

Article original

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : premiers résultats psychodynamiques d'une étude croisée

Attention deficit hyperactivity disorder: first psychodynamic results of a pluridisciplinary research

A. Cohen de Lara^{a,*}, M. Guinard^b

^a Psychologue-psychanalyste institut mutualiste Montsouris, maître de conférence en psychologie, laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie, université Paris-V-Descartes, 71, avenue Édouard-Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt, France

^b Psychologue clinicienne-chercheur, centre de référence des troubles des apprentissages, hôpital Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

Reçu le 26 janvier 2006 ; accepté le 27 septembre 2006

Résumé

Les auteurs présentent les premiers résultats d'une recherche pluridisciplinaire concernant l'étude du fonctionnement psychique d'enfants diagnostiqués TDAH. Une méthodologie conjointe réunit deux approches, psychodynamique et neuropsychologique, souvent considérées comme opposées, afin de déterminer le profil de cette population, les axes de soins les plus adaptés, et les effets à court et moyen terme des traitements. Vingt-cinq enfants hyperactifs ont bénéficié en six mois du premier temps de l'évaluation pluridisciplinaire, psychodynamique et neuropsychologique. L'évaluation psychodynamique, abordée dans cet article, est fondée sur une méthodologie comprenant des entretiens cliniques et la passation de tests projectifs (Rorschach et CAT ou TAT). Les protocoles sont analysés selon les perspectives de l'École française, en référence à la conception psychanalytique de l'appareil psychique. Les premiers résultats aux tests neuropsychologiques, corroborés par l'évaluation psychodynamique, montrent pour une partie des enfants l'atténuation des symptômes en relation duelle. De plus, les épreuves projectives mettent en évidence chez une majorité des fragilités du sentiment d'identité et des représentations internes, ainsi que les défauts de pare-excitation et de contenance, sans défaillance de l'adaptation à la réalité. Ces éléments confirment la difficulté pour ces enfants à fonctionner seuls et la nécessité de leur proposer un étayage concret dans une continuité d'investissement relationnel. Si l'apaisement symptomatique est fondamental et si le traitement médicamenteux peut y participer, il est cependant nécessaire de proposer un traitement relationnel sur lequel l'enfant puisse prendre appui.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The authors present the first results of pluridisciplinary research concerning the study of the way children's mind diagnosed Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) work. The psychodynamic and neuropsychological approaches, often viewed as opposed, have received the same methodology so as to determine the profile of this section of the population, and the most appropriate types of treatment with their short and medium term effects. Twenty-five hyperactive children have benefited from 6 months of the first stage of both psychodynamic and neuropsychological evaluations. The psychodynamic evaluation treated in this article, is based on a methodology comprising clinical interview and projective tests (Rorschach and TAT or CAT). Their protocols have been analysed according to the views of French school, which takes its inspiration from the psychoanalytical conception of the mind. The first results of the neuropsychological tests, corroborated by the psychodynamic evaluation, show that the symptoms of the dual relationship have been attenuated for some of the children. Moreover, the projective tests reveal that most of the children's feeling of identity and their internal representations are fragile, but no deficiencies as regard their adaptation to reality. Those elements confirm these children's difficulty with autonomy and how necessary it is to help them build up, concretely continuity in

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aline.cohen-de-lara@univ-paris5.fr (A. Cohen de Lara).

their relational investments. Although it is fundamental to attenuate their symptoms — and medication is instrumental in this — it is nevertheless necessary to offer interpersonal treatment on which the child can rely.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ; Évaluation neuropsychologique et psychodynamique ; Excitation ; Processus de pensée ; Représentation ; Tests projectifs Rorschach TAT

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder; Neuropsychological and psychodynamic evaluation; Excitation; Thought process; Representation; TAT; Rorschach; Projective tests

1. Introduction

Le syndrome de Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) fait son apparition, en 1980, dans le DSMIII à partir de la conjonction de trois symptômes (hyperactivité, impulsivité, inattention). Il est actuellement l'un des troubles les plus étudiés chez l'enfant, notamment en ce qui concerne l'utilisation et les effets des traitements psychotropes. Cependant, on sait que ce concept demeure très controversé, en particulier en France où il réactualise un ancien débat qui opposait une compréhension des symptômes en termes de déficit ou en termes de défense.

Deux approches étiologiques continuent ainsi de s'affronter : les tenants d'une théorie psychogénique, qui remettent en question l'existence d'un syndrome isolé hors de son intégration dans l'économie globale du fonctionnement de l'enfant et hors de l'évaluation des facteurs relationnels et environnementaux, et les défenseurs d'une base neurologique, qui s'appuient sur les résultats des études en imagerie fonctionnelle et en biogénétique.

