

Les jeunes « in-patients ». Nouveaux profils cliniques, nouvelle nosographie : les névroses actuelles de l'enfant

Alex Raffy

Epsan (Établissement public de santé
Alsace Nord),
15 rue Brigade Alsace-Lorraine,
67000 Strasbourg, France

Résumé. Les mutations sociétales de l'hypermodernité suscitent chez l'enfant et l'adolescent des expressions psychopathologiques inédites. Le jeune consultant peu apte à l'engagement d'une psychothérapie est un « in-patient » dans une dynamique de défolement/empêchement à parler plutôt que de refoulement/retour du refoulé. Les troubles psychiques infantiles, hors autisme et psychose, sont rattachés au concept freudien revisité de névrose actuelle. À partir d'un corpus référé à la psychanalyse, une approche phénoménologique propose une classification psychopathologique organisée autour d'une bipolarité explosé/implosé (hyperactivité/somatisation).

Mots clés : psychopathologie, enfant, adolescent, névrose, phénoménologie, société, psychanalyse

Abstract. Young "in-patients". New clinical profiles, new nosography: current child neuroses. Societal changes in hypermodernity have given rise to unprecedented psychopathological expressions in children and adolescents. The young consultant with limited experience of engaging in psychotherapy is an "in-patient" in a dynamic of release / prevented to speak earlier rather than a repression / return to the repressed. Child psychological disorders, excluding autism and psychosis, are linked to the Freudian concept of neurosis revisited today. Based on a corpus referred to in psychoanalysis, a phenomenological approach proposes a psychopathological classification based on exploded/imploded bipolarity (hyperactivity/somatic complaints).

Key words: psychopathology, child, adolescent, neurosis, phenomenology, society, psychoanalysis

Resumen. Los jóvenes "in-pacientes". Nuevos perfiles clínicos, nueva nosografía: las neurosis actuales del niño. Las mutaciones societales de la hipermodernidad suscitan en el niño y el adolescente expresiones psicopatológicas inéditas. El joven consultante poco apto para emprender una psicoterapia es un "in-paciente" dentro de una dinámica de desahogo/impedimento para hablar antes que de cohibición/retorno de lo cohibido. Los trastornos psíquicos infantiles, fuera del autismo y psicosis, están vinculados con el concepto freudiano revisitado de neurosis actual. Partiendo de un corpus referido al psicoanálisis, un enfoque fenomenológico propone una clasificación psicopatológica organizada en torno a una bipolaridad explosionado/implosionado (hiperactividad/somatización).

Palabras claves: psicopatología, niño, adolescente, neurosis, fenomenología, sociedad, psicoanálisis

Le contexte anthropologique et ses répercussions sur la psychopathologie infantile

Les psys reçoivent nombre de jeunes peu aptes ou disposés à un travail de parole : les uns, avars de leurs mots, dont l'apathie peut recouvrir une réserve armée, souffrent de phobies ou somatisations, tandis que d'autres manifestent un caractère agité, agressif ou provocateur suscitant plaintes et rejet. L'approche

parent-enfant alors souhaitable s'avère impraticable quand le parent est peu apte ou disposé à ce travail : incapacité d'*insight*, résistance majeure, motivation faible et fugace. Le terme d'enfant « souffrant » d'un « trouble du comportement » est non seulement vague, mais aussi inadéquat, car l'enfant ne paraît pas d'emblée en souffrir. Je propose de nommer « in-patient » le jeune consultant incapable d'exprimer ses affects, son agressivité et son intolérance aux frustrations s'accommodant mal d'un entretien psy, voire des interdits relatifs au respect de l'autre [1].

L'avancée du discours de la science, le capitalisme, la marchandisation généralisée et la valorisation du changement ont provoqué des mutations anthropologiques

Correspondance : A. Raffy
<alex.raffy@gmail.com>

touchant à l'autorité et à la transmission intergénérationnelle, avec un nivellement des générations, des différences homme-femme, père-mère, adulte-enfant, maître-élève. Ces mutations sociétales décrites dans la littérature [2-4] semblent induire un estompement ou raccourcissement de la phase de latence chez l'enfant, et augmenter son insécurité face à des parents préoccupés par des questions existentielles et leur propre épanouissement amoureux. Les enfants sont pris entre deux feux se rejoignant : des parents *adulescents* [5] en position de « copains » ou frère/sœur, et des parents les protégeant des limites frustrantes et de tout risque. Freud rend compte de l'angoisse infantile par : « l'explication qu'ils ont dans leur constitution innée un plus haut niveau de besoin libidinal, ou bien qu'ils ont été précocement gâtés à force de satisfaction libidinale. Ce n'est pas étonnant si c'est aussi chez ces enfants-là que se trouvent les malades nerveux de demain ; nous savons en effet que ce qui facilite le plus l'éclosion d'une névrose est l'incapacité à supporter une accumulation assez considérable de libido pendant un temps assez long. » [6]

