

# Le malaise de l'imposteur

réal laperrière

La pédopsychiatrie moderne tend à exiger de ses cliniciens qu'ils soient des experts, aptes à libérer l'enfant et sa famille des symptômes qui nuisent à l'adaptation. Or, quelle expertise le psychothérapeute psychanalytique ou le psychanalyste œuvrant en institution peut-il revendiquer, lui dont l'éthique le place dans une position fort différente, face au symptôme, de celle proposée par l'éthique médicale? Seul avec son patient, n'a-t-il pas parfois le sentiment d'être un imposteur? L'auteur présente la psychothérapie d'un garçon de dix ans, avec lequel ni l'approche directe du symptôme, souhaitée par les parents et le médecin, ni l'interprétation psychanalytique ne semblaient appropriées, et montre comment s'y est manifesté le malaise de l'imposteur.

« En réagissant, un enfant n'est pas »

D.W. Winnicott, 1949, 12

Le mouvement actuel de la pédopsychiatrie est d'aller vers une offre de service « spécialisée », c'est-à-dire organisée en fonction d'une problématique précise, identifiée et pour laquelle un traitement préalablement défini est proposé, de façon standard. En conformité avec le modèle de la médecine somatique, il s'agit maintenant d'offrir au jeune patient et à sa famille une modalité d'intervention qui soit en réponse directe à un symptôme ou un syndrome donné. En toute logique, un service de pédopsychiatrie doit donc tendre à regrouper ses ressources à l'intérieur de « cliniques spécialisées », ayant pour mandat de développer pour des clientèles cibles des méthodes diagnostiques et thérapeutiques différenciées. En fonction de la manifestation pathologique prédominante, l'enfant ou l'adolescent en besoin pourra être, par exemple, orienté vers une clinique de l'hyperactivité, de l'autisme, de la dépression, des troubles alimentaires, anxieux, de la conduite, etc., chaque catégorie diagnostique incluse dans le DSM-IV pouvant, à la limite (c'est-à-dire si le nombre de cas dans la population le justifie, si un lobby politique l'exige, si un groupe de cliniciens ou de chercheurs manifeste un intérêt pour une problématique particulière) faire l'objet d'une telle clinique. Le traitement proposé, une fois le symptôme ayant amené les parents à la consultation précisément identifié (comme par exemple une agitation à la maison ou en classe, des propos suicidaires, une difficulté à s'endormir) visera à faire disparaître ce dernier le plus rapidement possible, l'adaptation maximale à l'environnement étant l'unique visée thérapeutique. L'objet de l'investigation clinique n'est donc pas de comprendre ce dont l'enfant souffre psychiquement, mais d'identifier l'expression de sa souffrance; et c'est sur cette expression particulière que va porter l'intervention. Par un curieux retournement, la souffrance

psychique est alors considérée comme un phénomène secondaire, conséquence du symptôme et appelée à disparaître avec lui. Ainsi, par exemple, on ne dira pas de tel enfant hyperactif qu'il se défend contre l'émergence d'une angoisse dépressive intense, mais qu'il présente une telle angoisse parce qu'il est agité, peu concentré et ne réussit pas aussi bien que les autres en classe; on ne dira pas de tel enfant psychotique – on parle maintenant d'un « trouble envahissant du développement », le diagnostic de psychose infantile n'existant plus pour la psychiatrie nord-américaine (voir le DSM IV, 1996) – qu'il évite le contact avec les pairs parce qu'il est aux prises avec d'angoissants fantasmes d'intrusion, mais qu'il a développé de tels fantasmes en raison de son incapacité à développer des habiletés sociales et à fonctionner avec les autres. Si le symptôme est la maladie, sa suppression entraîne celle de la maladie.

Si j'ai dressé ce portrait, moins caricatural qu'il n'y paraît, de ce qu'est en train de devenir la pédopsychiatrie moderne, c'est pour situer le contexte périlleux dans lequel le psychanalyste ou le psychothérapeute psychanalytique qui y travaille doit, en conformité avec l'éthique qui lui est propre, exercer son métier. Or, tant au niveau de l'abord du symptôme qu'à celui de la position d'expert ou de spécialiste, éthique psychiatrique et éthique psychanalytique entrent en conflit. Et de ce conflit peut surgir le malaise de l'imposteur.

