

Soigner l'enfant hyperactif

Maurice Berger

Soigner l'enfant hyperactif

Approche clinique et thérapeutique

4^e édition



DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2022

Paru précédemment sous le titre *L'enfant instable*
(1999, 2005 et 2013)

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-082428-1

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

<i>AVANT-PROPOS À LA QUATRIÈME ÉDITION</i>	IX
<i>INTRODUCTION. LA PATHOLOGIE DU MOUVEMENT</i>	1
1. L'instabilité psychomotrice chez l'enfant : description et hypothèses actuelles	5
Description de l'instabilité psychomotrice chez l'enfant	5
<i>Une fréquence en augmentation, 5 • Âge d'apparition et répartition selon le sexe, 6 • Hyperkinésie et trouble de l'attention, 6 • L'impulsivité, 7 • Les troubles associés, 7 • Un trouble hors représentation, 8 • Les risques de l'instabilité, 8</i>	
Principales hypothèses actuelles	8
<i>L'hypothèse génétique, 8 • L'hypothèse neurophysiologique, 10 • Les théories psychodynamiques, 11</i>	
2. Classification de l'instabilité psychomotrice	19
Les instabilités liées à des interactions précoces très défectueuses – 18 cas	21
La dépression maternelle précoce – 16 cas	24
Les enfants soumis à un forçage éducatif – 13 cas	27
Les mères instables ou « nerveuses »	31
<i>Les mères instables, 31 • Les mères « nerveuses », 33</i>	

Une discontinuité ou une pauvreté d'investissement de la part de l'environnement maternel précoce – 2 cas	33
Les instabilités concomitantes d'autres troubles instrumentaux – 4 cas	35
Les instabilités sans cause repérable – 2 cas	36
3. L'observation de la vie psychique des enfants instables	37
Une observation contemporaine de l'apparition de l'instabilité	37
Nos dispositifs d'observation et de prise en charge	41
<i>L'abord psychothérapeutique familial, 41 • La prise en charge individuelle, 42 • La psychothérapie individuelle de l'enfant, 43 • Le groupe d'enfants, 51 • La thérapie psychomotrice, 54 • Une forme de pathologie de la transitionnalité, 59</i>	
4. Premières hypothèses théoriques	61
Les relations entre pensée et mouvement	61
Un défaut dans la relation à l'objet primaire	63
<i>Un holding défectueux, 64 • Les procédés autocalmants, 69 • Un échec dans la constitution de l'espace imaginaire et de la rythmicité, 71 • La présence « flottante » de l'ennemi, 73</i>	
Une forme de difficulté à être seul en présence de l'autre	75
<i>La capacité d'être seul en présence de l'autre, 75 • L'immobilisation de l'objet menaçant, 76 • La mise de l'objet à l'extérieur de soi, 77 • Le corps, objet malléable et insaisissable, 78 • L'agitation comme défense contre le débordement pulsionnel, 78 • L'utilisation de l'objet comme miroir visuel, 79</i>	
Instabilité et pulsions sexuelles	80
5. Trois exemples de processus thérapeutique	81
Observation n° 10. Marie H.	81
<i>La prise en charge en psychomotricité, 82</i>	
Observation n° 11. Amélie T.	86
<i>La prise en charge en psychomotricité, 87</i>	
Observation n° 12. Jérôme L.	89
6. L'utilisation de la Ritaline	99
Une prescription bien tempérée	99

L'impact sur l'instabilité et sur le rétablissement de la continuité de la pensée	100
Les problèmes d'écopharmacologie	102
<i>Les résultats, 102</i>	
7. Trois notes cliniques	105
L'enfant instable joue-t-il vraiment ?	105
<i>L'essence du jeu, 105 • Le jeu de l'enfant instable, 106 • Jeu et thérapie, 107</i>	
La Ritaline comme étayage du travail psychothérapique	108
Réflexions sur l'incertitude	114
<i>À propos de l'instabilité, 114 • Instabilité d'origine neurologique et/ou d'origine psychique ? Conséquences cliniques et thérapeutiques, 123</i>	
8. Hyperactivité et mineurs délinquants violents : une situation compliquée	127
9. De la résidence alternée aux neurosciences	131
Résidence alternée et THADA	131
Modélisation neuropsychologique	133
THADA et troubles des conduites	136
Prescription de Méthylphénidate avant 6 ans	137
Annexe 1 : les fonctions exécutives selon le modèle de Barkley	137
<i>Modèle explicatif et théorique, 138 • Tableau explicatif des fonctions exécutives, 139</i>	
<i>CONCLUSION</i>	143
<i>TABLE DES OBSERVATIONS</i>	145
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	147
<i>INDEX</i>	153

Avant-propos à la quatrième édition

« L'enfant hyperactif : histoire d'une recherche et questions actuelles »

CE LIVRE a une dimension historique, au sens où il témoigne du cheminement d'un clinicien chercheur, et de l'évolution compliquée des théories concernant l'hyperactivité avec trouble attentionnel, le THADA. Aussi est-il intéressant de rappeler les grandes étapes qui ont marqué ses éditions successives.

