

**CANAL  
PSY**

# Le handicap de l'enfant



Jean-Louis DOREY  
Simone KORFF SAUSSE  
Marjorie POUSSIN

Interview

Monique DUPRE-LA TOUR sur son ouvrage *Les crises du couple*

Tribune

Annick MARNAS ABRY, Patricia MERCADER

Coup de coeur

François BERLÉAND, *Le fils de l'homme invisible*

**3,30 €**

Notre discipline serait elle particulièrement féminine, ou en voie de féminisation ? La question se pose effectivement, lorsqu'on se promène dans les couloirs de notre institut.

### Division sexuelle du travail et couloirs de verre

Première remarque, c'est d'abord à Lyon 2, plus que simplement en psychologie, que la présence des femmes est massive : elles sont nombreuses surtout dans le public étudiant (71%). Il faut d'abord y voir l'effet d'une division sexuelle du travail encore déterminante dans les orientations que choisissent les femmes. C'est la « fausse réussite scolaire des filles » : bien qu'elles réussissent mieux dans le secondaire, les filles, sauf exception, ne choisissent pas les filières les plus valorisées (BAUDELLOT et ESTABLET, 1992). Donc, si elles sont ici, c'est qu'elles sont moins nombreuses (une petite moitié) à Lyon 1, en sciences « dures ». Et même au sein de notre université, on peut encore constater l'existence de couloirs de verre qui s'analysent de la même façon : les femmes sont surreprésentées<sup>1</sup> en Sciences Humaines et Sociales (74%), Lettres (76%) et Langues (78%), les hommes en droit, sciences politiques et AES (36% des étudiants), et surtout en économie et gestion où ils atteignent le taux de 59%...

Il n'en est pas moins vrai que les étudiantes sont encore plus nombreuses en psychologie<sup>2</sup>, et de façon très significative : 84% en 1998, 86% en 2005, c'est donc plutôt stable, malgré une tendance à l'augmentation. Si l'on poursuit le raisonnement concernant la « fausse réussite scolaire des filles », on doit en conclure que notre discipline serait encore moins valorisée que les autres sciences « souples »... D'un autre point de vue, moins pessimiste, la psychologie et les métiers auxquels elle conduit<sup>3</sup> appartiennent clairement au domaine du care, l'activité consistant à prendre soin de l'autre et des liens interpersonnels, qui représente, selon la psychodynamique du travail, la caractéristique essentielle de la féminité au travail (MOLINIER, 2002). Et l'on sait aussi à quel point la socialisation des filles, dès le très jeune âge, les encourage à développer des aptitudes propices à cette orientation. Un seul exemple : pendant la première année de l'enfant, les deux parents, mais surtout la mère, vocalisent davantage avec leurs filles, et le contenu de leur discours est davantage centré sur la relation elle-même, alors qu'avec leurs fils, il porte plus sur l'environnement... (LE MANER-IDRISSI, 1997).

Dans ce tableau, les étudiants en reprise d'études se distinguent : en FPP, on ne trouve « que » 72% de femmes, alors que ces étudiants exercent des professions notoirement très féminines : un tiers (34,4%) travaillent dans « le social » (éducateurs, assistants sociaux, etc.), plus d'un quart (27,9%) dans le secteur de la santé (dont une bonne moitié d'infirmières), et 14% sont enseignants.

### Inégalité des sexes et plafonds de verre

On constate aussi, très classiquement, l'existence de plafonds de verre sexués à Lyon 2. On a vu que les femmes, à Lyon 2, sont particulièrement présentes parmi les étudiants. On les trouve nombreuses aussi dans le personnel IATOS (74%), nettement moins dans le personnel enseignant où les hommes sont au contraire fortement surreprésentés (39% de femmes), surtout au grade le plus élevé, celui de professeur (21,6% de femmes), un peu moins au niveau des maîtres de conférence (45,9% de femmes). Dans ce domaine, l'institut de psychologie ne se distingue nullement avec 35 hommes pour 22 femmes, sachant que la moitié des maîtres de conférences et moins d'un quart des professeurs sont des

femmes... On retrouve d'ailleurs, dans une moindre mesure, le même phénomène chez les IATOS : les femmes sont surreprésentées en catégorie B (79%) et C (76%), les hommes en catégorie A (65% de femmes). Pour résumer, nous avons une très classique statistique en ciseaux : des femmes étudiantes, des hommes professeurs.

Pour les étudiantes, lorsqu'on prend en compte toute la population de l'université, le plafond de verre se situe nettement en Master : elles sont encore un peu surreprésentées en M1 (73,5%), mais elles sont nettement sous-représentées en M2 (en 2004, 63,2% en M2Pro, 58,5% en M2R). La situation est un peu différente en psychologie : en 2004, on trouve 87% de femmes en licence et master, 70% en doctorat, c'est donc à ce niveau seulement qu'une sur-représentation masculine se met en place. Le détail du Master est parlant : 88,4% de femmes en M1, 85,6% en M2Pro et 71,3% en M2R. L'essentiel est donc l'écart entre M2Pro et M2R, qui traduit soit la préférence des filles pour la professionnalisation et des pratiques concrètes, soit leur réticence à s'engager dans un parcours vraiment long et hautement concurrentiel. Elle annonce aussi la proportion d'hommes dans le corps enseignant.

### Alors, où est le problème ?

Si l'on s'intéresse à l'égalité sociale entre hommes et femmes, la forte présence des femmes en psychologie est plutôt à analyser comme une conséquence, parmi bien d'autres, d'une inégalité persistante et des fonctionnements qu'elle détermine. En outre, on voit que même à l'intérieur de cette discipline si féminine, les parcours des hommes et des femmes ne sont pas identiques. Une étude plus détaillée des parcours biographiques et de l'interprétation que s'en font les sujets reste à faire, pour mieux comprendre les mécanismes et processus qui sous-tendent ces écarts, sachant que le traditionnel argument de la maternité ne saurait suffire à tout expliquer.

Plus largement, il faudrait sans doute se demander quels sont les effets en profondeur de la tendance sociétale qui confie aux femmes l'essentiel de la fonction du care... Mais c'est une autre question !

Annick MARNAS ABRY  
chargée de cours, sociologie  
Patricia MERCADER  
maître de conférences, psychologie

#### Références

- BAUDELLOT Christian et ESTABLET Roger, 1992, *Allez les filles !*, Seuil, Paris.  
LE MANER-IDRISSI Gaïd, 1997, *L'identité sexuée*, Dunod, Paris.  
MOLINIER P., 2002, « Féminité sociale et construction de l'identité sexuelle : perspectives théoriques et cliniques en psychodynamique du travail », *Revue de l'orientation professionnelle*, 31 (4), 565-580.

<sup>1</sup> Explication : en moyenne, on trouve 71% d'étudiantes à Lyon 2. Elles sont surreprésentées dans les secteurs où elles sont en proportion supérieure à cette moyenne, sous-représentées dans les secteurs où elles sont en proportion inférieure. La notion de sur- ou de sous-représentation est toujours fondée sur un écart à la proportion moyenne. Donc, les filles peuvent être sous-représentées dans une filière où elles sont majoritaires, et réciproquement pour les garçons.

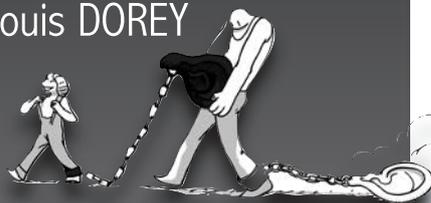
On trouvera l'ensemble de ces données, avec les sources et d'autres commentaires, sur le site <http://sites.univ-lyon2.fr/centre-louise-labe/>

<sup>2</sup> Un mot sur les « masses » dont nous parlons : il y a environ 4800 étudiants à l'institut de psychologie, dont 750 environ sont en situation de reprise d'études dans les dispositifs FPP et CFP (ce qui n'exclut pas d'autres étudiants en reprise d'études hors de ces dispositifs, qui ne sont évidemment pas obligatoires).

<sup>3</sup> Psychologie bien sûr, mais aussi professions « du social », du soin, pour lesquelles elle représente souvent un tremplin, avant d'intégrer une école spécialisée.

L'Enfant sourd dans son rapport  
au fonctionnement groupal familial  
par Jean-Louis DOREY

p. 4



Approche psychanalytique  
de l'enfant handicapé

par Simone KORFF SAUSSE

p. 6



La surdité congénitale : facteur de  
vulnérabilité à l'adolescence ?

par Marjorie POUSSIN

p. 9



Coup de coeur

François BERLÉAND,

*Le fils de l'homme invisible*

par Jean-Marc TALPIN

p. 12

Interview

Monique DUPRE-LA TOUR sur son  
ouvrage *Les crises du couple*

p. 13



Handicap, le mot paraît résonner au milieu d'un silence de sidération ou de g ne. Sensation de chute. Il effraie chacun, sans doute à cause de cette part d'inconnu et d'étrangeté qu'il annonce, de la d ficiance qu'il laisse envisager.

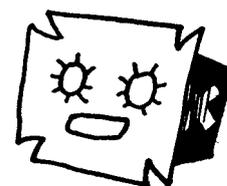
L'origine du mot est d'ailleurs à chercher dans le vocabulaire sportif qui désignait un désavantage imposé à un concurrent pour équilibrer les chances au départ. Le handicap, ainsi associé à un écart à la norme, convoque l'image d'un poids supplémentaire à porter.

Lorsqu'il apparaît et s'impose dans la filiation, la sidération initiale peut rapidement laisser la place à un tumulte désorganisateur. Le handicap vient en effet condenser et cristalliser des enjeux identitaires complexes au sein de la famille, par la discontinuité qu'il crée, et la fantasmatique qui se trouve activée. Comment tisser des liens, se reconnaître dans cette altérité qui fait irruption de façon énigmatique ? Chaque famille est contrainte à un travail psychique d'intégration de cette réalité confrontante, à la mesure de ses possibilités et à son rythme.

Les textes de ce dossier abordent ces questions sous l'angle des divers bouleversements que le handicap va introduire : au sein du fonctionnement familial, du développement de l'enfant, mais aussi dans la construction de son identité propre.

En rubrique de ce numéro, vous pourrez lire une interview de Monique DUPRE-LA TOUR qui partage avec nous son expérience de thérapeute de couple à l'occasion de la parution de son ouvrage *Les crises du couple* chez Erès. A mettre en priorité dans vos lectures du mois !

Anne-Claire FROGER



# Le handicap de l'enfant

# L'Enfant sourd dans son rapport au fonctionnement groupal familial

Jean-Louis DOREY

**L**a dimension du groupe familial est encore peu prise en compte au niveau des réponses sociales. La déficience auditive, comme tout handicap, produit pourtant des effets qui affectent l'ensemble de ce groupe. Nous parlerons, aujourd'hui, de la famille à partir de l'approche psychanalytique appliquée au groupe familial. Puis nous développerons certains aspects caractéristiques de son fonctionnement avec un jeune enfant sourd. Nous réfléchirons, enfin, sur la mise en place de dispositifs susceptibles d'aider les familles.

Dans nos pratiques médico-psychologiques et sociales nous avons l'habitude de prendre en compte la surdité, sur un mode individuel, autour du traitement, au sens le plus large, de l'enfant handicapé. Nous travaillons, bien sûr, au niveau de l'éducation précoce, dans les C.A.M.S.P. la relation mère-enfant. Nous avons plus de mal à inclure les pères qui restent encore marginalisés. La notion de groupe familial nous échappe le plus souvent. La déficience auditive a pourtant une incidence importante au niveau de la relation ce qui retentit tout particulièrement dans le groupe familial. Les difficultés de communication qui en découlent tendent à maintenir trop longtemps un niveau de fonctionnement indifférencié dans la famille. Cette indifférenciation freine l'installation des relations intersubjectives et rendent plus difficile l'inscription de l'enfant sourd au lien social. C'est, en effet, à partir du groupe familial que se construit la différenciation progressive de l'enfant. Cette différenciation se produit en même temps que l'installation d'une distance qui permet, au-delà des contacts polysensoriels, la symbolisation des traces des relations primordiales nouées entre l'enfant, sa mère et le groupe familial.

