

La phobie : une clinique de la résistance

Jean-Claude Guillaume, Catherine Dupuis-Gauthier

DANS **JOURNAL DE LA PSYCHANALYSE DE L'ENFANT** 2019/2 Vol. 9 , PAGES 39 À 55
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 0994-7949

ISBN 9782130821441

DOI 10.3917/jpe.018.0039

Date de mise en ligne : 31/10/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-journal-de-la-psychanalyse-de-l-enfant-2019-2-page-39?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 Presses Universitaires de France.

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.

LA PHOBIE : UNE CLINIQUE DE LA RÉSISTANCE

Jean-Claude GUILLAUME,
Catherine DUPUIS-GAUTHIER

Les vrais, les purs bâtisseurs haïssent la léthargie
des forteresses.

R. Char (1971), *Recherche de la base et du
sommet*, p. 170.

La résistance, en Psychanalyse, concerne avant tout les mécanismes utilisés par un patient pour bloquer, freiner, voire attaquer le processus de passage entre inconscient et conscient... Mais il peut s'agir aussi d'un effort pour empêcher une intrusion ressentie comme dangereuse pour l'équilibre interne de la psyché... Résister se doit donc d'être entendu, dans la dynamique transférentielle, sous le double aspect du positif protecteur et du négatif inhibiteur. C'est le jeu subtil entre ces deux composantes qui ouvre le chemin du symbole et de la pensée. Dans les deux cas de phobie évoqués ici, la résistance interroge le cadre analytique proposé à l'enfant, et impose à l'analyste la prise en compte de la problématique parentale.

LE « PRINCIPE PHOBIQUE »

Le terme de principe est utilisé ici pour insister sur la dimension d'anticipation, *primum movens* de la cohérence psychique, que la phobie met en scène. Elle protège et permet l'organisation de défenses, au sens positif du terme. Mécanisme complexe, susceptible d'apparaître dans des structures psychiques très différentes, elle est généralement décrite comme « déplacement » d'une angoisse vécue sur un objet, « substitut » d'un « objet » premier, source de l'angoisse en question. La clinique actuelle nous permet

d'élargir cette conception théorique du côté d'un clivage initial entre une angoisse catastrophique au sens de Bion (2014b), et une psyché qui a besoin d'expulser cette angoisse pour maintenir son intégrité. L'efficacité de cette défense phobique dépend alors de la solidité initiale de l'appareil mental et de l'intensité de l'éprouvé qui l'attaque. À l'évidence, le seuil est fluctuant et émerge de manière claire dans la constitution du symptôme. Si la phobie des éléphants ne pose que peu de problèmes à un Européen vivant en milieu rural traditionnel, une agoraphobie intense, à l'inverse, peut se révéler totalement invalidante. Preuve est faite alors que l'effort de la psyché pour évacuer et cliver cette angoisse consiste à la projeter dans des objets, des êtres vivants, voire des situations, qui sont censées la « contenir » ou utiliser la scène du réel comme ébauche représentative, esquisse que la psyché elle-même ne peut réaliser. Mais ce *principe phobique* « dessine » en quelque sorte, les contours d'un territoire limitant et condensant l'angoisse, qu'il convient impérativement d'éviter. La construction du symptôme mérite toujours l'attention, en raison de sa richesse symbolique et de sa subtilité. La peur des petits animaux, volants, ou rampants, vise à la fois à contenir mais sans doute aussi à réduire (par la taille) la trace intuitive, mémoire du débordement initial de ce vécu catastrophique. Cette terreur, réduite dans l'insecte par exemple, lui donne une « densité » phobogène d'autant plus grande. Reste que les angoisses catastrophiques sous-jacentes, ancrées dans les agonies primitives non contenues par l'environnement, peuvent se retrouver aussi dans des structures psychotiques au sein desquelles, projection pathologique et clivage opèrent souvent comme mécanismes de défense dominants. On peut penser alors que le sujet psychotique a recours à la phobie pour signifier l'étrangeté du monde, la peur qu'il lui inspire, et l'attaque qu'elle exerce sur les parties saines de sa personnalité. Le mécanisme phobique entre alors en scène comme marqueur d'un équilibre à retrouver entre un pôle objectal et un pôle narcissique, d'autant plus concerné que l'intensité de l'angoisse clivée est grande. L'objet choisi par le sujet phobique a donc valeur de proto-représentation, sculptée avec les moyens du bord dans

un réel qui « contiendra » ce qu'il convient d'éviter. La transformation opérée dans la mise en place de ce principe particulier de fonctionnement est donc essentielle à prendre en compte, afin de tenter de repérer les invariants capables de relier la situation phobogène à la psyché du sujet.