Il y a quelques années, un pédopsychiatre a déclaré à la télévision française que les médecins qui prescrivaient de la Ritaline étaient des dealers. Et régulièrement, d'autres professionnels de l'enfance mettent en doute, à tort, l'existence de l'hyperactivité, questionnement facilité par le fait que l'enfant exprime souvent par du mouvement ses tensions d'origine diverse. C'est dire la dimension passionnelle qui entoure le THADA.

Au contraire, j'ai tenté dans ma pratique de saisir toutes les dimensions de ce trouble. Et je suis en même temps un pédopsychiatre de formation psychanalytique et un prescripteur de Ritaline lorsque le contexte clinique me paraît le nécessiter.

La première édition de cet ouvrage, en 1999, s'est faite dans une certaine urgence. Il n'était plus acceptable d'entendre répéter que l'hyperactivité était

une « défense maniaque » contre la dépression, alors même que René Diatkine, un des fondateurs de la pédopsychiatrie française, avait reconnu s'être trompé en émettant cette hypothèse. Il fallait donc proposer une autre manière de penser. Cette première recherche portait sur 60 situations adressées en consultation à notre équipe de pédopsychiatrie, et elle comportait un énorme biais de recrutement puisque 90 % des cas concernaient des situations compliquées au niveau familial : enfant placé pour des négligences et/ou maltraitements importantes, forçage éducatif, dépression parentale importante ayant nécessité la prise d'un traitement antidépresseur pendant la première année de la vie de l'enfant, etc. C'est à partir de ces situations que furent construites les hypothèses figurant dans les chapitres 2, 3, 4, 5, 6.

Il fut rapidement nécessaire de réaliser une deuxième édition car suite à la parution de ce livre, de nombreux confrères nous avaient adressé des enfants présentant un THADA alors qu'ils étaient élevés dans des milieux familiaux sans problèmes relationnels. Nos premières hypothèses étaient donc trop partielles, et la dimension neurodéveloppementale se révélait plus fréquente que nous le pensions.

Dans la troisième édition, le chapitre intitulé « De la résidence alternée aux neurosciences » a montré le « grand écart » auquel le THADA nous confronte. D'un côté, une étude très étayée méthodologiquement indique que les enfants soumis précocement à une discontinuité répétée dans leur existence sous la forme d'une résidence alternée ont plus de risques de présenter une hyperactivité avec trouble attentionnel. D'un autre côté, nous avons décrit le modèle explicatif de Barkley concernant les fonctions exécutives, cet auteur proposant actuellement des dispositifs spécifiques de prise en charge.

Enfin dans cette quatrième édition est ajouté un chapitre consacré à la fréquence du THADA chez les adolescents délinquants violents et aux difficultés spécifiques que ce trouble occasionne alors.

C'est ce cheminement qui est mis à disposition du lecteur, qui pourra critiquer certaines hypothèses par lesquelles nous avons dû passer, mais auquel il est demandé d'accepter qu'aucun modèle unique ne convient pour comprendre les différentes origines de ce trouble sur lequel il reste encore beaucoup à découvrir.

Janvier 2021

Introduction

La pathologie du mouvement

CERTAINS adultes ou enfants se meuvent, bougent, utilisent leur corps d'une manière inhabituelle. On peut émettre l'hypothèse que ces personnes présentent une « pathologie du mouvement », qui a été peu explorée comme telle jusqu'à présent, ceci pour au moins deux raisons.

La première, c'est que ces sujets ne souffrent pas, ne se plaignent pas, et généralement ne se rendent pas compte de l'aspect inhabituel de leur gestualité. Le plus souvent, seule la gêne occasionnée indirectement par cette pathologie du mouvement amène certaines personnes à consulter. Ainsi pour les enfants instables, la demande de consultation en service de psychologie de l'enfant est plus souvent motivée par leurs difficultés d'apprentissage à l'école que par leur instabilité elle-même.

