

À titre d'introduction :

Nous étions le Roi et la Reine d'un pays au régime très autoritaire.

Nous gisons maintenant côte à côte dans notre tombe, les yeux fermés.

Nos enfants nous ont assassinés.

Ils sont dans une folle excitation, ils dansent et sautent autour de nos corps et viennent parfois furtivement nous toucher pour vérifier notre état.

Mon défunt mari et moi-même échangeons à haute voix, mais totalement immobiles, des considérations sur l'envie qui a suscité la haine des enfants et le fait que, même morts, ils ne nous oublient pas et que nous restons objets d'affects très vifs.

L'un des garçons dit : « Il faut exploser leurs corps, ils ne doivent pas rester comme ça ! », il part à la recherche d'une bombe et la lance sur notre tombe !

Nos corps se secouent brutalement et nos membres retombent dans des positions improbables et beaucoup moins dignes.

L'excitation monte encore d'un cran mais un enfant suggère que c'est peut-être l'heure de la fin de la séance.

Un bref silence suit et il y a comme un souffle de tristesse qui s'insinue dans le groupe.

Une fille dit : « Ils sont morts, morts, morts » et un garçon constate qu'il n'aura plus de mère. Sa voix est troublée et interrogative.

Une fille dit : « Je m'en fous, je vais épouser le prince et je vais avoir un bébé ! »

Un silence plus long s'installe, les enfants sont maintenant assis ou à genoux autour de nous et constituent comme une sculpture de recueillement sur un tombeau.

Nous nous relevons et signifions la fin du jeu.

De retour sur les chaises, l'auteur du bombardement de nos corps dit avec un soulagement visible : « OUF QUE C'EST POUR DE FAUX !

Conférence dans le cadre de la formation ARPAG 2014-2015

De l'intérêt des groupes de psychodrame d'enfants à la période dite « de latence »

Je centrerai mon exposé sur trois points que j'aimerais mettre plus particulièrement en évidence :

- **Tout d'abord, cette notion théorique de latence**
- **Ensuite, la description du dispositif, du cadre et des techniques intéressantes en matière de jeu dramatique avec les enfants de cet âge**
- **Et finalement, je développerai plus particulièrement un aspect de ce cadre : le couple hétérosexué d'animateurs et ses effets dans le groupe.**

Considérations sur la période de latence

Je rappelle que la période de latence recouvre en gros la période de la scolarité obligatoire primaire, qu'on la situe entre la crise œdipienne et la crise d'adolescence. Rappeler aussi qu'elle se caractérise par un refoulement massif de la sexualité infantile et l'acquisition d'une instance régulatrice qu'on pourrait appeler le Surmoi Post-Oedipien.

Schématiquement, en ce qui concerne les capacités de symbolisation, cette acquisition devrait permettre à l'enfant de distinguer : ce qui peut se penser et s'éprouver mais devrait se garder pour soi, ce qui peut se dire, (se dessiner, se jouer) mais sans se mettre en actes, et finalement ce qui peut se réaliser effectivement dans la vie. (Je me réfère-là à un énoncé de René Roussillon)

Je vais tout d'abord commencer par vous faire part des interrogations qui sont les miennes parce que je pense que nous devons nous questionner sur l'histoire et l'évolution de ce concept de latence qui était très présent au moment de la création de certaines approches thérapeutiques. Des approches qui nous sont apparues par la suite poser pas mal de questions et qui ont aussi été terriblement critiquées et le sont encore actuellement (je pense aux critiques adressées aux psychothérapies axées sur l'interprétation verbale, qui sont loin d'avoir une grande cote en ce moment).

On est en effet parti des idées princeps de la psychanalyse : l'existence de l'inconscient, la notion de conflit interne et la notion de sexualité infantile et de son refoulement.

Même si Anna Freud a je crois pas mal insisté sur les aspects réels de la relation jeune patient / thérapeute, en proposant notamment une période préparatoire au travail analytique avec les enfants, on a construit nos approches thérapeutiques autour de la notion d'interprétation du refoulé, ce qui a induit des techniques souvent proches de ce qui se pratiquait avec les patients adultes (et plutôt névrotiques) qui entreprenaient une analyse.

