L'ACTUALITÉ PSYCHANALYTIQUE
BIBLIOTHÈQUE DE L'INSTITUT DE PSYCHANALYSE

LA PSYCHANALYSE D'AUJOURD'HUI

OUVRAGE PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

S. NACHT

AVEC LA COLLABORATION DE :

M. BOUVET, R. DIATKINE, A. DOUMIC, J. FAVREAU, M. HELD, S. LEBOVICI, P. LUQUET, J. LUQUET-PARAT, P. MALE, J. MALLET, F. PASCHE, M. RENARD

PRÉFACE DE E. JONES

TOME PREMIER

PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN — PARIS

1956

[17] STERNE (J.), Les thérapeutiques excessives, in *Maroc médical*, juillet 1955, cité par les « Instantanés médicaux », *L'expansion scientifique française*, Paris, 1955.

[18] FREUD (S.), *Cinq Psychanalyses*, trad. Marie BONAPARTE et LOEWENSTEIN, Denoël & Steele, Paris, 1935, pp. 101.

[19] BONIN (G. VON), *Essai sur le cortex cérébral*, Masson & C^ie^, traduction Ch. EYRIÈS, Paris, 1955, pp. 133 et s.

[20] KUBIE (L. S.), Psychiatric and psychoanalytic considerations of the problem of consciousness, in *Brain and Consciousness*, A Symposium organized by the Council for international organizations of medical sciences, Masson & C^ie^, Paris, 1955, pp. 444-469.

[21] REICHENBACH (H.), *L'avènement de la philosophie scientifique*, Flammarion, Paris, 1955, pp. 40 et s.

TABLE DES MATIÈRES
DU TOME PREMIER

PAGES

PRÉSENTATION V

PRÉFACE, par E. JONES VII

Indications et contre-indications de la psychanalyse chez l'adulte, par S. NACHT et S. LEBOVICI 1

I. — *Les indications et les contre-indications en fonction du diagnostic clinique* 10

II. — *Étude des indications et des contre-indications en fonction de la personnalité du patient* 29

Conclusion 37

La clinique psychanalytique. La relation d'objet, par M. BOUVET 41

Les états névrotiques 69

Le moi et la relation d'objet perverse 101

Structure du moi et relations d'objets psychotiques 106

Conclusions 117

La thérapeutique psychanalytique, par S. NACHT 123

I. — *Évolution de la thérapeutique psychanalytique* ... 123

II. — *Principes et moyens de la thérapeutique psychanalytique d'aujourd'hui* 129

La psychanalyse des enfants, par S. LEBOVICI, R. DIATKINE, J. A. FAVREAU, P. LUQUET et J. LUQUET-PARAT 169

I. — *L'histoire conjointe de la psychiatrie infantile et de la psychanalyse* 170

PAGES

II. — *Le développement de la psychanalyse infantile, son apport à la psychiatrie infantile* 176

III. — *Les applications thérapeutiques de la psychanalyse chez l'enfant* 189

Conclusion 231

Étude psychanalytique de l'adolescence, par P. MALE.... 237

Psychanalyse et éducation, par J.-A. FAVREAU et A. DOUMIC 287

Psychanalyse et troubles de la sexualité :

I. — *Des problèmes essentiels de la perversion,* par F. PASCHE et M. RENARD 319

II. — *Les troubles névrotiques de la sexualité,* par J. MALLET 346

Psychanalyse et médecine, par R. HELD..... 361

1956. — Imprimerie des Presses Universitaires de France. — Vendôme (France)
EDIT. N° 24.352 IMP. N° 14.443

And so who would be an analyst? An analyst would be someone
for whom analysis has made it possible to demonstrate the
impossibility of hysterization, and who could give testimony to it

psychanalyse comme terminée, c'est la constatation répétée que le patient a acquis la capacité de satisfaire en toute liberté intérieure, sans crainte ni contrainte compulsionnelle, ses besoins instinctuels et ceci d'une manière adaptée à ses propres possibilités constitutionnelles, et au milieu social, familial, culturel où il vit.

En bref, il faut qu'il soit devenu apte à tenir compte d'une part de ses besoins instinctuels et d'autre part de la réalité objective dans son ensemble, ce qui se traduit principalement par la capacité d'établir et de maintenir des relations objectales stables.

Parallèlement à ces acquisitions positives, nous devons avoir constaté encore chez lui la capacité de supporter les insatisfactions, les frustrations inhérentes à la vie, et cela sans réactions régressives ni autopunitives.

Ces constatations précieuses peuvent s'observer simultanément ou successivement sur deux plans : celui du transfert (c'est-à-dire à l'intérieur de la situation analytique) et celui de la vie courante (à l'extérieur de la situation analytique).

La liquidation de la névrose de transfert, on l'a vu, supprime progressivement les investissements infantiles, régressifs, tant sur le plan libidinal que sur celui de l'agressivité possessive qui s'était centrée sur le psychanalyste. A leur place, d'autres intérêts se font jour, d'autres investissements se produisent.

Les limites de ces possibilités, leur degré de réalisation varient évidemment d'un être à un autre. Notre rôle de thérapeute ne nous autorise ni à tracer ces limites, ni à fixer ce degré.

La psychanalyse fournit, certes, au sujet, des possibilités nouvelles et plus fortes de protection et d'action dans la vie.

Il faut cependant se garder de trop lui demander, d'exiger plus que la nature elle-même ne peut accorder, c'est-à-dire une immunisation absolue contre des accidents névrotiques ou une cuirasse sans défaut contre les blessures de la vie. L'homme doué d'un naturel parfaitement sain n'en possède pas tant lui-même !

La psychanalyse des enfants

par S. LEBOVICI, R. DIATKINE, J.-A. FAVREAU
P. LUQUET et J. LUQUET-PARAT

Le développement de la psychanalyse a été très différent dans ses applications chez l'adulte et chez l'enfant. Le psychanalyste d'adultes s'est longtemps cantonné à la cure des névroses et applique rarement sa méthode aux cas les plus graves de la psychiatrie, aux psychoses. Au contraire, la psychiatrie infantile ne s'est individualisée que depuis peu de temps et il était normal que les psychanalystes qui s'intéressaient à l'enfant puissent réaliser plus vite et plus complètement une meilleure intégration de leurs connaissances dans le cadre de l'étude du développement neurobiologique de l'enfant, dans les cas normaux et pathologiques. L'enrichissement mutuel de la psychiatrie et de la psychanalyse infantiles est en tout cas la préoccupation constante des psychiatres de formation psychanalytique : elle déborde de beaucoup les seules applications psychothérapiques de la psychanalyse à l'enfant.

Dans ce travail, après avoir rappelé l'évolution historique de la psychiatrie et de la psychanalyse de l'enfant, en particulier dans leurs constantes interréactions, nous étudierons d'abord l'apport de la psychanalyse à la psychiatrie infantile. Dans une deuxième partie, nous traiterons des applications thérapeutiques de la psychanalyse à l'enfant.

I

L'HISTOIRE CONJOINTE DE LA PSYCHIATRIE INFANTILE ET DE LA PSYCHANALYSE

La psychiatrie infantile dont le développement est très récent, a d'abord eu comme unique objet d'études les enfants arriérés et la pédagogie spéciale que leur état appelait. Lorsque les psychiatres d'adultes, formés selon les tendances nosographiques du XIXe siècle, se sont intéressés à l'enfance, ils ont d'abord cherché à retrouver chez l'enfant les symptômes et les groupements syndromatiques des maladies mentales qui venaient précisément de trouver leur individualité. Cette méthode fut d'abord efficace dans l'étude des troubles dégénératifs du système nerveux qui, toutes choses égales d'ailleurs, présentent le même tableau clinique chez l'enfant que chez l'adulte, du moins en cas de survie. Mais, même dans le domaine des affections mentales à base manifestement organique, les difficultés surviennent rapidement lorsqu'on compare l'adulte et l'enfant pour des maladies qui entraînent une nouvelle organisation des systèmes fonctionnels : chez l'adulte en effet, quels que soient les systèmes psycho-pathologiques auxquels se réfère le psychiatre, il est toujours plus ou moins amené à recourir aux notions d'affaiblissement, de régression, voire de dissolution. Chez l'enfant, les organisations fonctionnelles qui témoignent de niveaux de maturation amènent au concept très différent de l'intégration. L'exemple de l'aphasie chez l'enfant est ici caractéristique. Depuis Pierre Marie, on admettait que les lésions cérébrales gauches ne donnaient pas lieu à l'aphasie chez l'enfant. Or, on a bien été amené à reconnaître que chez les encéphalopathes les altérations focales étaient susceptibles de donner lieu à des troubles particuliers dans la sphère du langage et, qu'en d'autres termes, il existe une aphasie congénitale.

D'autre part, les psychiatres s'intéressaient à la description des symptômes pathognomoniques, tels qu'ils pouvaient être groupés dans les maladies mentales qui ne sont que des états terminaux. Lorsque Kraeplin eut décrit la démence précoce et que Bleuler précisa les cadres psychopathologiques de la schizophrénie, les psychiatres s'efforcèrent de retrouver les symptômes de ces affections chez l'enfant. Sancte de Sanctis individualisa alors la démence précocissime. Il est pourtant bien vrai qu'en dehors d'exceptions rarissimes, nous ne voyons pas chez l'enfant jeune de maladies mentales chroniques où la dissociation, le délire et des hallucinations rappellent la démence précoce. On est même en droit de se demander si les lois du développement psychologique du jeune enfant sont compatibles avec l'existence de convictions délirantes et d'hallucinations systématisées. Il est vrai que, plus près de nous, Lutz [36] ouvrit le chemin à la description de la schizophrénie infantile où il montrait l'importance de la dissociation et de l'autisme. Pourtant, les observations authentiques de schizophrénie infantile restent exceptionnelles, alors qu'à propos de tableaux divers, troubles graves du comportement, pseudo-arriérations mentales, syndromes d'apparence névrotique, les psychiatres ont l'impression de se trouver devant les prodromes des affections psychotiques de l'adulte. Seule leur formation psychanalytique, disons-le dès maintenant, permet cette étude structurale du Moi en formation, qui fait parler des états pré-psychotiques de l'enfance.

De toute façon, les troubles mentaux de l'enfant qui rappellent les affections connues chez l'adulte sont rares. Cependant, les parents viennent consulter les psychiatres pour des difficultés familiales ou scolaires qui sont sous-tendues par des troubles du comportement dont la description ne peut être que monotone : anorexie, énurésie, troubles psycho-moteurs, colères, vols, etc. Ces troubles du comportement témoignent de l'inadaptation infantile aux conditions de vie. Le plus souvent expliqués par le status socio-économique des familles, ils ont un caractère manifestement réactionnel. Mais ils tendent pourtant à devenir chroniques et à être la source d'inadaptations de plus en plus graves, dans des milieux de plus en plus étendus. Aussi bien n'est-il plus de psy-

chiatre qui ne fasse largement appel à la notion de conflit. Mais la psychanalyse ne s'est pas contentée de populariser les conflits ; elle en a montré l'évolutivité en même temps que l'internalisation progressive. Là encore, le psychiatre d'enfants de formation psychanalytique, en présence de chaque cas, essayera par une étude attentive de l'interrelation parents-enfants, de préciser la part respective des troubles réactionnels à des conflits réels et celle des troubles structurés par des conflits internalisés, mais non intégrés. Une telle démarche diagnostique qui demande beaucoup de temps et d'efforts vise à distinguer à propos des troubles du comportement dont se plaignent les parents, ceux qui sont déjà les prodromes d'affections mentales structurées.

En outre, nombre de troubles sévères du comportement qui conduisent à l'inadaptation sociale et à la délinquance chronique, semblent liés à des perturbations dans les relations précoces de l'enfant et de sa mère et les observations des psychiatres de formation psychanalytique conduisent non seulement à des conclusions thérapeutiques, mais surtout préventives.

Il est donc possible de conclure, à propos de ce bref rappel historique du développement conjoint de la psychiatrie infantile et de la psychanalyse, que ces deux disciplines ont un destin étroitement lié. Les apports des psychanalystes d'adultes, des psychanalystes d'enfants et les observations de l'enfant par les psychanalystes enrichissent constamment la connaissance de l'enfant et de ses troubles.

Étayée par la psychanalyse, sans nier les apports d'une typologie prudemment constituée, la psychiatrie infantile s'est forcément éloignée des doctrines constitutionnalistes qui l'imprégnèrent à ses débuts. Il n'est que de rappeler ici l'appauvrissement progressif de la notion de perversité constitutionnelle.

C'est ainsi que nous pouvons rappeler, qu'à l'occasion du Congrès mondial de Psychiatrie de 1950, une enquête menée sur le destin éloigné des troubles du caractère de l'enfant (enquête présentée par la Commission de Travail présidée par G. Heuyer, sous le contrôle de Lubtchantzky et Mallet [20]) confirma avec éclat le manque de corrélation fréquent entre le diagnostic initial et le pronostic ultérieur. Les facteurs circonstanciels sont souvent

susceptibles de permettre des investissements sociaux nouveaux et donnent un démenti aux classifications caractérologiques trop rigides.

Il conviendra peut-être encore, dans cette introduction générale qui traite des rapports conjoints de la psychiatrie infantile et de la psychanalyse, d'envisager comment de fréquentes erreurs qui tiennent à une réflexion insuffisante sont la source de confusions regrettables. La résistance générale à la psychanalyse fait que de nombreux auteurs sont tentés d'en admettre certaines hypothèses qu'ils isolent en même temps qu'ils les généralisent hâtivement. Ainsi a-t-on trop souvent voulu réduire l'apport de la psychanalyse à une contribution à ce qu'on a appelé « l'exploration de l'affectivité infantile ». Par exemple, l'usage qui est fait de certains tests dits projectifs, qui tendent à mettre en évidence une liste de conflits pathogènes est — semble-t-il — bien critiquable. En effet, d'une part, il importe de rappeler que la mise en évidence de conflits se fait dans le cadre très particulier d'une situation d'examen ; on ne se demande jamais assez, alors que ces tests se contentent d'énumérer des oppositions, des fixations, pourquoi l'enfant, dans cette situation concrète, actualise plutôt tel ou tel aspect de ses fixations inconscientes. D'une manière générale, l'organisation des conflits mis en évidence par les divers examens ne saurait être étudiée en dehors d'un essai d'appréciation de leur structuration. Si l'on ne veut pas se contenter d'une énumération monotone de conflits chez des malades qui, après tout, ont tous plus ou moins traversé les mêmes difficultés, il conviendra d'essayer systématiquement de préciser les élaborations de leur Moi, en présence de ces conflits. Seules les études structurales du Moi, de ses élaborations, de son évolution, permettent d'éviter l'erreur grossière qui permet l'assimilation d'états déjà évolués et d'aspects précoces de comportements infantiles.

Cette prudence méthodologique doit rendre très circonspecte l'interprétation des productions spontanées de l'enfant, en particulier de ses jeux. S'il est bien vrai, comme a eu le mérite de le montrer Melanie Klein [23], que les jeux de l'enfant jeune constituent une véritable extériorisation de ses fantasmes, il faut cependant se garder d'interprétations forcément symboliques et malheu-

reusement systématiques. Les conditions de l'examen de ces jeux, répétons-le encore, doivent être prises en considération. Ce qui est sans doute le plus important, c'est que les jeux, surtout dans une situation très insolite, en présence d'un adulte qui les observe, ont un caractère régressif. Nous pouvons certainement, en fonction de notre expérience, conclure d'un jeu au contenu latent des fantasmes de l'enfant. Mais nous avons toutes les chances, dans la surdétermination inévitable de cette production fantasmatique, de n'en saisir que les aspects les plus primitifs. Il nous est par contre, très difficile, par la seule observation du jeu de l'enfant, de savoir comment les conflits qui donnent au jeu son expression dramatique sont intégrés et à quelle distance leur signification latente se situe des couches conscientes du psychisme.

Cette comparaison topique, pour grossière qu'elle soit, justifie en tout cas l'étude systématique des modalités particulières du système défensif du Moi, comme A. Freud [13] a eu le grand mérite de tout d'abord l'indiquer.

S'il est bien vrai que les examens de l'enfant, menés avec le secours de l'expérience psychanalytique, si prolongés et répétés qu'ils soient, devraient permettre la description d'un certain nombre de symptômes plus ou moins pathognomoniques, comme nous l'enseigne valablement la psychiatrie, il ne faut pas oublier que l'expérience psychanalytique se déroule dans une perspective très spéciale. La longueur même des traitements psychanalytiques nous oblige à une méthodologie nouvelle. La clinique psychiatrique traditionnelle est centrée sur la notion d'exploration, il s'agit de faire un inventaire plus ou moins complet de la personnalité du sujet et de mettre en relief quelques points saillants qui vont former la « gestalt » qui entraînera la classification nosologique. Tout autre est la dimension psychanalytique puisqu'il s'agit de vivre avec le malade une expérience qui va durer un temps très long. L'enfant devra réagir à la situation particulière de l'analyse, organiser ce qu'on appelle des régressions, répondre d'une manière spécifique suivant sa nature propre et le moment de son évolution aux diverses interprétations, bref évoluer devant l'observateur en fonction des conditions expérimentales dans lesquelles il est placé. Il ne s'agit plus de chercher un événement traumatisant mais bien d'étudier les interactions des divers éléments du passé vécu ou fantasmatique. L'enfant ne revit pas dans le transfert une fixation particulière, comme par exemple l'attachement au père ou à la mère, mais un jeu compliqué de relations objectales dans lesquelles les plus rassurantes le protègent contre les plus angoissantes, phénomène variable suivant le stade même de l'analyse. Devant chaque aspect nouveau de l'angoisse, l'enfant prend des positions de défense qui apparaissent dans leur spécificité chaque fois qu'il est nécessaire. C'est cet ensemble dynamique de positions réactionnelles qui constitue ce qu'on appelle, pour la commodité du langage, les mécanismes de défense du Moi. Ceux-ci forment avec les pulsions des ensembles structuraux qui n'apparaissent qu'à des moments féconds du traitement et qui n'en constituent pas moins des éléments d'une importance pronostique considérable.

Ces remarques montrent que l'apport de la psychanalyse à la psychiatrie infantile se situe essentiellement dans la compréhension des évolutions et des restructurations dynamiques qui peuvent s'observer. Une clinique nouvelle où sont intriquées la psychanalyse et la psychiatrie décrit essentiellement des positions structurales de l'instinct et des mécanismes de défense qui y répondent. Toutes les structures qu'on peut observer sont toujours susceptibles de remaniements ultérieurs, mais leur potentialité évolutive est un élément primordial du pronostic.

