

De l'accordage affectif à l'interprétation. Tendance antisociale et troubles oppositionnels avec provocation (TOP)

Auteur(s) : Gilbert Diatkine - Marta Maffioli

Mots clés : accordage affectif - antisociale (tendance) - enfants de parents handicapés - interprétation - oppositionnisme - provocation - psychothérapie - TOP (troubles oppositionnels avec provocation) - troubles oppositionnels avec provocation (TOP)

Anthony a 3 ans ½ quand il commence une psychothérapie avec l'un de nous (Marta Maffioli). Il est si coléreux et désobéissant à la maison et à l'école que son adaptation sociale fragile est en danger. En effet, le maintien d'Anthony dans sa famille a été problématique dès sa naissance, et son entrée à l'école maternelle est remise en question par ses troubles du comportement. Anthony est en effet élevé par une mère gravement handicapée mentale, atteinte d'une maladie génétique associant une encéphalopathie, une hypoacousie, une syndactylie et des doigts surnuméraires. Elle a rencontré le père dans l'institution où tous deux étaient suivis. Son père est aussi handicapé intellectuel, mais à un degré moindre : il vit chez ses parents et a un travail. Sa mère a dénié sa grossesse jusqu'à 7 mois ½. Son père a pris la fuite à sa naissance, puis a repris contact avec sa mère et avec

Anthony. Les services sociaux ont suivi la mère et l'enfant chaque semaine à domicile pendant la première année. A partir de l'âge d'un an, Anthony est suivi dans un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) à cause, à cette époque, d'un calme anormal, et en particulier d'une absence d'angoisse de séparation. Il bénéficie d'un suivi éducatif hebdomadaire et d'une rééducation psychomotrice jusqu'à l'âge de trois ans au CAMSP Sa mère voit une psychiatre chaque semaine. Grâce à cette prise en charge intensive précoce, l'enfant développe des relations avec ceux qui s'occupent de lui, et son développement intellectuel, évalué vers trois ans est normal. En revanche, il est devenu opposant et coléreux, au point qu'une séparation d'avec sa mère, évoquée depuis le début, semble à nouveau s'imposer. Après une longue discussion, une psychothérapie est tentée.

Les TOPs

De quoi souffre Anthony ?

À la fin de sa première année, devant l'absence d'angoisse devant l'étranger, signant une grave carence de la représentation de l'objet absent, il est probable que l'on a pu redouter pour Anthony ce que la psychiatrie moderne appelle un « Désordre du spectre autistique » (*American Psychiatric Association*, 2013, p.50). Une prise en charge relativement intensive et précoce a peut-être évité à Anthony ce qui aurait pu devenir une évolution autistique, mais l'apparition de troubles du comportement importants pose un nouveau problème de diagnostic quand l'enfant atteint l'âge de trois ans.

Peut-on dire qu'Anthony souffre alors de ce que la psychiatrie

infantile moderne appelle un « Trouble oppositionnel avec provocation » (TOP, *Oppositional Defiant Disorder*) ? Anthony remplit deux des conditions requises pour ce diagnostic. Chez un enfant de moins de cinq ans, il faut, pour être considéré comme souffrant d'un TOP, (et pour obtenir par conséquent le remboursement des soins par les assurances américaines contre la maladie) présenter chaque jour depuis au moins six mois :

- 1) Une humeur coléreuse : ce sont des enfants irritables, qui sont susceptibles et perdent facilement le contrôle d'eux-mêmes.
- 2) Un comportement argumenteur et provocant : ils discutent les adultes et les autorités, n'obéissent pas, ennuient les autres, et les accusent de leurs propres fautes.

Il faut de plus que le trouble crée des problèmes importants à la maison et à l'école, qu'il ne soit pas dû à une prise de drogue, ni ne soit la conséquence d'un désordre bipolaire. Il faut en outre que les victimes du trouble n'appartiennent pas à sa fratrie. Anthony satisfait à toutes ces conditions, mais il lui en manque une dernière : il n'est nullement vindicatif. Comme il est habituel à son âge, il ne s'obstine jamais longtemps dans sa colère. Or un comportement envieux et vindicatif est aussi nécessaire au diagnostic, au moins deux fois depuis six mois (*American Psychiatric Association*, 2013, p. 462 et sq).