Mais « l'objet » phobogène initial, se situe aussi bien dans le rapport que le sujet a construit avec son environnement et ses objets externes, que dans celui, plus complexe, qui l'inscrit dans ses lignées parentales au prix d'un « legs » générationnel non pensé, crypté. Cette sorte de kyste émotionnel s'inscrit dans la psyché de l'enfant tel un « autre en soi » venant perturber ou invalider la construction du moi. Selon l'intensité de la capacité invasive de cet « objet », la psyché peut le cliver et le projeter à l'extérieur, sous forme de phobie scolaire par exemple, symptôme fréquent s'il en est et souvent délicat à résoudre. La clinique nous montre alors que le « déplacement » n'est pas tant celui du patient qui clive et projette, que celui de l'environnement qui *recentre* la problématique sur l'enfant et sur l'école. Cette tendance à détourner le regard n'est évidemment par le fruit du hasard. Si l'école représente culturellement l'espace social dans son ensemble, c'est en tant qu'extérieur non protégé qu'elle convoque le mécanisme phobique, quels que soient les éléments factuels souvent mis en évidence comme facteurs de causalité. L'enfant, à un moment donné de son développement, se voit dans l'impossibilité d'accéder à cet extérieur, devenu pour lui, un espace d'anéantissement, de destruction, d'assujettissement. Force est donc d'interroger cette rupture brutale de contenance et la nécessité soudaine d'un repli narcissique face à un objet qui, jusqu'alors, ne semblait pas présenter de danger particulier...

R. ET SA MÈRE

Les pères ont mangé des raisins verts,
les dents des fils sont agacées.
Ézéchiél, chap. XVIII, p. 1154.

R est fille unique. Le père, artisan, poursuit une lignée terrienne, centrée sur des postures familiales où le masculin se

situé au dehors, le féminin restant enfermé dans un dedans dominé par la fonction maternelle. La parole circule peu, le temps est ritualisé. Dans le couple, chacun vit sa vie. La mère travaille dans le secteur associatif et semble avoir toujours été celle qui gérait les besoins de sa fille. Mais voilà que, brutalement, à 12 ans, R. refuse d'aller en classe. Sortir devient pour elle impossible. Elle est terrassée par la peur d'être malade, de vomir, de perdre connaissance, sans que personne ne vienne à son secours. Les activités habituelles, l'équitation en particulier qu'elle partage, jument comprise, avec sa mère, ne sont plus accessibles. Si le père, dans un premier temps, reste relativement passif, la mère, elle, vit très mal la situation et se sent seule pour arracher sa fille à cet enfermement, à ce repli sur soi, à cette impossibilité de quitter le domicile familial. R. se rend passivement aux séances mais garde une position de repli rendant tout travail impossible. Elle résiste vigoureusement à toute implication la concernant. Après deux ou trois mois, durant lesquels R. se soumet, sans manifester ni émotion ni souffrance particulière dans le cadre thérapeutique, la thérapeute me propose alors de recevoir la famille, perplexe quant à l'étiologie de cette posture filiale, et interrogative sur le rôle possible d'un travail analytique. Si le père attend plutôt que les choses s'arrangent avec le temps, la mère, elle, ne supporte pas la passivité de sa fille, et l'atmosphère à la maison devient vite conflictuelle. R. garde avec moi une position identique à celle qu'elle avait avec sa thérapeute. Elle évoque ses difficultés d'une manière atone, comme si tout se passait en dehors, dans un ailleurs qu'elle poserait en énigme au thérapeute qui la reçoit. Par contre, la souffrance de la mère est manifeste. Elle se sent impuissante, voire en colère vis-à-vis d'un monde médical, éducatif, qu'elle sent impuissant à gérer le symptôme.

Choix est fait, autour de ce partage d'impuissance, de prendre un temps pour chercher à comprendre dans une corréflexion partagée avec les parents. Seule la mère adhère à cette proposition. D'abord très réservée quant à l'intérêt d'un travail relationnel, elle s'engage rapidement dans un effort de remise en question, reflet de son irritation face à la passivité qui l'entoure et à la culpabilité de se sentir seule à la combattre.