L'étroite intrication qui marque le développement actuel de psychiatrie infantile avec la psychanalyse a orienté les travaux de plusieurs groupes de chercheurs. Aux États-Unis, on s'est surtout préoccupé de l'observation directe du nourrisson et des conséquences éloignées des carences affectives précoces. En France, les conceptions psychanalytiques ont été valorisées et critiquées au nom de la neurobiologie : il est clair que l'expérience psychanalytique doit s'intégrer dans les études du développement neurobiologique de l'enfant. Un ouvrage récent de Glover [16] est consacré à l'étude des rapports de la psychiatrie et de la psychanalyse infantile (1).

(1) Il est remarquable que, dans sa monographie, Glover développe de nombreux arguments qui viennent d'être envisagés dans cette introduction. Nous reviendrons plus loin sur la classification des désordres psychopathologiques de l'enfant, proposée par cet auteur.

II

LE DÉVELOPPEMENT DE LA PSYCHANALYSE INFANTILE SON APPORT A LA PSYCHIATRIE INFANTILE

Il était normal que la psychanalyse s'intéressât à l'enfant puisque l'étude des névroses de l'adulte avait montré à Freud l'importance des conflits infantiles refoulés dans le déterminisme des conduites ultérieures. Toute l'histoire de la technique et de la théorie psychanalytique a abouti à la reconstitution du passé vécu par l'enfant. Il est remarquable que les premières hypothèses présentées par Freud dans ses trois essais sur la sexualité [11] ont été ultérieurement confirmées dans leur ensemble. Il convient de remarquer pourtant que Freud avait lui-même déjà souligné l'hypothèse que la reconstitution du passé, fruit de l'élaboration psychanalytique, ne correspondait pas forcément à l'histoire des patients en traitement, mais à leur passé tel qu'ils l'avaient vécu : en présence de tout le matériel historique de nos patients adultes, il est difficile de différencier entre souvenir réellement vécu et passé fantasmatisé ; en effet, les traces mnésiques sont restructurées à la lumière des expériences vécues à différents âges qui peuvent être aussi bien réelles, lors des conflits avec l'environnement, qu'imaginaires lors des conflits avec les images internalisées. On peut encore noter que certains psychanalystes de l'école dite anglaise [9] discutent du caractère historique de la psychanalyse qu'ils considèrent comme une thérapeutique relationnelle illustrant le champ des relations interpersonnelles.

Néanmoins, les hypothèses de Freud sur la sexualité infantile furent corroborées lorsqu'il s'intéressa au petit Hans [12]. Ce fut

la première application de la psychanalyse à l'enfant. Depuis plusieurs dizaines d'années de très nombreuses psychanalyses ont été pratiquées chez l'enfant et l'on peut tenir pour assuré que la tendance actuelle consiste à pratiquer des cures psychanalytiques chez des enfants de plus en plus jeunes. Comme nous le verrons plus loin, des écoles psychanalytiques se sont affrontées au sujet de la possibilité même de réaliser des psychanalyses infantiles. En particulier Anna Freud [14] a longtemps insisté sur les limites de telles expériences, car elle estimait que l'enfant vivant dans sa famille se trouvait essentiellement en butte à des conflits actuels et que pour cette raison en particulier les phénomènes de déplacement qui président à la névrose de transfert ne pouvaient être observés dans toute leur netteté chez l'enfant. L'ensemble des travaux de Melanie Klein [23] a pourtant montré que les premières expériences de l'enfant ont un caractère tout à fait angoissant et qu'elles s'expriment dans des relations qu'il peut contracter ultérieurement avec son analyste par l'intermédiaire des jeux. Si les faits recueillis par Melanie Klein au cours de cures psychanalytiques précoces sont tout à fait indéniables, on peut tenir pourtant comme très critiquable la démarche méthodologique par laquelle cet auteur prétend pouvoir inférer des productions fantasmatiques de l'enfant de trois à cinq ans aux expériences vécues par le nourrisson dans sa première année. Nous verrons plus loin comment les données cliniques recueillies par Melanie Klein nous paraissent pouvoir s'intégrer dans la reconstitution de l'évolution de l'enfant étudiée dans ses aspects les plus larges. De toute façon, et quelles que soient les théories des différents auteurs, le matériel rassemblé au cours de l'expérience thérapeutique est de nature analogue ; cela est tout à fait compréhensible, parce que son issue est déterminée par la reviviscence dans le *hic et nunc* de la situation analytique d'émois et de situations passées avec des objets internalisés. On ne saurait trop insister sur ce fait que les données de la situation psychanalytique sont recueillies au cours de cette situation transférentielle et n'ont de signification qu'en fonction de cette situation.

Au cours des psychanalyses de l'enfant, surtout dans les traitements précoces, avant 4 ans, nous sommes mis au contact

des productions fantasmatiques spontanées dont, rappelons-le, Melanie Klein [23] a eu le mérite de montrer qu'elles s'exprimaient dans les jeux de l'enfant. Mais il convient ici d'opposer aux contenus latents des jeux de l'enfant, qui sont les fantasmes proprement dit, les fantaisies vraies ou fantasmes conscients, hallucinés. Les fantaisies apparaissent de préférence à la période de latence où l'organisation du Moi est suffisante pour que les enfants contrôlent leur déroulement et y trouvent d'indiscutables satisfactions, équivalant à la satisfaction masturbatoire. Anna Freud [13] a montré le rôle des mécanismes de défense dans la production de ces fantasmes qui apparaissent comme un compromis harmonieux entre le principe de plaisir et le principe de réalité. A vrai dire, nous connaissons surtout ces fantaisies par l'analyse des adultes, car elles se prolongent durant toute l'adolescence, parfois jusqu'à l'âge adulte. Bien plus, elles témoignent d'une élaboration déjà compliquée du Moi, alors que chez les enfants prépsychotiques, comme nous le verrons, la représentation fantasmatique du réel signe une désorganisation ou une non-intégration de ses fonctions essentielles.

Nous allons montrer maintenant comment les jeux spontanés des jeunes enfants, observés dans le cadre de l'expérience psychanalytique, permettent l'élaboration interprétative de leurs fantasmes inconscients. Melanie Klein considère que le jeu de l'enfant, tel qu'il apparaît dans la situation psychanalytique, est l'expression même de ses fantasmes.

Une des fonctions essentielles du jeu est de fournir une issue au fantasme, solution intermédiaire entre les exigences de la réalité et du Surmoi et les instances du Ça. En fait, il est très difficile de comprendre dans le texte de Melanie Klein ce qui est fantasme halluciné, ce qui est image sous-jacente au fantasme puisqu'à certains moments elle décrit certains désirs comme fantasmes et qu'à d'autres moments elle montre que le fantasme est une réalisation de désir. Les relations entre imagos et fantasmes se posent sans arrêt, soit comme si ceux-ci étaient issus de celles-là, soit comme si les deux notions étaient interchangeables. Selon la conception de cet auteur, il faut également signaler que les personnages des fantasmes constituent des stades intermédiaires entre

un Surmoi très menaçant — complètement séparé du réel — et des identifications plus proches du réel.

En fait, il est important de distinguer, au point de vue méthodologique, les fantasmes tels qu'ils s'expriment dans les jeux de l'enfant et nos essais de reconstitution historique du passé. Les émois de l'enfant jeune sont ineffables et ne peuvent qu'être élaborés par les interprétations reconstitutives. Ce n'est qu'à l'abri de ces réserves qu'on peut insister sur l'intérêt clinique des expressions fantasmatiques, telles que Melanie Klein les a remarquablement systématisées : elles sont, on le sait, centrées sur une bipartition de l'objet maternel, en bonne mère qui donne la nourriture ou bon sein et mauvaise mère qui frustre de la nourriture ou qui reprend ce qu'on lui a pris, ou mauvais sein. Avec ces deux objets partiels, l'enfant contracte des relations ambivalentes : au bon sein, il veut arracher agressivement les précieuses nourritures contenues dans l'enceinte du ventre maternel. La culpabilité, liée à cette agression, provoque le désir qu'éprouve l'enfant de restituer cette nourriture qu'il a dévorée et qu'il rejette avec ses excréments. D'où un double cycle d'échanges partiels de nourritures et d'excréments, vécus sous le double signe de l'incorporation du bon sein et de la réjection du mauvais sein. A une période où il prend conscience du rôle du père comme frustrateur, au moment où l'on pratique les analyses précoces, l'enfant ne se trouve pas dans une situation œdipienne, mais, comme nous nous sommes permis de l'exprimer par un néologisme, il « œdipifie » [29] les rapports avec sa mère, imaginant que le père qui le prive de sa mère ne peut précisément avoir avec cette dernière que les rapports que lui-même désire tant avoir. Plus récemment Melanie Klein [24] a schématisé les stades précoces des relations objectales en ce qu'elle a appelé deux phases ; la première est l'anxiété persécutoire où l'enfant attend le châtiment lié à son agressivité dévoratrice ; dans la deuxième, dite dépressive, il tend à prendre conscience de l'existence de l'autonomie de l'objet maternel ; il veut le restituer dans son intégralité, à cause de sa culpabilité.

Dans notre étude sur les fantasmes de l'enfant, nous avons précisé les conséquences cliniques des études kleiniennes :

La première concerne la constance de la figuration de la scène

primitive dans les psychanalyses infantiles. Dans les analyses précoces, le déplacement transférentiel fait que la relation avec l'analyste est vécue comme un ensemble ambivalent d'échanges alimentaires. Ces relations avec l'analyste, « œdipifiées » par le mécanisme que nous avons rappelé sont vécues comme les relations sexuelles des parents, envisagées elles-mêmes sur le même mode agressif et angoissant de la relation partielle à la mère. Dans les traitements psychanalytiques, pratiqués plus tard, à la période œdipienne ou à la période de latence, les représentations de la scène primitive sont figurées sous une forme beaucoup plus élaborée et symbolisée. Des relations entre parents apparaissent fréquemment sous un aspect génitalisé et la relation transférentielle se manifeste d'abord sous l'aspect classique des défenses contre un double danger de castration par l'analyste, et de l'investissement libidinal interdit sur sa personne.

L'autre conséquence importante de cette étude clinique du fantasme est la fréquence avec laquelle, au cours des traitements psychanalytiques, se produit une régression qui conduit de l'angoisse de castration à l'angoisse de morcellement. Dans les cures faites en particulier à la période œdipienne ou à la période de latence, l'interprétation par l'analyste de l'angoisse de castration tant chez le garçon que chez la fille entraîne le plus souvent une régression profonde du matériel apporté par l'enfant. Les jeux qui, jusqu'alors, présentent un caractère génital se transforment en jeux ayant une signification précise sur le plan de l'incorporation et de la réjection des objets partiels. L'imago du père castrateur se transforme en imago de mère dévorante. L'angoisse de castration elle-même se transforme généralement en une angoisse de morcellement très proche de l'angoisse de la mort. Le Moi de l'enfant ne reste jamais indifférent à cette transformation de l'angoisse et c'est généralement à cette période que l'on peut observer au cours du traitement l'apparition d'une activité ludique ou fantasmatique séparée de ses sources réelles et souvent secondairement érotisée en un jeu masturbatoire interminable.

Le matériel clinique recueilli au cours des psychanalyses de l'enfant ne semble pas justifier parfaitement les vues métapsychologiques de Melanie Klein. Des critiques qui se sont élevées à

ce sujet, la plus pertinente et la plus complète est, sans doute, celle qu'a écrite Edward Glover [15] : il essaye en particulier de préciser la nature du fantasme, qu'une disciple de M. Klein, Susan Isaacs, définit comme le contenu premier de tout processus mental et comme la base de tous les processus de pensée consciente et inconsciente. « Les mots représentent des concepts mais la pensée et le processus mental ne sont pas en eux-mêmes abstraits. En tant qu'expérience ils sont donnée immédiate. Chez l'enfant, l'expérience et le processus mental sont vraisemblablement entièrement affectifs et sensoriels. La première expérience, l'introjection est vécue, « ressentie » comme une incorporation. Plus tard elle est imaginée encore comme incorporation. Plus tard encore, elle est vécue comme l'acquisition « de quelque chose dans l'esprit, dans le Moi, dans la partie de l'être qui se souvient, imagine et a des émotions. » Le fantasme est donc la représentation psychique de l'instinct et il n'y a pas de pulsions ni de besoins qui ne soient ressentis et vécus comme fantasmes inconscients. De plus, le fantasme exprime le contenu spécifique de la pulsion dominante. Lorsque l'enfant, dans ses premiers émois a désiré sa mère, il ressent : « J'ai envie de sucer son mamelon, de la manger, de la garder en moi, de lui mordre le sein, de la déchirer, de la rejeter, etc. » L'enfant ne ressent pas seulement « j'ai envie de », mais « je le fais ». La capacité d'halluciner est identique au fantasme et en est la condition préalable. L'hallucination ne se limite pas à l'image de l'objet, mais elle est ce que l'enfant va faire de l'objet désiré. Nous devons donc supposer que l'introjection du sein maternel est liée aux formes les plus archaïques de la vie fantasmatique.

Susan Isaacs étend encore sa définition : « Les fantasmes sont à leur tout début le contenu même de leur intention implicite. »

Les critiques de Glover à la métapsychologie kleinienne sont très nombreuses. En particulier, il estime que Melanie Klein abandonne les distinctions fondamentales faites par Freud entre fantasmes et traces mnésiques, images, introjection et identification. De même la distinction entre la régression hallucinatoire d'une excitation sensorielle de l'instinct, le fantasme hallucinatoire et le fantasme inconscient ou préconscient est abandonnée.

La distinction entre les affects positifs « tension ou décharge » et les affects réactionnels, entre gratification et frustration, et par conséquent entre le système Moi-réalité et le système phantasmatique a disparu. Les distinctions topiques du système freudien sont également abandonnées et ce que Freud décrit comme l'activité du Ça, les kleiniens l'appellent fantasme implicite du Moi. Glover rappelle finalement qu'il y a une distinction essentielle entre, d'une part les représentations mnésiques associées, soit avec une gratification réelle, soit avec une tentative de gratification hallucinatoire, et d'autre part les fantasmes qu'ils soient conscients ou inconscients. Glover craint qu'il n'y ait une confusion dans le système kleinien entre les fantasmes et les délires schizophréniques. Le fait qu'un schizophrène vive ses fantasmes comme une réalité ne permet pas de conclure à l'existence de fantasmes identiques dans les permiers mois de la vie. Glover remarque qu'en supprimant la distinction entre traces mnésiques et fantasmes, Susan Isaacs supprime la fonction économique du refoulement et efface la distinction entre inconscient et préinconscient. Glover conclut cette critique en montrant que le fantasme est le produit d'un long développement. Ses débuts sont marqués par trois facteurs : 1) Échec du processus hallucinatoire ; 2) Développement de la reconnaissance de l'objet ; 3) Action du refoulement.

Le phantasmé au sens freudien est le produit de la frustration. Glover dégage une autre notion théorique de sa critique du système kleinien. L'évolution de la libido serait remplacée par le jeu d'un Moi orophallique et d'un Surmoi de la première année qui constitue un système indépendant, dynamique et immuable. Les fantasmes archaïques ne pourraient être considérés que comme innés et universellement formés pendant les premiers mois de la vie. Ils contiennent déjà des pulsions orales, sadiques-anales et phalliques, des sentiments de culpabilité et des mécanismes de défense d'une importance primordiale pour le développement ultérieur. La libido reste entièrement fixée à ces fantasmes primitifs durant toute la vie, ce qui supprime le concept freudien de régression.

Avant de tenter de préciser brièvement l'origine et la nature

des fantasmes de l'enfant, nous voudrions rappeler les critiques que d'aucuns ont présentées contre la notion théorique d'objet partiel. Ajuriaguerra [1] rappelant en particulier que le nouveau-né réagit d'une manière protopathique à des expériences plaisantes ou déplaisantes, montre que les objets qu'on dit partiels ne le sont que rétrospectivement ; pour le nourrisson les objets sont totaux. « Le sein est la relation, mais c'est une totalité de la relation, avant le développement de ses possibilités perceptives. »

Nous ne croyons pas nécessaire d'insister longuement ici sur l'origine des fantasmes de morcellement de l'enfant, puisque ce problème sera traité complètement par nos collègues dans une autre partie de ce livre (*Psychanalyse et neurobiologie* par J. de Ajuriaguerra, R. Diatkine et J. Garcia Badaracco). Rappelons seulement que l'enfant vit des situations de plaisir et de déplaisir d'abord conditionnées par la faim. Il n'est capable d'établir une première relation objectale que lorsqu'il peut halluciner l'objet maternel absent, c'est-à-dire lorsqu'il est capable d'en distinguer la spécificité autonome. Mais l'image de l'objet, lorsqu'il sera reconstitué à partir des expériences précoces et ineffables, ne pourra qu'être partielle, puisque l'enfant ne vit son propre corps que par la connaissance de zones privilégiées, orales et sphinctériennes. Les progrès de la vision, le développement de la motricité vont permettre une meilleure connaissance du monde et du corps propre. L'enfant peut confronter sa propre image avec celle de sa mère et se rassurer sur les effets agressifs de ses représentations d'objet partiel, traces des expériences les plus précoces. Les intégrations fonctionnelles successives, l'apparition et les progrès du langage permettent la différenciation des personnages familiaux et individualisent le rôle du père. L' « œdipification » de la relation familiale triangulaire apparaît comme le premier essai d'intégration d'expériences antérieures dans le système relationnel nouvellement acquis et représente les premiers rudiments d'organisation du Moi.

Il convient sans doute maintenant de rappeler que l'observation directe du nourrisson et de l'enfant par des psychiatres et des psychologues de formation psychanalytique a confirmé, dans une large part, les études et les interprétations à la lumière de

l'intégration neurobiologique des productions fantasmatiques recueillies au cours des cures psychanalytiques précoces.