La recherche présentée aujourd'hui est menée par le Centre de référence sur les troubles des apprentissages, hôpital du Kremlin-Bicêtre, Paris¹, en association avec le Laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie de l'université de Paris-V². Elle se propose de réunir les deux approches psychodynamiques et neuropsychologiques par une méthodologie conjointe, afin de déterminer le profil de cette population, les axes de soins les plus adaptés, et les effets à court et moyen termes des traitements³.

Cette recherche longitudinale, qui a démarré en janvier 2005, va se poursuivre sur plusieurs années en s'articulant en trois temps successifs : un premier temps dont nous allons présenter les résultats aujourd'hui, un deuxième temps au bout d'un an constitué de trois consultations : l'une médicale, la deuxième psychologique et la troisième neuropsychologique, puis un troisième temps au bout de deux ans comprenant une consultation psychologique accompagnée d'un « re-test » (Rorschach et Thématiques), et ce, quelle que soit la démarche thérapeutique proposée à l'enfant dans l'intervalle. Avant d'aborder la méthodologie, précisons que le Centre de référence des

troubles des apprentissages n'est pas un lieu de prise en charge psychothérapique, mais un lieu de consultation et d'évaluation, où peut être posée une indication de soin et décidée une prise en charge médicamenteuse. L'enfant est ensuite orienté vers les différents secteurs pédopsychiatriques pour un éventuel traitement psychothérapique.

2. Patients et méthodes

D'un point de vue méthodologique, le protocole d'investigation concerne des enfants de 6 à 11 ans scolarisés en primaire, dont le diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité a été pressenti par l'entourage familial et les milieux scolaires et médicaux, et confirmé cliniquement lors d'une consultation neuropédiatrique sur la base des critères diagnostiques du DSMIV. Trois critères d'exclusion du protocole sont déterminés : l'existence d'une maladie chronique ou d'un traitement pouvant influencer sur la symptomatologie, la présence de symptômes évocateurs d'une pathologie psychiatrique avérée, et la constatation d'un déficit intellectuel (Quotient intellectuel Wechsler inférieur à 80).

Dans le premier temps de la recherche dont nous allons parler aujourd'hui les enfants bénéficient à la fois d'une consultation neuropédiatrique visant à confirmer le diagnostic sur le plan des symptômes, d'une évaluation psychiatrique dans le but d'évaluer la comorbidité, d'une évaluation des troubles des apprentissages afin de mettre en évidence d'éventuelles difficultés associées, et d'une évaluation neuropsychologique précise de l'efficacité intellectuelle et de l'attention. Cette dernière évaluation se compose d'un WISC III et d'un bilan des fonctions attentionnelles et exécutives. Les tests d'attention permettent de faire le point concernant l'attention soutenue, l'attention sélective, l'attention partagée, l'alerte et la vigilance, la mémoire de travail et le contrôle mental. Ces différents aspects étant notamment évalués par la NEPSY et le CPT ⁴.

Les enfants bénéficient ensuite d'une évaluation psychodynamique dans laquelle nous nous inscrivons. Cette dernière est constituée d'un entretien clinique avec les parents, un second entretien avec l'enfant, l'analyse des dessins spontanés, et la passation de tests projectifs (Rorschach et CAT ou TAT selon l'âge). Les protocoles sont analysés selon les perspectives de l'école française, en référence à la conception psychanalytique de l'appareil psychique, dans la lignée des travaux de C. Cha-

¹ Dr C. Billard, Dr F. Pinton, Dr J. Chambry, Dr A. Benesty, E. Lacaze, M. Guinard.

² A. Cohen de Lara (MCU).

³ Le travail de M. Guinard a pu être réalisé grâce au soutien financier de la SESEP (Société d'étude et de soins pour les enfants paralysés et polymalformés).

⁴ Les résultats détaillés de ces évaluations feront l'objet d'une publication ultérieure.

bert [4] et de l'équipe du Laboratoire de psychologie clinique et psychopathologie de l'université de Paris-V.

Vingt-cinq enfants hyperactifs (tous de sexe masculin) ont bénéficié en six mois du premier temps cette évaluation pluridisciplinaire, et nous allons donner ici les résultats de l'examen psychodynamique, dans une première articulation avec les résultats neuropsychologiques. Ces deux plans de compréhension nous semblent complémentaires dès lors que l'on s'attache à trouver des corrélations en dehors d'une interrogation sur l'étiologie première. L'anomalie neurobiologique est-elle à l'origine des troubles ? Ou bien les conséquences psychiques du fonctionnement de ces enfants sont-elles si importantes qu'elles retentissent au niveau neurobiologique ? Nous tentons actuellement de nous dégager de ces questions et de rapprocher les résultats respectifs.

