



# À l'écoute de l'adolescent(e) épileptique pensant. De l'enseignement clinique du symptôme à la survivance

**Marie-Luce Simonin**

DANS **ENFANCES & PSY** 2015/3 N° 67 , PAGES 189 À 199  
ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 1286-5559

ISBN 9782749248776

DOI 10.3917/ep.067.0189

Date de mise en ligne : 12/10/2015

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2015-3-page-189?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour érès.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



**Marie-Luce Simonin** .....

# À l'écoute de l'adolescent(e) épileptique pensant. De l'enseignement clinique du symptôme à la survivance

## LIMINAIRE : JUSTINE ET DON JUAN

Justine et Don Juan sont deux grands adolescents, opérés d'une épilepsie<sup>1</sup>. En couple depuis plusieurs mois, Justine annonce que Don Juan l'a violée. Elle décrit à plusieurs copines, et aux professionnels, des scènes sexuelles de façon très crue, sans émotion apparente. La version de Don Juan est autre : il a sans doute été un peu trop loin, mais en aucun cas il ne l'a forcée. Elle l'a convié à venir la rejoindre. Lui-même raconte cela, tout juste mal à l'aise.

Avec leurs épilepsies frontales, ces deux jeunes ont connu des épisodes de désinhibitions, liées aux crises : touchant le corps de l'autre, se déshabillant, parlant de façon désinhibée. La mise en lien entre différentes situations apparaissait plus difficile, ainsi que l'empathie, l'accès aux conventions sociales, leurs familles se présentant comme « *suffisamment bonnes* » (Winnicott, 1990). Leurs parcours scolaires ont été chaotiques, avec isolement, déscolarisation, mais leur niveau restait bon. Ils se montraient tous deux capables d'apprendre, suivant une scolarité ordinaire. Au décours des atteintes épileptiques frontales, nous avons observé chez les jeunes accueillis à l'Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP), ce décalage au niveau du *feed-back* des affects, sans relever d'un barrage total des liens du penser, une déconstruction d'allure psychotique.

Les propositions cliniques qui vont être présentées, sont issues de notre travail en ITEP, accueillant des enfants et adolescents épileptiques en échec scolaire. Cette démarche s'inscrit dans l'accompagnement proposé aux enfants, à leurs parents et aux professionnels. Il ne s'agit pas de données statistiquement significatives, mais bien d'une démarche compréhensive de la psychodynamique du sujet. Le risque serait d'y voir, ou d'y chercher, prédictibilité, recettes, modes d'emploi, interprétations plus ou moins sauvages, ou encore réversibilité, qui enfermeraient le sujet en devenir. Nous tenterons d'explorer la complexité de la subjectivité, l'élaborer vers des voies d'ouvertures, des pistes de clarifi-

Marie-Luce  
Simonin,  
psychologue  
clinicienne,  
psychothérapeute,  
docteure  
en Sciences  
de l'éducation.

1. La crise épileptique est « un dysfonctionnement passager et réversible du système nerveux central, provoquant cliniquement un épisode de durée brève, à début brusque, pouvant altérer les mouvements, les sensations, les fonctions cognitives, les fonctions psychiques, la conscience, ou plusieurs d'entre elles, présumé en rapport avec une décharge électrique soudaine, excessive d'une population de neurones corticaux ». L'épilepsie est « une affection chronique d'étiologies diverses, caractérisée par la répétition des crises » (Gastault, 1973).



cations, pour nos positionnements professionnels au quotidien. N'oublions pas une de nos limites : l'inconscient, et tous les mouvements (que certains nomment des variables), qui nous échappent a priori, et ne prennent, parfois, sens que dans l'après-coup.

### DU SYMPTÔME

Jusqu'où l'institution et les professionnels peuvent-ils accompagner, prévenir, éviter, encourager les prises de risques pour des adolescents épileptiques qui nous sont confiés par leurs responsables légaux, pour un temps donné, autour de demandes manifestes et latentes ? Sans prise de risque des adultes, et des jeunes, nous pensons que le champ des possibles, l'ouverture, l'incertitude (Morvan, 1997), le « *frémissement* » (de M'Uzan, 1977) nécessaires à la mission éducative (*educare*, mener hors de), et leurs possibles effets thérapeutiques, seraient à risque de ne pouvoir être explorés. Le pendant est le risque de conduites de rupture, risque de mort, de déconstruction psychique pour l'adolescent. Quelle responsabilité (en référence à la réalité extérieure) et quelle culpabilité (en référence à la réalité intérieure), quels fantasmes autour du risque, des risques pour les professionnels ?