Par la suite, on a naturellement privilégié le jeu à l'échange verbal (surtout à la suite de la pensée et des pratiques de Winnicott), et on se fondait sur l'idée que le sens du jeu, à l'instar de celui du rêve, était latent et à décoder et qu'une mise en mots de ce sens pouvait apporter le soulagement espéré de la souffrance et une amélioration symptomatique. C'est de cette manière également qu'on a travaillé en psychodrame dans les premiers temps.

En articulation avec cette notion de conflits refoulés dans l'Inconscient – on est allé vers la notion de transfert des imagos parentales sur le thérapeute et sur la nécessité dans la thérapie d'analyser ce transfert, et de signifier verbalement au jeune patient que ce qu'il nous attribuait en séance appartenait à d'autres objets et à une autre situation.

Au fil du temps et à force de pratiquer des psychothérapies dans cet esprit, cette approche m'a paru de moins en moins convaincante. Et c'est en pratiquant des groupes de jeu dramatique avec les enfants non névrotiques (TED, troubles du spectre autistique) que j'en suis venue à penser la théorie un peu autrement, et que, techniquement, je suis passée de l'interprétation du refoulé à ce que j'appellerais plutôt le jeu avec les retours du clivé.

Je vous parle donc d'une théorie née de nos expériences cliniques plus que de références livresques ... Théorie qui s'est confortée au travers du travail de supervision dont j'ai pu bénéficier de la part d'analystes auxquels je dois beaucoup : je pense notamment à Rodolfo Rodriguez, Annelise Von Siebenthal et René Roussillon.

J'aurais maintenant tendance à me poser les questions suivantes : Y a-t-il eu des enfants en latence, et maintenant y en aurait-il moins ou plus du tout ? La latence n'est-elle pas plutôt une position psychique souhaitable - à l'instar de la position dépressive de Mélanie Klein - mais rarement réalisée ? Quelle est l'influence des modes de faire éducatifs – et de l'ambiance sociale - sur cet état de fait ?

J'ai personnellement le sentiment qu'on ne voit plus – en tout cas en consultation - d'enfants bien installés en latence, chez lesquels un réel déclin oedipien aurait eu lieu, une

« dissolution » de cette complexe conflictualité face au couple parental et l'acquisition d'un surmoi post-oedipien. Par contre, on voit de plus en plus d'enfants qui auraient besoin d'une « assistance au refoulement et à la symbolisation » (plutôt que de l'interprétation d'un conflit refoulé.)

Par ailleurs, il nous faut bien reconnaître que l'ambiance actuelle n'est pas favorable à la mise en latence et au refoulement des désirs, qu'ils soient œdipiens ou non, infantiles ou adultes ! On est constamment confrontés à la recherche de satisfactions immédiates. La satisfaction par le virtuel que nous offrent les nouvelles technologies me paraît par exemple présenter de nombreuses similitudes avec la satisfaction hallucinatoire du désir. Il est supposé qu'on ne peut pas attendre, prendre le temps de mûrir, de faire des deuils, de vivre une latence ...

On est souvent devant des tableaux dans lesquels le post traumatique est au premier plan, avec son cortège de dénis, de clivage et de projections, et surtout de scènes douloureuses faisant retour dans l'agir de manière répétitive.

On observe une conflictualité qui s'exprime nettement plus dans l'intersubjectif que dans l'intrapsychique.

Dans la thérapie, on va plus souvent être dans le revécu répétitif de la scène traumatique que dans le transféré et le déplacement. Transfert il y a, mais il s'agit souvent en premier lieu de problématiques narcissiques transférées sur le cadre.

On est face à la difficulté des patients à intégrer dans le psychisme des expériences vécues comme blessantes ou insupportables, à faire le deuil de la toute-puissance infantile, à composer avec la violence interne que constitue aussi le monde pulsionnel, à se constituer un contenant psychique propre.

Ces difficultés prennent leurs racines très tôt dans la vie psychique et ont été travaillées par de nombreux auteurs qui y ont apporté leur touche personnelle, leurs théories, leur vocabulaire propre : Mélanie Klein avec l'élaboration de la position dépressive, Winnicott avec le jeu et capacité d'être seul, Bion avec la capacité d'alphabetisation, Anzieu avec le concept de Moi-Peau, Green avec la notion de double frontière ...