La tendance antisociale

La dimension de revanche, absente du tableau clinique, est au contraire inhérente à la construction que l'on peut faire pour comprendre les TOPs, si l'on adopte la conception psychanalytique

des troubles du comportement chez l'enfant proposée par Winnicott, sous le nom de « tendance antisociale ». Contrairement aux TOPs, la tendance antisociale n'est pas une maladie. Elle s'observe même plus facilement « chez l'enfant normal ou presque normal » que chez l'enfant « délinquant » ou « psychopathe ». L'enfant normal « attaque » ses parents, en se montrant glouton, ou envahissant, et le parent normal répond instinctivement à la tendance antisociale de l'enfant en lui imposant des limites sans le maltraiter (Winnicott, 1956, p. 175). Mais la dimension de revanche fait partie de la conception de la tendance antisociale, car, écrit Winnicott, en attaquant sa mère, ou les autres adultes qui cherchent à l'éduquer, l'enfant recherche « *la mère sur laquelle il a des droits*. Ces droits découlent du fait que (du point de vue de l'enfant) la mère a été créée par l'enfant » (Winnicott, 1956, p. 179). Dans les conditions d'un développement à peu près normal, « la mère a répondu à la créativité primaire de l'enfant, et est ainsi devenu l'objet que l'enfant était prêt à trouver ». Winnicott fait ici allusion aux interactions précoces entre mère et enfant, où la mère est « suffisamment bonne », c'est-à-dire ni gravement absente, comme l'a peut-être été la mère d'Anthony, ni constamment présente, comme le sont certaines mères très angoissées. La représentation interne de la mère absente peut alors se construire peu à peu, ainsi que celle de l'étranger, qui est normalement angoissant parce qu'il représente l'absence de la mère.

Winnicott ajoute : « *la caractéristique essentielle de l'enfant antisocial* est qu'il incommode, et c'est ainsi, au mieux, un *trait favorable* indiquant à nouveau une nouvelle potentialité de recouvrer la fusion des pulsions libidinales et de motricité [pour

« agressives »] qui avaient été perdue » (Winnicott, 1956, p.180). La violence de l'enfant (comme celle de l'adolescent et de l'adulte) implique la recherche d'un adulte, ou d'un groupe, capable de la contenir, sans se laisser détruire soit en s'effondrant, soit en rendant coup pour coup. Toute la difficulté du métier d'éducateur spécialisé est de rester constamment sur la crête qui sépare le laisser faire de la maltraitance. Pour Winnicott, la psychanalyse n'est pas le traitement de la tendance antisociale, qui relève avant tout de cette prise en charge éducative, qu'il appelle le *holding* (Winnicott, 1956, p.184). Le *holding* fait aussi partie inhérente de la psychothérapie des enfants atteints d'un TOP, mais grâce à cette psychothérapie, et avec l'aide de l'institution, un processus analytique peut se développer chez un enfant comme Anthony.

La rencontre analytique

Au premier entretien, Anthony vient avec ses deux parents, mais son père n'accepte pas d'entrer. La psychologue parle avec lui dans la salle d'attente. Sa mère suit au contraire la thérapeute dans son bureau. Elle parle avec la voix rauque d'une sourde.

Anthony emporte de la salle d'attente un xylophone en forme de crocodile, sur lequel il tape très fort. La psychologue tape avec lui, en essayant de le faire taper moins fort. Anthony se met dans son rythme, et lui déclare : « Tu es ma psychologue - je préfère les (sons) forts ».