Le symptôme sera l'entrée de notre réflexion, et la lecture qui peut en être faite. Nous nous intéressons à ce que le sujet en fait, sa place, son sens, son intérêt (Perron, 1985). L'étayage par le sens sera une de nos voies d'entrée. Sens en tant que signification, en tant que sensibilité, relevant du corps et du psychisme.

### DU « COLLAPSUS TOPIQUE » ET DES SÉQUELLES NEUROPSYCHODYNAMIQUES

Le concept de collapsus renvoie à celui du trauma (Freud<sup>2</sup>, Ferenczi<sup>3</sup>, Janin, 1996), ainsi qu'aux mouvements de liaison-déliaison. Bion (1962) et Green (1973) ont exposé l'effacement des liens, les états de blancs, de vide lorsque la réalité intérieure vient se réaliser dans la réalité extérieure. Anzieu (1990) présente « *l'attachement au négatif* ». Faute de symbolisation, le négatif prend la place. L'effroi peut barrer la symbolisation « là où quelque chose aurait dû avoir lieu, rien ne se passe » (Winnicott, 2000). Qu'est-ce qui est alors introjecté dans les ruptures, désinhibitions, effondrements relevant des crises d'épilepsies ?

C'est à ce niveau que nous avons proposé la notion d'empreinte, de trace, de mémoires neurologiques, et du corps (Simonin, 2012). Les voies empruntées seraient plus ou moins conscientisées. L'effet de collision pourrait s'inscrire dans un « *collapsus topique* » (Janin, 1996) ; nous émettons l'hypothèse d'une effraction entre le conscient et l'inconscient, une rupture du pré-conscient. Le pare-excitation serait effracté, non par une carence ou des violences familiales potentiellement psychotisantes, mais par la réalité extérieure-intérieure, relevant du neurologique. Nous serions dans les

2. Freud a traité des notions de traumatisme, du traumatisme et du trauma. Ces concepts ont évolué tout au long de son œuvre, de *l'Esquisse* en 1895, à *L'homme Moïse* en 1939. Il aborde le trauma comme effraction du pare-excitation au tournant de 1920, le traumatisme relevant de l'économique.

3. Ferenczi, entre 1928 et 1933.

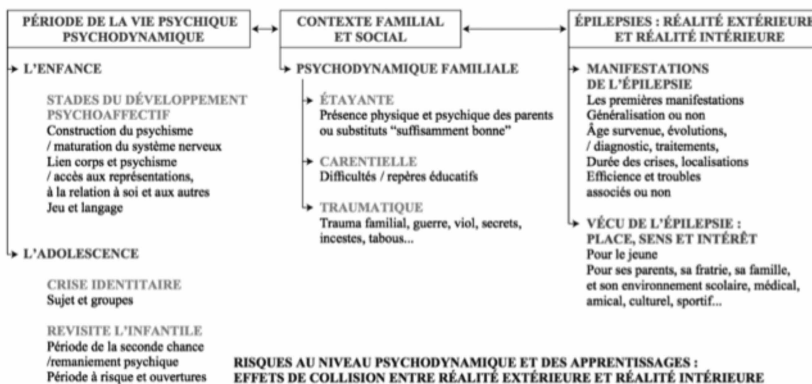
séquelles de l'épilepsie au niveau relationnel, donc dans une construction identitaire aux séquelles « neuropsychodynamiques ».

Ainsi, la « crainte de l'effondrement » (Winnicott, 2000) entrerait en collision avec l'effondrement épileptique, la séparation-individuation avec les ruptures épileptiques, les pulsions libidinales et agressives avec une désinhibition suite à une atteinte au niveau du lobe frontal... Nous en avons proposé une première approche autour de la situation de Willy (Simonin, 2013).

## LES SCHÉMAS

Nous avons réalisé deux schémas, afin d'étudier ces séquelles que nous nommons neuropsychodynamiques. La construction identitaire de ces adolescents s'inscrirait dans ces effets de l'épilepsie sur leurs relations précoces avec leur environnement, et le feed-back de leurs propres sensations internes.

