou le danseur qui dévoile le corps dansant, nous pensons que le psychologue peut lui, venir dévoiler, grâce à une interprétation étonnante pour le patient, un symptôme tellement évident qu'il en demeurait caché aux yeux de celui qui le porte. La mère de l'enfant autiste ainsi que ce père peuvent, avec un suivi thérapeutique, retrouver assez facilement cette capacité à être étonnés, mais cela n'est pas accessible à tout le monde. Dans le prochain paragraphe, nous allons mettre en évidence grâce à Alain Didier-Weill trois types de Surmoi qui correspondent à autant de mécanismes de défenses, certaines défenses sont franchissable et nous pouvons en faire tomber les murs, mais d'autres non. Voyons pourquoi.

³⁵⁷ A. Didier-Weill, « *Les trois temps de la loi* », Paris, éd. Seuil, 1995, p.26

4.3) Les trois Surmoi

« Rien ne force personne à jouir, sauf le
Surmoi- le Surmoi c'est l'impératif de la
jouissance- Jouis !³⁵⁸ »

Alain Didier-Weill nous explique qu'il y a trois types de Surmoi. Nous allons voir, dans les pages qui suivent, quelles en sont leurs caractéristiques. En effet, en les décrivant nous pourrions aisément faire des liens avec notre clinique afin de voir où peuvent se situer les patients que nous rencontrons et surtout s'ils peuvent passer grâce à l'étonnement de l'un à l'autre. Il existe donc, selon Alain Didier Weill, trois *Surmoi*, chacun pose la même question au sujet, mais il en obtient trois réponses différentes. Il s'agit du Surmoi archaïque, du Surmoi de la censure et du Surmoi questionnant. Une thérapie efficace devrait permettre aux sujets sidérés bloqués au niveau du Surmoi archaïque de passer au Surmoi de la censure puis au Surmoi questionnant. Comme si la mère, ayant régressé dans des positions défensives psychotisantes ou perverses, pouvait en faisant le chemin inverse retrouver à nouveau à des défenses névrotiques qui étaient celle qu'elle avait déjà mises en place avant l'annonce du handicap. Passer du réel au symbolique en quelque sorte, de la sidération à la dé-sidération. Ce type de processus psychologique nous semble cependant uniquement accessible à la mère névrosée mais pas à la mère psychotique ayant forclos le nom du père. Entrons dans le détail des trois types de Surmoi afin de comprendre si les sujets de notre clinique peuvent s'extraire de cette position et comment.

Le tout premier Surmoi est celui que nous rencontrons le plus souvent dans notre clinique et qui est, selon nous, engendré par l'annonce du handicap. C'est le Surmoi archaïque, que nous pourrions définir comme « psychotisant », celui de la Méduse et de son injonction, celui de la mère archaïque avant séparation. C'est le mauvais œil, la malédiction, le symptôme qui se transmet d'une génération à une autre, ou le destin funeste que certaines mères évoquent pour nous expliquer pourquoi elles ont eu un enfant en situation de handicap. La mère de l'enfant autiste des pages précédentes nous dira lors de l'une des toutes premières séances : « *avant qu'il naisse je savais déjà qu'il y avait un problème, j'ai tout fait comme ma mère, même type de grossesse, mêmes problèmes pendant et grosse difficulté à l'accouchement* », ou encore la mère de la petite Sylvie, lorsqu'elle nous disait « *nous avons une malédiction dans la famille*

³⁵⁸ Jacques Lacan, in *Encore*, Séminaire livre XX, éd. Seuil, Paris, p.10

depuis plusieurs générations et c'est ma fille qui la porte aujourd'hui. »

Le sujet, lorsqu'il est en proie à ce type de Surmoi, ne peut pas le contester, il le subit en silence. Etre dans l'impossibilité de contester est bien le positionnement de l'enfant en situation de handicap qui, compte tenu de ses difficultés et de la place qu'on lui donne, peut difficilement faire part de son désir. La contestation est aussi en lien avec l'œdipe lorsque l'enfant conteste la castration. Mais les enfants de notre clinique n'accèdent pas à cette phase de contestation. Ils sont bloqués en amont. Ce sujet, bloqué au stade pré-œdipien ne peut pas avoir accès au symbole. Selon Alain Didier Weill, l'injonction que profère ce type de Surmoi est : « *pas un mot !* » Le sujet qui a affaire au Surmoi archaïque est dans l'incapacité de lui dire non. Il ne dit pas un mot, ni oui ni non. Cela semble répondre au fonctionnement psychotique. Aucune contestation n'est possible face à ce type de Surmoi.

Alain-Didier Weill, pour nous expliquer ce type de Surmoi, utilise l'histoire de l'homme qui croit être un grain de blé. Alors qu'il se croit guéri, il sort de l'hôpital psychiatrique et rencontre une poule. Face à l'injonction silencieuse de la poule qui le regarde sans rien dire, il s'enfuit terrorisé. Quand il retourne à l'hôpital, le psychiatre lui demande pourquoi il est revenu puisqu'il était guéri et qu'il ne se prenait plus pour un grain de blé. L'homme lui répond que lui le savait bien, mais qu'il n'était pas sûr que la poule le sache. Dans notre clinique, l'homme qui croit être un grain de blé représente l'enfant en situation de handicap, et la poule c'est la mère. La mère poule, ce grand Autre qui lui impose le silence et qui le terrifie. La mère, c'est elle même « *qui institue la mère-poule comme pouvoir surmoïque, c'est moins le fait qu'elle bafoue la vérité que le fait qu'elle incarne ce savoir absolu sur ce qui, du sujet est réel, c'est-à-dire sur ce qui du sujet est soustrait au règne du signifiant*³⁵⁹. » Ou encore : « *le destin d'un sujet peut-être guidé par une impossibilité radicale de dire : non je ne suis pas que ça, je ne suis pas qu'un grain de blé à un Autre qui, incarnant pour lui le Surmoi archaïque, ne cesse de le mal dire (la male-diction de la mère de Sylvie), de le maudire selon une malédiction silencieuse qui le voue à cette déchéance : tu n'es que ça, qu'un grain de blé*³⁶⁰. »

Alain Didier Weill introduit cependant une nuance dans ce type de Surmoi et cela nous clarifie énormément les choses. En effet, nous nous rendons bien compte que nous n'avons pas affaire uniquement à des mères psychotiques. Alain Didier-Weill nous

³⁵⁹ A. Didier-Weill, « *Les trois temps de la loi* », Paris, éd. Seuil, 1995, p.40

³⁶⁰ A. Didier-Weill, id., p.32

explique que ce Surmoi archaïque s'exprime soit dans son versant névrosé, c'est quand le fou croise la poule qui le regarde en silence mais qu'il arrive tout de même à fuir. A contrario, le Surmoi archaïque psychotique est celui qui correspond au regard de la Méduse qui pétrifie. Dans les deux cas, il s'agit de forclusion. Mais alors que du côté du psychotique nous sommes en face d'une forclusion pathogène, du côté de la névrose il s'agit d'une forclusion structurale. « *Le Surmoi psychotique nous paraît l'effet d'une forclusion pathogène liée à l'histoire propre d'un sujet auquel n'a pas été transmis, du fait d'une certaine perversion de la fonction de transmissibilité dévolue aux ascendants, le signifiant Nom du Père (...)*³⁶¹ » C'est le cas de certaines mères de notre clinique mais pas de la plupart. C'est pour cette raison que les symptômes et le comportement que nous observons dans ce type de clinique nous font tant penser à la psychose et à la perversion mais sans en être pour autant. « *Alors que le Surmoi archaïque du névrosé tel qu'il est mis en scène dans le scénario du fou et de la poule, nous paraît être l'effet d'une forclusion non pas pathogène mais structurale, introduisant dans le dire la dimension du maudire*³⁶² »

Nous rencontrons dans notre clinique ces deux types de profil : le regard de la Méduse et celui de la poule. Mais effectivement, cette distinction nous permet de voir que, la plupart du temps, nous sommes confronté au Surmoi archaïque qui s'exprime sur le versant névrosé et c'est le handicap de l'enfant suivi de la régression psychique de la mère qui le fait surgir. Dans ce cas de figure, une thérapeutique est possible alors que cela s'avère être beaucoup plus compliqué pour des mères psychotiques car le lien avec l'autre est rompu définitivement. Il existe donc la possibilité pour les mères que nous rencontrons de passer de ce Surmoi archaïque versant névrosé au Surmoi de la censure puis au troisième, le Surmoi questionnant celui qui redonne accès au symbole. La mère de l'enfant autiste dont nous avons parlé tout au long de ce travail est passée justement par les trois Surmoi. Au départ de la prise en charge elle était très agressive avec l'équipe et dans une plainte infinie. Lorsque nous avons commencé la prise en charge individuelle, elle était justement prise par ce Surmoi archaïque, qui l'empêchait de fuir. Ce Surmoi archaïque qui empêchait son fils de fuir, était aussi celui de sa propre mère qui semblait dans un premier temps empêcher tout type de fuite subjective. Au cours du suivi, elle a réussi à s'échapper de ce regard de « *poule surmoïque* » archaïque qui était porté par sa propre mère. Elle commence à rendre visible ce qui, jusqu'à présent, ne l'était pas. C'est le point de départ pour elle. Elle peut commencer à envisager de donner

³⁶¹ A. Didier-Weill, id., p.60

³⁶² Ibid.

une première réponse à ce Surmoi qui l'immobilisait et cette réponse c'est la fuite. Ainsi concrètement, sans nullement être conduite à le faire de notre part, car nous restons en toute circonstance neutre, au fur et à mesure de la prise en charge, elle pose des actes vis-à-vis de sa propre mère, elle vend les bijoux de famille, elle lui retire les clefs de chez elle car elle arrive tout le temps à l'improviste, enfin, elle se trouve un nouveau compagnon d'origine africaine alors que ses parents sont décrits comme racistes. Ce sont des actes qui visent, selon nous, la fuite, une première contestation, et la mise à distance de ce regard tyrannique. Alors que, jusqu'à présent, elle avait été dans l'impossibilité de bouger face à l'injonction Surmoïque de sa mère : « *pas un mot* », ces passages à l'acte sont à considérer comme une fuite, un début de subjectivation. Parallèlement, elle commence également de manière spéculaire à mettre à distance son fils et arrive enfin à faire des choses pour elle-même en dehors de son fils. Cela correspond au passage de la mère idéale freudienne à la femme qui désire de Lacan. Cette fuite correspond dans son suivi à une première étape, une première tentative de sortir de la sidération. Fuir face à ce Surmoi lui permet d'accéder au deuxième, le Surmoi de la censure.

Ce Surmoi représente une position plus intermédiaire, c'est le Surmoi de la censure, le sujet sera capable de répondre oui-non au questionnement surmoïque. C'est la mère de notre vignette clinique qui après avoir passé une année dans le silence, dans l'absence de symbole, accède enfin à une possible subjectivation de son histoire, car elle commence à en voir la partie pourtant très visible mais cachée à ses yeux. C'est parce qu'elle s'est extraite de ce Surmoi archaïque qui la figeait qu'elle peut désormais réécrire son histoire autrement.

Un jour, pendant une séance, alors que dans nos hypothèses, l'idée que cette maman très fusionnelle puisse avoir des idées mortifères inconscientes à l'égard du fils commence à apparaître, elle nous dit ceci : « *j'ai eu deux grands traumas dans ma vie, l'autisme de mon frère et la tentative de suicide de mon fils.* » Après un moment de silence, nous l'interpellons sur cette inversion à laquelle elle ne peut donner une explication. Elle se fige pendant un long moment dans le silence, gênée, comme si elle était dans l'impossibilité d'en dire davantage. L'injonction de ce Surmoi de censure qui dit : « *n'insiste pas, tu as dit un mot, tu n'en diras pas deux !* » Cela nous fait penser à cet épisode. La séance s'arrête là-dessus. La séance suivante, elle dit ne pas comprendre cette inversion mais semble désormais mieux entendre nos hypothèses concernant des idées mortifères inconscientes (par exemple, la peur phobique que son fils se fasse

écraser par une voiture).

La censure de ce Surmoi, nous la retrouvons cliniquement avec elle à chaque fois qu'elle culpabilise par rapport à son attitude vis-à-vis de son fils. Lorsqu'elle dit par exemple : « *Je sais que ce n'est pas bien de l'embrasser sur la bouche, mais je ne peux pas m'en empêcher.* » Elle en dit un mot « *ce n'est pas bien de l'embrasser* » mais elle n'arrive pas en dire deux : « *je ne peux pas m'en empêcher.* »

Ou encore, lorsqu'elle pleure parce qu'elle a l'impression de ne pas en faire assez pour que son fils s'en sorte. Tous ces moments qu'elle a traversés où elle s'est sentie coupable de ce qu'elle faisait pour elle, ou de ce qu'elle n'avait pas l'impression de faire pour son fils ont tendance à disparaître. Au fur et à mesure de l'avancement du suivi, elle a commencé, via un transfert solide à notre égard, à rire des erreurs qu'elle dit commettre, c'est qui est un grand pas en avant pour elle, si nous pensons à l'agressivité qu'elle avait à son arrivé au SESSAD. Elle en est là, elle commence enfin à pouvoir rire de ses maladresses et de celles de son fils ; preuve qu'elle commence à aller du côté du troisième Surmoi.

Le troisième Surmoi est celui dans lequel le sujet éprouve l'étonnement, c'est un Surmoi questionnant auquel le sujet répond oui et par là il accède au symbole. Le Surmoi ici cesse d'être injonctif alors qu'il est injonctif dans les deux premiers cas et donc dans les défenses psychotiques et perverses. Alain Didier Weill, nous dit que le sujet transgresse la censure pour s'engager dans l'insistance. La question de ce Surmoi est la suivante : « *Trouveras-tu le troisième mot qui transmutera ton insistance en persévérance ?* » Nous pensons que la mère du jeune autiste n'est désormais plus très loin de ce type de Surmoi. Elle commence à se poser la question de l'orientation de son fils à l'IME, même si pour cela elle doit abandonner partiellement les méthodes de conditionnement. Le travail du psychologue est alors ici d'aider le patient à passer du Surmoi archaïque névrosé, celui dans lequel, selon nos hypothèses, la mère a plongé à la suite du handicap, vers celui intermédiaire de la censure, pour enfin arriver au troisième, celui pacificateur qui, grâce à la métaphore œdipienne et à la nomination, permet au sujet d'avoir à nouveau accès au symbolique. Le troisième mot est le mot qui introduit la stupéfaction, le mot d'esprit qui libère le sujet de l'impasse. Cela représente aussi pour nous le tiers, la tierce personne qui manque dans ce type de clinique et que la personne du psychologue peut ré-introduire via un transfert solide qui s'acquiert avec la patience et sans jamais forcer la main. À partir du moment où le sujet aura accès à cette capacité

à être étonné, le chemin qui mène à la lumière pourra enfin s'ouvrir.

Comment s'y prendre pour permettre au sujet le passage de la sidération à la lumière ? Alain Didier Weill nous parle notamment du mot d'esprit, du lapsus, d'un moment qui surprend et qui permet au sujet de s'extraire du regard surmoïque. Il s'agirait d'un signifiant ayant le pouvoir d'introduire une rupture dans le discours stéréotypé et répétitif des sujets, un pas de côté, jamais encore emprunté, qui mettrait le sujet en position d'être *verblüffen* mais pas de manière définitive, juste de manière à être relancé vers quelque-chose de nouveau. Revenons à cette maman d'enfant autiste qui, ayant été suivie le plus longtemps, nourri de ce fait le corpus clinique de cette thèse. Comme souvent, pour ne pas dire tout le temps, elle se plaint de l'attitude de l'éducatrice, qui est « *trop cool*. » C'est une manière ironique de dire qu'elle est trop laxiste envers son fils. En effet, elle lui permet de traverser la route sans donner la main. Parfois le jeune rentre à la maison en ayant perdu une veste ou encore trempé parce qu'il a joué sur la plage. Situations qui, bien qu'anodines et rares, agacent au plus haut point la mère. Après avoir énuméré une liste des reproches à faire à l'éducatrice en question, elle nous glisse tout en cherchant notre soutien : « *et vous est-ce que vous trouvez ça pas normal de faire ça ?* . » Suite à cette phrase nous sommes légèrement *verblüffen*, nous gardons un petit moment le silence et la jeune maman commence à rire en nous demandant ce qui se passe. Nous répondons que ce qui nous interpelle c'est le « *pas* » qui est venu se glisser dans sa phrase, car bien entendu tout le monde est sensé savoir que la phrase se dit : « *est-ce que vous trouvez ça normal*. » Elle nous regarde, surprise, et elle rigole de plus belle. C'est à ce moment-là que j'arrête la séance. Elle repart étonnée et en riant.