Assez vite, puisque rien ne marche, elle propose d'adresser sa fille à une psychologue comportementaliste. R., comme avec sa psychothérapeute précédente, accepte, mais ne fait jamais à la maison les exercices proposés. La situation reste inchangée et conduit à interroger les symptômes précis de R. : peur de tomber malade, de vomir, peur que personne ne lui vienne en aide. Un premier « invariant » apparaît : madame a perdu son père à l'âge de douze ans – l'âge de R. – à la suite d'un épisode traumatique : ce père, souffrant d'un alcoolisme prononcé, s'était écroulé, en vomissant son sang, en présence de ses deux enfants terrorisés, la mère étant absente. Le symptôme « vomissements » interroge la mère. Elle remonte peu à peu le fil de son histoire personnelle : le sentiment d'être en conflit permanent avec sa propre mère qui ne reconnaissait que la parole du frère, du masculin, comme digne d'intérêt ; mais aussi l'histoire occultée de cette mère, grand-mère maternelle de R., abandonnée, puis confiée à une famille d'accueil maltraitante. Madame se rend compte qu'elle a toujours « collé » sa fille, que la laisser lui était toujours pénible, qu'elle n'avait pas confiance. Cette question l'interroge d'autant plus qu'elle a désormais envie de la « secouer », de lui dire de se bouger, de sortir. Réapparaissent là aussi d'autres « invariants » : la peur de l'abandon, mais aussi le sentiment d'incompréhension, l'envie de « secouer » un environnement qui n'entend pas, qui ne comprend pas.

Pendant que sa mère se débat face à ses éprouvés d'enfermement, de solitude, du besoin de se dégager d'un contexte sans relief qui semble préférer la survie à la vie, R. a repris, à la maison, son travail scolaire, *a minima*, mais suffisant pour obtenir des résultats corrects. Mais, exceptées quelques sorties avec ses cousins, R. reste à la maison, toujours inquiète à l'idée de sortir, de tomber malade. Un jour, elle part faire du quad avec son père mais l'engin se renverse, et R. reçoit un choc sur la tête. L'incident, sur le plan physique, n'a pas de caractère de gravité, mais la nuit suivante, R. ne parvient pas à s'endormir et confie à sa mère sa peur de mourir pendant la nuit. Madame, saisie par l'intensité dramatique de ce vécu, fait lien avec l'incompréhension qui a

entouré sa propre enfance sur la peur de mourir abandonnée, qu'elle rattache à un non-dit maternel omnipotent qu'aucune figure extérieure ne semblait pouvoir mettre en défaut.

Madame observe avec soin le comportement de R., ses rituels, et s'aperçoit que sa fille lui emprunte de plus en plus souvent des parfums, des produits de beauté. Nous réfléchissons sur cet emprunt des soins corporels de la mère comme moyen de garder une « peau », une présence sensorielle. L'activation de l'attention maternelle, l'envie de dégagement, d'exister aussi pour soi décide madame, un soir, à aller courir. Elle découvre cette activité avec plaisir, éprouvant dans l'évolution à travers l'espace un sentiment de libération, de « respiration ». La mère, de plus en plus inscrite dans son corps féminin, perd du poids et, dans le même temps, R. reprend contact avec le collègue. Grand soin a été pris d'un retour progressif, avec des contacts systématiques le matin, entre les parents et le responsable d'établissement, de façon à faire « pont » entre le dedans et le dehors. R., bien qu'un peu angoissée, accepte un retour partiel. Le soir elle prend à sa mère des pyjamas, des tee-shirts, et les garde avec elle. La tension entre la mère et la fille diminue, les conflits avec le père apparaissent. Les séances entretiennent à la fois une écoute de la mère mais, en même temps, sa capacité d'être attentive aux émotions de sa fille, de pouvoir en parler avec elle. Elle découvre comment, à sa manière, R. se « décolle » d'une posture fusionnelle qu'elle ne soupçonnait pas.

Durant les vacances d'été, R. reprend l'équitation qu'elle avait abandonnée, fait quelques sorties. La rentrée approche et même si les contacts avec l'établissement scolaire ont été programmés avec soin, l'inquiétude monte. Pourtant, la rentrée se passe plutôt bien, d'abord en horaire aménagé, puis, assez rapidement, pour l'ensemble des cours. Les rituels d'endormissement, manipulation, mise en ordre répétitive des peluches, s'assouplissent ; R., dans le quotidien, s'oppose davantage. Sur le plan scolaire les résultats sont excellents.