**Schéma 1. INTRICATION DES FACTEURS DE RISQUES ET D'OUVERTURES CHEZ L'ADOLESCENT(E) ÉPILEPTIQUE ACCUEILLI(E) EN ITEP**



La première colonne présente la période de la vie psychique (psychodynamique). Il s'agit des stades du développement psychoaffectif à l'enfance, puis à l'adolescence, en référence à Freud. Ce qui nous paraît primordial, est le lien que propose Freud entre la construction du psychisme et la maturation neuronale. Le corps, ses sensations, ses besoins, sont à la base de la relation. Lorsqu'ils sont étayés par l'adulte de référence, l'enfant acquiert ce qu'Erikson (1978) appelle la confiance de base. Selon Freud, ces temps de réponse aux besoins du nouveau-né, du bébé, de l'enfant, lui permettent peu à peu de construire ses représentations, donc de se construire psychiquement. Ces réponses se situent dans la réalité extérieure (nourriture, sommeil, porté dans les bras, réadaptation des réponses selon les besoins, c'est-à-dire aux pleurs, à l'apaisement). Elles se situent également au niveau de la réalité intérieure (besoin de porté psychique, selon Winnicott (1990), d'un Moi auxiliaire (Bion, 1962), la fonction bêta et la fonction alpha de la mère<sup>4</sup>).

4. Selon Bion, les éléments bêta seraient « vomis » par l'enfant ; des éléments non psychisés. La mère, par son appareil à penser les pensées, lui renverrait ce contenu après un temps de « digestion », par ses réponses à ses besoins et angoisse. La capacité de rêverie de la mère s'inscrirait dans cette construction des représentations par le filtre de la mère.



Ainsi, ces différentes phases ouvriront vers une séparation-individuation, une « capacité à être seul en présence de la mère » (Winnicott, 1990), un accès aux positions psychiques selon Melanie Klein (1996), position schizo-paranoïde, puis dépressive.

La crise identitaire à l'adolescence – la dynamique au niveau individuel et groupal –, vient revisiter l'infantile. Cette période souvent nommée « seconde chance » est une période à la fois à risque (suicides, violences, sexualité...), mais aussi de remaniement psychique, d'ouverture. Erikson (1978) précise les dispositions indispensables à la construction de l'identité mises en place durant l'enfance : la confiance, l'autonomie, l'initiative et la réalisation. La confiance (en lui, en les autres) est la base de toute vie psychique, condition première de la vitalité mentale. Elle est composée de régulations mutuelles entre les besoins de l'adolescent et les réponses de l'environnement. Elle fait naître le sentiment de familiarité (de régularité), permet l'instauration d'un bien-être intérieur. Le jeune donne un contenu à la notion d'altérité, l'autre devient une certitude intérieure, et permet le lien entre le corporel et le psychique (dire par le corps, contrôle de soi-même). L'intimité se construit, dans une relation profonde, intéressée par l'identité de l'autre, dans une prédictibilité intérieure (anticiper les réactions de quelqu'un d'autre). Pour la maintenir, la confiance en l'autre s'inscrit dans une confiance que l'autre me fait. Si la confiance disparaît, la méfiance prend la place. La quête d'identité n'est possible qu'avec un désir d'autonomie, d'indépendance, pouvoir se donner à soi-même sa propre loi. Pour cela, il s'agit de ne pas avoir honte de ce que l'on est (au niveau de l'image du corps, et l'image de soi), et de ne pas douter de ses capacités. À l'issue de chaque crise, doit ressortir un sentiment d'une unité renforcée, dans une évolution qui n'est pas linéaire.

### SCHÉMA 1, COLONNE 2

La deuxième colonne présente de façon schématique, trois psychodynamiques familiales : étayante, carenentielle, traumatique. Elles relèvent de ce qui se joue ou rejoue dans ce qui est intériorisé du lien, des groupes primaires, secondaires, tertiaires (Kaës, 2003). Les psychodynamiques familiales étayantes, relèveraient d'une présence physique et psychique des parents ou des substituts, « *suffisamment bonne* ». Les psychodynamiques carenentielles présenteraient des difficultés d'étayage, de contenance au niveau des repères éducatifs. Enfin, les psychodynamiques familiales traumatiques s'inscriraient dans un trauma familial relevant de la guerre, de violences, viol, secrets, incestes, tabous..., sans que ces traumas n'aient pu être psychisés. Les familles pourraient, selon les périodes et contextes de leur évolution, se situer dans l'une ou l'autre de ces dynamiques.