Il est question de séparation au sens large : de la difficulté à construire des frontières entre l'Inconscient et le Conscient, entre soi et l'autre, entre le réel et l'imaginaire.

J'aimerais être claire : ces constatations ne me conduisent en aucune manière à écarter la question de la sexualité infantile de ma réflexion. J'aimerais au contraire souligner à quel point elle reste à mes yeux présente dans le fonctionnement psychique tout au long de la période dite de latence.

Ce qui me paraît important à mettre en évidence, c'est l'importance du processus d'intériorisation de la relation aux objets œdipiens qui devrait caractériser cette période, et il me semble que c'est dans les défauts de ce processus que le travail psychothérapeutique avec les enfants va s'inscrire.

Je ne parlerais donc pas de désexualisation au sortir de la crise œdipienne, mais plutôt de poursuite de sexualisation, au travers des mécanismes d'intériorisation, de représentation, de déplacement, de déguisement, de symbolisation ; au travers aussi de tous les changements d'objets devenant possibles avec la socialisation grandissante.

C'est pour ce travail de transformation-là que nous cherchons des outils et inventons des approches encore à l'heure actuelle, c'est pour faire ce travail-là que les groupes de jeu dramatique m'apparaissent tout particulièrement indiqués.

Un travail dans lequel on va proposer comme une contrainte à la symbolisation. Un travail dans lequel je ne me vois pas tant comme un objet de projection, mais bien aussi comme une personne réelle, avec mon âge, ma force, ma sexualité, mon identité de genre, mon expérience de vie, mes défaillances ... personne à laquelle le jeune patient va se confronter en séance et avec laquelle il partagera des éprouvés sensoriels et émotionnels actuels bien réels.

Je nous place donc, nous thérapeutes, dans les objets qui vont se proposer de manière active et privilégiée pour recevoir des investissements parfois massifs et participer au jeu complexe que constitue l'expérience de la rencontre, rencontre toujours sexualisée d'une manière ou d'une autre. (Rencontre de nature plus ou moins orale, anale, phallique ou génitale).

Aller au risque d'une psychothérapie avec un enfant nécessite de jouer le jeu pleinement. J'aime beaucoup citer le peintre Manet qui disait : « *Il ne suffit pas de connaître son métier, encore faut-il être ému* ». Je pense aussi souvent au Professeur Ajuriaguerra qui parlait volontiers du *corps ému* dans la relation mère enfant et dans la relation thérapeutique.

Je crois qu'actuellement, le psychothérapeute est amené à s'engager de manière moins neutre, à dévoiler plus de son vécu émotionnel, à impliquer plus activement son corps et son imaginaire dans la relation.

Les formations proposées en thérapies systémiques, corporelles, groupales, ont naturellement joué un rôle important dans cette réintroduction de l'intersubjectif dans la relation thérapeutique.

Ce mode de faire plus authentique me semble susceptible d'engendrer une rencontre d'une autre nature avec le patient.

On va jouer sur une scène moins symbolique, plus onirique, parfois plus limite, on va se toucher, dans tous les sens du terme, et on va accéder naturellement plus aisément au matériel pulsionnel, ce qui va mettre rapidement en résonance, et parfois de manière vertigineuse, le sexuel infantile de l'adulte et celui de l'enfant.

Le psychothérapeute est plus exposant et plus exposé dans ces pratiques-là. Ce que j'appellerais une certaine « excitation bien tempérée » est mise au travail et utilisée comme un outil et non pas évitée.

On peut se demander d'ailleurs si la théorie de latence, n'a pas exercé pendant longtemps un rôle de garde-fou, un rôle protecteur pour les thérapeutes comme pour les patients ?

Protecteur par rapport à la séduction inévitable que comporte toute proposition thérapeutique, et en particulier la proposition d'un thérapeute adulte à un patient enfant, dans une thérapie individuelle, dont ses parents sont par définition exclus.

Par exemple : Que se passe-t-il réellement dans le psychisme d'un petit garçon de 7 ans qui peine à se séparer de sa mère, à se confronter à son père, à investir la connaissance, auquel on propose de rencontrer deux fois par semaine une « gentille dame » adulte qui va s'enfermer en toute discrétion avec lui dans son bureau ... ?!