### **Le symptôme**

Si l'offre faite par l'institution dispensatrice du soin psychiatrique est essentiellement organisée en fonction du symptôme, comment le psychanalyste, payé par cette dernière, peut-il entreprendre le traitement d'un enfant ou d'un adolescent sans avoir le sentiment d'être le sujet d'une tromperie, d'un camouflage, d'un mensonge? Pour lui, le symptôme n'est pas la maladie, mais bien souvent ce qui en protège l'individu; à la fois révélant et camouflant un désir interdit, il est porteur de sens ou au contraire peut être un rempart contre le vide effrayant de l'insensé, du non-symbolisé. Contraignant, source de souffrance pour l'enfant et pour son entourage, il est également source d'un plaisir secret, et pilier caché de l'équilibre familial. Enfin, il est surtout nécessaire à l'équilibre psychique du sujet, et en est même parfois garant de la survie. Comment donc ne pas l'approcher avec d'innombrables précautions, et ne pas craindre qu'en cherchant à en guérir l'enfant on ne favorise chez celui-ci une adaptation en « faux-self », triste caricature de la santé psychique et tombeau de l'espace intérieur? Comment ne pas se demander si, en répondant directement au symptôme, le clinicien ne répète pas un « mal entendu » générateur chez l'enfant d'une perte de contact avec lui-même?

En ne reconnaissant pas au symptôme de l'enfant sa valeur de communication inconsciente et en le considérant comme un « corps étranger », on risque de priver le sujet d'une reconnaissance d'un pan de sa réalité psychique, et de répéter ainsi ce qui a pu se produire dans sa relation aux premiers objets. Au mieux, l'enfant se sentira incompris, seul; au pire, il cherchera à s'adapter au discours de l'autre sur

lui, gommant ainsi sa propre réalité psychique ou la confondant avec la réalité extérieure.

« Les vagissements d'un bébé demandent à être interprétés et peuvent être mal compris. Un nourrisson peut, par exemple, parfois être nourri alors qu'il n'a pas faim (et, s'il est systématiquement nourri lorsqu'il n'a pas faim, il développera un soi virtuel persuadé qu'au fond il ne désire jamais que manger. »  
(Phillips, 1997, 23)

Un enfant bouge sans arrêt dans sa classe, dérange les autres, ne porte pas attention à son travail. Inconsciemment, il cherche à communiquer son incapacité à tolérer la perte inhérente au processus de symbolisation auquel il est soumis, et veut faire entendre son refus de renoncer à la pleine possession de l'objet, ravivé par la tâche d'avoir à partager avec d'autres le regard du professeur. À la consultation psychiatrique, on s'empresse de lui prescrire du Ritalin, pour qu'il puisse mieux réussir académiquement et lui épargner la souffrance de l'échec et de l'inadaptation. Mais, en lui faisant ainsi faire l'économie d'une élaboration psychique de la perte, n'entretient-on pas l'illusion qu'il existe une satisfaction possible à son désir de ne pas renoncer? Et que cette satisfaction repose sur une substance extérieure? Si on répond au besoin d'être entendu en prescrivant un médicament, ne risque-t-on pas de créer la conviction que le besoin n'est pas d'être entendu, mais d'être apaisé par l'ingestion d'une substance, préparant ainsi le terrain d'une éventuelle dépendance addictive?

Face à l'offre faite par l'institution d'un soulagement ou d'une guérison des symptômes et d'une adaptation accrue à l'environnement, le psychanalyste ou le psychothérapeute psychanalytique se trouve dans rembaras. S'il ne s'adapte pas lui aussi, il lui faudra œuvrer dans la clandestinité, trompant à la fois le tiers payeur et ses patients, à qui l'on a promis tout autre chose.