Cette vignette clinique nous semble rejoindre ce qu'Alain Didier Weill développe autour de cette notion de signifiant qui vient faire rupture. Ce qui pour nous paraît fondamental c'est que derrière ce « *pas* » il y a toute l'histoire de cette jeune femme et de son enfant autiste. Son fils n'est pas normal, l'éducatrice ne fait pas ce qu'il faut, son ex-mari ne s'occupe pas de son fils comme il le devrait, l'emploi du temps n'est pas suffisamment rempli, en bref le monde ne tourne pas rond. Notre hypothèse est que, peut-être pour la première fois, ce « **pas** » impromptu lui a permis de faire un « **pas** » vers l'avant, de côté, et de la sortir de la fixation de son discours. Pour la première fois ce signifié « *pas* » repris par le psychologue est devenu un nouveau signifiant « *pas* . » La suite nous montrera bien la valeur de ce rajout de mot. Cette mère a déjà depuis longtemps commencé à faire des pas qui l'éloignent du poids du regard surmoïque

archaïque. Alain-Didier Weill nous explique que le sujet, pour advenir au sens doit en passer par le *pas* de sens de la sidération. C'est peut-être ce qui s'est passé pendant cette séance pour cette maman. Elle a pu comme l'explique Alain Didier-Weill passer subjectivement d'un Surmoi à l'autre, mais cela ne se vérifie pas à chaque fois.

Il nous arrive de rencontrer des mères avec qui cela s'avère être beaucoup plus compliqué. En effet, Alain-Didier Weill nous explique qu'il y a une censure qui empêche certains sujets de se dé-sidérer, une censure qui empêche le sujet d'aller vers son véritable désir. Il y a une sorte de XI^{ème} commandement qui dirait : « *ne te laisse pas verblüffen.* » Cette censure est bien entendu le Surmoi, qui peut être fort au point d'empêcher le sujet d'être étonné, d'être sidéré par quelque chose qu'il ne maîtrise pas. Dans ce cas de figure aussi nous avons encore eu un exemple récemment.

Nous allons à la post-synthèse d'un jeune homme que nous appelons Sam, diagnostiqué autiste, sa mère et son père sont là. Alors qu'il vient d'échouer une fois de plus à son stage en Esat³⁶³, il semble timidement nous demander une place en FAT³⁶⁴ (qui est un établissement similaire à l'Esat mais avec un niveau de capacité requises par le travailleur moins élevé). Il nous fait toujours cette demande en dehors de la présence de ses parents. Sa mère nous dit qu'elle envisage de lui faire passer un contrat d'apprentissage en mécanique. Le jeune Sam subjugué par la parole surmoïque de sa mère dit qu'il est d'accord. Malgré tous les arguments utilisés par les professionnels pour les dissuader de ce choix qui mettra Sam en grande difficulté (il est très fatigable, il manque d'initiative, il plaque son discours sur celui des autres, il n'a absolument pas le niveau scolaire requis, etc.) rien n'y fait, la décision est prise, il ira dans cette nouvelle école.

La mère a réponse à tous les arguments mis en avant par l'équipe. Elle a d'ailleurs une attitude défiante à l'égard de l'équipe. Elle semble nous dire qu'elle sait alors que nous ne savons rien. « *Celui qui veut maîtriser le réel en ayant réponse à tout, nous a fait rire à cause du type d'errance, d'erreur, à laquelle il est conduit : il erre, car il ne veut pas être dupe du réel, il ne veut pas être dupe de l'effet sidérant du signifiant*³⁶⁵. » Le paradoxe dans cette situation qui montre que rien n'a changé depuis plusieurs années et que tout se répète à l'infini, est que cette situation s'était déjà produite. En effet, Sam a déjà été à Bariquand étant petit, mais la mère a voulu le remettre (*le* : terme qu'elle

³⁶³ Établissements et services d'aide par le travail anciennement C.A.T

³⁶⁴ Foyer d'aide par le travail

³⁶⁵ A. Didier-Weill, « *Les trois temps de la loi* », Paris, éd. Seuil, 1995, p.124

emploi souvent et qui n'est pas anodin, comme s'il s'agissait d'un objet) dans le milieu ordinaire pour ensuite se rendre à l'évidence, à la souffrance et à l'échec scolaire et social de son fils. À partir de là, Sam est revenu pour entreprendre une formation en espaces verts à Bariquand Alphan, formation qu'il suit avec des résultats satisfaisants. Mais voilà que la mère, nous surprend avec cette nouvelle ré-orientation qui s'annonce d'ores et déjà très difficile. Cette situation a beaucoup questionné l'institution et cette maman a énormément bousculé les équipes par ses attitudes agressives et perverses à l'égard de tout le monde et principalement de son fils. Par exemple, elle fait suivre son fils par une neuropsychologue qui filme les séances en direct et permet aux parents de voir ce qui se passe pendant la séance. Nous y retrouvons le côté omnivoyant du Surmoi archaïque, qui profère « rien de toi ne m'est étranger . » C'est toujours elle qui nous dit et qui explique à d'autres parents lors des groupes de parole, qu'à chaque fois qu'il y a un problème, il suffit de « coacher » (comme nous pouvons le faire avec des chevaux), l'enfant pour que le problème disparaisse par le biais de divers conditionnements (ABA, Teach et d'autres). C'est une mère à qui « *on ne la fait pas* » (comme nous l'explique Alain-Didier Weill). Elle sait, elle a une vérité et elle se presse de la dire. Restée sidérée par l'annonce du handicap, elle ne se laisse pas *dé-siderare* par le biais de l'étonnement. C'est pour cette raison qu'il n'y a que de la jouissance mortifère entre elle et son fils. Elle n'est pas dans un savoir inconscient, mais dans un savoir omniscient qui est en réalité un non-savoir œdipien et, à ce titre, elle ne peut pas être verblüffen, un savoir qui est, comme Lacan l'explique, volonté de ne pas changer. « *Ainsi saisissons-nous sur le vif le tableau clinique d'un sujet qui ayant été sidéré par la foudre (annonce du handicap ?), n'est pas parvenu à sortir de la sidération : n'ayant pu consentir à être dupe du signifiant, il n'a pas pu trouver l'issue du désir - la dé-sidération - et demeure dans cette forme d'errance qu'est la stupeur virant à la stupidité³⁶⁶.* »

Alain-Didier Weill se pose la question de savoir pourquoi un sujet choisi d'être sidéré et pourquoi un autre n'y parvient pas. Il en arrive à la conclusion que le fait de choisir ou pas l'issue du sujet qui mène au désir dépend étroitement de cette première rencontre fondamentale entre le sujet et le grand Autre. Cela revient à être en lien avec le point fondateur où le sujet a dû se séparer de das Ding. C'est à partir de ce choix inconscient que l'avenir du sujet se détermine. Le sujet aurait, selon Alain-Didier Weill, trois issues inconscientes qui sont : l'inhibition, le symptôme et l'angoisse. L'inhibition serait à comprendre comme une impossibilité de sortir de la sidération, ce qui pourrait

³⁶⁶ A. Didier-Weill, id., p.133

s'apparenter au choix psychotique. Le symptôme résulterait quant à lui d'un refoulement du signifiant, ce qui est bien le choix névrotique. In fine, l'angoisse se produirait quand le sujet demeure entre deux positions : « *suspendu entre la réalisation de la sidération et la non réalisation de la dé-sidération*³⁶⁷ » ce qui peut correspondre au « *je sais bien mais quand même* » d'allure perverse qui comme souvent souligné est le mécanisme de défense mis en jeu car il est en lien avec la régression psychique de la mère. Par ailleurs, l'angoisse et le déni sont les mécanismes de défense que nous retrouvons le plus souvent dans notre clinique. Il y aurait ensuite une quatrième issue (sortie de la névrose ?) lorsque le sujet réalise son désir et assume le signifiant sidérant, suite comme nous l'avons vu, au mot d'esprit ou au lapsus révélateur.

Pour faire ce choix, le sujet doit choisir entre deux lois antinomiques : d'un côté la loi symbolique, qui demande au sujet de devenir sujet dans le bien dire, de l'autre (et celle-ci nous intéresse particulièrement) une loi surmoïque qui a tendance à rendre le sujet coupable. La loi symbolique correspond à la liquidation du complexe d'Œdipe, à l'intégration de l'ordre symbolique. Dans notre clinique, cela est remis en cause par l'annonce du handicap. En revanche, la loi surmoïque est celle dont est victime la mère lors de cette régression psychique. Elle annonce de quelle injustice le sujet est coupable. Et pour la mère de notre clinique, la faute est celle d'avoir enfanté un enfant en situation de handicap.

Alain-Didier Weill nous explique que l'être humain préférerait inconsciemment choisir cette deuxième loi qui condamne. Car en effet, alors que la loi symbolique ne donne aucune coordonnée sur la façon de trouver le juste dire, la loi surmoïque est très précise concernant le fait de dire où l'injustice, dont le sujet s'est rendu coupable, se trouve. La loi surmoïque donne les coordonnées de la souffrance, elle objectalise l'angoisse. Dans notre clinique, cela semble simple, la mère se sent coupable d'avoir engendré un enfant en situation de handicap, la loi surmoïque tombe sur elle en la condamnant à jouir. Pourquoi, une fois encore, cette régression opère-t-elle sur la mère et en moindre mesure sur le père ? Parce que, nous le savons à présent, l'œdipe chez la femme est moins solide que chez l'homme. Elle doit passer de l'objet d'amour maternel au paternel et ensuite à l'altérité. Ces mouvements incessants rendent l'œdipe moins stable chez la femme et donc plus assujetti à des régressions que chez l'homme.

La mère ne peut pas choisir de bien dire, mais elle doit se replier dans une

³⁶⁷ A. Didier-Weill, id., p.167

position où l'injustice est partout et où elle semble être portée principalement par le handicap de l'enfant. « *Cette préférence universelle pour le Surmoi persécuteur procède d'un choix inconscient pour une loi qui, en persécutant le sujet, lui octroie paradoxalement une certaine bonne conscience (le mal est dans la loi³⁶⁸).* » Le mal c'est l'autre, l'institution, le médecin qui a fait le mauvais diagnostic, l'éducatrice qui ne fait pas attention, le psychologue qui ne comprend rien, l'angoisse n'est pas sans objet.

Le sujet a donc le choix entre la jouissance surmoïque de l'Autre, ou le consentement à la « *j'ouïe-sens* » comme le nomme Alain-Didier Weill, c'est à dire cette jouissance fragmentaire où surgit le mot d'esprit. Soumis à ce regard surmoïque, le sujet est un objet, car il est dépouillé de tout manque. Cette absence de manque renvoie à la mère « toute » qui n'est plus assujettie au processus symbolique de la castration, car son enfant vient la rendre complète, et il n'y a plus de séparation psychique entre elle et son enfant. Ces mères d'enfants en situation de handicap, en niant les difficultés de leur progéniture, en font des objets qui ne manquent de rien, qui ne sont pas manquants, pas barrés, soumis donc à la jouissance mortifère du Surmoi. Face au regard surmoïque, nous sommes face à une présence regardante. Le sujet n'est plus supposé, mais désupposé par le regard d'un Autre surmoïque. D'un point de vue économique, aussi paradoxal que cela puisse paraître, l'être humain se tourne plus facilement vers l'Autre surmoïque. Alain-Didier Weill nous explique que, s'il fait cela, c'est parce qu'il ne supporte pas de rester seul face au questionnement métaphorique de l'autre symbolique. Il préfère replier vers la position, à priori la plus confortable, du sujet soumis à une autorité absolue, sans défaut, pas manquante. Cela peut donner l'impression au sujet qui se confie à l'autre surmoïque, que cet autre ne fera pas faux bond, ne fera pas défaut, ne sera jamais « barré . » Alors nous pouvons peut-être faire le lien avec la mère de l'enfant en situation de handicap porteur des défauts et des manques, qui se confie toute entière à une instance sans défaut pour avoir une solution de facilité. Et la mère incarne aussi aux yeux de l'enfant et bien souvent du père, ce rôle d'autorité absolue concernant l'éducation de l'enfant.

Ce positionnement psychique de la mère à l'égard de son enfant, sa toute-puissance phallique illusoire, font en sorte que l'enfant devienne un objet. Une citation sur le masochisme tombe à point nommé par rapport à certaines hypothèses évoquées précédemment sur l'enfant fétiche de sa mère, car Alain-Didier Weill nous pose la question du pourquoi le sujet choisit de se faire du mal ou d'en faire : « *s'il y a dans le*

³⁶⁸ A. Didier-Weill, id., p.172

masochisme quelque chose d'irréparable, c'est que le sujet peut préférer, le chemin de la culpabilité en tant qu'elle le met en rapport avec un Autre non barré, à celui de l'angoisse qui surgit quand l'Autre, se barrant commémore l'oubli radical du refoulement originare³⁶⁹. » Cette citation nous permet peut-être de poser que le lien mère/enfant est construit bien entendu autour du handicap, mais il dépend également de cette bascule psychique qui opère chez la mère à la suite de l'annonce du handicap et qui la fait glisser du choix de l'Autre symbolique à l'Autre surmoïque. Le handicap de l'enfant n'a pas de lien avec ce choix primordial mais il va entrer en résonance avec, il va devenir le vecteur de la plainte maternelle, le centre, le « ça » échappant au symbole. Pourquoi la mère semble dire à son enfant qu'il n'est que ça, qu'un déchet, qu'un être dépourvu de parole, un objet chu, un grain de blé ?

« Peu importe le contenu de ce « que ça »- une courge, une gourde, un abruti, un imbécile – l'essentiel tient à une saisie de l'être qui, limité à n'être « que ça » est soustrait à son pouvoir de devenir. La question est donc : comment soustraire un sujet à la malédiction d'un tel savoir absolu ?³⁷⁰»

4.4) La démarche artistique comme dévoilement d'un autre regard et d'une autre écoute.

Aujourd'hui nous sommes davantage regardés, depuis de nombreux endroits différents. Le regard de la science, par exemple, semble renvoyer à ce regard « omnivoyant » dont nous parlions précédemment, qui est tellement semblable au regard surmoïque. À la différence de l'époque freudienne, où le regard de dieu était culpabilisant, le regard scientifique d'aujourd'hui ne suppose rien, il n'émet pas d'hypothèse car il sait tout (du moins c'est ce qu'il prétend). C'est un regard forclusif qui exclut toute possibilité. Le regard de la Méduse serait donc davantage présent dans la société aujourd'hui qu'à l'époque de Freud, et serait aussi le regard médusant que nous avons en nous et avec lequel il peut (comme les mères de notre clinique) nous arriver de regarder le monde et notre prochain. La plupart des jeunes que nous accueillons à l'IME et qui viennent du milieu ordinaire, relatent avec une grande souffrance le rapport au regard de l'autre (exclusion, moquerie, regard omniprésent de l'autre qui scrute, qui

³⁶⁹ A. Didier-Weill, « Les trois temps de la loi », Paris, éd. Seuil, 1995, p.209

³⁷⁰ A. Didier-Weill, id., p.239

cherche à savoir, regard intrusif), de l'autre *normal* oserons nous dire. Les traumas surgissent, la plupart du temps, dans les collectivités qui se veulent normales nous dit Freud. C'est exactement ce que nous retrouvons dans le récit des familles, de ce qu'elles vivent depuis l'annonce du handicap, jusqu'au moment où elles se retrouvent devant nous pour nous expliquer leur histoire. Face à la tête de Méduse innommable, il est quand même possible qu'une autre voix prenne la parole. Nous pensons la prendre souvent à l'IME, d'avoir cette possibilité-là, alors que dans le milieu ordinaire cela est beaucoup plus compliqué. Cette parole est aussi celle de l'analyste, qui sidère dans un premier temps, mais étonne dans un deuxième et ouvre ainsi un nouveau chemin pour le sujet. Cette voix est portée par l'étonnement, par l'invention, par la création artistique qui peut permettre aux sujets de passer du Surmoi archaïque au Surmoi de la censure, puis au Surmoi du questionnement. Le symptôme emprisonne le sujet car il renvoie à un autre signifiant symptomatique (c'est peut-être pour ça que les patients ont souvent l'impression de tourner en rond autour de leurs symptômes), alors que des signifiants nouveaux étonnants peuvent avoir comme effet d'ouvrir vers un autre signifiant et libérer la parole subjective.

Le Surmoi est cette instance qui apparaît lorsque « *la place du symbolique sidérant est désertée*³⁷¹. » Le Surmoi propose au sujet d'oublier la question sidérante, le Surmoi empêche la sidération et par la suite le sujet se trouve dans l'impossibilité de cheminer.