C'est un premier exemple de prise en charge de la tendance antisociale, où la thérapeute recrée avec l'enfant un « accordage affectif » : la communication primaire entre l'enfant et sa mère se fait sur la base d'un rythme commun entre les lallations du bébé

et les mots de la mère (Stern, 1985). C'est aussi un remarquable exemple de la rencontre analytique, le sentiment pour un sujet d'être compris en profondeur, qui s'observe quel que soit l'âge du sujet, et que beaucoup de psychanalystes aujourd'hui considèrent même comme plus importante encore que l'interprétation dans une psychanalyse (Stern et coll., 1998, Benjamin, 2004).

Au deuxième entretien, Anthony veut prendre le grand garage de la salle d'attente avec toutes ses voitures. Dans le CAMSP, on ne doit pas emmener les jouets de la salle d'attente dans les cabinets de consultation. La thérapeute propose qu'il emporte un autre garage, plus petit, mais contenant aussi quelques voitures. Anthony accepte.

C'est un nouvel exemple de prise en charge de la tendance antisociale, reposant aussi sur un accordage affectif ou le rythme va en diminuant, comme avec le xylophone de la séance précédente.

Anthony prend trois voitures.

La thérapeute dit : « Tu as amené un 2^e garage, comme une 2^e maison pour les voitures »

C'est un premier exemple de liaison interprétative. Il passe par les mots, et non plus les comportements, et montre très simplement le transfert, de sa maison, vers celle de la thérapeute.

Anthony répond en se regardant dans le miroir. Il parle à la petite voiture - et à la thérapeute - comme le ferait un adulte :

A -Tu es punie !

T - Pourquoi ?

A - Tu es punie ! (il se regarde dans le miroir)

T. - La petite voiture est cachée dans sa chambre, comme nous, on ne s'est pas vu.

Cette deuxième interprétation est à la fois une interprétation dans le transfert une interprétation du transfert. Elle donne un sens au comportement agressif d'Anthony.

Celui-ci répond en donnant des coups au garage.

La réponse d'Anthony semble confirmer l'interprétation : il est bien violent pour protester contre l'absence de l'objet. Mais elle risque de déborder la contenance de la psychothérapeute, qui intervient cette fois sur un mode éducatif, et non plus interprétatif :

- Il ne faut pas casser les jouets.

Il va au tableau, dessine deux L en miroir et commente :

A - Ce sont des serpents qui montent et qui descendent

T - Comme la voiture

A - Ils font la bagarre

T - Pour montrer qui est fort

Anthony a accepté la limitation que la thérapeute lui a imposée, et passe du cadre indéterminé de la pièce à celui, bien limité, du tableau. La scène sur laquelle la tendance antisociale se psychise. À la violence agie, puis jouée, se substitue la scène dessinée. Et dans l'esprit de la psychothérapeute, « ils font la bagarre » rappelle le « je préfère les forts » du premier entretien, en sorte

que le commentaire banal « pour montrer qui est fort », est une véritable interprétation s'appuyant sur le travail d'après-coup du psychisme de la thérapeute.

Anthony dessine quelque chose que la thérapeute ne comprend pas. Puis il lui demande de dessiner un ours. Elle le fait. Il ajoute alors les griffes.

La thérapeute a alors la représentation des doigts malformés de la mère. Elle n'en dit rien sur le moment, mais c'est un début de mise en représentation d'un traumatisme qu'on pourrait croire irreprésentable : comment, quand on a un corps normal, s'identifier à une mère dont le corps est malformé ?

À la fin la séance, la thérapeute empêche Anthony de mettre les voitures dans sa boîte.

Il veut lui faire un bisou. Elle refuse (« c'est pour les mamans », dit-elle).

Comme le début de la séance, la fin de la séance est un moment difficile, où la thérapeute doit faire preuve de tact dans son holding. Le refus des bisous pose un problème particulier. Il y a une évolution lente de la société vers une généralisation des baisers. La réponse très simple de la thérapeute a une valeur d'interprétation du transfert : « c'est pour les mamans » signifie qu'elle sait qu'Anthony a tendance à voir en elle l'image de sa mère, et qu'elle n'est pas sa mère.