### **L'expert**

Si la pédopsychiatrie moderne tend à offrir des services de plus en plus spécialisés, répondant à des objectifs thérapeutiques de plus en plus précis, elle tend également à exiger de ses cliniciens qu'ils deviennent des experts. Ainsi, voit-on apparaître tel psychologue spécialisé dans la méthode « TEACCH » pour les autistes, tel autre dans l'évaluation neuro-psychologique de l'enfant présentant un déficit attentionnel; tel psychiatre se spécialise dans le développement de l'estime de soi chez l'enfant déprimé, tel orthophoniste devient expert des troubles du langage chez celui qui présente un syndrome de Gilles de la Tourette. Or, de quelle spécialité ou expertise le psychanalyste ou le psychothérapeute psychanalytique peut-il réclamer la prérogative? Est-il le spécialiste de l'inconscient et de son interprétation?

« Si l'inconscient est ce que l'on ne peut anticiper, comment peut-il engendrer des experts? » (Phillips, 1997, 44)

Cet auteur nous rappelle en effet qu'être un expert de l'inconscient est une contradiction dans les termes et que puisque les patients souffrent de s'être oubliés eux-mêmes, le psychanalyste ne peut être qu'un expert de l'ignorance. Bollas (1996) en fait même une condition de son travail analytique, ce qui n'est pas sans faire problème :

« Dans un pays comme les États-Unis, où un grand nombre de gens n'hésitent pas à entamer une action en justice, les psychanalystes peuvent vivre dans l'angoisse que leurs patients leur intentent un procès pour la simple raison qu'ils ne savent pas ce qu'ils font. On peut dire après tout que les autres professionnels de la santé mentale, solidement armés de leur manuel diagnostique (le DSM III), sont à même d'exercer leur métier avec plus de certitude. Pour moi, cette absence de savoir représente un accomplissement. Je suis convaincu qu'il m'a fallu exercer mon métier d'analyste pendant des années avant de pouvoir apprécier cette disposition d'esprit et l'estimer pour ce qu'elle est, à savoir une condition nécessaire à la création d'un espace potentiel [...] » (Bollas, 1996, 89-90)

Mais le psychanalyste peut-il au moins revendiquer d'être le spécialiste de la traduction des manifestations de l'inconscient, du décodage des canaux embrouillés de l'expression du désir? C'est ce que la lecture de certains « classiques » de la psychanalyse de l'enfant (Klein, 1961; Diatkine et Simon, 1972) lui a en effet appris. Qu'arrive-t-il alors lorsqu'il se retrouve face à un jeune patient pour qui les interprétations n'ont aucune résonance intérieure et qui ne peut les recevoir qu'en tant qu'attaques persécutrices ou empiétement du soi?

Privé de l'usage de l'interprétation, impuissant à faire disparaître le symptôme, le psychothérapeute en institution ne peut alors que se voir comme l'imposteur qui « usurpe le nom, la qualité d'un autre » (*Petit Robert*, 1990). C'est du moins ce que j'ai moi-même ressenti pendant le traitement d'Olivier.

### **Un enfant sous pression**

Lorsqu'aujourd'hui je repense à Olivier et à la cinquantaine de séances de psychothérapie que nous avons vécues ensemble, un mot me vient à l'esprit : la pression.

C'est son père, homme public, occupant simultanément deux emplois et menant sa vie professionnelle à train d'enfer, qui fait la demande de consultation à notre clinique externe de psychiatrie, en créant d'emblée autour de sa démarche

un climat de tension vécu par nous tous comme un empiètement brutal. Dès le premier contact téléphonique, il dit vouloir « faire pression » pour que son fils soit rencontré sans délai. Il prétend « bien connaître le système », savoir l'utiliser et nous avise qu'il ne se laissera pas « avoir ». Il va jusqu'à menacer de faire usage de ses « contacts » politiques pour que les choses aillent plus vite. Après quelques jours d'attente, il loge d'ailleurs une plainte auprès du directeur des services professionnels de l'hôpital, ce qui aura pour effet de susciter la méfiance de toute l'équipe. Habituellement très pris par son travail, le père ne s'implique auprès de ses enfants que lorsqu'il y a débordement et que des démarches à l'extérieur s'imposent : il réagit alors en fonçant. La mère, qui semble déprimée et résignée, assume les enfants à la maison, mais ne se mêle à peu près pas de la consultation à la clinique. Tout au long de la démarche, elle sera pratiquement absente, fait plutôt rare en clinique infantile.