Après avoir longuement mis en avant les aspects théoriques et notre questionnement par rapport à l'observation clinique, l'heure est venue de passer à la partie thérapeutique, c'est-à-dire comment en tant que clinicien nous agissons afin de mettre un frein à ce Surmoi archaïque qui empêche la relation mère/enfant d'évoluer de manière moins pathologique pour les deux. Il est vrai que nous pouvons facilement travailler avec les enfants, quant aux mères c'est beaucoup plus difficile tellement les défenses mises en place sont enracinées et difficiles à faire tomber. Néanmoins, quand la rencontre s'avère possible, quand un chemin est envisageable alors le moyen existe de faire évoluer les situations, de sortir les familles de leur impasse, de remettre du mouvement, de les sortir du traumatisme psychique dans lequel elles sont depuis l'annonce du handicap. La première étape consiste à se rendre assez disponible à la rencontre, notamment dans les temps les moins formels et les plus conviviaux possible. Ces sont des moments où les mots d'esprits, l'humour, la neutralité bienveillante

³⁷¹ A. Didier-Weill, « *Un mystère plus lointain que l'inconscient* », Paris, éd. Aubier, 2010, p.181

permettent aux familles de se sentir moins jugées que d'habitude et surtout, cela permet de faire tomber ce regard persécutif qu'elles ressentent souvent. Beaucoup de familles sont tellement défensives et en souffrance que même boire un café autour d'une table peut se révéler être très problématique. Les groupes de parole parents, par exemple, qui existent depuis 4 ans, connaissent un succès relatif, (19 familles sur 80 en 4 ans) compte tenu de son aspect trop officiel qui se « frotte » aux grandes défenses érigées par le Surmoi des mères. Les temps trop institutionnalisés, trop ciblés autour de la problématique de l'enfant ou de la famille ne fonctionnent pas, alors que des temps plus informels (fêtes institutionnelles, rencontres conviviales à plusieurs, spectacles, participation active des familles à la vie institutionnelle) permettent à une première rencontre d'avoir lieu. C'est à ce moment-là qu'il faut rapidement entendre quel type de positionnement ont les familles, notamment les mères, vis-à-vis de leur enfant. En général, et avec l'expérience acquise, nous découvrons assez rapidement quel type de discours est sous-jacent à leur plainte. Il faut dire aussi que beaucoup d'analogies existent dans ce type de clinique et que des discours assez plaqués et stéréotypés apparaissent très rapidement. Bien entendu, il s'agit d'écrans, des souvenirs, des mots entendus et restitués à bon escient, d'actes mis en place afin de cacher la réalité des faits (la mère de Sylvie et les lunettes sur les yeux de sa fille).

Compte tenu de tout ce que nous avons mis en avant dans les pages précédentes il nous semble évident que notre travail consiste principalement à introduire du tiers symbolique lorsque cela n'a pas été le cas. Il faut que l'opérateur de la métaphore paternelle se mette en place ou se remette en place s'il a été destitué. L'opérateur paternel en tant qu'instance qui unit le désir à la loi mais qui ne les oppose pas comme cela se retrouve dans notre clinique. Introduire le père symbolique comme gardien de la jouissance pour la mère et pour l'enfant. Le psychologue peut prendre cette place dans un premier temps au niveau transférentiel et permettre ensuite par transposition et déplacement au père inconscient d'être ré-introduit dans le discours maternel et de l'enfant. Il faut également aider les mères dans leur positionnement subjectif afin d'aller plus du côté de la femme que du côté de la mère idéale qui, comme le montre notre clinique, est dans un tel désir de réparation et de mise en conformité avec son moi idéal, qu'elle devient parfaite avec tous les inconvénients que cette perfection engendre. Dans cette quête qui ne vise que la perfection maternelle elle en oublie ses propres désirs et souhaits de femme alors qu'en gardant intact ses désirs, une certaine distance entre la mère et l'enfant serait possible. Dans une famille avec un enfant en situation de

handicap l'équilibre est rompu il n'y a plus de place pour la femme, mais uniquement pour la mère pré-œdipienne.

Ce travail de ré-équilibre entre les positions subjectives de femme et de mère doit être également accompagné par la prise de conscience que la femme/mère doit être désirante du phallus mais ne pas prétendre l'avoir ou l'être, ni même en jouir à outrance. Elle doit renoncer et méta-communiquer à son enfant le fait d'être manquante, et par là, communiquer le fait qu'il y a des limites et qu'elle n'est pas toute puissante. Il s'agit pour la mère ou pour l'enfant de les aider à renfoncer leur Moi en les rendant plus indépendants l'un de l'autre et de leur Surmoi tout en devenant plus résistants aux pulsions du Ça.

Il faut également, à travers la relation transférentielle, être capable de se laisser surprendre par les patients et les surprendre à notre tour. L'étonnement, la surprise, l'inattendu sont autant de moteurs qui permettent aux sujets de « bouger » psychiquement, de sortir de leur impasse. Le psychologue doit empêcher le patient de tourner en rond, doit l'aider à passer du regard surmoïque de la méduse à celui plus pacifiant de Baubô.

Voyons, en s'appuyant sur Alain Didier-Weill, comment théoriquement nous pouvons expliquer la démarche thérapeutique que nous mettons en place. Nous allons voir dans ce chapitre comment cette idée d'étonnement, de création, de faire du nouveau avec de l'ancien peut se mettre en place. Ensuite, à travers un cas clinique nous allons essayer de montrer comment nous avons permis à ce sujet de travailler la relation à sa mère et comment nous avons ré-introduit du tiers symbolique.

Nous nous trouvons en bonne syntonie avec la démarche théorique d'Alain Didier-Weill que nous appliquons à notre clinique. Dans son texte : « *Lila à la lumière de Vermeer* », il nous parle dans le premier chapitre des bienfaits d'un regard qui se veut pacifiant. Le regard tyrannique, surmoïque, archaïque primordial est celui que nous avons repéré dans notre clinique et travaillé tout au long de cette thèse. C'est celui de la mère de Sylvie qui a été le point de départ de cette thèse. C'est celui auquel il faut mettre en opposition le regard pacifiant, le regard post œdipien.

Ce regard selon Alain Didier-Weill, est métaphoriquement celui du peintre Vermeer et de son tableau la Laitière. Lila, chanteuse, est clivée entre deux types de regards qu'elle subit de la part des hommes, un lorsqu'elle chante, ceci est un regard qui

va au-delà du sexuel, un regard qui entend, un regard qui pacifie, un bon œil. Puis, il y en a un autre, un regard que Lila ressent lorsqu'elle ne chante pas et qui semble lui dire « sois belle et tais-toi . » Elle a donc l'impression de ne pouvoir exister uniquement que lorsqu'elle chante. Pendant ces moments-là elle se sent sujet, elle advient. Par contre, lorsqu'elle ne chante pas, elle est objet du regard de l'autre, de l'homme qui ne la réduit qu'à un simple symptôme, un reflet de sa beauté. C'est la même problématique que celle de beaucoup d'enfants en situation de handicap avec lesquels nous travaillons sauf qu'il ne s'agit pas de beauté mais de laideur, de handicap. Au lieu d'entendre « *sois belle et tais toi* », les jeunes en situation de handicap entendent « *sois moche, sois laid et tais toi* . » Le point en commun est celui de se taire, ce sont les « *pas un mot* » du Surmoi dans « *les trois temps de la loi* . » C'est à dire cette injonction surmoïque qui fige le sujet dans un « *tu n'es que ça* » sans aucune possibilité de s'en sortir.

Puis, un jour, Lila décide d'aller au musée voir le tableau de Vermeer, comme un parent ou un enfant qui décident un jour de rencontrer le psychologue ou de se laisser étonner par les créations artistiques de leurs enfants. La lumière qui émane de ce tableau se transforme en regard pour Lila. Elle est littéralement éblouie et choquée par ce tableau. Elle éprouve ce que Freud appelle le retournement de la pulsion. « *Alors qu'elle croyait regarder, en toute quiétude, le tableau de Vermeer, voici qu'elle fit l'expérience inverse c'est le tableau qui la regardait et qui, tel un voyant, voyait en elle un réel dont elle n'avait jamais soupçonné qu'il pût être vu*³⁷². »

Voilà une orientation possible qu'une prise en charge psychothérapeutique peut suivre. Le psychologue, ou plutôt le regard du psychologue dans ce cas précis, doit être comme le tableau, c'est à dire qu'il doit venir éclairer la partie cachée, obscure de la patiente. Partie cachée par les innombrables symptômes et lots de souffrance engendrés par le handicap de l'enfant et qui empêchent de voir tout le reste. Freud n'a introduit le terme de sujet qu'à l'occasion de l'apparition de ce « *nouveau sujet* » induite par le retournement de la pulsion. Ce serait en ça que résiderait notre travail de clinicien, faire apparaître ce nouveau sujet, un sujet qui est capable d'étonnement et d'étonner les autres. Le clinicien, au même titre que le tableau pour Lila, doit savoir éclairer quelque chose d'invisible et d'intérieur chez le patient, quelque chose qui va au-delà de son symptôme. Pour les sujets dont nous nous occupons il faut aller au-delà, voir et entendre au-delà d'un visage déformé, d'une voix caverneuse, d'un boiteux, ou d'une

³⁷² A. Didier-Weill, « *Lila et la lumière de Vermeer, la psychanalyse à l'école des artistes* », Paris, éd. Denoël, 2003, p.18

agressivité maternelle qui semble gratuite et injustifié. La sublimation à travers l'art nous permet ceci.

Comme Lila, les sujets de notre clinique et leurs familles évoquent l'angoisse que leur image reflétée dans le regard des autres, leur procure.

Cette angoisse est engendrée non seulement par le regard tyrannique de la mère archaïque, mais aussi par l'impossibilité des sujets que nous accueillons de se saisir dans le regard de leur mère de cette image secrète en eux, cette partie invisible qui renvoie à ce nouveau sujet.

Alain Didier-Weill l'explique de la sorte « *Évoquant, à cet égard, le sentiment angoissé que lui laissaient les instants où elle se regardait dans le miroir, elle fut amenée à interpréter cette angoisse comme effet de l'impossibilité, à chaque fois redécouverte, de ne pouvoir saisir dans l'image reflétée la présence de cette image secrète qu'elle avait nommée Lila et que Lacan, lui, aurait nommé objet a inspécularisable*³⁷³. » Pour Lila, le regard des gens qui lui signifient « *sois belle et tais toi* » est l'équivalent du regard des mères vis-à-vis de leur enfant et qui dirait « *sois handicapé et tais toi* . » Alors que la laitière de Vermeer représente peut-être le regard du clinicien, celui qui suppose un savoir, une connaissance, une capacité à être autre chose.

« *Si Vermeer disposait lui, du pouvoir de voir Lila, c'est que son regard la regardait d'un lieu non spatial qui, parce que asymétrique, était radicalement soustrait à sa possibilité à elle de le voir. Si l'origine du regard de Vermeer était invisible, n'était-ce pas parce qu'il précédait le sien, qu'il n'était donc pas situé, dans l'espace mais dans un temps autre ?*³⁷⁴ » N'est-ce pas une des caractéristiques de la prise en charge psychanalytique que le fait de ne pas être dans un temps chronologique mais plutôt logique ? Le temps de la parole, de l'invention, de la capacité de créer du nouveau avec de l'ancien.

Le fait d'apporter autre chose dans son regard, n'est-il pas moteur du changement chez la patiente ? Nous pensons que oui.

« *Un tel regard échappait radicalement à ce jeu de la symétrie visuelle qui lui*

³⁷³ A. Didier-Weill, id., p.21

³⁷⁴ A. Didier-Weill, « *Lila et la lumière de Vermeer, la psychanalyse à l'école des artistes* », Paris, éd. Denoël, 2003, p. 21

*était connu, étant donné que jusque-là elle avait toujours reconnu l'image qu'elle avait d'elle-même dans l'œil de l'autre : les hommes n'avaient symétriquement disposé que de l'image qu'elle avait bien voulue leur céder*³⁷⁵. » Les sujets de notre clinique ont donc jusqu'ici vécu dans la symétrie du regard tyrannique de leur mère et de l'entourage. L'idée d'Alain Didier-Weill que nous faisons nôtre est celle d'introduire chez le patient une asymétrie, pour l'aider à prendre conscience du décalage qui existe entre sa façon de « *se regarder* », en lien avec le regard primordial que la mère a posé sur lui, et la nôtre. Le but est de lui faire prendre conscience de « *la question de sa responsabilité inconsciente et de son symptôme, au sujet du regard objectivant des hommes* »³⁷⁶. » Lui permettre de passer à un statut où il n'est plus question d'être beau ou laid mais simplement d'être dans une *aptitude à exister*³⁷⁷. L'aptitude à exister que les sujets de notre clinique ressentent par exemple lorsqu'ils sont en train de jouer une pièce théâtrale.

Pour continuer à cheminer dans notre travail nous allons encore nous étayer sur Alain Didier-Weill, car ce qu'il rapporte nous semble très proche de la clinique avec les sujets en situation de handicap. Nous nous penchons sur un chapitre de son livre du « *mauvais œil et du meurtre du visage*. » Quel titre évocateur pour les cas comme Sylvie, Selma, Sabrina qui avaient une malformation du visage et qui avec leur histoire ont introduit notre questionnement ! Dans ce chapitre, il se pose la question de l'énigmatique rapport qu'entretiennent les pulsions invoquante et scopique. Alain Didier-Weill s'interroge sur le dénouage de ces pulsions. Il dit « *notre hypothèse consiste à penser que ce dénouage est induit par l'apparition d'un Surmoi, structuré comme un mauvais œil et engendrerait, à l'instant où la parole doit s'autoriser à parler l'amour, une culpabilité spécifique* »³⁷⁸. » La culpabilité spécifique est celle des mères, des pères, des enfants, des professionnels, celle qui guette toute personne se confrontant au handicap et qui se trouve être dans l'impossibilité de voir autre chose que le handicap. Dans cette situation la personne est pétrifiée par la Méduse, engloutie par Das ding, dévorée par la mère crocodile, absorbée par le Réel.

Nous pouvons dire que les sujets et les mères de notre clinique portent en eux une voix persécutrice, ricanante, qui leur fait entendre que s'ils parlent d'« *amour* » dit Alain Didier-Weill, ils vont produire un mensonge qui sera comme avoué par leur propre

³⁷⁵ A. Didier-Weill, id., p.22

³⁷⁶ Ibid

³⁷⁷ A. Didier-Weill, id., p. 23

³⁷⁸ A. Didier-Weill, id., p.25

honte du ridicule. Le mauvais œil est le regard qui représente leur Surmoi pré-œdipien. Ce mauvais œil est fondamentalement un œil qui n'entend pas, qui ne peut pas voir ce qui s'entend, c'est-à-dire ce qui est dans la temporalité figée. Ceci nous donne une première indication sur ce qu'il peut voir. Il ne peut voir que *ça*, que ce qui est de l'ordre du fixe, du statique, de ce qui est dépourvu de devenir possible.

Voilà pourquoi l'avenir, l'autonomie sont si difficilement acquis avec ce type de public.

« La clinique psychanalytique ne nous permet pas d'observer directement le visage mais d'évaluer les effets induits par sa déstructuration. Ce qu'on peut nommer clinique de la défiguration est l'apparition du symptôme se produisant quand le regard de l'Autre (principalement les mères de notre clinique), cessant d'être en continuité avec son aptitude à entendre, impose à l'image le fait qu'il voit une limite défigurante. La figure humaine visible serait ainsi défigurée quand ce que nous nommons visage, non spéculaire est déstructuré³⁷⁹ »

L'auteur nous parle d'une aptitude à entendre. C'est sans doute là, le rôle du clinicien, celui de réintroduire cette aptitude, de passer du mauvais œil à un œil qui est devenu une oreille, *un œil qui entend*³⁸⁰. À travers une aptitude à entendre il permet au sujet d'acquérir une aptitude à exister.

Le clinicien devrait être en mesure de rétablir la connexion entre l'image externe qui renvoie selon nous à la face et l'interne qui renvoie, elle, au visage. Être capable de regarder sans limites, c'est cette aptitude qui permet l'accès au visage. Didier-Weill définit *« le visage comme ce réel humain qui advient lorsque deux illimités s'étreignent : cette étreinte se produit quand l'Autre, n'étant pas limité par sa surdité peut voir sans limite et, n'étant pas limité par son mauvais œil, peut entendre sans limites³⁸¹. »*

Ce qui permet à la cure analytique de soustraire un sujet à la fixation par laquelle son symptôme l'a mis aux arrêts en arrêtant le flux du devenir, c'est la capacité de pouvoir revenir sur ce qui s'est interrompu en sorte de pouvoir redire oui au visage. L'humain insiste pour devenir. Lacan, en paraphrasant Freud, disait *« là où s'était devint, »* Alain Didier-Weill reprendra cette formule en disant *« reviens au point d'où*

³⁷⁹ A. Didier-Weill, id., p.27

³⁸⁰ A. Didier-Weill, id., p. 26

³⁸¹ A. Didier-Weill, id., p. 28

le devenir redevient possible. »

Plus concrètement, pour les sujets de notre clinique, c'est le fait de revenir sur leur histoire et de rejouer en psychothérapie et à travers la parole et la médiation artistique ce qui n'a pas été possible avec leur mère ou leur père, réécrire en quelque sorte une nouvelle histoire, puisque avec le psychologue nous ne sommes plus regardé ni entendu du même endroit.