En effet de très nombreux travaux ont été orientés dans cette direction : il en est ainsi en particulier des observations qu'Anna Freud et Dorothy Burlingham [7] ont pu faire sur les enfants séparés de leurs familles pendant les bombardements de Londres. Les conséquences proches et éloignées des perturbations dans les relations préoces avec la mère ont été l'objet d'études extrêmement nombreuses, depuis que Goldfarb [17] se posa le problème de l'avenir des enfants précocement placés en institution. Le livre de Bowlby [6] donne l'analyse de la plupart de ces travaux. Mais Spitz [43] partant de l'étude de l'hospitalisme en arriva à l'observation directe du nourrisson. Il a publié l'élaboration la plus achevée de son travail dans un article d'ensemble intitulé : « Genèse des premières relations objectales » [44]. Cette étude de « psychanalyse génétique » aborde le problème du développement de l'enfant dans ses relations avec l'environnement. Certains psychiatres [35] lui reprochent de valoriser par trop le rôle des comportements maternels, en négligeant l'influence des facteurs socio-économiques dans lesquels vit l'enfant. Ce sont ceux-ci, disent-ils, qui commandent l'attitude de l'entourage et en particulier de sa mère, s'il en a une et si elle a le temps et les possibilités de s'occuper de lui. Ces arguments ont certes un grand poids dans l'étude de la genèse des syndromes pathologiques d'hospitalisme, mais il n'en est pas moins vrai que les facteurs socio-économiques se manifestent à travers le comportement de la mère ou de ses substituts.

De toute façon l'étude récente de René Spitz [44] constitue le modèle d'une monographie détaillée sur les rapports du nourrisson avec sa mère, pendant les deux premiers semestres de sa vie. Ce travail ébauche également quelques hypothèses sur la genèse de certains syndromes psychosomatiques précoces et sur leurs rapports avec des comportements maternels particuliers qui en constitueraient autant de facteurs étiologiques spécifiques.

Le grand mérite de ce travail est encore d'insister sur les stades les plus précoces de la relation avec la mère. Spitz confirme que pendant les trois premiers mois de la vie, la mère n'est pas un

objet individualisé pour l'enfant. Elle n'est objet que par ce qu'elle apporte de satisfaction à ses besoins. A ce stade de relations avec les précurseurs de l'objet ou de relations préobjectales, les moyens de communication entre l'enfant et la mère sont très subtils et échappent sans aucun doute à nos processus perceptifs habituels : le contact et la chaleur cutanés, le bercement par exemple représentent peut-être à cette période autant de besoins dont la satisfaction est peut-être très importante et qui ont une allure, souvent bien contradictoire dans notre culture. L'ensemble de ces relations préverbales et préobjectales a été récemment individualisé sous le nom de relation anaclitique [34]. Leurs perturbations sont peut-être à l'origine des aspects les plus importants de la non-organisation des Moi pré-psychotiques de l'enfant. Elles peuvent se manifester dans certaines situations transférentielles chez l'adulte [34].

Ainsi la psychanalyse génétique aboutit-elle à attacher la plus grande importance dans la structuration du Moi de l'enfant à ses expériences précoces, comme l'avaient fait la psychanalyse des adultes et la psychanalyse des enfants. Il ne faut cependant pas s'attendre à trouver une identité absolue entre les données qui résultent de l'observation directe du nourrisson et celles qui proviennent de l'exploration psychanalytique proprement dite. Cette dernière, dont l'approche expérimentale est, comme nous l'avons vu, spécifique, fait connaître la réorganisation actuelle des traces mnésiques de certaines relations passées à la mise en évidence desquelles s'attache d'autre part l'observation directe du nourrisson.

Par la convergence de ces séries de recherches, s'ébauche une clinique psychiatrique infantile que les études psychanalytiques orientent sur l'organisation des diverses fonctions du Moi. Les groupements symptomatiques, nous l'avons vu, ne permettent pas à eux seuls de dégager leur signification, puisqu'ils s'expriment en des troubles du comportement dont l'expression, familiale ou scolaire, dépend de l'âge de l'enfant. Glover [16] dans sa monographie sur la psychiatrie infantile et la psychanalyse classe les troubles observés en trois groupes : 1. Les troubles fonctionnels (inhibitions et hyper-développements instinctuels ou perversions) ; 2. Les troubles du développement (régressions, fixations) ; 3. Les

formations symptomatiques (psychonévrotiques, prépsychotiques, psychotiques). Selon cet auteur, les troubles fonctionnels peuvent être simples ou avoir une expression psychosomatique, suivant l'organisation des systèmes de décharge. Mais ces troubles peuvent se poursuivre longtemps, sans que leur permanence ait forcément une signification pathologique. Lorsqu'il étudie le diagnostic positif des états prépsychotiques, Glover valorise à son tour les phases précoces du développement relationnel. Il individualise le tableau d'une disposition prépsychotique où sont groupés divers signes : l'incapacité à endurer les situations tant soit peu stressantes — la tendance rapide à la régression — les troubles persistants du sommeil — les réactions anxieuses excessives d'un type diffus — les troubles constants des fonctions corporelles orales et gastro-intestinales — les crises d'expression musculaire à type de colères ou d'inertie — les crises d'anxiété violentes ou les inhibitions marquées vis-à-vis des objets familiers. Il distingue surtout trois symptômes importants : 1. L'incapacité de maintenir le contact avec l'objet durant la gratification par ce dernier ; 2. L'incapacité de maintenir le contact avec l'objet dans l'intervalle des périodes de gratification ; 3. L'incapacité de distinguer le Soi et le Non-Soi. Glover résume tous ces troubles en reprenant une expression psychométrique : selon lui, ils réalisent un « scatter » du Moi qui permet le diagnostic entre disposition prépsychotique et troubles simples affectant la conduite familiale et sociale qui ne donnent pas cette impression dysharmonieuse, lorsqu'on étudie la capacité à travailler et à jouer, la capacité d'établir et de maintenir des relations.

De notre côté, deux d'entre nous (Lebovici et Diatkine) ont montré à plusieurs reprises [29], [30] que la psychiatrie infantile doit étudier les structures dynamiques où s'exprime l'angoisse qui s'élabore, et contre les positions instinctuelles, et vis-à-vis des mécanismes de défense qui cherchent à l'éviter, en même temps qu'elle exprime les perturbations des relations avec les objets dont les images tendent à s'internaliser. Un exemple frappant est donné par ses formes cliniques chez l'enfant. L'étude phénoménologique en est difficile car le plus souvent l'enfant a peur de rester seul dans certaines circonstances et il serait facile

de désigner sous le nom de phobie ce type d'organisation. Or la pratique psychanalytique des enfants montre que pour un âge donné il existe des différences qualitatives considérables dans des cas superficiellement comparables. Vers huit ans, par exemple, pendant la période dite de latence, on peut trouver trois types d'organisation dont le pronostic est totalement différent.

1. Il peut s'agir d'un enfant qui va vivre avec son psychanalyste une expérience montrant qu'il s'agit uniquement pour lui d'utiliser de vieilles craintes dépassées pour obtenir de ses parents des satisfactions en fait très évoluées. Généralement l'interprétation de ces bénéfices secondaires suffit à lever le symptôme qui ne correspondait pas à une perturbation profonde de l'évolution ;

2. Dans un deuxième cas, l'enfant vit avec son psychanalyste des relations beaucoup plus compliquées au cours desquelles il est manifeste qu'une agressivité importante est déplacée et annulée. Les interprétations du psychanalyste portant sur les intrications de cette agressivité dans les relations parentales renforcent l'angoisse de l'enfant qui ne sent plus son agressivité contrebalancée par l'interdiction de l'adulte et l'on voit apparaître l'organisation profonde de l'agressivité issue des fantasmes archaïques dits pré-génitaux. Seule une psychanalyse longue peut permettre à l'évolution normale de reprendre son cours. Sinon de tels états se restructurent à la période prépubertaire et évoluent vers le tableau de la névrose obsessionnelle dans lequel la peur disparaît mais l'adaptation ne peut se faire qu'à l'aide de rituels et cérémoniaux accompagnés d'un sentiment de dépersonnalisation qui permet au Moi de vivre les relations objectales avec une « distance » suffisante.

3. Dans d'autres cas plus rares, malgré une adaptation apparemment satisfaisante la relation analytique s'installe d'emblée dans un mode inquiétant, les fantasmes les plus archaïques paraissant projetés dans la situation analytique sans que le patient les reconnaisse comme tels. Les positions du sujet devant l'angoisse sont très particulières et d'emblée projectives. Ces dispositions structurales et la qualité particulière de l'anxiété donnent au tableau son caractère particulier d'états prépsychotiques.

Ces exemples montrent qu'un examen clinique ne peut avoir

de valeur que s'il est orienté dans une dimension particulière. La séméiologie en pathologie générale consiste à pouvoir rattacher certains signes à un état particulier des organes et tissus, un dysfonctionnement, une possibilité opératoire ou thérapeutique. La psychiatrie et en particulier la psychiatrie infantile permettent rarement un tel travail. Beaucoup de descriptions séméiologiques ne sont encore que des classements statiques. L'étude psychanalytique des enfants permet de valoriser certains aspects du tableau clinique et de décrire des formes ayant une spécificité évolutive, bien qu'en psychiatrie d'enfants les états terminaux soient encore mal connus.

III

LES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE LA PSYCHANALYSE CHEZ L'ENFANT

Il nous faudra étudier successivement les indications et les méthodes de la psychanalyse infantile.

A) Les indications de la psychanalyse chez l'enfant [39]

La discussion des indications et des contre-indications de la thérapeutique psychanalytique chez l'enfant découle directement des considérations cliniques qui viennent d'être ébauchées. Mais il convient peut-être de revenir sur l'histoire du développement de cette thérapeutique, car l'analyse d'enfants n'a d'abord été qu'une transposition, avec de nouveaux moyens d'expression, de l'analyse d'adultes. Il faut noter toutefois que ces techniques expressionnelles particulières rapprochaient l'analyse d'enfants de psychothérapies vivant à l'expression forcée des fantaisies.

On verra qu'en ce qui concerne l'application de l'analyse à l'enfant jeune, les écoles d'Anna Freud [14] et de Melanie Klein [23] se sont longuement et longtemps affrontées. Des vues de Melanie Klein, résulte une application directe de la psychanalyse, tandis que l'école freudienne aboutit à une pédagogie analytique préalable. Mais il va sans dire que cette dernière voie conduit surtout aux techniques qu'on emploie dans les centres psychopédagogiques ou « child guidance clinics » ; la sélection des cas s'impose lorsqu'on veut appliquer directement la psychanalyse, toujours longue et difficile.

Les résultats de la psychanalyse des enfants sont encore plus

difficiles à apprécier que chez l'adulte, à cause de l'heureuse influence qu'est parfois susceptible d'avoir une thérapeutique relationnelle simple qui n'explicite pas le transfert.

En outre l'action tout à fait indispensable qu'on doit mener auprès des parents risque encore de diminuer les mérites de la « psychanalyse pure ».

Les remarques générales suivantes peuvent sans doute être présentées à ce sujet :

1. La distinction entre la psychanalyse authentique et les nombreuses psychothérapies qui s'en inspirent est particulièrement délicate à établir lorsqu'on traite l'enfant. Il faut d'abord remarquer que le développement de la psychiatrie infantile dans ces dernières années est pour une part importante lié au mouvement psychothérapique, tel qu'il est réalisé dans divers types d'institutions, telles que les « child guidance clinics » dans les pays anglo-saxons ou dans les centres psycho-pédagogiques des pays de culture française. Ici est pratiquée sur une très vaste échelle, pour les troubles du comportement très variés de l'enfant, une psychothérapie dont les modalités techniques varient d'ailleurs dans de très notables proportions, suivant les auteurs et leurs conceptions théoriques. Les uns se réclament de la psychanalyse et réalisent des psychothérapies nettement inspirées par elle. Les autres déclarant que leur psychothérapie n'a rien à voir avec la théorie et la technique psychanalytiques, pratiquent cependant des psychothérapies diverses, en particulier des thérapeutiques de jeux (« play-therapy »), dont les techniques sont pourtant directement liées à la psychanalyse.

La situation est d'ailleurs en fait plus complexe, car, si comme nous croyons l'avoir montré, on ne peut séparer pour l'enfant les techniques psychothérapiques des conceptions psychanalytiques, beaucoup de psychanalystes sont appelés à mettre en œuvre des psychothérapies courtes, dont les principes et la technique se séparent notablement de cures qui mériteraient vraiment le nom de psychanalyse. Il est regrettable que dans leurs travaux, ces auteurs ne séparent pas d'une façon bien claire la psychanalyse proprement dite et les psychothérapies psychanalytiques.

2. La psychanalyse est d'une application beaucoup plus récente

pour l'enfant que pour l'adulte. Anna Freud [14], on l'a vu, dans ses premiers travaux qui sont encore considérés comme une base théorique des plus valables par de nombreux psychanalystes d'enfants, a écrit que, d'une part, une psychanalyse réelle semble être impossible chez l'enfant, en raison de l'absence de névrose de transfert, d'autre part, qu'elle ne pouvait être appliquée que dans des cas exceptionnels, puisqu'il était difficile d'imaginer une action psychothérapique dénuée de toute vue éducative ou pédagogique à cet âge de la vie. Bien que les idées d'Anna Freud semblent avoir nettement évolué, il n'en reste pas moins que beaucoup de psychanalystes d'enfants considèrent une psychanalyse intégrale comme peu applicable, du moins avant la puberté. Leurs vues les amènent alors à donner le nom de psychanalyse à des psychothérapies plus simples, plus courtes, où les phénomènes de transfert ne sont ni individualisés, ni interprétés. Dans ces conditions, la regrettable confusion entre psychothérapies simples et psychanalyse, que nous avons déjà signalée au paragraphe précédent, se trouve encore aggravée par les psychanalystes eux-mêmes.

3. Si l'on arrive à s'accorder sur la possibilité au moins théorique de réaliser des cures psychanalytiques chez l'enfant, le problème des indications de tels traitements reste très difficile, car il est intimement lié à la technique que l'on préconisera. Or, chez l'adulte, il est peut-être relativement difficile de délimiter par des critères techniques le champ de la psychanalyse authentique. Mais chez l'enfant, les techniques préconisées pour la psychanalyse sont tout à fait différentes les unes des autres et l'indication des traitements dépend forcément de la technique qu'on emploie : il est facile de comprendre que si les psychanalystes d'enfants estiment nécessaires des cures très longues, comportant plusieurs séances hebdomadaires, les indications thérapeutiques seront forcément limitées par de telles difficultés techniques.

4. Nous avons montré dans l'introduction à ce travail le caractère insuffisant du diagnostic purement nosographique pour préciser les indications et les contre-indications de la psychanalyse. Une étude minutieuse et complète de l'enfant, de sa biographie, et plus encore de son « environnement » sera nécessaire. Malheu-

reusement, chez l'enfant jeune, comme nous l'avons vu, nous avons encore affaire à des états évolutifs dont nous ne pouvons souvent prévoir le développement exact, dans l'état actuel des connaissances en psychiatrie infantile. Il est certain que des manifestations graves d'inadaptation infantile peuvent être sans grande signification pour l'avenir, alors que des troubles d'apparence mineure ne sont que les signes prodromiques de déséquilibres graves ou de maladies mentales. Il est d'ailleurs difficile de dire si des troubles qui paraissent s'amender ne laissent pas derrière eux de véritables séquelles névropathiques infantiles.

En tout cas, si l'on se fiait seulement à la chronicité des troubles observés, on éliminerait dans de nombreux cas la psychanalyse, tant les potentialités dynamiques de l'enfant rendent souvent fugaces et labiles les troubles de sa conduite. D'un autre côté, des troubles manifestement graves s'inscrivent dans le cadre assez confus de ce qu'on tend à appeler maintenant les psychoses chez l'enfant. Dans ces derniers cas, l'évolution est si chroniquement désespérante qu'elle semble au-dessus des possibilités de la cure psychanalytique. Pourtant, ce sont d'abord dans les cas souvent en apparence bénins que la psychanalyse pourra être appliquée chez l'enfant, lorsque l'examen complet permet de croire qu'ils sont le début de troubles plus sérieux, parce qu'on peut espérer en la valeur prophylactique de la psychanalyse infantile. De même, nous croyons que dans les états pré-psychotiques de l'enfance, la psychanalyse qui doit d'ailleurs souvent être associée à des méthodes éducatives et psychothérapiques concernant l'entourage, mérite d'être poursuivie pendant très longtemps, car elle est le seul traitement qui permette d'espérer qu'un Moi à peine constitué ou très fragile pourra se consolider, même sur un mode relativement pathologique.

Ainsi, la psychanalyse semble être justifiée pour les cas les plus graves. Elle est valable lorsqu'il s'agit d'états prépsychotiques où il ne s'agit pas seulement de provoquer un nouveau départ, mais de faire œuvre prophylactique en brisant les racines de l'angoisse dans ses formes les plus primitives et les plus pathologiques.

Dans ces conditions mêmes, les résultats de la psychanalyse infantile sont difficiles à apprécier. Glover [16], dans la monographie à laquelle nous avons déjà fait allusion en donne les raisons suivantes :

1. L'importance des dérivés prégénitaux explique que chez l'enfant le transfert est toujours ambivalent, labile ; il se constitue souvent rapidement, mais oscille de ses aspects négatifs à ses aspects positifs ;
2. En même temps, les résistances s'expriment facilement dans le jeu qui est investi complètement, lorsqu'il s'agit d'un enfant jeune, en actions extra-transférentielles à tous les âges. Ces actions extra-thérapeutiques se développent souvent dans la famille où il est difficile de distinguer entre comportements troublés à cause de la résistance au traitement ou à cause des difficultés familiales réelles. Ces considérations expliquent avec quelle modestie le psychanalyste doit envisager la valeur de ses interprétations sur l'enfant qu'il traite, en même temps qu'il doit exiger une catamnèse prolongée pour apprécier la valeur de sa thérapeutique : l'enfant traité devrait surmonter victorieusement les difficultés de l'adolescence et de l'âge adulte pour qu'on puisse considérer comme bons les résultats d'un traitement psychanalytique.

Nous étudierons maintenant les indications de la psychanalyse chez l'enfant jeune, avant la puberté, le problème des traitements chez l'adolescent devant être examiné dans un autre chapitre du présent livre (Pierre Mâle, « Psychanalyse et adolescence »).

Cette question ne peut être exposée que si l'on rappelle assez longuement la controverse historique qui a opposé deux grandes écoles de psychanalyse infantile. Bien que les vues d'Anna Freud et de Melanie Klein aient souvent été évoquées dans de nombreux travaux étrangers et français, nous croyons indispensable d'en rappeler les données essentielles aussi brièvement que possible, car Anna Freud [14] estimait que la psychanalyse chez l'enfant jeune n'était guère réalisable ni théoriquement, ni pratiquement.