La disparition du symptôme laisse la maman perplexe. Elle me demande de poursuivre les séances, habitée par le sentiment que quelque chose s'est ouvert, et qu'il est nécessaire

pour elle d'aller plus loin. La crise produite au sein de la famille, par la phobie scolaire de R., lui a laissé l'impression d'être seule à se battre contre un environnement qui s'opposait sans cesse à ses décisions. Pourtant, elle a le sentiment que sa lutte a permis à sa fille de reprendre une trajectoire adaptée et elle ressent une colère qui résonne avec son passé d'enfant et d'adolescente.

Le cadre change, et, compte tenu de l'éloignement géographique, le lieu des séances également. Il ne s'agit plus simplement d'interroger le lien mère-fille, où le vécu de l'enfant fait tiers dans l'entretien, mais de lui laisser sa place de mère, bien sûr, mais aussi de la femme qu'elle interroge et de la petite fille qu'elle a pu être.

Lors de la première séance, Madame arrive assez crispée. La fluidité des entretiens précédents a disparu. L'absence de R., qui servait d'appui dans l'échange, laisse un silence lourd : « Posez-moi des questions, si vous ne dites rien, je me sens mal, vide, sans pensées... » Je fais lien avec l'impression, déjà évoquée, de vivre dans un environnement qui n'entend pas, qui ne comprend pas. Elle évoque alors la souffrance ressentie, depuis l'enfance face à sa mère, jamais satisfaite, toujours critique, mais silencieuse sur son propre passé d'abandon et de maltraitance. Outre l'impression d'un arrière-plan émotionnel interdit, s'organisait autour d'elle l'image verrouillée de la femme-mère, dévouée à la maison, doutant du futur, toujours inquiète face au dehors ressenti comme incertain, voire dangereux. L'enfermement, le besoin éperdu de sortir, y compris de chez elle, pour « prendre l'air », aller courir, avec toujours, en arrière-plan, l'image d'un « carcan » dont on ne peut se dégager qu'en brisant quelque chose, circule d'une séance à l'autre. Apparaît l'image d'un père, certes victime d'une consommation alcoolique excessive, disparu très tôt, mais au demeurant ouvert sur l'extérieur et à l'écoute de sa fille. Les symptômes phobiques de R. se revisitent peu à peu dans l'histoire maternelle au fur et à mesure que l'envie de se libérer, au plan familial ou professionnel, fait son chemin.

Le transfert oscille entre des débuts de séance convoquant plutôt le maternel (peur de l'oubli, du silence, de

l'immobile) pour évoluer vers une dimension paternelle, plus attentive et soutenante, que la fin de séance vient interrompre, mémoire traumatique de son propre père, trop tôt disparu. D'où une colère à reprendre sous ces différents vertex.

Une séance

Un peu bloquée à l'arrivée. Très vite, pour moi, l'impression d'un poids qui justifie une manifestation de ma présence psychique... La difficulté de se dégager, le refus de faire de la peine à R... Attendre qu'elle soit partie en internat pour qu'un mouvement advienne ?

Invitation à revisiter cet impossible dans ce qu'il a de spécifique...

La mort... omniprésente dans l'enfance... Le risque de se lancer dans un extérieur dangereux, potentiellement destructeur... Elle associe avec le frère qui a toujours l'air déprimé, qui a peur d'avoir une maladie grave... L'importance, non pas de faire du sport mais de courir, pour baliser un espace, d'aller jusqu'au bout (!)... La sueur qui coule avec l'impression de nettoyer l'intérieur du corps et de l'esprit...

Ras le bol d'avoir à porter les autres. L'accès, grâce à R., au droit de vivre pour soi...

Ce qu'elle a appris d'une amie récemment décédée : la vie qui continue, loin du corps, après la mort, quand l'empathie, en tant que double apport, fonctionne et que l'autre reste vivant en soi...

Le sentiment que la mère, mais aussi dans le même fil, le mari, tissent un mur de danger, d'abandon, de mort, dès qu'il est question de sortir, de se dégager... Une mère psychologiquement absente, présente dans le factuel mais pas dans le registre émotionnel, barré, inaccessible... Le sentiment d'être non comprise, non « gardée » dans la psyché de l'autre... Seule la présence sensorielle garantit la sécurité. Pas d'intériorisation d'un objet protecteur... À la fin de la séance, avec beaucoup d'émotion, elle revient sur la colère, envers la mère, le mari, et... l'analyste qui la laisse partir ?

