

Ce que la clinique de l'enfant m'enseigne sur les enjeux structuraux, le maniement et la fin d'une cure d'adulte

Louis Sciara, psychiatre, psychanalyste - Cercle Freudien, le 01/06/2022

Introduction

Mes remerciements pour cette invitation dans votre institution vont avant tout à Patrick Belamich, votre président. Bien entendu, ils s'étendent à l'ensemble des participants venus m'écouter. C'est la première fois que j'interviens au Cercle Freudien et j'espère que mon travail suscitera remarques et questions qui permettront un débat. J'aurais peut-être été plus inspiré d'intituler mon travail : « De l'infantile à la fin de cure : les différents temps de la castration ».

Vie, mort, sexuel, parole et langage sont inexorablement liés avant même la conception, pendant la gestation, à la naissance, tout au long du développement et jusqu'à la mort de chacun. Nous devons à Freud, à ses exégètes, Lacan notamment, d'avoir élaboré les éléments fondamentaux qui spécifient cette condition si particulière qui fait de nous, humains, des animaux dénaturés par le langage. Le grand mérite de Freud a été d'avoir découvert l'inconscient, d'avoir dévoilé la sexualité de l'enfant, d'avoir résisté à ses pairs et aux normes culturelles et religieuses de « la morale sexuelle civilisée » de son époque.

Freud nous a laissé en héritage le caractère atemporel de l'inconscient, allant jusqu'à affirmer que « l'inconscient, c'est l'infantile » et qu'aucune cure analytique ne pourrait aboutir sans l'exploration de la névrose infantile. Ce n'était pas tant une idéalisation de la fin d'une cure qu'une exigence éthique de la mener à bien, en suivant au plus près la perlaboration de chaque analysant (e) adulte sur son passé infantile, pour que ce dernier en entende quelque chose et soit « averti » de la logique inconsciente du désir qui le guide pour exercer ainsi au mieux sa responsabilité de sujet. Or, cette perlaboration, Freud n'a cessé de chercher à l'authentifier et à la formaliser, au fil du transfert, à l'appui des paroles de chaque analysant témoignant du fantasme, de la dynamique pulsionnelle propre à l'infantile, à la névrose infantile, au fil des incidences de l'intrication asymétrique des complexes de castration et d'Œdipe, selon que l'analysant se situe côté femme ou côté homme.

En la matière, chaque analyste prend appui sur son cheminement dans la cure psychanalytique. Le plus souvent, comme c'est mon cas, au fur et à mesure des « tranches » d'analyse qui se sont succédé, sans omettre le travail de supervision et surtout son propre travail d'analyste avec ses patients.

Cela fait près de vingt ans que je m'implique comme clinicien dans le transfert avec l'enfant, en institution et dans mon exercice privé. Je ne recevais jusqu'alors que des adultes et des adolescents. **Avec le recul nécessaire, mon intention est d'évoquer le retentissement de cette immersion dans la clinique infanto-juvénile, d'une part sur mon repérage et ma lecture des fondamentaux structuraux à l'œuvre dans toute psychanalyse, d'enfant comme d'adulte, et, d'autre part, sur ma position de psychanalyste. Indéniablement, le travail clinique avec les jeunes patients a eu et continue d'avoir une influence sur « mon style », ma manière d'entendre et de pratiquer dans les cures d'adultes. En d'autres termes, je voudrais partager avec vous ce que cette clinique continue de m'enseigner.**

Je prendrai appui sur deux illustrations cliniques : celle d'une enfant et celle d'un homme adulte. Dans les deux occurrences, on pourra relever un temps dans le transfert que je qualifierai de « franchissement symbolique » précisément en lien avec des éléments que j'ai perçus comme relevant de l'infantile et de la névrose infantile.

Le premier cas rendra compte d'un moment symptomatique, sensible, de l'évolution sous transfert d'une enfant parvenue précocement aux prémices de sa puberté et qui n'aura consulté que le temps de quelques séances, elle et ses parents mettant fin inopinément aux entretiens dès que son symptôme s'est atténué. Le second permettra de mieux entendre dans une cure d'adulte présentant une névrose classique freudienne, un moment clé de sa perlaboration durant lequel ont fait émergence, véritables retours du refoulé, les traces d'une névrose infantile/névrose de l'enfant qui perdurait, avec des symptômes obsessionnels sévères et des angoisses vives qui empoisonnaient son existence.

Dans un second temps, je m'attacherai à préciser, à l'appui de Freud et de Lacan, quelques-uns des enjeux structuraux que la clinique de l'enfant met particulièrement en exergue et qui permettent d'éclairer différemment la lecture de la cure de l'adulte (névrose infantile, infantile et synchronie/diachronie). J'évoquerai en quoi ces repérages structuraux me paraissent capitaux à l'échelle du transfert pour éclairer la direction et la fin de la cure de l'adulte. Enfin, je

conclurai sur la position du psychanalyste à partir des enseignements que j'ai tirés de mon travail clinique avec l'enfant.