Cet auteur rappelle d'abord les conditions dans lesquelles l'enfant est amené au psychiatre : il ne souffre pas de sa névrose comme l'adulte, mais il gêne ses parents par les troubles de son

comportement. Or, la tolérance familiale est des plus variables ; elle est souvent plus marquée pour des troubles d'apparence mineure, mais qui témoignent déjà d'une anxiété profonde et structurée. Dans ces conditions, l'enfant amené par ses parents, n'est pas apte à se soumettre à une cure psychanalytique et celle-ci doit être préparée par une véritable phase de « séduction » qui est la base de l'indispensable transfert positif.

D'autre part, Anna Freud estime que la névrose de transfert ne peut pas se constituer chez l'enfant, au moins dans ses formes pures. En effet, les conflits ne sont, chez lui, qu'en partie intériorisés et les conflits actuels avec l'entourage familial ont encore une importance décisive.

Il ne paraît pas non plus souhaitable que la névrose de transfert puisse se constituer à l'état pur, car il est impossible d'envisager que le psychanalyste ait le droit de provoquer le déplacement sur lui de toute l'affectivité de son jeune patient. Il ne saurait en outre, abandonner au cours de sa psychothérapie les vues éducatives normales.

Enfin, Anna Freud estime que les techniques de jeu préconisées chez l'enfant ne peuvent pas permettre l'évolution d'une véritable cure psychanalytique : les interprétations sont forcément trop rigides, axées sur la valeur symbolique de leur contenu. Aussi préconise-t-elle des techniques plus proches des techniques verbales habituelles. Elle estime également que les interprétations de transfert ont souvent moins d'importance que la mise en lumière des mécanismes de défense contre l'angoisse et leur élucidation, qui peuvent se faire en dehors du cadre des relations transférentielles.

Dans ces conditions, les indications de la psychanalyse chez l'enfant jeune sont forcément très limitées et on comprend pourquoi cet auteur les a fixées si étroitement dans son livre : *Le traitement psychanalytique des enfants* [14].

L'importance de ce travail justifie que nous en donnions ici de larges aperçus. Anna Freud, dans un chapitre intitulé « Indication du traitement psychanalytique des enfants », montre que plusieurs préjugés en ont longtemps limité la diffusion : tout d'abord, l'existence de toute vie sexuelle a été niée chez l'enfant et l'on n'admettait pas le rôle des troubles de celle-ci dans les états

névropathiques de l'enfance. On a également prétendu que le traitement analytique aboutirait seulement à la levée du refoulement des tendances instinctuelles et à l'immoralité. On pensait que l'enfant ne saurait prendre conscience sans danger, au cours des séances psychanalytiques, de ces tendances. Pourtant, s'il existe des névroses chez l'enfant, il faut bien admettre que la structure de son Moi et de son Sur-Moi en partage la responsabilité. On peut donc estimer que le défoulement des pulsions sexuelles et agressives, au cours d'une psychanalyse menée avec succès, n'entraîne pas forcément l'immoralité dans le comportement. Anna Freud insiste surtout sur les controverses qui touchent à la technique même de la psychanalyse chez l'enfant. Elle rappelle d'abord que la méthode fondamentale dite de « l'association libre des idées » n'est pas applicable, du moins avant la puberté. De même, les enfants ne peuvent pas rester allongés sur un divan. Enfin, leur famille ne saurait être exclue du processus de l'analyse. Anna Freud estime que les techniques de jeux préconisées par certains psychanalystes d'enfants ne peuvent donner lieu qu'à des interprétations en vue directe sur l'inconscient et que dans ces conditions, elles tendent à mettre à nu ses couches profondes, sans aucun travail sur les résistances ni les processus de défense. Elle rappelle que les rapports de l'enfant avec son analyste ne se situent pas entièrement dans le cadre d'une névrose de transfert et qu'une grande partie de ses réactions névrotiques reste fixée sur ses parents. Enfin, cet auteur fait mention des controverses qui touchent à l'âge auquel peut être entreprise une psychanalyse chez l'enfant. Elle semble assez sceptique sur les possibilités de la psychanalyse dite précoce et considère que les enfants peuvent être surtout soumis à la psychanalyse, en pleine période du complexe d'Œdipe ou pendant la phase de latence.

Anna Freud s'oppose surtout aux théories de Melanie Klein selon lesquelles comme nous le verrons, tout enfant traverse dans les premiers mois de sa vie, des difficultés dites psychotiques. Elle estime que les cas soumis à la psychanalyse doivent être sélectionnés : on doit la réserver aux cas les plus graves de névrose, la névrose qui affecte « normalement » tout enfant avant qu'il entre dans la période de latence.

L'ensemble de son travail est donc consacré à la sélection de ces cas. En pratique, la sélection, telle qu'elle a lieu actuellement, est souvent le fruit du hasard plus que d'un choix judicieux. Tout d'abord, de nombreux parents refusent un traitement qui se trouverait pourtant tout à fait indiqué ; ou encore, les circonstances extérieures (nécessités scolaires, éloignement géographique) le rendent impossible. Dans d'autres cas, des psychiatres ou des psychanalystes — prompts à déceler chez leurs enfants des troubles névrotiques encore mineurs — n'hésitent pas à demander pour eux le bénéfice d'une cure psychanalytique qui n'est pourtant pas formellement indiquée. Au total, les cas traités ne sont pas forcément une sélection des cas les plus authentiques de névroses infantiles.

Anna Freud insiste ensuite longuement sur ce fait que nous avons déjà évoqué, à savoir que la souffrance névrotique n'atteint jamais chez l'enfant le degré qu'on lui connaît chez l'adulte. En tout cas, c'est la réaction des parents aux symptômes qui amène l'enfant chez le psychiatre et qui fait secondairement sentir à l'enfant sa souffrance. Il convient donc d'insister tout spécialement sur la notion de tolérance familiale. Par exemple, les mères supportent en général très difficilement l'anorexie ou l'énurésie infantiles et leurs réactions provoquent des conflits graves avec leur enfant, lorsqu'il présente de tels symptômes. Au contraire, les manifestations graves ou mineures de l'anxiété vespérale et nocturne sont souvent camouflées par les familles qui veulent leur tranquillité et font les efforts nécessaires pour calmer l'angoisse. D'ailleurs lorsque celle-ci est écartée par des mécanismes de défense phobiques ou obsessionnels, la souffrance de l'enfant dépend encore du comportement de son entourage. Si une mère inquiète tolère des cérémoniaux obsessionnels, l'enfant n'a aucune raison de souffrir de sa névrose.

On peut conclure que la souffrance névrotique n'est pas ressentie par l'enfant comme par l'adulte. Les parents sont guidés vers le psychiatre dans la mesure où ils sont gênés par les symptômes que présente leur enfant ; les manifestations agressives les inquiètent plus souvent que des états d'inhibition qui font pourtant d'enfants « sages » de véritables névrosés. On ne pourra non plus se fonder sur le degré d'inadaptation pour juger de la gravité

de la névrose chez l'enfant. Sa capacité d'établir des relations objectales ne peut être correctement appréciée. Anna Freud n'admet pas que l'étude du jeu de l'enfant ait un intérêt diagnostic aussi grand que l'étude des altérations de la capacité de travail chez l'adulte. Sans doute, l'activité ludique des enfants névrosés est-elle généralement perturbée, et chez eux les jeux constructifs sont-ils très pauvres, alors que les jeux imaginatifs peuvent avoir une grande richesse. Mais il ne s'agit pas là d'un critère diagnostique de valeur suffisante.

Il convient finalement d'apprécier les troubles dans l'évolution libidinale normale, car la capacité de l'enfant à évoluer est considérablement entravée en cas de névrose. Mais les progrès du développement libidinal sont très difficiles à juger. L'évolution classique des trois stades de l'organisation libidinale n'a que la valeur indicative d'un schéma qui n'est pas à l'abri de larges variations individuelles, ces divers stades se chevauchant parfois et l'on doit considérer la notion de fixation avec une grande prudence. L'important est que l'organisation libidinale soit axée aux alentours du stade normal à l'âge considéré.

Une grande difficulté existe encore à ce propos : c'est que le développement ne se fait pas chez l'enfant suivant une progression continue. En d'autres termes, l'évolution est telle qu'on peut parler dans bien des cas de véritables guérisons spontanées. Il est certain, par exemple, que si l'on parle chez tel ou tel enfant, de fixations ou de régressions orales, il n'en est pas moins possible que certains progrès se manifestent, dans des sphères du Moi qui échappent à la névrose. Si la disparition spontanée d'une névrose chez l'adulte, semble être plutôt une atténuation qui n'est que le prodrome du déplacement de l'angoisse, on peut penser que chez l'enfant, de réels changements peuvent survenir d'eux-mêmes. Au moment de la poussée phallique et de la puberté, les névroses infantiles peuvent disparaître, alors qu'on se contente généralement de rappeler que ces deux périodes constituent des phases privilégiées pour l'apparition de la névrose. Par exemple, les troubles alimentaires névrotiques disparaissent souvent à la période de latence et la passivité de l'adolescent peut être effacée sous l'influence de la poussée virile pubérale.

Anna Freud estime que l'analyse des enfants doit être utilisée uniquement dans les cas où les chances de guérisons spontanées sont faibles. Elle s'oppose à cette opinion que la psychanalyse infantile peut être employée à titre prophylactique pour supprimer des fixations pathologiques.

Dans la dernière partie de son travail, Anna Freud s'attache à préciser les divers facteurs qui constituent des entraves névrotiques à l'évolution du Moi.

Rappelant l'historique des rapports du Ça et du Moi chez l'enfant, elle montre que l'apparition d'un symptôme névrotique contribue à l'établissement d'un équilibre rigide entre les pulsions et les forces répressives du Moi. Les états névrotiques réduisent encore la puissance du Moi par l'établissement de régressions libidinales : par exemple, une régression de la phase génitale à la phase orale provoque inévitablement un affaiblissement du Moi.

Anna Freud insiste surtout sur les mécanismes de défense particuliers aux états névrotiques de l'enfance : on y voit la négation de la réalité extérieure persister anormalement au delà de la période de latence. Le procédé du refoulement est utilisé à l'excès. Le processus de la projection est au premier rang des habitudes psychologiques. Le fractionnement de la personnalité, qui nuit aux fonctions de synthèse du Moi, persiste au delà de la période de latence. Le mécanisme banal de la fuite dans le fantasme est employé avec excès sous la pression des conflits névrotiques.

La conclusion de ce travail est que les symptômes observés sont moins importants que leur retentissement sur le développement libidinal. Mais pour juger de l'importance des entraves et des désorganisations, le psychiatre doit pouvoir apprécier les processus de maturation par rapport à une évolution normale qu'il est difficile de schématiser et de parfaitement connaître.

Nous nous sommes crus autorisés à présenter assez longuement l'analyse de cet important travail d'Anna Freud. Il est le seul qui, à notre connaissance, soit consacré à la question des indications de la psychanalyse chez l'enfant. On a pu voir que les conceptions qui y sont exprimées et qui résument les idées récentes d'Anna Freud (puisque ce travail date de 1945), ne sont pas exactement

les mêmes que celles qui faisaient l'objet des premiers travaux de cet auteur ; elle y exprimait alors une vue singulièrement plus restrictive des indications de l'analyse infantile, puisqu'elle estimait qu'il s'agissait d'un traitement d'utilisation exceptionnelle, qui ne pouvait guère être employé que chez les enfants des psychanalystes.

Melanie Klein a exposé ses conceptions dans son ouvrage classique sur la psychanalyse des enfants [23].

Les théories kleiniennes et les techniques qui en sont la conséquence s'opposent assez radicalement aux conceptions d'Anna Freud : tout d'abord, Melanie Klein estime que la psychanalyse des enfants est théoriquement et pratiquement possible, car ceux-ci peuvent développer une névrose de transfert au sens le plus complet du terme. Cette névrose de transfert est faite du déplacement sur l'analyse de toutes les anxiétés précoces. Le Moi et le Sur-Moi se forment dès les premiers mois de la vie et l'on peut parler d'une évolution œdipienne prégénitale ; l'imago de la mère, bipartie en objets partiels, bon et mauvais sein, est l'objet des pulsions ambivalentes de l'enfant, dans un double mouvement d'incorporation et de réjection.

Les jeux de l'enfant sont la traduction extérieure de ses fantasmes masturbatoires. Dans la situation psychanalytique, ils permettent une interprétation rigoureuse de son agressivité primordiale et de la culpabilité qu'elle déclenche. Pourvu que ces interprétations aient lieu dans le cadre des relations de transfert, qu'elles soient méthodiques, fournies sous le *contrôle de l'urgence* (1), la psychanalyse va se dérouler normalement et il n'est nul besoin d'établir artificiellement une atmosphère positive.

De même, l'attitude thérapeutique sera exclusivement psychanalytique, débarrassée de toute préoccupation éducative.

Les conceptions de Melanie Klein sur l'étendue des indications de la psychanalyse chez l'enfant sont moins précises. Il est certain que dans l'ouvrage que nous avons cité, elle signale à plusieurs reprises qu'elles sont nombreuses, qu'on ne doit pas hésiter à

(1) M. Klein entend par la notion d'*urgence* la nécessité d'interpréter immédiatement toute anxiété ; cette dernière est souvent masquée dans les jeux d'allure agressive.

pratiquer des cures psychanalytiques « précoces », c'est-à-dire dès avant l'âge de 3 ans. Mais ce n'est que plus tard, dans l'histoire de la pensée kleinienne, que cette position se trouve mieux justifiée, par la description des positions psychotiques de l'enfant. On sait, en effet, que dans un stade plus récent de sa pensée, surtout après 1940, Melanie Klein a décrit le « stade dépressif central » et certaines positions psychotiques précoces que l'enfant traverserait normalement dans le 2e semestre de la première année de sa vie. Il s'agit de deux stades définis selon une terminologie psychiatrique sous le nom de positions persécutoires d'abord, dépressives ensuite [24].

L'importance de ces positions psychotiques évolutives normales et des résidus qu'elles laissent chez chaque enfant, explique que Melanie Klein élargisse au maximum les indications de la psychanalyse chez l'enfant : selon elle, sa valeur prophylactique justifie qu'on la mette en œuvre, quelles que soient les difficultés et les symptômes présentés par l'enfant, sans qu'un approfondissement du diagnostic soit nécessaire.

L'un de nous, considérant que les deux grandes écoles de psychanalyse infantile avaient apporté au problème des indications thérapeutiques une très précieuse contribution, avait essayé dans un travail récent de préciser les critères du diagnostic de la névrose infantile, critères sur lesquels on pourrait fonder des indications thérapeutiques valables [26].

Il apparaissait que les travaux kleiniens avaient montré les possibilités assez larges d'authentiques cures psychanalytiques chez l'enfant jeune. Toutefois, pour des raisons théoriques autant que pratiques, on devait retenir certaines idées d'Anna Freud qui aboutissaient à l'établissement de critères pour les indications de la psychanalyse. Nous étions d'ailleurs frappés par ce fait très important que les résultats éloignés de la psychothérapie psychanalytique chez l'enfant, dans quelques cas que nous eûmes le privilège d'observer, n'avaient été que temporaires et symptomatiques [28]. D'autre part, il nous semblait clair que de nombreuses psychothérapies qui se voulaient courtes, provoquaient, par des interventions et des interprétations malheureuses, des régressions assez profondes et assez durables dans l'organisation affective des

enfants. Il nous semblait donc que les indications de la psychanalyse chez l'enfant devaient être précises, qu'elles devaient essentiellement s'appliquer aux névroses de l'enfant et qu'au contraire, les troubles réactionnels de son comportement appelaient des interventions psychothérapiques appliquées autant à l'enfant qu'à sa famille.

Pour fixer les critères de la névrose infantile, nous rappelions à titre préalable, quelques conditions évolutives propres à l'enfance :

1. Freud a toujours insisté sur ce fait que la névrose de l'adulte repose sur une maladie infantile, apparemment cicatrisée. Rappelons que dans l' « homme aux loups » [12], le sujet fut atteint dès l'âge de 4 ans d'une phobie des loups, ultérieurement compliquée d'obsessions à thème religieux. Cette névrose semblait avoir spontanément guéri vers 10 ans, jusqu'au moment où le sujet alla consulter Freud à l'âge adulte à l'occasion des conséquences d'une blennoragie. Le problème est donc de savoir si un traitement psychanalytique chez l'enfant est susceptible d'éviter l'éclosion d'une névrose chez l'adulte.

Dans le cas du petit Hans [12], Freud a lui-même clairement posé le problème :

« Je ferai en outre observer en faveur de Hans (j'avoue ouvertement ma partialité) qu'il n'est pas le seul enfant ayant, à un moment ou l'autre de son enfance, été frappé d'une phobie. De telles maladies sont, cela est connu, extraordinairement fréquentes, même chez des enfants pour qui l'éducation, en matière de sévérité, ne laisse rien à redire. Les enfants en question deviennent plus tard un peu névrosés ou bien ils restent bien portants. On réduit, en leur criant après, dans la nursery, leurs phobies au silence, car elles sont inaccessibles au traitement et sont certes très gênantes. Elles rétrocèdent alors au bout de quelques mois ou de quelques années et guérissent en apparence ; mais personne ne saurait dire quelles altérations psychologiques nécessitent une semblable « guérison », ni quelles modifications de caractère elle implique. Mais si nous prenons en traitement pour une cure psychanalytique un névrosé adulte, dont la maladie ne se soit, dirons-nous, manifestée qu'à l'âge de la maturité, nous découvrirons régulièrement que sa névrose se relie à une angoisse

infantile et qu'elle en est de fait la continuation ; on dirait qu'un fil continu et ininterrompu d'activité psychique parti de ces conflits de l'enfance, est resté ensuite intriqué à tout le tissu de sa vie, et ceci que le premier symptôme de ses conflits ait persisté ou qu'il ait disparu sous la pression des circonstances. Je crois donc que notre Hans n'a peut-être pas été plus malade que beaucoup d'autres enfants qu'on ne stigmatise pas du terme de « dégénéré », mais comme il était élevé loin de toute intimidation, avec autant d'égard et aussi peu de contrainte que possible, son angoisse a osé se montrer plus hardiment que chez d'autres. Une « mauvaise conscience » et la peur des punitions lui manquaient, et ces mobiles doivent certes contribuer chez d'autres enfants à « diminuer » l'angoisse. Il me paraît que nous nous préoccupons trop des symptômes et nous nous soucions trop peu de ce dont ils proviennent. Et quand nous élevons des enfants, nous voulons simplement être laissés en paix, n'avoir pas de difficultés, bref, nous visons à faire un « enfant modèle » sans nous demander si cette manière de faire est bonne ou mauvaise pour l'enfant. Je peux en conséquence me figurer qu'il fut salutaire pour notre Hans d'avoir eu cette phobie, parce qu'elle attira l'attention de ses parents sur les inévitables difficultés auxquelles un enfant doit faire face, quand, au cours de son éducation de civilisé, il doit surmonter les composantes instinctuelles innées de sa nature, et parce que c'est le trouble que subit Hans qui appela son père à son secours. Il se peut que maintenant, Hans ait un avantage sur les autres enfants, en ceci qu'il ne porte plus en lui ce germe de complexe refoulé qui ne doit jamais être sans importance, causant à des degrés divers une déformation du caractère, quand ce n'est pas une disposition à la névrose ultérieure. Je suis enclin à penser ainsi, mais je ne sais si beaucoup d'autres personnes partageront mon opinion ; je ne sais pas davantage si l'expérience me donnera raison. »

2. Le problème de la curabilité spontanée de la névrose se trouve donc posé par Freud, comme il vient d'être dit. On a également vu qu'Anna Freud a bien montré que la phase de latence et la période pubérale sont marquées par l'extinction de certains troubles névrotiques. D'ailleurs, on peut noter ici l'opposition entre les troubles névrotiques et les troubles réactionnels du

comportement, puisque l'adolescence est un âge de prédilection pour le déclenchement des comportements dissociaux.