Place de la phobie chez R.

La résistance de l'adolescent à la psychothérapie analytique se doit alors d'être entendue par l'analyste comme une interrogation sur le cadre, voire une réflexion sur le bien-fondé d'une indication qui certes s'oriente vers l'enfant, mais qui, parfois, ne le concerne pas directement...

Madame, tout en étant active sur le plan social et professionnel, a gardé, durant l'enfance de R., une position protectrice dominante, qui malgré quelques douleurs abdominales de la fillette au matin des rentrées scolaires, n'a jamais pris de proportions alarmantes. À douze ans, entrée pubertaire, en écho pour la mère avec l'accident dramatique du père survenu pour elle à cet âge, au moment d'affirmer son individualité sexuée de fille, R. se retrouve enfermée dans le « logiciel » générationnel : rester à la maison, évacuer le sexuel, ne pas se séparer du maternel, la mort et le danger rôdant à l'extérieur... Le symptôme phobique met en scène l'informulé des générations précédentes, et la théorie du monde et du féminin qui marquait inconsciemment la grand-mère et la mère... Le père n'a pu faire tiers et l'accident de quad vient appuyer l'hypothèse que le père ne protège pas et que l'extérieur est source de danger mortel... R., par son symptôme, met en évidence toute une filière inconsciente... En tant que sujet en devenir, elle se met en « attente », dépose le manque à vivre dans son symptôme, et le renvoie massivement à ses ascendants... On peut entendre là un clivage opéré pour résoudre un paradoxe : peut-on vivre, travailler, être en relation avec le monde, grandir sexuellement, avec comme hypothèse de base un message contradictoire ? L'espace scolaire, lieu symbolique du social et du futur en construction, devient alors, par effacement, le lieu idéal de projection... Mais R. protège son « moi » en devenir et refuse d'être porteuse du message générationnel qu'elle a déposé dans son symptôme, comme une énigme à déchiffrer par l'environnement adulte... Sa résistance à la psychothérapie serait, *in fine*, une injonction faite à l'environnement de reprendre en soi les projections qu'elle ne veut plus assumer... Dans un tel contexte, la capacité familiale à recevoir et à contenir ces contenus

traumatiques, impensés, constitue un véritable levier thérapeutique. Ici, la mère qui peut entendre le message, le reprendre en elle, « prendre les baskets » et s'autoriser à être elle-même, a permis à R. de se libérer. Peu à peu, ses symptômes éclairent le travail psychique de la mère, qui, avec persévérance, se ressaisit de son histoire et rétablit la césure générationnelle qui n'avait pu se mettre en place.

Toutefois, les constructions phobiques défensives chez l'enfant ou l'adolescent ne trouvent pas toujours à se résoudre grâce à la capacité de l'environnement à s'y reconnaître et à intégrer, pour lui-même, leurs significations. La clinique peut nous confronter, en effet, à des situations relationnelles familiales qui restent impossibles à penser. S'agit-il même de résistances lorsque les capacités d'une reprise subjective de l'expérience propre semblent faire défaut, aux parents autant qu'aux enfants ? Doit-on s'en tenir alors à une lecture sociale et politique des mécanismes d'aliénation à un fonctionnement qui n'autorise que très peu de liberté face à la force de la répétition transgénérationnelle ? Dans certaines situations de phobie grave chez l'adolescent, malgré l'attention et le travail de pensée que nous avons partagé avec les parents, aucune véritable transformation n'a pu s'opérer chez ces derniers, laissant d'une certaine façon la phobie continuer son œuvre d'identification intrafamiliale et de perpétuation d'un lien apparemment réfractaire à toute velléité d'émancipation.

V. ET SES PARENTS

Pour V. et ses parents, la fonction potentielle des multiples legs transgénérationnels, dans la construction des symptômes phobiques, reste essentiellement inélaborable. Ces enclaves traumatiques semblent opposer les plus farouches résistances à l'analyse, comme si elles constituaient une part fondamentale du narcissisme familial, ciment des liens intergénérationnels et transgénérationnels. Dans un tel contexte, l'investissement du monde externe pourrait être vécu comme une menace contre cette part narcissique du psychisme qui

agit pour son propre compte et vient mettre en échec la force et la primauté du moi. Le monde externe est menaçant dès lors qu'il incarne le lieu de transformation potentielle (Bion, 2014a) des identifications narcissiques bien déterminées à continuer d'occuper la première place.