Une petite fille face à l'effroi du réel sexuel

Une fille de 9 ans consulte avec ses parents après avoir pris conseil auprès de son enseignante. Ils sont inquiets de voir leur fille très angoissée et en proie à la « peur » d'une intrusion à son domicile et d'une agression. Cette consultation survient au décours du vif de l'actualité de l'enlèvement d'une enfant de son âge et d'attentats terroristes. Les parents sont inquiets du contexte social ambiant. Ils ne sont pas les seuls, car leur fille est très informée, déjà très/trop connectée sur les réseaux sociaux. Je la recevrai, le plus souvent seule, le temps d'une dizaine de séances. Sa symptomatologie d'allure phobique aux relents obsédants ne s'arrête pas à l'enclos familial, s'étendant dans sa vie quotidienne à ses déplacements dans la rue, à l'école. Les bruits la font tressauter. Elle craint de croiser des groupes de garçons dans la rue. Son sentiment d'insécurité la pousse à demander à sa mère de l'accompagner désormais dans tous ses déplacements. Elle est aux aguets du moindre bruit qu'elle essaye de décrypter, se réveillant chaque nuit, faisant état de cauchemars dont elle ne se souvient plus, ne parvenant plus à se rendormir, déambulant dans l'appartement, finissant par rejoindre ses parents et par s'endormir près d'eux, plus rassurée. Elle a beau se raisonner, reconnaître l'absurdité de ses craintes, rien n'y fait. Curieusement, elle essaye de se persuader qu'elle n'a rien fait de mal, mais sans en dire davantage, se tenant à distance respectable, dans une position défensive et énigmatique.

Cette fillette semblait comme pétrifiée par une terreur qu'elle ne pouvait mettre en mots. J'y ai entendu surtout le trouble induit pas une adolescence qui affleure. Autant préciser qu'il n'y avait aucune dimension hallucinatoire dans ses propos. Le signifiant « bruit » avait une autre résonance, sur une Autre scène, sans nul doute, le scénario sexuel d'une scène primitive. Elle associera au fur et à mesure des séances, une fois en confiance, sur des « bruits de pétard » rattachés à un souvenir qu'elle situait vaguement à l'âge de cinq ans. J'en ai retenu la description confuse et significative d'une sorte d'excitation pulsionnelle et d'un baiser volé de la part d'un garçon de son âge lors d'une fête familiale. Les signifiants refoulés « bruits » et « pétard », liés à ce premier souvenir, avaient fait manifestement retour dans le Réel présent du contexte social. Ils avaient aussi trouvé un nouvel écho dans l'actualité d'un sentiment amoureux éprouvé à l'égard d'un garçon de son entourage, provoquant en elle

un émoi qui la troublait, des sensations corporelles sans équivoque sur leur caractère érotisé.

Le symptôme d'allure phobique de cette patiente mettait en jeu un tiers intrusif, menaçant, inducteur d'un désir sexuel contre lequel elle luttait. Tiers à la fois imaginaire, car susceptible de prendre possession de son corps, réel car porteur d'une énigme qui la concernait, mais aussi symbolique car vecteur d'une Altérité propre à la différence des sexes. Après quelques séances, sa symptomatologie a sans doute pris un autre sens pour elle, tout en s'atténuant, comme si par le biais du transfert elle avait trouvé à s'apaiser, à faire retomber cette flambée symptomatique. J'ai eu à recevoir ses parents pour calmer leurs inquiétudes et trouver les mots, dans le secret de ce qu'elle m'avait livré, pour leur faire entendre qu'elle commençait à grandir et à se poser des questions en lien avec sa sexualité et sa féminité. Et puis... un rendez-vous manqué, aucune nouvelle, alors qu'elle m'avait dit qu'elle souhaitait continuer et que les parents y étaient restés très favorables. J'ai essayé de les contacter après un temps. En vain. La mère m'a rappelé des mois plus tard, se confondant en excuses, m'indiquant que sa fille allait bien mieux, me remerciant et me disant qu'elle rappellerait pour un nouveau rendez-vous. Je lui ai dit qu'il était dommage d'avoir mis fin ainsi à ses séances, alors que leur fille ne m'avait pas exprimé son souhait d'arrêter. Je n'ai plus reçu d'autre appel.

Cette patiente a sans doute effectué un temps de cure analytique. Ses symptômes sont l'expression de la manière dont elle s'est trouvée interpellée par le Réel du sexuel. Fondamentalement, elle interrogeait ce qui du « *che vuoi* », dans l'adresse à l'Autre, concernait sa position sexuée. Dans la dynamique transférentielle, elle a pu engager un dire à l'adresse d'un « sujet supposé savoir ». Sa parole a émergé au point d'initier un « franchissement symbolique » par la mise au travail de son inconscient et par une levée partielle du refoulement de ses pulsions sexuelles. Il est possible qu'une « peur » de quitter l'enfance ait précipité son départ et celui de ses parents.

Tout ceci n'a pas été sans interroger ma responsabilité dans le maniement du transfert. Il n'est pas rare non plus que des effets très rapides d'un début de cure ne viennent refermer ce qui s'est ouvert de l'inconscient d'un sujet. Est-ce qu'une telle élaboration aura laissé des traces ? Qu'en retiendra-t-elle ? Il est possible que ce moment de division subjective une fois élaboré, cette jeune patiente ait pu passer à autre chose. Il n'est pas exclu non plus que ce matériau inconscient ne fasse retour à l'occasion de futures contingences du Réel et

qu'elle retourne consulter. Avec un tel cas, il est repérable combien les enjeux de la sexualité sont essentiels, qu'ils se dessinent avant même la puberté, au moment d'une phase de latence qui semble aujourd'hui moins circonscrite, moins sujette au refoulement, tellement l'univers hyperconnecté des enfants et des adolescents nourrit leurs subjectivités, mais aussi celles de leurs parents. Nul n'échappant à l'influence intrusive et à la diffusion des discours sociaux, ce n'est pas sans retentissement sur la phénoménologie clinique contemporaine.

Cette patiente, à la structure clinique non encore aboutie donne matière à réflexion sur ce qui s'entrecroise entre l'infantile, la névrose infantile et un destin éventuel de névrose de l'enfant, voire de l'adulte qui pourrait advenir.