3. De toute façon, la question de l'existence même de névroses chez l'enfant est difficile à trancher : on peut admettre qu'il n'y a pas de névrose possible sans une organisation suffisante du Moi et du Surmoi. Sans doute, Melanie Klein a-t-elle insisté sur les conséquences de manifestations précoces qu'elle appelle psychotiques et qu'elle décrit au travers des reconstitutions interprétatives que lui ont permis un certain nombre d'analyses précoces. Mais au sens de la clinique psychiatrique et psychanalytique classique, une névrose ne peut guère s'observer chez le tout jeune enfant : l'organisation stable du Moi ne s'établit qu'après l'évolution œdipienne, à l'entrée dans la période de latence. Dans ces conditions, l'apparition de symptômes analogues à ceux qu'on observe dans les névroses de l'adulte chez un jeune enfant n'autorise pas toujours à parler de névroses infantiles. On doit également tenir compte de ce fait que la psychologie génétique normale est encore fort mal connue et que bien des comportements de l'enfant qui paraissent s'apparenter aux symptômes de l'adulte (tels que de petits rites obsessionnels, des mécanismes psychologiques de participation et de projection) ne constituent que des manifestations transitoires d'une évolution normale.

Dans ces conditions, on comprend pourquoi la notion d'inadaptation infantile ne permet pas de diagnostic des états névrotiques : le plus grand nombre des troubles du comportement de l'enfant sont réactionnels à des situations conflictuelles et ne constituent qu'un mode de défense contre un milieu intolérant. Notons d'ailleurs :

a) Que l'enfant, comme l'a montré Anna Freud, ne souffre pas de ses troubles. Sa situation doit être rapprochée de celle de l'adulte atteint de névrose du caractère : Reich [41] a montré que la psychanalyse n'est alors possible que si le sujet réalise que son trait caractériel a un aspect pathologique et devient un symptôme ;

b) L'expression des troubles de l'enfant varie, on le sait, avec la tolérance des parents et les anxiétés les plus graves sont, rappelons-le, souvent camouflées par la famille ;

c) L'inadaptation infantile est souvent sous-tendue par des conflits réels et conscients (citons le cas de l'enfant abandonné en internat, de l'enfant hostile au remariage d'un de ses parents). La névrose et la psychanalyse qui en est le traitement s'adressent à des conflits intériorisés. Sans doute, les conflits conscients sont-ils souvent la superstructure de conflits inconscients qui les sous-tendent. Mais chez l'enfant, l'importance de ces situations conflictuelles réelles appelle dans de nombreux cas d'inadaptation de toutes autres mesures que la psychanalyse.

Il apparaît donc que la notion d'inadaptation n'est pas d'un grand secours pour le diagnostic de la névrose chez l'enfant. S'il est vrai que des désadaptations permanentes, se manifestant dans tous les milieux où vit l'enfant, peuvent exprimer des névroses, le diagnostic de ces dernières nécessite des investigations beaucoup plus complètes.

De même, comme on l'a vu, on ne peut se baser, du moins avant la puberté ou à la rigueur la période prépubérale, sur l'existence de symptômes névrotiques classiques pour établir ce diagnostic. Nous avons d'ailleurs fait des réserves sur la signification de ces manifestations d'apparence névrotique, lorsqu'il est donné de les constater à cet âge.

Il reste, qu'avant de décider de la nécessité d'une cure psychanalytique, on devra étudier longuement non seulement l'histoire de l'enfant, mais aussi celle des parents.

Les grandes séquences du développement psychomoteur de l'enfant, dans les domaines de l'alimentation, de l'établissement du contrôle sphinctérien, des acquisitions verbales et de la motricité seront étudiées soigneusement. On notera ses habitudes de sommeil, ses comportements dans les jeux, ses réactions dans la famille et à l'école.

La biographie des parents et leur personnalité devront également faire l'objet d'investigations minutieuses. Il s'agit non seulement de préciser l'hérédité au sens traditionnel du mot, mais aussi de replacer la famille dans son contexte économique et culturel. Il faut étudier les réactions profondes des parents devant l'existence de leurs enfants et la manière dont ils se sont identifiés à eux.

Il faut insister ici sur les caractères particuliers de ces études biographiques des enfants et de leurs parents : il ne peut s'agir d'un interrogatoire systématique qui risquerait de valoriser artificiellement certains faits et certaines situations. L'examen doit être patient ; le psychiatre doit rester suffisamment passif pour se contenter de diriger l'entretien et laisser développer une longue histoire qui ne saurait être schématisée en quelques réponses. Dans ces conditions, on pourra mettre en évidence des désorganisations durables de l'évolution libidinale et on pourra en même temps préciser les perturbations dans les rapports entre parents et les enfants. Il s'agit finalement de savoir dans quelle mesure l'anxiété s'est structurée et dans quelle mesure les conflits sont intériorisés.

L'examen de l'enfant doit être plusieurs fois répété : un examen unique risque d'être démenti par des examens ultérieurs. Le clinicien étudie d'une part les réactions de l'enfant devant les faits réels, et d'autre part, ses productions spontanées. Le grand danger est ici de se borner à essayer de comprendre leur contenu. Il est clair qu'on mettra toujours en évidence des contenus conflictuels assez banaux. Ce qui importe au contraire, c'est de connaître leur mode d'intégration au Moi de l'enfant et de savoir comment ils influent sur sa structuration. Il est rare que chez l'enfant jeune, avant la période prépubérale, un Surmoi trop sévère détermine une névrose de structure masochique. On doit surtout chercher comment se sont constitués les mécanismes de défense du Moi. Malheureusement, nous connaissons mal l'évolution historique de ces derniers et la référence pourtant indispensable à l'évolution normale est très difficile. On peut dire que dans les cas de névroses infantiles, le refoulement est spécialement intense. La négation de la réalité extérieure est la règle. Les projections sont innombrables. La fuite dans le fantasme, la fantasmatisation permanente de la vie affective, l'existence de fantasmes très primitifs qui transparaissent dans les productions spontanées sont autant de traits qu'on observe chez les enfants qu'on dit atteints de névrose. Il reste que chez ceux-ci la personnalité paraît fragmentée, ses modes de défense inharmonieux ; d'où les comportements

rigides, d'une importance disproportionnée à leur motivation.

On comprend donc que la perte du contrôle soit un des éléments importants du tableau clinique et l'on conçoit que la névrose puisse se traduire finalement par des troubles du comportement.

En somme, cet examen clinique prolongé et répété dont nous avons rappelé les bases théoriques et la nécessaire minutie aboutit à démontrer l'existence de troubles structurés que les psychanalystes d'enfants ont voulu classer, comme dans le travail de l'un de nous plus haut cité, parmi ceux qui entrent dans le cadre de la névrose. Mais la notion théorique de névrose infantile peut paraître elle-même discutable.

Rappelons encore que lorsque l'enfant a atteint le stade des identifications œdipiennes, sa conduite est liée en partie aux exigences du Surmoi. Dans cette mesure, ses troubles du comportement sous-tendus souvent par de l'angoisse et de la culpabilité constituent, au moment de l'installation de la phase de latence de véritables équivalents des névroses de l'adulte. Mais on ne doit pas oublier que le départ doit toujours être fait entre conflits intériorisés et externes, entre troubles structurés et réactionnels. Sans doute, les conflits réels peuvent-ils être sous-tendus par des conflits inconscients. Mais quand la part réactionnelle prédomine dans les troubles observés, la psychothérapie de l'enfant, si elle prétend agir sur un symptôme ou un trait de comportement inopportun aux parents, risque toujours d'aboutir au renforcement pathologique des défenses, à l'affaiblissement du Moi et peut-être à l'évolution d'une névrose ultérieure.

C'est dans un nombre très limité de cas, lorsque l'évolution libidinale de l'enfant est perturbée, lorsque ses identifications se font sur le mode digestif et partiel de la vie prégénitale, lorsque son Moi est affaibli, lorsque ses défenses sont rigides et anachroniques, qu'on peut envisager un traitement psychanalytique, d'autant plus justifié que l'examen clinique approfondi, avec l'aide supplémentaire des tests de personnalité (d'ailleurs difficilement applicables chez le jeune enfant) aura mis en évidence le contraste de la faiblesse du Moi et des ressources personnelles inemployées.

De toute façon l'intrication entre les troubles affectifs profonds et durables et les troubles du comportement qui les expriment,

justifient de grandes précautions lorsqu'on veut peser avec soin les indications de la psychanalyse. Si le terme de névrose se justifie encore, comme nous venons de le voir, lorsque l'enfant entre dans la période de latence, il devient extrêmement critiquable, lorsqu'il s'agit de définir les tableaux cliniques qu'on observe chez l'enfant plus jeune.

Aussi serons-nous amenés, d'une manière sans doute un peu schématique, à distinguer dans l'état actuel de la question, les indications de la psychanalyse chez le jeune enfant, avant et pendant l'évolution œdipienne et ses indications à la période de latence et à la période prépubérale.

LES INDICATIONS DE LA PSYCHANALYSE DITE PRÉCOCE

Melanie Klein décrit sous ce nom les psychanalyses pratiquées avant l'âge de 3 ans. Il nous paraît que sur le plan clinique comme sur le plan technique, le problème des indications de la psychanalyse est à peu près identique pour ces enfants jeunes avant 3 ans et les enfants plus âgés entre 3 et 5 ans, c'est-à-dire avant et pendant l'évolution œdipienne, à partir du moment où le développement du langage permet une cure authentique.

Ici le processus de l'examen clinique sera le même que celui que nous venons de décrire. Mais les troubles du comportement s'observent à peu près uniquement dans le milieu familial. Il s'agit de savoir s'ils expriment une anxiété grave, déjà structurée malgré le potentiel dynamique, susceptible d'empêcher l'évolution du Moi en affaiblissant ses premiers nuclei.

Mais il serait dangereux de s'enfermer dans le cadre clinique de ce qu'on a appelé, abusivement sans doute à cet âge, les névroses. De nombreux exemples montrent que des enfants très anxieux, ayant des symptômes obsessionnels durables, sont plutôt de véritables prépsychotiques. Nous ne saurions préciser le tableau clinique de ces cas que de nombreux psychiatres d'enfants considèrent de plus en plus comme prodromiques d'évolutions psychotiques ultérieures. Citons seulement quelques situations mal tranchées : tantôt le tableau clinique est dominé par celui d'une inhibition totale, réalisant en particulier un mutisme extra-familial avec opposition passive, donnant à l'enfant un aspect réellement

catatonique. Ailleurs on est en présence d'un enfant dont l'état d'excitation confine à l'hypomanie, mais cache en réalité une profonde anxiété. On est frappé par la facilité avec laquelle sont exposés, sans souci de l'ambiance, des fantasmes extrêmement primitifs. Dans tous ces cas peuvent être mises en évidence des dysharmonies frappantes du développement psychomoteur et du langage ainsi que de l'évolution libidinale. Ces enfants donnent d'autres fois, l'impression d'une espèce de maturité précoce avec un langage trop mûr.

Chez l'enfant jeune, ces quelques notations cliniques montrent dans quelle direction se situe l'effort diagnostique, lorsqu'on parle des états prépsychotiques qui représentent sans doute la meilleure des indications des traitements psychanalytiques dits précoces. Chez ces enfants, que les auteurs anglo-saxons appellent parfois « autistiques » ou même « atypiques », le pronostic lointain semble si sombre que sont justifiés les efforts d'une longue cure psychanalytique, seule susceptible de modifier la structure d'un Moi où les intégrations normales ne se font pas.

Tous les troubles à propos desquels un psychiatre peut être consulté sont susceptibles de conduire à un tel diagnostic, surtout lorsqu'à l'ensemble du tableau clinique qui rappelle les quelques types que nous avons signalés s'ajoutent des difficultés importantes dans les grandes séquences du premier développement : troubles prolongés dans la sphère alimentaire — inappétence se manifestant dans le domaine moteur, la marche étant par exemple possible, mais refusée — troubles du langage où, comme nous l'avons vu, les progrès du vocabulaire contrastent avec le retard syntaxique.

Mais ces troubles peuvent être isolés et témoignent alors de difficultés plus simples dans le développement du Moi. Les indications de la psychanalyse doivent être encore discutées :

L'anorexie est une cause d'inquiétude pour les parents : soit anorexie du nourrisson se prolongeant jusqu'à cette période, soit plutôt conflits prolongés autour de l'alimentation qui suscitent de grandes difficultés familiales. C'est généralement à la fin de cette période que l'anorexie s'amende, plus ou moins spontanément. Les conflits s'étendent au fur et à mesure que la vie de l'enfant s'élargit à des cercles extra-familiaux. Mais généralement,

de nouveaux types de conflits, de plus en plus internalisés, s'accompagnent de comportements de type très infantile, de fixations orales, qui inquiètent les parents, en particulier de manipulations des doigts, et déterminent des comportements de tendance manifestement autopunitive. Malgré la tendance spontanée à la guérison de cette anorexie de la seconde enfance, par le diagnostic réservé qu'elle comporte, elle peut justifier une psychanalyse, surtout si elle s'accompagne d'autres troubles, que nous allons maintenant étudier.

Les troubles sphinctériens qui constituent une des causes les plus fréquentes de consultation en psychiatrie infantile, ont fait l'objet, dans bien des cas, d'indications hâtives de psychothérapie. L'énurésie certes gêne la vie familiale et sociale et, en conséquence, est fort mal tolérée par les familles dont l'attitude punitive est la règle. La signification psychologique de ce symptôme a été très étudiée [3] : revendication phallique, associée à une satisfaction masturbatoire génératrice de sentiments autopunitifs que les parents satisfont bien souvent. L'énurésie peut s'observer dans bien des cas où l'examen complet trouvera des déficiences neurologiques ou somatiques dont la valeur pathogénique est difficile à codifier. L'énurésie a, en particulier chez le garçon, une tendance labile, en sorte que les succès des médications et des interventions plus ou moins traumatisantes sont souvent mis en avant. De même, les psychothérapies courtes en amènent souvent la disparition. Mais l'interprétation du symptôme et souvent conçue comme une interdiction de la masturbation et il est raisonnable de penser qu'elle peut renforcer les tendances passives de l'enfant [28].

Lorsque l'énurésie s'accompagne de manifestations anxieuses très structurées et surtout lorsqu'elle s'accompagne d'encoprésie durable, les indications d'une psychanalyse devront être envisagées.

L'énurésie, satisfaction masturbatoire, peut s'accompagner de *masturbation* si ouverte qu'elle inquiétera les parents. A vrai dire, c'est à propos de ces cas que l'on pourrait citer les comportements les plus spectaculaires de familles hantées par la crainte de la masturbation et imaginant les appareils de torture les plus

fantastiques pour l'interdire à leurs enfants. Il va sans dire que les prohibitions dans ce domaine, même si elles sont discrètes, aboutissent à culpabiliser un comportement qui, par l'héritage culturel et par l'intrication des pulsions sexuelles et agressives, donne à l'enfant l'idée du péché. Les interventions psychothérapiques doivent ici s'adresser aux parents. Mais les conseils sont généralement inutiles et tout le planning d'une psychothérapie parentale peut se trouver justifié. L'onanisme est une indication de psychothérapie et même de psychanalyse lorsqu'il prend un caractère compulsif, débordant le cadre du jeu solitaire et lorsque, en dehors des cas où l'évolution instinctuelle est très précoce et perturbée, évoquant l'hystérie infantile, il s'accompagne d'autres manifestations inquiétantes et d'anxiété.

Les troubles du langage posent de multiples problèmes qui ne relèvent pas de la psychothérapie, ce qui n'exclut pas une participation affective dans leur genèse et leur développement. Par contre, certains retards simples du langage témoignent d'une inappétence qui peut contribuer à poser les indications d'un traitement de longue durée. Il en est de même du mutisme dit « psychogène » qui est souvent un des signes d'un état psychotique.

Les jeunes enfants inquiètent souvent par leurs *colères*. Mais dans ces cas, c'est la recherche de l'anxiété qui est importante. Hors les cas où elle se manifeste par les grands accès anxieux du soir, par les terreurs nocturnes, l'anxiété doit être recherchée, car, comme l'a montré Anna Freud, elle est spécialement bien tolérée par la famille : petites phobies d'animaux qui prennent une valeur lorsqu'elles sont durables, petits cérémoniaux du coucher pourtant bien banaux, anxiété dans l'obscurité, rêves anxieux avec appel au secours de la mère, telles sont les manifestations qu'un interrogatoire systématique peut mettre en évidence et qui prennent une grande valeur lorsqu'on les retrouve à l'occasion d'une consultation pour l'un des troubles précédemment étudiés.