V. a 11 ans lorsque je le reçois pour la première fois, en octobre, accompagné de sa mère. Il vient d'entrer en sixième. V. a toujours été un bon élève et, sans doute, le plus doué de la fratrie, dont il est le cadet et le seul garçon. D'un milieu modeste, Madame « s'est saignée aux quatre veines » pour que son fils ait tout le matériel scolaire nécessaire à une bonne intégration au collège. Elle semble fière de son fils. Pourtant, trois semaines après le début des cours, V. se plaint de maux de ventre, le matin, qui l'obligent à rester à la maison, d'abord un jour, puis deux, jusqu'à ce qu'il cesse complètement d'aller au collège, évoquant son incapacité à pouvoir en passer les grilles. C'est en accompagnant V. tous les matins, que Madame s'est rendu compte de l'état de « stress », dans lequel il était, à mesure qu'il approchait du bâtiment. Quelques jours plus tard, arrivé au bord de la grille, après que Madame a voulu forcer son fils à entrer, V. s'est enfuit en courant. Cet événement, vécu sur un mode traumatique par les parents, fut à l'origine de la première consultation.

Ce suivi psychothérapique fut particulièrement difficile et son histoire nous a conduit à considérer les symptômes phobiques comme l'expression externalisée de traumatismes transgénérationnels restés à l'état d'impensés et d'impensables. Les dispositifs thérapeutiques que nous avons déployés pour tenter de les rendre supportables et accessibles se sont heurtés aux résistances familiales et parentales. Lorsque la phobie semble fonctionner comme principe identitaire et identificatoire, dans le lien narcissique parents-enfant, comment s'en défaire sans être confronté à d'effrayantes angoisses de séparation synonymes d'effondrement et de perte du sentiment même d'existence ?

Paradoxalement, les entretiens préliminaires nous conduisaient d'abord à considérer cette situation avec un certain optimisme compte tenu, notamment, de la manifeste alliance

parentale. V. était très silencieux durant nos rencontres, il semblait attentif à la manière dont sa mère rapportait la situation de son fils sans jamais l'impliquer directement. Il paraissait toutefois en grande difficulté pour parler de sa courte expérience de collégien ou pour évoquer ce fameux « stress » qui l'empêchait de sortir le matin de chez lui. Il ne se rappelait d'aucun événement douloureux susceptible d'avoir engendré cette phobie, sauf « peut-être, la professeure d'anglais lui criant dessus quand il était incapable de faire un exercice pourtant simple ».

En recevant régulièrement ce préadolescent et ses parents, j'avais plusieurs impressions. La première étant qu'il ne « ressemblait » pas à ses parents. Comme si son expression, son attitude et/ou sa posture ne laissai(en)t transparaître aucun trait d'identification parentale manifeste. Il semblait venu d'un autre milieu, d'une autre souche. J'imaginai que la signification transférentielle de ce fantasme rendait compte, de manière très condensée, de la problématique de ce garçon, littéralement partagé entre un désir d'émancipation et la construction d'un pseudo-moi, aliéné aux aspects psychosociaux des traumatismes parentaux restés totalement clivés et non subjectivés.

L'histoire des parents, que le père révélait aisément, témoignait d'étranges coïncidences chronologiques avec le début des difficultés de V. D'abord, le père avait été placé en foyer, avec ses frères et sœurs, à l'âge où les phobies de V. avaient commencé. Il racontait aussi n'avoir jamais appris à l'école, ne s'y être jamais senti à sa place, il « restait au fond, les maîtresses ne lui adressant pas la parole ». Le père voulait « travailler », il attendait la fin de l'obligation scolaire pour chercher un emploi : « C'est tout ce qui m'intéressait. » Nous apprenions aussi qu'aucune des filles de la fratrie de V. n'avait fait d'étude au-delà de la classe de troisième. L'*habitus*, au sens de Bourdieu (1968), ne manquait pas de peser sur V., comme, sans doute, sur tous les membres de la famille.