Enfin, le confort offert par la technologie, la miniaturisation et la virtualisation des objets et des jeux rendent les enfants plus passifs et raréfient leurs rencontres. Leur gain en vivacité s'opère au détriment de l'intériorité : pauvreté dans l'expression des affects, richesse imaginaire limitée. La frustration et l'ennui sont évités par une addiction aux écrans et autres mobiles, les sens relationnels majeurs que sont la vision et l'audition étant captés par les jeux vidéo. Tandis que ces enfants jouent sans avoir rien d'autre à faire que les devoirs, leurs échanges fugaces et impersonnels rendent les confrontations rugueuses et stressantes, favorisant les crises de colère ou de panique, mais aussi les phobies scolaires et sociales. Il y a deux profils psychopathologiques d'inpatients.

L'in-patient « implosé »

Tétanisé par l'angoisse d'une confrontation avec le désir de l'autre, l'in-patient implosé est peu disposé à l'échange et a fortiori à une psychothérapie. Manquant souvent de maturité, l'implosé amené en consultation montre une passivité extrême, une fois sorti de ses jeux vidéo ou de ses relations régressives avec ses animaux domestiques, voire ses peluches. Cet enfant zappeur ou rêveur est *hors sujet*. Discret dehors, il peut être chez lui un tyran domestique. Bien que des retours extérieurs ou certains excès les amènent à la consultation, les protagonistes souhaitent rarement modifier leurs modalités de jouissance. Des jeunes surinvestissent les apprentissages pour masquer une subjectivité timorée et une vie sociale inexistante, d'autres en échec scolaire, incapables de fournir un effort intellectuel, s'étayent sur des supports virtuels. Fournir un effort s'avère rédhibitoire

parce que cela préfigure l'esquisse d'une autonomisation, d'un *être adulte* effrayant. Parfois la mort du chien adoré réveille la fragilité d'un fonctionnement nié les confrontations avec la vie et la mort. L'implosé sage et sérieux, réfugié dans la réussite scolaire, panique quand son excellente moyenne fléchit. Il aimerait secrètement s'insérer dans le groupe, mais desservi par son image d'« intello », il en est empêché par une inhibition travestie en prétention à l'autosuffisance et en mépris à l'égard de ses pairs. Son anxiété le fait souffrir de maux de tête ou de ventre lors d'échéances extérieures. La moindre difficulté – frustration, moquerie, menace ou agression – provoque une panique pouvant déclencher une phobie scolaire ou sociale ; à moins de susciter une pelade ou une anorexie dont la perte d'appétit recouvre une peur de grandir. S'esquivant de la scène, l'implosé met sa subjectivité en *stand-by*. Sa bonne volonté apparente ne laisse entendre aucune demande ni désir engagé. Il se demande ou feint de se demander ce que les adultes inquiets lui veulent, et ne reconnaît ses défaillances que du bout des lèvres : somatisations, cauchemars, somnambulisme, insomnies, et chez le plus jeune, énurésie ou peurs nocturnes. Chez nombre d'in-patients, les activités symboliques comme le dessin sont peu investies, sauf à décalquer d'impersonnels personnages de jeux vidéo. Faute d'un minimum de verbalisation, l'accroche transférentielle est difficile. Pour réveiller cet in-patient, le psy ira à la pêche à son désir en s'engageant lui-même et en évitant un silence trop anxiogène. Mais si l'in-patient ne s'enfuit pas, son inertie diffusera son ennui mortifère au psy.

L'in-patient « explosé »

À l'opposé des implosés, une expression psychopathologique infantile occupe le devant de la scène : l'*explosé* dont l'agitation et l'inattention sont qualifiés de « trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité » (TDA/H). Occupant l'espace visuel et sonore, le moindre arrêt ou silence l'inquiète : « Parlez ! », dit-il au psy et au parent qui l'accompagne. Même vide de secret, il craint d'être mis à jour, évitant les propos personnels et les longs échanges.

Il existe une variante : l'*explosé tourmenteur* dont l'agitation teste et sollicite l'autre pour obtenir plus de pouvoir, d'attention et d'objets. Il cherche son plaisir dans les domaines requérant le moins d'effort, mais ce n'est jamais assez. Derrière sa recherche de satisfaction immédiate, ses réclamations et provocations recouvrent souvent des questions informulées : Quelles sont les limites symboliques et réelles imposées par la vie ? Qui dirige à la maison ? Où sont et qui pose les castrations symboligènes que les parents ne savent pas ou répugnent à imposer ? Quand va-t-il vieillir et mourir ? Vers où le désir de chaque parent est-il dirigé ? Quel

est son statut dans la famille séparée ou recomposée ? Ces questions existentielles sont redoublées par d'autres plus individuelles, sur le géniteur, les jeux sexuels, à quoi s'ajoute une jouissance sadique de l'in-patient, lorsque l'anxiété, les suppliques et les menaces de sanction non tenues par des parents vulnérables attisent son excitation ! Le DSM appelle ce profil un « trouble oppositionnel avec provocation » (TOP).