Mais il faut aussi reconnaître que des manifestations d'anxiété, au moins passagères, sont très fréquentes à cet âge ; seul leur caractère durable, leur polymorphisme, marquant toute la vie de l'enfant d'une empreinte profonde, quoique parfois latente, leur donne une réelle valeur.

Dans cette perspective, on doit attacher une certaine importance aux difficultés des premiers contacts sociaux dans les jeux et surtout dans les groupes scolaires (jardins d'enfants).

D'une manière générale, les troubles qui inquiètent la famille ont souvent à cette période un caractère spontanément régressif ou, en tout cas, nettement réactionnel. La tolérance familiale est alors un des problèmes essentiels ; c'est pour l'augmenter que sont souvent justifiées les interventions psychothérapiques auprès des parents. Le nombre de cas où l'impression clinique, après un bilan prolongé et répété, reste fâcheuse est très réduit. C'est alors que sera envisagée une cure psychanalytique qui a pour objet essentiel le renforcement du Moi, qu'il s'agisse d'états pré-névrotiques ou plus graves, d'allure pré-psychotique.

LES INDICATIONS DE LA PSYCHANALYSE A LA PÉRIODE DITE DE LATENCE

La psychanalyse n'est indiquée ici encore que lorsque la part réactionnelle des troubles qui sont observés semble très réduite. Nous croyons pouvoir distinguer deux cas principaux à cet âge, où malgré tout la signification des troubles se rapproche de celle des troubles de l'adulte : les états pré-névrotiques et les états pré-psychotiques.

L'examen clinique mené comme nous l'avons dit est susceptible de mettre en évidence une anxiété profonde et structurée qui justifie le nom de névrose infantile. A vrai dire, il est souvent impossible de prévoir d'une manière certaine quel serait l'avenir de ces troubles laissés à eux-mêmes : on sait combien leur curabilité spontanée a souvent été soulignée. Mais on a également vu que de telles manifestations névrotiques se retrouvent dans l'histoire des névroses graves de l'adulte. Les traitements psychanalytiques, malgré leur longueur et leurs difficultés, semblent ici indiqués parce qu'on pense à leur valeur prophylactique.

Ailleurs, le diagnostic s'oriente vers l'idée d'un état psychotique. S'il existe — à titre d'ailleurs très exceptionnel — des cas où l'ensemble du tableau clinique évoque, sinon le diagnostic de schizophrénie infantile, en tout cas celui de psychose confirmée et

où les indications d'une psychanalyse se trouvent et justifiées par la gravité du syndrome et limitées par la relative pauvreté des résultats qu'on est en droit d'en attendre, plus souvent on se trouve en présence d'états qu'on appellerait volontiers pré-psychotiques. Les enfants sont ou inhibés ou au contraire excités, d'allure hypomane. Ils réagissent ainsi à une anxiété profonde qui peut d'ailleurs s'exprimer par des symptômes d'allure phobique ou obsessionnelle. La vie fantasmatique de ces sujets est organisée autour de l'angoisse de morcellement qui limite les relations à l'objet. Contre cette angoisse se manifestent des mécanismes de défense que l'un de nous a cru pouvoir étudier sous le nom de « mécanismes de défense psychotiques » [33]. D'une part, la structure psychotique avec sa déréalisation, ses abstractions, protège globalement l'enfant contre l'angoisse relationnelle. D'autre part, ses modes relationnels très primitifs, rappelant les modes anaclitiques dont il a été parlé plus haut, s'expriment sous la forme d'indétermination du Moi et du non-Moi qui mérite à peine le nom d'objet. Des mécanismes de défense assez spécifiques, comme l'identification projective, décrite par Melanie Klein et ses élèves, sous-tendent alors la relation psychotique à l'objet et extériorisent les fantasmes les plus primitifs qui semblent ne pas être intégrés. La mise en évidence de cette structure psychopathologique particulière est d'un grand intérêt diagnostique. Il va sans dire qu'elle n'est pas sans influencer les modalités mêmes de la cure psychanalytique. C'est en effet dans ces cas que la technique préconisée par Anna Freud où l'on cherche avant tout à établir un contact affectif préalable se trouve tout particulièrement justifiée. Il est vrai que les interprétations en profondeur sont souvent remarquablement appréhendées par ces enfants qui vivent dans un monde très particulier : l'élaboration interprétative de leurs fantasmes semble apaiser leur angoisse qui est mise à distance grâce à la verbalisation.

On comprendra toutefois qu'on se trouve ici devant le stade prémonitoire de maladies chroniques qui justifient de très longs traitements, même si les résultats doivent en être incomplets, au prix de ce que Bouvet [5] appela autrefois l'obsessionnalisation.

D'une manière générale, les parents viennent encore consulter

pour les mêmes troubles qu'à la période précédente : anorexie, troubles sphinctériens, troubles sexuels avec masturbation qui peut avoir un caractère compulsif, retards du langage, retards simples ou même mutisme qui annonce si souvent, comme nous l'avons vu, un état pré-psychotique.

Mais la fréquentation scolaire devient par elle-même, par les obligations qu'elle impose, la cause déclenchante de nombreux troubles de la conduite : le refus scolaire total peut réaliser une véritable phobie de l'école, témoignant généralement d'une anxiété profondément structurée dans le sens névrotique. Mais le refus scolaire peut s'exprimer dans des secteurs plus localisés ; avant de préconiser une intervention psychothérapique, on épuisera toutes les ressources de l'examen clinique, à la recherche de difficultés d'allure neurologique, devant certains apprentissages. La popularisation de la notion globale de dyslexie dans les milieux médicaux et pédagogiques ne doit pas faire oublier les difficultés qui peuvent être à l'origine de tels troubles : ils ne sont pas forcément réactionnels, mais peuvent témoigner de régressions affectives profondes.

Les troubles psychomoteurs peuvent aussi exprimer l'anxiété. Il en est rarement ainsi du bégaiement ; mais les tics, lorsqu'ils se manifestent à la fin de cette période, ont souvent une allure obsédante et peuvent même représenter de véritables équivalents d'obsessions caractérisées.

Les enfants instables (instabilités congénitales ou instabilités dites conditionnées [19]) posent rarement des problèmes d'ordre psychothérapique, en dehors d'interventions à propos des réactions de l'environnement familial et scolaire. Toutefois, il peut s'agir d'enfants non seulement instables, mais excités, d'allure hypomane, chez lesquels ces troubles ne sont qu'une réaction à l'anxiété profonde qui justifie la psychanalyse.

Parfois, les enfants sont examinés à l'occasion de troubles manifestement pithiatiques. Si la simulation, généralement utilitaire, appelle des interventions psychothérapiques simples, l'hystérie infantile avec dispositions mythomaniaques ou hypochondriaques, parfois érotiques et pseudo-perverses, peut parfaitement être une bonne indication de psychanalyse.

LES INDICATIONS DE LA PSYCHANALYSE A LA PÉRIODE PRÉPUBÉRALE

Bien qu'il ait pu paraître artificiel de faire un chapitre à part, dans l'étude des indications de la psychanalyse, à la phase dite de latence, à vrai dire assez imprécise dans son étendue, c'est sans doute parce qu'à cette période le Moi s'organise d'une façon assez définitive pour que se manifestent d'une façon claire des processus névrotiques ou psychotiques qui donnent relativement prise à la psychanalyse.

A la période prépubertaire, la liste des troubles qui peuvent indiquer une psychothérapie se trouve augmentée. Les troubles alimentaires, sphinctériens, sexuels, peuvent encore quelquefois provoquer la consultation, mais cela est plus rare. Le comportement se trouve maintenant suffisamment troublé, à cause des exigences sociales, pour inquiéter les parents. Il s'agit de troubles de comportement proprement dits : colère, mensonges, vols, de difficultés scolaires qui font évoquer la paresse ou le manque d'aptitude. Parfois, les troubles affectent la conduite sociale et peuvent mener aux confins de la délinquance. C'est également à cette période que peuvent apparaître des troubles névrotiques dont la structure rappelle ceux de l'adulte et où domine la névrose obsessionnelle avec phobies simples ou phobies compliquées d'obsessions.

Ici, les indications de la psychanalyse sont facilement établies dans les cas où l'on peut parler de « troubles psycho-névrotiques », au sens traditionnel de la clinique psychiatrique.

Il est, par contre, beaucoup plus difficile de dire avec précision, si le traitement psychanalytique doit être entrepris dès cette période, où sa mise en œuvre est, malgré tout, déjà très difficile, ou s'il faut plutôt se contenter de techniques psychothérapiques d'attente, jusqu'à ce que la maturité de l'adulte permette un traitement techniquement infiniment plus facile.

Chez l'adolescent dont nous n'avons pas à discuter dans le présent chapitre, nous rappellerons seulement que la psychanalyse ne peut être utilisée dans ses formes strictes que dans des cas assez rares.

Cette méthode thérapeutique est pourtant l'objet d'applications

assez étendues dans des domaines qui ne relèvent pas exclusivement de la psychiatrie infantile proprement dite. *Dans la thérapeutique pédiatrique* en particulier, le psychanalyste aura une place de choix dans le domaine des troubles psycho-somatiques [21]. Ces troubles d'allure chronique (troubles respiratoires, en particulier asthme, même si la notion d'allergie est mise en évidence, troubles cutanés, en particulier eczéma, troubles alimentaires : vomissements chroniques, obésité, anorexie) ne cèdent en effet pas aux thérapeutiques médicamenteuses habituelles ni aux psychothérapies simples. L'exemple de l'anorexie mentale est bien connu : nous ne voulons pas parler de l'anorexie de l'adolescent qui appelle des mesures psychothérapiques codifiées, mais de l'anorexie tenace de l'enfant qui appelle, à la phase précoce ou de latence, une longue cure psychanalytique.

Dans le domaine criminologique, la psychanalyse classique est rarement indiquée, parce qu'elle est difficilement applicable aux enfants qui sont placés en internat et parce qu'elle exige des modifications techniques suggérées par certains auteurs qui se sont occupés d'adolescents délinquants. Par contre, dans des psychothérapies qu'elle inspire et sur lesquelles nous reviendrons (psychanalyses de groupe et psychanalyses dramatiques), la psychanalyse trouve ici d'excellentes applications.

Nous n'avons pas voulu parler des indications de la psychanalyse que l'on doit parfois conseiller *aux parents* des enfants pour lesquels le psychiatre est consulté et pour lesquels il envisage une psychanalyse ou une psychothérapie. Ce problème sera traité par J. Favreau et A. Doumic dans une autre partie de ce livre (« Psychanalyse et éducation »).

B) Les méthodes de la psychanalyse infantile [31]

Ne pouvant envisager dans le détail les procédures techniques que les praticiens utilisent avec l'enfant et ayant suffisamment indiqué par quelles hypothèses diverses ils les justifient, nous nous contenterons de présenter ci-dessous la conception d'ensemble de la cure analytique chez l'enfant.

Nous étudierons successivement :

1° Les moyens techniques ;
2° L'attitude du psychanalyste ;
3° La marche de la cure.

1. Moyens techniques

Dès les premiers essais de psychanalyse d'enfant, une difficulté s'éleva. Il était évident que l'enfant ne pouvait pas se soumettre, surtout devant un médecin, à la règle des associations libres qui, dans les débuts de la psychanalyse, était considérée comme la méthode fondamentale. Si le petit Hans confiait ses craintes à son père, il était évident que c'était là une situation d'exception et que, pour instituer un traitement tant soit peu psychanalytique auprès d'un enfant, il était essentiel de trouver un moyen d'expression propre à cet âge. C'est pourquoi la psychanalyse d'enfants ne débute qu'à partir des premiers travaux de H. von Hug-Hellmuth [22] qui, la première, attira l'attention sur la valeur symbolique du jeu de l'enfant et sur le fait que les diverses phases de ce jeu pouvaient être rapprochées des différentes idées exprimées par l'adulte au cours des associations libres. On sait que M. Klein développa considérablement ce point de vue, et c'est ainsi que le jeu de l'enfant devint l'instrument de prédilection en psychothérapie. Nous avons vu comment le dessin et différentes variétés de jeux sont venus compléter l'arsenal de petits jouets représentatifs d'êtres humains, animaux, voitures, maisons, etc., dont se servait M. Klein. Rapidement, un autre type de matériel vient élargir encore cette « instrumentation » : papier et ciseaux, sable et eau, peinture aux doigts, etc.

Il nous semble nécessaire de revenir sur la signification de toutes ces activités proposées à l'enfant. Nous verrons que la compréhension du jeu a une très grande importance ; non seulement en théorie psychanalytique, mais encore pour la compréhension des méthodes psychothérapiques contemporaines s'écartant de l'analyse, puisque certains pensent que le seul maniement d'images symboliques a une valeur thérapeutique, tandis que d'autres donnent au jeu une valeur constructive en soi (Bertha Bornstein [4], ainsi que F. Allen et ses élèves [2].

Nous rappellerons, en outre, que dans ses articles sur la psychanalyse des enfants, A. Freud [14] a émis, sur la thérapie par le jeu, certaines opinions qui nous paraissent tout â fait valables : elle oppose à l'association libre des idées, méthode employée avec l'adulte, les techniques de jeu, qui offrent à l'enfant un matériel rigide et fixe où les interprétations symboliques sont très différentes des interprétations qui peuvent être données à l'adulte. Dans bien des cas, le jeu permet à l'enfant de se défendre contre les affects qu'il éprouve dans la situation thérapeutique.

Ces critiques très justes de A. Freud ont permis de mettre au point une technique permettant précisément d'utiliser le jeu selon des règles conformes aux principes de la psychanalyse. En effet, la valeur du jeu en tant que produit des mécanismes de défense ne peut plus paraître une contre-indication, à l'époque actuelle, puisque précisément, les travaux de Reich [41] et de Anna Freud elle-même, ont montré à quel point l'adulte lui-même était loin de se plier à la règle des associations d'idées. De même que, chez l'adulte, l'analyse des mécanismes de défense est un temps essentiel accompagnant l'explicitation de chaque affect, de même chez l'enfant, le psychanalyste devra comprendre chaque temps de jeu en tant que signification profonde et en tant qu'élaboration du Moi dans cette situation expérimentale particulière qu'est la séance analytique [8].

L'expérience montre que de telles interprétations sont indispensables dès l'apparition des premiers nuclei du Moi. Correctement employées, elles permettent à l'enfant de verbaliser les affects les plus profonds et les plus archaïques avec peut-être moins de difficulté que l'adulte.

Il faut également tenir compte de la valeur directement hédonique du jeu de l'enfant, à qui l'on permet des activités généralement interdites, ce qui l'autorise à satisfaire directement des instances libidinales à peine modifiées, en échappant ainsi à la situation de frustration qui doit rester, comme chez l'adulte, un des moteurs de la cure analytique. Nous ne citerons qu'un exemple fréquemment observé dans les services de « Child-Guidance » : depuis les travaux de M. Klein et de ses élèves, il est constant d'offrir, aux enfants, du sable et de l'eau et de leur permettre d'en

faire l'usage qu'ils veulent. Il est évident qu'ils tirent un plaisir direct de ces manipulations, comme ferait n'importe quel enfant devant des jeux le ramenant si directement à des satisfactions primaires.

Nous verrons à quel point il est difficile, au cours des traitements d'enfants, de doser les satisfactions et les frustrations. Cependant, il faut donner à l'enfant un matériel adapté à son âge, lui permettant d'exprimer ses affects élaborés, sans pour autant prendre des attitudes trop régressives. Tant que les relations objectales sont mal installées (dans les analyses précoces, avant 3 ans), l'eau, le sable, les peintures représentent un matériel conforme aux activités contemporaines de l'enfant. Dans les années suivantes, on se servira volontiers des objets figurés (petits jouets), dont l'enfant pourra se servir soit en tant qu'objet d'échange non significatif, soit en fonction de leur valeur symbolique propre. A partir de 5 ans, le dessin pourra être employé de plus en plus utilement. Au cours de la période de latence, l'emploi des jouets pourra prendre une signification régressive (vers 8 ou 9 ans). L'apparition de la période prépubertaire est souvent signalée par le fait que l'enfant ne se projette plus dans ses dessins ou alors le fait d'une façon très symbolique, extrêmement loin de son conscient : c'est la période où les analyses d'enfants deviennent extrêmement difficiles et dépendent de la structuration du Moi autant que de la capacité de verbalisation.

Il est évident que ces indications ont une valeur toute relative. Le choix du matériel à employer dépend des résultats de l'examen clinique, des habitudes personnelles du thérapeute et peuvent varier au cours d'un même traitement, si c'est nécessaire. M. Klein [23] elle-même, insiste sur la nécessité, dans les cas graves (enfants psychotiques), d'utiliser, quel que soit l'âge, le matériel habituel aux analyses précoces, et nous pensons qu'il n'est souvent pas possible de procéder autrement. Notre énumération est d'ailleurs forcément incomplète, car chacun peut y ajouter les jouets qu'il désire. La pâte à modeler est fréquemment utilisée. Chez les enfants petits, elle permet des satisfactions très primitives. Chez l'enfant plus âgé, il peut s'agir d'un substitut du dessin, mais il faudra avoir soin d'interpréter, le cas échéant, les recherches

esthétiques des enfants ou bien la lenteur d'exécution, qui risque d'être l'expression de défenses difficiles à interpréter, puisqu'on les a suscitées. Il faut également étudier la valeur des jouets trop luxueux qui donnent des satisfactions très évidentes tout en posant, par là même, des problèmes nouveaux. Nous étudierons plus loin la signification de ces excès de matériel quant à l'attitude du psychanalyste.

Cependant, cette énumération de moyens techniques, malgré son côté spectaculaire, ne donne qu'une idée très imparfaite du traitement lui-même. Le maniement de ces différents objets n'a de valeur thérapeutique que dans la mesure où il permet d'avoir un point de départ pour permettre à l'enfant d'associer sur ses productions. Grâce à ces différents jouets, on pourra prendre connaissance des fantaisies imaginées par l'enfant et secondairement des expériences vécues fantasmatiques qui marquent les principales étapes de ces relations avec son entourage. Cette verbalisation doit être le souci permanent du psychanalyste et ne peut s'obtenir que par l'interprétation des défenses précédant les interprétations des contenus qu'elles masquaient.