Qu'est-ce qu'une famille ? Au-delà des parents, la famille est constituée par un groupe de personnes qui forment une entité commune possédant ses lois propres de fonctionnement interne. Il ne s'agit pas d'une somme d'individus mais d'un ensemble organisé et caractérisé, par la constitution de liens d'alliance qui se croisent avec ceux de la filiation. La famille entretient aussi des rapports avec les différentes générations qui précèdent. Elle est de même incluse dans un ensemble social et culturel qui la dépasse. A ce titre, elle relie chacun des sujets qui la composent avec ce qui est extérieur à elle. La famille se trouve ainsi soumise aux lois symboliques qui régissent tout groupe humain. Elle constitue, notamment, un creuset dans lequel se structure les interdits fondamentaux de l'inceste et du meurtre. Le proto-groupe

qu'elle représente articule chacun des siens au lien social. Enfin, à travers le jeu des alliances qu'elle noue avec d'autres familles, elle se perpétue, au-delà de la mort individuelle de chacun de ses membres.

L'enfant qui naît hérite de la tâche consistant à faire famille à partir des deux lignées dont il est issu. Il s'appuie sur cet ensemble pour construire progressivement sa propre identité de Sujet différencié. Il reçoit ce que sa famille lui transmet pour le transmettre à son tour à ses propres enfants. Cette transmission passe par le génome (héritage génétique). Cette transmission concerne aussi un ensemble de dépôts psychiques constitué du négatif contenu dans l'histoire individuelle de chacun des parents et dans celle de la généalogie. Je ne peux développer comment s'opère cette transmission psychique car cela nous entraînerait trop loin dans l'appréhension des concepts de la psychanalyse appliquée au groupe familial. Je précise seulement que la transmission du négatif reste inconsciente. L'enfant, pour assurer la continuité de « l'être ensemble familial » doit accepter de recevoir ces dépôts (contrat narcissique) constitués par les restes d'un héritage psychique parental et transgénérationnel de ce qui a pu rester tu, oublié, secret. Son individualité se construit à partir de ce qu'il va pouvoir faire de ces dépôts. C'est le pari de la naissance qui permet à l'enfant d'être investi narcissiquement par ses parents et de trouver sa place à la fois dans son groupe familial et dans la chaîne des générations. C'est pour ces raisons que tout enfant est susceptible de venir réactualiser, à sa naissance ou à l'occasion d'un événement traumatique comme la révélation d'un handicap, tout ou partie de ces dépôts transgénérationnels inconscients. Il y a ainsi des dépôts latents qui pré-existent à la naissance et qui peuvent s'actualiser au moment de l'annonce du handicap. Dans le moment de cette annonce, et dans les années qui suivent, « l'Appareil psychique » du groupe familial qui jusqu'alors fonctionnait bien peut se trouver plus ou moins déstabilisé et parfois submergé par ces retours de négatifs issus des histoires individuelles et transgénérationnelles des deux parents et par le traumatisme consécutif à l'annonce de la surdité.

Qu'est-ce que « L'Appareil psychique familial » ? A. RUFFIOT, professeur de psychologie clinique à l'Université de Grenoble, et père de la psychanalyse familiale, disait : « Nous sommes tissu avant d'être issus ». L'appareil psychique familial peut ainsi être représenté comme un tissu psychique dont la trame serait constituée par la mise en commun, la

fusion d'une partie de l'appareil psychique individuel de chacun des parents. Au départ, « l'Appareil psychique » a pour fonction de contenir et de métaboliser non seulement les dépôts dont nous avons déjà parlé mais aussi les premiers éprouvés corporels du nourrisson. Il constitue ce tissu psychique à partir duquel le bébé organise sa sécurité de base, son monde interne et son individualité. L'enfant se construit en s'étayant sur « l'Appareil psychique » de son groupe familial qui donne un sens à ses différents éprouvés et l'inscrit progressivement comme Sujet dans une histoire humanisante.

Si la mère est le partenaire privilégié de l'enfant, elle ne l'est pas qu'en son nom propre. Elle serait plutôt à considérer comme étant le porte-parole de l'ensemble familial auquel elle appartient et vers lequel, elle-même référée au père, elle peut référer son enfant. L'environnement familial offre ainsi une capacité de contenance permettant de transformer les éprouvés corporels bruts de l'enfant en vécus psychiques. Cette transformation s'opère, dans un retour, grâce à la restitution par l'autre maternel ou familial, sur un mode symbolisé de ce que l'enfant ressent de façon immédiate et parfois brutale dans ses vécus corporels. De nombreux auteurs ont précisé à quel point le bébé se trouve confronté alors à des terreurs « sans nom » selon BION, à un bombardement sensoriel ravageant, selon MELTZER. Il s'agit d'organiser le chaos sensoriel primitif qui submerge tout enfant. Ce dernier ne peut y parvenir tout seul au début de sa vie. Les angoisses archaïques qu'il rencontre ont besoin, pour être traitées, de passer par un filtre qui les rendent supportables puis mémorisables. L'appareil psychique familial, dans sa capacité de contenance, rend possible ce filtrage. A partir des expériences polysensorielles, à travers les contacts corporels, dans les différents soins apportés, l'appareil psychique familial réalise l'accordage entre l'enfant et sa famille, rend possible la symbolisation progressive du lien de dépendance précoce ainsi constitué. A partir de ce lien, l'enfant entame son processus de subjectivation.

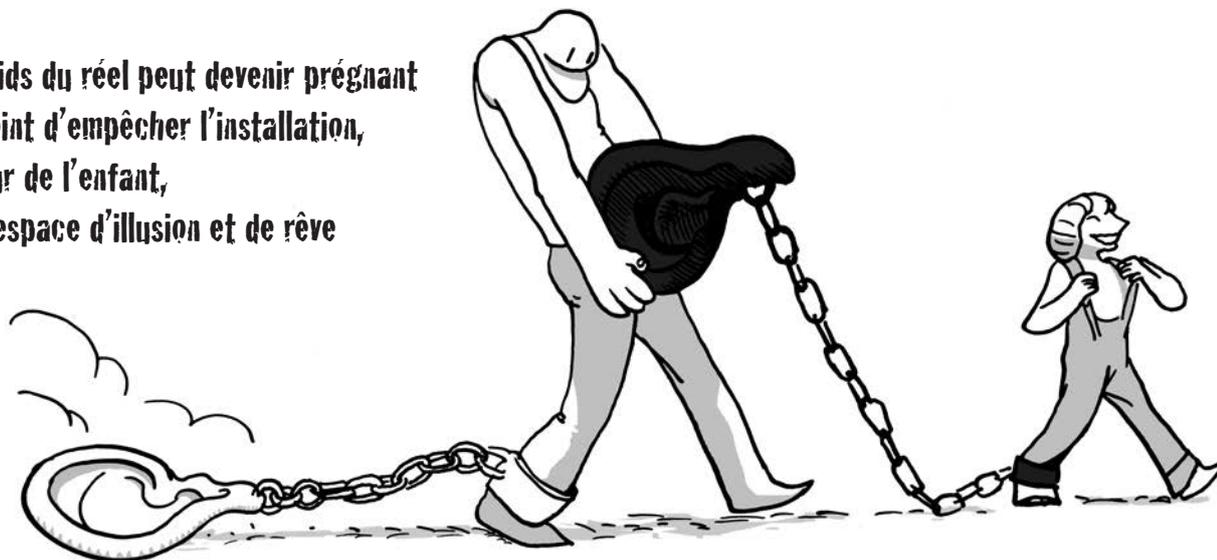
Nous allons avancer maintenant vers un essai de repérage de ce qui se passe plus particulièrement pour l'enfant sourd dans son rapport au fonctionnement groupal familial. Dans les situations d'entretiens familiaux ou de thérapie familiale psychanalytique nous avons observé, en effet, ce qui suit : l'enfant sourd, empêché dans sa parole, transmet à l'ensemble du groupe familial son manque à communiquer. Le handicap devient partagé. La difficulté des échanges langagiers qui en

découle accentue la dimension vécue des situations. L'enfant sourd vient à occuper, dans la réalité des situations relationnelle du groupe familial, trop de place. Le poids du réel peut devenir prégnant au point d'empêcher l'installation, autour de l'enfant, d'un espace d'illusion et de rêve. Si bien que la famille se trouve confrontée à faire à sa place au lieu de le penser et de le rêver. Dans leurs modalités

tant plus dangereuse qu'elle est précoce. Avec l'annonce de la surdité, l'angoisse de la perte du lien premier dont nous avons parlé est maintenue active par le sentiment ressenti par la famille de ne plus savoir comment communiquer avec son enfant sourd. Celui-ci de familier devient étranger. La surdité invisible fait énigme et renforce un vécu d'étrangeté. Ces angoisses réactivent le négatif issu de

dité. Ces familles vont pouvoir élaborer, de façon positive, le traumatisme et effectuer un travail psychique de deuil. Mais un soutien approprié sous la forme d'entretiens familiaux mensuels les aiderait beaucoup à traverser les souffrances inhérentes à ces situations. D'autres familles connaissent, antérieurement à la révélation du handicap de leur enfant, des difficultés plus ou moins importantes au

### **Le poids du réel peut devenir prégnant au point d'empêcher l'installation, autour de l'enfant, d'un espace d'illusion et de rêve**



de communication, le jeune enfant sourd et sa famille ont tendance à se rencontrer dans un registre polysensoriel et autour d'une prévalence des contacts corporels. Il s'en suit une transmission directe des mouvements émotionnels noués entre chacun des membres de la famille. Ces échanges pas assez médiatisés ont du mal à se symboliser par carence d'étayage sur un lien de parole qui faciliterait l'accès vers la représentation. La famille est ainsi maintenue trop longtemps dans une co-excitation indifférenciée des affects. Cela entretient l'illusion d'une communication totale parce que chacun des membres de la famille, et spécialement l'enfant sourd, est supposé ressentir la même chose ensemble, sans parole. L'installation des processus psychiques de différenciation ouvrant la dimension de l'espace intersubjectif est ralentie. Le passage de cette modalité d'échange a du mal à basculer vers sa mise en représentation. La mutation à accomplir pour aller d'un lien co-épruvé par chacun des membres de la famille vers un lien représenté bute devant l'angoisse du risque de la perte de ce lien premier.

Tant que le handicap reste inconnu, les interactions précoces nouées entre l'enfant sourd et son groupe familial se développent normalement à partir des compétences du bébé. L'illusion normale de la symbiose post-natale laisse penser à la mère que son bébé la comprend et qu'il est une personne. Les interprétations fournies par le groupe familial à partir de la polysensorialité laissent ouvert le sentiment que cet enfant leur appartient. Dès qu'il y a suspicion de surdité, un doute ravageant s'installe. Si l'annonce du handicap dissipe les incertitudes, elle provoque des effets traumatiques sous la forme d'une déception profonde, d'une attaque du lien de filiation, d'un risque de séparation psychique brutale d'au-

tant plus dangereuse qu'elle est précoce. Avec l'annonce de la surdité, l'angoisse de la perte du lien premier dont nous avons parlé est maintenue active par le sentiment ressenti par la famille de ne plus savoir comment communiquer avec son enfant sourd. Celui-ci de familier devient étranger. La surdité invisible fait énigme et renforce un vécu d'étrangeté. Ces angoisses réactivent le négatif issu de

niveau du fonctionnement de leur appareil psychique familial. Ces familles relèvent d'un travail sous forme de thérapie familiale psychanalytique. Dans tous les cas, il faut penser que le handicap d'un enfant peut révéler des blessures personnelles déjà là dans l'histoire des parents et des dépôts transgénérationnels qui peuvent faire retour avec force.

Certains instituts mettent en place différents dispositifs d'accompagnement familial. Mais nous nous interrogeons plutôt, quant à nous, sur l'intérêt qu'il y aurait, pour les familles, à pouvoir disposer de lieux de consultations familiales extra-institutionnels. Elles pourraient y trouver une écoute, un soutien, une contenance sous la forme d'un accompagnement familial. Elles pourraient aussi bénéficier, le cas échéant, d'un soin plus spécifique de thérapie familiale. Dans un tel centre de consultation, les familles auraient la possibilité de rencontrer des accompagnants familiaux et des thérapeutes formés à l'écoute du groupe familial. Cette forme groupale de travail permet de contenir et de soutenir efficacement les familles confrontées au traumatisme et au deuil. Elle rend possible le ré-accordage des liens intra-familiaux, facilite la reprise des mouvements de différenciation. L'expérience montre aussi qu'elle participe beaucoup à la prise en compte de la réalité de l'enfant sourd dans sa famille, permet de passer plus rapidement de la communication à la parole, et accélère son processus de subjectivation.

