



Le narcissisme chez l'enfant : modalités normales et pathologiques

Monika Boekholt, Josette Des Ligneris

DANS **PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PROJECTIVE** 2003/1 n° 9 , PAGES 95 À 116
ÉDITIONS ÉRÈS

ISSN 1265-5449

DOI 10.3917/pcp.009.0095

Date de mise en ligne : 01/12/2010

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-psychologie-clinique-et-projective-2003-1-page-95?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.

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.

Le narcissisme chez l'enfant : modalités normales et pathologiques¹

Monika Boekholt²
Josette des Ligneris³

Résumé – Cette étude se propose d'explorer les modalités saines et pathologiques du narcissisme de l'enfant telles qu'elles s'expriment à travers le corps, les apprentissages et la pensée. Le travail repose sur l'examen psychologique approfondi d'enfants de 4 à 12 ans examinés en pédopsychiatrie et en médecine préventive. Rorschach et épreuves thématiques (verbales et/ou de jeu) permettent de souligner les implications au plan identitaire et pulsionnel susceptibles de fonder l'estime de soi et le devenir relationnel.

Mots-clés : Soi-grandiose – Souffrance narcissique – Corps – Apprentissages – Évolution pulsionnelle – Clinique projective (Rorschach, CAT, TAT).

*Abstract in English at the end of the text
Resumen en español al final del texto*

1. Ce travail a fait l'objet d'une communication au XVIIème Congrès International du Rorschach et des méthodes projectives à Rome, en Septembre 2002, dans le cadre du Symposium « Inhibition, agitation, symptômes chez l'enfant ».

2. Professeur de psychologie clinique et de psychopathologie, Université Paris-13.

3. Psychologue clinicienne, Hôpital de la Salpêtrière, Paris, Service du Professeur Mazet.

En dépit de son importance, la question du narcissisme chez l'enfant est étonnamment peu explorée d'un point de vue psychanalytique en regard des nombreux travaux concernant l'adulte. Les références les plus pertinentes pour notre propos peuvent se résumer à deux séries de contributions : Pauline Kernberg (1989) décrit une pathologie relativement proche de celles des « personnalités narcissiques » de l'adulte, faite d'omnipotence, d'idéalisation-disqualification et surtout d'une profonde conviction de non-dépendance à l'autre, si contraire à l'état d'enfant ; Philippe Mazet (1980, 1988, 1995), entre autres, évoque la confrontation quotidienne du clinicien à la souffrance narcissique. Dans ces contextes pédopsychiatriques, il s'agit des « sentiments de moindre valeur, des défauts dans la régulation de l'estime de soi » (appartenant à la rubrique 3.01 de la CFTMEA : « Pathologie narcissique et/ou anaclitique, dépressions chroniques, abandonnisme »).

Nous proposons d'explorer ici ces deux formes extrêmes et apparemment opposées de la pathologie narcissique infantile en interrogeant leur éventuelle parenté et leur spécificité. Nous comparerons aussi ces modalités à celles du narcissisme dit « normal » : sont-elles quantitativement différentes ou renvoient-elles à un fonctionnement d'une autre nature ?

Notre travail résulte de la rencontre avec des enfants de 4 à 11 ans. Les uns sont consultants ou hospitalisés en pédopsychiatrie, les autres sont « tout-venant », examinés dans un contexte préventif et présentent un développement considéré comme harmonieux. Tous les enfants ont bénéficié d'un bilan psychologique complet comprenant une épreuve intellectuelle, des dessins, le Rorschach et au moins une épreuve thématique.

Nous avons choisi de traiter l'abondant matériel recueilli sous deux angles. Le premier concerne les modalités d'expression du narcissisme propres à la clinique infantile. Elles se traduisent principalement à travers les investissements du corps, des apprentissages et de la pensée ; les épreuves projectives en précisent les problématiques sous-jacentes. Le second s'attache aux implications suivantes : la cohésion identitaire dont le narcissisme est censé offrir le garant, l'inscription des pulsions partielles dans le cheminement vers l'Œdipe et les particularités du lien à l'objet. Plusieurs vignettes cliniques étaient notre propos.

Faute d'ouvrages spécifiques sur la question, outre ceux cités, le lecteur est renvoyé aux publications générales sur le narcissisme normal et pathologique dont l'essentiel, encore très actuel, figure sous le titre « Narcisses », dans la *Nouvelle revue de psychanalyse* du printemps 1976.

Examens, analyse et interprétation des épreuves projectives ont été conduits selon l'approche psychodynamique de l'école de Paris. Concernant le Rorschach, les références principales sont : N. Rausch de Traubenberg, M.F. Boizou (1977), M. Boekholt (1996). Les épreuves thématiques ont été étudiées d'après M. Boekholt (1993).

MODALITÉS D'EXPRESSION

Investissements corporels

Une des particularités de ce registre, fondamental pour les investissements ultérieurs, se situe dans le plaisir-déplaisir avec lequel l'enfant exhibe son corps et/ou l'exercice de son corps au service de l'estime-mésestime de soi. Cette construction narcissique nécessaire dans le miroir du regard de la mère (Winnicott D., 1967) est, comme d'autres, à double tranchant : au corps triomphant, performant, de l'élévation des uns correspond le corps défait, oublié, de la souffrance des autres, ces deux aspects pouvant être successivement ou simultanément réunis chez le même enfant. Le propre de ces manifestations corporelles hors du commun est la *dysharmonie* des acquisitions. Que ce soit dans l'exhibition souveraine, la profonde mésestime de soi ou l'atteinte somatique avérée, la clinique projective souligne dans tous les cas l'intensité de l'atteinte corporelle fantasmatique et l'abîme créé entre réalité et aspirations grandioses.

Prouesses du corps agi, détresse du corps représenté

Daniel (8 ans et demi) est hospitalisé en raison d'une aggravation de troubles du comportement à type de passages à l'acte hétéro-agressifs et mise en danger dans un contexte familial très précaire. Dans le service, il se livre à des crises clastiques violentes faites de débordements verbaux et d'actes auto- et hétéro-agressifs. Lors des relations aux autres, il tape, cogne, casse le mobilier, hurle à la moindre frustration, au moindre regard toujours interprétés sur un mode persécutif. Lorsqu'il réussit à s'apaiser, il s'endort aussitôt, littéralement épuisé, pour de longs moments.