Les accompagnements et les ressources de chaque dynamique sont toujours à écouter, afin de ne pas stigmatiser les familles, les enfermer dans jugements et stéréotypes. Il ne s'agirait pas non plus d'idéaliser les familles.

Nous serions dans une écoute des limites, des difficultés, de leur prise de conscience, leurs modalités d'expression, ainsi que leurs potentialités et compétences.

### SCHÉMA 1, COLONNE 3

La troisième colonne présente les manifestations de l'épilepsie, relevant de la réalité extérieure, et de son vécu, c'est-à-dire la réalité intérieure.

Les manifestations de l'épilepsie s'inscrivent à plusieurs niveaux : les premières manifestations, la généralisation ou non des crises. Nous posons, à partir de ce que les familles et les jeunes ont pu nous en dire, que ces premiers temps peuvent relever d'un trauma, effractant plus ou moins gravement, profondément, les parents, frères, sœurs, grands-parents... Lorsque l'enfant convulse, pouvant présenter perte de conscience, bavage, perte d'urine, râle, la famille se sent souvent démunie, impuissante, avec la terreur de le voir mourir. Ces scènes peuvent se répéter, durer quelques minutes, ou plusieurs heures. La sidération serait présente lorsque la crise cède, lorsque l'enfant « revient », selon l'expression de parents. La fratrie assiste souvent à ces moments de crises, elle est parfois également sidérée. Pris dans l'urgence, les parents ne peuvent pas forcément les accompagner.

L'âge de survenue, l'évolution de la maladie, les diagnostics, les pronostics et les traitements se sont avérés être des facteurs potentiellement destructurants pour l'enfant épileptique au niveau des stades de développement psychoaffectifs que nous avons présentés en première colonne. La localisation des crises, les zones cérébrales touchées, sont pour certains visibles de l'extérieur au niveau moteur (clignements des yeux, secousses, clonies, extensions des membres inférieurs ou supérieurs, déviation de la tête...). D'autres sont plus ou moins visibles et compréhensibles, lorsque, par exemple, les zones limbiques peuvent être empruntées, avec frayeur, ou les zones temporales, occipitales, avec hallucinations auditives, visuelles... Les effets de résonance sur ceux qui assistent aux crises sont différents. Les éprouvés du jeune aussi, sans forcément comprendre, se rappeler, ou oser parler de ce qu'il vient de vivre. Le miroir dans les yeux de son environnement (Winnicott), serait de l'effroi, de la sidération, de la peur, du dégoût, selon ce qu'en disent les proches.

Voyons maintenant, avec l'appui du schéma 2, les possibles effets des crises d'épilepsies, de la crise de l'adolescence, et des crises d'angoisse.

Ce schéma (page suivante) se présente comme une balance : au centre « risques potentiels et potentiels évoqués ». Risques potentiels au niveau psychodynamique et potentiels évoqués lisibles sur l'électro-encéphalogramme, mais également potentiels au niveau psychodynamique. L'équilibre serait recherché entre les risques et ouvertures de « déconstruction psychique » (le plateau de gauche de notre balance, la première colonne), et de (re)-construction psychique (le plateau de droite, la dernière colonne).



Schéma 2. Corps et psychisme : les voies empreintées



### SCHÉMA 2, COLONNE 1 « DÉCONSTRUCTION PSYCHIQUE »

Les questionnements lors de l'admission des jeunes à l'ITEP s'inscrivaient autour de la part des effets potentiellement destructurants des épilepsies, d'effets « zoom », ou masquant des crises épileptiques sur des difficultés pré-existantes. Les risques à l'adolescence se situent autour des conduites d'addictions (drogues, alcool, anorexie...), la déscolarisation, le suicide, la schizophrénie. Dans quel domaine va-t-il exprimer sa souffrance ? Contre lui-même (automutilation, suicide, isolement), contre ses parents, contre la société ? Ou même les trois domaines ? Ainsi, selon la construction de ses objets internes (ses identifications), il lui sera plus ou moins facile de se séparer de sa famille.