Les parents des patients sont d'ailleurs les premiers à nous faire remarquer à quel point ceci peut être problématique et à quel point on prend comme une place dans la famille. Ils manifestent souvent des affects d'envie, de dépossession, de jalousie et d'agressivité - que je peux comprendre - et qui peuvent parfois entraver gravement le processus thérapeutique.

Je ne vois pas cela comme des effets collatéraux incontournables de la psychothérapie d'enfants, mais bien comme du matériel à prendre en soin également.

En réfléchissant à ce concept de latence, j'ai repensé à l'idée émise par Jean Laplanche concernant ce qu'il appelle « le refoulement » de la première théorie de la séduction de Freud. Cette théorie qu'il estime avoir été refoulée pendant une longue période, avant qu'il ne

l'exhume dans les années soixante, avec J-B- Pontalis, et qu'il la reprenne et la retravaille dans le cadre de sa théorie de la « séduction généralisée. »

Ce refoulement d'une théorie, fondée sur une clinique d'abus, considérés comme des événements concrètement survenus dans la vie du patient, a eu pour effet d'aller dans le sens d'une théorie du tout interne, tout fantasme, tout inconscient, qui a peut-être eu un effet protecteur pour bien des analystes durant plusieurs décennies.

Je vois bien en effet qu'il est plus rassurant de nous considérer comme objets de projections, plutôt que de nous confronter à notre propre pulsionnalité, et aux fragiles frontières qui nous séparent les uns des autres, qui séparent le fantasme et l'acte, l'inconscient et le conscient, l'état adulte et l'état d'enfance.

Personne n'est totalement à l'abri d'un acte abusif, surtout avec un patient en débordement pulsionnel !

C'est pourquoi je me dis que cette représentation d'enfants en latence était peut-être bien commode et rassurante.

L'idée d'une période pendant laquelle les pulsions sexuelles de l'enfant se mettraient en veilleuse et se transformeraient en tendresse, en curiosité intellectuelle, période où la pudeur et les aspirations morales prédomineraient ... cette idée n'a-t-elle pas été un peu utilisée pour se voiler la face et éviter les rencontres très déstabilisantes qu'on peut faire avec ces jeunes patients ?

J'en arrive à mon deuxième point :

Les groupes de psychodrame d'enfants.

C'est sur la base des considérations que je viens de faire que je vais présenter maintenant de manière très concrète, un cadre, un dispositif et une technique que je trouve particulièrement intéressants avec les enfants de cette tranche d'âge et en « mal de latence ».

Sur la scène de psychodrame groupal, on va se mettre en situation de vivre ces rencontres très déstabilisantes que j'évoquais plus haut, mais on ne va pas les vivre seul, ce qui change beaucoup : Il y aura des témoins et des témoins actifs, ce qui constitue en soi une prise en soin dans le domaine du traitement du traumatique.

Je vais vous parler d'un style de travail dans lequel le cadre lui-même offre une forme de contenant symbolique :

Le cadre :

Par cadre, j'entends à la fois le dispositif de travail, les règles imposées, et les personnes mêmes des thérapeutes.

- Les groupes que j'ai pratiqué comprennent généralement 3 à 6 enfants, garçons et filles mélangés, et sont animés dans l'idéal par un couple homme/femme de thérapeutes.
- Ces groupes sont en principe fermés ou « slow-open » et, dans l'idéal aussi, sans terme défini dans le temps. En institution, il est arrivé donc que certains groupes se poursuivent sur plus de 5 ou 6 ans, éventuellement avec quelques changements mineurs de cadre.
- Le groupe se réunit une fois par semaine, une heure pleine, dans une salle nue et sans accessoires.
- On dispose d'un coin chaises pour les moments de parole avant et après le jeu.
- Les chaises des adultes et celles des enfants sont de tailles différentes et se font face.
- Les débuts et les fins de séance ont une forme immuable.