Parallèlement il se fait remarquer par l'écart entre ses difficultés majeures de compréhension verbale et sa « constitution d'athlète exceptionnelle ». Daniel est toujours en mouvement et exécute sans répit virevoltes, doubles sauts périlleux avant et arrière, roues et roulades selon des enchaînements d'autant plus impressionnants qu'ils ont lieu parmi les autres enfants et les meubles de la salle sans jamais les bousculer ni les frôler.

Cette habileté corporelle se retrouve dans la précision, voire la méticulosité de ses gestes vis-à-vis du matériel de test en dépit d'une excitation motrice permanente en position assise. La maladresse graphique s'avère en totale dysharmonie avec cette maîtrise corporelle bien trop grande pour son âge. Les épreuves projectives dans leur ensemble mettent au jour une image du corps « effractée », attaquée par toutes sollicitations tant externes, dans un registre persécutif et sadique, qu'internes, les mouvements pulsionnels étant directement ressentis dans le corps. « J'ai chaud, j'ai chaud, je suis même en train de cramer » dira-t-il ainsi à plusieurs reprises devant les images du CAT. L'excitation est telle que le recours à la pensée n'est plus possible et le ressenti corporel lui-même devient aussi persécutant.

Chez cet enfant, le vécu de danger d'effraction à l'intérieur du corps n'engage pas une mobilisation des défenses mentales de son âge mais un recours narcissique à la réalité de sa musculature striée, seule susceptible de renforcer la solidité des barrières dehors-dedans. À travers cette représentation gymnique permanente et une centration narcissique extrême, la maîtrise corporelle prend valeur de maîtrise pulsionnelle en lieu et place de la pensée. Elle permet aussi à Daniel de capter à coup sûr le regard d'autrui dont il a impérativement besoin pour se sentir exister et le conforte dans un registre de toute-puissance et de déni de dépendance infantile ; il déclare d'ailleurs avoir 10 ans et refuse tous les apprentissages, incapable d'accepter de « ne pas savoir ».

Corps disqualifié et fantasme grandiose

Jean a 10 ans lorsque la consultation est demandée en raison de multiples phobies, tics bruyants et anciens qui restreignent considérablement la vie relationnelle de l'enfant et celle de sa famille. L'emploi du temps de la mère et de son frère aîné est réglé de telle sorte que Jean n'ait pas peur et qu'il ne soit jamais seul. Cet enfant est présenté comme étant né sous le signe d'anomalies physiques et psychiques graves, ce qui ne correspond ni à l'apparence ni au développement somme toute banals. Il amplifie volontiers par ses propos adultomorphes les dires de sa mère, accentue les traits qui peuvent le desservir et signer en lui une infirmité. Ses camarades d'école se moquent de lui « parce qu'il marche les fesses en arrière, le buste plié en avant ». En effet, bien que de bel aspect, le corps paraît maladroit dans la posture et la démarche. Jean confie pourtant que souvent il rêve d'être Batman et qu'il vole très haut au dessus de tout et tous.

Les scores moyens et surtout très hétérogènes du WISC-R (notes de 8 à 18) montrent combien le fonctionnement intellectuel est entravé par le vécu de désarroi et d'impuissance. Des remarques comme « je sais que je suis trop petit » « j'en suis incapable » alternent avec les formulations alambiquées de représentations de toute-puissance destructrice.

Comme chez Daniel, les épreuves projectives, Rorschach et TAT, mettent l'accent sur une image de soi altérée, disqualifiée, incomplète (corps troué, castré, « parchemin brûlé », « pas de tige », « pas de queue »), où l'expression d'atteinte narcissique côtoie des images grandioses (« arc de triomphe », « navette spatiale », « épée de gladiateur »). L'alternance entre des réponses bien construites et d'autres à peine ébauchées, à caractère très régressif, illustre bien ce double registre.

Représentations corporelles dans les atteintes somatiques avérées

C'est d'une autre réalité corporelle qu'il s'agit dans des contextes d'atteintes somatiques, réelles, graves, touchant soit l'entourage, soit l'enfant lui-même, et qui invitent semble-t-il ce dernier à multiplier les défenses narcissiques, perceptibles notamment au niveau de l'apparence et de l'attention portée aux enveloppes externes. Le Rorschach s'avère ici particulièrement sensible à l'expression de l'atteinte corporelle sous la forme de réactivation de vécu, parfois ressenti en direct, de corps délabré, troué, vidé sinon éviscéré... qu'exacerbent les espaces blancs et la dimension intrusive du rouge. Voici quelques exemples de réponses :

Valentine, 4 ans 6 mois, (alopécie) : Pl. I : « Alors ça peut ressembler à une chauve-souris. Ça peut ressembler aussi à une mouche volante ». Enquête : « Faudrait colorier là les trous ; comme si y avait des trous dedans, elle est morte, quatre trous de blanc et un petit trou au milieu » ; pl. VII : « Ça, ça ressemble à rien, si, ça peut être un bonhomme sans tête qui vole et qui est mort. Ça devrait être refermé là et colorié au milieu. Ils ont mal dessiné ».

Jennifer, 8 ans, (cardiopathie congénitale) : Pl. II : « À un chat qui est malade (?), les yeux tout rouges, peut-être il a mangé une souris et elle était malade, c'est tout ».

Abel, 9 ans 7 mois (pneumopathie chronique) : Pl. III : « Une mouche, là les dents de la mouche, les mains et là le sang qui est à côté. Elle a bouffé quelqu'un et le sang il est tombé. (V) Une sorte de robot, on lui a enlevé les pieds. Un papillon au milieu, on voit que ça ».

Samuel, 9 ans 10 mois (asthme, allergies, agitation, poly symptomatologie) : pl I : « [...] On dirait un oiseau avec des trous dans les ailes, [...] ». Enquête :

« il peut plus voler, l'air s'en va par les trous et il s'envolera. Je suis fatigué, j'ai mal aux yeux ».

Le corps, tout simplement

La mise en avant défensive du corps ne saurait être confondue avec l'aisance motrice que donnent à voir certains enfants tout en recherchant un échange avec le clinicien. Il s'agit là d'une caractéristique visible surtout chez les petits bien-portants de 4 à 6 ans dont la spontanéité des déplacements et des gestes se double de moments de retenue. Stables sur le plan psychomoteur, ils supportent de rester assis tout au long de l'examen mais n'hésitent pas à se lever ou à se rapprocher si nécessaire, par exemple au moment d'effectuer le choix des planches de Rorschach ou de CAT. Ils sont aussi en mesure de recourir à ce mélange de spontanéité et de retenue face au scéno-test en ménageant l'angle le plus confortable pour accéder au matériel. Les éventuels moments de relative agitation ou les adresses au clinicien sont pour la plupart dictés par la résonance aux sollicitations latentes du matériel.