Olivier a 10 ans. À l'école, il provoque sans arrêt les autres, notamment par ses blagues incessantes, et est devenu un bouc émissaire. Cette situation semble s'étendre à tout le quartier : dans la rue, au parc, au centre sportif, il est rejeté, insulté et à l'occasion battu. Depuis quelques semaines ses parents doivent même le voiturier entre la maison et l'école, qui ne sont pourtant qu'à quelques minutes à pied l'une de l'autre, pour éviter qu'il soit agressé par des enfants. Récemment, lors de la cérémonie annuelle de remise de prix de sa ligue sportive, il est copieusement hué par l'assistance au moment de sa nomination (il est en effet un excellent joueur), ce qui provoque chez le père, présent à l'événement, une honte intolérable, lui si soucieux de son image publique. Il quitte la soirée habité d'une rage intense.

Olivier présente également une encoprésie persistante. Depuis l'entraînement à la propreté, coïncidant avec la naissance de son unique sœur, il retient ses selles, ce qui lui occasionne des maux de ventre et l'amène à souiller ses vêtements lorsqu'il s'échappe. Ce symptôme devient de plus en plus gênant pour lui et contribue au rejet par les autres dont il est victime. Il a également d'importants dégoûts alimentaires, qui obligent sa mère à lui préparer, la plupart du temps, un repas différent de celui servi au reste de la famille.

Depuis l'entrée à la maternelle, Olivier a des difficultés avec les pairs. Adoptant une attitude protectrice avec les plus jeunes, il se montre « baveux » et arrogant avec les plus grands, au point de provoquer leurs coups. Avec les adultes, toutefois, il se montre gentil et docile.

Suite à l'évaluation psychiatrique, Olivier m'est référé pour une psychothérapie. Il pourra, lui a-t-on dit ainsi qu'à ses parents, « parler de ses problèmes d'agressivité et d'encoprésie » et « se faire donner des moyens pour mieux les contrôler et fonctionner plus adéquatement avec les autres ». Me voilà dès le départ présenté comme le spécialiste qui sait faire parler les enfants et les libérer de leurs symptômes.

Lors de mon premier contact avec Olivier, je me retrouve devant un enfant avenant, poli, bien élevé et supérieurement intelligent. Il fait preuve d'un très bon

niveau de langage pour son âge, et son discours est clair, cohérent, logique mais sans aucune spontanéité. Je réalise rapidement à quel point cet enfant est sous pression : il semble en état de tension constante, cherchant continuellement à se contrôler et donnant l'impression d'être toujours en effort pour retenir quelque chose à l'intérieur de lui. À certains moments, la tension devient plus importante : tout son corps semble alors se durcir, et de nombreux tics faciaux apparaissent. En même temps, Olivier a le souci de bien faire les choses avec moi : il me parle, de façon très adulte, de son problème d'agressivité, de son sentiment de décourager ses parents et de détruire la carrière de son père, il dit se sentir « petit » et « coupable ». Mais ce discours raisonne en moi comme une abstraction, comme si Olivier me parlait de quelqu'un d'autre, comme s'il n'habitait pas ses mots. De l'encoprésie, il ne dit rien. Sentant qu'il s'agit là d'une zone de fragilité narcissique, je n'ose l'aborder moi-même. Il n'en sera ensuite jamais question entre nous.

Les entretiens suivants, au cours desquels j'ai recours à des épreuves projectives, mettent en évidence chez lui l'importante rivalité entretenue envers la jeune sœur, de même qu'un sentiment de ne pas être soutenu par ses objets, laissé à lui-même au plan affectif et sans reconnaissance de sa réalité interne. L'agressivité, omniprésente, n'est que très peu mentalisée, ne semblant trouver de voie d'expression que dans l'acte; la culpabilité, pour sa part, semble motiver la recherche de punition.