Pommereau (2009, p. 24-25) précise que les conduites de ruptures « visent à se couper des représentations psychiques intolérables, à substituer les sensations aux émotions et à déplacer les conflits intolérables dans et hors le corps propre [...] ce faisant, les conduites de rupture interrogent et mettent à l'épreuve les limites à différents niveaux. D'abord les "frontières de soi", c'est-à-dire les enveloppes corporelles et psychiques assurant la différenciation, la contenance et le pare-excitation ». Anzieu (1995) a développé ces notions d'enveloppes psychiques au niveau individuel et groupal. Beaucoup de jeunes accueillis à l'ITEP présentaient des crises non épileptiques, des scarifications, des violences auto- ou hétéro-agressives. Certains pouvaient également faire des « cocktails », qu'ils savaient à risques, avec les prises de médicaments : alcool, drogues... Ainsi, dans cette période de construction, de crise identitaire, une vigilance sera portée autour des questions des atteintes des limites et des atteintes identitaires chez l'adolescent épileptique (au niveau des registres concernés de fonctionnements limites, sur un versant narcissique ou dépressif, ou de psychoses, qui seront à étayer).



## LE COLLAPSUS TOPIQUE

Retrouvons la situation de Justine et Don Juan pour explorer notre balance autour du collapsus, les décalages et les atteintes neurologiques. La sexualité revenait au premier plan, associée à une désinhibition des fantasmes autour de l'éducation, de l'absence de limites, de respect de Soi et de l'autre. Les démons ressortaient. Comment ces deux jeunes, aux familles porteuses de valeurs, en sont arrivés là ? Vieux démons de l'épilepsie qui entreraient également en collision. Quelle confiance ces jeunes avaient-ils dans l'adulte ? Comment pouvaient-ils paraître si froids en racontant les scènes sexuées ? Comment entendaient-ils les sanctions posées ? Certains parents se demandaient si leur enfant éprouvait de la compassion. Ils exprimaient souvent leur désarroi face au décalage entre leur âge réel et leur maturité affective, leurs attitudes, leurs réactions, centres d'intérêt, leur « égocentrisme », leur absence parfois d'empathie. Au niveau du langage, l'orthophoniste de l'ITEP insistait sur les entrées sensorielles de ces jeunes qui seraient touchées par les épilepsies, avec des troubles en découlant sur le versant réceptif, et impactant le versant expressif, ainsi que la mémoire de travail. Ces troubles spécifiques pourraient être confondus avec des atteintes psychiatriques (distance à l'adulte parfois non adaptée, difficulté à comprendre, à mettre en lien, accès à la symbolisation difficile...). Nous avons étudié « l'endo-double psychique » (Maillefaud, 1987) autour de l'évocation des doubles (Simonin, 2012). Maillefaud précise que lors de la crise d'épilepsie, nous serions dans une absence d'accès aux représentations, à la mentalisation, pouvant renvoyer aux « blancs » de la relation évoqués au début de notre propos.

### PISTES DE COMPRÉHENSION ET D'ÉLABORATION DES POSITIONNEMENTS PROFESSIONNELS : LE CORPS DU PASSEUR<sup>5</sup> COMME ESPACE DU PENSER

Lorsque nous parlons du corps du passeur, les distances physiques avec le jeune adolescent sont bien sûr toujours à respecter. Il s'agit de ce qui est ressenti physiquement (les sensations, les émotions) et psychologiquement par le passeur, et « retranscrit » en pensées, élaboré, pour ajuster le *feed-back*, la relation en termes d'analyse, de compréhension. Il ne s'agit pas de tout verbaliser, ou interpréter. Le positionnement professionnel s'ajuste et permet des propositions autres, des détours pour apprendre, pour être en relation, pour soigner. Un soin psychique qui passe par le corps (fonction bêta et fonction alpha, [Bion, 1962]). En transposant la topique freudienne, le passeur se présenterait comme un filtre, un préconscient face à ce qui se joue et rejoue dans la relation. Il réadapte les distances professionnelles, par la prise de conscience des mouvements transféro-contre-transférentiels<sup>6</sup>. Il peut être anti-thérapeutique, si la prise de conscience du mécanisme de réparation (Klein, 1997) des professionnels n'est pas travaillée.

5. Expression de J.-S. Morvan, proposée dans G. Netter, « La question de la bonne distance dans la relation pédagogique : un ajustement permanent entre désir et interdit », *Journal des psychologues*, sept. 2014, n° 320.



## LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN COMME PASSEUR

Après quelques années en qualité de psychologue clinicienne en ITEP, nous avons observé des dynamiques communes adolescentes, mais également des spécificités chez ces jeunes épileptiques. La mise en lien entre ce qu'ils ressentaient et les situations quotidiennes nous est apparue parfois manquante. Au sein d'une cure d'inspiration psychanalytique, les dynamiques de ces jeunes épileptiques sont difficiles à accompagner, selon nous, si elles ne sont pas mises en lien avec la réalité extérieure.