Prenons le cas d'Aurélien (4 ans et demi) consultant en vue d'un passage anticipé au CP préconisé par l'école. Si les premiers instants de la rencontre (pouce enfoncé dans la bouche et corps blotti contre sa mère) font douter du bien-fondé de l'indication, l'hésitation ne dure guère. L'enfant ne tarde pas à s'approcher du bureau pour dessiner sa famille, annonce-t-il. Au moyen de jolis mouvements amples, il anime et remplit l'espace graphique : « Mon petit frère, le grand, ma mère. Ce n'est pas grave si je n'ai pas la place de dessiner mon père ? » Les personnages sont figurés ni trop grands ni trop petits, avec des attributs corporels et surtout vestimentaires, conformes aux attendus de son âge et commentés avec humour et précision ; son petit frère colorié en rose, lui, est « tout nu car il sort de la douche et il a les cheveux en pétard ». Aurélien se montre tout au long de l'examen pressé de découvrir des stimulations nouvelles mais sans agitation. Au Rorschach, il participe sur un mode à la fois sérieux et ludique, se lève, tête haut dressée, pour imiter « deux têtes d'oiseaux, ils chantent » (planche III). L'aisance des gestes dans l'espace à propos du jeu avec le scéno-test fait plaisir à voir tandis qu'émergent au CAT de discrets mouvements dépressifs en liaison avec le renoncement œdipien.

N. Rausch de Traubenberg et M.F. Boizou (1977) disent de ces enfants « normatifs » qu'ils explorent le Rorschach comme « un jeu créateur imaginaire » et montrent à cette occasion (aussi) une alternance de spontanéité pro-

jective et de retenue, voire d'inhibition. Les « espaces blancs sont souvent perçus en tant que lieux de passage et non en tant que manques » (page 113). Leur production dans les épreuves projectives s'accompagne par moments d'appels au clinicien ou de recherche de proximité complice annoncée par « regarde ! » ou traduite directement au plan corporel. Elle se caractérise surtout par son inscription dans l'aire transitionnelle : entre fantasme et réalité et dans l'espace instauré entre le corps propre et celui du clinicien.

Dans cette population privilégiée, la caractéristique première du fonctionnement psychique est le plaisir partagé avec lequel s'exerce toute opération, à la différence essentielle des enfants souffrant de troubles narcissiques pris dans une stratégie coûteuse. Chez ces enfants bien portants, le corps n'est pas seulement exhibé, offert au regard de l'autre. Le regard appelle un retour fait d'approbation tranquille et surtout de relation réciproque.

MODALITÉS D'INVESTISSEMENT DES APPRENTISSAGES ET DE LA PENSÉE

Utilisation narcissique des compétences

Guy, enfant encoprétique, offre à 7 ans tous les aspects d'une pathologie narcissique précoce traduite notamment par un refus systématique de tout apprentissage et la disqualification injurieuse de tout enseignant. Malgré cela, il parle, nage, lit et écrit sans difficulté notoire. Il consent à jouer du piano avec son seul index mais le son est juste. Face au WISC-III, il déclare que « c'est fastoche », étale des connaissances hors de propos, ne tient compte ni des questions ni des modèles parce qu'« il sait ». En s'adaptant de façon discontinue à la situation proposée, il obtient néanmoins des résultats moyens. Il accepte quelques planches du Rorschach à condition de tourner le dos au clinicien et estime ses propres dessins « plus beaux ». Et c'est vrai : l'aisance du trait est remarquable pour son âge. Ce n'est qu'à l'occasion du CAT que pourra indirectement se dire la souffrance et finalement une grande dépendance non reconnue à l'objet externe.

Dans un autre style, Maxime (7 ans et deux mois) affirme lui aussi son savoir et sa supériorité avec quelques raisons puisqu'il réussit brillamment partout. Les résultats du WISC-III confèrent un QI global de 141. Ce qui frappe toutefois c'est l'usage purement narcissique de l'intelligence consistant à dénigrer et à maîtriser l'autre avec une grande froideur. Sa maîtresse, et maintenant la psychologue, sont jugées particulièrement stupides.

L'éventualité d'un échec fait surgir des mouvements caractériels accompagnés d'une grande tension corporelle proche de la crise clastique.

À 4 ans et demi et avec 145 de QI à la NEMI, ce type d'investissement apparaît chez Valentine (alopécie) à travers son usage prématuré des « donc », « en fait », venant contrecarrer le vécu sous-jacent de blessure. Elle présente un développement intellectuel homogène d'enfant de 6 ans et excelle dans les activités sportives comme le ski et l'équitation. En revanche, elle n'a pas de camarades et s'isolera encore plus au Cours Préparatoire dont le passage prématuré a été décidé au vu des performances scolaires. Après une première phase de coopération active, elle s'emploiera lors de la prise en charge psychothérapeutique à disqualifier la relation et refuser toute aide extérieure.

Ces trois enfants, à l'instar de beaucoup d'autres fonctionnant dans ce même registre, ont pour particularité de dérouter l'adulte et les projets thérapeutiques ou éducatifs, l'enjeu étant de ne pas se trouver tributaire d'autrui et surtout de n'en rien recevoir. Tout acquis doit ainsi être refusé au nom d'une connaissance innée et toute-puissante, mais il est bien là.

Inappétence et équivalent dépressif

C'est au contraire à travers les difficultés à investir une quelconque polarité du dedans ou du dehors que se signale la grave mésestime de soi de certains enfants hospitalisés en pédopsychiatrie dont la vie est faite de discontinuité et de carences précoces. Il s'agit *a fortiori* de ces enfants trop souvent placés, déplacés, hospitalisés, dont Myriam David et Geneviève Appel (2000) ont suivi le parcours jusqu'au moment où, devenus adultes et clients des services sociaux et non des institutions psychiatriques, ils sont contraints à leur tour de placer leur enfant. Il n'y a pas chez eux de reconnaissance de la souffrance dépressive. Certes, les enfants imbus de leur supériorité ne la reconnaissent pas davantage, mais sur un mode différent puisqu'ils puisent en eux-mêmes un ressourcement infini.