Mais avant tout, Olivier m'apparaît alors comme un enfant dont le moi semble ne s'être construit qu'en réaction à un empiètement par le monde extérieur, un environnement exerçant une pression telle qu'il a dû se retourner totalement vers l'extérieur. Ce mouvement défensif d'auto-protection semble avoir entraîné une coupure d'avec la réalité intérieure, ressentie subjectivement comme un espace vide et menaçant.

Winnicott signale que, pour un jeune enfant dont l'organisation du moi est peu développée, le besoin de réagir à un environnement trop pressant peut être vécu comme une perte temporaire d'identité.

« Ceci donne une sensation aiguë d'insécurité et établit les bases d'une appréhension d'épisodes ultérieurs de perte de la continuité du soi et, même, un désespoir congénital (et non héréditaire) en égard à l'accession à la vie personnelle » (Winnicott, 1988, 121).

De vie personnelle, d'espace intérieur, Olivier ne semble à peu près pas en disposer. Totalement collé à la réalité extérieure, il ne fait que répéter par sa provocation continue des autres, un empiètement possiblement vécu de façon précoce, qu'il est maintenant en mesure de contrôler, plutôt que d'en être la victime passive (Laperrière, 1997).

Supérieurement intelligent (tel que démontré par les tests administrés à l'école), il est féru de connaissances et n'a de cesse de vouloir réaliser des prouesses

cognitives (comme le montreront les séances de psychothérapie). Capable d'un discours sensé et logique, il n'arrive pas à parler de lui-même et à rendre compte de ce qui se passe à l'intérieur de lui.

Chez l'enfant trop précocement soumis à un environnement pressant, nous dit Winnicott,

« il peut se produire une fausse intégration, impliquant une sorte de pensée abstraite qui est contre nature. Ici encore, il y a deux termes à l'alternative; dans un cas il y a précocité du développement intellectuel; dans l'autre cas, il y a défaillance du développement intellectuel [...]. Le développement intellectuel est une gêne car il découle d'une étape trop précoce de l'histoire de l'individu, si bien qu'il reste pathologiquement détaché du corps et de ses fonctions, ainsi que des émotions et pulsions et sensations du moi dans son ensemble. » (Winnicott, 1988, 121).

Ainsi, chez Olivier, comme le formuleraient Phillips (1997), l'esprit n'est pas un acteur parmi d'autres, mais devient un sujet de préoccupation excessive.

Par ailleurs, l'encoprésie et les dégoûts alimentaires, de par l'impuissance qu'ils entraînent chez les parents, semblent avoir pour fonction de protéger le moi d'Olivier, tout en lui permettant secrètement de rester en lien avec ses objets. Phillips (1997) affirme en effet que chez les enfants :

« un symptôme contre lequel on ne peut rien peut leur assurer une forme d'intimité paradoxale : une partie d'eux-mêmes échappe à toute intrusion et, en même temps, maintient le contact avec les gens dont ils ont besoin. » (80)

Face à son incapacité d'accéder à son monde intérieur, totalement tourné vers l'extérieur pour se protéger d'un éventuel empiétement du moi, enfermé dans un discours intellectualisant et désaffecté, mais quand même très souffrant de sa condition, Olivier se retrouve totalement désemparé dans mon cadre thérapeutique habituel.

L'invitation à associer librement à l'aide de mots, de dessins ou du jeu provoque en lui une anxiété telle qu'il en devient misérable. « Je ne me souviens pas d'avoir joué avec des jouets » me dit-il pour justifier ce qu'il perçoit sans doute comme une incapacité chez lui à répondre à mes attentes, vécues comme un nouvel empiétement. Je me rends vite compte par ailleurs que toute intervention à teneur interprétative de ma part, et plus spécialement si elle a pour objet un de ses symptômes, entraîne chez lui une vive réaction défensive : ou bien il argumente intellectuellement (et s'avère supérieur à moi à ce jeu auquel je me laisse parfois prendre) ou bien il se soumet docilement. Dans un cas comme dans l'autre, la défense contre un sentiment d'intrusion l'emporte sur la possibilité d'un travail d'élaboration.