Après toute cette théorie, essayons de revenir au concret en faisant un retour sur un cas clinique, qui est le trait d'union entre les concepts théoriques abordés et nos hypothèses de travail.

4.5) Le cas de Steven dit Stevy

«...l'expérience du monstrueux trouve sa racine dans le traumatisme³⁸²»

En nous baladant dans les vastes couloirs de l'IME Bariquand nous sommes toujours surpris, voire étonnés (si nous gardons intacte la capacité de l'être) par ce que les enfants, les adolescents et les jeunes adultes peuvent renvoyer de manière impromptue, inadaptée, parfois absurde. Il ne faut pourtant pas s'arrêter sur le premier degré de ce qui est dit et une fois passée la surprise et, bien souvent, le rire, il faut essayer d'aller plus loin, d'être ce fameux *œil qui entend*. Voilà qu'un jour, nous croisons le chemin de Stevy que nous ne connaissons pas spécialement car, bien qu'appartenant à la SIPFP (les grands), nous n'avons eu la charge de son groupe que depuis deux mois seulement. Précédemment, c'était la collègue qui s'occupe des jeunes enfants de la SEES³⁸³ qui travaillait avec eux. Rien d'étonnant car, s'agissant du groupe où il y a les sujets en situation de handicap très « lourd³⁸⁴ », il est bien souvent « regardé et parlé » comme s'il s'agissait de tout petits enfants. C'est une attitude que nous retrouvons régulièrement, même chez les professionnels les plus avisés, comme si le temps s'était arrêté à la même époque que leur évolution psychique. Les raisons de cette attitude ont été expliquées largement dans nos hypothèses.

À chaque fois que nous croisons Stevy, il nous interpelle en nous disant « *moi travailler avec toi Thomas, demain école avec toi, Thomas.* » Il répète inlassablement cette phrase à chaque fois qu'il nous croise. Je décide alors de lui proposer un rendez-vous afin de faire sa connaissance. Il accepte et il répète en boucle qu'il a rendez-vous avec moi à tous ceux qui veulent bien l'entendre. Car il est certain que, compte tenu de ses aptitudes, ses écholalies et quelques autres petits comportements gênants que nous décrirons plus tard, il est assez mal regardé, rejeté même, et beaucoup de jeunes et d'adultes ont du mal à le supporter. Nous commençons à le recevoir dans le bureau une fois par semaine en vue d'un petit bilan et très rapidement nous nous rendons compte qu'il est largement moins « débile » que ce qu'il veut bien faire croire aux autres. En fait, il joue tout simplement l'idiot du village comme s'il ne pouvait pas exister autrement

³⁸² A. Didier-Weill, « *Les trois temps de la loi* », Paris, éd. Seuil, 1995, p.284

³⁸³ Section d'Éducation et d'Enseignement Spécialisée

³⁸⁴ Retard mental profond

que comme ça. Exemple typique de ce fonctionnement : il veut jouer à l'ordinateur, un seul bouton fait partir le jeu et Stevy appuie un par un avec une lenteur incroyable sur tous les boutons et lorsqu'il arrive sur le bouton qui fait partir le jeu il le saute sciemment. Ensuite, il se plaint que le jeu ne démarre pas. Entre une plainte et l'autre il me glisse « *Thomas (instituteur de l'école) c'est bien l'école. On travaille ensemble demain ? J'aime l'école.* » Stevy est très peu scolarisé (3 heures par semaine) et ne sait ni lire ni écrire. Après plusieurs séances passées ainsi en jouant à un ordinateur qui ne démarre jamais car il refuse d'appuyer sur le bon bouton, l'année scolaire se termine. L'année d'après, nous prenons officiellement en charge les groupe AVS³⁸⁵ dont Stevy fait partie et nous mettons en place un travail qui porte sur l'image du corps à travers la médiation artistique. Le travail avec lui en individuel ne se poursuit pas car il n'a plus de demande à cet égard. En m'intéressant de plus près à son dossier, grâce notamment à une stagiaire psychologue qui fouille un peu dans la paperasse pour les besoins de son stage, nous découvrons qu'en réalité il s'appelle Steven et que tout le monde l'a toujours appelé Stevy car la famille l'appelle comme ça. Steven est né à New York et Stevy est un peu le prénom américanisé qu'on lui avait donné comme diminutif étant petit et qui est resté des années durant. Ce type de surnom, comme souvent les diminutifs, renvoie bien sûr à la petite enfance. Nous avons d'ailleurs nous-même eu un petit surnom de ce type étant plus jeune, qui a duré longtemps et cela a sans doute fait écho et a résonné dans notre écoute. À partir de cette constatation, en le croisant dans le couloir nous lui faisons part de notre découverte et nous lui demandons si ça ne le gêne pas qu'on l'appelle Steven. Il répond que non et à partir de ce moment aussi incroyable que cela puisse paraître il commence à nous appeler Giovanni et à situer plus exactement notre fonction : le psychologue. Le Surmoi institutionnel (quelque peu tyrannique) se met aussitôt en mouvement et très rapidement le bruit circule selon lequel le psychologue de l'établissement imposerait à tout le monde d'appeler le jeune homme Steven. À l'intérieur de l'équipe se crée une sorte de cassure : d'une part ceux qui continuent à l'appeler Stevy et de l'autre ceux qui l'appellent désormais Steven. Cet événement engendre un certain nombre de conflits entre les collègues, comme si le changement de signifiant n'était pas accepté. À notre avis, ces résistances viennent aussi du fait qu'il y a tout de même une mise à distance. D'un côté le signifiant petit enfant/famille (Stevy) et de l'autre celui de l'adulte/professionnel (Steven). Nous voyons bien dans cette résistance le Surmoi en action dans son aspect qui fige qui ne supporte pas le changement, qui ne supporte pas le temps qui passe qui infantilise et qui bloque le sujet

³⁸⁵ Accompagnement à la Vie Sociale

du côté de l'infantile. Steven, malgré ses comportements très infantiles, a tout de même 17 ans. Quoi qu'il en soit, malgré quelques frottements dialectiques avec certains collègues, pour Steven et nous, à partir de ce moment-là, la relation change radicalement. C'est à ce moment que le transfert se met véritablement en place, comme si, en le nominant avec un signifiant nouveau (Steven) nous lui disions en quelque sorte, tu n'es pas que ça, le petit enfant qui fait plein de bêtises et dont tout le monde se plaint. Il y a autre chose.

La mise en place des activités à médiation artistique rencontre un succès important chez les jeunes adultes et également chez Steven qui est habituellement décrit comme « *un jeune qui n'a rien envie de faire, qui reste toute la journée assis.* » En nous intéressant de plus près à son histoire nous découvrons de nombreux éléments qui pourraient justifier une grande partie de ses symptômes. Voici un court résumé de son histoire et une petite anamnèse qui nous permettra de comprendre le sens de notre travail ultérieur.

Steven est né à New York en 1995. Il a un grand frère. Lorsque sa mère était enceinte, elle est tombée malade. Atteinte d'un cancer de l'utérus, elle en est morte en 2001 alors que Steven avait 6 ans. Le grand frère de Steven lui aurait dit, selon les dires du père, que leur mère était morte à cause de lui. Sa naissance a engendré la mort de leur mère car elle n'a pas pu être soignée pendant la grossesse. Très rapidement après sa naissance, les parents se rendent compte que quelque chose ne fonctionne pas avec Steven. Après plusieurs recherches, le diagnostic tombe : « Encéphalopathie d'origine chromosomique (problème sur le chromosome 7), manifestations autistiques, déficience intellectuelle moyenne, aspect dépressif, trouble de l'adaptation à la réalité, pas de notion de danger, retard important dans la parole et le langage », phobie des oiseaux plus particulièrement les canards (comme souvent chez les autistes). Autre problématique de Steven, il dévisse tout ce qu'il peut et mâche ou suce par la suite les vis et les bouts de caoutchouc, ce qui énerve au plus haut point certains encadrants. Il a peur de se mettre sur le dos et il souffre de mérycisme car il n'y a aucune anomalie organique chez lui qui justifierait la remontée de nourriture et qui ferait penser à un reflux gastro-œsophagien. Ce symptôme est celui qui fait le plus parler l'institution.

Cette problématique gêne beaucoup certains professionnels qui n'hésitent pas à le gronder énormément en lui disant qu'il est « dégoûtant. » Ils disent que de toute manière, il a toujours fait ça et il fera toujours ça. Est-ce encore l'expression d'une

fixation surmoïque vis-à-vis d'un sujet qui ne peut pas coller à l'idéal du Moi du professionnel ?

Une fois le diagnostic posé, Steven ayant passé sa petite enfance aux États-Unis, les parents se sont lancés (à juste titre) dans une démarche de réparation qui semblait être sans fin. Ainsi, Steven a passé énormément d'exams médicaux et expérimenté des techniques de conditionnement diverses et variées dont beaucoup basées sur des renforcements positifs moyennant récompense en nourriture (bonbons, biscuits et autres sucreries). Veste lestée et semelles orthopédiques pour améliorer sa posture. Bref, il semble avoir été le cobaye de toute une série d'expérimentation. La mère également semblait être du côté de la récompense en nourriture et est décrite par les professionnels qui l'ont connue comme une très belle femme, blonde, grande, très aimante avec son fils et toujours avec de la nourriture à portée de main qui était littéralement mise dans la bouche de Steven à chaque plainte ou à chaque fois qu'il n'allait pas bien. À l'âge de 4 ans, Steven déménage en France et est accueilli au sein de l'IME. Les rapports entre la famille et l'établissement, assez bon au départ, se corsent. Cela semble être l'expression de ce que nous avons expliqué plus haut et qui décrit des familles tellement en souffrance qu'elles se mettent à fonctionner dans une sorte de plainte infinie où ce que fait l'autre ne suffit jamais, ce qui à long terme engendre des conflits et de l'agressivité entre la famille et les partenaires professionnels qui s'occupent de Steven. Le père, bien que très aimant vis-à-vis de son fils, est aussi très absent. Steven a grandi toujours entouré de femmes, sa mère d'abord, des nounous ensuite et après le décès de sa mère avec la belle-mère qui, encore aujourd'hui, est très présente dans sa vie en dépit du fait qu'elle soit séparée du père. Steven dit d'ailleurs d'elle qu'elle est moche et méchante et qu'il ne veut pas la voir. Par ailleurs, notre première rencontre avec la famille s'est faite avec elle lors d'un groupe de parole. Nous avons rencontré une femme assez glaciale avec un regard très dur et froid. Lors de ce groupe de parole elle a été très agressive avec les autres parents et avec nous. Elle nous expliquait que les gens de Bariquand-Alphand ont fait du mal à la famille et notamment au père de Steven. Le psychiatre de l'époque aurait en effet dit que c'était à cause de lui que Steven était comme ça. Malgré cette décharge d'agressivité, nous restons neutre, assez bienveillant sans jamais aller du côté du jugement, en prenant en compte ses symptômes comme le fruit d'un Surmoi incontrôlable. Cette première rencontre est assez prototypique d'autres rencontres qui peuvent avoir la même charge d'agressivité.

L'équipe raconte que cette femme est très dure avec Steven et adopte parfois des

attitudes perverses. Par exemple, le jour de l'anniversaire de Steven, le père et la belle-mère ont apporté des gâteaux pour faire la fête. Steven adore les gâteaux mais déteste le chocolat. La légende institutionnelle raconte que la belle-mère n'a apporté que des gâteaux au chocolat. En effet cela flirtait avec la perversion et il y a de fortes chances pour que cela soit vrai car il arrive encore lorsque la famille amène des gâteaux. Nonobstant ces connaissances qui auraient pu nous faire basculer du côté d'un jugement négatif, d'un a priori institutionnel à son égard, nous essayons de rester neutre et le groupe de parole qui avait très mal commencé se termine plutôt bien. En fin de séance, la belle-mère nous remercie de l'accueil et nous dit qu'elle pense que le père de Steven pourrait tirer un grand bénéfice à nous rencontrer. Elle dit qu'elle va lui demander de venir nous voir (alors que cela fait plusieurs années qu'ils sont dans des rapports assez froids et distants avec Bariquand-Alphand). Sommes-nous face à la réintroduction d'un opérateur paternel, dont nous parlions plus haut ? Le père revient dans le discours de la belle-mère avec insistance. Alors que ce père se montre plutôt démissionnaire s'intéressant très peu à la vie de son fils, cette belle-mère qui prend toute la place nous demande de le rencontrer en nous disant : « *avec vous le courant passera.* » C'est par le discours de la belle-mère qu'il commence à être ré-introduit dans la vie de Steven.

Peu de temps après, le téléphone sonne, le père de Steven me remercie de l'accueil de son ex-compagne (qui s'occupe encore presque tout le temps de Steven). Nous en profitons pour lui proposer une rencontre. Très défensif d'emblée, il me dit qu'il a un emploi du temps très chargé et qu'il ne peut quasiment jamais se libérer. Nous lui proposons alors d'aller le voir à domicile s'il le souhaite. Il nous invite aussitôt à boire un café à la sortie de son travail. Cette rencontre, qui dure une heure et demie, est très importante car elle est fondatrice du travail qui sera fait ensuite avec Steven grâce notamment à l'appui du père qui recommence à faire confiance à l'établissement. Lors de cette rencontre, il nous confirme beaucoup de choses qui sont dites au sujet de Steven, notamment le fait que son frère l'ait rendu coupable du décès de sa mère. Le père nous dit qu'il n'a jamais discuté de ces dires fraternels avec Steven et qu'il ne jugeait pas la chose importante. Il pensait qu'il allait de soi que ce n'était pas de sa faute. Il s'engage à lui en parler rapidement. Il nous explique aussi qu'il s'est séparé de la belle-mère et qu'il n'a pas (non plus) clairement parlé de ce changement à Steven. D'ailleurs, Steven répétera en boucle, pendant une longue période, « *papa partir, en Amérique, papa partir Paris, moi partir Paris* » et montrera des signes d'angoisse plus massifs que d'habitude. Le père qui ne parle pas est l'exemple type du père qui a perdu

sa fonction symbolique de tiers séparateur. L'idée de ces entretiens avec lui est de le faire revenir dans la vie de son fils, alors que la présence de la belle-mère et sa démission symbolique l'en avaient sorti.

Le père nous parle, avec beaucoup d'émotion, de son fils et de sa femme et nous le sentons comme résigné avec un fond dépressif. Il nous explique aussi que ses parents sont âgés et assez malades, notamment son père, et que pour cette raison ils donnent moins de nouvelles à Steven et que ça lui fait sans doute de la peine. Steven parle souvent de ses grands-parents. La relation entre nous s'établit, le père de Steven se sent en confiance et cela nous permet de lui glisser nos hypothèses de travail concernant son fils en lui demandant de nous soutenir auprès de lui dans ce travail. Bien que cela puisse paraître des hypothèses assez farfelues pour un homme comme lui, très pragmatique, qui a toujours privilégié les sciences dures et les approches de type comportementaliste, il entend bien nos idées d'inspiration psycho-analytique.

Quelques mois après cette rencontre, nous recevons un coup de fil de la part du père de Steven qui nous annonce que ses parents sont là et qu'il souhaiterait venir avec eux à l'IME et nous les présenter. C'est vraiment à ce moment-là que nous prenons conscience du lien transférentiel qui s'est mis en place entre lui et nous et qui semble aussi être désormais le moteur du travail avec Steven. Ils arrivent un soir, sur les heures d'internat (le père, la belle-mère qui arrive en retard en se plaignant, et les deux grands-parents de Steven). Ils viennent des États-Unis, ils sont très élégants, cultivés, aisés bien que vieillissant et malades. Leur image tranche radicalement avec celle de Steven. Alors que le grand-père, avec l'acquiescement répété de la grand-mère, énumère les nombreuses choses que Steven ne sait pas faire (*tu n'es que ça*), Steven surgit et commence à faire le chien ; à aboyer à répétition. Cela nous semble très intéressant car jamais nous ne l'avions vu faire quelque chose de ce genre. Cela montre bien que souvent, nous faisons et nous disons des choses par rapport à la façon dont nous sommes regardés, par rapport à ce que les autres attendent de nous et à la façon dont les autres nous parlent. Par ailleurs, le père emploie des signifiants concernant son fils qui pourraient très bien s'appliquer au chien. Par exemple, il dit que le chien est à peine revenu de colonie, Steven aussi part chaque vacances en colonie. Il ajoute en parlant de Steven, « *le mercredi soir, je lui donne à manger et je vous le ramène.* » Cette phrase sortie de son contexte semble s'appliquer soit à un tout petit enfant, un nourrisson (personne dépendante de l'autre), soit à un petit animal domestique. Quoi qu'il en soit Steven semble se servir de cette façon de « le » parler pour s'y conformer. La fait qu'il

mange des brosses à dents, des morceaux de plastique, des chaussettes, semble être une identification supplémentaire au chien de la famille. Steven utilise l'identification comme mécanisme principal pour entrer en relation avec l'autre, notamment vis-à-vis de son frère.