Chaque enfant dispose à son tour d'une séance entière pour donner un scénario, nous le faire jouer et en discuter ensuite. Avec les enfants très jeunes ou immatures, j'ai aussi expérimenté des groupes de quatre enfants, dans lesquels chacun avait son tour chaque fois, ou une fois sur deux (on pouvait donc avoir jusqu'à 4 jeux successifs dans la même séance)

Les règles stipulent que :

- Lorsque son tour vient, il faut raconter une histoire.
- Cette histoire doit avoir un début, un développement et une fin.
- Tous, y compris les adultes, doivent avoir un rôle et l'accepter.
- L'auteur du scénario choisit son propre rôle.
- Il faut « faire semblant », même s'il est permis de se toucher.
- Il est interdit de sortir de la pièce pendant la séance.
- Il faut respecter le secret de groupe, ce qui se dit ou se joue ne sort pas de cette pièce.

Sur le plan technique, il s'agit de pratiquer un type de psychodrame que j'appellerais « psychodrame individuel en groupe », pratique dans laquelle l'attention des thérapeutes se porte à la fois sur la scène interne propre à chaque participant et sur le groupe considéré comme un appareil psychique en soi.

L'axe thérapeutique consiste essentiellement à créer les conditions favorables pour qu'un matériel interprétable verbalement ou scéniquement se mette en place.

Dans ce sens, nous avons accordé beaucoup d'importance à l'établissement de rituels d'entrée, de fin de jeu et de sortie. Je ne les ai pas intégrées dans la liste des règles parce qu'il s'agit de dispositifs ad-hoc, imaginés en fonction de la composition de chaque groupe, de l'âge des participants et du taux d'excitation propre à chaque groupe (par ex : taper à la porte à tour de rôle pour entrer, chant de début et de fin, modes de salutation, « dérôlage » systématique etc...).

Ce que j'évoque donc ici, c'est comme un long travail de prologue, de préparation de terrain auquel nous nous confrontons, travail qui ne va pas sans souffrances et impatience pour les thérapeutes !

Il s'agit d'un travail essentiellement centré sur le contenant, l'enveloppe et les outils de la symbolisation. Centré sur la constitution d'une assise narcissique suffisante pour donner un fond à la symbolisation.

Sous forme de boutade, je dis volontiers que lorsque la symbolisation est susceptible de devenir elle-même contenante on pourrait presque considérer que notre travail touche à sa fin. On pourrait laisser alors notre place aux thérapeutes individuels et à d'autres techniques.

Dans un premier temps, on a souvent affaire à des scènes pouvant réveiller beaucoup d'excitation et, dans les moments où l'excitation déborde, on voit aisément que tous les éléments du cadre que je viens de décrire sont susceptibles d'être « attaqués » comme on le dit souvent. D'autant plus que les enfants sont confrontés à un couple d'adultes pour les garantir, et que cela active sûrement des fantasmes de scène primitive et de relation oedipienne, chez eux comme chez nous.

Ce cadre est généralement immédiatement mis à mal et on peut dire que cette mise à l'épreuve du cadre constitue le premier transfert, la première expression de la problématique narcissique de tout individu plongé dans un nouveau contexte, problématique sous-tendue par les questions fondamentales :

« Vais-je trouver et conserver ma place dans ce lieu ? »

« Vais-je survivre dans ce lieu ? »

Dans une première étape de beaucoup de groupes d'enfants, il est clairement question de l'attaque des thérapeutes garants du cadre, au sens du deuxième stade du jeu selon Winnicott.

C'est à ce stade que certains thérapeutes disent « Je n'arrive pas à mettre ce groupe en route, cela ne marche pas, les enfants font n'importe quoi ... » et c'est là qu'il faut au contraire se dire : « ça marche, les choses sont en route ! ça va être dur mais on est entré dans un processus... »

En effet, la répétition de cette attaque et la capacité des thérapeutes à survivre psychiquement et à se remettre inlassablement en jeu, malgré le contre-transfert très pénible, permet à terme - si l'on suit Winnicott - de situer l'objet à l'extérieur de soi, de renoncer à la toute-puissance infantile et à la manipulation de l'autre comme s'il était un objet sans désir ni émotion propre.

L'importance de la répétition :

Il faut que cette confrontation se répète, il faut que les enfants vérifient que les adultes tiennent, qu'ils ne se laissent ni détruire, ni désespérer, ni épuiser.