Privé de la possibilité d'interpréter, impuissant à le guérir des symptômes dont il ne m'est même pas permis de parler, installé dans un dispositif qui ne semble pas convenir, je me sens bien loin d'être l'expert à qui des parents inquiets, un médecin consciencieux et une institution sérieuse ont confié un enfant en difficulté importante.

### **La construction d'un lieu**

« Je ne joue pas avec des jouets » me dit Olivier dès la première séance de psychothérapie, « mais à des jeux de société ». Comme il n'en trouve aucun à sa disposition dans mon bureau, il en invente un, dont la fabrication s'étend sur quelques séances. Il s'agit d'un parcours, effectué à l'aide de dés (qu'il fabrique aussi) et sur lequel il faut accumuler des points en solutionnant des problèmes mathématiques de plus en plus difficiles. Puis, après quelques séances consacrées à ce jeu, Olivier commence à en apporter de chez lui. Chacune des rencontres suit alors un déroulement rituel : après m'avoir consacré, patiemment, une dizaine de minutes au cours desquelles il me laisse tenter de parler avec lui, Olivier sort d'un sac le « jeu de la semaine » et m'en explique les règles. Ici, donc, tout est contrôlé, défini, sûr. Puis, avec une hâte et un enthousiasme non dissimulés, il s'empresse de débiter la partie, qui dure toute la séance et parfois se prolonge à la suivante. Peu de mots hors contexte sont tolérés par lui, et lorsque je m'y essaie, il me ramène rapidement à l'ordre : « joue! ».

Ainsi, pendant une bonne année, Olivier viendra à mon bureau une fois par semaine, son jeu sous le bras, et nous ne ferons pratiquement que jouer : échecs, Master Mind, Scrabble, Quelques Arpents de Pièges, Boggie, Clue, Monopoly, Puissance 4, etc, sa réserve personnelle de jeux m'apparaîtra inépuisable.

Au début, Olivier se montrera avec moi tel que pendant les entretiens préliminaires : affable, poli, respectueux. Puis, quelques pets odorants, malencontreusement lâchés, viendront ponctuer la séance, déclenchant chez lui un rire incontrôlable. Enfin, stimulé par la situation même du jeu, il deviendra progressivement hautain, arrogant et suffisant à mon égard, cherchant manifestement à m'écraser et à me soumettre par sa supériorité incontestée à ce type de jeux (je ne gagnerai pratiquement jamais la partie au cours de ces séances, malgré mes efforts réels!).

De mon côté, je me sentirai de plus en plus contrôlé, petit et impuissant, sans espace pour penser, incompetent, et habité d'une colère intense me donnant l'envie de le provoquer, de contre-attaquer par des interprétations. Mais pour quoi faire, sinon pour me défendre, protéger mon intégrité?

« [...] avant d'introduire des interprétations, nous devons nous demander s'il y a un lieu pour elles, et s'il ne vaut pas mieux construire d'abord ce lieu avec le patient en lui permettant d'introduire progressivement une modalité relationnelle satisfaisante »  
(Ferro, 1997, 164)

Olivier me semblait recréer en séance une situation de pression et d'intrusion, mais dans laquelle il occupait cette fois la « bonne place », par une opération de retournement (Roussillon, 1991). L'expérience de la séance, au sens où Pontalis (cité par Ferro, 1997) parle de l'expérience du rêve en opposition à sa traduction par l'analyste, m'apparaissait alors plus importante pour lui que sa signification. Je ressentais d'ailleurs qu'interpréter n'aurait eu aucun sens pour Olivier, que cela aurait été une activité exercée sur lui plutôt qu'avec lui.

« Un excès de “vérité” sur le patient, vérité qui ne naît pas d'un unisson affectif mais de l'injection en lui de nos propres vérités, engendre de la persécution. » (Ferro, 1997, 165)

Bollas souligne d'ailleurs que pour des auteurs comme Winnicott,

« le succès d'une analyse repose non seulement sur la transformation de conflits inconscients en connaissance consciente, mais aussi sur des expériences psychiques totalement nouvelles, générées par la situation analytique, en particulier, les expériences favorisées par les états transférentiels. » (1996, 22)

H me fallait donc tenter de tolérer la situation créée par Olivier, situation devenant peu à peu mise en acte de son expérience et de son histoire d'enfant sous pression, premier pas vers une possible psychisation.