L'Infantile et la névrose infantile d'un adulte névrosé obsessionnel en cure

Il s'agit d'un sujet qui a déjà passé quelques années sur le divan. Il présente une structure obsessionnelle qui lui laisse peu de répit tellement il est sous l'empire de la contrainte qu'il s'impose. Sa symptomatologie est faite surtout d'idées obsédantes qui le saisissent et interrogent sa moralité, notamment sur le plan de sa sexualité. Ces idées induisent diverses ritualisations qui empoisonnent sa vie quotidienne, en grande partie destinées à enrayer son agressivité, à annuler, à contrecarrer ses obsessions impulsives, celles qui le pousseraient à passer de pensées coupables à des actes que sa morale réprouve. Je n'insiste pas davantage sur l'incidence d'un surmoi ravageur qui l'assigne à envisager le pire pour assouvir sa jouissance, tout en le tyrannisant en lui imposant de la restreindre, de la juguler. Il en résulte une pensée envahissante, permanente, qui limite son champ d'action dans le quotidien de sa vie. Il a beau déployer des rituels de vérification (faire telle action avant de se réunir en famille, avant de sortir, avant de se confronter à une situation professionnelle angoissante où il se tourmente à penser que son/sa collègue pourrait deviner ses pensées coupables, son peu de moralité...). Rien n'y fait pour arrêter le processus.

A un moment de sa cure, est survenue une bascule déterminante, le temps de trois séances. Il s'en est suivi un apaisement pérenne de ses symptômes, rendant moins pesante sa vie sexuelle, sa vie familiale et sa vie professionnelle. Ce moment de sa cure m'est apparu comme un temps de franchissement dans son rapport à la castration à partir de ce qui a pu s'énoncer avec l'analyste dans le huis clos de ces trois séances. Ses dires ont pu résonner différemment, entrecoupés et tissés avec mes propres relances signifiantes. Bien que répétant

des signifiants qu'il avait déjà énoncés, il a semblé cette fois en saisir la portée, s'étonnant de ses recoupements et faisant preuve d'une inventivité qu'il ne se soupçonnait pas. Ce n'était pourtant pas la première fois qu'il tentait de s'affranchir des contraintes de ses symptômes et de ses fantasmes sexuels vécus comme morbides. Il a pu soutenir sa parole, sans annuler systématiquement ce qu'il pouvait avancer, sans tenter d'effacer ce qu'il pouvait énoncer. Durant ces séances, chacun de ses propos significatifs était ponctué d'une effusion de larmes. Cette déflagration d'affects pouvait donner l'impression d'engendrer un effet cathartique.

J'avais jusqu'alors toujours entendu chez cet analysant le petit enfant en lui qui s'exprimait. Durant ces trois séances, cela m'a semblé encore plus flagrant, y compris dans sa manière de sangloter, de se montrer inconsolable, démuné, comme revivant la rupture de ses parents dans sa prime jeunesse, mais aussi la force de sa culpabilité inconsciente portant pêle-mêle sur ses pensées sexuelles, son activité masturbatoire, sa haine et ses vœux de mort à l'endroit de son père. Il revivait dans le transfert le désarroi de sa solitude, de son incompréhension, de sa colère, de son agressivité de sa petite enfance, mais cette fois il pouvait exprimer « des paroles pleines » dans un torrent d'émotions. J'interprète cette déferlante qui charrie signifiants et affects comme le retour actualisé de traces de son infantile et de sa névrose infantile. Cet analysant venait ainsi témoigner du caractère atemporel de la subjectivité inconsciente. Ce temps de la cure a constitué un moment clé dans son analyse levant une partie du voile de la logique de son désir et de son angoisse de castration, lui révélant une part de ses conflits infantiles, en particulier la corrélation entre l'objet anal qui orientait principalement son fantasme et l'objet regard.

Cet analysant obsessionnel à la symptomatologie pesante et tenace laisse entendre le lourd tribut qu'il paye à refuser la castration de l'Autre. Durant ce moment important de sa cure, où, comme sujet pris dans le transfert, il a semblé prendre la mesure de l'angoisse de castration qui le submergeait, à l'occasion d'un retour du refoulé.

Une fois ce dévoilement, cet analysant a connu une atténuation significative de sa symptomatologie. C'est à ce niveau que se repère le poids du réel propre à chaque analysant. C'est aussi un révélateur de son désir, soit ce qui engage sa responsabilité de sujet. En évoquant à mots couverts ce moment clé, je tiens aussi à souligner la responsabilité du praticien dans le transfert, le désir du

psychanalyste qu'il engage par son énonciation pour maintenir le cap d'une fin de cure possible et à venir, en contribuant à l'élaboration de son analysant.

Ce temps privilégié fait partie de ces temps-pivots d'une cure où le sujet de l'inconscient vient se heurter audit roc de la castration, mais sans encore pouvoir s'en dégager. Il me semble que cet analysant a pu entendre les ressorts de sa compulsion de répétition durant sa cure, mais aussi ce qui se retrouve avec force à la fin d'une cure : un symptôme avec une part irréductible, un versant réel. Il n'était pas encore arrivé à cette fin de partie, ni à mieux savoir y faire avec son symptôme, à moins en pâtir. Il continuait à effectuer et répéter les tours de sa demande, tout en étant capable de mieux entendre les coordonnées du fantasme qui le déterminaient, mais sans pouvoir s'extraire de sa position d'objet de jouissance et de désir de l'Autre. On pourrait faire l'hypothèse chez cet analysant, à ce moment-là, d'une ébauche d'élaboration relative au « temps de comprendre » défini par Lacan en 1945 comme second temps du temps logique (« Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée », *Ecrits*).