Le grand père ne manque pas de marquer la différence entre Steven et son frère (comme Sylvie et sa sœur) qui est décrit comme très beau, faisant des grandes études, etc. Lorsque nous décrivons le travail fait par Steven au théâtre, les grands parents incrédules demandent une preuve. Ils ne le croient pas *capable de*. Pendant ce temps, Steven semble leur donner raison en continuant d'aboyer dans un coin de la pièce. Il continue jusqu'au moment où nous lui disons de manière un peu ferme d'arrêter de jouer le chien car il n'est pas sur scène. Il s'arrête immédiatement comme si quelque chose s'était mis en place spatialement entre son Moi en dehors de la scène et son non Moi dans le faire semblant sur scène.

Les grands-parents sont beaucoup dans la réparation, ils nous demandent si un comprimé magique existe et peut rendre Steven normal, comme son frère. Après une heure, l'entretien se termine. Le père de Steven repart très ému en nous remerciant chaleureusement. Il nous serre la main longtemps et nous lisons dans son regard, une sorte de « *merci d'avoir dit à mon père ce que je lui dis depuis longtemps mais que venant de moi il ne peut accepter.* » Les éducateurs proposent à la famille de manger à l'internat. Steven est ravi. Les grand parents aussi, mais la belle-mère coupe court à cet élan de joie en disant qu'un restaurant est prévu et qu'ils ne peuvent pas changer de programme (encore le programme). Après cet entretien, le lien transférentiel entre nous et la famille est solidement établi et le travail avec Steven a vraiment démarré à ce moment.

Compte tenu des différents troubles psychoaffectifs, notamment autour de l'oralité et de l'analité, nous allons travailler sur trois axes principaux : le théâtre, une prise en charge pour travailler autour de l'oralité qui pose beaucoup de problèmes chez lui et un rendez-vous individuel une fois toutes les deux semaines pour faire le point et faire le lien. Ce travail vise à l'aider dans son positionnement psychique, c'est-à-dire l'aider à quitter cette position de tout petit qui se fait maltraiter, qui n'a pas de désir, qui subit les autres pour aller du côté de l'adolescent. Nous voulons également l'aider à faire le deuil du décès de sa mère, se débarrasser de cette culpabilité liée à ce décès et travailler sur les symptômes en lien avec le mérycisme (mère ici séisme ?). Cette attitude de remonter

sans cesse la nourriture nous semble être une impossibilité à renoncer à l'objet sein, selon l'hypothèse que nous faisons selon laquelle le décès de sa mère intervenu avant séparation, rend cette perte du sein impossible à accepter. Voyons plus en détail les trois dispositifs.

4.5a) Atelier ImaJe, spectacle de théâtre : Autour d'une table

« Je ne vois que d'un point
mais dans mon existence
je suis regardé de partout ³⁸⁶ »

Dans le cadre du travail avec le groupe AVS à travers la médiation artistique, Steven est amené à jouer une scénette dans un spectacle où le fil rouge est la présence sur scène lors de tous les sketches d'une table et d'un miroir (oralité et stade du miroir). Très fan de dessins animés « Walt Disney » qu'il regardait étant petit avec sa mère, Steven n'arrête pas de répéter en boucle, « *la belle et la bête* », en posant plein de questions sur qui est la belle et qui est la bête. Cette répétition des dialogues, des chansons et de scènes du dessin animé fatiguent les éducateurs et l'entourage. Nous interprétons cela comme une question qui ne trouve pas de réponse. Le premier jour du travail en théâtre, nous proposons aux jeunes de monter sur scène et d'improviser en se servant des différents objets qui sont à leur disposition dans une grande boîte. Steven se saisit immédiatement d'une perruque blonde (la mère est décrite comme une grande blonde, et étant petit Steven frottait les cheveux de sa mère sur son visage pour s'endormir) d'une brosse et d'un miroir, il met la perruque, il se coiffe, il est presque obnubilé par ce qui se passe sur scène et il ne veut plus la quitter pour laisser la place aux autres. Pendant plusieurs séances cela se passe ainsi. Les éducateurs assez affolés au départ nous disent qu'il ne veut plus sortir du personnage, que son symptôme de répétition incessante « *je suis la belle, je suis la belle* » augmente et qu'il ne fait plus que ça. Preuve supplémentaire que nous sommes sur la bonne voie. Il est toujours difficile de réguler l'humeur des éducateurs lorsque, lors de phases de régression, les symptômes des jeunes empirent dans un premier temps. Nous arriverons à résoudre ce problème en matérialisant mieux l'espace scénique. Avec du scotch rouge, nous dessinerons par terre une scène carrée à l'intérieur de laquelle il est possible d'être

³⁸⁶ J. Lacan, « *Le séminaire livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* », Paris, éd. Seuil, 1973, p.84

n'importe quel personnage à condition de savoir le quitter immédiatement en sortant de la scène. Malgré quelques difficultés au départ pour certains jeunes autistes qui ont tendance à arracher le scotch, les jeunes s'habituent assez vite à ce nouveau dispositif et cela leur donne surtout une contenance majeure. Pour Steven également qui, au bout d'un mois de travail, arrête de parler de *la belle et la bête* en dehors des temps prévus à cet effet et sort facilement du personnage une fois le travail terminé. L'histoire de sa scénette se construit au fur et à mesure des répétitions. Il est sur scène habillé avec une longue robe, il se coiffe devant le miroir et soudain la bête arrive (jouée par l'orthophoniste avec laquelle Steven travaille aussi par rapport au mérycisme), elle se présente, ils s'observent, puis elle lui dit : « *Je crois que je vous aime* », « *Et vous ? Êtes-vous prêt à m'aimer ?* . » Steven répond oui, le masque de la bête tombe, il se lève, accolade et fin de scène. Lors des répétitions, cela s'est toujours passé à peu près comme ça, mais lors des représentations, la position subjective de Steven dans son rôle de la belle a changé en allant dans le sens de nos hypothèses initiales. Les hypothèses étaient que dans son désir de jouer la belle et la bête, dans ses répétitions incessantes de scènes du dessin animé, Steven essayait de travailler les deux images de la mère qu'il a intériorisé, deux faces du Surmoi archaïque primordial. D'un côté la belle, la mère archaïque fusionnelle, aimante, celle qui a essayé de le réparer à outrance, la mère nourricière, celle qui comble tous les besoins de l'enfant qui l'endormait en le caressant avec ses long cheveux blonds. Cette mère-là semble correspondre à sa mère génitrice, celle qui est décédée et dont Steven a porté la culpabilité.

De l'autre côté la bête, la mère castratrice, froide, tyrannique, celle qui choisit d'amener des gâteaux au chocolat alors que Steven les déteste, qu'il trouve moche et méchante mais qui, somme toute, l'a élevé depuis le décès de sa mère. Une sorte de mère de remplacement qui tranche radicalement avec l'image introjectée par Steven étant petit. Par ailleurs, la belle-mère était une amie et une confidente de la mère avant que cette dernière ne décède. Dans les deux cas, nous sommes face à deux mères radicalement différentes mais les deux sont pré-œdipiennes, et donc forcément porteuses d'un Surmoi archaïque. Ce sont les deux versants de la Méduse pas encore pacifiée par la métaphore paternelle qui, dans ce cas, n'a pas eu lieu compte tenu de la démission du père. Ces deux typologies de mère répondent à ce que nous avons développé plus haut concernant la relation fusion/rejet entre la mère et son enfant.

Une autre hypothèse que nous avons élaborée est que la bête soit en réalité Steven et la belle son frère. Cette hypothèse s'appuie sur la constante confrontation mise

en avant par la famille entre les deux frères, où l'un représente la réussite, la fierté de la famille et l'autre représente l'échec, la cause de la mort de la mère. En jouant, la belle, Steven a voulu, pour une fois, en utilisant la scène, jouer la réussite, être celui auquel on peut enfin s'identifier, qui est beau, intelligent et brillant. D'ailleurs, la constante identification de Steven aux jeunes en réussite au sein de Bariquand, ainsi que ses innombrables répétitions « *moi école, moi je vais à l'école* » ne sont rien d'autre que des identifications massives au frère pour essayer d'exister positivement aux yeux de la famille. Bien entendu cela ne fonctionne pas et Steven est alors obligé de se replier dans des positions où il joue l'idiot, où il aboie comme un chien pour se faire remarquer, où il mange tout ce qu'il trouve et où il détruit tout ce qu'il touche. Par la négative, il arrive davantage à faire parler de lui et à exister, mais bien entendu cela comporte un prix à payer.

Il y a eu au total cinq représentations (filmées) de notre spectacle étalées sur un mois et nous avons vu évoluer Steven dans le jeu et dans son positionnement subjectif vis-à-vis de son histoire. Malgré une petite préparation, un scénario issu de leur improvisation lors des répétitions, Steven et les autres pouvaient improviser totalement sur scène. Lors de la première représentation, Steven a collé au texte. Mais au fur et à mesure de l'avancée des représentations, il est devenu plus agressif. Ainsi sur la troisième, lorsque la bête lui annonce « *Je crois que je vous aime* », Steven répond sèchement « *Non .* » Comme s'il voulait se positionner vis-à-vis de quelqu'un qui dit l'aimer alors qu'il se comporte de manière totalement absurde à son égard, comme sa belle-mère par exemple. Comme s'il commençait enfin une sorte de contestation œdipienne pour mettre à distance la mère archaïque trop proche de lui.

Comme s'il répondait, à la manière dont Alain Didier-Weill nous le suggère, au Surmoi archaïque qui lui intime une énième fois l'injonction « *pas un mot* » en s'autorisant à dire « *non, je ne suis pas que ça, je ne suis pas qu'un grain de blé.* » Comme si, après avoir entendu pendant des années des injonctions paradoxales, il était enfin prêt à exister autrement, à avoir cette « *aptitude à exister* » du « *parlêtre.* »

À la cinquième et dernière représentation il va encore plus loin et lors de sa scène finale il refuse carrément de se lever et de prendre dans ses bras la bête, il lui glisse froidement un « *casse-toi* » qui fait rire toute la salle et oblige la bête à partir sans ôter le masque. Mais Steven l'a regardée droit dans les yeux. Il a tenu bon. Il y a de fortes chances que cela soit un « *casse-toi* » enfin avec une adresse. Adressé à la poule de

l'histoire d'Alain Didier-Weil, un *casse-toi* à la belle-mère, et à l'image de la mère terrifiante et archaïque. Un *casse-toi* à son frère, à ses mots malheureux qui l'ont fait se sentir coupable du décès de sa mère. Un *casse-toi* à son image négative qu'il traîne depuis tant de temps.

Peu de temps après la fin des représentations, les éducateurs nous relatent l'avoir trouvé changé, l'éducatrice dira « *on dirait qu'il fait l'ado rebelle, il me répond, il s'oppose.* » Par ailleurs, cette éducatrice désormais partie à la retraite, était un peu la mère poule du groupe, appelée sympathiquement par l'équipe « la madre de la horde », donc ce nouveau positionnement à son égard de la part de Steven qui la connaît depuis qu'il a 5 ans a davantage de sens. Nous remarquons chez lui, plus de soins pour s'habiller le matin, les lunettes qui avaient disparues pendant des années refont surface, comme si enfin il avait envie d'y voir clair. Il fait beaucoup plus d'humour et surprend les éducateurs avec un vocabulaire et une ironie jusque-là cachés. Il devient aussi agressif mais cela ne dure pas longtemps. Il commence à se défendre face aux autres jeunes lorsqu'il se fait agresser. Le père nous dira aussi qu'il le trouve différent, comme s'il avait grandi. Ce changement subjectif de Steven n'est pas en lien uniquement avec l'atelier ImaJE et le spectacle de théâtre mais aussi avec un autre travail qui a été mis en place par nous mais porté par l'orthophoniste et l'infirmière de l'établissement, nous avons appelé ce travail « protocole sucette . »

4.5b) Le protocole « sucette »

Ce dispositif a été conçu et mis en place pour deux raisons. Premièrement, dans le but d'aider Steven à se débarrasser ou à mieux contenir son mérycisme. Deuxièmement, pour faire en sorte que la vocifération surmoïque institutionnelle qui dit : « *il est dégoûtant, il fait tout le temps ça* » puisse enfin s'arrêter. Ce travail a duré 6 mois environ et il est devenu un moment incontournable pour Steven qui n'a jamais raté un rendez-vous. L'idée de départ était celle de permettre à Steven de rejouer dans un cadre privilégié, (le réfectoire et l'infirmierie) la relation à la mère, et de ré-établir, reconstruire, une oralité beaucoup moins conflictuelle et davantage apaisante. Ainsi désormais, Steven mangera en individuel avec une femme du médical ou du paramédical en tête-à-tête afin d'enlever toutes les frustrations et les contraintes éducatives qui peuvent apparaître sur un temps de cantine dans un groupe bruyant et en

grande difficulté. Ce type de travail avait déjà été tenté quelques années auparavant pour apprendre à Steven à manger doucement sans avaler de manière boulimique les aliments. Cette fois-ci, nous avons rajouté un temps après le repas où Steven allait à l'infirmierie pour sucer une sucette. La seule consigne qu'il avait était celle de ne pas la croquer et de prendre tranquillement le temps de la manger dans le calme et le silence de l'infirmierie. L'astuce de la sucette avait deux objectifs. Le premier, purement technique : nous espérions que mécaniquement, en prenant le temps de manger une sucette, la nourriture puisse descendre dans l'estomac et qu'il ne puisse pas la remonter par la suite. Steven avait aussi comme consigne de coller des gommettes colorées sur un cahier. Rouge s'il avait remonté la nourriture et vert si tout s'était bien passé. Ce cahier nous a permis de voir que Steven ne faisait pas ça « *tout le temps* » comme certains membres de l'équipe semblaient le dire mais notamment sur les temps de transitions entre la maison et l'école c'est à dire le Lundi et le vendredi. Nous avons également remarqué des épisodes régressifs massifs (mércisme, vomissement, diarrhée) lors de visite de son frère à la maison.

D'un autre côté, nous espérions que ces moments-là, apaisants, en relation duelle avec des femmes qui parlent doucement, qui sont calmes, posées et rassurantes puissent permettre à Steven de régresser et d'avoir recours à des mots, d'évoquer des souvenirs vécus avec sa mère dans la petite enfance et dont il n'avait plus parlé depuis le décès de sa mère. Comme si, depuis ce décès, il était resté bloqué, figé à cette époque antérieure, ne pouvant plus avancer et surtout ne pouvant plus parler. Nous interprétons ces vomissements, ces retours de nourriture comme des paroles qui n'arrivent pas à se dire et à se faire entendre et comme une excitation de la muqueuse buccale à laquelle il ne sait renoncer. Ce travail lui permettra d'avoir à nouveau une parole. Nous relatons ci-dessous les passages les plus significatifs qui sont extraits des notes des deux collègues qui ont fait ce travail avec lui et qui permettent de voir à quel point Steven s'est approprié et a écrit pour la première fois son histoire qui, jusqu'à présent, n'avait pu être que vomie.

4.5c) Extraits de séances

Le 19 01 2012

Le père s'est séparé depuis quelques mois de la belle-mère, il a une nouvelle copine et Steven n'arrête pas de dire en boucle qu'il va partir en Amérique et à Paris. En rentrant dans la salle, Steven s'allonge sur le lit destiné aux soins. Sonia est derrière lui. Il joue avec la sucette. Il l'enfonce dans la gorge, il la ressort et il tète comme un bébé dit la collègue. Et puis, quand il la sort de la bouche, il parle.

Steven : Ce week-end end je vais partir à l'aéroport, et toi tu vas me manquer Sonia.

Steven : Je ne suis pas amoureux de L (la belle-mère). Ce week-end, je pars à Paris avec mon papa et moi, on part tous seuls en Amérique.

Sonia : Tu as quel âge quand tu sucés ta sucette ?

Steven : J'ai deux ans, je suis bébé. Je vis à New York, avec papa et avec mon frère. J'étais bébé avec Anne (institutrice que Steven investit particulièrement).

Sonia : Qui est ta maman, Anne ? Ta belle-mère ?

Steven : Non, non, ma maman c'est Vicky, elle est morte, elle.

Sonia : Est-ce que Anne peut remplacer ta maman ?

Steven : Non mais Céline oui parce qu'elle est belle, ma maman est belle, ma belle-mère non (référence à la belle et la bête ?).

Sonia : Et New York te rappelle quoi ?

Steven : Les parcs, la balançoire avec maman quand je suis petit, c'est bien New York (Ce souvenir d'enfance de la balançoire est confirmé par le père qui nous en parle avec émotion).