À la reprise des séances après les vacances d'été, première longue séparation depuis le début de la psychothérapie, Olivier reprend le jeu créé lors des premières rencontres, mais cette fois il décide de lui donner un nom : l'« O.R. » (abréviation d'« Olivier-Réal »). Quelque chose s'est-il construit entre nous ? Dans les rencontres qui suivent, il me semble davantage parler de la séance comme d'un lieu, d'un espace où lui et moi pouvons nous rencontrer, sans craindre trop d'empiètement par l'autre. D'autre part, sa situation nouvelle de pensionnaire dans un collège privé semble agir comme catalyseur, et Olivier commence à tenter timidement de trouver une façon d'exprimer sa tristesse, sa rage, sa culpabilité. Parfois, il se laisse aller à jouer avec de petits soldats, prenant le risque d'une expression de l'agressivité échappant aux règles préétablies, au contrôle par un agent extérieur. Et, face à moi, il manifeste non plus la peur d'une intrusion et d'un contrôle, mais celle de provoquer en moi le désir de l'abandonner. Avec prudence, je peux commencer à nommer certaines choses pendant les séances, que je lui offre comme autant de pièces d'un nouveau jeu, consistant à faire des liens.

Mais les circonstances ne nous permettront pas de poursuivre ce jeu plus loin. Après un peu plus de cinquante séances, un déménagement de la famille hors de la ville met fin à la psychothérapie d'Olivier. À ma dernière rencontre avec le père, celui-ci m'exprime sa satisfaction : le comportement de son fils s'est considérablement amélioré, l'encoprésie est totalement disparue. Lui aussi me dit avoir

changé : « Peut-être est-ce parce que je communique plus avec lui, que j'ai décidé de relâcher un peu la pression sur lui... De toute façon, merci beaucoup! »

Je n'ai eu des nouvelles d'Olivier que deux ans plus tard, toujours par son père. Il avait entrepris son secondaire dans un autre collège, et y semblait épanoui. Ayant eu quelques difficultés avec les pairs en début d'année, il avait dû aller chercher de l'aide auprès d'un professeur en qui il avait confiance. Peut-être Olivier avait-il gardé de ses séances avec moi la trace d'une expérience possible d'utilisation de l'objet, dans un lieu pouvant devenir un espace de jeu partagé?

### **Le malaise**

C'est lorsque je me retrouve en séance avec un enfant comme Olivier, à tenter de me rendre disponible à être utilisé (au sens donné par Winnicott, 1971), de devenir peu à peu un médium malléable (Roussillon, 1991), à me laisser prendre par la façon qu'il a, lui, de répéter son histoire, et moi d'essayer d'en faire une, que je ressens parfois le malaise de l'imposteur. Que fais-je donc là, qui suis payé pour appliquer un traitement efficace, pour être celui qui sait, le spécialiste, l'expert? Ne suis-je donc pas en train d'œuvrer clandestinement à créer, entre l'enfant et moi, un espace dans lequel chacun puisse retrouver quelque chose de lui-même, plutôt que de l'aider à s'adapter aux exigences de son environnement?

En parlant d'Olivier, j'ai choisi une histoire dont l'issue a été favorable : il a été effectivement soulagé de ses symptômes, sans que ni lui ni moi n'ayons eu à en parler. J'ai donc pu, face à l'institution au sein de laquelle je travaille, faire preuve de mon expertise, de l'efficacité de mon traitement, gardant mon malaise pour moi seul. Mais les choses ne sont pas toujours aussi faciles. Il y a quinze jours à peine, une mère en furie se précipite dans mon bureau, à l'heure de la séance de son fils, et m'invective violemment : « J'en ai assez que vous laissiez Guy dessiner et bricoler au lieu de le faire parler de ses problèmes et de les régler : il continue à faire toutes ses conneries à la maison, je n'en peux plus! » Caché derrière mes explications sur la méthode, le cadre, le processus de mon travail, le malaise est là : suis-je vraiment intègre, face aux attentes de cette mère qui veut, avec raison, être soulagée, face à ce qui lui a été proposé par l'institution, par le médecin qui l'a référée à mes services? M'a-t-on demandé d'aider cet enfant à se retrouver lui-même, ou plutôt à retrouver sa faculté à s'adapter à son environnement?