2. Attitude du psychanalyste

On a vu que les deux grandes écoles de psychanalyse infantile préconisaient, pour le thérapeute, une attitude très différente vis-à-vis de l'enfant. A. Freud [13], parce qu'elle donnait une importance aux conflits encore externes, concluait à l'impossibilité d'une névrose de transfert et à la nécessité de la création artificielle d'une atmosphère de « transfert positif ». Au contraire, M. Klein [23] estime que les jeux de l'enfant, qui sont l'équivalent de fantasmes masturbatoires, sont exprimés dans une atmosphère négative par anxiété devant l'analyste, mais que l'interprétation de cette anxiété, conçue comme déplacée dans le transfert négatif à partir des expériences primaires de l'enfant, doit être faite systématiquement et dans une atmosphère de neutralité stricte.

Il nous a paru que la technique préconisée par A. Freud, dans la mesure où elle est préparée par une attitude très artificielle de l'adulte, qui doit, selon les termes mêmes de l'auteur, séduire

l'enfant, se condamne à supprimer les phénomènes de déplacement et de transfert avant même de constater qu'ils peuvent exister.

D'un autre côté, il n'est pas sûr que la technique préconisée par M. Klein soit une stricte application de l'attitude psychanalytique traditionnelle de neutralité. En effet, si cet auteur insiste sur l'absence de toute préoccupation éducative ou pédagogique dans sa conduite thérapeutique, il n'en est pas moins vrai qu'il apporte beaucoup plus aux enfants qu'il ne semble le dire : on a vu plus haut les satisfactions hédoniques que le jeu peut fournir à l'enfant.

D'ailleurs, c'est cet auteur même qui, insistant sur la fonction masturbatoire du jeu, aurait pu pressentir l'importance de cette critique. Par les interprétations itératives qu'il donne et en se référant à l'importance que lui-même attache aux fixations orales, il donne un autre type de satisfactions à l'enfant.

Nous pensons, quant à nous, qu'une attitude plus strictement analytique est réalisable. L'évolution de cette relation entre adulte et enfant, dans cette situation très particulière du traitement, détermine des prises de position extrêmement complexes, dont l'interprétation, en des moments féconds, permet la structuration d'une névrose de transfert et l'intégration des expériences vécues élaborées dans les fantasmes et les jeux.

Mais l'attitude de frustration, qui est la règle d'or en psychanalyse d'adulte, ne peut pas être appliquée à l'enfant systématiquement dans bien des cas. On connaît la formule de Fenichel [10] : « Ne jamais jouer le jeu. » Mais l'analyse d'enfant employant des techniques de jeu rend difficile l'application de ce principe. On comprendra toute l'importance que prend ici l'étude théorique du transfert et du contre-transfert.

a) *Transfert.* — Les discussions sur l'existence des névroses de transfert chez l'enfant ont maintenant une valeur historique. Les premières relations d'objets et les premiers conflits se situent beaucoup plus précocement que les travaux analytiques ne l'avaient d'abord admis. Il ne fait de doute pour personne que la plupart des conflits sont internalisés dès la 3e année. Ce fait permet donc de comprendre qu'une névrose de transfert puisse s'organiser, même dans les cas d'analyse précoce.

Dans l'analyse d'enfant, on peut observer les diverses manifestations de transfert qui sont décrites chez l'adulte et qui traduisent le déplacement, sur la personne de l'analyste, des imagos parentales et des conflits qui ont marqué les relations de l'enfant avec ces dernières. Il est classique d'opposer le transfert positif et le transfert négatif. Sans reprendre la controverse entre M. Klein et A. Freud, nous dirons que les relations de l'enfant avec son analyste sont inévitablement ambivalentes, comme l'étaient celles qu'il avait avec ses parents à chaque période de son développement. Le choix de l'aspect positif ou négatif dépend en fait du psychanalyste et l'on comprendra à quel point les mobiles de ce choix doivent être minutieusement étudiés et critiqués. La situation est, en outre, compliquée de ce fait que, dans la plupart des cas, et surtout s'il s'agit d'enfants jeunes, des relations sont inévitables entre l'analyste et les parents de l'enfant. Ceux-ci ne peuvent pas ignorer les sentiments vécus et exprimés par l'enfant dans la relation thérapeutique et ne peuvent pas manquer de réagir par une jalousie plus ou moins exprimée à la blessure qui leur a été infligée. L'enfant aura alors du mal à exprimer ses émois transférentiels. Les émois positifs de transfert cachent habituellement l'agressivité et les émois négatifs permettent à l'enfant d'échapper aux sentiments positifs qu'il ressent. D'une manière plus générale, l'agressivité se manifeste souvent par un désir de nier tout sentiment agressif et les désirs les plus positifs déclenchent des sentiments de frustration, que la situation analytique entretient par ailleurs.

L'opposition entre le transfert paternel et le transfert maternel est quelque peu schématique. Certes, dans les cas les plus simples et chez des enfants déjà âgés, à la fin de la période de latence, à un âge où les relations œdipiennes sont déjà structurées, le transfert a beaucoup de chance de s'organiser en fonction de la situation œdipienne, et des frustrations qu'elle a déterminées, forcément reproduites par la situation analytique. Mais il s'en faut que le transfert se structure de façon aussi simple dans bien des cas. Chez les enfants jeunes, la prévalence de la relation à l'objet maternel impose un sens très particulier au transfert où l'analyste est le support du déplacement d'une imago maternelle terrifiante en

fonction des relations partielles vécues sur un mode sadico-oral et sadico-anal. En outre, comme l'a montré M. Klein [23], l'importance des fantasmes de scènes primitives qui ont été vécues suivant les conceptions primitives de l'enfant fait que celui-ci imagine les parents unis dans un coït dévorant, si bien que l'analyste peut les représenter tous les deux à la fois. En outre, les rapports étroits qui unissent l'angoisse de castration à l'angoisse de morcellement font que le personnage redouté est essentiellement l'objet morcelant. Même lorsque l'enfant a construit une relation triangulaire qui rappelle les désirs et les frustrations œdipiennes, comme on a pu le dire, il s'agit plutôt d'une « œdipification » [29] de la relation de l'enfant à l'objet ; sous cette apparence, qui oppose les rôles du père et de la mère, l'enfant attribue un rôle similaire aux deux adultes, dont il craint l'agression orale et anale. Dans ces conditions, le transfert de l'enfant sur l'analyste est la reproduction de la relation à l'objet partiel morcelant et à l'objet total morcelé.

De ce que nous venons de dire, découle un fait trop souvent négligé. Quel que soit l'aspect de la relation transférentielle et de son intensité, malgré les liens historiques qui unissent les deux phénomènes, il y a une différence qualitative fondamentale entre la relation réelle de l'enfant avec ses parents et la relation transférentielle avec l'analyste. Celle-ci est toujours une structuration nouvelle des pulsions et présente toujours un caractère original. Toute concurrence réelle entre parents et psychanalyste n'est, en fait, que le produit d'une fantasmatisation des adultes.

Nous avons décrit, jusqu'à présent, le déplacement sur l'analyste des pulsions telles qu'elles ont évolué historiquement. Mais, comme l'a montré A. Freud [13], sont également transférées les défenses contre les pulsions. Elles s'expriment par les différents phénomènes groupés sous le nom de « résistances ». Il est probable qu'elles ont aussi une valeur historique. La plus importante des résistances transférées chez l'enfant est peut-être la défense par le jeu, qui donne des satisfactions régressives à l'enfant et lui permet précisément d'échapper aux émois du transfert [8].

Un des phénomènes les plus fréquents qu'on observe en psychanalyse d'enfant est ce qu'on pourrait appeler l' « identification narcissique » : dans ses jeux, l'enfant donne sa place à l'analyste et désire jouer le rôle du « docteur ». Il se rassure ainsi, par ce transfert narcissique, sur le fait que, respectant la personne de l'analyste, réciproquement il ne court aucun danger durant le traitement : selon nous, il s'agit là de l'essentiel de ce que Lacan, reprenant les travaux de Preyer et de Wallon, a décrit sous le nom de « stade du miroir » [25].

On ne doit pas s'attendre à ce que les divers phénomènes que nous venons de décrire soient exprimés par l'enfant, soit directement, soit au cours du jeu, soit au cours de rêves et de fantaisies. S'il est fréquent que l'enfant s'attache à son analyste et éprouve du plaisir aux séances de psychanalyse, il n'en reste pas moins vrai que la compréhension du transfert et son expression même sont le fruit de l'élaboration thérapeutique. On peut distinguer, à ce sujet, trois ordres d'interventions :

1° Le thérapeute, par sa présence même, contribue à la structuration des éléments du transfert ;

2° Par ses remarques et ses interventions, il fait ressortir, auprès de l'enfant, les caractères de la situation de transfert ;

3° Enfin, il peut interpréter le transfert, c'est-à-dire remonter de la situation actuelle, vécue avec lui, à la situation passée, revécue en fonction des phénomènes répétitifs. Dans d'autres cas, il peut montrer comment la situation dans le transfert ne fait que répéter des situations autrefois vécues.

Il importe de dire que ces interprétations de transfert n'ont une valeur élaborative que pour autant qu'elles sont appréhendées par l'enfant, c'est-à-dire qu'elles se situent seulement un peu en avant de ce qu'il éprouve déjà consciemment.

En effet, on a longtemps pensé que la constitution de la névrose de transfert était la conséquence de conflits non intégrés et des symptômes qui les exprimaient dans la névrose elle-même. La plupart des auteurs estiment, actuellement, que les conditions mêmes de la cure analytique sont les éléments essentiels qui provoquent la structuration de la névrose de transfert. Nous citerons, en particulier, Ida Macalpine [37] qui, dans un article récent, a montré que ce sont les positions de frustration de la cure analy-

tique qui provoquent les régressions. Chez l'enfant, la situation est particulière : nous avons vu que le jeu lui donne des satisfactions et que, par ailleurs, le Moi du sujet ne pourrait supporter une attitude totalement frustrante.

Les régressions et les manifestations transférentielles qui en résultent sont donc liées à ces deux facteurs contradictoires dont il faudra toujours apprécier justement l'action. On en tiendra compte également dans toutes les explorations affectives pratiquées chez l'enfant au cours de l'examen clinique initial. Les fixations et régressions constatées alors sont fonction non seulement de la structure du sujet, mais encore, et de façon plus importante, des conditions de ces examens.

De toute façon, il convient de noter ici que les éléments divers de la névrose de transfert que nous venons d'analyser ne constituent qu'un aspect partiel des relations transférentielles infiniment complexes, telles qu'elles se constituent dans le *hic et nunc* de la situation thérapeutique. L'ensemble de ces relations transférentielles joue certainement un rôle décisif dans les différentes psychothérapies de l'enfant, quelle que soit la technique adoptée. L'attitude du thérapeute y joue un rôle non moins important que celle de l'enfant ; d'où la nécessité d'étudier maintenant le contre-transfert.

b) *Contre-transfert* [27]. — Il est actuellement admis par tous que l'analyste ne saurait rester idéalement neutre devant son malade et que les conflits exprimés par celui-ci déclenchent des réactions chez celui-là. On sait que l'identification à l'inconscient du malade est considérée par beaucoup comme nécessaire à la bonne marche de la cure. L'essentiel est que le psychanalyste soit aussi conscient et aussi maître de ses réactions affectives que possible. On désigne généralement sous le nom de « contre-transfert » l'ensemble ·s réactions profondes de l'analyste devant son malade.

Chez les psychanalystes d'enfant, la situation est compliquée par les facteurs suivants :

1) S'identifier à un enfant risque de constituer, pour l'adulte, une expérience particulièrement régressive, dans la mesure où sont remises à jour les pulsions dont la structuration a été nécessaire pour arriver à l'état adulte.

Le malaise ressenti par beaucoup d'adultes devant l'enfant est la marque de ce phénomène. Il est particulièrement important de savoir qu'il faut réaliser l'attitude préconisée par Ida Macalpine [37] quand elle précise que, si le propre de l'analysé est de régresser, le propre de l'analyste est de résister à cette régression ;

2) En effet, l'analyste d'enfant fait face à son sujet et doit agir. Il doit participer, dans une certaine mesure, aux jeux de l'enfant, lui procurer des satisfactions, il peut avoir à entrer dans un conflit compétitif avec des parents eux-mêmes fortement régressifs. Tous ces risques nous ont amenés à penser qu'analyse et psychothérapie d'enfant ne pouvaient être pratiquées par un personnel hâtivement formé ;

3) On a pu se demander pourquoi certains s'orientaient vers le traitement des enfants. La pratique psychiatrique courante montre que beaucoup de malades voudraient s'occuper d'enfants déficients. Il y a certainement, dans de tels désirs, une recherche de satisfactions que l'individu pense ne pas pouvoir trouver dans la vie réelle. Isabelle Pichon-Rivière [40] a fait une étude sur les hommes voulant être psychanalystes d'enfants. L'un d'entre nous a posé la question des femmes ayant les mêmes désirs. Les cas des femmes célibataires sans enfants, croyant réaliser pour leurs jeunes patients l'image d'une mère idéale, posent le problème complexe de l'identification du psychothérapeute à l'un des parents [27].

3. Marche de la cure

Il nous reste maintenant à décrire les principales étapes d'un traitement psychanalytique d'enfant. Il va sans dire que les objectifs d'un tel traitement varient considérablement suivant l'âge.

Il est indispensable, en effet, de tenir compte du mode habituel des relations objectales de l'enfant pour ne pas poursuivre un traitement jusqu'à un équilibre utopique, qu'on ne saurait trouver que chez l'adulte. Les critères de guérison devront être discutés avec soin pour chaque cas suivant la maturation du Moi, l'évolution de la libido, la désintrication de cette dernière d'avec les réactions d'agressivité et de culpabilité. La position de l'en-

fant vis-à-vis du complexe d'Œdipe doit manifestement être envisagée de façon différente suivant que l'enfant se trouve à la période d'évolution et d'installation normale du complexe d'Œdipe ou à la période de latence. Il est important de se souvenir que, pendant cette dernière période, le conflit œdipien n'est pas profondément dépassé, mais qu'il est accepté et intégré par le Moi de l'enfant.

Il est évident qu'une étude approfondie des positions de départ est nécessaire et qu'il convient d'apprécier dans quelle mesure agressivité et angoisse, déterminant des attitudes régressives ou empêchant certains dépassements, sous-tendent les symptômes pour lesquels l'enfant est amené à consulter.

Contrairement à ce qui est habituel dans les analyses d'adultes, une connaissance approfondie de l'anamnèse de l'enfant est souvent indispensable. Nous avons vu l'importance du matériel ludique et la difficulté que l'on peut rencontrer à faire associer l'enfant sur son passé vécu. Chez beaucoup d'enfants petits, ces associations consistent en allusions à des faits que l'enfant croit que l'adulte connaît. Du reste, aucun enfant ne pourrait croire au fait que les parents n'aient pas raconté les événements importants de sa vie. On risque donc de ne pas pouvoir faire associer correctement par un enfant si l'on a pas une idée assez exacte des différentes péripéties de son existence et si on ne connaît pas les différentes personnes de son entourage.

Le problème du comportement actuel de l'enfant dans son milieu soulève aussi quelques difficultés. Plusieurs techniques peuvent être utilisées. Si les parents communiquent directement avec le psychanalyste, l'enfant en traitement, quel que soit son âge, doit toujours être tenu au courant de ces communications et de leur contenu. Dans beaucoup de services, les parents sont en contact avec un autre psychiatre (dans les pays anglo-saxons, avec une assistante sociale spécialisée).

Le début de l'analyse est marqué, quel que soit l'âge de l'enfant et quel que soit le matériel employé, par l'établissement du transfert. Nous ne reviendrons pas sur les différentes conceptions de cette notion de transfert, qui implique, de la part du psychanalyste, des attitudes très différentes. Nous avons vu comment,

par l'élaboration interprétative, on peut amener l'enfant à prendre conscience de ses conflits internalisés, revécus dans la relation transférentielle. Nous insisterons ici sur un certain nombre de points.

Quel que soit l'âge de l'enfant et même dans les analyses les plus précoces (depuis l'âge de 2 ans 1/2), l'enfant vit ses relations avec ses parents en donnant à chacun d'eux un rôle. On peut donc dire que ces relations sont toujours « triangulaires ». Ce n'est que suivant les phases du traitement que l'un ou l'autre apparaîtra comme menaçant. Chez le jeune enfant, l'angoisse liée à une imago maternelle terrifiante — et, selon le schéma décrit par M. Klein [23] ayant introjecté le pénis paternel — deviendra rapidement prévalente, résumant ainsi l'angoisse de l'enfant devant le couple parental. Chez le garçon plus âgé, le rôle du père interdisant les bonnes relations avec la mère devra souvent être analysé avant que les fantasmes plus archaïques ne soient accessibles au Moi de l'enfant. Chez les filles, on sait que cette relation est plus complexe, car se pose le problème de la non-acceptation de leur destin anatomique. La revendication phallique donne à la mère, supposée en possession de l'objet partiel convoité, un rôle longtemps prévalent.

La première séance a souvent un rôle capital. Il convient de montrer à l'enfant qu'il s'agit là d'un traitement et de lui en faire sentir la nécessité, non pas en fonction de ses symptômes, mais en fonction des difficultés qu'il a dans ses relations avec son entourage. Il importe également de donner clairement à l'enfant les consignes du traitement, en lui indiquant qu'il peut ici tout dire ou tout exprimer avec les moyens mis à sa disposition. Ce premier entretien permet, la plupart du temps, de décider du type de matériel à employer. Les productions de l'enfant, lors de la première séance, sont souvent très riches et permettent parfois de comprendre l'ensemble des positions conflictuelles. On pourrait comparer le contenu de ses premiers dessins ou de ses premiers jeux à celui du premier rêve de l'analyse des adultes. Il est évident que ce matériel n'est alors compréhensible que pour l'analyste et que ce n'est qu'en fin de traitement que l'enfant aura pu appréhender sa signification la plus profonde.

Pendant tout le déroulement du traitement, l'attitude de l'analyste est la neutralité. Comprenant les émois profonds vécus

par l'enfant, il lui fournit ainsi une image possible d'identification dans ses aspects positifs (idéal du Moi) et dans ses aspects négatifs (Surmoi). On a vu les positions émotionnelles dites « de contre-transfert » qui sous-tendaient cette attitude. Mais, dans l'ensemble, l'analyste assiste passif à l'issue du matériel. Chez l'enfant, du moins au voisinage de la période de latence, l'attitude de l'analyste se borne à celle que nous venons de décrire. Chez l'enfant plus jeune, et en particulier dans les analyses précoces, il devient souvent nécessaire, pour l'analyste, de jouer avec l'enfant. La difficulté est ici de se borner à agir dans le sens souhaité par l'enfant, « sans trop jouer le jeu ». Superficiellement, il n'est pas possible de refuser à l'enfant de participer à son activité — il ressentirait ce refus comme une interdiction — mais il importe de ne pas lui donner de gratification profonde, qui empêcherait la marche de l'analyse, l'enfant trouvant de trop grands bénéfices dans la persistance de la situation présente.