24 01 2012

Il parle sans arrêt de l'école.

Steven : Demain je vais à la foire avec l'école.

Sonia : Tu aimes les manèges ?

Steven : Oui, l'ascenseur aussi, ça me plaît ça me donne envie de vomir (référence au mérycisme ?). J'ai peur de la grande roue, et des balançoires.

Sonia : Pourquoi tu as peur ?

Steven : Envie de vomir (référence à la mère qui, à chaque angoisse de son enfant, lui donnait quelque chose à manger).

Steven : Je veux faire le manège seul avec André (jeune auquel Steven s'identifie et qui est en réussite sociale), il est grand lui (référence au grand frère). J'aime pas les canards, les oies (référence à sa phobie lorsqu'il était petit à New York, qui aujourd'hui a disparu), elles sont méchantes, elles piquent le cul à Raph (jeune auquel Steven s'identifie et qui est en réussite sociale).

Sonia : Ça te rappelle quoi les manèges ?

Steven : Quand j'étais petit, regarde comme je me repose le dos (référence à sa crainte de s'allonger sur le dos qui lors de ces moments disparaît partiellement).

Steven : Je vais aller à Marineland, j'ai peur de tomber dans l'eau avec les phoques avec mon frère Willy (référence au film de Disney « Sauvez Willy »), il est grand lui, il fait ça tout seul, il me manque Willy.

Sonia : qui te manque ?

Steven : mon frère.

26 01 2012

Il parle beaucoup de nourriture. Il a du mal à rester allongé en fin de séance, il croque la sucette de manière compulsive. Il se balance beaucoup d'avant en arrière.

Steven : La sucette c'est bon.

Sonia : Pourquoi ?

Steven : Ma maman.

Sonia : Qu'est ce qui passe en ce moment ?

Steven : Travailler, travailler pour pas remonter.

(Il se balance beaucoup)

Sonia : Quand tu te balances tu penses à quoi ?

Steven : La balançoire, ça va vite, ça fait vomir (il rote).

Il entend dans la pièce à côté, la télé. Il commence à parler du dessin animé Anastasia qui a pris la suite de la Belle et la bête (la fixation sur la belle et la bête s'est complètement arrêtée après les représentations). Cela marque le début des questions concernant son identité sexuelle. Qui aime qui ? Qui est garçon qui est fille ? Etc.

Steven : C'est mon chéri, c'est mon amoureux, c'est Alexandre (un camarade de l'IME).

31 01 12

Steven : C'est quoi ? C'est au coca ? Pas caca au lit moi. J'ai fait caca au lit, j'étais malade. (La semaine précédente le frère de Steven est venu les voir de Bordeaux et pour

Steven cela a été une semaine très dure. Il a remonté beaucoup et il a fait une gastro-entérite violente et plusieurs crises de vomissement.)

Steven : J'ai péti. J'ai trop mangé à midi. La Turbie c'est nul avec L (la belle-mère), c'est bien avec papa à Monaco (malgré la séparation, la belle-mère s'occupe encore de Steven).

Steven : J'ai péti dans le ventre. (Début d'analité ?)

Les collègues de l'internat remarquent qu'à la sortie de la séance du soir, Steven est très détendu presque repu (c'est le mot qu'ils emploient). Comme un bébé qui aurait pris le sein (c'est l'image employé par l'infirmière).

02 02 12

Il parle beaucoup de nourriture, d'école et des camarades.

Steven : Pocahontas pas partir, triste.

Amélie : Qui est triste ?

Steven : Moi, mort Pocahontas, John Smith, Tom l'a tué, Tom a tué un couteau.

Le thème de la mort est beaucoup abordé à travers les dessins animés, et ceci est relativement récent.

Steven : Pocahontas pas partir en Amérique. C'est loin l'Amérique ? (référence à son passé américain ?)

03 02 12

La belle-mère est hospitalisée.

Steven : L est à l'hôpital, elle a des piqûres.

Sonia : Pourquoi tu me parle de L ?

Steven : C'est ma maman, ma belle-mère, une amie à papa.

Steven : Je vais à New York faire la piqûre, ça fait mal. (Référence à ses innombrables examens aux États-Unis ?)

Sonia : C'est quoi ce mouvement ? (suction)

Steven : Tétée, c'est câlin ma maman, Séverine (nouvelle compagne du père), elle est morte Vicky (la mère) elle ne vient plus.

Sonia : Pourquoi c'est Vicky ta maman ?

Steven : Parce que j'étais dans son ventre, elle est morte quand j'étais petit.

Sonia : Qu'est-ce qu'il y a dans son ventre ?

Steven : Une tétée, un parc petit, elle me poussait ma maman à la balançoire, j'étais petit, c'était beau.

Sonia : De quoi tu te souviens encore ?

Steven : Du pain, des croissants, du café, elle me le donnait au parc, de carottes pour les poneys (Steven est très investi dans l'activité avec les ânes), elle a donné des bonbons. (Steven aime beaucoup les bon-bons et autres sucreries qu'il partage toujours avec les autres, le bon-bon semble être un des signifiants de la mère).

07 02 2012

Parle de New York, avions, du fait qu'il ne fait plus caca sur lui, ni dans le bus.

Steven : Ma maman est morte elle ne revient plus.

Sonia : Qu'est-ce que ça te fait ?

Steven : Triste qui pleure, partie dans le ciel avec le chien.

09 02 12

Il reparle de L (belle-mère) de Séverine (nouvelle compagne du père), de son père et d'Anastasia, puis dans la séance du soir il se plaint, il ne veut pas partir en colonie (il y va quasiment à toutes les vacances). Sur cette séance, il a été allongé sur le dos tout le temps, moins de logorrhée, moins de répétitions et beaucoup plus dans le lien. Il a encore parlé de caca au lit et du fait qu'il ne le fait plus, qu'il n'est plus malade. (fin du stade Anal ?)

14 02 12 (saint valentin)

Steven : Ma belle-mère pas amoureux de mon papa. Séverine amoureux de mon papa. C'est mon frère qui me l'a dit à l'aéroport.

Steven: Avant j'étais à l'école avec une nourrice, Léonie, je m'en fous d'elle. Elle n'est pas belle (Il tire la langue) (encore une référence à une image maternelle négative ?)

Sonia : Qui est belle ?

Steven: L, Séverine, ma maman, elle est morte ma maman, pas grave c'est Séverine qui remplace ma maman, c'est l'amour de papa.

Long silence...

Sonia : À quoi tu penses ?

Steven : À un bébé, c'est moi.

Sonia : Tu fais parfois remonter ? C'est maman qui est dans le ventre ? (Cette question fait suite à l'hypothèse que remonter la nourriture soit une tentative pour Steven de remonter l'objet d'amour, le sein, représenté par la nourriture comme dans une

tentative de ramener sa mère ou de montrer qu'il n'accepte pas de la perdre, de perdre l'objet d'amour. Sa réponse semble nous montrer que l'hypothèse était mauvaise.)

Steven : Non c'est L. Ça se passe mal.

Sonia : Pourquoi tu dis ça ?

(Il fait non avec la tête....)

16 02 2012

Séance passée à parler des dessins animés surtout, il est vrai qu'avec l'orthophoniste, Steven est davantage intéressé par les contes. Il faut dire qu'il travaille avec elle depuis un an et demi sur ce type de support. Les questions sous-jacentes sont toujours : qui aime qui et pourquoi ? Surtout au travers des contes comme Pocahontas et Anastasia qui sont des contes davantage basés sur la génitalité et sur le lien à l'autre post œdipien.

Steven : De qui il est amoureux John Smith ?

Amélie : De qui à ton avis ?

Steven : Pocahontas, le père il est amoureux.

Amélie : Le père de Pocahontas ?

Steven : Oui, il est amoureux de John Smith.

Nous commençons à entrevoir la question de plus en plus récurrente chez Steven, de savoir quel est son objet d'amour, homme ou femme ? Et quel est son positionnement au niveau de l'identité sexuelle. C'est une question qui renvoie bien à la génitalité qui fait suite aux passages précédents à travers l'oralité et l'analité.

21 02 12

Steven : Oh non je vais mourir...

Sonia : C'est quoi mourir ?

Steven : Je ne sais pas, ma belle-mère est à l'hôpital encore, mais elle va retourner à la maison et travailler. Elle va faire les bagages pour ma colonie en Ardèche. (Est-ce une référence à ses difficultés relationnelles avec sa belle-mère ?)

Plus tard dans la séance :

Steven : Mon frère va faire l'amour ce soir ?

Sonia : Ça veut dire quoi faire l'amour ?

Steven : Je sais pas, je veux pas le dire. (Preuve ultérieure de passage à la génitalité ?)

23 02 12

Il raconte l'histoire d'Anastasia et de Pocahontas en mélangeant un peu les histoires mais ce qui est intéressant c'est qu'il parle vraiment des histoires d'amour et il s'identifie en disant :

Steven : amoureux d'Héloïse moi, Dominique aussi (un garçon et une fille).

Lorsqu'il raconte les histoires il mélange les identités : qui est qui ? Qui aime qui ? Questionne-t-il la différence des sexes ?

Steven : Giovanni pas là demain, tu as vu le spectacle la belle ?

Sonia : Pourquoi Dominique ?

Steven : Parce qu'il est méchant, c'est la bête (cela confirme l'hypothèse de l'image de la mère méchante dans la peau de la bête).

Steven : Sybille (ancienne stagiaire psychologue) est ma tante et Giovanni est mon père (introduction de l'opérateur paternel dans le lien transférentiel ?).

Sonia : et toi tu es qui ?

Steven : Stevy

Sonia : Stevy c'est qui ?

Steven : Steven

Sonia : Et quel âge as-tu ?

Steven : 12 ans (nous remarquons qu'il se donnait 2 ans au départ du travail. Le passage à 12 ans aujourd'hui suit le déplacement de la pulsion de l'oralité vers l'analité et maintenant vers la génitalité. Les éducateurs confirment qu'il joue un peu les séducteurs, qu'il drague et fait des blagues « coquines . »)

28 02 12

Sonia : Parles-moi du spectacle.

Steven : La belle est amoureux du prince.

Sonia : Que devient la bête ?

Steven : En colère parce qu'il n'est pas beau (référence à l'hypothèse que la bête soit lui).

01 03 12

Histoires : Anastasia et Pocahontas

Amélie : qui est ce qui soigne J Smith ?

Steven : C'est moi.

Amélie : C'est qui toi ?

Steven : Steven.

Steven : Pocahontas est amoureux de John Smith.

Amélie : Et toi ? Tu es amoureux toi ?

Steven: Non... Kimberley (Camarade de l'IME plutôt jolie qui a beaucoup de prétendants).

13 03 12

Steven : la sucette c'est la pomme d'amour (intéressant et en lien avec l'objet sein qui ayant été frustré semble redevenir satisfaisant, d'ailleurs Steven n'a pas été allaité car il refusait de manger. Il a été nourri avec des tuyaux étant nourrisson).

15 03 12

Steven : C'est quoi autonomie ?

Amélie : Qu'est-ce que c'est ?

Steven : C'est dur autonomie.

Amélie : C'est savoir faire des choses seul ?

Steven : Pffffff

Thématique du temps abordé (à l'heure, en retard). Départ à la retraite des éducatrices. Alors que le temps était figé, Steven commence à le questionner et à questionner le fait que le temps passe. Sa différence d'âge entre le début du travail et maintenant semble le confirmer.

À table il questionne la thématique de la belle mère

Amélie : C'est quoi une belle mère ?

Steven : L , Anne (institutrice très investie par Steven).

Amélie : C'est quoi ?

Steven : Amoureux de papa.

Amélie : Ah, c'est l'amoureuse de papa ?

Steven: ... (silence)

Amélie : C'est une femme qui est amoureuse de papa ?

Steven : Oui

Amélie : Et le papa est amoureux aussi ?

Steven : Trop dur les maths et la géographie.

15/03/12 le soir

Steven : Je vais à Paris avec papa demain soir, il est amoureux de L.

Sonia : Qui ?

Steven : Papa

Sonia : Qu'est que c'est d'être amoureux ?

Steven : Je sais pas, des bisous sur la bouche (il embrasse le lit).

Est-ce un début d'altérité, d'intérêt pour l'autre ?

20 03 12

Steven : Je vais au bateau demain avec Anne, ma belle-mère, Anne, L. Elle est pas belle L, elle est moche, elle est amoureuse de papa. Hier, régime L pour pas grossir. V c'est ma sœur, M aussi et K ce sont mes sœurs. Docteur Quinn c'est ma maman (*Docteur Quinn* est une série télévisée où la protagoniste est une femme médecin dans un monde d'homme (cowboy) qui a parmi ses principaux traits de caractère : grande douceur, tolérance, ouverture d'esprit et amour pour ses enfants. Est-ce encore une image de la mère suffisamment bonne ? La mère post-œdipienne ?)

Steven : Demain après-midi, autonomie.

Sonia : Quel âge as-tu là ?

Steven : 15 ans, je fais le grand 8 avec mon père (il fait le grand comme son frère ?).

Nous remarquons au fil des séances que, lorsque cela devient trop difficile pour lui de répondre, il croque la sucette en mettant ainsi fin à la séance.

22 03 12

Steven : Autonomie tout seul.

Il évoque des personnes qui sont parties.

Steven : Je fais des choses seul, Q (garçon de 13 ans) est amoureux de moi.

Amélie : comment on sait que quelqu'un est amoureux ?

Steven: École moi maths.

Ce n'est pas la première fois qu'à une question sur l'amour Steven réponde en parlant de l'école. Ceci est peut-être en lien avec les attentes que la famille avait à son égard vis à vis de l'école et avec l'hypothèse que son frère soit pour la famille le modèle, le bon objet, l'idéal du Moi, alors que Steven occupe lui la place du mauvais objet. Par conséquent, Steven pourrait avoir fait le lien suivant : école égale amour et reconnaissance donc son frère qui fait des grandes études serait plus aimé, plus reconnu par la famille. Ceci expliquerait pourquoi il est autant dans l'identification avec son frère tout en supportant très mal sa présence,

23 03 12

Steven : C'est quoi autonomie, c'est quoi ?

Sonia : Et pour toi c'est quoi ?

Steven : Quand on part, quand on se fait à manger (autonomie orale ?). Zoulu le chien, il dort à l'hôpital chez le docteur, il fait des piqûres à lui. Docteur Jacques, un ami de papa. (Le père nous avait expliqué autour d'un entretien que sa femme était décédée à cause d'une erreur de protocole de soin faite par un médecin, grand ami du père, mais depuis ils ne se parlent plus. Steven parle-t-il du même ?)

29 03 12

Steven : C'est Anastasia, Claire (éducatrice), chante Amélie. Anastasia elle est triste pour Q (jeune d'un autre groupe).

Amélie : Pourquoi ?

Steven : Il pleure Q, il est mort... arrête Amélie. pourquoi il a tué Anastasia ? Chante ! Q est beau garçon, Anastasia est belle. Pocahontas est amoureuse de qui ? Triste moi je pleure.

Amélie : Tu es triste, qu'est-ce qui te rend triste ?

Steven: Oui je suis triste. Anastasia est morte (Personnage de dessin animé qui, dans l'histoire, ne meurt pas).

Ce nouveau questionnement des filles, des garçons, de l'amour, ne serait-il pas en lien avec un questionnement chez Steven autour de la différence des sexes et de la question de son identité sexuelle ? Le questionnement autour de la mort est aussi intéressant, car comme expliqué dans les paragraphes précédents, la différence des sexes, l'altérité permettent au sujet de prendre conscience de la finitude des êtres humains, de la mort. Nous sommes vivants donc destinés à mourir.

05 04 12

Steven : Tony il est beau.

Sonia : Qui est ce ?

Steven : Le chauffeur du bus de l'Amapei.

12 04 12

Depuis plusieurs séances il s'assied sur le siège qui tourne et il le fait tourner très rapidement, il dit que c'est un manège, un grand 8, que ça lui fait tourner la tête, que ça

lui donne envie de vomir. Il évoque les parcs, les balançoires, New York. Il parle des magasins où il achetait des pommes. Il parle beaucoup d'un jeune qui s'appelle François comme son père.

12 04 12, le soir

Steven : Je vais au manège. Je fais le grand huit avec mon groupe.

Sonia : Pourquoi tu me parles des manèges ?

Steven : C'est gratuit, c'est pour les grands, l'ascenseur, la grande roue aussi elle va vite, à fond, j'ai peur moi. Il me manque Anthony (jeune qui est parti en ESAT). Pourquoi il est parti ?

Sonia : Qu'est-ce qu'on fait quand on est grand ?

Steven : On fait des manèges, du bateau, piscine, on n'est pas bébé, pas remonter la nourriture.

Sonia : On rencontre qui quand on est grand ?

Steven : Des femmes, on leur paye à manger, on mange la pomme d'amour.

19 04 12

Steven : Q est à l'heure ?

Amélie : Il n'est pas là.