Quelques enjeux structuraux

*A propos de la névrose infantile

Il n'est pas exagéré de dire que, fondamentalement, la clinique freudienne est une clinique des psychonévroses de transfert avec des adultes, si on fait exception du petit Hans, de Dora, de la jeune homosexuelle, de quelques autres vignettes cliniques... J'ai choisi de citer Freud, à propos de ce qui différencie et rapproche la clinique de l'enfant de celle de l'adulte, dans le cas *princeps* de L'homme aux loups (*Cinq psychanalyses*), « Extrait de l'histoire d'une **névrose infantile** ». Il écrit : « l'analyse pratiquée directement sur un enfant névrosé doit [...] sembler **plus digne de foi**, mais elle **ne peut être très riche en matériel**. **Il faut mettre à la disposition de l'enfant trop de mots et de pensées, et même ainsi les couches les plus profondes se trouveront peut-être encore impénétrables à la conscience**. **L'analyse d'une névrose infantile pratiquée par l'intermédiaire du souvenir, chez un adulte intellectuellement mûr, ne connaît pas ces limitations**, mais il faut alors tenir compte **de la défiguration et du réajustement** auquel notre propre passé est soumis lorsque plus tard, au cours de notre vie, nous regardons en arrière. **Le premier cas offre peut-être les résultats les plus convaincants, le second est de beaucoup le plus instructif**. **Quoiqu'il en soit, on peut affirmer que les analyses de névroses infantiles ont un intérêt théorique particulièrement grand** ». Il ajoute aussi

pour le maniement de la cure : « **la difficulté qu'il y a à pénétrer la vie psychique d'un enfant, à se mettre « à sa place »**, fait même de leur traitement un travail particulièrement ardu pour le médecin. Toutefois, dans les **névroses infantiles, tant de stratifications ultérieures font défaut que l'essentiel de la névrose éclate aux yeux sans qu'on puisse le méconnaître. [...] L'étude des névroses infantiles [...] fait voir le rôle prépondérant joué dans la formation des névroses par les forces libidinales que l'on désavoue si volontiers**, révèle l'absence de toute aspiration vers des buts culturels lointains, dont l'enfant ne sait rien encore et qui, par conséquent, ne peuvent rien signifier pour lui ». Enfin, il précise : « **on ne peut apprendre de nouveau que par des analyses présentant des difficultés particulières. [...] C'est dans ces seuls cas que nous parvenons à descendre dans les couches les plus profondes et les plus primitives de l'évolution psychique et à y trouver les solutions des problèmes que nous posent les formations ultérieures. On se dit alors que seule une analyse ayant pénétré aussi loin mérite ce nom »**.

De cet écrit freudien que pouvons-nous déduire ?

Freud attache à la névrose infantile dans toute cure, un intérêt théorique et clinique majeur. A l'époque de la publication de ce cas (1918) d'un analysant en cure de 1910 à 1914, il y a eu aussi ses conférences d'*Introduction à la psychanalyse* (1915/1917) dans lesquelles il **élabore trois mécanismes propres à la névrose infantile** : la fixation libidinale aux objets attachés aux stades prégénitaux, la **régression** (surtout à un évènement sexuel infantile et aussi par disposition héréditaire) et le **traumatisme**. Préalablement, il avait souligné l'importance qu'il attachait à l'auto-érotisme du nouveau-né, aux pulsions partielles, à la « disposition perverse de l'enfant », bref à ce qui relève de **l'infantile précœdipien**. Pour rappel, on peut retenir que Freud sera plus précis quant à la névrose infantile en 1923, au moment de la rédaction de son article, « L'organisation génitale infantile » lorsqu'il affirmera le « **primat du phallus** » et non pas le « primat génital » ; le phallus en tant que ordonnateur de l'organisation pulsionnelle de l'enfant et de la convergence des pulsions partielles vers la génitalité. A sa suite, **Lacan désignera le phallus symbolique**, à la fois symbole de la libido dans les deux sexes, signifiant du manque, signifiant du désir, produit de la métaphore paternelle et opérateur fondamental **qui conjoint le sexe et le logos tout en déterminant, de façon asymétrique, deux positions sexuées** (celle du tout phallique côté masculin et celle du pas tout phallique côté féminin) selon son écriture des formules de la

sexuation. Quoiqu'il en soit, **pour Freud, la névrose infantile repose sur le complexe d'Œdipe, « noyau des névroses »** (1931, *Sur la sexualité féminine*), la triangulation œdipienne, le tiers paternel séparateur de la mère et de l'enfant à entendre comme agent de l'interdit de l'inceste et de la castration (l'œdipe étant déterminé par la castration côté garçon, cependant que côté fille le processus se déploie en deux temps logiques, castration puis Œdipe). En somme, la névrose infantile **désigne ce temps logique de la temporalité subjective de l'enfant passé sous les fourches caudines de la castration**, ce qui n'est pas le cas de tous les *parlêtres* (psychotiques et aussi, mais différemment, pour les structures perverses avec reconnaissance et désaveu de la castration). Elle se manifeste cliniquement par **des phobies transitoires, « une hystérie d'angoisse » disait Freud, des terreurs nocturnes, des phénomènes d'énurésie...une agitation anxieuse, une angoisse pernicieuse, mais aussi elle peut passer inaperçue, rester voilée**. Pour Freud, elle est l'expression de modalités symptomatiques de défense contre la castration par fixation à un scénario œdipien et témoigne des avatars du refoulement. Il faut surtout retenir qu'il établit **un lien entre névrose infantile et névrose de l'adulte, avec nécessité de mettre au travail la névrose infantile dans la cure de l'adulte**. Pourtant, il n'est pas sans apporter quelques nuances : les modalités symptomatiques de l'adulte névrosé ne seront pas forcément les mêmes que celles qu'il a connues enfant au moment de sa névrose infantile : **il n'y a pas de lien systématique entre névrose infantile et névrose de l'adulte. Il y a toujours un écart qui tient du Réel, qui échappe au souvenir de l'adulte, nécessitant un travail de constructions qui sollicitent analysant et analyste dans le transfert**, y compris en ayant recours à des outils qui facilitent la parole (dessins, livres, jeux...) avec des enfants qui n'ont pas accédé à la parole ou qui présentent une inhibition verbale.