C'est pourquoi nous pensons qu'il serait important de pouvoir prendre en compte le groupe familial dans son ensemble, de façon précoce, dès l'annonce du handicap. Cette prise en compte s'inscrit dans la dimension groupale du soin psychique. Les familles ont besoin d'être ainsi soutenues parce que les capacités de contenance psychique de leur appareil psychique familial sont attaquées, mises en difficultés et parfois submergées. Ce n'est pas forcément à la gravité dans le réel du handicap qu'il faudrait attribuer la déstabilisation, voir la déstructuration du fonctionnement groupal familial. La plupart des familles ne présentent pas, en effet, un fonctionnement pathologique avant l'annonce de la sur-

niveau du fonctionnement de leur appareil psychique familial. Ces familles relèvent d'un travail sous forme de thérapie familiale psychanalytique. Dans tous les cas, il faut penser que le handicap d'un enfant peut révéler des blessures personnelles déjà là dans l'histoire des parents et des dépôts transgénérationnels qui peuvent faire retour avec force.

Certains instituts mettent en place différents dispositifs d'accompagnement familial. Mais nous nous interrogeons plutôt, quant à nous, sur l'intérêt qu'il y aurait, pour les familles, à pouvoir disposer de lieux de consultations familiales extra-institutionnels. Elles pourraient y trouver une écoute, un soutien, une contenance sous la forme d'un accompagnement familial. Elles pourraient aussi bénéficier, le cas échéant, d'un soin plus spécifique de thérapie familiale. Dans un tel centre de consultation, les familles auraient la possibilité de rencontrer des accompagnants familiaux et des thérapeutes formés à l'écoute du groupe familial. Cette forme groupale de travail permet de contenir et de soutenir efficacement les familles confrontées au traumatisme et au deuil. Elle rend possible le ré-accordage des liens intra-familiaux, facilite la reprise des mouvements de différenciation. L'expérience montre aussi qu'elle participe beaucoup à la prise en compte de la réalité de l'enfant sourd dans sa famille, permet de passer plus rapidement de la communication à la parole, et accélère son processus de subjectivation.

Jean-Louis DOREY  
Psychologue clinicien  
Thérapeute familial psychanalytique  
Membre de la Société Française  
de Thérapie Familiale Psychanalytique  
jldorey@wanadoo.fr

# Approche psychanalytique de l'enfant handicapé

Simone KORFF SAUSSE

« Il n'y a pas de mots pour dire ce que j'ai », dit Louis, porteur d'une maladie métabolique rarissime, qui provoque un nanisme accompagné d'importantes difformités physiques. Il y en a un pourtant, le nom de sa maladie. Mais à quoi ça l'avance, puisque comme il le dit lui-même : « il y en a très peu comme moi ». D'ailleurs en classe de 5<sup>ème</sup>, Louis peine sur les cours de biologie qui portent sur la reproduction. Lorsque le professeur demande d'écrire les noms des organes sans faire le dessin, Louis dit : « J'ai du mal, il faut mettre les mots, mais il n'y a pas les choses, l'espèce ». Comment en effet relier les mots aux choses ? Comment nommer sa douleur ? Sa maladie ? Sa différence ? Son handicap ? Louis, comme tous les enfants atteints de ce que l'on désigne par le terme de handicap, est marqué dans son identité par une anomalie qui le rend étranger aux autres, voire étranger à lui-même. Evoquant la notion freudienne d'inquiétante étrangeté, le handicap de l'enfant vient révéler au grand jour ce qui aurait dû rester caché. Etrangeté extrême, car être seul de son espèce évoque une singularité monstrueuse.

La différence, inscrite dans le corps et la psyché de l'enfant comme une marque présente mais non symbolisable, est, dans un premier temps, irréprésentable. Comment en parler ? Les parents butent sur la difficulté à trouver des mots. S'ils en trouvent, ils se heurtent à leur résistance à nommer ce qui est une telle source de souffrance. Bien souvent, les paroles pour dire ce qui arrive ne circulent pas, ni à l'intérieur du couple parental, ni avec la fratrie, ni avec l'entourage, famille élargie ou amis. Plongé dans ce silence, l'enfant, comme ses parents, est sidéré. Il ne peut plus penser ce qui lui arrive. L'étrangeté c'est d'être confronté à quelque chose qui ne peut pas être nommé.

On pense souvent en effet que l'enfant lui-même n'aurait rien à dire de son expérience singulière. Pour plusieurs raisons, la situation est rarement envisagée de son point de vue. Premièrement, il s'agit d'un enfant et le point de vue de l'enfant est souvent négligé, voire méconnu. D'autre part, il y a un mouvement d'identification sponta-

née qui pousse les adultes à se mettre plutôt à la place des parents qu'à celle de l'enfant, surtout lorsque cet enfant est très démuné dans ses capacités de pensée et d'expression et davantage encore s'il s'agit d'un enfant anormal, ce qui décourage toute tentative d'identification. Cet enfant, atteint dans son intégrité, nous envoie une image dans laquelle nous avons peur de nous reconnaître. Il donne, tel un miroir brisé<sup>1</sup>, une image déformée de l'idéal d'enfant que chacun porte en soi, et nous préférons nous détourner plutôt que de risquer de reconnaître, dans cette étrangeté, quelque chose qui serait familier, une part ignorée ou cachée de nous-mêmes.

Cet enfant est porteur d'une telle souffrance que nous préférons penser qu'il n'en est pas conscient et imaginer qu'il n'a pas les capacités intellectuelles de penser la situation qui est la sienne. Cependant, à la faveur d'un travail psychothérapeutique approfondi et de longue haleine avec ces enfants, je soutiendrai l'hypothèse qu'ils mettent en place des processus psychiques permettant d'élaborer les différents éléments qui composent leur singularité, à savoir leur anomalie qui les différencie des autres, les événements traumatiques précoces qu'ils ont subis, la culpabilité particulière d'avoir infligé une blessure narcissique grave à leurs parents, la recherche d'une causalité pour donner sens à leur handicap.

Différent des autres, l'enfant atteint d'une anomalie cherche, désespérément, tel Narcisse, un miroir qui puisse lui refléter une image de lui-même. La blessure du handicap, sans cesse, lui est renvoyée par le regard des autres. Blessé dans son intégrité somato-psychique, blessé dans la relation narcissique à ses parents, l'enfant est surtout blessé dans son image dans le miroir.

« Dans le développement émotionnel de l'individu, le précurseur du miroir, c'est le visage de la mère<sup>2</sup> : telle est l'idée centrale de WINNICOTT<sup>2</sup>. Le regard de la mère a une fonction réflexive : c'est à partir de ce que lui reflète le regard maternel que l'enfant va fonder la connaissance qu'il a de lui-même. « Que voit le bébé quand il tourne son

regard vers le visage de la mère. Généralement, ce qu'il voit c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit » (1971, p.155). Donc, ce que voit le bébé dans ce miroir inaugural des yeux maternels, c'est non seulement lui-même, mais les sentiments de sa mère à son égard, c'est à dire ce qu'il provoque dans la vie affective de sa mère et tout ce qu'il représente pour elle.

A partir de cette question de WINNICOTT, il convient donc de se demander ce que voit l'enfant handicapé. Un regard bouleversé, déprimé, fuyant ? L'enfant lit dans le regard de sa mère la blessure qu'il lui a infligée. Ainsi, dès ses premiers contacts avec le monde, il rencontre un regard qui lui signifie son étrangeté. Comment l'enfant handicapé va-t-il intégrer dans sa personnalité cette étrangeté dont il porte la marque et construire son identité malgré, ou avec, ce handicap ?

Mireille, petite fille trisomique de cinq ans, qui a un très bon niveau de langage, bute sur la question de sa différence qu'elle essaie de comprendre. Elle se heurte à la difficulté particulière de l'enfant handicapé de n'être semblable ni à ses parents ni aux autres enfants. Elle est en quête d'images d'identification. Un jour, par exemple, elle pose négligemment une boîte de jeu sur la table : « Comment me vois-tu ? » Pendant plusieurs semaines, elle parle des Papous, qui sont un groupe de chanteurs à la mode qu'elle a vu à la télévision. Ils viennent d'Afrique, ils sont méchants, ils font peur. « T'es papou, toi ? », me demande-t-elle. Qu'est-ce que je suis ? D'où je viens ? Est-ce que je te fais peur ? Pourquoi tu n'es pas pareille que moi ? En quoi es-tu différente ? En quoi suis-je pareille que toi ? D'ailleurs, dans la salle d'attente elle interpelle tous les adultes en leur disant : « je suis trisomique, et toi ? » Mireille tend aux adultes un miroir et pose une question : es-tu pareille que moi ?

WINNICOTT dit que lorsque la perception prend la place de l'aperception, le visage de la mère n'est plus un miroir : le bébé ne se voit pas, il voit le visage de la mère. « Si le visage de la mère ne répond pas, le

miroir devient alors une chose qu'on peut regarder, mais dans laquelle on n'a pas à se regarder" (p.156). Rien n'est réfléchi, rien ne lui est renvoyé ; et il n'y a pas d'échange significatif avec le monde. L'enfant perçoit quelque chose, mais ne prend pas connaissance de lui-même à partir de ce qu'il voit.

L'équipe soignante a proposé une psychothérapie pour Nathalie, quatre ans, trisomique, à cause d'un blocage qui entrave les apprentissages. Son langage reste pauvre, ce qui est en décalage avec son éveil, les mots se résumant à des sons mal articulés. Cependant elle aime nommer les jouets ou les images garçon-fille, Monsieur-dame, poule-coq reviennent sans cesse, mais dans une évidente confusion de l'identification sexuelle. Ses premiers dessins sont monochromes : elle n'utilise qu'une seule couleur par séance. Un jour tout est bleu, la semaine suivante, il n'y a que du vert, mais elle ne veut ou ne peut pas mélanger ou juxtaposer deux couleurs.

somie en la nommant. Spectaculairement alors, dans les semaines qui suivent, Nathalie commence à prononcer des mots. La séance d'après, elle réalise des dessins avec deux couleurs. À partir du moment où les adultes autour d'elle ont nommé le handicap, mis des mots sur ce qui la distingue des autres, Nathalie pourra associer les paroles et les couleurs, les identifier, les différencier et les articuler. Un champ de signification communicative s'ouvre où peuvent se déployer les mots, les dessins et les pensées.

Dans ce domaine clinique, tout contribue à instaurer un silence mortifère : l'absence ou le retard de parole de l'enfant, le trauma qui laisse les parents sans voix, la souffrance des familles qui incite à se détourner et se taire. On parle à l'enfant de l'organisation matérielle de la vie. On aborde avec lui les problèmes d'appareillages et on l'encourage en ce qui concerne les rééducations. Mais ce qui est beaucoup plus difficile à aborder, c'est sa vie psychique. Comment comprend-il sa situation ? Qu'en

la période oedipienne, où l'enfant se situe dans la double différence constitutive de son identité - différence sexuelle et différence des générations - que cette dépression s'organise et se manifeste. Les enfants handicapés traversent alors des périodes d'instabilité et d'excitation alternant avec des périodes de refus ou de découragement, qui sont les différentes expressions d'une réelle dépression.

Laurent a un handicap moteur très grave mais une intelligence de bon niveau. Il parle donc beaucoup, pose une foule de questions qui embarrassent ses parents (pourtant décidés à parler ouvertement avec lui de son handicap) et son rééducateur. Vers trois ans, il inquiète l'entourage car il semble se détourner de plus en plus de la réalité et en particulier de la réalité de son handicap. Il s'est construit un monde imaginaire très riche, investit toute son énergie dans les activités qui lui permettent de compenser ses limites (histoires, jeux...), mais s'écarte de la rééducation à laquelle il finit par participer de mauvaise grâce. D'un côté, il se désintéresse com-

## Tout comme ses parents, l'enfant handicapé est confronté à un travail de deuil :



### deuil de sa normalité, de son intégrité, de son autonomie

Les troubles de l'articulation du langage reflètent ce même empêchement à marquer les différences et les oppositions : différencier les êtres, les sexes, les couleurs, les phonèmes. Je cherche à savoir comment, dans sa famille, on parle avec Nathalie de son handicap et des séances de rééducation au centre. Les parents, trop choqués encore par le handicap, me disent qu'ils ne parviennent pas à parler à Nathalie de sa trisomie. Le mot les choque ; il leur fait mal ; ils craignent qu'il ne fasse souffrir Nathalie à son tour.