Steven : Il est aux toilettes. Chante Amélie.

Amélie chante...

Steven : Woah... (Sa mère chantait beaucoup pour lui quand il était petit.)

Steven : Q est triste.

Amélie: Pourquoi ?

Steven : Pocahontas partie, A est parti aussi, morte Anastasia, la sorcière l'a tuée. La sorcière est méchante a tué Anastasia. Pocahontas est belle, Anastasia est belle, la Belle est belle.

Amélie : Qui est la plus belle ?

Steven : Anne, l'institutrice.

19 04 12

Séance passée à évoquer le départ d'Anne (fermeture d'un poste d'instituteur), Steven dit être triste et seul.

26 04 12

Séance passée à évoquer les départs, les morts, John Smith. Il demande à plusieurs reprises à Amélie de chanter Anastasia.

Steven : Canada, mon frère Canada, la belle et la bête... (Lien avec notre hypothèse ?)

26 04 12

Steven : c'est ma belle-mère Docteur Quinn. Elle est belle (a-t-il remplacé sa belle-mère L avec docteur Quinn ?)

10 05 12

Plusieurs séances que Steven demande à l'orthophoniste de chanter.

Steven : Chante Anastasia s'il te plaît.

Amélie : De quoi elle parle cette chanson ?

Steven : Amoureux de qui, Anastasia ? Dimitri. Oh non pas l'amour.

Amélie : Pourquoi ?

Steven : C'est interdit amoureux.

Amélie : Est-ce que tu as le droit d'être amoureux ?

Steven : Non, pas le droit.

Amélie : Moi je pense qu'on a le droit d'aimer, que tu as le droit d'être amoureux.

Rire de Steven plus décharge motrice (mouvement saccadé des mains).

Steven: Interdit ça.

Amélie : Pourquoi c'est interdit ?

Steven : Chante Anastasia.

Amélie : Tu chantes avec moi ?

Steven : Oui pour Q (garçon de 13 ans à l'IME).

Steven : Habite où Anastasia, sont où ses parents ?

Amélie : Je ne sais pas où ils sont.

Steven : Morts. Et Dimitri parents ?

Amélie : Je ne sais pas.

Steven : Morts. Pourquoi ?

Amélie : Parfois il n'y a pas de raisons. Mais tu sais, même s'ils sont morts, Anastasia et Dimitri pensent à leurs parents. Tu penses à ta maman toi parfois ?

Steven : Oui.

Amélie : Et comment tu te sens ?

Steven : Bien.

Mais aussitôt il croque la sucette en mettant fin à la séance.

17 05 12

Steven se regarde dans la vitre.

Sonia : Qui tu vois quand tu te regardes dans la vitre ?

Steven : Anastasia... Il est beau Dimitri. Il habite où ? À Paris ? C'est loin?

Dimitri il tue la sorcière. Elle est grande la sorcière, elle a une moustache.

Sonia : C'est une fille ou c'est un garçon ?

Steven : C'est un garçon. Amélie pas là, malade.

Il croque la sucette en mettant fin à la séance. À chaque fois que c'est compliqué pour lui, il met fin à la séance en ne respectant pas le cadre posé au départ.

24 05 12

La rivalité avec le frère est à nouveau abordée par Steven.

Steven : Je n'ai pas remonté. J'ai mangé un gâteau ce soir. J'achète en Italie avec mes sous. Il part au bus demain mon frère, c'est l'amour de Pauline.

Sonia : C'est qui Pauline ?

Steven : L'amie à mon frère Michel. Il mange quoi à l'école mon frère ? Régime mon frère, régime.

Sonia : Pourquoi ?

Steven : Il est gros lui, regarde Sonia mon cahier pas remonté moi (la nourriture), regarde mon ventre il est gros moi ?

Sonia : Tu te trouves gros ?

Steven : Oui.

Nous pouvons voir ici la rivalité et la confrontation entre lui et son frère qui s'exprime encore une fois. Et en même temps il se dit gros aussi comme son frère une façon de plus de lui ressembler.

Changement de support oral : nous n'utilisons plus des sucettes mais des chewing-gums, (idée des éducateurs d'internat) après chaque repas, afin qu'il puisse continuer ce travail autour de l'oralité tout en passant sur un signifiant qui renvoie plus à l'adulte qu'au petit. Et nous lui signifions comme ça, en lui disant que maintenant il est grand et il quitte les sucettes qui sont pour les petits. Par ailleurs, nous arrêtons la prise en charge avec Sonia l'infirmière et nous gardons celle de l'orthophoniste, une façon de commencer à couper la relation avec l'infirmière, relation qui renvoie surtout aux soins du corps pour privilégier l'orthophoniste qui renvoie surtout au travail de la

voix. Une sorte de métaphore pour qu'il puisse se dire : j'arrête les soins du corps, j'arrête de téter et je commence à parler et plus à vomir mes mots.

31 05 12

Steven : Chante Anastasia.

Amélie : Tu sais, tu es grand maintenant, tu nous le dis, tu parles d'amour tu ne prends plus la sucette mais les chewing-gums. Chanter Anastasia c'est plus pour les petits non ?

Steven : Chante Anastasia.

Amélie : On la chante ensemble alors, ça serait bien que la prochaine fois on ne chante pas Anastasia. Tu es grand non ?

Steven : Non petit moi.

Amélie : Tu as quel âge ?

Steven : 15 ans.

Amélie : Ah, et c'est petit ou grand 15 ans ?

Steven : Petit.

Amélie : Quel âge a S ?

Steven : 15 ans.

Amélie : Elle est grande ou petite ?

Steven : Grande.

Amélie : Et toi tu as quel âge ?

Steven : 15 ans

Amélie : Tu es grand ou petit ?

Steven : Petit.

Steven : Pauline est belle, Pauline.

Amélie : C'est qui Pauline ?

Steven : C'est l'amie de mon frère, elle dort avec moi Pauline.

Amélie : Ils sont venus pour le grand prix ?

Steven : Oui. Elle dort avec moi Pauline.

Amélie : Elle dort avec ton frère, ils sont amoureux. Toi aussi quand tu auras une amoureuse tu dormiras peut être avec elle.

Steven : C'est qui quelqu'un ? Gaël ?

Amélie : Ça sera une fille ou un garçon à toi de décider.

Steven : Pauline ?

Amélie : Je ne crois pas que cela soit possible c'est la copine de ton frère ?

Steven : Elle est bien au lit Pauline.

Amélie : Dis donc, tu es bien renseigné.

Steven : Ah ah ah ah (en sautillant sur la chaise).

Amélie : Qu'est-ce que c'est ?

Steven : Pauline fait l'amour avec moi. Je t'aime Amélie.

Amélie : Tu ne peux pas m'aimer, on ne peut pas être amoureux tous les deux.

Steven : Chewing-gum, pas remonter c'est bien hein ?

Les éducateurs relatent que Steven depuis peu, drague les filles, fait des blagues à fond sexuel, comme pour séduire les autres. L'identification/rivalité au frère continue.

14 06 12

Steven : Dimitri moche, Q moche. Amoureux Anastasia, Dimitri pas amoureux d'Anastasia. Chante Anastasia allez s'il te plait.

Les mots de la chanson nous semblent significatifs :

« Des images me reviennent

Comme un souvenir tendre

Une ancienne ritournelle

Loin du froid de décembre

Je me souviens, il me semble

des jeux qu'on inventait ensemble

Je revois dans un soupir

La flamme des souvenirs. »

Y a-t-il un lien avec sa mère ? Et avec tous les souvenirs qu'il a pu évoquer lors de ce travail ?

Il parle d'Aquasplash.

Steven : Jets d'eau chaude.

Amélie : Comme un jacuzzi ?

Steven : Oui avec Q.

Amélie : Dans le jacuzzi avec Q ?

Steven : Oui Amour Q. Douche, douche avec Q.

21 06 12

Steven : Chante Anastasia.

Amélie : On avait dit que c'était pour les petits. Tu es grand. Tu as quel âge ?

Steven : 17 ans

Depuis le début de la prise en charge Steven est passé par plusieurs âges différents. De l'âge imaginaire, 2 ans, à son âge réel : 17ans.

5 07 12

Dernière séance de l'année Steven transgresse beaucoup le cadre comme à chaque fois qu'il doit partir en vacances il n'est pas bien, il mange salement à table, il remonte la nourriture. Le travail avec les gommettes rouges et vertes qu'il devait coller sur un cahier (rouge s'il remonte, vert s'il remonte pas) nous a montré qu'il ne remonte pas tout le temps comme beaucoup de personne le pensaient, ce qui contribue à faire en sorte qu'on change le regard qu'on porte sur lui. Par ailleurs il remontait presque systématiquement deux fois par semaine le lundi et le vendredi les jours qui correspondent au jour d'arrivée et de départ de l'institution.

Aujourd'hui, Steven montre qu'il a beaucoup cheminé. Son positionnement est désormais celui d'un jeune adulte. Les problèmes de mérycisme subsistent, notamment s'il est seul à table ou avec d'autres jeunes. Cependant, un travail en individuel continue et lors de ce travail si nous lui parlons, si nous ne sommes pas agressifs à son égard et que nous prenons le temps de discuter avec lui alors il ne remonte pas la nourriture. Le travail du protocole sucette a dû s'arrêter à cause des nombreuses incompréhensions avec certains membres de l'équipe qui nous prenaient littéralement pour des « fous . » Aujourd'hui, nous réfléchissons à un nouveau type de prise en charge car Steven nous montre qu'il a encore besoin de l'autre pour être étayé notamment sur les temps de repas.

Il a entrepris un travail en individuel qui a duré quelques mois, pendant sa séance il regardait le dessin animé « Anastasia. » Ceci a permis dans un premier temps d'arrêter la demande incessante autour d'Anastasia et Dimitri. Depuis qu'il est suivi en individuel il ne répète plus de manière compulsive le nom des protagonistes du dessin animé. Nous découvrons avec lui, qu'il s'agit de l'histoire d'une jeune fille qui a perdu ses parents ; le père d'Anastasia porte le même nom que le père de Steven, la grand-mère porte le prénom de son frère. Avec ce dessin animé Steven questionne la parentalité et l'œdipe, la question de l'identité sexuelle est clairement posée à travers les choix identificatoires qu'il propose. Les mots qu'il emploie sans arrêt, «*Paris, train, retard* », sont les mêmes que nous retrouvons avec lui dans le dessin animé. Nous découvrons avec lui le cheminement subjectif qu'il a effectué à travers les dessins animés qui sont venus au fur et à mesure soutenir son discours depuis toutes ces années et nous nous rendons bien

compte qu'il y a un sens caché, une trajectoire identificatoire entre lui et les dessins animés. Ainsi, nous découvrons l'ordre de ses fixations animées : « *Le bossu de notre dame, La belle et la bête, Anastasia* . » L'analyse en détail de son cas n'est pas le propos exclusif de cette thèse nous avons juste voulu mettre en évidence comment l'art, la médiation artistique peut aider un jeune, ainsi qu'une équipe à travailler du côté du Surmoi archaïque avec l'objectif de le taire, de le pacifier et avec l'introduction du tiers, de traverser métaphoriquement l'œdipe à la recherche de son héritier : le Surmoi œdipien.

6) Conclusion et perspectives

Après quatre ans de travail, nous voici arrivé au moment d'écrire la conclusion. Cela a été un long parcours semé de doutes, de remises en question, de difficultés. Aujourd'hui, à la relecture, à la mise en forme nous avons l'impression de rester un peu sur notre faim. Comme si nous n'étions pas complètement satisfaits du travail accompli. En relativisant c'est plutôt une bonne nouvelle car si le travail n'est pas accompli c'est qu'il nous en reste encore.

L'impression qui reste est celle de ne rien avoir écrit de véritablement novateur au niveau théorique. Alors si tel est le cas, quelle a été pour nous la raison de tant d'investissement psychique ? Nous pensons qu'il y a plusieurs raisons et plusieurs changements subjectifs qui ont été induits par ce travail de thèse.

En premier lieu, ce travail nous a permis d'enrichir nos connaissances théoriques, une thèse pousse au travail, donne une motivation particulière, une envie de reconnaissance universitaire, professionnelle. Lors d'une thèse nous sommes amené à beaucoup lire et ces lectures, ces heures passées devant l'ordinateur, permettent, sans que nous nous en rendions complètement compte, d'améliorer de manière considérable notre écoute clinique ainsi que notre capacité d'observation. Au fur et à mesure de nos avancements, nous devenons davantage efficaces sur le terrain en tant que clinicien. Faire du bien, être thérapeutique, être efficace, cela a longtemps été notre fixation et paradoxalement, en s'éloignant un peu de la clinique, en prenant de la distance grâce à ce travail de thèse très théorique, nous avons réussi à mieux voir les problématiques de nos patients. Par définition, quand nous sommes trop près, nous avons du mal à voir les choses.

Deuxièmement, cela nous a permis aussi de nous rendre compte que, pour l'instant, nous sommes davantage clinicien que théoricien, davantage homme de terrain plutôt qu'homme de chaire. Il se passe une chose assez incroyable quand nous sommes amené à faire un travail de ce type, au fur et à mesure de nos avancements, il y a comme

des automatismes dans la réflexion qui se créent à notre insu dont nous allons nous servir dans notre pratique quotidienne. À travers les lectures, les échanges, les conférences, les groupes de travail, les séminaires doctoraux que nous sommes amenés à fréquenter pendant l'écriture d'une thèse, nous sommes amenés, sans forcément nous en apercevoir immédiatement, à changer notre façon de voir le monde. La façon de voir et d'entendre les sujets de notre clinique change également, évolue, s'enrichit de nouvelles clefs de lecture. Le travail de thèse permet de mettre du tiers entre notre écoute subjective et la parole du patient, comme si elle séparait pour mieux unir. La théorie n'est pas uniquement un « garde-fous » pour nous les cliniciens, mais est aussi un tiers entre le patient et le clinicien.

Troisièmement, nous nous sommes également rendu compte, au travers des différentes lectures, que les autres, les auteurs par exemple, font bien souvent eux aussi un travail de relecture des textes fondateurs et parfois, ils ne font que reprendre ce qui a été écrit, en donnant aux autres une nouvelle approche, leur nouveau regard qu'ils mettent en lien avec leur clinique.

C'est le sentiment que nous avons aujourd'hui, nous sommes partis d'une observation clinique que nous avons mise en lien (ou pas) avec nos innombrables lectures afin de pouvoir nous positionner, prendre une place, l'assumer, la défendre, parfois la revendiquer. Cette thèse nous a donné une voix et un regard complètement neuf et à notre avis beaucoup plus thérapeutique qu'auparavant. À l'instar de Freud, nous avons essayé de rebondir à partir de nos erreurs cliniques, de nos impasses théoriques. Comme si, prisonnier d'un Surmoi très exigeant, nous avions, au fur et à mesure, réussi, grâce à toute la théorie et la clinique que nous avons sans cesse dû remanier, à le freiner, à le mettre à distance, à le pacifier. Une fois encore il s'agit du tiers qui sépare, d'où l'importance de l'autre et de ne pas être seul.

Tout ce travail qui amène du savoir n'est-il pas à mettre en lien avec une certaine notion d'idéal, d'idéal du moi ? Avant cette thèse, nous idéalisons beaucoup notre pratique, notre façon de voir le monde, l'éducation, le rôle de la mère auprès de son enfant handicapé, au point d'en devenir nous-même parfois dur, parfois jugeant vis-à-vis d'elles. C'est d'ailleurs l'erreur clinique qui revient le plus souvent dans le discours des parents qui, dans leur chemin d'acceptation du handicap, ont été traités de mauvais parents devant se soigner ou qui ont été rendu coupable de la maladie de leur enfant.

Comme si les professionnels étaient à leur tour pris par leurs injonctions surmoïques qui ne supportent pas la différence. Au départ, nous étions peut-être nous-même dans ce type de réaction, et peut-être encore, parfois entre les lignes de cette thèse, pouvons-nous laisser sous-entendre des propos de l'ordre du jugement, mais cette thèse a eu le grand mérite de nous apporter de la distance et, par ce biais, de la sérénité dans notre écoute.

Sur le plan théorique, nous avons appris beaucoup des choses concernant le Surmoi et notamment son versant féminin. Nous n'avons peut-être pas réussi à démontrer complètement nos propos initiaux mais nous croyons que cette démonstration a moins d'importance que les réels progrès qui ont été accomplis dans notre écoute clinique grâce à cette thèse. Cependant nous avons voulu démontrer que dans des conditions bien spécifiques (naissance d'un enfant handicapé), la mère régresse à un Surmoi pré-œdipien qui terrasse le Surmoi œdipien et dans ces conditions il n'y a plus d'altérité possible. Nous pensons que les innombrables vignettes cliniques confirment cette hypothèse. Le travail du clinicien consiste à partir de cette constatation de réintroduire du tiers, quand cela s'avère possible, de manière à permettre à la mère de reconquérir le Surmoi œdipien perdu.