J'ai vu un garçon de huit ans qui penchait un instant son visage sous la table pour grimacer en douce, puis reprenait son air « normal » au-dessus, pour tenir des propos vides ou contrefaits d'enfant sage. Cela m'évoque la métaphore du signifiant et de son affect à décharger, voire du signifiant avec son signifié caché, séparé par la barre... de la table. Ce jeune mettait en scène sa division subjective, ou avec des références kleinienne, la dialectique du clivage bon/mauvais dans sa figure ange et démon. Tel un ressort comprimé, il est incapable d'action constructive et ne peut tenir une conversation suivie sans s'agiter et/ou provoquer. Que faire lorsque des parents consultent avec un in-patient explosé ne s'exprimant que par des diversions verbales et agies, ou par un discours dénégatif (« C'est pas moi », « Je l'ai pas fait exprès »), voire des insultes ? Hormis un placement en internat aux longs délais d'admission et aux effets incertains, ou le recours à une pharmacopée intrusive souvent refusée par la famille (Ritaline, Risperdal), le psychothérapeute est sollicité : va-t-il décliner la demande parentale, arguant que l'enfant n'est pas demandeur ni adéquat au dispositif de soin ? Je préfère considérer, dans un premier temps, qu'en dépit du contre-transfert suscité par ce type de jeune, c'est le dispositif qui doit s'adapter, en essayant d'innover.

À un analyste, en contrôle chez Lacan, s'inquiétant d'un analysant qui hurlait durant toute la séance, le maître avait soutenu que cet homme avait bien le droit de s'exprimer ! Survient alors cette question face à ces in-patients explosés : la psychothérapie, si elle n'en est pas le but ultime, peut-elle être le lieu du défolement ? Cette interrogation, a priori aberrante, voire intenable pour un psy, m'est pourtant venue avec certains explosés. Richard Hellbrunn a inventé la *psychoboxe* pour de grands adolescents ou adultes psychopathes, avec un second temps contractualisé de reprise associative sur les affects ressentis durant la confrontation physique [7]. Mais l'incapacité des jeunes enfants à évoquer leurs affects, alliée à mon absence de goût pour la boxe, m'ont amené, selon les cas, à répondre de façon rugueuse aux provocations de l'explosé, ou à le laisser se défouler, en supportant en séance ce qui était condamné ailleurs. J'y ai parfois participé – par exemple lui renvoyer les crayons qu'il me lançait – pour transformer la provocation en jeu à deux (*playing*), avec l'espoir que cette réponse iconoclaste constitue un préalable à sa psychothérapie. Il arrive que le défolement de l'explosé associé à l'impact initial d'un transfert parental positif

amène un répit du comportement provocateur ; mais peut-être cet effet vient-il aussi de la prise en compte par un adulte de sa division subjective et du grand-écart que l'enfant opère entre les exigences extérieures et des motions agressives et/ou sadiques envahissantes. Précisons le concept de défolement.

Refolement et défolement

Le refolement échoue s'il est trop massif ou si des rencontres imprévues réveillent des représentations refoilées. Le symptôme psychogène est un retour du refoilé qui résulte d'un mouvement de réémergence portant sur une représentation chargée d'un quantum d'affect. Ce quantum provient pour Freud, d'une « conversion des énergies psychiques des pulsions en affects » [8]. Le facteur commun aux mécanismes de refolement, c'est « le retrait de l'investissement de l'énergie (ou libido, si nous traitons de pulsions sexuelles) ». Freud songeait alors aux pulsions d'autoconservation, mais il serait légitime d'envisager le refolement des motions agressives, qu'elles relèvent de la libido (jalousie, protestation) ou de la pulsion de mort. Freud évoque trois modalités de refolement :

– l'*hystérie d'angoisse* (névrose phobique) où la représentation s'est déplacée sur un autre signifiant, tandis que « la partie quantitative n'a pas disparu mais s'est transformée en angoisse » ;

– l'*hystérie de conversion* où « la disparition totale du quantum d'affect » provoque une « belle indifférence », avec en guise de formation de substitut, « une innervation excessive somatique [...] de nature tantôt sensuelle, tantôt motrice... » ;

– la *névrose obsessionnelle* où le refolement porte sur une tendance libidinale ou hostile se traduisant par des motions sadiques. Il y a un « échec dans le refolement du facteur quantitatif, affectif », avec une « tenue en laisse, au plan moteur de l'impulsion ». Son « affect disparu fait retour [...] dans sa transformation en angoisse sociale, en angoisse morale, en reproches... » [8]

« Foulement » renvoie à l'action de presser avec les pieds ou les mains, comme on le faisait à l'ancienne avec le raisin. Le concept de défolement semble issu de la vulgate psychanalytique, en référence antagoniste au concept de refolement (*Verdrängung*), et à la poussée de la pulsion (*Dräng*). Le terme de *Abdrängung* n'est pas utilisé par Freud pour évoquer le défolement.