Chez ces enfants gravement carencés, le clinicien est confronté à une clinique du vide à investir, du vide à penser, peu propice, entre autres, à l'acquisition des connaissances et des apprentissages. Dans le meilleur des cas, l'inhibition intellectuelle, pluridimensionnelle comme le montre M. Emmanuelli (1996), reste articulée à une dimension conflictuelle. Mais la plupart des enfants rencontrés dans ce contexte présentent des déficits cogni-

tifs sévères que les travaux de R. Misès, R. Perron et R. Salbreux (1992 et 1994) permettent désormais d'éclairer dans une perspective dynamique.

À travers l'incapacité en période présumée de latence à connaître et à apprendre (prendre à, prendre de l'autre), se signale la constante proximité de l'effondrement dépressif non reconnu et transposé au niveau du difficile maniement des objets externes. Il s'agit pourtant d'indigence majeure de constitution d'un espace interne dont rendent compte les scores bas des épreuves intellectuelles et, en situation projective, le faible déploiement des modalités névrotiques attendues au profit du recours à l'agir et au factuel.

Sébastien présente à 11 ans un retard scolaire important dans un contexte de grande précarité familiale. Le WISC-R lui confère un QI de 75 à peu près homogène. Après un Rorschach extrêmement restrictif, il refuse le TAT jugé « trop dur ». Voici son récit de la planche 5 du CAT :

« Ça parle de... deux petits nounours puis d'une maman nounours, sont partis au lit... et puis ils dorment... après ils dorment bien tous, et le lendemain ils vont manger et ils vont recommencer leur journée, et après ça va être midi et ils vont manger... puis les petits enfants cet après-midi ils vont faire la sieste ; puis après la sieste, ils vont s'amuser... puis après ça va être le soir, ils vont manger et ils vont au lit ».

Les récits se succèdent dans cette désolante monotonie du quotidien écrasant le monde pulsionnel, ponctuée ça et là de postures signifiantes d'affect dépressif : fatigué, appuyé, tombé...

Le plaisir de fonctionner

Les exemples abondent pour montrer que la précocité n'est pas nécessairement synonyme de pathologie de la relation. Revenons à Aurélien cité précédemment. À 4 ans et demi, il sait lire écrire et dessiner comme s'il en avait 6. Mais il sait aussi jouer et il aime ça. Cet enfant nous est décrit comme ayant des intérêts multiples et, en fait, une très grande capacité à s'adapter à toute situation. L'examen psychologique confirme cette particulière aisance, notamment à travers la qualité de la rencontre. Les épreuves projectives et les dessins le situent en plein conflit œdipien, responsable des petits moments de repli. Au Rorschach, il prend plaisir à explorer et mettre en avant ses découvertes récentes et jubile devant les sollicitations régressivantes utilisées comme tremplin de créations nouvelles. Ce qui frappe chez lui, c'est combien la nette avance de développement ouvre un large éventail intellectuel et pulsionnel dans lequel la dimension relationnelle est toujours présente.

IMPLICATIONS

Implications au plan identitaire

Les composantes identitaires, essentiellement révélées par l'approche projective et les dessins, concernent la cohésion structurale et la représentation de soi qui en découle.

Le narcissisme garant de la cohésion identitaire

Une des fonctions essentielles du narcissisme, comme le rappelle R. D. Stolorow (1975), est de « maintenir la cohésion structurale ». On pourrait dire qu'une des fonctions essentielles du narcissisme pathologique est de maintenir cette cohésion, voire la consistance et la cohérence à tout prix, quitte à rompre tout lien avec l'objet dans un but anti-pulsionnel.

L'autisme et les formes de psychoses « à carapace » que décrit F. Tustin (1972) fournissent l'exemple le plus accompli de telles protections. Dans ces contextes, le narcissisme se construit sur le modèle du retrait amibien, coupé des contacts avec l'environnement, ou émettant dans ce dernier les pseudopodes strictement nécessaires à sa survie. Tout mouvement pulsionnel semble en effet banni, mais l'on sait quelle violence couve sous cette rupture des liens. La destructivité sous-jacente est toujours près d'exploser à l'occasion des sollicitations de la vie et surtout au « contact » de l'autre, ce que réactive parfois la rencontre avec le clinicien et, d'une façon très spécifique, la confrontation aux jouets à forme humaine du matériel, par exemple du scéno-test. Face à une telle démesure, il est loisible de penser qu'il s'agit d'un façon extrême de s'auto-soigner et en tout cas de rester vivant car somatiquement parlant, ces enfants, contrairement aux enfants tout-venant, semblent imperméables à toute affection.

Mesures anti-projectives

À un moindre degré, mais de façon significative des enjeux pulsionnels sous-jacents, le narcissisme devient synonyme de lutte contre la projection potentiellement déstabilisante. L'identité plus ou moins acquise dans ces conditions précaires est surtout tributaire de menaces persécutrices, soit accrues soit apaisées par le regard d'autrui. La confrontation à l'imgo maternelle à l'occasion du matériel projectif est souvent source de désorganisation. Voici le récit de Jean-Pierre (8 ans) fourni à la planche 4 du CAT en dépit de ses efforts pour contrôler le clinicien :

« Alors c'est... c'est quoi... cet animal, je connais pas. Trois animaux. Deux animaux qui courent. Un animal qui est dans le sac à sa maman et sa maman court et l'autre il fait du vélo... L'histoire (ton péremptoire) : pourquoi tu fais pas comme avant (montre ce qu'a écrit le clinicien précédemment) (?) La maman a un sac et le bébé est dans son sac et le bébé tient un ballon... et l'autre fait du vélo et ... y a des gens qui les courent après. Ça j'ai inventé. Ah comme on voit les bonshommes là (montre gris latéral à droite). (Des gens ?) C'est des humains pour les tuer parce qu'ils vont les manger ».

Mesures anti-dépressives

Mais il s'agit aussi, conjointement dans certains cas, de déployer le narcissisme vis-à-vis d'une éventuelle reconnaissance insoutenable de la position dépressive qui affaiblirait la toute-puissance de l'enfant. La devise est de dénier toute atteinte : « même pas mal », « même pas seul », le déni porte sur la réalité interne.