Cette cure va durer trois ans. Il y aura de nombreuses crises, faisant à chaque fois remettre en question la décision de laisser Anthony être élevé par ses parents. Son père vient vivre chez sa

mère par périodes de plus en plus longues et de plus en plus fréquentes. La thérapeute a pris l'habitude de réserver à chaque séance un peu de temps à la mère d'Anthony. Les troubles du comportement à l'école disparaissent très vite et complètement. Anthony s'avère très intelligent, et prêt à entrer à l'école primaire. Mais le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce est réservé aux enfants de moins de six ans, et la psychothérapie doit s'interrompre. La passation d'Anthony à un autre établissement est soigneusement préparée, mais représente un nouveau traumatisme, que la thérapeute cherche à élaborer à la fin de la cure.

Deux séances près de la fin de la psychothérapie

À la première de ces séances, Anthony refuse d'entrer dans le bureau. Il est de mauvaise humeur :

- Ta gueule !

Il voulait continuer à jouer avec son copain aux tortues Ninja. Sa mère a parlé à la thérapeute d'un rendez-vous pour lui en ophtalmologie. Anthony finit par entrer, mais il demande à la thérapeute de fermer les yeux.

Anthony renverse contre la thérapeute la menace que représente pour lui la visite chez l'ophtalmologue. Des atteintes oculaires peuvent faire partie de la maladie génétique de la mère.

Elle accepte. Pendant qu'elle a les yeux fermés, il ferme son ordinateur, touche au téléphone, essaye de la mordre.

- Tu as l'air en colère

Il va au tableau, lance des feutres, et dessine un gribouillage d'où émerge un bonhomme.

A - C'est moi ?

T - Oui. Du caca-boudin sur les cheveux.

Il veut déchirer la feuille. Elle l'en empêche

Comme au début de la cure, la tendance antisociale sollicite les capacités de holding de la thérapeute. Anthony est menacé non seulement par l'examen ophtalmologique, mais par l'interruption de la cure, qui lui a été annoncée.

Il renverse tout.

Elle veut dessiner son portrait. Il refuse, mais prend deux dinosaures, et les fait se battre.

À nouveau, la violence directe contre les meubles, sinon contre la thérapeute elle-même, se transforme grâce au jeu, en représentation de la violence. Sur le théâtre du jeu, la violence, représentée, et vue par l'enfant en train d'être vu par la thérapeute, se change en une scène susceptible de permutations de rôles et d'identification : la violence s'est transformée en sadisme.

La thérapeute tente de parler pour le dinosaure :

T - Je voulais venir

A - Ta gueule !

Mais le dinosaure cherche à manger les doigts de la thérapeute.

À nouveau une représentation des doigts, avec un fantasme donnant un sens à la menace de castration figurée par la syndactylie de la mère.

T - Pour me garder ?

A - On va jouer aux deux dinosaures en colère !

Les assiettes de la dinette deviennent des boucliers.

La thérapeute : - Mon pauvre dinosaure sans défense !

A - Il faut le mettre à l'infirmierie. Il veut y mettre le sien.

Une formation réactionnelle au sadisme, la compassion et le désir de soigner, apparaît.

Anthony reprend un jeu où il s'agissait de compter les points. Il compte aussi les minutes.

Le combat entre les dinosaures s'est changé en un jeu (souvent joué dans des séances antérieures) où il s'agit de marquer des points contre l'adversaire. L'intérêt pour les mathématiques est la voix la plus habituelle de sublimation du sadisme.

Anthony prend un livre qu'il aime. Dans le livre, un enfant dévore les animaux, et les parents dévorent l'enfant de bisous.

Avec l'aide de la culture, le fantasme de dévoration des doigts se transforme en baisers.

Il prend un biberon et mâche la tétine :

- Lis moi l'histoire ! Puis l'histoire du « crocodile qui dit

non » pour la prochaine fois. Et tu parles 5 minutes avec maman.

L'investissement des livres est devenu très important. Il s'assure que la thérapeute parle avec sa mère.

Il manque la séance suivante. Il a été au Louvre avec l'école. La fois d'après, il « lit » (il ne sait pas encore lire) un livre dans la salle d'attente. Il veut apporter un jouet-téléphone de la salle d'attente. L'hôtesse l'en empêche.