Qu'est-ce qui se défole ? L'idée d'un « trop plein d'énergie » a mené parents et éducateurs à préconiser le sport pour « calmer » le jeune. Pourtant, de même que la pratique sportive préconisée aux siècles précédents ne détournait pas l'enfant de l'onanisme, celle-ci n'apporte aucune sédation de l'impulsivité ni de l'agressivité, à moins d'épuiser le jeune plusieurs heures

par jour. Le défoulement évoque une décharge d'affects « négatifs » : agressivité, impulsivité, contrariété, sans référence au génital ni même au sexuel. L'arrière-plan épistémologique de ce concept est proche des travaux de Hans Selye et de Franz Alexander sur les maladies psychosomatiques. Les Américains conçoivent le stress comme l'effet d'un échec d'adaptation. Une personne durablement stressée et incapable de répondre au facteur perturbant ni de s'y soustraire manifeste des troubles psychosomatiques : migraine, pelade, crampe stomacale ou diarrhée susceptible d'évoluer en ulcère¹. Ceux qui sont pourvus d'un surmoi sévère et sont incapables d'exprimer leur malaise ou de le métaphoriser retournent sur eux la charge agressive ou anxiogène. Lorsqu'elle s'opère, la libération cathartique des affects de déplaisir (frustration d'ordre sexuel ou social) amène un bref soulagement. J'ai connu un homme qui tapait sur la première personne de la famille passant à proximité lorsqu'il découvrait un programme télé contrariant. Le défoulement est une défense psychique rustique susceptible d'éviter une somatisation. Dans cet esprit, des *fury rooms* offrent, moyennant finance, le droit de tout casser dans des lieux réservés à cet effet. Les jeux vidéo de guerre pourraient relever de la même économie psychique. Mais la métaphore du ressort comprimé a ses limites, puisqu'une pulsion ne cesse jamais de pousser. Il faut aussi prendre en compte la jouissance transgressive de l'acte et parfois celle de sa sanction ! Prôner un défoulement physique s'avère illusoire si cette suggestion fait l'impasse sur la dimension agressive et/ou sexuelle de la poussée, et sur le caractère parfois signifiant et adressé de cette conduite. Une fillette, s'opposant à la banalisation de ses crises de colère, refusait ainsi d'aller se calmer dans sa chambre. Elle exigeait que sa mère y assiste ! *In fine*, si l'on ne fait pas du défoulement le fondement d'une psychologie comportementale, ce phénomène obéit aux principes de plaisir et de réalité, et s'inscrit dans la première topique freudienne dont le fonctionnement a été inspiré par le modèle du réflexe.

Du stress au trauma, du défoulement aux névroses actuelles

Les concepts de *stress* et de *trauma* ont trait à deux corpus théoriques différents. Le premier renvoie à une optique comportementale où un agent extérieur contrarie l'individu au point de troubler son équilibre physiologique, tandis que le trauma en psychanalyse

évoque une effraction de son pare-excitation provoquant un trou dans le système de représentations. Les deux termes évoquent un individu psychiquement et matériellement démuni face à ce qui lui arrive, avec le même répondant corporel, puisque les affects se manifestent par les hormones et neurotransmetteurs. Par contre, la référence freudienne rattache les réponses corporelles du psychonévrosé à une chaîne traumatique ayant ses origines dans l'histoire du sujet.

Mouvement inverse de celui du refoulement, le défoulement est une décharge non spécifiée alors que le second porte sur le signifiant. C'est pourquoi, si l'on cherche dans la théorie freudienne un équivalent au concept de défoulement, il faut revenir au concept de *névrose actuelle* tombé en désuétude. Dans le *Vocabulaire de psychanalyse*, Laplanche et Pontalis rappellent que la névrose actuelle « est un type de névrose que Freud distingue des psychonévroses : a) L'origine des névroses actuelles n'est pas à rechercher dans les conflits infantiles, mais dans le présent ; b) Les symptômes n'y sont pas une expression symbolique et surdéterminée, mais résultent directement de l'absence ou de l'inadéquation de la satisfaction sexuelle » [11]. Son caractère « actuel » renvoie à une causalité du moment, à une synchronie se distinguant de la registration diachronique des psychonévroses. En 1895, Freud décrit deux formes de névrose actuelle : la névrose d'angoisse comme effet d'un « trop peu » de satisfaction sexuelle (coït interrompu, mari impuissant), et la neurasthénie résultant à l'opposé d'un « trop » de sexe (masturbation compulsive) [6]. Il ajoute ensuite l'hypocondrie [12], soit les préoccupations physiques relatives à l'idée d'être ou de tomber malade, rejoignant sans s'y confondre, le concept alors inconnu de maladie psychosomatique. Freud l'évoquait déjà : « Dans les deux cas [psychonévroses et névroses actuelles] les symptômes émanent de la libido ; ils sont donc des utilisations anormales de celle-ci, un substitut de satisfaction. Mais les symptômes des névroses actuelles, un mal de tête, une sensation de douleur, un état d'excitation dans un organe, l'affaiblissement ou l'inhibition d'une fonction, n'ont pas de « sens », pas de signification psychique. » [6]. Puisque celles-ci sont « sans aucune représentation associée » et ne touchent qu'à une génitalité limitée au champ de la décharge orgasmique (avec « genèse toxique »), faut-il abandonner les névroses actuelles aux sexologues ? Pas nécessairement ! D'une part, les névroses actuelles sont à réenvisager au-delà de la question génitale, et d'autre part, il faut prendre en compte le fait qu'elles sont intriquées à la structure psychique de l'individu (névrose, psychose, perversion). Freud parle de « névrose mixte » dont le noyau traumatique du symptôme psychonévrotique est comme « ce grain de sable au centre de la perle » [13]. Il évoque aussi les névroses actuelles comme « étiologie auxiliaire » et « anticipation somatique des psychonévroses », la genèse de ces dernières nécessitant deux facteurs : *Une fixation de la*