C'est ce que tente encore Jean-Pierre. L'aspect imprécis du Rorschach lui est désagréable. Mais ce qui lui paraît plus déplaisant encore est le caractère persécuteur et envahissant de chaque image du CAT. Face à des représentations de relation figurées, inlassablement ramenées, loin des sollicitations manifestes, à des situations agresseur-agressé, il peut enfin dire son angoisse et faire appel à l'aide du clinicien tout en le contrôlant avec une extrême vigilance. Mais la solitude entrevue ne peut être reconnue et se transforme en mesure d'auto-satisfaction et représentation d'action. Voici son récit planche 9 :

« Hein, on a encore du temps ? À peu près sept minutes ? Un... lapin qui est dans son lit. Histoire ! Celle-là elle va pas finir en désastre. Je te le jure, sinon je me coupe la tête ! Le lapin sort dehors et s'amuse avec ses copains, va s'amuser avec ses copains. Là c'était pas un désastre. C'était très bien. (Comment tu le vois ce lapin ?) Il me regarde. Il pense qu'il aime pas rester seul et il va sortir ».

Implications au plan pulsionnel

Nous interrogeons maintenant l'inscription du narcissisme par rapport aux pulsions partielles et leur éventuelle confluence vers la mise en place du théâtre œdipien.

Inscriptions orales

Souffrance et défenses narcissiques se démarquent à travers les productions projectives en fonction du statut réservé aux distinctions intérieur-extérieur ; autant certains protocoles font état d'une difficulté à fermer-délimiter

les espaces, autant dans d'autres sont accentuées les différenciations comme pour lutter contre la possible confusion. Si les figures du Rorschach sont « mal dessinées » aux yeux de Valentine, c'est qu'elles sont insuffisamment « fermées » et de plus elles s'ouvrent sur un espace blanc mal définissable d'où naît une problématique de contenant.

Cette même problématique de cavité primitive (R. Spitz, 1959) non fiable ou inachevée s'exprime chez Marine (6 ans) de façon inhabituelle au CAT à travers un surinvestissement compensateur d'un moi-peau (D. Anzieu, 1974) à attribuer qu'illustre notamment le traitement de la planche 2 :

« C'est des ours et ils ont une grande ficelle. Et alors il y a deux ours, y a le papa et la maman qui tirent et le petit bébé qui tire derrière. Ils ont des oreilles puis au bout de la ficelle y a des boutons... y tirent fort... puis la maman elle tire fort parce qu'elle tire en arrière. (Et alors ?) Y a d'autres ours qui vont venir et y a même des enfants ours et y aura des chasseurs qui viendront les chasser pour prendre leur peau pour avoir chaud parce qu'ils zont pas de maison. Ils vivent dans une grotte. »

Inscriptions anales

L'insuffisance des délimitations dedans-dehors est plus visible encore sous l'angle de l'analité dans la mesure où elle s'accompagne d'un surinvestissement de la maîtrise. Sont néanmoins confondus ce qui pénètre dans le corps et ce qui s'en détache, à l'image d'un orifice à double issue dont aucun n'est réellement érogène ni structurant. C'est ce que traduit la planche 6 du CAT de Guy pour qui l'analité, loin de constituer un contenant ferme dans lequel les contenus viendraient se hiérarchiser, devient un gouffre sans fond :

« Alors ça c'est un petit ours qui est dans une grotte avec son père, sa mère, dans une grotte et devant y a du bois, un petit peu. Y a des petites feuilles. Et pis au fond y a une grande, une grande, immense route. »

Pour lui pourtant, tout est placé sous le signe de la maîtrise, en particulier de l'autre, familier ou étranger, qu'il malmène dans la réalité du quotidien en lui déversant, entre autres, des chapelets de gros mots.

De même, c'est à des fins de maîtrise que Maxime (7 ans) exerce ses talents au détriment de l'autre, ce dont se plaint son institutrice : « il utilise son intelligence pour humilier des enfants moins doués que lui ». À son âge, il connaît déjà le mépris et en fait une arme redoutable. Au clinicien, il déclare : « Vous êtes trop stupide pour savoir ce que j'ai dans ma tête et vous saurez jamais », « je ne crois que ma mère et personne d'autre, c'est ma vie ».

Devant ces manifestations d'omnipotence, on ne peut pas parler vraiment de souffrance mais plutôt d'une façon inconsciemment narcissique de faire souffrir l'autre afin (inconsciemment certes) de moins pâtir du défaut de contenant maternel inhérent à l'organisation psychique.

Sans doute peut-on comprendre ainsi chez le sujet devenu adulte le plein emploi du sentiment d'omnipotence car, à cette étape de la vie, l'exercice narcissique intensif tend semble-t-il à estomper sinon à effacer ce contre quoi il s'est exercé antérieurement ; les productions projectives des adultes présentant une pathologie narcissique sévère et ancienne rendent compte des effets défensifs du narcissisme mais plus rarement des failles dépressives alors que ce lien souffrance-défense est encore très vivant et transparent chez l'enfant.

Le narcissisme phallique : édifice et défense

Dans quelle mesure l'enfant peut-il s'appuyer sur la conquête phallique pour asseoir les constructions narcissiques issues de l'oralité et de l'analité ? Dans quelle mesure aussi pourra-t-il, tout ou partie, y renoncer en s'engageant dans la voie œdipienne ? Dans les cas de souffrance sévère, il n'est peut-être pas exact de parler de phallisme tant est grande l'indistinction des zones érogènes et en particulier entre le phallique et l'anal réunis, sinon confondus, soit au nom de la maîtrise de l'objet soit en raison de l'indigence des investissements orificiels.

Seule l'approche dynamique de l'ensemble du fonctionnement psychique peut témoigner de la dimension trophique de l'érection du « je ». Le narcissisme phallique s'affirme dès le triomphe que confèrent la station debout et la marche autonome – l'enfant le traduit par l'accent mis sur la verticalité des lignes graphiques ou encore l'insistance sur l'axe vertical au Rorschach. Il se poursuit avec l'investissement possible du phallus imaginaire et perdure tout au long de l'existence active à travers chaque nouvelle conquête décisive, tant chez les hommes que les femmes. Mais à la toute-puissance phallique se heurte le principe de réalité qui engage le petit d'homme dans la reconnaissance de l'existence de l'autre avec lequel il est tenu de partager, de rivaliser ou de céder le pas. La reconnaissance de la différence grand-petit, fort-faible précède en général celle de la différence des sexes.