Le rôle de l'hôtesse d'accueil, et de tous les collègues qui assurent le bon fonctionnement de la psychothérapie est décisif.

Il prend dans le placard (cassé) de la thérapeute un instrument de musique africain à percussion, et tape très fort. Elle prend le xylophone, et ils font de la musique ensemble, lui fort, elle doux. Elle essaye qu'il fasse doucement, pour se séparer en musique.

Cette fois, la tentative d'accordage affectif tourne court :

Anthony jette les livres par terre. Fait des pirouettes du canapé au tapis. La thérapeute craint qu'il ne se fasse mal :

T - il est où, Anthony ? Au sport ?

A - Tu serais un prof de gym

Il reprend son téléphone. Elle lui parle. Une nouvelle scène se joue. Elle se passe au lycée où Anthony ira quand il sera grand :

A - Rappelez !

T - Il y a des filles ?

A - Non, je suis au lycée

La thérapeute devient une professeur de sport :

A - J'ai 14 ans. Les filles sont toutes amoureuses de moi

T - Quand tu auras 14 ans, tu auras une copine

A - J'en ai déjà une !

L'accordage affectif n'a pas fonctionné, mais la suggestion de la thérapeute concernant les filles et la pré-adolescence future crée aussi de l'excitation.

Dans le jeu, la thérapeute professeur de gymnastique lui montre un exercice où il faut être calme. Il fait l'exercice. Il y a une toupie géante dans le bureau, il se met à l'intérieur et prend le livre de l'enfant qui mange les animaux.

T - Au sport ! Tu as réfléchi à l'exercice ?

A. téléphone

T - C'est Mme M. J'appelle pour des nouvelles d'Anthony

A - Il est au lycée

T - C'est un grand. Il a un ordinateur. Je me souviens de lui quand il était petit, quand il avait 6 ans, je m'en souviens.

A - Tu peux lui écrire ?

Elle écrit, poste la lettre, la distribue :

T -Tu dors ici ?

A - Je ne vois plus maman

T - Tu es dans une école où on ne voit plus les parents ? Tu dois être triste !

A - Je ne peux même pas lui parler au téléphone !

La question du placement en internat qui se pose depuis le début,

est une fois de plus d'actualité.

A - Tu ne savais pas que le Directeur est un méchant. Je vais rester ici 80000 jours, jusqu'à ce que je serai mort. Putain d'école ! [Il dit des gros mots]

T - Comme un grand qui serais fâché, qui ne pourrait plus voir sa maman.

Il prend un ballon et se met à jouer au football. La thérapeute le limite. Il joue tout seul, puis se met dans la poussette et demande à la thérapeute de le pousser. Elle pousse. Il fait le bébé. Mâche la tétine. Demande la moto comme un doudou.

T - On se voit après-demain

A - Tu parles 5 minutes avec maman.

La mère parle de la grand-mère.

Conclusions

1. Le diagnostic de « TOP » n'est ni meilleur ni pire que ceux qui l'ont précédé pour désigner des conduites agressives que rien ne semble motiver, et qui sont susceptibles d'entraîner l'exclusion du sujet de son école, de son travail et de sa famille. Les diagnostics sont nécessaires pour évaluer un patient d'un point de vue psychiatrique dans une période de son existence, et pour justifier les mesures qu'il faut prendre afin d'éviter une mauvaise évolution. Le diagnostic de « désordre du spectre autistique » a pu être employé au début de sa vie, alors qu'il ne serait plus de mise aujourd'hui.