Si tout va bien, cette attaque répétitive se poursuit en se déplaçant dans des formes symboliques. Les thérapeutes poussent naturellement activement dans ce sens. (ex : une pantoufle lancée, une chaise renversée peuvent se transformer en scénario !)

Au niveau des contenus, beaucoup d'enfants entrent dans la répétition immuable d'une scène traumatique pour laquelle ils cherchent des témoins. Lorsque les pathologies sont importantes, cela peut durer des mois voire des années. C'est un signe évident de souplesse psychique et de structuration du Moi que de pouvoir bouger plus rapidement et aller vers des formes plus variées et plus complexes au bout de quelques séances seulement.

Mais cette répétition, souvent rigide, pénible et douloureuse pour les enfants comme pour les adultes, est une étape importante du travail : elle permet d'exprimer que : « quelque chose a fait mal » qui fait encore mal, sans qu'on puisse se le représenter.

Quelque chose qui est comme inscrit dans le corps, qui a laissé essentiellement des traces sensorielles. Il s'agit d'une scène présentée plus que représentée.

Il y a pour les thérapeutes à prendre le temps d'aller toucher cela avec les enfants. De se laisser toucher - dans tous les sens du terme - de laisser naître l'émotion vraie, celle qui appartient à notre scène traumatique propre.

Je crois sincèrement que c'est de la répétition d'une scène dans laquelle il y a un vécu traumatique partagé ou du moins un affect douloureux partagé que naît la rencontre authentique entre soi et l'autre.

Le temps :

Il est donc question de se donner le temps de la rencontre authentique. Le temps de vaincre nos résistances propres, le temps de l'analyse du contre-transfert, (le temps de l'analyse tout court), le temps d'oser se défaire des modèles thérapeutiques dans lesquels nous sommes peut-être enfermés (interprétation verbale, abstention de contact physique, une certaine forme de neutralité).

Pour l'enfant, ce temps donné à la répétition d'un éprouvé corporel et émotionnel partagé, permet qu'il s'en forge des traces représentatives, et qu'il puisse progressivement élaborer le scénario complexe qui l'a conduit au mal-être et à la souffrance.

Cette question de prendre le temps est pour moi absolument fondamentale.

C'est peut-être ce qui reste le plus intrinsèquement propre à l'approche psychanalytique et je pense que nous avons à défendre absolument ce point de vue et à lutter pour le conserver.

Il faut du temps pour accepter la frustration de la confrontation au réel, il faut du temps pour faire le deuil des satisfactions hallucinatoires, il faut du temps pour grandir et prendre des forces physiques et psychiques. Il faut du temps pour se constituer un récit de sa propre histoire.

Dans le cadre très contraignant que je viens de proposer, il est possible de se confronter répétitivement et d'intégrer progressivement les éléments fondamentaux de la réalité humaine que nous partageons, et qui pour moi permettent d'échapper à la folie :

- La différence entre les générations
- La différence des sexes.
- La frontière entre le réel et l'imaginaire ainsi que la frontière entre soi et l'autre.
- La flèche du temps.
- La solitude et la finitude de notre vie humaine.

On va permettre aux patients d'intégrer une certaine capacité à tolérer la frustration que la confrontation à ces réalités suscite.

Le dernier point que je souhaite développer est celui de

La co-animation, et notamment par un couple hétérosexué de thérapeutes :

Le cadre d'un groupe de psychodrame mixte animé par un homme et une femme me paraît particulièrement propice à travailler le passage d'une scène hors représentation, dite avec le corps, à une scène plus symbolisée dans laquelle la conscience de jouer émerge.

La présence du co-thérapeute me paraît capitale, aussi bien pour offrir un contenant qui fasse écho à la bisexualité de l'enveloppe psychique précoce, que pour élaborer dans l'après-coup les contentions physiques qui sont souvent inévitables dans ce type de travail.

Il est évident que la présence d'un couple hétérosexué de thérapeutes incite les enfants à porter sur la scène des désirs et des angoisses liés à leur vécu face à la scène primitive et à la scène oedipienne.

Le couple thérapeutique est donc bien sûr source d'excitation en soi mais il peut - dans le même temps où cette excitation émerge - se situer, se mettre en jeu, travailler sa réponse, en utilisant des techniques et des ressources pare-excitantes propres à l'état de couple et plus particulièrement de couple hétérosexué.