Or là commence aussi la pathologie du narcissisme car, bien qu'évidente, cette réalité là n'existe pas plus chez Jean-Pierre que chez Maxime ; Valentine l'ignore, tout comme Guy et Jennifer. À travers ce déni, ces

enfants ont en commun de se dérober aux lois qui fondent les sociétés humaines : la différence des générations. Peut-être connaîtront-ils pourtant la distinction des sexes, mais selon un télescopage dyschronique. Il n'y a pas chez ces enfants – comme chez l'adulte pervers narcissique – de distinction claire entre objet de l'adulte et objet propre, mais un maniement narcissique illimité ou un rejet radical ; ni la rivalité ni un projet identificatoire ne peuvent être évoqués malgré le doute fondamental quant à l'intégrité phallique.

Voici l'histoire de Gérard (6 ans et 6 mois) à propos de la planche 1 du TAT : « C'est quelqu'un qui revient, qui vient de l'école et ... il a amené un violon et il a fait de la musique et tout le monde il a applaudi et... c'est tout. C'est pas grave si elle est toute petite ? ».

L'impensable entrave à la toute-puissance s'exprime chez Baptiste (11 ans) devant la même planche par le biais de l'inhibition et du refus actif : « Quoi, je comprends pas ! Il a construit un violon, bon, il a pas tout à fait fini et devant il pense quelque chose, il l'a mis sur une feuille, je sais pas ».

Face au CAT, les protagonistes sont mis sur le même plan à un âge où la différenciation serait possible. L'image maternelle est ignorée planche 1. Planche 2 : « il y a des ours, trois ours » sans mention de la différence de taille.

Jennifer s'appuie sur une inhabituelle différence des sexes à la planche 1 du CAT pour éviter la confrontation à l'image maternelle génératrice d'envie au sens kleinien et renforcer le refuge dans des positions phalliques : « Alors, c'est trois poussins... qui ont envie de goûter... Ça... et y a deux garçons et une fille. Et les deux garçons y disent en même temps : nous on va le goûter et la fille elle dit : c'est les filles d'abord. Et puis voilà ».

Sur la voie œdipienne

On pourrait penser que le renoncement à la toute-puissance phallique, dimension nécessaire pour s'engager dans la relation œdipienne, tout en étant anatomiquement réaliste, est plus complexe chez les filles que chez les garçons vu le changement d'objet auquel elles sont en même temps contraintes. Le devenir féminin en témoigne d'après les textes de S. Freud de 1931 et 1932. Plusieurs des petites filles rencontrées dans un cadre préventif nous prouvent que la pathologie du narcissisme n'est pas nécessairement une spécificité féminine dans l'enfance.

Le récit de Line (5 ans 2 mois), planche 2 du CAT, offre un bel exemple d'accès aux différenciations fondamentales et de renoncement, à la fois protestataire et dépressif, aux attributs enviables :

« Un moyen ours, un grand ours et un petit ours, ils jouaient à la corde, ils voulaient tirer la corde, après, et puis... comme le petit ours il voulait tirer la corde et le papa il disait non et la maman oui... C'est quand même le papa qui l'a eue. Le petit ours il pleure, il va au lit, le papa il veut garder la corde pour son travail. Le petit ours aussi il a du travail ! »

Le lien à l'objet : excessive autonomie et dépendance

L'enfant qui n'a besoin de personne

Le statut du petit d'humain est sa totale dépendance sur laquelle, dans les contextes favorables, se construit selon A. Freud (1965) une des principales lignes de développement vers l'autonomie. Il faudra à l'enfant plusieurs mois avant d'être en mesure de se déplacer seul, des années avant de pouvoir se nourrir et prendre soin de son propre corps. Et pourtant, certains enfants s'écartent de cette trajectoire. Le triste exemple des enfants de rue soumis aux exigences de leur seule survie illustre les dégâts causés par une trop précoce autonomie. Pour des raisons complexes, plus psychiques que matérielles, d'autres enfants développent très tôt – dès les premiers jours de vie nous disent certains parents – une autosuffisance déconcertante.

C'est le cas de Charlotte qui, selon les dires de son père, « n'avait besoin de personne ». Peu après sa naissance, elle bougeait tellement aux côtés de sa mère épuisée et déprimée qu'elle déplaçait elle-même son berceau. Elle est restée une enfant turbulente, précoce, peu câline, n'aimant pas être portée, insensible aux séparations. À 6 ans ont débuté une énurésie diurne et des crises de colère violentes devenues motif de consultation à 9 ans.

L'examen psychologique fait alors état d'une relative sous-exploitation des ressources verbales au profit de l'agir et du concret surinvestis. À travers des visages réduits à leur seul contour, le Rorschach évoque, planches III et VII, le vide représentationnel de la « mère morte » de A. Green (1980) ; le caractère relationnel du TAT est globalement refusé. Reste le versant éminemment dépressif qui, à la planche 16, induit le récit suivant :

« C'est une fourmi qui est morte au bas d'une très vieille porte... euh... les fourmis sont tristes que leur reine soit morte, euh... alors on lui fait ses cérémonies...euh... et c'est la fourmi la plus forte qui tire la reine pour l'enterrer dans la neige. C'est tout. »

Le scéno-test permet un retour du dégagement narcissique : la fille en robe d'organdi (princesse) est placée seule au centre de la scène, entourée de verdure et de fleurs. Rien ne se passe grâce à ce splendide isolement.

Tout porte à croire que cette enfant a précocement développé des défenses corporelles et narcissiques pour trouver en elle-même les ressources nécessaires à sa survie psychique faute d'étayage de sa mère dépressive. Défenses coûteuses si l'on en croit leur intensité et leur devenir, destinées à lutter contre sa propre dépression.

Traductions de la dépendance

La lutte contre la dépression et la dépendance à un objet vécu comme non fiable ne connaît pas toujours une expression triomphante. Autant certains enfants se prétendent invulnérables, inattaquables et seuls maîtres à bord, autant leur mode de relation et/ou leur production projective, de façon ponctuelle ou continue, révèle combien ils sont tributaires de l'environnement externe.

Jean-Pierre adopte successivement ce double aspect. Il aime affirmer n'avoir peur de rien ni de personne. Petit et menu, il attaque régulièrement des enfants plus âgés et plus robustes, se montre grossier et insolent vis-à-vis de son maître. Au moment de l'examen psychologique, il affirme en un premier temps son « bon vouloir » conditionnel par une participation discontinue, dicte réponses et ponctuation au clinicien sur un mode péremptoire. En un second temps transparait la crainte de déplaire et finalement une angoisse de séparation assez vive qu'il faudra négocier prudemment. C'est souvent en termes d'excessive dépendance que se traduit le lien à l'objet dont l'enfant s'efforce de s'affranchir de façon trop radicale.