Le travail psychothérapique en séance s'est révélé être un temps de respiration, d'accès peu à peu aux représentations. Nous pensons que dans le cadre de certaines épilepsies, par exemple l'épilepsie frontale précoce, le Surmoi (l'intériorisation des interdits à la période œdipienne selon Freud) a pu être submergé par le ça (le pulsionnel), débridé par les crises épileptiques. L'accès aux représentations a pu être barré par un possible trauma, dû à l'épilepsie, où le sentiment continu d'exister et la confiance de base (Erikson, 1978) sont attaqués. Cela s'inscrirait dans les séquelles neuropsychodynamiques. Le peu de culpabilité apparente, une empathie chaotique, une prise de risque au niveau de la sexualité, un manque de respect de Soi, et donc de l'autre, de son corps, de l'intime, de la différenciation, pourraient en être les symptômes chez des jeunes capables de penser, présentant une difficulté de mise en liens.

La notion de honte était souvent abordée par les jeunes, autour de ce qu'ils auraient fait de mal pour être épileptiques, exclus des écoles, se sentant incompris ou ayant le sentiment de faire peur, étant souvent source de moqueries. Leur Idéal du Moi, avec la capacité de se projeter dans l'avenir, nous est apparu également en débâcle. L'insécurité qu'ils présentaient, avec des mouvements de retrait, de lâchage, de repli, ou des conduites de ruptures en seraient les symptômes. Déroute de l'Image de Soi, de l'estime de Soi et de l'Idéal du Moi.

Lorsque les étayages de Moi auxiliaires se mettent en place peu à peu (ce qui n'est pas toujours le cas), ce qui « remonte » à la conscience peut ouvrir aussi le jeune à des conduites de rupture. L'évocation de l'épilepsie, en séances psychothérapiques, ne s'effectue que par touches. Nous avons vu beaucoup de jeunes en crises non épileptiques (soit en plus de leurs crises épileptiques, soit après des opérations). Le déni de la mort est bien plus difficile face à l'épilepsie, les jeunes demandant s'ils pouvaient mourir d'une crise d'épilepsie. L'évocation de la crise pouvait être confondue par le jeune : l'action et la pensée ne font qu'un. Parler de la crise pouvait, pour certains, déclencher une nouvelle crise (ce qui arrivait). La crise viendrait combler ce vide, les blancs de la relation. Le passeur ne peut qu'être présent physiquement, et psychiquement, dans un positionnement thérapeutique de Moi auxiliaire, de fonction bêta et alpha (Bion, 1962), face aux blancs, au négatif de possibles séquelles neuropsychodynamiques d'un collapsus topique dû à l'épilepsie.

6. Dans la lignée de J.-S. Morvan, nous différencions le transfert et le contre-transfert, propres à la cure, des mouvements transféro-contre-transférentiels présents dans les espaces pédagogiques, éducatifs.



Ces séquelles neuropsychodynamiques peuvent s'inscrire dans tous les registres que nous rencontrons dans nos sociétés : névroses, fonctionnements limités, psychoses. L'espace serait thérapeutique par l'étayage de la relation. Celle-ci permettrait une (re)mise en lien de ces vécus d'effondrement et ces effondrements, une survivance (nous la définirons dans les conclusions). Il s'agit de suffisamment écouter le symptôme, mais sans s'effondrer. Comme dans les névroses hystériques ou obsessionnelles, l'accompagnement est délicat, et parfois épuisant, face à ces symptômes plus ou moins envahissants. L'inscription dans différents temps, différents liens (histoire, anamnèse, familles, apprentissages, remédiations...) constitue autant de voies d'entrées qui nous paraissent précieuses lorsqu'elles peuvent s'entrecroiser pour accompagner le jeune.