Quant à ses contacts avec d'autres enfants, Nathalie rencontre des enfants trisomiques au centre et fréquente des enfants du quartier à la maternelle. Les parents pensent que Nathalie ne fait aucune différence. Moi, je pense qu'elle percevait très bien cette différence. Mais que faire d'une différence qui ne peut s'énoncer avec des mots ? Rien, dès lors, ne peut être énoncé chez cette petite fille qui a un bon niveau d'éveil et des capacités symboliques évidentes : c'est tout le langage qui est bloqué.

Après en avoir parlé avec ses parents, j'aborde avec Nathalie la question de sa tri-

pense-t-il ? Qu'imagine-t-il ? Comment vit-il les frustrations permanentes ? Comment se voit-il ? Ces questions semblent frappées d'un interdit. L'entourage parle à l'enfant en termes d'*actualité* (il faut se rendre à la rééducation), mais pas en termes d'*histoire* (ce qui est arrivé à la naissance, ce que l'enfant a subi pendant la période néonatale). Les parents parlent en termes de *faire* (pour marcher, il faut faire telle ou telle chose), mais non pas en termes d'identité, c'est à dire d'*être*. Ils ne parlent pas en termes de *désir*, mais en termes de *besoin*.

Tout comme ses parents, l'enfant handicapé est confronté à un travail de deuil : deuil de sa normalité, de son intégrité, de son autonomie. À la considérer du point de vue des objets perdus, sa vie peut apparaître comme une longue suite de renoncements : renoncer à courir, à parler aussi vite que les autres, à faire d'aussi beaux dessins, à pratiquer des sports, à être l'enfant que tout le monde trouve mignon, à être celui à qui l'on dit "comme tu as grandi !". La révélation d'être différent, qui se répète jour après jour à travers toutes les situations de la vie quotidienne, provoque inévitablement des moments dépressifs. C'est à

plètement de la motricité et de l'autre, il raconte qu'il va aller au ski comme son frère, ou que, pour Noël, il a demandé des patins à roulettes. Cette négation du handicap ainsi que le refus de la rééducation, indispensable sur le plan moteur, l'amènent en psychothérapie. Comme beaucoup d'enfants, lors des premières séances, il s'écroule littéralement dans une passivité inhabituelle. Echappant à la pression anxigène habituelle, l'enfant investit fortement cette relation avec une personne qui est simplement à ses côtés, témoin de ses activités régressives et de ses moments dépressifs, sans rien lui demander. Laurent passe des séances entières à casser longuement des objets ou à "touiller" avec de l'eau et de la pâte à modeler. Ces moments de "communication silencieuse" (WINNICOTT, 1963, p.162) sont à respecter et à considérer comme un passage nécessaire avant de pouvoir aborder un travail d'interprétation et de mise en sens. Si l'on peut repérer ce mouvement au début de toute thérapie d'enfant (et d'adulte...), il revêt, chez l'enfant handicapé, une valeur particulière, comme moment permettant l'accès à la position dépressive et inaugurant la quête identitaire. Quête qui, chez cet enfant "pas comme les autres", le conduit à

la tâche très particulière de devoir penser sa différence.

Les enfants handicapés effectuent toutes sortes d'interprétations à propos de leur handicap, qui suivent les mêmes processus et le même destin que les théories sexuelles infantiles. De même qu'un savoir objectif sur la sexualité n'empêche pas les enfants d'avoir des théories sexuelles irrationnelles, personnelles et changeantes sur la façon dont arrivent au monde les bébés, de même les théories que les enfants handicapés échafaudent pour s'expliquer leur handicap sont autant de constructions explicatives fantaisistes, qui ne sont pas conformes aux informations rationnelles ou médicales dont ils disposent. Ils sont le reflet de leurs fantasmes inconscients et varient en suivant les étapes de leur développement psychoaffectif.

Mireille, trisomique, cinq ans, lance à propos de son frère: "Antoine a un zizi et moi je suis trisomique". Elle montre comment pour l'enfant, à ce moment de sa maturation, sa trisomie est vécue comme l'équivalent de la différence sexuelle. Il y a un parallèle entre la marque de l'anomalie et la marque du sexe, avec une confusion entre cette différence d'ordre génétique et la différence sexuelle. Arthur procède à des réinterprétations successives, qui seraient comme des versions différentes d'une même histoire. Pendant une période, ses interrogations sur son handicap rejoignent ses questionnements sur la différence sexuelle. Les corps qui diffèrent, son corps qui dysfonctionne et en cela diffère de celui des autres. Cette préoccupation s'exprime par une question qu'il me lance de manière répétitive: "qu'est-ce qu'il y a dans tes chaussures?" Interrogation sur ce qui, tel le sexe féminin, serait invisible ou caché ou à dénuder, ou, tels les pieds, marchent ou ne marchent pas. Questionnements de tout

enfant ("Qu'as-tu sous ta jupe? Qu'y a-t-il dans ton ventre? Comment ça marche?"), mais d'autant plus exacerbés que, pour cet enfant-là, ils sont liés à la souffrance spécifique du handicap. Le "comment ça marche?" se double du "pourquoi ça ne marche pas?" Dans ses jeux, selon les jours, les petites voitures "roulent" ("marchent" comme les humains, les autres... pas lui) bien ou ne roulent pas. Tel jour, elle roule mal parce qu'elle a "attrapé un accident grave". On ne sait plus très bien si c'est à cause d'une panne ou parce que le feu est rouge. L'incapacité se transforme en interdiction et le handicap est vécu comme une castration ayant une valeur de punition oedipienne infligée par le père. "Elle a une maladie, la poupée. Elle a été punie." Si c'est papa qui empêche de marcher, alors apparaît le fantasme que papa pourrait aussi le guérir. Il faut appeler un réparateur: "moi, je ne peux pas, j'ai pas la clé, c'est mon papa qui a la clé". Un jour il veut démonter une voiture, "pour voir comment c'est fait", ce qui prend la double signification de savoir comment sont faites les filles par rapport aux garçons, et comment est fait le corps humain lorsque celui-ci est handicapé, c'est à dire différent des autres.

Dans le cadre de l'hypothèse classique de la psychanalyse, la différence sexuelle est le prototype de toute différence. Par conséquent, les processus psychiques permettant à un individu de se représenter une anomalie sont les mêmes que ceux par lesquels s'élabore sa différence sexuelle, qui en constitue le modèle. Mais l'enfant handicapé n'est semblable à aucun de ses deux parents. Le modèle de la différence sexuelle ne suffit plus à rendre compte de la différence dont cet enfant est le porteur. D'autres paramètres entrent en ligne de compte, qui viennent compliquer le jeu des identifications

Les expériences spécifiques que vivent les

enfants handicapés, à savoir des expériences corporelles particulières, l'impossibilité d'élaborer des traumatismes précoces, le risque de mort réelle ou la présence de l'idée de la mort, la confrontation au regard fasciné ou horrifié de l'autre, les souhaits de mort chez les parents, la difficulté à intégrer dans la personnalité une étrangeté qui rend l'enfant non semblable à ses parents, la pauvreté des moyens de communication, mettent en danger la construction identitaire.

Néanmoins mon expérience clinique montre que la psyché est capable - et fait même preuve pour cela d'une étonnante inventivité - de mettre en place des processus d'élaboration afin d'intégrer dans le tissu psychique le traumatisme du handicap. On voit ainsi des enfants qui, malgré la déficience mentale, donc un appareil psychique présentant des limites dans la capacité à élaborer les événements, se font l'interprète de leur différence et de leur devenir, en procédant à des constructions explicatives sur le sens, l'origine, la cause et l'avenir de leur handicap. On peut imaginer qu'il y a chez ces enfants des modalités de fonctionnement, qui, même s'ils sont très éloignées voire même contradictoires avec le fonctionnement normal, présentent une originalité et assurent une fonction, qui n'est pas uniquement négative, mais témoigne des potentialités immenses de la psyché humaine.

Simone KORFF SAUSSE  
Psychanalyste. Maître de conférences  
à l'UFR Sciences Humaines Cliniques  
de l'Université Denis Diderot, Paris 7.  
Membre de la Société Psychanalytique  
de Paris.

<sup>1</sup> C'est le titre du livre que j'ai consacré à cette question. SAUSSE S., *Le Miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Calmann-Lévy, 1996.

<sup>2</sup> WINNICOTT D. W. (1971), *Le rôle de miroir de la mère et de la famille. Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1978, p.153-163.

## abonnements

Redécouvrez les anciens Canal Psy.

Pour un abonnement d'un an, Canal Psy vous offre un numéro entre le n°1 et le numéro 40\*.  
Faites votre choix sur le site web de Canal Psy (cf adresse en dernière de couverture)

je m'abonne pour un an (5 numéros) à Canal Psy et bénéficie de l'offre d'un ancien numéro gratuit.

Tarifs :  normal 22,00 €  réduit (étudiants, chômeurs)\*\* 16,50 €      numéro choisi \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal/Ville/Pays \_\_\_\_\_

Téléphone / e-mail \_\_\_\_\_

**chèque libellé à l'ordre de l'Agent Comptable de l'Université Lumière Lyon 2**

\* sauf numéros épuisés

\*\* sur présentation d'un justificatif

Canal Psy - Institut de Psychologie - Université Lumière Lyon 2 - 5, avenue Pierre Mendès-France 69676 Bron Cedex

# Surdité congénitale : facteur de vulnérabilité à l'adolescence ?

Marjorie POUSSIN

**N**ous pourrions penser qu'une surdité congénitale, à l'inverse d'une surdité accidentelle ou d'une maladie (apparition brutale), n'est pas, à elle seule, une situation suffisamment déstabilisante pour considérer que le mode de fonctionnement habituel ne suffise plus pour assurer l'adaptation psychosociale de l'individu. En effet, dans un tel cas, la personnalité de l'individu s'est élaborée en relation constante avec la gestion quotidienne de la surdité. Néanmoins, l'adolescence, période de changements multiples pour tout individu, peut-elle correspondre à une phase de fragilisation plus intense pour des adolescents atteints de surdité ? Comment un adolescent, démuné d'un facteur d'adaptation important, l'audition, va-t-il donner sens et réagir face à un milieu organisé en fonction de l'intégrité de tous les sens ?

Si les concepts de stress et de coping ont très largement été étudiés ces dernières années, il n'existe que peu de recherche concernant directement le stress perçu et

les modes de faire face mis en place par les personnes en situation de handicap elles-mêmes. On étudie davantage les réactions des parents face à un enfant déficient, les réactions de la fratrie, finalement l'incidence du handicap... sur les autres ! Or, en situation critique, toute personne cherche à mobiliser les moyens dont elle dispose pour s'adapter, quels que soient sa situation, son état physique, mental ou affectif. Cette étude se propose d'analyser la perception de stress chez des adolescents atteints de surdité congénitale et la façon dont ils affrontent et gèrent les situations difficiles dans leurs relations avec l'environnement (physique et social), au moyen de stratégies de coping.

## Surdité à l'adolescence : facteur de stress ?

Dans une perspective transactionnelle envisageant l'interaction constante entre l'organisme et l'environnement, l'absence d'information sonore intrinsèque à la surdité peut influencer l'évaluation des caractéristiques du milieu et provoquer du stress.

En effet, les organes des sens médiatisent la construction de la réalité mentale et organisent tout autant la réalité cognitive que la réalité émotionnelle et affective. L'individu sourd perçoit les événements de

son tour l'intensité de la réaction émotionnelle (stress). Le stress n'intervient que si la personne a le sentiment de ne pas avoir les ressources nécessaires pour faire face aux exigences de la situation. Les personnes se sentent alors débordées, surchargées et menacées par une situation. Ainsi, le dysfonctionnement de l'appareil auditif, privant l'individu de l'un de ses modes essentiels de relation au monde, peut occasionner des gênes importantes (perception de l'environnement, rapport aux autres...) et amplifier le mal-être et la vulnérabilité propres à l'adolescence (LABORIT, 2001).



En effet, aux stressors quotidiens viennent se rajouter, à la période adolescente, les stressors développementaux. Le sujet est confronté non seulement à des transformations considérables au niveau de son corps, mais aussi à une série de tâches développementales complexes et intimement liées entre elles (développe-

ment de l'autonomie à l'égard des parents, établissement de relations hétérosexuelles, acquisition d'un projet professionnel) (SEIFFGE-KRENKE, 1997). Ainsi, l'adolescent sourd doit gérer les composantes stressantes relatives à la phase de transition dans laquelle il se trouve, en tentant à la fois de rechercher des significations, des valeurs, des raisons d'agir, de vivre et d'espérer. Il doit également construire une identité personnelle et s'inscrire dans les différents groupes dans lesquels il est amené à vivre. Il supporte donc des tensions internes et des contraintes externes multiples. Nous avons choisi d'analyser le processus de coping au moment de l'adolescence, période pendant laquelle le sujet est confronté à des changements complexes qu'il doit dépasser.

façon subite, les personnes et les choses ne s'annoncent pas, elles surgissent brutalement dans son champ de vision ou à proximité de lui (AIMARD & al., 1985). Où va-t-on ? Cette personne va-t-elle rester longtemps ? Pourquoi ces préparatifs ? Comprendre et se faire comprendre de l'autre sont, par ailleurs, des difficultés quotidiennes susceptibles d'engendrer du stress. Le champ social représente donc, pour la personne sourde, un environnement complexe dont une bonne partie des repères significatifs échappe à sa perception.