Pour ce faire l'écoute et le regard bienveillant sont les armes à disposition du clinicien. Une thèse permet d'aiguiser ses armes, de les rendre plus performantes. C'est comme lorsque nous apprenons une langue nouvelle, quand nous avons appris le français cela nous a permis de créer de nouveaux liens, en étant capable de parler, nous avons aussi gagné la capacité à mieux entendre le discours de l'autre. Une thèse enrichie notre vocabulaire et plus nous apprenons de mots du vocabulaire et plus le lien entre eux devient aisé, automatique et plus la compréhension des autres s'améliore.

Cette thèse, il faut être honnête, nous a également permis de nous intéresser davantage aux jeunes patients que nous rencontrons, elle agit un peu comme une force qui pousse à travailler, une motivation supplémentaire. Bien que nous pensons être davantage clinicien que théoricien, nous savons désormais que l'un ne va pas sans l'autre, et si aujourd'hui nous sommes conscient que nos acquisitions théoriques ont amélioré notre écoute clinique, l'inverse n'est pas encore tout à fait possible. Aujourd'hui, une approche théorique peut améliorer notre clinique et c'est ce qui s'est passé au cours de ce travail de rédaction de thèse. Peut-être qu'à l'avenir nous serons en mesure de faire en sorte que notre théorie, celle que nous écrivons, améliore notre

clinique et celles des autres. C'est peut-être l'étape suivante, la prochaine marche à gravir.

Pour pouvoir créer, inventer autour d'un objet d'étude, il faut préalablement avoir pris connaissance et avoir étudié tout ce qui concerne cet objet, c'est à notre sens ce qui s'est passé lors de cette thèse, nous sommes devenu un spécialiste du Surmoi mais nous n'avons pas encore réussi, ou alors seulement partiellement, à écrire quelque chose de véritablement nouveau. Il y a, en un sens, de la frustration à la fin de ce travail, mais c'est le propre du Surmoi de frustrer, il n'y a donc pas de raison pour qu'il en soit autrement.

À la relecture finale de ce travail, nous nous sommes rendu également compte à quel point cette thèse parle de nous, de notre histoire, de notre vie privée et professionnelle. Le surmoi féminin ou le féminin surmoi ? Nous savions déjà qu'un travail quel qu'il soit ne se choisit pas par hasard et qu'un travail de ce type, qui nécessite tellement d'efforts et d'investissement, ne se fait ni par hasard, ni pour satisfaire une soif qui soit trop éloignée de nous, mais tout de même, nous n'imaginions pas être autant impliqué.

Nous réalisons à quel point le tiers, l'autre, le féminin et le grand Autre sont convoqués. L'altérité est sans cesse présente dans ce travail. Tiers et altérité qui rompent avec la situation duelle qui est celle d'une mère avec son enfant. Le psychologue est le tiers. D'ailleurs, tout au long de ce travail, le tiers, la tierce personne, la trilogie, le trois est omniprésent. Plainte, regard, et Surmoi ; psychose, perversion et névrose ; ça, Surmoi et moi ; les trois Surmoi ; castration, privation et frustration ; père, mère et enfant. Bref, tout au long de ce travail nous nous sommes confrontés au trois et avons essayé de mettre du tiers là où il n'y en avait pas. Les études ne sont-elles pas une manière supplémentaire de tierceriser, de mettre de la distance dans ce que nous observons, de mettre un frein à notre jouissance ?

Le tiers c'est aussi ce que nous essayons d'introduire dans les relations qui se tissent entre ces mères et leur enfant, justement parce qu'il est absent. Car le tiers est surtout le père absent, ou le discours de la science, des institutions, le discours qui persécute. Nous sommes dans une société de la performance, qui veut toujours plus, plus de jouissance et qui nous communique et méta-communique que cela ne suffit jamais, que tout est possible, que nous ne sommes plus dans le « tous ensemble » mais

nous sommes dans le « tous pareils . » Et dans le « tous pareils », quand nous sommes parents d'un enfant handicapé, nous ne pouvons pas y entrer, cette société-là, n'a de cesse de nous le rappeler. C'est toujours en lien avec son époque que les idéaux du sujet se créent, alors l'écart entre ce que les parents idéalisent et la réalité de leur enfant en situation de handicap est tellement important que le Surmoi les pousse inexorablement à réduire cet écart.

C'est à ce niveau, qu'en tant que clinicien nous intervenons, et si les défenses surmoïques des mères ne sont pas trop fortes, et si nous sommes adroits, alors un dialogue est possible et le transfert peut s'établir. Notre intervention, notre travail, vise à mettre du tiers qui ne juge pas, mais qui sépare, qui ne demande pas d'être autre chose qu'un sujet de l'inconscient. C'est le manque qui organise notre désir, alors quand nous sommes face à des mères qui font tout pour nier ce manque, qui essayent de le combler, nous les aidons avec notre positionnement, calme, posé, qui n'attend rien d'elles, avec de l'humour et de la bienveillance, à prendre conscience que ce qui nous constitue en tant que sujet c'est, et nous espérons que ça le sera toujours, notre différence, aussi marquée soit elle.

Nous ne pouvons pas nous abstenir de terminer sur une vignette clinique. Récemment, nous recevions au SESSAD une famille pour finaliser le projet individuel de leur enfant. Cela fait trois mois que leur fils est accueilli chez nous. La mère pleure et nous dit que depuis qu'elle est au SESSAD, elle se sent accueillie, que la psychiatre à l'hôpital de jour lui avait dit « *avant de soigner votre fils, vous feriez bien de vous soigner vous .* » Qui sait ? Peut-être que si cette psychiatre avait fait une thèse sur le Surmoi ou encore, nous avons la prétention de le penser, si elle avait lu notre thèse, elle n'aurait pas agi de la sorte ! La chef de service du SESSAD demande aux parents à la fin de la séance s'ils veulent dire quelque chose, ou rajouter des éléments au projet de leur enfant. Le père répond tout de go, avec une certaine émotion : « *moi je suis bien là, avant à l'hôpital de jour je restais dans la voiture au parking .* » C'est ça qui résume vraiment ce que nous avons compris de toute cette aventure de thèse, notre travail dans ce type de clinique visera désormais et avec plus de convictions à introduire du tiers, du père, de la triangulation œdipienne, là où, à cause du handicap de l'enfant, ce processus s'est interrompu en laissant mère et enfant prisonniers du Surmoi archaïque pré-œdipien. Nous terminerons avec cette citation de Lacan qui dit au sujet du père « *qu'on peut s'en passer à condition de s'en servir*³⁸⁷ . » Le psychologue doit se mettre dans la

³⁸⁷ J. Lacan, « *Le séminaire XXII, Le sinthome* », Paris, éd. Seuil, 2005, page136

position de servir au patient de manière qu'il puisse par la suite s'en passer.

L'altérité, le tiers, le trois, le numéro parfait dit-on. Pour l'anecdote, je viens de réaliser que je suis né un trois juillet.

FIN

Bibliographie

Ouvrages

- ASSOUN. P_L., « *Freud et la femme* », Paris, éd. Petite Bibliothèque Payot, 2003
- CABASSUT. J , « *Le déficient mentale et la psychanalyse* », Nîmes, Champs Social, 2005
- CLAIR.J., « *Méduse, Contribution à une anthropologie des arts visuels*», Paris, éd. Gallimard, 1989
- DIDIER-WEILL.A., « *Les trois temps de la loi* », Paris, éd. Seuil, 1995
- DIDIER-WEILL.A, « *Lila et la lumière de Vermeer; la psychanalyse à l'école des artistes* », Paris, éd. Denoel, 2003
- DIDIER-WEILL.A, « *Un mystère plus lointain que l'inconscient* », Paris, éd. Aubier, 2010
- DORON.R, PAROT.F, « *Dictionnaire de psychologie* », Paris, éd. PUF, 2004
- FREUD.S., (1905) « *Trois essais sur la théorie sexuelle* », Paris, éd. Gallimard, 2001
- FREUD.S, (1907) « *Cinq psychanalyse, l'homme aux rats* », Paris, éd. PUF, 2001
- FREUD.S, (1897) « *La naissance de la psychanalyse* », Paris éd. PUF, 2009
- FREUD.S, (1914) « *Pour Introduire le narcissisme* », in « *La vie sexuelle* »,Paris, PUF, 1973
- FREUD.S (1915) « *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort* », in « *Essais de psychanalyse* », Paris, Payot, 2001
- FREUD.S, (1915-1917) « *Deuil et Mélancolie* », in « *Métapsychologie* », Paris, Gallimard, 1991
- FREUD.S, (1916) « *Quelques types de caractère dégagés par la psychanalyse* », in « *L'inquiétante étrangeté et autres essais* », Paris, Gallimard, 1990
- FREUD.S, (1917)« *Un souvenir d'enfance de Leonard de Vinci* »,Paris, Gallimard, 1990,
- FREUD.S, (1919), « *Un enfant est battu* », in *Ouvres complètes, vol XV*, Paris, éd. PUF, 1996
- FREUD.S (1921), « *Psychologie des masses et analyse du moi* », in « *Essais de psychanalyse* », Paris, Payot 1981

- FREUD.S.(1920),« *Psychologie collective et analyse du moi* », dans « *Essais de psychanalyse* », Paris, Payot, 1981
- FREUD.S ,(1922), « *Le Moi et le ça* » in *Essais de psychanalyse* »,Paris, éd. Payot, 1981
- FREUD.S, (1923), « *Abrégé de psychanalyse* », Paris, éd. Puf, 2001
- FREUD.S.(1920),« *Psychologie collective et analyse du moi* », dans « *Essais de psychanalyse* », Paris, Payot, 1981
- FREUD.S, (1922-1923) « *Le moi et le ça,* » in « *Œuvres complètes* », XVI, Paris, éd. PUF 1991
- FREUD.S, (1924) « *Névrose et psychose* », in « *Œuvres complètes* », XVII, Paris, éd. PUF, 1991
- FREUD.S (1924) « *Le problème économique du masochisme* », in « *Œuvres complètes* », XVII, Paris, éd. PUF, 1991
- FREUD.S, (1924) « *La disparition du complexe d'Œdipe* », in « *Œuvres complètes* », XVII, Paris, éd. PUF, 1991
- FREUD.S (1925) « *Quelques conséquences psychiques de la différence de sexes au niveau anatomique* », in « *Œuvres complètes* », XVII, Paris, éd. PUF, 1991
- FREUD.S, (1925-1926), « *Inhibition, Symptôme et Angoisse* », in « *Œuvres complètes* », XVII, Paris, éd. PUF, 1991
- FREUD.S, (1925-1926), « *Psychanalyse* », in « *Œuvres complètes* », XVII, Paris, éd. PUF, 1991
- FREUD.S (1928), « *Dostoïevski et la mise à mort du père* », in « *Œuvres complètes* », XVII, Paris, éd. PUF, 1998
- FREUD.S, (1929) « *Malaise dans la culture*», in « *Œuvres complètes* », XVIII, Paris, éd. PUF, 1998
- FREUD.S (1933) « *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse* », Paris, éd. Gallimard, 1989
- FREUD. S, (1936), « *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse* », Paris, Éd. Gallimard, 1989
- FREUD.S, BULLIT.W. , (1936) « *Le président T.W. Bullit* » Petite Bibliothèque, Paris, éd. Payot, 2005
- FREUD.S, (1938) « *Abrégé de psychanalyse* », Paris, éd. PUF, 1985
- FREUD.S (1914) « *Contributions à la psychologie de la vie amoureuse* », in « *La vie sexuelle* », Paris, éd. PUF 1969,
- GRUMBERGER.B., «*Le narcissisme*», Paris, éd. RFP, 1965
- JONES.E, (1919-1939)« *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud* », « *Lettre à Martha du 5 Novembre 1883* », Paris, éd. PUF,

- KLEIN.M., (1957) « *Envie et gratitude et autres essais* », Paris, éd. Gallimard, 1990
- KUNDERA.M., « *La vie est ailleurs* », Paris, Gallimard, “Folio“, 1973
- LEADER D, (2002), « *Faut il voler la Joconde* », Paris, éd. Payot
- LAPLANCHE.J., J-B. PONTALIS., (1967), « *Vocabulaire de la psychanalyse* »,Paris, éd. Puf, 2002
- LACAN.J., (1953) « *Le séminaire, I, Les écrits techniques de Freud* »,Paris, Seuil, 1975
- LACAN.J., (1956-1957), « *Séminaire IV, La relation d'objet* », Paris, éd. Seuil, 1998
- LACAN.J., (1958-1960), « *Séminaire VII, L'éthique de la psychanalyse* », Paris, éd. Seuil, 1986
- LACAN J., (1965) « *Le séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* », , Paris, Seuil.
- LACAN.J.,(1963) « *Le séminaire des Noms du Père,* », Paris, Seuil, 2005
- LACAN.J., (1973) « *Le séminaire, livre XX, Encore* », Paris, Seuil, 1975
- LACAN.J., « *Autres écrits* », Paris, éd. du Seuil, 2001
- LACAN.J., « *Le séminaire XXIII, le sinthome* », Paris, éd. du Seuil, 2005
- NASIO.J-D., (1995) « *Les yeux de Laure* », Paris, Flammarion
- NASIO.J-D., (1988) « *Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse* », Paris, éd. Payot, 2001
- REIK. T, (1935), « *Le psychologue surpris* », Paris, éd. Denoël, 1976
- REY-FLAUD.H., « *Comment Freud inventa le fétichisme... et réinventa la psychanalyse* », Paris, éd. Payot, 1994
- REY-FLAUD.H., « *Le démenti pervers, le refoulé, l'oublié* », Paris, éd. Aubier Montaigne, 2002
- ZAFOROPOULOS. M., « *La question féminine de Freud à Lacan* », Paris, éd. PUF, 2010

Articles

- AMAR.N., G. LEGOUES G. PRAGIER, « *Les développements post-freudien* »,in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995
- BEGOIN.J. , « *Le Surmoi dans la théorie kleinienne et post-kleinienne* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995
- CHASSEGUET SMIRGEL.J.,« *Les développements post-freudiens* »,in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP , 1995

- DONNET.J-L., « *Le concept freudien et la règle fondamentale* », in « *Surmoi I* », Paris éd. PUF, 1995
- FREJAVILLE.A., « *Le Surmoi dans les textes psychanalytiques* »,in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995
- JONES. E., « *Les développements post-freudiens* », in « *Surmoi II* », Paris éd. RFP, 1995
- KRAMER.P., « *Notes sur les racines préoedipienne du Surmoi* », Journ. Of the Amer, Psychoan. Assoc, 1958
- LAGACHE. D., « *Les développements post-freudiens* »,in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995
- LAMPL DE GROOT.J., « *Idéal du Moi et Surmoi* » Paris, éd. RFP, 1963,
- LAUFER.M., « *L'idéal du Moi et le pseudo-Ideal du Moi dans l'adolescence* », psycho. St .of the Child, 19
- LEBOVICI.S., « *Quelques notes sur la genèse et l'évolution du Surmoi* » in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP,
- MURRAY.J.M., « *Le narcissisme de l'idéal du Moi* », Journ. of Amer. Psychoam. Assoc, 1964, 12, N 3
- NOVEY,S., « *Le rôle du Surmoi et de l'idéal du moi dans la formation du caractère* », Intern.Journ. Of Psychism, n 4-5, 1955
- PENOT.B., « *L'instance du Surmoi dans les Écrits de J. Lacan* », in « *Surmoi II* », Paris, éd. RFP, 1995
- VIVES.J-M.,« *La vocation du féminin* », dans *Cliniques méditerranéennes* 2/2003 (n 68)

Sources internet

- FREUD.S., (1908), « *La morale sexuelle civilisé et la maladie nerveuse de temps modernes* », in document électronique, <http://www.megapsy.com/textes/freud/biblio021.htm>
- FREUD.S., (1912-1913),« *Totem et Tabou* », texte en ligne http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/
- FREUD.S., (1913), « *Le thèmes des trois coffrets* » version électronique, http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/essais_psychanalyse_appliquee/06_t_heme_trois_coffrets/theme_trois_coffrets.html,
- FREUD.S. (1923)« *Cinq leçons de psychanalyse* », texte en ligne http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/,
- FREUD.S., « *Le tabou de la virginité* », document électronique,

<http://www.megapsy.com/Textes/Freud/biblio032.htm>

HUXLEY A., source internet,

<http://www.linternaute.com/citation/10715/l-etonnement-est-le-plus-haut-sommet- que- l-homme-peut-atteindre---aldous-huxley/>

NATHAN.T., source internet,

<http://www.ethnopsychiatrie.net/baubo.htm>

ROUZEL J, Site internet : <http://www.psychasoc.com>

Correspondances

S. Freud-Ernest Jones,(1919-1939) « *Correspondances complètes* », Paris, éd. PUF, 1998