Ce soin psychique se situe dans une compréhension de la réalité extérieure, au niveau neurologique. L'enregistrement des crises à l'aide de l'électroencéphalogramme, la compréhension de ses possibles effets, ainsi que ceux des traitements médicaux, ou chirurgicaux sont indispensables. Piera Aulagnier (2003) nous mettait en garde sur les dangers de l'interprétation. Elle peut devenir dévastatrice lorsqu'un symptôme est d'emblée « psychologisé », ou psychiatrisé, lorsque l'enfant et ses parents ne sont pas entendus. Nous avons observé que lorsque le lien entre les parents et les professionnels n'était pas suffisamment cohérent, les effets thérapeutiques pour l'enfant s'inscrivaient difficilement dans le temps. Les liens avec la famille nous paraissent primordiaux, autour de l'écoute, d'échanges, d'un décodage des actions des différents professionnels, qui peuvent devenir des actions parlantes.

Nous avons également observé que les facteurs médicaux, psychologiques, psychiatriques, socio-économiques, éducatifs s'entrecroisaient. Le psychologue aurait un possible positionnement de passeur dans cet espace d'accueil et d'accompagnement. Le travail du cadre avec les professionnels (Racamier, 2001) – son sens, son étayage – serait une des voies d'entrée. Les liens avec le réseau et les professionnels extérieurs à l'ITEP (pour les orientations par exemple) se sont avérés être des espaces thérapeutiques possibles : l'inscription dans les apprentissages, un projet.

L'adolescent peut devenir également un passeur, porteur de capacités pour lui, ses parents, ses pairs.

C'est dans ce cadre que nous reprenons maintenant la notion de survivance que nous avons proposée dans notre thèse (Simonin, 2008), nous l'ouvrons dans cette dernière partie pour le passeur.

## CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

### UNE LIGNE EN TENSION : SURVIVANCE ET PRISE DE RISQUE

La survivance aurait comme base la confiance (Erikson), la présence et la prise de risque. La survivance serait la capacité du passeur à croire en sa propre survie psychique et physique lors du chaos, dans celle de la personne



accueillie, et celle de l'institution. Le chaos serait une perte de repères, une ouverture à l'inattendu, pouvant renvoyer à la notion de saisissement selon Michel de M'Uzan (1977). Il s'agit pour le passeur de pouvoir lâcher sans s'effondrer (Winnicott, 2000), où la quête se différencie de l'attente. Le passeur accompagne et s'accompagne.

La position que nous nommons survivance s'inscrit dans des sphères d'interliaisons et de liens en négatif. Le positionnement professionnel, en termes de position psychique, selon Melanie Klein, serait un filtre individuel et groupal. Le temps, non linéaire, pourrait être travaillé, entre le temps du présent, le temps refoulé de l'enfance et un processus de sublimation (la diachronie et la synchronie). Le temps du moment propice serait sous-tendu par les alliances et pactes dénégatifs, des histoires familiales et institutionnelles, des professionnels, des personnes accueillies, et des institutions, voire de la société.

Le préconscient professionnel serait cette position de filtre que peuvent tenir le passeur et l'institution. Le collapsus topique serait remis en perspective ; ce qui passe par nous et nous dépasse ; un passeur, une survivance.

Justine et Don Juan ont continué leur chemin. De nombreux relais ont été mis en place, ainsi que des limites relevant de la Loi. Au niveau éducatif, en lien avec les parents, le cadre avait été resserré. Au niveau thérapeutique, les suivis ont été poursuivis. Pour les apprentissages, des moyens de compensation ont été proposés afin de leur permettre une revalorisation de l'Estime de Soi, en leur donnant les moyens d'exprimer leurs potentialités. Processus thérapeutique qui en appelle aux liens, à l'espace et au temps ; le temps d'être.

## BIBLIOGRAPHIE

- AULAGNIER, P. 2003. *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*, Paris, Puf, coll. « Le fil rouge ».
- ANZIEU, D. 1995. *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- ANZIEU, D. 1990. « L'attachement au négatif », dans *Créer, détruire*, Paris, Dunod, 1996
- BION, W. R. 1962. *Aux sources de l'expérience*, Paris, Puf.
- DOLTO, F. 1988. *La cause des adolescents*, Paris, Laffont.
- EIGUER A. 1986. *Un divan pour la famille. Du modèle groupal à la thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Le Centurion.
- ERIKSON, E. 1978. *Adolescence et Crise*, Paris, Flammarion.
- FERENCZI, S. ; RANK, O. 1994. *Perspectives de la psychanalyse*, Paris, Bibliothèque scientifique Payot.
- FREUD, S. 1895. « Esquisse d'une psychologie scientifique », dans *La naissance de la psychanalyse*, Paris, Puf, 1969.
- GUINDON, J. 1970. *Les étapes de la rééducation, des jeunes délinquants et des autres*, Paris, Éditions Fleurus, coll. « Pédagogie psychosociale ».
- GREEN, A. 1973. « Le double et l'absent », *Critiques*, n° 3/2, p. 391-412.
- JANIN, C. 1996. *Figures et destins du traumatisme, le fait psychanalytique*, Paris, Puf.
- KAËS, R. et coll. 2003. *L'institution et les institutions*, Paris, Dunod, coll. « Inconscient et culture ».
- KLEIN, M. ; RIVIERE, J. 1997. *L'Amour et la Haine*, Paris, Payot, coll. « Petite bibliothèque Payot ».
- KLEIN, M. 1996. *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.