L'évaluation des caractéristiques de la situation à affronter (menace ou défi ?) va être influencée par la signification, la représentation que ces adolescents confèrent à leur surdité dans leurs rapports avec l'environnement. Cette évaluation déterminera à

ment de l'autonomie à l'égard des parents, établissement de relations hétérosexuelles, acquisition d'un projet professionnel) (SEIFFGE-KRENKE, 1997). Ainsi, l'adolescent sourd doit gérer les composantes stressantes relatives à la phase de transition dans laquelle il se trouve, en tentant à la fois de rechercher des significations, des valeurs, des raisons d'agir, de vivre et d'espérer. Il doit également construire une identité personnelle et s'inscrire dans les différents groupes dans lesquels il est amené à vivre. Il supporte donc des tensions internes et des contraintes externes multiples. Nous avons choisi d'analyser le processus de coping au moment de l'adolescence, période pendant laquelle le sujet est confronté à des changements complexes qu'il doit dépasser.

## Le coping ou la gestion du stress chez l'adolescent sourd

Lorsque le sujet est confronté à une situation nouvelle, un déséquilibre intervient. Les stratégies habituellement fonctionnelles ne suffisent plus à assurer l'adaptation. La situation de crise ébranle non seulement le style habituel, mais aussi le système identitaire (doute de soi), la position sociale (rôle, statut...) ainsi que les projets (obligation de réévaluer les buts et les moyens). Dans ce contexte, l'individu met alors en place une dynamique stratégique impliquant un changement de conduites à différents niveaux à la fois : cognitif, affectif et comportemental, lui permettant de s'adapter ou de s'ajuster au mieux à toutes les situations difficiles. De façon unanime, les chercheurs (BILLINGS & MOOS, 1981 ; LAZARUS et FOLKMAN, 1984 ; HOLOHAN et MOOS, 1987) définissent le coping comme facteur stabilisant, pouvant aider les individus à maintenir une adaptation psychosociale pendant les périodes de stress.

Les individus évaluent l'événement, sa sévérité et décident de la façon dont ils vont faire face à partir de leur expérience. De tels efforts de coping ont pour fonction la gestion de la relation personne-environnement, inductrice d'émotions (coping focalisé sur le problème) et la régulation des émotions (coping focalisé sur l'émotion). La relation modifiée induit de nouvelles évaluations, qui en retour engendrent des efforts de coping (LAZARUS & FOLKMAN, op. cit.). Face à une situation stressante, la personne peut employer différentes stratégies : stratégie de contrôle, de soutien social, d'évitement, de fuite, d'addictivité, d'humour...

Ces stratégies mises en place par les personnes sont fortement associées à l'intensité de leur détresse émotionnelle. Il semble que lorsque les personnes se sentent très menacées, déstabilisées, anxieuses, elles adoptent plus particulièrement des stratégies d'évitement : elles se replient sur elles-mêmes, fuient leurs difficultés, refusent d'y penser. En revanche, lorsqu'elles manifestent peu de détresse émotionnelle (peu de symptômes physiques et de faibles troubles de l'humeur), elles utilisent préférentiellement des stratégies de coping actif. Elles contrôlent la situation et recherchent du soutien social.

L'adolescent sourd se retrouve régulièrement en situation d'adaptation, de surinvestissement sensoriel pour pouvoir comprendre le monde et s'y intégrer. Il doit opérer des efforts constants pour s'adapter à son milieu matériel et social et cela sans que ce milieu lui fournisse toutes les informations nécessaires et suffisantes pour réorienter, au fur et à mesure, ses actions et son comportement (GRIFFON, 1993). En l'absence d'information sonore, il mobilise une énergie supérieure à la moyenne pour avoir un comportement adapté, éviter les dangers. Ceci peut alors entraîner une certaine tension et amener la personne à s'auto-contrôler en permanence et donc à

être moins spontanée, simple ou souple dans ses attitudes.

Afin de faire face à son état de stress, nous supposons que l'adolescent sourd privilégie des stratégies plus orientées sur l'émotion, telles que le soutien social émotionnel ou encore l'évitement de la situation. Il met en place des modalités adaptatives-défensives lui permettant de faire face, même si c'est parfois en... fuyant une partie de la réalité. Ces stratégies vont lui permettre de gérer les conflits et les crises auxquels il est confronté et se construire en tant que personne.

### Méthodologie de la recherche

- Population : Pour analyser les effets de la surdité congénitale sur la perception de stress et l'utilisation des stratégies de coping chez l'adolescent, nous avons réalisé une étude comparative auprès de 128 adolescents sourds (59 garçons et 69 filles) et 133 adolescents entendants (61 garçons et 72 filles).

- Instruments : Pour recueillir nos résultats, nous avons utilisé des versions courtes des échelles toulousaines de stress et de coping<sup>1</sup>. Pour des raisons d'adaptation de notre outil à notre population, l'échelle de stress a été réduite à 13 items, regroupés selon deux dimensions : les manifestations physiques du stress et l'humeur dépressive. Concernant la mesure du coping, l'échelle est constituée de 30 items, se répartissant selon quatre axes repérés dans les analyses factorielles, nous permettant de définir quatre stratégies de coping : le contrôle, la fuite, l'évitement, le soutien social émotionnel.

- Passation : La passation de ces échelles s'est déroulée au sein de plusieurs établissements scolaires et instituts en France. Elle a été accompagnée d'une traduction en langue des signes ou d'une aide en LPC (Langage Parlé Complété) afin de privilégier une meilleure compréhension des consignes pour les adolescents concernés.

### Résultats

#### Influence de l'état d'acuité auditive sur le niveau de stress des adolescents

Nous analysons dans un premier temps l'effet de la surdité sur l'état émotionnel de l'adolescent. Les adolescents sourds éprouvent-ils davantage de stress que les adolescents entendants ?

Nous pensions que l'adolescent sourd, régulièrement confronté à des contraintes imposées par sa déficience, serait amené à réaliser des efforts constants de suradaptation susceptibles de créer une tension. Or, les scores moyens obtenus indiquent une perception de stress global significativement plus élevée pour le groupe contrôle comparativement aux adolescents sourds ( $t = 5.003$  ;  $p < 0.00$ ). Les adolescents entendants présentent, à la fois, davantage de symptômes physiques ( $t = 4.86$  ;  $p < 0.00$ ) et psychiques ( $t = 4.34$  ;  $p < 0.00$ ) du stress.

La surdité n'a donc pas l'impact attendu. L'adolescent sourd traverse les situations sans vivre plus de stress ou de tension que les autres. Il semblerait que ces adolescents aient appris à vivre en supportant à des degrés variables les perturbations, les difficultés liées à leur déficience, et à développer une tolérance aux situations inductrices d'émotions (KELLERMANN & al., 1980). Par ailleurs, nous pouvons également nous interroger sur l'efficacité des stratégies de coping dans l'interprétation de ces résultats.

#### Influence de l'état d'acuité auditive sur la mise en place des stratégies de coping

Nous souhaitons, à présent, vérifier que la surdité génère une utilisation spécifique de stratégies de coping chez l'adolescent. La surdité implique-t-elle une utilisation plus importante de la stratégie d'évitement et de celle de soutien social émotionnel ?

Les résultats obtenus font apparaître que les adolescents sourds utilisent de façon plus importante les stratégies de contrôle ( $t = 2.05$  ;  $p < .04$ ) et d'évitement ( $t = 2.34$  ;  $p < .02$ ). Ils ne se distinguent pas des adolescents entendants dans la mise en œuvre des stratégies de fuite ( $t = .34$ ,  $p < .72$ ) et de soutien social ( $t = 1.32$ ,  $p < .18$ ). Afin de faire face à une situation difficile, les adolescents sourds vont refuser, par des comportements de déni, d'évitement, une partie de la réalité leur permettant de liquider la tension émotionnelle. Ils opèrent ainsi une mise à distance du problème, en essayant d'oublier ou de penser à autre chose et par des activités de substitution, telles que regarder la télévision, aller au cinéma pour se distraire, se changer les idées. Cette stratégie d'évitement est généralement utilisée si la situation ne peut être modifiée ou si elle est incontrôlable (PAULHAN & BOURGEOIS, 1995). La surdité est une réalité incontournable, rien ne peut être fait concrètement pour la faire disparaître. Ainsi, par le déni, les adolescents tentent d'ignorer certains aspects de leur surdité qui les empêche d'accomplir les mêmes choses que les autres. L'individu qui l'adopte s'attache à prouver aux autres, et surtout à lui-même, qu'il est comme tout le monde (ROUVIÈRE, 1994). Il s'agirait donc de minimiser la surdité pour réduire son caractère inquiétant. L'étude de VINAY (2001) montre que les jeunes adoptés utilisant un faire face de refus sont bien intégrés dans leur famille et leur milieu social. Refuser la différence favoriserait l'intégration sociale. Cette réaction de dénégation permettrait ici la réduction d'une portion menaçante de la réalité (SORDES-ADER, 1996) et par là-même, le maintien d'un équilibre personnel et d'une adaptation psychosociale.

Les adolescents sourds témoignent également d'une plus forte aptitude au contrôle que le groupe témoin. Ils sont capables de s'attaquer aux problèmes posés, de les

prendre activement en charge pour les maîtriser. Ils définissent la situation comme un problème à résoudre et non pas comme une menace, leur permettant ainsi l'établissement d'un plus large éventail d'actions à entreprendre. Ils se donnent les moyens de transformer la situation qu'ils sont en train de vivre par la mise en place d'efforts comportementaux actifs et cognitifs.

Nous pouvons nous interroger sur les relations entre ces différents processus. La mise en place des stratégies dépend-elle du niveau de stress des adolescents ?

### Influence de la perception de stress sur la mise en place des stratégies de coping

Des analyses de régressions linéaires calculées entre les dimensions du stress et chacune des stratégies de coping, permettent de vérifier les articulations entre ces deux processus. Le schéma suivant récapitule les résultats obtenus d'une part chez les adolescents sourds et d'autre part chez les adolescents entendants. Seules les régressions significatives sont représentées par des flèches en pointillées noires lorsqu'elles sont positives et continues grises lorsqu'elles sont négatives.

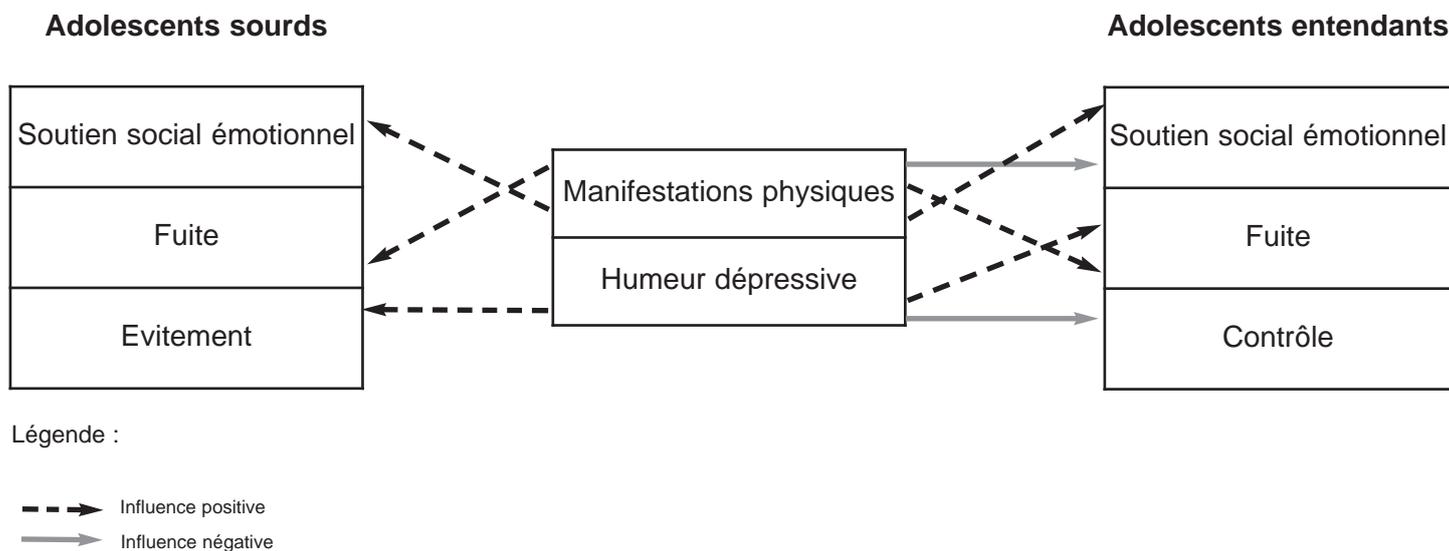


Schéma n°1 : Le stress comme prédicteur des stratégies de coping chez les adolescents sourds et chez les adolescents entendants.