¹ L'école de Chicago [9] évoque une susceptibilité psychosomatique alimentée par une forte dépendance initiale à la mère, où les somatisations s'inscrivent dans une dynamique impliquant protestation narcissique et sentiments de culpabilité. Nous verrons plus loin que les travaux plus récents de C. Dejours sur la psychosomatique [10] offrent une approche assez proche de la nôtre.

libido dans l'enfance constitue le facteur interne « disposant », tandis que *la frustration* est un facteur externe « accidentel » déclenchant. Une rencontre anodine ou traumatique réveillera la charge anxiogène du point de fixation.

Le concept de *névrose actuelle* gagnerait à être repris en élargissant sa définition et son champ d'application. Les bourgeoises viennoises du XIX^e siècle atteintes de névrose d'angoisse ne souffraient-elles pas plus de leur misère affective et sexuelle que du coït interrompu ? À notre époque, quand le Viagra ne peut rien, ces femmes traînent leur conjoint à la consultation ou le menacent d'aller voir ailleurs ; au pire, elles dépriment en connaissance de cause ! Le ressort des névroses actuelles ne réside pas dans une génitalité trop peu ou pas assez pratiquée, mais dans un malaise multiforme où domine le facteur quantitatif dont Freud s'est préoccupé dès son projet de psychologie de 1885 : marasme social, panne de la demande par inhibition, vie rétractée, morosité à tonalité dépressive. Faute d'objet d'amour ou de satisfaction, leur problématique se déplace sur un retrait social misanthropique, ou sur des préoccupations physiques réelles ou imaginaires allant jusqu'à l'atteinte psychosomatique. L'opposition freudienne neurasthénie/névrose d'angoisse renvoie à une différence de fonctionnement, la première touchant prioritairement les hommes, plus en concordance avec un fonctionnement obsessionnel, et la seconde surtout les femmes qui ont plus d'affinité avec le registre hystérique. Un fond anxiphobique peut accompagner ces tableaux.

Les névroses actuelles renvoient à des sujets libidinalement insatisfaits, incapables d'affronter une situation anxiogène ou de prendre du plaisir dans leur quotidien, repliés sur une jouissance solitaire (masturbation, boulimie), des somatisations réelles (maladie psychosomatique) ou imaginaires (hypocondrie), des difficultés de concentration (agitation, instabilité) ou une opposition vindicative. Les névroses actuelles traduisent une panne de la fonction métaphorique, la charge quantitative de la libido ne parvenant pas à se mettre en mots ni en perspective historique (liaison à un facteur qualitatif) : l'individu est fixé par une inertie, marinant dans une morosité dont il ignore la cause (désir en berne), incapable de penser ou de réagir face à une situation insatisfaisante anxiogène (stress) ou traumatisante, au point de se rendre malade. Les névroses actuelles ne renvoient pas à une historicité, parce leurs manifestations restent sans corrélation entre l'actuel et un passé romançable. Alors que l'expression des psychonévroses est multiforme, singulière et liée à des signifiants oubliés, les troubles psychosomatiques et leur cortège anxieux sont une réponse physiologique de l'organisme face à la détresse ou à un malaise non symbolisé. La somatisation est un témoignage sans parole dont l'histoire reste à élaborer. Ce versant psychosomatique pourrait constituer une des polarités des névroses actuelles, rejoignant les tendances hypocondriaques.

Les troubles névrotiques de l'enfant relèvent des névroses actuelles

Limitons à l'enfant ce débat nosographique, en laissant de côté les psychoses et autismes qui restent des invariants. Ayant supprimé la « génitalisation » des névroses actuelles, l'obstacle de leur transposition à la clinique de l'enfant a disparu. Allons plus loin : les névroses actuelles, en tant que mal-être psychique informe, sont les expressions psychopathologiques infantiles propres à notre hypermodernité. Sans névrose structurée, la plupart des enfants consultants, notamment ceux d'avant la phase de latence, souffrent d'une névrose actuelle.