L'analyste pourra intervenir de plusieurs façons :

a) Il *sollicite des associations*, soit sur le plan du jeu, soit sur le plan du langage. De toute façon, les interventions de l'analyste doivent être suffisamment réservées pour laisser au dynamisme du matériel les possibilités de se structurer et l'analyste doit être en état de percevoir le bon moment pour son intervention, car, s'il attend trop, l'accumulation du matériel ne permettra plus des associations d'idées fructueuses.

Les interventions de l'analyste sont faites suivant un style qui dépend et de ses habitudes et de ses conceptions ; mais elles doivent être toujours accessibles à l'enfant. Elles doivent être faites en employant des mots qui lui soient familiers, mais en évitant toujours de valoriser la partie de son vocabulaire liée aux fixations primitives. En un mot, elles ne doivent jamais encourager les positions régressives ni trahir une attitude régressive de l'analyste. Elles doivent être courtes. Données dans ces conditions, les interprétations sont remarquablement appréhendées et intégrées par l'enfant, comme en fait preuve l'issue de matériel d'aspect nouveau.

b) Par des interventions verbales discrètes, il peut *souligner auprès de l'enfant, tel aspect du matériel et lui en révéler ainsi les points importants* qui lui échapperaient sans cela.

c) Il est souvent utile de *rapprocher certains points d'une même séance ou de séances différentes*, à moins que ce ne soit un détail particulier d'une séance que l'on peut rapprocher d'un événement vécu par l'enfant.

d) L'interprétation vraie consiste en une élucidation d'une position conflictuelle qui a été revécue dans le transfert en l'explicitant en fonction d'une part des relations actuelles avec l'analyste, d'autre part du passé vécu du sujet. Cette définition large de l'interprétation doit parfois subir des restrictions. Souvent, il s'agit d'événements vécus élaborés dans une fantasmatisation ultérieure et, dans ce cas, la référence à l'événement historique n'est pas possible. C'est, en fait, le cas pour la plupart des relations préobjectales, qui ne peuvent être abordées qu'à travers des fantasmes-écrans. On sait qu'une partie des disciples de M. Klein [9] soutiennent le caractère antihistorique de l'analyse et affirment que tout doit être rapporté à la situation transférentielle et à ce qui se passe *hic et nunc*. D'autres analystes d'enfants ne donnent pas seulement des interprétations de transfert, mais expliquent des situations extra-transférentielles par des événements passés de caractère conflictuel et de tendance répétitive.

Aucune des règles que nous venons d'énoncer ne nous paraît devoir être suivie de façon exclusive. L'important est de se laisser guider par le matériel. Mais, chez l'enfant plus encore que chez l'adulte, il faut savoir reconnaître comment chaque intervention ou chaque abstention aura été vécue et dans quelle mesure ces écarts de la position neutre ont pu modifier la relation vécue profonde de l'enfant avec son analyste. L'expérience montre que chaque action de l'adulte entraîne une certaine modification dans la position de l'enfant et qu'il est essentiel d'en tenir compte dans tous les cas.

Les séances doivent, en principe, être fréquentes. Dans les pays anglo-saxons ou d'Amérique latine, il est habituel de prendre un enfant 5 à 6 fois par semaine. En France, beaucoup considèrent que 3 ou 4 séances hebdomadaires seraient indispensables, mais il est souvent impossible de conserver longtemps un tel rythme. En fait, il semble que, chez l'enfant jeune, la fréquence des séances soit moins importante que chez l'adulte et il est d'un exemple

courant de voir des analyses d'enfants menées à bien à raison de 2 séances par semaine. On a beaucoup discuté du souvenir que l'enfant gardait des séances après une interruption plus ou moins longue. Il n'est pas rare de voir un enfant dont le traitement a été interrompu pour une raison fortuite pendant quelques mois, reprendre son traitement comme si cette interruption n'avait pas eu lieu.

La durée du traitement est évidemment très variable. On sait que Melanie Klein et ses élèves ont décrit des traitements psychanalytiques d'enfants se déroulant pendant plusieurs années. En pratique, de tels traitements peuvent être difficiles à mener jusqu'à leur terme, car l'entourage pourrait ne plus en comprendre la signification. Dans la mesure où des expériences primitives sont revécues, revalorisées par l'analyste et parfois accompagnées de gratifications réelles, on peut se demander si le traitement ne maintient pas de tels enfants dans des positions chroniquement régressives. Enfin, ces traitements couvrent des périodes très différentes de développement et il est certain qu'il devient très difficile de juger de leur efficacité. Dans la pratique courante, les psychanalyses d'enfants pratiquées par l'école de Paris dépassent rarement deux ou trois ans.

La terminaison de l'analyse détermine des phénomènes groupés sous le nom de « sevrage ». Ces phénomènes apparaissent à partir du moment où l'on annonce à l'enfant — ce qui est la règle — la fin du traitement. Cette fin est prévue avec un certain délai, pour analyser précisément ces phénomènes. Pendant cette période, se réveillent souvent toutes les angoisses déterminées par les relations objectales primitives. Cette période de sevrage est un véritable raccourci de l'analyse et doit permettre de montrer à l'enfant toutes les projections fantasmatiques et illusoires qu'il avait faites sur la personne de son analyste. Cette ultime étape peut être relativement courte si, auparavant, le matériel a été correctement analysé ; l'interprétation du sevrage permet à l'enfant de reprendre des positions plus évoluées avant la fin du traitement, ce qui amène généralement un appauvrissement progressif du matériel. Après la fin du traitement, l'enfant ne donne aucun signe de malaise lié à la cessation de sa relation avec l'analyste. Cependant, quand on revoit, dans les années qui suivent, un enfant qui a été traité, on est frappé de voir combien le personnage de son analyste reste familier et son image vivace.

CONCLUSION

Dans le deuxième chapitre de ce travail, nous avons longuement montré l'influence de la psychanalyse sur le développement de la psychiatrie infantile. Il en est résulté que tous les psychiatres et psychothérapeutes utilisent les connaissances psychanalytiques, plus ou moins hâtivement appliquées dans les thérapeutiques qu'ils destinent à l'enfant. De leur côté, les psychanalystes authentiques discutent encore, comme nous l'avons vu, les indications et les méthodes qu'ils emploient avec l'enfant. D'ailleurs, dans notre exposé, nous n'avons pu tenir compte que de l'état actuel de nos conceptions dans notre équipe de travail à Paris ou dans d'autres pays où travaillent des collègues qui ont contribué à élaborer notre doctrine.

Il n'en est pas moins vrai que les psychanalystes peuvent et doivent utiliser des méthodes psychothérapiques plus simples, qui sont toutes, il faut le reconnaître, inspirées par la psychanalyse. Ainsi, la situation est-elle paradoxale : des procédures psychothérapiques se sont affranchies de la psychanalyse et se révèlent intéressantes ; mais le psychanalyste les utilise soit à l'état isolé, soit à l'intérieur même de techniques strictement psychanalytiques, tant il est souvent difficile de préciser chez l'enfant ce qui est psychanalyse et ce qui est psychothérapie et tant il est présomptueux de trancher de manière définitive sur les modalités d'action que peut avoir sur lui la cure psychanalytique.

Nous aimerions donc distinguer parmi les techniques psychothérapiques dérivées de la psychanalyse, tout en rappelant qu'elles sont toutes incluses dans la cure classique, les moyens suivants :

1. *La psychothérapie expressionnelle.* — Elle fait essentiellement appel au jeu de l'enfant. Si certains, valorisant la « play-therapy », insistent sur le côté constructif du jeu, nous avons montré aussi

plus haut que le jeu mené en présence d'un adulte a une fonction « régressive » qu'il ne faut pas négliger ;

2. *La psychothérapie relationnelle* joue un rôle essentiel avec tous les enfants dont nous sommes amenés à nous occuper. Le transfert, son mécanisme, son élucidation, ne sont qu'un exemple valorisé par l'expérience psychanalytique des modalités de la relation psychothérapique entre un enfant et son médecin. Il va sans dire que si les phénomènes transférentiels et contre-transférentiels, avec leurs nuances particulières que nous avons soulignées chez l'enfant, donnent leur originalité propre à la cure psychanalytique classique, ils ne peuvent pas ne pas jouer dans toute relation psychothérapique. Inversement, il est difficile de dire, lorsqu'on met en œuvre la psychanalyse, ce qui revient au transfert et aux phénomènes relationnels ;

3. *Les interprétations psychanalytiques* se placent dans le cadre des différentes interventions psychothérapiques qui ont toujours en vue la verbalisation des affects. On a souligné que l'interprétation *stricto sensu*, relie une situation transférentielle actuelle à une situation appartenant au passé vécu. Mais diverses remarques, interventions sur la situation présente, le comportement extra-transférentiel, ont leur utilité thérapeutique et sont justifiées dans le cadre des psychothérapies simples.

***

C'est parce que, selon nous, la psychanalyse est le meilleur instrument pour comprendre notre action auprès de l'enfant que nous l'avons utilisée dans nos applications de psychothérapie de groupe (psychanalyse verbale ou dramatique de groupe) et dans l'utilisation du procédé psychodramatique (psychanalyse dramatique individuelle ou de groupe). Nous n'étudierons pas ici ces méthodes et leurs indications puisque nous les employons plus spécialement chez l'adolescent [32].

***

Si nous n'avons pas cru devoir nous contenter dans ce travail d'un exposé sur les techniques et les indications de la psychanalyse chez l'enfant, c'est parce que le développement de la psychiatrie infantile, comme nous croyons l'avoir montré, a été influencé de façon décisive par l'application de la psychanalyse à l'adulte, puis à l'enfant, en même temps que par les observations directes des psychanalystes sur les nourrissons. Certes, la psychiatrie de son côté, doit agir sur la psychanalyse en lui donnant un cadre de références familier à tous ; elle doit l'obliger à infléchir à nouveau vers l'idéal des psychiatres, la description de groupements symptomatiques pathognomoniques. Lorsque la psychanalyse appliquée à l'enfant se sera intégrée au large cadre de son étude neurobiologique conduite dans un sens global et dynamique, il lui restera le champ de la thérapeutique : elle est encore une méthode discutée et relativement incertaine, mais dont l'application à l'enfant est justifiée par la gravité des psychoses et des psycho-névroses confirmées de l'adulte.

BIBLIOGRAPHIE

[1] AJURIAGUERRA (J. DE), Intervention au XVII[e] Congrès des Psychanalystes de Langues romanes, *Revue française de Psychanalyse*, XIX, janvier-juin 1955, 1 et 2, 295-299.

[2] ALLEN (F. H.), *Psychotherapy with Children*, 1942, W. W. Norton, New York, 311 p.

[3] BERGE (A.), *Le facteur psychique dans l'énurésie*, 1946, éd. du Seuil, Paris, 90 p.

[4] BORNSTEIN (B.), Clinical Notes on Child Analysis, *The Psychoanalytic Study of the Child*, I, 1945, Intern. Univ. Press., New York, p. 151.

[5] BOUVET (M.), Le Moi dans la névrose obsessionnelle, *Revue française de Psychanalyse*, XVII, janvier-juin 1953, 1 et 2, 111-196.

[6] BOWLBY (J.), *Soins maternels et santé mentale*, Monographie de l'Organis. mondiale de la Santé, Genève, n° 2, 1951.

[7] BURLINGHAM (D.) et FREUD (A.), *Enfants sans famille* (trad. A. BERMAN), 1947, Presses Universitaires de France, Paris, 128 p.

[8] DIATKINE (R.), Les satisfactions régressives au cours des traitements d'enfants, *Revue française de Psychanalyse*, XVI, oct.-déc. 1952, 4, 453-467.

[9] EZRIEL (H.), Psychoanalytic Approach of Group Psychotherapy, *British Jnl. of medical Psychology*, 23, 1, 2, 1950, 59-74.

[10] FENICHEL (O.), *La théorie psychanalytique des névroses* (trad. M. SCHLUMBERGER et coll.), 1953, Presses Universitaires de France, Paris, 835 p.

[11] FREUD (S.), *Trois essais sur la sexualité* (trad. B. REVERCHON), 1923, Gallimard, Paris.

[12] FREUD (S.), *Cinq psychanalyses* (trad. M. BONAPARTE et R. LOEWENSTEIN), 1936, Denoël & Steele Paris, 480 p.
[13] FREUD (A.), *Le Moi et les mécanismes de défense* (trad. A. BERMAN), 1re éd., Paris, Presses Universitaires de France, 1949, 162 p.
[14] FREUD (A.), *Le traitement psychanalytique des enfants* (trad. A. BERMAN), 1re éd., Paris, Presses Universitaires de France, 1951.
[15] GLOVER (E.), Examination of the Klein System on Child Psychology in *The Psycho analytic Study of the Child* I, 1945, Intern. Univ. Press, New York.
[16] GLOVER (E.), *Psycho-analysis and Child Psychiatry*, 1953, Imago Pub., Londres, 42 p.
[17] GOLDFARB (W.), Infant Rearing and Problem Behaviour, *Amer. Jl. of Orthopsychiatry*, 1943, 13, 249-265.
[18] HARTMANN (H.), KRIS (E.), et LŒWENSTEIN (R.), Comments on the Formation of the Psychic Structure, *Psychoanalytic Study of the Child*, II, 1946, Intern. Univ. Press, New York.
[19] HEUYER (G.) et LEBOVICI (S.), *Les instabilités conditionnées*, Communication à la Société française de Pédiatrie, 1950.
[20] HEUYER (G.), LUBTCHANSKY (P.), MALLET (J.), Le pronostic éloigné des troubles du caractère chez l'enfant, *Sauvegarde de l'enfance*, numéro hors série, 1951.
[21] HEUYER (G.) et LEBOVICI (S.), *Le traitement en médecine psycho-somatique de l'enfant* (Rapport au Congrès des pédiatres de Langue française, Alger, 1951), 1951, L'expansion scientifique française, Paris.
[22] HUG-HELLMUTH (H. VON), A propos de la technique d'analyse d'enfants, *Intern. Zsche. Psychoanal.*, 1921, 7.
[23] KLEIN (M.), *The psychoanalysis of Children*, 3e éd., Londres, The Hogarth Press, 1949, 393 p.
[24] KLEIN (M.), A Contribution to the Theory of Anxiety and Guilt, *The Intern. Jl. of Psychoanalysis, XXXIX*, 1948, 2.
[25] LACAN (J.), Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, *Revue française de Psychanalyse*, 1949, 4, 449-455.
[26] LEBOVICI (S.), A propos du diagnostic de la névrose infantile, *Revue française de Psychanalyse*, XIV, oct. 1950, 4, 581-595.
[27] LEBOVICI (S.), Die Gegenübertragung in der Kinderanalyse (Communication au Congrès international de Psychanalyse, 1951), *Psyché*, 1952, 5, 11, 680-687.
[28] LEBOVICI (S.), A propos de cinq malades autrefois traités par psychothérapie analytique (Communication au Congrès mondial de Psychiatrie, 1950), in *Compte rendu des séances*, VII, 1952, Herman, Paris, 144 p.
[29] LEBOVICI (S.) et DIATKINE (R.), Étude des fantasmes chez l'enfant, *Revue française de Psychanalyse*, XVIII, 1954, 1, 108-154.
[30] LEBOVICI (S.) et DIATKINE (R.), Die Bilanz der Kinderpsychoanalyse in Frankreich, *Praxis der Kinderpsychologie*, 7, juil. 1955, 178-186.

[31] LEBOVICI (S.), DIATKINE (R.), FAVREAU (J.), LUQUET (P.) et LUQUET-PARAT (J.), Psychothérapie chez l'enfant in *Traité de psychiatrie*, III : *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, 1955.
[32] LEBOVICI (S.), DIATKINE (R.) et KESTENBERG (E.), Les psychothérapies de groupe, in *Traité de psychiatrie*, IV : ***Encyclopédie médico-chirurgicale***, Paris, 1955.
[33] LEBOVICI (S.), Une observation de psychose infantile, Étude des mécanismes de défense psychotique, à paraître dans ***L'évolution psychiatrique.***
[34] LEBOVICI (S.), Les aspects précoces de la relation objectale : la relation anaclitique à l'objet, à paraître dans la *Revue française de Psychanalyse.*
[35] LE GUILLANT (L.), Le psychiatre et l'enfance, *La raison*, 1, 29-59.
[36] LUTZ (J.), Über die Schizophrenie in Kindesalter, *Schweiz. Archiv. f. Neurol. u. Psych.*, t. 39-40, 1937.
[37] MACALPINE (I.), Development of Transference, *Psychoanal. Quarterly*, 1950, 19, 4, 501.
[38] NACHT (S.), Les nouvelles théories psychanalytiques sur le Moi et leurs répercussions sur l'orientation méthodologique, *Revue française de Psychanalyse*, XV, oct.-déc. 1951, 4, 569-576.
[39] NACHT (S.) et LEBOVICI (S.), Indications et contre-indications de la psychanalyse, *Revue française de Psychanalyse*, XIX, janvier-juin 1955, 1 et 2, 132-188.
[40] PICHON-RIVIÈRE (I.), Quelques considérations sur le transfert et le contre-transfert en psychanalyse d'enfants, *Revue française de psychanalyse*, XVI, 1952, 1 et 2, 230-253.
[41] REICH (W.), *Character-Analysis*, 3e éd., New York, Orgone Institute Press, 1949, 516 p.
[42] ROSENFELD (H.), The Psychoanalytic Approach to acute and chronic Schizophrenia, *The Intern. Jl. of Psychoanalysis*, XXXV, 1954, II, 135-140.
[43] SPITZ (R. A.), Hospitalism, An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions, in *Psychoanalytic Study of the Child*, I, 1945, Intern. Univ. Press, New York, 53-74.
[44] SPITZ (R. A.), Genèse des premières relations objectales. Observations directes sur le nourrisson pendant sa première année. *Revue française de Psychanalyse*, XVIII, oct.-déc., 1954, 4, 479-575.