Les résultats obtenus nous indiquent que le stress joue bien un rôle significatif sur les comportements de faire face à une situation difficile et ce pour l'ensemble de notre population. Néanmoins, cette influence est différente selon que les adolescents sont sourds ou pas.

*Chez les adolescents sourds*, la stratégie de fuite est principalement utilisée lorsque les symptômes physiques du stress sont nombreux. En effet, plus le sujet éprouve des difficultés à respirer, à dormir, un nœud à l'estomac, plus il se replie sur lui-même, se détourne des autres, fuit la réalité, en se réfugiant dans l'imaginaire ou dans des conduites addictives. Envahi par des manifestations somatiques, l'adolescent s'en prend aux autres, se défoule sur quelque chose pour se libérer de cette tension ou compense par de la nourriture pour se sentir mieux. Ces attitudes de fuite sont absentes lorsque l'adolescent sourd souffre de symptômes psychiques du stress (humeur dépressive). Dans ce cas, il se sent impuissant, sans aucun pouvoir sur les situations et met en place des conduites d'évitement. Il agit comme si le problème n'existait pas et tente de l'oublier par une recherche d'activités plus agréables. Ces conduites ont pour fonction de réguler les émotions ou la détresse émotionnelle causée par la situation stressante au lieu d'intervenir sur la situation stressante elle-même. Nous pouvons penser que la dénégation aide ces adolescents à gagner du temps par rapport à l'impact d'une réalité nouvelle afin de leur permettre de s'accommoder à la gravité de la situation, trop pénible à accepter (AMIEL-LEBIGRE & GOGNALONS-NICOLET, 1993).

*Chez les adolescents entendants*, la stratégie de fuite est employée lorsqu'ils présentent non seulement des symptômes somatiques mais également des troubles de l'humeur dépressive. La dépression et le manque de confiance bloquant la capacité de contrôle de la situation, conduit le sujet à se détourner du problème afin de canaliser ses émotions. L'adolescence est une période de prise de décisions multiples, celle de l'orientation de la vie aux plans relationnel, scolaire et identitaire. Décider, c'est trancher, c'est rompre, c'est entrer en action, c'est dépasser la crise (TAP, 1990). Face au stress provoqué par ces tensions internes, la fuite semble être une stratégie permettant de prendre du recul afin de gérer la prise de décision à venir. La stratégie d'évitement, caractéristique de la population sourde, ne peut être mise en place par l'adolescent entendant lorsque celui-ci éprouve des manifestations physiques du stress. Nous pouvons donc penser que la capacité à éviter les difficultés est déterminante dans l'état de stress des adolescents. En effet, nous avons constaté que les sujets du groupe témoin présentent un niveau de stress plus élevé que les sujets sourds. La stratégie d'évitement est donc une stratégie efficace, diminuant la menace et le niveau de stress associé à la situation difficile.

Par ailleurs, nous remarquons que lorsque les sujets, sourds ou pas, sont confrontés à des situations induisant des troubles somatiques, ils sont amenés à rechercher du soutien social, de l'aide et du



François BERLÉAND, *Le fils de l'homme invisible*, Stock, 2006, 211 p.

Nombreuses sont les raisons de lire un livre, je veux dire de le choisir dans la foule inépuisable de tous les livres possibles. Il en est une qui me saisit parfois, à tort ou à raison : le titre. Ainsi ai-je lu, à cause de leur titre, *Aux confins du fricandeau*, *L'homme est un grand faisant sur terre* et, donc, *Le fils de l'homme invisible*. Sans doute les titres, pour retenir ainsi le lecteur, fonctionnent-ils en signifiants énigmatiques (J. LAPLANCHE), suscitant une interrogation dont on espère que la lecture l'épuisera.

Ce livre, sorte d'autobiographie imaginaire, part précisément du cheminement chez l'auteur de cette phrase prononcée par son père à son adresse : « Toi, tu es le fils de l'homme invisible ». Boutade, certes, pour dire un fils la tête dans les étoiles, mais boutade prise au pied de la lettre par le fils, ce qui lui vaudra bien des mésaventures lorsqu'il se comportera en classe comme fils invisible de l'homme invisible, mais hélas pour lui à la vue de tout un chacun, profs en premier. Boutade qui rencontre aussi le roman familial lorsque le petit François se demande comment il va retrouver son père puisque celui-ci est invisible ! Sans doute la rencontre de Spiderman sera-t-elle d'un grand secours. Lisant ce livre, le lecteur est partagé entre l'envie de rire (on imagine parfois une sorte de Woody ALLEN), l'émotion face à la détresse de l'enfant puis de l'adolescent, et une immense tendresse pour ce garçon embarqué dans un imaginaire à la fois pathétique et d'une grande beauté poétique.

Dans son étrange parcours, François rencontre un psychiatre déroutant, au moins aux yeux de l'enfant qu'il fut, une pédagogue soixante-huitarde inquiétante qui participe à l'assigner à une place d'enfant fou dont il ne veut pas, et un psy certes peu académique dans ses pratiques (le cadre ne semble guère le préoccuper, nous sommes dans les années 68 !) mais attentif et bienveillant. Un psy qui lui ouvre la porte par laquelle sortir de ses angoisses de plus en plus persécutrices, à la limite de la psychose et de la déréalisation, un psy qui, par une autre phase d'abord énigmatique (« Toi, tu devrais être acteur ! »), lui ouvre la porte de ce qui deviendra l'un des investissements centraux de sa vie : le théâtre et le cinéma.

Le livre finit, on sait qu'il continuera son chemin en nous, le jour, la nuit, et l'on a envie de remercier son auteur d'avoir été avec nous pour nous raconter ainsi une histoire, la sienne.

Jean-Marc TALPIN

## (suite de la page 11)

réconfort auprès de leurs proches. L'expression et le partage des sentiments avec autrui constitueraient un facteur modérateur (BRUCHON-SCHWEITZER, 2001) pour les troubles fonctionnels du stress chez l'adolescent. Le soutien social devient salutaire afin de dédramatiser les situations et de rassurer l'adolescent.

## Conclusion

Les résultats évoqués ici nous amènent à requestionner notre vision stéréotypée sur le rapport entre le stress et le handicap ou la maladie, préjugé selon lequel le handicap équivaldrait uniquement à une source de souffrance, d'impuissance et de désillusion. En effet, malgré les difficultés inhérentes à la déficience auditive et la phase de transition développementale, l'adolescent sourd exprime un moindre état de stress que ses pairs entendants. Nous avons pu constater également que la surdité peut amener l'individu qui en est atteint à réagir, à faire face, à lutter, à développer des capacités nouvelles d'adaptation, de création et de contrôle. Or les stratégies de coping ne sont que la traduction de stratégies plus larges (stratégies de personnalisation). Par ses conduites de coping, l'adolescent sourd tente de se mobiliser, de rétablir un équilibre, de sauvegarder la valorisation de soi, de transformer les situations ou de les gérer au mieux, lui permettant de réaliser ses plans et ses projets (POUSSIN, 2002). Ces résultats nous laissent à penser que la surdité congénitale peut fonctionner comme un « impulseur » de comportements résilients (TOMKIEVICZ, 2001). La résilience, plus que le coping suppose non seulement de s'adapter mais aussi d'apprendre à vivre différemment, en raison même de ce que la déficience inflige comme difficultés au cours de l'existence.

Marjorie POUSSIN  
Maître de Conférences en Psychologie

### Bibliographie

- AIMARD, P. & MORGON, A. (1985). *L'enfant sourd*. Que sais-je ?, Paris : PUF.
- AMIEL-LEBIGRE, F. & GOGNALONS-NICOLET, M. (1993). *Entre santé et maladie*. Paris : PUF, Les champs de la santé.
- BILLINGS, A.G. & MOOS, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioral Medicine*, n°4, 139-157.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. (2001). Vulnérabilité et résistance aux maladies : le rôle des facteurs psychosociaux. In M. BRUCHON-SCHWEITZER & QUINTARD (Eds.), *Stress, coping et ajustement*, Paris: Dunod, 1-22.
- GRIFFON, P. (1993). *La rééducation des malvoyants*. Toulouse : Privat.
- HOLAHAN, C.J. & MOOS, R.H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, n°52 (5), 946-955.
- KELLERMAN, J.P., ZELTZER, L.M., ELLENBERG, L.P., DASCH, J.P. & RIGLER, D.P. (1980). Psychological effects of illness in adolescence. Anxiety, self-esteem, and perception of control. *The journal of pediatrics*, Vol. 97, n°1, 126-131.
- LABORIT, M.-F. (2001). La souffrance psychique liée à la surdité. In F. Pellion (dir.), *Surdité et souffrance psychique*, Paris : Ellipses, Vivre et comprendre, 44-61.
- LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New-York : Springer publications.
- PAULHAN, I. & BOURGEOIS, M. (1995). *Stress et coping. Les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris : PUF.
- POUSSIN, M. (2002). Surdité congénitale et expérience subjective à l'adolescence : sentiment d'intégration, estime de soi, stress perçu et stratégies de coping. Thèse de Doctorat, Université de Toulouse Le Mirail.
- ROUVIERE, H. (1994). *L'estime de soi, l'image de soi et les stratégies de coping au risque de la maladie, du cancer et du SIDA*. Thèse de doctorat, Université de Toulouse le Mirail.
- SEIFFGE-KRENKE, I. (1997). Le coping à l'adolescence : âge, sexe et différences culturelles. In H. RODRIGUEZ-TOMÉ, S. JACKSON & F. BARIAUD (Eds.), *Regards actuels sur l'adolescence*, Paris : PUF, 173-185.
- SORDES-ADER, F. (1996). *Les conséquences psychologiques de cancer : Anxiété, Estime de soi, Projets et Stratégies de coping des adolescents*. Thèse de doctorat, Université de Toulouse Le Mirail.
- TAP, P. (1990). Crise personnelle et conflits d'intégration sociale. In A. TOUATI (Ed.), *Conflits : origines, évolutions, dépassement. Hommes et perspectives*, Marseille, 35-49.

- TOMKIEVICZ, S. (2001). *L'émergence du concept. La résilience : le réalisme de l'espérance*. Toulouse : Erès.
- VINAY, A. (2001). *Entre stratégie d'attachement et stratégie de coping : une identité en construction chez les adolescents adoptés*. Thèse de Doctorat, Université de Toulouse Le Mirail.

<sup>1</sup> Nous avons testé et validé ces échelles auprès de 508 adolescents (226 filles et 282 garçons) âgés de 11 à 22 ans.



**CANAL PSY : Madame DUPRÉ LA TOUR, depuis le début de votre exercice comme thérapeute de couple, et antérieurement comme conseillère conjugale, relevez-vous une évolution de la demande des couples qui viennent vous consulter ?**

Monique DUPRÉ LA TOUR : En me posant cette question vous me demandez de revenir sur une longue histoire, car j'ai commencé à exercer comme conseillère conjugale dans les années 1970. À l'époque nous étions d'ailleurs principalement formés à recevoir des personnes seules – souvent des femmes – venant consulter à partir de leurs difficultés et souffrances conjugales. Dans le livre collectif *Les mots du couple*, dirigé par Jean LEMAIRE, j'ai décrit la spécificité de ce type de consultation et de thérapie permettant à un certain type de personnalité d'approcher un thérapeute en mettant le tiers conjoint ou le tiers couple entre eux. Puis, peu à peu, sous la pression des conjoints venant consulter ensemble, une recherche méthodologique et clinique s'est construite pour répondre à la demande de ces couples.