Les névroses actuelles de l'enfant, dont les parents sont dépositaires du contexte, doivent être considérées comme modèle standard de la psychopathologie infantile. Constituant la première pierre à l'édification d'une névrose ultérieure chez l'adolescent et l'adulte, elles peuvent aussi subsister en l'état, sans que les signes psychopathologiques et les somatisations ne parviennent jamais à s'élaborer en une dialectisation névrotique différenciée. Nous rencontrons toujours des névroses phobiques dès avant la phase de latence, et dès 9-10 ans, des manifestations obsessionnelles (troubles obsessionnels compulsifs) et des somatisations inaugurant une hystérie à venir. Mais peu d'auteurs se risquent à évoquer une structure névrotique différenciée chez le jeune enfant, hormis la névrose phobique évoquée par Freud, que d'aucuns considèrent comme une névrose de transition, privilégiant la bipolarité hystérie/névrose obsessionnelle. L'évaluation du degré d'élaboration d'une psychonévrose ne saurait s'étayer sur une chronologie développementale, puisqu'elle peut perdurer dans son état de friche à l'âge adulte. Le manuel d'Ajuriaguerra de 1980 rappelait que ni l'antique DSM de 1952 ni l'OMS en 1958 n'avaient fait figurer le terme de « névrose » chez l'enfant dans leurs classifications. Selon l'auteur, la plasticité psychique de l'enfant fait qu'« une souffrance névrotique peut être remplacée par une souffrance ordinaire » et que « une souffrance s'atténue parfois » ! [14]. Ma position rejoint celle de S. Lebovici et D. Braunschweig : « la formule névrotique que l'on observe chez l'enfant a souvent un caractère extensif, c'est-à-dire que l'on peut passer d'une forme phobique à une forme obsessionnelle, à un changement de registre des symptômes » [14]. En fin de compte, pour quelques enfants à structure névrotique spécifiée, combien consultent pour un fond anxieux, une incapacité à supporter les frustrations libidinales les menant à des colères clastiques ou passages à l'acte destructeurs (auto et hétéro-agressivité), une inappétence aux activités symboliques et aux relations sociales ? Leurs empêchements renvoient à un informulable lié aux frustrations ou difficultés du moment – parents anxieux et surprotecteurs, divorce, mère seule étouffée ou étouffante, alcoolisme ou violence du père, recomposition

familiale, placement en famille d'accueil, conflit scolaire – plutôt qu'à un retour du refoulé. Énurésie, encoprésie, insomnies, tristesse, sentiment d'insécurité, coinçage affectif, angoisse sociale, et surtout « hyperactivité » et opposition avec ou sans colères clastiques relèveraient ainsi d'une névrose actuelle. L'agité opposant interroge la problématique et les limites des adultes : « M'aime-t-il ? Me répondra-t-il ? Arrêtera-t-il de m'étouffer ? Me laissera-t-il revoir le parent absent ? Est-il capable de soutenir une fonction castratrice ? » Aucun refoulement ni retour du refoulé ici !

Cette approche nécessite l'élaboration d'une classification de ce qu'il est d'usage de nommer « troubles névrotiques » de l'enfant, à partir des manifestations expressives de son être-au-monde. La conception freudienne du moi comme étant « avant tout un moi corporel » [15] pourrait en effet se prolonger par *une prise en compte phénoménologique de ses modalités de mouvement extra- et intracorporel*. La subjectivité infantile s'exprime à travers un moi-corps dont le vécu interne, susceptible d'affecter l'organisme, régit aussi son mouvement vers l'autre, jusque dans ses gesticulations désordonnées ; car pour reprendre Merleau-Ponty, il arrive que l'essence motrice du corps se convertisse en vocifération [16]. D'une agitation interne susceptible de somatisations aux mouvements compulsifs extériorisés, c'est toujours le corps qui est en jeu : « agir expressif », dit Christophe Dejours. « La raison du symptôme somatique est dans la diachronie de l'intersubjectivité. [...] L'agir expressif désigne dans l'acte de parole du sujet adressé à l'autre l'ensemble constitué par l'énoncé et l'énonciation, avec tout ce que l'énonciation implique de l'engagement du corps (mimiques, gestique, motricité, prosodie, voix, timbre, rythme, modifications viscérales et neurovégétatives, etc.) » [10].