De son côté, la mère n'avait jamais investi l'école non plus. Seule fille d'une fratrie de quatre enfants, son père était tragiquement décédé lorsqu'elle avait quatre ans, ainsi que deux

de ses frères avant la naissance de V. La remémoration du décès du grand-père maternel de V. avait beaucoup ému Madame qui spontanément ne parlait que de sa mère. Elle pouvait décrire sa fonction principale de soutien de sa mère, dont elle continuait de prendre soin, tout comme de son frère, invalide depuis plusieurs années. Dans un tel contexte, la naissance tardive d'un garçon, profondément désiré depuis de nombreuses années, avait engendré un véritable élan vital dans le couple. Après la naissance de V., le père, notamment, allait totalement cesser de boire comme pour signifier la sortie de son « propre enfer ».

Pourtant, la richesse de ces entretiens autour de l'évocation de ces souvenirs et de leur liaison possible avec certains éléments de l'histoire actuelle ne modifiait pas réellement l'angoisse de V. Aucun changement notable n'apparaissait, il ne parvenait toujours pas à se rendre en classe. Plusieurs tentatives de reprise de scolarisation partielle avaient été tentées sans succès. D'autres propositions thérapeutiques lui avaient été faites, comme celle d'intégrer un groupe à médiation pour adolescents au sein de l'hôpital de jour attendant à la consultation. Mais il lui avait été impossible de s'y rendre malgré un accompagnement individuel. Les tentatives de rescolarisation à temps partiel avaient échoué, entamant toujours un peu plus l'humeur des parents. V. semblait résister à toutes nos tentatives de soin et de changement. Nous prenions la mesure de la gravité de ses symptômes qui correspondaient, en réalité, à une véritable phobie sociale.

Notre espoir résidait maintenant dans la psychothérapie individuelle que V. avait acceptée. L'instauration d'un cadre fut assez difficile, la mère devait l'accompagner jusque dans la salle d'attente, mais il venait régulièrement aux rendez-vous. Dans le même temps, nous continuions à recevoir les parents une fois par semaine, en binôme avec ma collègue pédopsychiatre. Pour continuer d'articuler nos pensées autour de cette situation, nous nous retrouvions régulièrement avec la psychothérapeute de V. pour discuter nos avancées respectives et tenter d'élaborer cette situation.

V. présentait peu de capacité d'élaboration et la psychothérapeute intervenait de manière assez active pour tenter de

soutenir la pensée de ce pré-adolescent silencieux, timide et très inhibé. Elle évoquait la difficulté à travailler avec ce garçon, attachant et bien élevé, mais qui semblait en demande d'être pensé et interprété comme pourrait l'être un tout petit en attente d'un adulte capable de recevoir et de donner sens à ses propres vécus. Pouvait-il réellement exister, se représenter son histoire, tenter de la comprendre ? Le moi semblait bien trop fragile pour s'autoriser un tel travail. Pourtant V. avait déjà presque 13 ans, et ses progrès paraissaient bien faibles au regard de l'énergie déployée pour tenter de l'extraire de son marasme intérieur.

Avec les parents, par contre, le travail pouvait continuer. Dorénavant, le père assistait à tous les entretiens avec son épouse, son arrêt maladie y ayant sans doute contribué. Cet homme dont rien ne laissait penser qu'il adhérerait à ce type d'exercice d'historicisation et de partage, se montrait généralement loquace. Mais, s'il lui était facile d'évoquer certains événements de son histoire, il restait le plus souvent hermétique aux liens que nous pouvions tenter de faire avec celle de son fils. Comme si son histoire « ancienne » ne pouvait que rester clivée de son vécu actuel. Monsieur avait « cessé de boire » à la naissance de son fils, mais il ne pouvait pas imaginer qu'il avait probablement fait cela aussi pour lui. Monsieur n'avait connu qu'un père violent, puis un beau-père alcoolique. Mais surtout, il avait toujours eu peur de sortir lui aussi, peur d'aller à l'école, de s'adresser à des inconnus ou qu'on l'interpelle dans la rue. De la même manière, il avait toujours « une boule au ventre » quand il venait en consultation. La phobie apparaissait maintenant comme un véritable trait identificatoire familial, un symptôme organisateur des liens symbiotiques unissant irrémédiablement parents et enfants. Un lien intergénérationnel garant de l'identité individuelle et du narcissisme de l'adolescent autant que de ses parents.