2. Les mesures employées avec succès par le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce sont importantes, mais relativement peu coûteuses, si on les compare à ce que la société aurait dû dépenser pour traiter Anthony en institution à temps plein, si elles n'avaient pas porté leurs fruits.
3. La tendance antisociale reparaît à la fin du traitement, mais la tendance antisociale n'est pas, contrairement aux TOPs, une maladie. C'est une réaction saine qui incite à essayer de comprendre contre quelle carence de l'environnement le sujet proteste. Ici, la préparation soigneuse de la passation d'une institution à une autre s'efforce de répondre à la demande de *holding* d'Anthony.
4. L'adolescence est une autre période où nous nous attendons à voir la tendance antisociale se manifester, car c'est la période où le sujet se prive lui-même du soutien de sa famille et ne trouve pas tout de suite l'environnement d'amis qui va le contenir.
5. Dans la terminologie de l'Association Américaine de Psychiatrie, les « Troubles de la conduite » désignent les conduites agressives graves de l'adulte. C'est l'évolution que l'on redoute quand des TOPs ne s'améliorent pas chez un enfant, et c'est ce qui justifie les prises en charges relativement intensives comme celles dont a bénéficié Anthony.
6. Anthony, fils de deux parents handicapés, est un enfant supérieurement intelligent. Son exemple démontre le caractère monstrueux et imbécile de l'eugénisme des psychiatres du siècle passé qui ont stérilisé et exterminé les malades mentaux pour que leur « dégénérescence » ne

se reproduise pas. Il pose aussi le problème des enfants plus intelligents que leurs parents, qui souvent, comme Anthony commence à le faire en demandant à la thérapeute de ne pas oublier de parler à sa mère, se positionnent comme les parents de leurs parents. Souvent ces enfants frappent un peu plus tard par leur hypermaturité (Bourdier, 1972).

7. On peut regretter la rigidité du fonctionnement institutionnel, qui soumet Anthony à un traumatisme supplémentaire en mettant fin à sa psychothérapie prématurément. Mais les institutions ont besoin de ces rigidités pour pouvoir fonctionner, et l'expérience montre que le processus de changement initié en un lieu peut se poursuivre dans un autre, comme l'un de nous l'a montré à propos d'une autre institution (Diatkine G.,1983),
8. Le traitement d'Anthony est une psychothérapie. L'essentiel du travail de la thérapeute est de contenir sa tendance antisociale, en transformant progressivement une violence agie en représentation de scènes violentes. Mais à l'intérieur de la psychothérapie, un processus de transformation psychique utilisant le travail d'après-coup de la thérapeute sur les mots et sur les actes d'Anthony se construit. C'est ce processus qui définit la psychanalyse, chez l'enfant comme chez l'adulte.
9. La croissance psychique qui en résulte peut transformer des traumatismes apparemment insurmontables en représentations susceptibles d'être rêvée et sublimées.

Conférence d'introduction à la psychanalyse du 18 mai 2016

Résumé

Les troubles oppositionnels avec provocation de l'enfant peuvent s'observer dès la crèche ou l'école maternelle. Ils nécessitent un traitement institutionnel et individuel pour éviter qu'ils ne se transforment plus tard en un trouble de la conduite irréversible.

Quelques séances de la psychothérapie d'un enfant atteint de ce type de troubles sont rapportés entre 3 et 5 ans.

Références

American Psychiatric Association (2013) (Pub.): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-V) Elsevier-Masson.

Benjamin J. (2004) Beyond Doer and Done to : An Intersubjective View of Thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 5-46.

Bourdier P. (1972) L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux : problèmes cliniques et théoriques / in *Revue française de psychanalyse*, vol. 36, n° 1 (1972).

Diatkine G. (1983) *Les transformations de la psychopathie*. PUF, Paris, 192 pages.

Stern D.N. (1985) *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Tr.fr A.Lazartigues et D.Pérard, PUF, Paris, 1989.

Stern Daniel, Sander I.W., Nahum J.P., Harrisson A.M., Lyons-Ruth K., Morgan A.C., Bruscheweiler-Stern N., and Tronick E.Z., Boston MA The Process of Change Study Group (1998): Non-Interprétative Mechanisms In Psychoanalytic Therapy. The « something more » Than Interpretation. *Int. J. Psycho-Anal.* (1998), 79, 903-922 :

Winnicott D.W. (1956) La tendance anti-sociale. Tr.fr. J. Kalmanovitch, in *De la pédiatrie à la psychanalyste* Payot, Paris, 1969.