Tableau des névroses actuelles de l'enfant : entre explosion et implosion

Notre analyse nouvelle se base sur *l'expression phénoménologique des névroses actuelles de l'enfant* renvoyant à son vécu. Cette approche évite une classification basée sur les trois névroses freudiennes coïncidant mal avec la clinique infantile, tout en échappant aux séries de troubles du DSM, sans direction de pensée susceptible d'offrir un éclairage clinique. Cet abord psychopathologique, qui reprend la métaphore hydraulique de la libido, se centre sur l'expression d'un quantitatif polarisé entre explosion et implosion par « surpression ». La dépression comme « sous pression » occupe une position médiane à travers l'asthénie et le sentiment de vide intérieur.

C'est une situation qui m'a inspiré : une mère, élevant seule ses deux enfants de 5 et 9 ans, est sujette à des vertiges avec vomissements, sans base organique médicalement décelée (syndrome de Ménière écarté).

Ses garçons témoignent aussi d'un mal-être pour lequel elle consulte, sans qu'on puisse d'emblée faire la part du terrain familial : mimétisme identificatoire, absence de répondant paternel ou masculin ? Le plus jeune, suivi de longue date par un psychiatre pour encoprésie et hyperactivité, a des problèmes d'insertion scolaire. L'aîné, excellent élève, s'efface devant les difficultés envahissantes du cadet. Doux et sérieux, il a une vie sociale apparemment bonne, et même une amoureuse. Il soutient, avec le sourire, ne pas avoir de souci et ne pas vouloir engager de psychothérapie, malgré des bouffées d'angoisse intermittentes. Outre sa toux que les médecins ont qualifiée de « psychologique » après moult traitements et examens, il est atteint d'une pelade qu'il a « oublié » d'évoquer. Sa mère décrit lucidement le tableau clinique de ses enfants qui incarnent nos deux types d'in-patients : « Le petit explose, et le grand implose ! ».

Si nous envisageons les névroses actuelles de l'enfant à travers son être au monde et être-pour-le sexe, il faut classifier la psychopathologie des manifestations subjectives à partir de leur expression phénoménologique. Françoise Minkowska décrit deux modalités antagonistes d'être au monde, à partir du discours tenu par des patients [17] : le *caractère épileptoïde* fait d'un caractère explosif et d'une adhésivité dans l'appréhension sensorielle, qu'elle oppose au *caractère schizoïde* traduisant une rigidité, un rationalisme morbide et des processus de clivage de la personnalité (*Spaltung* de Bleuler). Bien qu'on puisse repérer des clivages dans l'hystérie et les défenses obsessionnelles, la schizoïdie n'offre pas d'utilité clinique chez l'enfant. Il paraît plus opportun de *distinguer deux polarités du vécu subjectif renvoyant au couple explosé/implosé, où les affects, déchaînés de leurs répondants signifiants, propulsent leur ravage*. Ce couple d'opposés évoque l'énergie libre et l'énergie liée de Freud, où l'énergie libre évoquée « comme quantité qui s'écoule » peut s'évacuer par le mouvement, à travers « une liaison aux machines musculaires » (incluant l'hyperactivité comme paroxysme ?), tandis que sur le versant psychosomatique, quand « le développement de l'affect inhibe le cours de pensée normal » [18], l'énergie emmagasinée opère des largages psychophysiologiques cristallisant l'affect négatif sur un organe ou la peau.

Finissons sur un *tableau synthétique qui met en perspective l'expression des troubles infanto-juvéniles hors psychose et autisme (tableau 1)*². Les troubles anxieux

² Le tableau n'a pas de colonne, car le voisinage et la variabilité des expressions psychopathologiques échappent à une case diagnostique précise, tandis que l'angoisse et les motions dépressives sont partout présentes à des degrés divers. Les mécanismes de défense figurent là où leur usage prédomine. L'angoisse (peur sans objet fantasmée) est distinguée de l'anxiété et insécurité liées au stress provoqué par un élément connu et actuel. Enfin, le tableau ne prend pas en compte les facteurs impondérables : terrain génétique, congénital ou épigénétique, viscosité de la libido, modalités de circulation de la parole en famille.

Tableau 1. Psychopathologie des névroses actuelles de l'enfant.

<i>Polarité spatiale des manifestations subjectives</i>	←-----→		
	Explosion	<i>Dépression</i>	Implosion
<i>Champ de déploiement du mal-être</i>	Corps en mouvement	Corps métaphorisé (mortifié par le signifiant)	Organisme en souffrance (affects sans parole)
<i>Manifestation psychique du ratage</i>	Fuite hypomane Décharge motrice d'une angoisse non symbolisable	Répétition d'une symbolisation sans remémoration	Vie gélifiée Incarnation du mal-être sans symbolisation
<i>Fantasmes associés</i>	De toute-puissance sadique	Œdipien	Masochiste (se faire, se vouer/dévouer) ↑ Corps évanescents (psychosomatique) ↓ Corps asexué, déformé (anorexie) ↓ Corps malade (hypocondrie)
<i>Chaîne des facteurs déclenchants</i>	Carence affective ou laxisme éducatif ↓ Insécurité ↓ Frustration/limites ↓ Excitation/Déplaisir non métabolisable	Trauma réel ou imaginaire avec échec du refoulement ↓ Vécu comme castration ↔ Angoisse de séparation, dévoration, amputation	Stress par peur ou contrariété actuelle ↓ Réitération ↓ Déplaisir emmagasiné
<i>Expressions symptomatiques</i>	Agitation Colères et passages à l'acte	Phobie animale/sociale/d'impulsion (TOC) Obsessions	Phobie scolaire Somatisation et/ou hypocondrie Maux tête et ventre Toux, fièvre Ulcères, pelade, Allergie, dermatites
<i>Mécanismes de défense</i>	Fuite hypomane du moi	Déni pervers	Refoulement et son échec
			Rejet ou absence d'un système de sens impliquant le sujet