Cette nouvelle formulation du conflit psychique supporté par V., son interprétation, engendrait d'autres ouvertures compréhensives. V. pouvait-il se défaire de ses symptômes sans risquer de se perdre tout à fait ? Pouvait-il s'émanciper de ce modèle familial, qui engendrait aussi un certain nombre

de bénéfiques, sans craindre un effondrement narcissique encore plus grand ?

La problématique de V. pouvait maintenant être réinterrogée à la lumière du travail psychique de l'adolescence, un long et difficile travail de subjectivation des liens fantasmatiques paradoxaux l'unissant à ses parents. Il allait devoir penser la place et la fonction paradoxale d'héritier qu'il lui incombait d'incarner en étant à la fois *l'enfant de l'espoir* d'un renouveau, et le digne *successeur d'imagos masculines déchuës*, souffrantes et/ou mortes prématurément.

Dans la suite de la psychothérapie de V., le dénouement très progressif des manifestations phobiques allait lui permettre de reprendre les entraînements sportifs auxquels il tenait tant et d'intégrer une structure spécialisée dans l'accueil des décrocheurs scolaires.

Les progrès que V. allait faire dorénavant, il les réalisera, d'une certaine manière, contre ses parents, qui continuaient de résister à leur insu, au remaniement de leur propre narcissisme trop fragile. L'espoir étant que V., soutenu par un travail intensif de psychothérapie, supporte les souffrances et remaniements psychiques qu'imposerait ce travail progressif de subjectivation et de distanciation d'imagos parentales transgénérationnelles traumatiques.

CONCLUSION

Dans cet article, nous faisons l'hypothèse que les phobies graves sont à considérer comme défense contre l'insupportable d'un objet, d'une trace ou d'une expérience impensables. Mais dans certains cas, plus complexe encore, il s'agit d'objets « non soi », hérités en quelque sorte, d'une transmission invasive. Dans de tels contextes, les problématiques psychiques parentales et ou transgénérationnelles impensables, déposées dans le moi fragile de l'enfant, sont finalement extériorisées, par un effet de clivage et de projection, sous forme d'objet phobogène à charge d'être, « enfin », pris en compte par l'environnement. Le symptôme phobique,

chez l'enfant, l'adolescent, mettrait ainsi en acte, et plus ou moins en scène, l'héritage non intégrable des générations précédentes, dont le sort ne peut-être que l'expulsion, sous une forme qui reproduit, par certains aspects, ses significations premières. Dans une étroite collaboration avec les parents, le processus psychothérapique consiste à tenter de comprendre et d'interpréter la valeur signifiante de ces contenus impensables.

Résumé

La résistance en psychanalyse, entre défense et protection, doit parfois s'entendre comme signal d'une question complexe qu'il convient de prendre en compte et d'élaborer. La phobie scolaire, avec les nuances cliniques qu'elle met en scène, ouvre alors le champ du générationnel, contraignant l'enfant à évacuer, par clivage, des projections parentales dans un espace externe devenu phobogène. Le travail psychique familial devient alors nécessaire pour que se libère la capacité de croissance psychique de l'enfant.

Mots-clés : mécanismes de défense, phobie, psychothérapie, résistance, transmission.

Summary

Resistance in psychoanalysis, between defence and protection, must sometimes be understood as a signal of a complex issue that must be taken into account and elaborated. School phobia, with its clinical nuances, then opens the generation field, forcing the child to evacuate, by cleavage, parental projections in an external space that has become phobogenic. Family psychic work then becomes necessary to liberate the child's psychic growth capacity.

Keywords: mechanisms of defence, phobia, psychotherapy, resistance, transmission.

BIBLIOGRAPHIE

- Bion W. R. (2014a), Transformations: Change from learning to growth, in *The Complete Works of W. R. Bion*, vol. V, Londres, Karnac, p. 115-280.
- Bion W. R. (2014b), Catastrophic change, in *The Complete Works of W. R. Bion*, vol. VI, Londres, Karnac, p. 19-43.
- Bourdieu P., Passeron J.-C., Chamboredon J.-C. (1968), *Le Métier de sociologue : préables épistémologiques*, Paris, Mouton, Bordas, coll. « Les textes sociologiques ».
- Char R. (1971), *Recherche de la base et du sommet*, Paris, Gallimard, coll. « Poésie ».
- Ezéchiél (1961), *La Sainte Bible*, Paris, Les Éditions du Cerf, p. 1139-1188.