### **En y repensant**

Le malaise de l'imposteur, dont j'ai attribué la source au contexte actuel de la pédopsychiatrie et de ce qu'elle attend de ses cliniciens, fait bien sûr écho à mon histoire personnelle, retrouvée dans l'espace de mon analyse, et qui est présente dans ce texte sous les traits de personnages qui la révèlent et la dissimulent tout autant. En dehors de celle-ci, je crois qu'il est également partagé par d'autres cliniciens qui, à l'intérieur de l'institution, tentent d'exercer leur métier selon l'éthique

que leur impose la pensée psychanalytique, et qui, eux aussi, sont soumis à la pression exercée par la « modernisation » de la pensée psychiatrique. Mais si ce malaise est le fruit de ce qui, à l'extérieur de la situation analytique, pèse sur elle, il est également le produit de celle-ci, et est donc intrinsèquement lié au travail de l'analyste. En effet, permettre chez un patient l'établissement du transfert à l'aide du dispositif thérapeutique me semble impliquer pour le thérapeute qu'il accepte, pour un temps et pour le bénéfice de l'analyse, de prendre la place d'un autre, d'être ce nécessaire imposteur. Freud, parlant de l'amour de transfert, en faisait d'ailleurs avec humour un avertissement :

« Il [le médecin, ou l'analyste] doit considérer, que l'amour de la patiente est déterminé par la situation analytique et non par les avantages personnels dont il peut se targuer, qu'il n'a donc aucune raison de s'enorgueillir de cette "conquête", comme on l'appellerait en dehors de l'analyse. En être averti est toujours une bonne chose. » (Freud, 1953, 118)

Mais plus loin dans ce texte, Freud nous dit que si l'état amoureux apparaissant dans le transfert n'est qu'une réédition de faits anciens, une répétition de réactions infantiles, il n'en a pas moins le caractère d'un amour véritable. On pourrait sûrement en dire tout autant du contre-transfert. Peut-on alors penser que, de façon paradoxale, de l'imposture surgirait le vrai, et que le malaise serait donc à la source d'un travail analytique authentique? Je laisse au lecteur, imposteur ou non, le soin d'en juger.

**réal laperrière**

1209 rue fleury est  
montréal, qc, h2c 1r2

---

## Références

- American Psychiatric Association, 1996, DSM-IV, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, Paris.
- Bollas, C., 1996, *Les forces de la destinée*, Calmann-Lévy, Paris.
- Diatkine, R., Simon, J., 1972, *La psychanalyse précoce. Le processus analytique chez l'enfant*, Presses universitaires de France, Paris.
- Ferro, A., 1997, *L'enfant et le psychanalyste. La question de la technique dans la psychanalyse des enfants*, Erès, Paris.
- Freud, S., 1915, Observations sur l'amour de transfert, in Freud, S., *La technique psychanalytique*, Presses universitaires de France, Paris, 116-130, 1953.
- Klein, M., 1961, *Psychanalyse d'un enfant*, Éditions Tchou, Paris, 1983.
- Laperrière, R., 1997, Traumatismes et répétition chez l'enfant en internat de réadaptation, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 45, n° 6, 282-289.
- Phillips, A., 1997, *Le pouvoir psy*, Bayard Éditions, Paris.

- Roussillon, R., 1991. *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Presses universitaires de France, Paris.
- Winnicott, D. W., 1949, Souvenirs de la naissance, traumatisme de la naissance et angoisse, *Psychothérapies*, n° 3, 115-128, 1988.
- Winnicott, D.W., 1971, L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications, in Winnicott, D.W., *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Gallimard, coll. Connaissance de l'inconscient, Paris, 120-131, 1975.