relevant des pathologies du refoulement, mis en place médiane, sont ainsi encadrés par le couple d'opposés (les *in-patients*) : l'individu en perpétuel mouvement prêt à exploser à la moindre frustration, et le candidat aux somatisations inhibé dans la verbalisation de ses affects et la métaphorisation de ses soucis. À par-

tir de l'emplacement médian (position phobique) où l'angoisse tient une fonction organisatrice, les difficultés de métaphorisation du mal-être croissent à mesure que l'on s'approche des extrémités du tableau : à gauche, l'agitation physique occupe la scène et empêche tout jeu de refoulement/retour du refoulé, comme on bougerait

pour retenir son envie d'uriner ; à droite l'inertie tétanise l'individu jusqu'à l'implosion, en court-circuitant la subjectivation du mal-être par des somatisations ou préoccupations d'allure hypocondriaque (peur non psychotique de vomir ou de tomber malade).

Nous espérons que notre approche ouvrira un débat, voire initiera une alternative chez les psychiatres insatisfaits des classifications passées et actuelles. Au-delà des débats théoriques ou idéologiques relatifs à la nosographie, les *in-patients* nous poussent à réfléchir et à réaménager nos pratiques cliniques.

Liens d'intérêts les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Raffy A. L'enfant des limites, l'enfant du DSM. *Information Psychiatrique* 2006;9:723-30.
2. Lebrun JP. *Un monde sans limites*. Toulouse : Érés, 1997.
3. Dufour DR. *L'art de réduire les têtes*. Paris : Denoël, 2003.

4. Raffy A. *La pédofolie. Essai sur l'infantilisme des grandes personnes*. Paris : Téraèdre, 2013.
5. Le Breton D, Marcelli D. *Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse*. Paris : PUF, 2010.
6. Freud S. *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF, 1973.
7. Hellbrunn R. *À poings, nommés genèse de la psychoboxe*. Paris : L'Harmattan, 2014.
8. Freud S. *Métapsychologie*. Paris : Flammarion, 2012.
9. Alexander F. *La médecine psychosomatique*. Paris : Payot, 1977.
10. Dejours C. Doctrine et théorie en psychosomatique. *Revue française de psychosomatique* 1995;1:59-80.
11. Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulaire de psychanalyse*. Paris : PUF, 1967.
12. Freud S. *Résultats, idées, problèmes. Vol. 1*. Paris : PUF, 1984.
13. Freud S. *Conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1999. pp. 490 et 440.
14. Ajuriaguerra A. *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson, 1980. pp. 679 et 680.
15. Freud S. *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1981. p. 238.
16. Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception*. Paris : Desclée de Brouwer, 1952. p. 211.
17. Minkowska F. *Le Rorschach, à la recherche du monde des formes*. Paris : Desclée de Brouwer, 1956.
18. Freud S. *Lettres à Fliess*. Paris : PUF, 2006. p. 604.



32 €

L'enfant adopté

L'outil précieux pour tout professionnel qui accompagne des enfants adoptés et leurs familles

Les **connaissances spécifiques nécessaires à la bonne approche de ces enfants** sont essentielles à leur santé.

Les questions sont multiples et se succèdent tout au long de l'enfance, formant un **très large spectre** auquel cet ouvrage s'attache à apporter des réponses :

- d'ordre purement **médical** ;
- d'un point de vue **psychologique et sociétal** ;
- sur l'**aspect administratif**.

Coordinateur
Jean-Vital de Monléon

- Pédiatre, anthropologue, consultation d'adoption outremer, C.H.U. Dijon,
- Membre du Conseil national de protection de l'enfance,
- Ancien membre du Conseil supérieur de l'adoption
- Auteur de nombreux articles et ouvrages consacrés à ce thème, il est également fondateur en 2015, du Diplôme Universitaire *L'enfant adopté* (Université de Bourgogne) et créateur et animateur du blog : *Le blog de l'adoption*.

Collection *Progrès en Pédiatrie*

- Janvier 2017
- 16 x 24 cm / 192 pages
- ISBN : 978-2-7040-1419-4

 | 

EN SAVOIR +



Tous les ouvrages de la collection sont disponibles sur www.jle.com