Il n'empêche que **ces traces de la névrose infantile feront leur chemin**, témoignant du **caractère atemporel de l'inconscient**. A ce sujet, le grand mérite de Lacan est d'avoir ouvert la perspective du temps chronologique propre au développement de l'enfant aux **temps logiques de la mise en place de la constitution du sujet (aliénation et séparation)** et ainsi à la **temporalité subjective nouée par les trois dimensions du réel, du symbolique et de l'imaginaire, au fil des temps successifs nécessaires au nouage de la structure subjective (phase du miroir, intrication Œdipe/ castration, phase de latence, remaniements à l'adolescence avec la confrontation au réel du sexuel)**. Lacan a évité l'engluement dans les stades libidinaux de la relation d'objet, revisitant cette relation, mettant en exergue le manque de l'objet, l'objet

du manque, l'objet perdu freudien qu'il a nommé **objet *a***, aspéculaire, qui divise le sujet, cause son désir, oriente son fantasme. Pour autant, **la névrose infantile garde une valeur clinique capitale. Il existe même des tableaux cliniques chez l'adulte de névrose infantile enkystée et qui perdure.** Notons aussi que Lacan a traité la question de la castration en tant qu'opération symbolique langagière universelle (dont l'agent est réel, le père réel, et l'objet, imaginaire, phallus imaginaire), l'Œdipe gardant son importance mais devenant un outil de lecture structurale parmi d'autres. Une auteure comme **Martine Ménès souligne que la névrose infantile est « un trauma bénéfique » (2006)** pour le petit humain, dans le sens où elle constitue un processus structural symbolique lui permettant de devenir un sujet divisé, sexué et désirant. Elle la situe comme **un temps logique structurant de la rencontre avec la castration**, un temps de maturation sur le rapport au manque du *parlêtre*, un temps fondamental à notre humanisation, un temps de la mise en place de la temporalité de chaque sujet et qui **organise toutes les étapes du développement.** Elle **différencie ce temps structural fondamental de la névrose infantile de celui de la névrose proprement dite de l'enfant, cette dernière empruntant des chemins symptomatiques plus spécifiques, parfois pérennes, qui se retrouvent chez l'adulte suivant plusieurs versants (névrose obsessionnelle, névrose phobique, névrose hystérique...).** On peut aussi entendre la névrose infantile comme le temps logique premier où opère le refoulement (primaire ou secondaire), comme celui aussi de la mise en place du fantasme et de l'émergence d'un symptôme constitué. Je considère la névrose infantile comme le temps pivot du processus de l'opérativité de la fonction paternelle, celui qui est déterminant pour la sexuation du sujet. On pourrait avancer que la névrose infantile est la traduction la plus manifeste de la castration pour un enfant, l'inscrivant en tant que sujet sexué, c'est-à-dire castré, et le faisant passer de *lalangue* en un mot, à la langue, en deux mots.

*L'infantile

La question de l'infantile est sans doute le point théorique de la clinique infanto-juvénile qui m'a le plus éclairé concernant la constitution de la structure clinique. En particulier, grâce au travail avec des enfants de deux à cinq ans qui ne parlent pas ou qui présentent un retard de parole et de langage. Freud évoquait **« les couches les plus profondes et les plus primitives de l'évolution psychique »** et les **« forces libidinales que l'on désavoue si volontiers »**. J'y entends les pulsions partielles qui échappent aux « buts

culturels » civilisés dont l'enfant ne sait rien et qui ne signifient encore rien pour lui, faute de surmoi. Ce sont bien elles qui sont à l'œuvre et incontournables dans le rapport à l'Autre, essentielles pour atteindre les dites couches les plus primitives de l'infantile.

A ce sujet, l'espace-temps lacanien de *lalangue*, propre à la relation entre l'*infans* et l'Autre est un concept qui me paraît incontournable. Il est fondamental pour entendre l'assujettissement et l'aliénation de chaque *infans* à son rapport à l'Autre. Le savoir inconscient qui anime chaque *parlêtre* s'inscrit dans *lalangue*, au point que Lacan faisait *in fine* pratiquement équivaloir l'inconscient et *lalangue*. Ce concept permet d'entendre à la fois la musicalité de la langue de l'Autre, le bain de signifiants dans lequel l'*infans* est plongé, le bain culturel aussi dans lequel il advient au monde, mais aussi et surtout l'enracinement des bouts de jouissance de l'*infans* dans son organisme. Plus précisément, voici l'*infans* aux prises avec ses pulsions partielles, avec les allers/retours de ses vagues pulsionnelles rythmées par les signifiants de l'Autre qui laissent des dépôts de jouissance sur son organisme, des « pétrifications » (terme de Lacan dans *La Troisième*) qui participent de sa sexualisation. Il n'est pas rare que des enfants présentant des difficultés d'accès à la parole aient en même temps une énurésie, une agitation, un onanisme compulsif...

La force de l'infantile, c'est avant tout le réel sexuel véhiculé par *lalangue* (faite de plusieurs langues parfois) dans un en-deçà de l'opérativité de la castration. Le travail clinique avec le petit enfant aide à l'entendre de façon plus manifeste, plus à ciel ouvert que chez l'adulte. Il contribue en retour de pouvoir repérer ce qui en perdure dans la cure de l'adulte. L'oreille du praticien devient plus attentive aux phonèmes, borborygmes, paroles murmurées, à la scansion pulsionnelle du phrasé de l'énonciation, aux manifestations corporelles, aux ébauches de théories sexuelles infantiles, aux signifiants relatifs au corps, aux objets, aux pulsions partielles, au sexuel.