D'autres modalités d'expression de la dépendance sont indirectes : elles se font jour sous une sensibilité très particulière à l'environnement externe en reflet des défaillances de l'espace interne, que la clinique immédiate ne laisse pas toujours soupçonner. Il s'agit dans la situation projective d'une sensibilité aux multiples aspects de contenance et de support qui passe par le recours au contenu manifeste ou à un univers familial. L'accent est mis sur les délimitations, les cadrages et les supports présents ou manquants ; il porte aussi sur les qualités sensorielles, sur la couleur blanche notamment, qui n'est pas sans parenté avec la fleur froide et funèbre du mythe de Narcisse.

Bien que l'enfant paraisse loin de percevoir la teneur douloureuse de ses messages, ses réponses laissent entrevoir le possible déploiement d'une problématique d'étayage propice au travail thérapeutique. Voici le récit fourni par Guy à la planche 5 du CAT :

« Alors ça, ce sont deux petits ours qui dorment dans un lit. Et ce lit il est en bois peint en blanc (agite la planche) et y a du bois pour la maman et le père, une table de bois, une lampe et ils ont laissé les fenêtres fermées. Et le bois est tout gris. Ils ont un petit tapis gris. Et leur maison est en bois. Sauf que les deux petits ours y en a un qui dort pas. Et ils ont un oreiller blanc parce qu'il a un œil ouvert. Et ils ont une petite couverture aussi ».

La dépendance au cadre est toutefois insuffisante ici pour protéger de la pensée arbitraire.

Chez d'autres enfants dont la souffrance narcissique est manifeste s'affirme une quête illimitée de dépendance à un objet externe qui, faute d'objet interne, ne peut se constituer. Malgré son caractère obligatoirement tangible sous peine de disparition, il demeure interchangeable, inaccessible et disqualifié laissant l'enfant dans un état de vide permanent. Concrètement, l'enfant essaie – fut-ce avec agressivité – de coller au plus près du corps de l'autre ou de s'entourer de possessions matérielles mais il se trouve ainsi soumis à des conduites incessantes d'accrochage et de vain remplissage. Il n'y a vraiment que des enfants aussi souffrants pour dire comme Sylvie (6 ans) face au scéno-test : « C'est quoi ? Y a rien là-dedans. T'as pas d'autres jouets ? »

Implications relationnelles et thérapeutiques

Les manifestations précoces du « soi grandiose » chez un jeune enfant sont toujours inattendues, complexes, forçant le clinicien à s'interroger sur son rôle, sa fonction et son statut d'adulte sinon de parent. Le clinicien se trouve d'emblée confronté dans la relation au tutoiement indistinct des âges, des rôles et des générations et à la nécessité par moment d'établir un recadrage. Ce dernier peut paraître salutaire lorsqu'il permet à l'enfant de se départir de sa position de toute puissance et de retrouver son statut d'enfant. Cependant le retour à l'état d'enfant renvoie parfois à une telle blessure qu'à la possibilité de formuler indirectement une demande d'aide correspond l'incapacité de la recevoir. Derrière l'affirmation de la suprématie infantile se profile le scénario d'une profonde détresse inavouable que seul un retour à l'omnipotence et à la négation de l'autre sera à même d'endiguer. De ce fait, le rôle du clinicien et des équipes de soin oscille entre des positions contradictoires passant de l'excessive distance à une sollicitude exagérée. L'entourage médical se sent davantage gratifié lors des manifestations de grande dépendance mais de façon illusoire car à peine entrevue par l'enfant, la position dépressive est pour lui inacceptable.

CONCLUSION

À propos des formes du narcissisme pathologique

Que le corps soit performant ou disqualifié, qu'il y ait ou pas des atteintes réelles, le dénominateur commun des productions projectives des enfants présentant des troubles de régulation de l'estime de soi est le vécu fantasmatique d'atteinte. Il est frappant d'observer que ce vécu s'exprime de la même façon dans tous les cas, tant dans les compensations gymniques que dans les décompensations de la maladie somatique. C'est dire combien les investissements corporels sont fondamentaux pour le devenir psychique.

Le narcissisme pathologique renvoie dans tous les cas à une dysharmonie des rythmes et des acquisitions. Ce qui paraît central dans ces problématiques est la négation (dénî) de la réalité des différences, et en particulier le déni de la différence des générations, alors que les distinctions relatives aux sexes peuvent être acquises et même surinvesties dans certains cas.

Lorsque le moi grandiose du petit enfant se pose en égal du moi de l'adulte, le fantasme sous-jacent n'est guère distinct de celui qui anime la conviction de ne rien valoir. Dans un cas comme dans l'autre existent des aspirations inatteignables.

Cependant, si les deux formes ou moments extrêmes du narcissisme pathologiques – inflation et déflation – reposent sur des problématiques communes, leur conséquences, leurs effets et les attitudes contre-transférentielles qu'elles engagent ne sont pas entièrement superposables : les souffrances narcissiques majeures suscitent la compassion du clinicien et invitent les équipes de soin à tenter de combler, parfois inlassablement, l'extrême défaillance. L'enfant qui n'a besoin de personne, a priori peu gratifiant, déroute ou décourage les entreprises thérapeutiques envisagées aussi sur du long terme.

Il revient à l'approche projective de réintroduire les nuances car à la blessure narcissique correspond le fantasme d'omnipotence plus ou moins enfoui. Et inversement, lorsque s'affirment omnipotence et invulnérabilité, le vécu d'atteinte corporelle est suffisamment intense pour recouvrir les aspirations grandioses.

En somme, l'étude approfondie du fonctionnement psychique, notamment grâce à l'approche projective, montre que l'omnipotence et la mésestime de soi constituent souvent deux pôles dans la démesure dont le premier tend

défensivement à masquer le second. L'écart pouvant exister entre les manifestations externalisées du triomphe narcissique et le vécu de souffrance interne est alors impressionnant.

À propos de la distinction entre modalités normales et pathologiques

Notre travail n'a pas permis de dégager des modalités narcissiques spécifiquement « normales » par opposition à d'autres qui ne le seraient pas. Une fois de plus s'affirme la continuité entre le normal et le pathologique : les enfants souffrants et bien portants utilisent les mêmes stratégies.