- MAILLEFAUD, T. 1987. « Épilepsie, endodouble et mentalisation. Le double endo-psychique chez l'épileptique », dans *Psychopathologie de l'épilepsie*, colloque de Brie-sur-Marne, 26 et 27 juin 1987, documentation médicale Labaz, p. 149-153.
- MORVAN, J.-S. 1997, *Représentations des situations de handicaps et d'inadaptations : chez les éducateurs spécialisés, les assistants de service social et les enseignants spécialisés, en formation*, Paris, Éditions du CTNERHI.
- M'UZAN, M. (de) 1977. *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard.
- PERRON, R. 1985. *Genèse de la personne*, Paris, Puf, coll. « Le psychologue ».
- POMMEREAU, X. ; BRUN, M. ; MOUTTE ; J.- P. 2009. *L'adolescence scarifiée*, Paris, L'Harmattan, coll. « L'œuvre et la psyché ».
- RACAMIER, P.-C. 2001. *L'esprit des soins, le cadre*, Les éditions du Collège.
- SIMONIN, M.-L. 2013. « La vie en tête : Willy, une épilepsie grave (?) du neuvième mois », *Épilepsies de la petite enfance*, Revue ANECAMSP, coll. « Contraste » enfance et handicap, n°38, p. 295-314.
- SIMONIN, M.-L. 2012. « La crainte de l'effondrement chez l'adolescent(e) épileptique : évocation des doubles », dans J.-S. Morvan (sous la direction de), *Le sujet handicapé, évocation(s) du lien psychique et du lien social*, Paris, L'Harmattan, coll. « Savoir et Formation », Série Handicap et Éducation, p. 97-112.
- SIMONIN, M.-L. 2008. *Le malaise de l'éducateur spécialisé et de l'éducateur de jeunes enfants dans le secteur de l'éducation spécialisée : étude clinique des représentations*, thèse de doctorat sous la direction de M. le Pr. Jean-Sébastien Morvan, Université Paris 5, René Descartes-La Sorbonne.
- WINNICOTT, D. W. 2000. *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard.
- WINNICOTT, D.W. 1990. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

### RÉSUMÉ

À l'adolescence, la prise de risque nous paraît nécessaire pour le sujet en devenir. À partir de la situation de Justine et Don Juan, adolescents épileptiques accueillis en Institut thérapeutique éducatif et pédagogique, nous questionnerons les spécificités des accompagnements, lorsque les intrications neurologiques, psychologiques et sociales s'entremêlent. La lecture du symptôme est proposée dans ce cheminement comme voie d'entrée. Les séquelles neuropsychodynamiques s'inscriraient dans des effets de collision (collapsus topique) entre la réalité extérieure et la réalité intérieure. Le passeur, professionnel de la relation du soin, en appellera à la survivance, dans des actions parlantes.

### SUMMARY

*Listening to the thinking epileptic adolescent. From clinical learning of the symptom to survivance*

*At adolescence risk taking seems necessary for the emerging subject. Drawing on the cases of Justine and Don Juan, adolescent epileptics at the Educational Therapeutic Institute, we will question the specificity of accompaniment when neurological, psychological and social intricacies become entangled. Symptom reading is proposed as a way into this process. Neuropsychodynamic sequels may appear in the impacting effects (topographical collapse) of external and internal reality. The conveyor, a caring relationship, will resort in the reintegration, a survivance of relevant actions.*

### Mots-clés :

Symptômes, collapsus topique, séquelles neuropsychodynamiques, survivance, psychologie clinique, épilepsie.

### Key words :

*Symptoms, topographical collapse, neuropsychodynamic sequels, survivance, clinical psychology, epilepsy.*