Mais, un autre aspect de l'infantile a son importance dans la cure de l'adulte. Il est repérable dans les rêves, les formations de l'inconscient, mais aussi par les souvenirs, les impressions qui persistent (odeurs, images, bruits..) et sont pressentis par l'analysant comme des restes de sa prime enfance. Vagues, disparates, ces éléments font énigme sans avoir la consistance d'un symptôme, pouvant renvoyer à tel ou tel élément sexuel, mais surtout à des questions de vie ou de mort. Je les interprète comme relevant de la solitude propre à chaque être humain. Je songe à celle liée au réel relatif

à ce temps de l'*hilflosigkeit* qui laisse l'*infans* dans le désarroi d'un sans recours possible à l'Autre, d'une angoisse qui reste atemporelle, enfouie et relevant d'une intimité, d'une détresse radicale. Il me semble que c'est cette même détresse qui se retrouve à la fin d'une analyse de l'adulte, lorsque l'analysant traverse quelque chose de l'ordre de la défection du fantasme, lorsque le fantasme devient pulsion nous dit Lacan dans l'ultime leçon des *Quatre concepts...* Il y a bien à ce niveau des traces atemporelles qui font chanceler dans les moments critiques de la fin de cure jusqu'à la temporalité même sur laquelle le sujet analysant reposait. Comme quelque chose de l'ordre de l'ombilic d'un rêve, elles relèvent du Réel, soit ce qui est irréprésentable, indicible, échappant à la parole et pourtant se répétant, à l'insu du sujet, dans la musicalité de sa langue, de son rapport au corps et au sexe. Ces traces de l'*infans*/ infantile sont propres à chacun. Je les situe dans un temps logique préalable à celui de la névrose infantile, un temps logique qui précède Œdipe et castration, mais aussi dans un temps chronologique qui correspond à l'*infans* pris dans *lalangue* avec ce qu'elle charrie de la lettre, du phonème, du signifiant, du sexuel, mais sans que le petit humain ait les outils minimaux pour s'y repérer. Cela renvoie au temps de l'aliénation.

Evoquer l'infantile en termes de structure est toujours complexe dans la mesure où Lacan associe aliénation et séparation comme les deux temps logiques de la constitution du sujet divisé. Or, ce qui opère dans les deux opérations, c'est l'objet *a* qui singularise le sujet en devenir, causant sa division, déterminant désir et fantasme. Son incidence est déjà opérante, au temps de l'aliénation qu'on pourrait alors considérer comme une forme de castration primordiale, opérante à l'échelle de la division du sujet. Si, dès qu'il y a aliénation il y a castration, il y faut bien la diachronie de la structure, les temps de l'infantile puis du stade du miroir qui initie la névrose infantile, de l'Œdipe et de la castration, de la mise en place de la métaphore paternelle, pour que puissent advenir séparation et la sexualité.

Je vous propose cette lecture personnelle de l'infantile. Il s'agirait du temps d'un réel non noué, pour ainsi dire un temps mythique, supposé, celui qui précède le nouage des trois registres du réel, du symbolique et de l'imaginaire pour le *parlêtre* en devenir. C'est le temps du Réel de l'assujet, de l'atemporalité d'un organisme qui n'est pas encore corps, pris peu à peu dans le corps à corps avec l'Autre maternel, saisi par *lalangue*, la résonance infinie de son équivocité, faute de coupure opérante. A partir de cet infantile se mettra en place la névrose

infantile de l'enfant qui aura eu accès à la parole et au langage et aux effets de l'intrication des complexes de castration et d'Œdipe. En ce temps logique second du stade du miroir, de la névrose infantile, un nouage entre les trois registres se mettra en place et qui sera susceptible de remaniements ultérieurs. Robert Lévy, dans son ouvrage *L'infantile en psychanalyse* (2008) propose une autre lecture de l'infantile, à savoir « quand le sujet a accès à la parole, mais quand le refoulement n'a pas encore produit son efficace », ce qui se traduit par des symptômes fugaces, de ceux qui, à la faveur de quelques séances, semblent se volatiliser à un âge d'immaturation langagière. Quoiqu'il en soit, la névrose infantile serait le produit, via les symptômes passagers qu'elle engendre, de l'opérativité de la castration. Elle est la marque usuelle des conflits œdipiens auquel l'analysant adulte a facilement accès dans sa cure. L'infantile n'en a pas moins pétri cette névrose infantile, même s'il reste souvent longtemps plus difficilement repérable pour l'analysant adulte.

***Une mise à nu plus manifeste de l'intrication des deux dimensions constitutives de la structure subjective : synchronie oui, mais pas sans diachronie.** Grâce à l'inscription de la dimension phallique et de la castration dans son rapport au langage, la temporalité subjective de chaque névrosé(e) est orientée phalliquement. Temps logiques de la constitution du sujet et temps chronologiques se nouent au fur et à mesure que l'enfant grandit.

Quoi de plus parlant que l'intrication du développement de *l'infans* qui devient petit enfant, enfant, préado, adolescent, avec les remaniements de la structure d'un sujet ? La clinique pédopsychiatrique permet d'entendre plus nettement ce qui se construit pas à pas pour un *parlêtre*, les caps symboliques qu'il traverse, l'évolution de son rapport à la parole, à la langue, au signifiant, à la lettre, aux lois du langage (métaphore et métonymie), à son corps, à son sexe, à sa position sexuée. A ce sujet, la dimension psychodynamique surtout et celle économique aussi prennent plus de relief. La synchronie ne suffit pas, même si elle garde toute sa valeur. C'est ainsi que j'ai mieux entendu ce qui pourrait différencier refoulement primaire et refoulements secondaires, fantasme primordial et fantasmes secondaires, symptôme de transition et symptôme qui singularise le sujet névrosé. Notamment, dans mon ouvrage sur la fonction paternelle, en distinguant et liant la fonction paternelle primordiale au temps de l'aliénation et la fonction phallique à celui de la séparation, j'ai précisé ce que Robert Lévy avait lui-même mis en avant de la dimension temporelle nécessaire à la mise en place et à l'opérativité de cette fonction de nomination.