La consultation conjugale, dont les premières ébauches datent des années 30, s'est développée depuis les années 60, période de transformation de la société, ainsi que du statut de la femme, où des nouvelles lois sur la famille ont été votées et ont par là même ouvert et rendu possible la parole sur les souffrances conjugales.

Dans les années 70 c'étaient principalement des couples mariés qui venaient consulter. Mais la plupart des couples n'étaient-ils pas mariés à cette période-là ? Aujourd'hui, mariés ou non, les couples consultent. Il est cependant nécessaire de noter que le mariage introduit une dimension autre dans la structuration du couple, selon les représentations que les conjoints s'en font. Dimension à laquelle le clinicien se doit d'être à l'écoute, comme élément du couple, avec ses significations dans le temps et l'espace de celui-ci. L'engagement dans le couple et celui dans le mariage ne sont pas du même ordre. Le mariage, par sa reconnaissance comme cellule d'une société civile ou religieuse, renforce l'enveloppe du couple, ce qui peut servir d'étayage pour certains conjoints, en assurant leur identité, mais peut être vécu comme risque de fragilisation par d'autres, car véhiculant des représentations contraignantes et paralysantes.

La consultation conjugale est devenue peu à peu un fait de société, le conjoint qui sollicite ou est à l'origine de la demande de rendez-vous est désormais aussi souvent l'homme que la femme.

L'attente de bonheur de notre société, le rapport à l'immédiateté, l'infiltration des valeurs de la société de consommation dans les relations affectives, ont fragilisé le couple. Les conjoints n'acceptent plus de souffrir de leur couple et dans leur couple, mais l'attente idéalisée de ce que celui-ci peut procurer entrave leur capacité

à l'utiliser au mieux de leur équilibre.

La parole plus libre permet de dire aux travers des crises et difficultés conjugales de quoi est fait le couple, comment il structure la sexualité, remplit une fonction organisatrice de celle-ci et une fonction organisatrice et défensive pour chacun des conjoints.

Écouter le couple, c'est écouter ce qui, de l'histoire et de la préhistoire de chacun des conjoints, de leur psychisme, vient s'y déposer, c'est écouter comment chacun de nous l'utilise pour organiser ses parties les plus archaïques.

**C. P. : Qu'est-ce qui vous a conduit à entreprendre un travail de thèse sur les liens de couple ?**

M. D. la T. : J'ai entrepris ce travail au moment de mon premier passage à la retraite, c'est-à-dire quand j'ai arrêté le travail salarié tout en continuant mon activité de thérapeute individuel et de couple en cabinet.

J'avais participé à toute l'évolution de la consultation conjugale jusqu'à la thérapie de couple, ce qui m'avait amenée à entrer dans un processus de formation sans fin pour répondre à la demande des couples. J'ai tout d'abord inscrit ma formation première au « conseil conjugal » dans celle de psychologue et entrepris une psychanalyse. Ma formation au « conseil conjugal » comprenait une compréhension analytique du couple, une écoute rogérienne et une formation personnelle groupale, cependant les concepts groupaux me manquaient, alors que je commençais à recevoir certains couples dans la durée. Je me suis alors tournée vers la formation aux « thérapies familiales psychanalytiques », et j'ai trouvé là des références me permettant de comprendre ce que je mettais en place petit à petit dans ma pratique. J'ai ainsi participé aux recherches portant sur la « thérapie analytique de couple », avec des collègues ayant eux aussi un parcours atypique, afin de penser la formation de thérapeutes analytiques de couple.

Ma clinique s'approfondissant, j'ai été sollicitée pour des supervisions par de jeunes collègues ayant profité de cette formation. C'est principalement dans cette fonction de superviseur que la nécessité m'est apparue de mettre en mots et de transmettre ce qui était au travail entre nous depuis de nombreuses années déjà.

Si la fonction de l'écriture avait toujours pour moi été une nécessité, celle de pouvoir rencontrer hors de moi ce qui pouvait s'élaborer en moi afin de mieux le mettre en critique, j'ai eu le besoin d'un nouveau support extérieur afin de poursuivre ma réflexion. C'est ainsi que le projet d'un DEA, puis d'une thèse, prit jour.

Il me semblait aussi important de porter sur une autre scène ce travail avec les couples qui allait en s'amplifiant dans notre société. La nécessité de plusieurs filiations et de plusieurs scènes de référence a toujours été un enjeu pour étayer ma clinique, à l'image de l'objet « couple » centre de mes réflexions.

**C. P. : Comment définiriez-vous la fonction du thérapeute de couple ?**

M. D. la T. : « Écouter le couple » consiste à écouter les processus qui se sont mis en place entre les conjoints à partir de la rencontre qui, elle-même, cristallise des éléments de leurs histoires, processus qui se sont complexifiés au fil du temps. Ce qui a fait attrait dans un temps devient objet de reproches dans un autre temps, il s'agit souvent d'une problématique commune, leur couple dans un premier temps avait eu pour fonction de l'organiser et de s'en défendre. Quand dans un temps de vie l'un des conjoints évolue, tout l'équilibre peut s'en trouver fragilisé. C'est alors que les conjoints peuvent commencer à se reprocher ce pour quoi ils se sont choisis. Et c'est un travail intéressant que de pouvoir revenir avec eux à l'origine de leur couple, de leur rencontre, à ses modalités, pour éclairer les difficultés actuelles et saisir comment elles sont inscrites dans ce choix.

**C. P. : Peut-on alors penser le lien de couple comme une tentative de chacun des partenaires pour élaborer ce qui est resté en souffrance pour eux dans le lien ?**

M. D. la T. : Absolument, c'est pour cela que j'ai dû employer dans mon texte un mot que j'ai emprunté à d'autres : le couple « matrice de symbolisation ». Les conjoints mettent ensemble des problématiques archaïques dans l'espoir de s'en protéger, ou de les transformer, la crise de couple est le retour de ces problématiques sur le devant de la scène, le dépassement de celle-ci passe par une élaboration que certains couples font seuls et d'autres dans le cadre d'une thérapie. Sans cette élaboration les conjoints entrent dans la répétitivité. Répétitivité de la crise ou de couples présentant les mêmes difficultés.

La demande de couple en consultation est une demande qui peut sembler paradoxale, elle porte sur les liens narcissiques, fusionnels et elle demande l'introduction d'un tiers. Le couple n'aura de cesse à la fois de demander à changer et de résister à ce changement. Le thérapeute est à la fois sollicité et mis en difficulté de penser, d'exister avec les conjoints. Le premier travail du thérapeute est de repérer cette annulation et de pouvoir exister face et avec le couple. La triangulation est ici en jeu.

**C. P. : Comment abordez-vous le symptôme que le couple met en avant en venant vous consulter ?**

M. D. la T. : Le symptôme est pour moi une création du couple, il fait partie des processus que le couple met en place pour vivre et survivre. Il n'appartient pas à l'un, comme l'autre aimerait le faire croire, en le désignant comme malade ou coupable, mais au couple. Il a une fonction entre les conjoints, et une fonction par

rapport au thérapeute. Il fait partie de l'organisation du couple. Ainsi une liaison de l'un des conjoints peut venir signifier le lieu de souffrance dans cette organisation, le lieu de fixation de la sexualité avec la recherche d'un dépassement. Elle peut répéter ce qui a fait séduction à l'origine de la rencontre pour chacun des conjoints, prendre quelqu'un à quelqu'un d'autre, être choisi dans la rivalité, etc. Elle renseigne alors sur les processus à l'œuvre dans le couple.

Aussi, en tant que thérapeute, il nous faut donc bien penser que ce que nous avons devant nous c'est une organisation psychique que les conjoints ont construite, et qui les dépasse l'un et l'autre. Je me demande d'ailleurs souvent en recevant les couples : « à quoi se servent-ils l'un à l'autre ? ». Et, lorsque l'un se plaint de l'autre, je me dis qu'ils sont là ensemble pour quelque chose, que tous les symptômes qu'ils apportent font partie d'une organisation psychique qu'ils ont mise en place pour se défendre chacun d'eux individuellement. Et c'est cette conviction, que le lien leur est utile à chacun, qui permet avec eux de sortir de la problématique du mauvais et du bon, du coupable et de la victime, pour rester dans la position d'écoute du lien.

Dans les symptômes - car il y a plusieurs niveaux de symptômes - viennent s'exprimer les souffrances du couple, ce qui est en attente d'élaboration, et les lieux de collusion entre les conjoints. Les conjoints viennent le plus souvent avec plusieurs symptômes diffractés dans le couple, l'un portant le niveau narcissique, l'autre le niveau objectal. L'un est le porteur du lieu de la collusion la plus objectalisée, alors que l'autre, dans sa plainte, présente un effondrement. Au cours du travail, si celui-ci va à son terme, seront élaborés ces deux niveaux, et il n'est pas rare que le conjoint qui paraîtra faire la plus grande élaboration de l'un de ces niveaux ne sera pas celui qui en était le porteur dans la demande. Sur ces deux niveaux, souvent le symptôme objectal va se traiter d'abord, et puis en fin de travail, toute la problématique narcissique va remonter à la surface, au moment de la séparation de la thérapie et du thérapeute. Le travail de thérapie est un travail de deuil et de remaniement de ce qui de l'histoire personnelle des conjoints s'est organisé dans le lien de couple.

**C. P. : Quelles sont, d'après votre expérience, les difficultés contre-transférentielles spécifiques à cette configuration ?**

**M. D. la T. :** Il y a peu de professionnels qui se forment à recevoir des couples, même si concrètement ils sont nombreux à les recevoir en consultation. Or, le vécu transférentiel face au couple est complexe. Le thérapeute a tout d'abord une analyse à faire de son « pré-transfert », autrement dit, de ce qui le motive à se mettre dans cette position de tiers, de témoin de la scène primitive. Le manque d'analyse de

ce prétransfert peut l'amener à être intrusif ou, au contraire, à ne pouvoir aborder certains sujets.

Une des principales difficultés contre-transférentielles est la perte de penser ou le sentiment d'annulation par le couple de sa position d'« être vivant ». Les couples qui viennent consulter, et s'engagent dans une thérapie de couple, sont souvent des couples qui ont un rêve de fusion, et où les liens narcissiques prédominent, il n'y a pas ou peu de place pour le tiers. Ce fantasme de fusion est ainsi à la fois désiré et redouté. Les conjoints viennent en thérapie de couple en ayant la prescience que le tiers est nécessaire, mais en même temps ils tendent à l'éliminer dans son altérité. Le thérapeute est à la fois sollicité et nié dans sa fonction thérapeutique, il perd sa capacité de penser, et est renvoyé à des moments très archaïques de la construction du psychisme. Dans certains cas, ou à certains moments de la thérapie, l'un des conjoints cherche à retrouver avec le thérapeute la seule relation qu'il connaisse, la relation duelle en éliminant le conjoint. Toute une élaboration autour de la naissance de la vie psychique est alors à reprendre.



**C. P. : Quelles sont les différentes issues que le processus thérapeutique fait apparaître pour les couples que vous recevez ?**

**M. D. la T. :** Le travail de thérapie est très souvent un travail de séparation psychique, de différenciation. Dans le cas des couples névrotiques, les crises peuvent être gérées avec leur entourage, ou bien avec une ou deux consultations. Ce sont ne sont pas ces couples-là pour lesquels une indication de thérapie est posée. Au contraire, l'appel à un tiers extérieur dans le couple vient signifier que l'espace psychique personnel de chacun des conjoints est mal constitué. Tout le travail avec ces couples va donc porter sur une possibilité d'individuation. Si ce travail se fait, certains couples réamèneront leur équilibre, et d'autres se sépareront parce qu'ils ne savent plus ce qu'ils font ensemble. On observe alors que l'accrochage s'opère au niveau narcissique et pas suffisamment au niveau objectal.

Pour un certain nombre de couples, ce travail de séparation psychique consiste à revenir sur une représentation fortement idéalisée du couple qui tend à les mettre à défaut. Ils disent que ce qu'ils vivent n'est pas une relation de couple

normale, le désir de la faire cesser est là, mais la ressemblance avec ce qui s'est passé dans des couples précédents leur fait dire « je répète la même chose, je re-choisis le même type de partenaire, donc cette fois c'est avec mon partenaire actuel que je viens travailler ces questions ». Le travail s'engage par l'investissement de leur relation qui, même si elle les fait souffrir, doit être pensée comme le meilleur équilibre psychique qu'ils ont pu trouver jusque là.