La deuxième raison, c'est que le mouvement, dans la mesure où il ne s'accompagne pas forcément de mots, est un domaine qui n'est pas d'accès aisé aux psychanalystes. P. Denis (1992), dans son article intitulé « Emprise et théories des pulsions », souligne la difficulté qu'ont les psychanalystes à intégrer le fonctionnement musculaire dans la théorie psychanalytique, en particulier depuis les « dérapages » de W. Reich. « Le muscle est le mal aimé de la psychanalyse¹. »

1. P. MARTY et M. FAIN ont cependant souligné en 1954 l'importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet.

On peut distinguer actuellement au moins quatre formes de pathologie du mouvement :

1. *L'instabilité psychomotrice chez l'enfant.*

2. *Les formes mineures ou séquellaires d'instabilité psychomotrice chez l'adulte,* en particulier :

- l'hyperactivité dans le cadre familial, ou professionnel où elle est souvent efficace et valorisée socialement ;
- le besoin de tripoter des objets, d'avoir les mains toujours occupées (appuyer sur le bouton presseur d'un stylo-bille par exemple) ;
- la parole trop abondante, même si le propos est parfaitement pertinent, débit « déclenché » par le contact avec l'autre, l'action vocale est ici une forme d'expression motrice (P. Marty, M. Fain, 1954).

3. *Le fonctionnement psychique et corporel des sportifs de haut niveau.* À la différence du sportif amateur, pour lequel prédomine la notion de plaisir corporel lié à une sensation d'éveil et d'unification des grandes fonctions corporelles, motricité, respiration, circulation sanguine, vision, activité labyrinthique, coordination œil-corps et œil-main, le fonctionnement psychique du sportif de haut niveau se caractérise, surtout dans les sports individuels, par une forme d'activité motrice qui présente les spécificités suivantes :

- la recherche compulsive de sensations extrêmes, ce qui entraîne une souffrance et une effraction des limites naturelles du fonctionnement corporel ;
- un besoin d'expulser une agressivité interne importante que le sujet n'est pas parvenu à élaborer et à lier sous la forme d'ambivalence, du fait d'événements particuliers de son histoire ;
- dans les sports à risque, la reproduction d'une mise en situation de danger de mort, qui renvoie le sujet à des événements de son histoire personnelle et lui permet de constater sa capacité d'y survivre. Mais le triomphe sur ce danger n'est jamais une preuve suffisante et de longue durée, et le sujet est condamné à répéter cette mise en situation pour vérifier à nouveau ses possibilités de la surmonter ;
- enfin, la dimension narcissique est souvent présente sous la forme de la figure du héros. Parfois même, les sportifs de haut niveau sont mis en demeure, à leur insu, de concrétiser les désirs « mégalomaniaques » non réalisés de leurs parents.

Si cette forme de motricité peut devenir, chez certains sujets, l'équivalent d'un symptôme psychosomatique indispensable à leur économie psychique, elle a

aussi une dimension artistique admirable, sous-tendue par une recherche de l'esthétique et une passion du geste parfait¹.

4. *Les anomalies de la conduite automobile*. Mis à part le problème de l'alcoolisme au volant, on a trop tendance à ne souligner que l'aspect transgressif ou machiste des conducteurs qui commettent des infractions, en faisant alors appel à des théories qui nous paraissent insuffisantes. Les responsables de la sécurité routière connaissent les effets limités des appels au civisme, de la menace surmoïque des sanctions, de l'évocation de l'accident.

On peut penser que de nombreux accidents sont liés au fait que l'inhibition de la motricité (limitation de vitesse, arrêt pour respect de la priorité ou d'un panneau « stop », etc.) est mal supportée corporellement par certaines personnes. Une enquête (*Auto Moto*, 1998) indique que les conducteurs français sont ceux qui, en Europe, considèrent le moins la vitesse excessive comme un facteur de dangerosité, tout en étant en même temps ceux qui sont le plus d'accord pour que les constructeurs soient obligés de limiter la vitesse maximale de leurs véhicules, comme si les « anomalies » de conduite ne pouvaient être contrôlées que de l'extérieur, par un bridage du moteur, et non pas à partir d'un mouvement interne au sujet. Et il semble que les mesures parmi les plus efficaces soient les aménagements du réseau routier qui imposent des ralentissements souples, sans arrêt total, donc plus aisément intégrables aux schèmes d'activité motrice.

Dans cet ouvrage, nous nous contenterons d'explorer la première forme de la pathologie du mouvement, l'instabilité psychomotrice chez l'enfant.

1. L'ensemble de ces éléments est décrit dans un autre travail (M. Berger, 1998).