Cette intrication permanente entre synchronie et diachronie n'en est pas moins essentielle pour avoir à l'esprit qu'une structure clinique névrotique finit par se nouer borroméennement à la fin de l'adolescence. Mais, il existe des structures qui se fixent déjà chez le petit enfant. De même, on ne peut faire abstraction des évolutions d'une structure clinique déjà en place à la faveur de rencontres dans le réel d'une existence, comme à la faveur du transfert dans une cure. Une structure clinique peut évoluer dans les limites imposées par son nouage, en particulier par des déplacements des bouts de jouissance qui guident à notre insu, ce qui concerne la jouissance phallique (la parole et le sexe), la jouissance du corps, la jouissance de l'Autre, la jouissance Autre (pour les sujets en position sexuée féminine), bouts de Réel tous corrélés à l'objet *a* qui noue la structure. Je citerai aussi les cas d'enfants ou d'adultes qui n'ont pas une structure névrotique et qui pourtant, grâce à un travail personnel avec un clinicien parviennent à mettre en place des suppléances là où il y avait défection dans le symbolique ou dans l'imaginaire.

En quoi la clinique de l'enfant est-elle précieuse pour éclairer le transfert, la direction et la fin d'une cure de l'adulte ?

***Ma première remarque conclusive concerne la pratique clinique avec l'enfant.** Comme pour tout travail psychanalytique, le pari préalable est de considérer qu'il n'opère qu'à **la condition indispensable qu'un sujet en souffrance y engage sa responsabilité de sujet à soutenir son désir de mettre au travail son inconscient, malgré toutes les résistances qui en résultent.** Cette condition est manifestement plus délicate avec un enfant, pour diverses raisons que nous connaissons (capacités de maniement de la parole et du langage, âge, degré de maturation..). S'il manifeste une demande, c'est le plus souvent à son insu, en déployant une manifestation symptomatique ou un symptôme qui alerte ses parents. Qu'il y mette ou non des mots, ce sont ces derniers qui font la démarche de l'amener chez un thérapeute. L'enfant se trouve assujéti à la dynamique familiale, à la demande, à l'adresse, au désir de chacun de ses parents d'accepter de lui venir en aide en ayant recours à un tiers, à un « psy ». **Un des éléments déterminants est d'essayer de repérer si l'enfant est en place de symptôme de ses parents ou s'il est porteur de son propre symptôme.** Ce n'est pas si aisé, car à force d'être en place d'enfant symptôme, il n'est pas rare que cela aboutisse à ce qu'il en fasse son symptôme ou un symptôme qui en porte les stigmates. Les conditions de mise en place d'un travail avec l'enfant sont donc différentes de celles avec un adulte. La

configuration familiale est incontournable et il s'agit de trouver les modalités les plus adaptées pour intégrer au travail thérapeutique spécifique avec un enfant celui qui se fait aussi avec le ou les parents. Un autre élément est fondamental : **le transfert ne pourra opérer qu'à l'appui des surdéterminations propres à la structure clinique de l'enfant, alors qu'elle continue de se mettre en place, ce qui est très différent de ce qu'il se passe avec un adulte dont la structure clinique est déjà fixée.**

Le travail avec l'enfant est aussi très enseignant pour entendre l'importance de la **pulsion épistémophilique** qui l'anime. L'enfant met au travail le clinicien du fait de ses élaborations qui ne manquent pas d'énigmes, ramenant le clinicien à ses propres questions, celles en rapport avec l'enfant qu'il a été et donc avec la sexualité infantile qui l'anime. Le clinicien est ainsi interpellé ne se trouve ainsi sur le sens qu'il donne à son travail, sur ses approximations, sur ses apories. La pratique avec l'enfant le pousse à trouver des biais inédits pour faire émerger la subjectivité de l'enfant : recours à des jeux, à la lecture d'une histoire, à prendre appui sur les fabrications et les dessins de l'enfant au fil des séances. Quoiqu'il en soit, ce qui importe c'est de contribuer à ce que l'enfant se mette au travail de sa subjectivité. Il en résulte que le « **désir du psychanalyste** » est **sollicité**, y impliquant le praticien dans sa manière de procéder, son énonciation, non sans faire l'effort de repérer des lignes de force structurales qui animent l'enfant. Il reste aussi à poser **la question délicate du rapport au sujet supposé savoir de l'enfant, dont Lacan soulignait qu'il était le pivot du transfert.**

***Seconde remarque :** Freud indique dans son commentaire initial de l'homme aux loups combien la névrose infantile d'un enfant en cure peut « éclater aux yeux », sembler « plus digne de foi », donnant « des résultats plus convaincants » que celle de l'adulte qui n'est que reconstruite par le souvenir. Il estime cette dernière plus « instructive », du fait des plus grandes aptitudes de l'adulte mûr à mettre des mots, à livrer un matériel plus fourni pour une élaboration. Mais, est-ce si sûr que l'enfant délivre un matériel inconscient moins riche que celui de l'adulte? **La névrose infantile déployée par l'enfant dans le transfert ne sera jamais la même que celle revisitée par l'adulte en cure.** L'important en la matière, n'est-ce pas justement cet écart qui tient du réel, entre la névrose infantile qui se déploie chez l'enfant en plein développement et celle qui se fait jour **chez l'adulte** après bien des « défigurations » et « réajustements » qui viennent l'habiller autrement, voire la transforment? Il reste que **ces remaniements n'en sont pas moins les**

matériaux signifiants, les formations de l'inconscient que l'analysant adulte met au travail dans le dispositif du transfert, avec les relances significantes, les interprétations, les constructions énoncées par son analyste.