Dans notre société actuelle, il existe de plus en plus ce que les sociologues appellent les couples non cohabitants. Ce qui permet, puisque c'est accepté par la société, à des personnalités mal individuées, qui dans une vie commune seraient en danger, d'être en couple, sans en supporter les contraintes dans le quotidien. Les conjoints de ces couples, en difficulté d'individuation psychique amorcent un travail de séparation dans le réel, ils maintiennent une relation à distance, et du coup peuvent investir leurs enfants d'une manière beaucoup plus sereine à deux. Séparés, ils peuvent vivre, quand ils se retrouvent, des moments de plaisir beaucoup plus importants, n'ayant plus l'obligation de vivre ensemble, ils sont moins en danger. C'est tout le problème des aménagements à trouver pour réussir à gérer l'espace psychique quand il est mal constitué.

Des couples consultent à un moment de surcharge de leur organisation psychique groupale, ils cherchent à se réaménager, mais pas à travailler en profondeur. Si bien que, répétitivement, ils sont en crise. Quand ils s'interrogent sur cette répétitivité une thérapie de couple peut s'engager.

**C. P. : Cette résistance à entrer dans une élaboration plus avancée peut-elle se comprendre comme le besoin de se préserver de ce qui pourrait être perçu comme un danger potentiel ?**

**M. D. la T. :** Oui, parce que finalement, ce sur quoi ils se sont rencontrés et qu'ils ont l'art de faire résonner chez l'autre, ce sont des angoisses archaïques extrêmement importantes. Et ils ont très peur de venir les élaborer dans une thérapie. C'est compliqué que de venir mettre des mots sur ce que l'autre vient réveiller chez soi de son histoire la plus problématique. Aussi, dès qu'il y a un peu d'apaisement ils repartent. Or, lorsque l'un des conjoints va mal, une des issues qui se présente est de se débarrasser dans l'autre de l'angoisse qui le traverse. Le conjoint sert bien à ça : être le support de projection de ce qui nous déborde à certains moments. Tout le travail d'individuation est alors d'arriver à reconnaître ce qui, de soi, résonne pour l'autre, ce qui de l'autre résonne en soi, avec les angoisses qui sont alors réveillées, ainsi que les moments où l'on va éveiller chez l'autre ce que l'on ne sait plus gérer en soi.

La relation de couple permet une révélation de chaque conjoint à lui-même par la symbolisation de ce que l'autre fait résonner en soi. On ne peut pas dire que la crise n'existera plus, mais on pourra faire la part de ce qui est à soi et de ce qui est à l'autre. C'est ensuite à chacun d'aller faire un travail propre s'il veut aller voir plus loin dans son histoire.

## Formation Continue de l'Institut de Psychologie de l'Université Lyon 2

### Diplômes d'Université 2007 - 2008

#### SOIN PSYCHIQUE, CRÉATIVITÉ ET EXPRESSION ARTISTIQUE

Responsable pédagogique : **Jean-Marc TALPIN**, Maître de Conférences à l'Institut de Psychologie  
Diplôme d'université de niveau Licence, il s'adresse aux professionnels ayant des pratiques soignantes, éducatives, sociales ou artistiques (pratique d'expression artistique personnelle ou professionnelle nécessaire) qui utilisent ou souhaitent utiliser l'expression artistique comme médiation dans le domaine du soin psychique ou physique, de l'accompagnement social ou éducatif.

Cette formation se propose d'interroger les processus à l'œuvre dans les pratiques où se rencontrent expression artistique et soin et comprend :

° des apports théoriques ° des mises en situation pratiques ° une approche méthodologique ° des temps d'élaboration

Organisation par année : 5 semaines de cours en modules de 35 heures, 5 heures de tutorat et 2 semaines de stage

Soit sur les deux ans : 500 heures de formation, réparties en 350 heures de cours, 140 heures de stage et 10 heures de tutorat.

Enseignants : Universitaires de psychologie, praticiens du soin, médiateurs culturels et créateurs.

**Le groupe sera limité à 24 stagiaires. Date limite de dépôt des candidatures : 10 décembre 2007**

#### Coût :

1ère année : Individuel : 1 710 € - Employeur : 2 700 €

2ème année : Individuel : 1 735 € - Employeur : 2 785 €

#### ANALYSE DE LA PRATIQUE

Responsable pédagogique : **Georges GAILLARD**, Maître de Conférences à l'Institut de Psychologie.

Diplôme d'université de niveau M2, il s'adresse aux Psychologues titulaires d'un DESS, M2P ou équivalent, intervenant en groupe d'analyse de la pratique et aux Professionnels (formateurs, sociologues...) ayant développé des compétences dans ce domaine.

Il vise à ouvrir une réflexion sur les implications de cette pratique, à favoriser la constitution d'un cadre interne pour les participants, et à élaborer la position particulière de l'écoute d'un groupe (et ce, dans le contexte des institutions) par des apports théoriques et des groupes cliniques.

Organisation : 11 séances de 6 heures mensuelles, soit 66 h par année, soit 137 heures dont 5 heures de tutorat pour les 2 ans

**Le groupe sera limité à 36 personnes. Date limite de dépôt des candidatures : 19 octobre 2007**

Enseignants : Universitaires et praticiens reconnus pour leur expérience dans le domaine de l'analyse de la pratique

#### Coût :

1ère année : Individuel : 1 210 € - Employeur : 1 710 €

2ème année : Individuel : 1 230 € - Employeur : 1 770 €

#### APPROCHE PSYCHANALYTIQUE ET GROUPE DE LA FAMILLE

Responsables pédagogiques : **Evelyne GRANGE-SÉGÉRAL**, **Christiane JOUBERT**, Maîtres de Conférences à l'Institut de Psychologie  
Diplôme de niveau M2, il vise à donner des outils conceptuels et une méthodologie pour penser l'écoute de la souffrance familiale et la mise en place de dispositifs institutionnels adéquats. Il s'adresse aux titulaires d'un DESS ou d'un M2P, en Psychologie, ou équivalent, ou d'un Doctorat en Médecine, justifiant d'une pratique en relation avec les problématiques familiales.

Il propose des apports théorico-cliniques sur le thème du Groupe, de la Famille, du Couple et de l'Institution, et des temps en Groupes opératifs et jeux de rôle, à partir de situations cliniques proposées par les stagiaires.

Organisation sur 2 ans : 150 h de formation, soit 72 h par année en 4 modules de trois jours et 3 h de tutorat.

**Le groupe sera limité à 35 stagiaires. Date limite de dépôt des candidatures : 10 décembre 2007**

Enseignants : Universitaires et praticiens des thérapies familiales

**Coût par année** : Individuel : 1140 € - Employeur : 1630 €

Ces diplômes bénéficient de la contribution des organismes de formation continue.

Renseignements et dossiers de candidatures :

Service de la Formation Continue – Campus Berges du Rhône 69365 Lyon Cedex 07

Tél : 04 78 69 73 34 ; Fax : 04 78 69 72 79

Courriel : [gislaine.saye@univ-lyon2.fr](mailto:gislaine.saye@univ-lyon2.fr)

<http://psycho.univ-lyon2.fr>



# CANAL PSY

## Les derniers numéros

**N° 72 - Février - Mars 2006**

### Dossier : Psychiatrie, enjeux actuels

Psychiatrie et société, je t'aime moi non plus par Emmanuel DIGONNET

Images de la psychiatrie aujourd'hui. Psychanalyse et psychiatrie. Crise d'identités ? par Jean-Jacques RITZ

Erratum. Suite de l'article de Damien AUPETIT et Frédéric LEFEVERE

Le soin des troubles psychotiques en institution par Marcel SASSOLAS

ECHO. Mais que fait donc la psychiatrie ? L'acte et l'agir. Cinquième journée des psychologues du vinatier par Eliane MOULIN

**N° 73 - Avril - Mai 2006**

### Dossier : Le G.E.R.A.

Présentation du G.E.R.A.

Enjeux éthiques et identitaires engagés dans l'acte de procréation par IAD par Nikos KALAMPALIKIS

La violence dans le football amateur par Philippe SARNIN

Précarité et santé : Points de vue et débat psychosocial par C. DURIF-BRUCKERT, N. FIEULAINE, R. MENDES-LEITE

Analyse d'oeuvre. Contes et Opéra : Le Château de Barbe Bleue de Béla BARTOK par Jean-Pierre VIDIT

**N° 74 - Juin -Juillet 2006**

### Dossier : La parentalité à l'épreuve

Interview d'Isabelle MODOLO, psychologue dans un service de sidéologie

Le processus de parentalité dans un service de néonatalogie : quels enjeux ? par Géraldine MOULIN

La place des pères : tensions et ambivalences par Christine CASTELAIN-MEUNIER

*Cinq paradigmes cliniques du vieillissement.* Interview de Jean-Marc TALPIN

Tribune à Françoise AUBERTEL. Qu'est-ce que former des psychothérapeutes ?

**N° 75 - Octobre - Novembre 2006**

### Dossier : Souffrances précoces

Interview de Denis MELLIER concernant son dernier ouvrage *Les bébés en détresse*

Entre la naissance et le quarantième jour, prévention et traitement des souffrances dans le post-partum immédiat par Joëlle ROCHETTE

Travail "Psy" dans un service de néonatalogie par J-Annick SIMON

Infos. Coriolan de William Shakespeare au TNP

Rubrique. Interview de Christiane JOUBERT à propos de l'ouvrage *Cinq paradigmes cliniques du vieillissement*

Tribune à Roland GORI. Les troubles expertises de l'Inserm en santé mentale

**N° 76 - Décembre 2006 - Janvier 2007**

### Dossier : Crises et trauma

Faites comme chez vous par Damien ANDRE

Quand le travail fait crise par Blandine BRUYERE

La transmission du génocide arménien à la 3ème génération par Hélène DESCUBES DEMIRDJIAN

Rubrique Analyse d'oeuvre : Mathilde CASANOVA propose une analyse de la pièce "Père" de August STRINDBERG mise en scène au TNP

Tribune : Interview de René ROUSSILLON sur le décret de loi concernant le statut de psychothérapeute

**N° 77 - Février - Mars 2007**

### Dossier : Advenir au féminin

La cruauté originaire par Sophie de MIJOLLA MELLOR

Anorexie(s) / boulimie(s) : (im)possibles féminins par Nathalie DUMET

Miroir, mon beau miroir, ou le féminin incertain par Malory PERRICHON

Rubrique Echo : Le temps de la mort dans la psychose : un temps mythique ? par Ariane BILHERAN. Thèse en cours

### Prix des numéros :

- du numéro 1 au numéro 19 : 1,52 €
- du numéro 20 au numéro 39 : 2,29 €
- du numéro 40 au numéro 65 : 3,05 €
- à partir du numéro 66 : 3,30 €

### Frais de port :

- 1 numéro : 1,22 €
- 2 à 4 numéros : 1,98 €
- 5 à 8 numéros : 2,76 €
- plus de 8 numéros : 3,62 €

**La liste exhaustive des numéros parus est disponible, ainsi que les bulletins de commande, sur simple demande ou consultable sur le site Web de Canal Psy**

### Offre Spéciale :

10 numéros commandés ( du n° 1 au n° 50 inclus\*) : 10,00 €  
+ frais de port (3,62 €)  
\*sauf numéros épuisés

### Canal Psy est en vente :

#### A Bron

à l'Institut de Psychologie  
Canal Psy (salle K124bis)  
secrétariat du 3<sup>ème</sup> cycle (126 K)  
à la Librairie U

#### En centre ville

F.P.P. (18 quai Claude Bernard  
Lyon 7<sup>ème</sup>, suivre les flèches)

**Directeur de la publication :** Claude JOURNES, Président de l'Université

**Directeur délégué :** Albert CICCONE

**Rédaction :** Anne-Claire FROGER

**Conception et réalisation :** Marc-Antoine BURIEZ

**Couverture et illustrations :** Jérôme DUPRE-LATOURE

Font partie du comité de lecture les enseignants élus au conseil du Département.

Journal édité par l'Institut de Psychologie – Département Formation en Situation Professionnelle

Imprimé par l'imprimerie Caussanel

ISSN 1253-9392 – Commission paritaire n° 0911 B 07996



Institut de Psychologie  
5, av. P. Mendès France  
69676 BRON Cedex  
Tél. 04.78.77.23.23  
Poste 20.59

**e-mail :**

**aclaire\_froger@yahoo.fr**

**Marc-Antoine.Buriez@univ-lyon2.fr**

**Site WEB Canal Psy :**

**http://psycho.univ-lyon2.fr**

puis «RECHERCHE» de Canalpsy