Chez les uns et chez les autres, l'activité narcissique, comme tout acte psychique, prend source dans le corps et dans les divers investissements moteurs et sensoriels qu'il est en mesure d'offrir. D'une manière ou d'une autre, l'évolution phylogénétique conduira à accomplir des apprentissages en liaison avec l'émergence de la pensée. Appartenant à l'espèce humaine, tous les enfants, à divers degrés, seront amenés à affirmer leur identité propre et distincte de celle d'autrui. Tous connaîtront aussi les principales conflictualités liées aux ancrages pulsionnels mais les traverseront différemment.

Car, bien qu'identiques, les modalités narcissiques sont plus ou moins structurantes suivant l'investissement des zones orificielles classiques. Leur plus ou moins grande efficacité dans le maintien de la cohésion identitaire vis-à-vis d'émergences projectives ou dépressives dépend en grande partie de l'investissement des différenciations dedans-dehors et de l'intérêt pour les enveloppes corporelles qu'elles impliquent.

Dans tous les cas se pose la question du miroir dans le regard, non seulement de la mère mais aussi de l'environnement : certains enfants tentent d'assurer leur permanence sinon leur existence par la permanence du regard ; d'autres confondent le regard avec un objet persécuteur ; d'autres enfants encore font du regard un vecteur infra-verbal d'échanges réciproques susceptible de nourrir le langage et la pensée.

Notre approche conduit à apprécier les éventuelles distinctions entre modalités narcissiques normales et pathologiques dans la dynamique et l'économie psychique personnelle de chaque enfant. Cela revient à se pencher au cas par cas sur la façon dont le narcissisme retentit sur l'investissement du corps, des apprentissages et de l'activité de penser en écho de l'évolution pulsionnelle et relationnelle. L'essentiel réside dans la dynamique entre investissement narcissique et objectal. Là où la pathologie narcissique tend

à couper, diviser, isoler, délier, le narcissisme sain participe à établir des liens. Au langage des extrêmes s'oppose celui du compromis. La pathologie narcissique induit la dysharmonie.

RÉFÉRENCES

- Anzieu D. (1974). « Le Moi-peau », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 9, 195-209.
- Boekholt M. (1993). *Épreuves thématiques en clinique infantile. Approche psychanalytique*, Paris, Dunod.
- Boekholt M. (1996). « Fondements pulsionnels de l'expérience visuelle : regard à travers la genèse du processus Rorschach », *Psychiatrie de l'enfant*, 39, 2, 537-579.
- David M., Appel G. (2000). « Hospitalisme », in *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, dir. Houzel D., Emmanuelli M., Moggio F., Paris, PUF, 323-326.
- Emmanuelli M. (1996). « L'inhibition intellectuelle à la pré-adolescence : mise en défaut de la latence et prélude à la séparation », *Psychologie clinique et projective*, Dunod, Paris, 261-278.
- Freud A. (1965). *Le normal et le pathologique chez l'enfant*, Paris, Gallimard 1968.
- Freud S. (1931). « Sur la sexualité féminine », in *La vie sexuelle*, PUF 1982, 139-155.
- Freud S. (1932). « La féminité » in *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, Gallimard 1974, 147-178.
- Green A. (1980). « La mère morte », conférence présentée à la SPP le 20 mai 1980, in *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, 1983, Paris, Éditions de Minuit, Col Critique, 222-253.
- Kernberg P. (1989). « Troubles narcissiques de la personnalité dans l'enfance », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, Paris, 7, 39-76.
- Mazet P. (1980). « Les troubles narcissiques de la personnalité dans l'enfance », in *Entretiens de Bichat*, vol . Médecine, Paris, Expansion scientifique française, 378-381.
- Mazet P. (1988). « Estime de soi et apprentissage dans l'enfance », in Mazet, Lebovici (eds), *Penser, Apprendre*, Paris Eshel, 223-232.
- Mazet P. (1995). « Les dysharmonies précoces du développement », in *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 2, Paris, PUF, 1159-1169.
- Misès R., Perron R., Salbreux R. (1992). « Arriérations et déficits mentales. Cadres étiologico-cliniques à base organique. Étude clinique. Tests psychologiques.

Diagnostic différentiel », *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37
219 M 20.

Misès R., Perron R., Salbreux R. (1994). *Retards et troubles de l'intelligence de l'enfant*, ESF.

Nouvelle revue de psychanalyse (1976). *Narcisses*.

Rausch de Traubenberg N., Boizou M.-F. (1977). *Le Rorschach en clinique infantile*, Dunod, Paris.

Spitz R. (1959). « La cavité primitive, étude de la genèse de la perception, son rôle dans la théorie psychanalytique », *Revue française de psychanalyse*, XXII , 205-234.

Stolorow R. D. (1975). « Toward a functional definition of narcissism », *International Journal of Psychoanalysis*, 2, 1979-1985.

Tustin F. (1972). *Autisme et psychose de l'enfant*, 1977, Paris, Seuil.

Winnicott D.W. (1967). « Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant », in *Jeu et réalité, L'espace potentiel*, 1975, Paris, Gallimard.

Winnicott D.W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, 1975, Paris, Gallimard.

Monika Boekholt
Université Paris 13
Laboratoire de psychologie
Avenue Jean-Baptiste Clément
93430 Villetaneuse

Abstract – Narcissism in the child : normal and pathological modalities. This study proposes to explore narcissism in the healthy and unhealthy child as it is expressed through the body, through leaning and thought processes. The work is based on an in-depth psychological examination of children aged 4 to 12. These children were examined in child psychiatry and preventive medicine units. Rorschach and thematic tests (verbal and/or play) make it possible to underscore the implications concerning identity and drive which might create the foundations for self esteem and rational evolution.

Key words : Grandiose Self – Narcissistic suffering – Body – Learning processes – Drive evolution – Projective clinical work (Rorschach, CAT, TAT).

Resumen – El narcisismo en el niño : modalidades normales y patológicas. Este estudio propone explorar el narcisismo del niño sano y del sufriente tal como se expresa a través del cuerpo, los aprendizajes y el pensamiento. El trabajo reposa sobre el examen psicológico profundizado de niños de 4 a 12 años examinados en pedopsiquiatría y en medicina preventiva. Rorschach y pruebas temáticas (verbales y/o de juego) permiten subrayar las implicaciones al plano de la identidad y al plano pulsional susceptibles de fundar la estima de sí mismo y de volverse relacionable.

Palabras-clave : Yo-grandioso – Sufrimiento narcisista – Cuerpo – Aprendizajes – Evolución pulsional – Clínica proyectiva (Rorschach, CAT, TAT).