***Troisième remarque : Lacan a souligné le caractère intransmissible de la psychanalyse, mais qu'il appartient à chaque analyste de réinventer la psychanalyse. Ma pratique clinique avec l'enfant a renforcé cette exigence, notamment parce qu'elle nécessite une inventivité, mais pas sans rigueur. Quel que soit l'âge du patient, qui invente ? Quel est l'auteur de l'inventivité ? Ni vraiment l'un, ni vraiment l'autre, mais pas l'un sans l'autre. Elle échappe à chacun, à l'instar de la parole qui échappe au sujet qui l'énonce. L'inventivité se dessine et n'advient que dans cet entre-deux, à l'occasion de la fulgurance d'une parole, de l'émergence d'un signifiant, nouveau ou non, qui circule entre eux, mais non sans que, dans la majorité des cas, le travail transférentiel qui a précédé ce dire n'ait préalablement fait son office. Winnicott considérait la singularité de chaque séance avec un enfant comme un espace de « co-création ». Cette approche de la cure fait clairement entendre qu'il n'y a pas de cure-type. Il n'y a que des cures singulières jalonnées de surprises, de « trouvailles ». L'inventivité n'est pas enseignante en soi. Elle ne l'est qu'à condition de l'entendre, dans l'après-coup, comme une tentative de lecture pour restituer le Réel du tissage inédit d'une réécriture d'un savoir inconscient, à l'appui des traces du passé, qui advient dans le transfert ; tissage qui échappe à l'analysant (qu'il soit enfant, adolescent ou adulte) comme à l'analyste, tout en les mettant au travail de leur rencontre.**

***Cinquième remarque. J'avancerai que cet écart entre clinique de l'enfant et celle de l'adulte a fait résonner en moi avec plus de force l'importance de l'infantile et de la névrose infantile. Quoiqu'il en soit, il s'agit d'un savoir « troué », qui tend à s'approcher au plus près de la logique inconsciente de la structure en échouant inévitablement à en saisir la vérité. Peu importe finalement que cela échoue, ce qui compte c'est une position transférentielle, la plus rigoureuse possible pour l'analyste, alors qu'il est soumis au déterminisme de la structure clinique de son analysant, petit ou grand. Il en résulte que ce savoir troué éclaire autrement le praticien sur son savoir de connaissance, ce savoir théorique, conceptuel, qui lui est indispensable. Il peut alors échafauder des hypothèses sur ce qui peut faire émerger telle ou telle trouvaille. Mais, ce ne sont que des hypothèses à partir de son propre rapport au savoir et à la vérité, car l'inventivité qui a**

pu émerger dans une cure demeure une énigme qui tient du Réel, et ce, malgré les efforts que nous pouvons déployer pour en restituer l'articulation logique. Il n'en demeure pas moins que sans l'appui de soubassements théoriques, de concepts clés qui permettent des repérages, comment entendre quoi que ce soit en clinique de la relation transférentielle entre analyste et analysant.

***Ultime remarque concernant la fin de cure. Il semble inopportun de parler de « fin de cure » avec un enfant dont la structure subjective est en cours de constitution.** Cela n'exclut pas qu'une tranche d'analyse puisse engendrer un « franchissement symbolique », tel celui de ma jeune patiente. Le sexuel infantile qui ressort du travail clinique avec l'enfant peut rendre plus lisible ce que Lacan évoque à propos de la réalisation subjective de la castration chez le sujet analysant adulte parvenu en fin de cure (séance du 17/01/1968 du séminaire *L'acte psychanalytique*). Il la définit comme un processus structural fondamental de la **destitution du sujet qui fait « réaliser » au sujet en question que le manque (phallique), c'est la perte », celle de l'objet *a* (qu'il a inventé à partir de l'« objet perdu »),** celle-là même qui fait du *parlêtre* un sujet divisé. Dans cette perspective, Lacan poursuivait la pensée freudienne, ne s'arrêtant plus seulement à l'irréductible du *penisneid* (côté féminin) et de la « protestation virile » (côté masculin) liés au rapport au phallus dans l'angoisse de castration, il cherchait à aller au-delà de l'irréductible du roc de la castration, mettant ainsi l'accent sur le Réel, précisément **un réel propre à chaque sujet analysant.** Lacan formalisait cette « réalisation », dans les cures les plus abouties, dans la temporalité où l'analysant fait l'expérience de la mise à nu du fantasme qui contribue à dévoiler l'objet *a* qui cause son désir, oriente son fantasme et détermine sa position sexuée. A ce titre, **la notion freudienne d'*Hilflosigkeit* me semble précieuse, parce que plus aisément repérable dans la pratique avec le petit enfant, éclairant en retour celle avec certains adultes.** Je la situe comme relevant du réel de l'infantile propre à chacun plutôt que du côté de l'imaginaire. Ce réel de cette expérience d'une détresse radicale de l'*infans* faute d'appui possible de l'Autre, qui s'avère vide, ce désarroi ressenti et parfois repérable dans une cure d'adulte pourrait se révéler au plus près du dévoilement plus manifeste de l'objet *a* relatif à la réalisation de la castration, pour ne pas dire de l'aliénation primordiale du *parlêtre*. La subjectivation de cette détresse participerait de la construction du poinçon entre objet *a* et le futur sujet qui adviendra. Cela permet d'entendre que ce qui se « déconstruit » en fin de cure chez

l'adulte peut lever un coin du voile qui s'est construit chez l'*infans* en lui, c'est-à-dire ce qui a initié le désir et le fantasme qui se sont mis en place. Atemporalité donc...