Si l'on se penche sur la **vignette clinique** avec laquelle j'ai introduit cet exposé : je la considère comme l'illustration d'un moment de passage . Passage entre l'attaque agie sur les thérapeutes-parents à un scénario symbolique. Passage d'une scène, pour certains limite et pour d'autres hystérique, à une scène symbolique. Cette scène se situe après 3 ans et demi de travail avec ce groupe. 3 ans et demi au cours desquels de nombreuses chaises ont été renversées, de multiples contentions physiques ont été nécessaires de la part de mon co-thérapeute ou de moi-même. Mais : l'autre en était témoin, et nous pouvions montrer activement notre solidarité et commenter verbalement ce qui se passait. Nous pouvions débattre de nos positions communes comme de nos divergences devant les enfants. Nous pouvions éventuellement adopter des positions paradoxales. Nous pouvions surtout, vivre les choses ensemble et prendre le temps de les penser et de les élaborer dans l'après-coup, avant la séance suivante. Nous avons pu, avec le temps, passer d'un rôle plutôt éducatif contenant , à un rôle fictif de souverains dans un château du Moyen-Âge, assorti d'un rôle de thérapeute interprétant.

Au cours de la scène évoquée, nous avons pu mourir en tant que parents souverains et renaître en tant que thérapeutes, traversant ensemble des frontières construites et reconnues par tous.

En conclusion : J'ai voulu mettre en évidence que chez les enfants en défaut de latence, les thérapies psychanalytiques individuelles sont parfois difficiles à mettre sur pied et peinent à déployer les effets souhaités. Pour ces enfants, l'organisation de groupes de psychodrame peut constituer une alternative très intéressante si on échappe à la tentation de se protéger derrière une position émotionnellement neutre et trop verbale.

La répétition dans le jeu dramatique de la scène première comme de la dramaturgie oedipienne - avec toute l'excitation qui y est associée - est inévitable.

L'attaque du couple de thérapeutes garants du cadre est une constante dans les débuts d'un tel travail mais c'est dans son interprétation - et dans interpréter j'entends aussi nous prêter nous-mêmes au jeu - que les capacités d'intégrer un système de pare-excitations personnel et des capacités symboliques complexes vont se construire chez les enfants.

La présence d'un couple homme-femme de thérapeutes me paraît en soi un élément de cadre particulièrement adapté à cette problématique puisqu'elle confronte sensoriellement et émotionnellement, dans le moment de la séance, à l'incontournable réalité constituée par la différence des sexes et la différence des générations.

Ce dispositif constitue un outil puissant permettant de mettre au travail la toute-puissance infantile et ses limites ainsi que les deuils incontournables qui vont permettre l'élaboration d'une position dépressive au sens Kleinien du terme. Position dépressive que je vois comme le socle de la capacité d'être seul et peut-être même de la santé mentale.

Aline SAURER

Septembre 2014

Références théoriques dont je sais être imprégnée, même si je ne les ai pas citées explicitement :

Anzieu D. « Le transfert paradoxal. » In *Nouvelle revue de psychanalyse* n° 12, Paris, 1975.

Arbisio-Lesourd Ch. « L'enfant de la période de latence » Paris, Dunod, 1997.

Ausloos G. « Délinquance et thérapie familiale, le double lien scindé thérapeutique » in *Bulletin de psychologie*, Tome 36, n° 359, Paris 1982.

Botella C. et S. « La problématique de la régression formelle de la pensée et de l'hallucinatoire » in *La psychanalyse en question pour demain*, pp.63-90. Paris, PUF, 1973.

Rodriguez R. et Von Siebenthal A. « Psychodrame des groupes d'enfants » in *Soigner l'enfant* pp. 120-139, Tome 1, Manzano J., Lyon, Césure, 1989.

Roussillon R. « Les fondements de la théorie du cadre et la spécificité du travail de symbolisation groupal à la latence » in *Groupes d'enfants et cadre psychanalytique*, pp. 15-22, Privat P. Saint-Agüe, Eres, 1995

Winnicott D.W. « L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications » in *Jeu et réalité*, pp. 120 à 131. Gallimard, Paris 1975