3. Hyperactivité et excitation : quelques éléments métapsychologiques, quelques travaux de recherche

En 1895, dans L'« Esquisse d'une psychologie scientifique », Freud, reprenant le principe de stabilité introduit par Fechner, pose comme principe du fonctionnement psychique le principe de constance, fondé sur l'hypothèse que l'appareil psychique tend à maintenir la quantité d'excitation qu'il contient « à un niveau aussi bas que possible et à éviter toute élévation » [10]. À partir de ce moment, c'est-à-dire dès l'origine de l'œuvre freudienne, la question des destins de l'excitation paraît traverser la métapsychologie, fondant la théorie économique, et participant de l'émergence du concept de pulsion. La source de cette dernière serait ainsi l'excitation interne qui, par le moyen des représentants, viendrait solliciter et construire le psychisme. Dans le même texte, la description de la première expérience de satisfaction introduit le rôle indispensable de l'objet, mais aussi de la pensée, dans l'apaisement de l'excitation interne.

Freud distingue en effet d'emblée plusieurs modalités d'excitation. D'une part, il existerait une forme endogène produisant un afflux de façon continue, qui demande à la fois, pour se réguler, la mobilisation de moyens internes et la réponse de l'objet appelé dans ses capacités pare-excitant. D'autre part, une forme exogène produite par les effets de l'environnement, et qui trouve sa première expression dans les soins maternels en tant que séduction originaire, à la fois essentielle à la constitution des zones érogènes, mais potentiellement débordante si elle se révèle trop importante.

En ce qui nous concerne, l'état de tension et de déséquilibre, inhérent à la désignation du syndrome TDAH comme la conjonction d'un excès et d'un manque, s'est avéré très perceptible dans la relation aux enfants que nous recevons. De ce fait, il nous a semblé intéressant, dans le premier temps de ce travail de recherche, d'explorer pour notre population les modalités de traitement de l'excitation chez ces enfants, et leurs éventuelles singularités, en nous intéressant à ces deux axes de l'interne et de l'externe, tous deux mobilisés dans la situation projective. Nous retrouvons là les pistes déjà évoquées par les cliniciens

français, notamment projectivistes, dans la continuité des travaux théorico-cliniques de M. Berger [2] et J. Ménéchal [13].

Actuellement, si les écrits cliniques concernant l'hyperactivité abondent, on peut noter la relative rareté des travaux de recherche. Notons néanmoins que plusieurs équipes hospitalo-universitaires (citons entre autre A. Cohen de Lara à Paris-V, P. Claudon [9] à Nancy-II, P. Roman à Lyon-II, mais aussi V. Quartier à l'université de Lausanne et N. Zabçy et T. İkiz à l'université d'Istanbul) ont été à l'origine de protocoles d'investigation, notamment à l'aide de la méthodologie projective analysée dans une perspective psychanalytique. Deux symposiums au XVIII^e Congrès international du Rorschach et des méthodes projectives de Barcelone (2006) ont permis de faire le point sur ces travaux⁵, et nous invoquerons ici quelques pistes de deux de ces auteurs.

En se fondant principalement sur les travaux de P. Marty [12], et reprenant les hypothèses de l'hyperactivité considérée comme une pathologie de la symbolisation en référence aux travaux de R. Roussillon [17,18], V. Quartier s'est intéressé aux modalités d'expression de l'agitation telle qu'elle peut se présenter chez un groupe d'enfants désignés par les enseignants comme « agités » [14]. Les résultats permettent de distinguer deux groupes : ceux qui évitent de façon drastique la conflictualisation, et ceux, sur un versant plus « excité », dont les protocoles sont saturés en pulsionnalité peu contrôlée. Il conclut sur la pertinence, hors d'un cadre clinique, d'articuler le couple agitation–mentalisation. Il pose l'hypothèse, que nous reprenons ici, de l'existence d'un déséquilibre entre ces deux pôles chez les enfants agités, quelle que soit la nature de l'agitation, et quelle que soit l'organisation psychopathologique que ce soit chez des sujets tout-venant ou, chez des sujets présentant une psychopathologie.

À partir des protocoles d'enfants, P. Roman a élaboré une modélisation des indicateurs projectifs de l'hyperactivité infantile [15,16]. Il propose ainsi d'analyser le matériel projectif selon quatre directions qu'il désigne comme suit :

- la qualité de l'instauration de l'objet ;
- le mode de figuration du lien à l'objet ;
- le mode d'investissement des processus de pensée ;
- le mode d'investissement de la peau.

Il distingue ainsi quatre axes, dont il précise qu'ils sont tous liés avec le statut de l'excitation et les modalités engagées par l'enfant dans le traitement de l'excitation.

4. Résultats et discussion

Intéressons-nous maintenant aux premiers résultats de notre étude. L'évaluation neuropsychologique met en évidence chez une majorité de ces enfants un hypofonctionnement frontal. Ce résultat corrobore ceux des études en IRM frontaux [1–3], qui avaient déjà permis d'objectiver ce dysfonctionnement. Cet hypofonctionnement frontal constitue d'ailleurs à ce jour la

⁵ Ce texte constitue la version remaniée d'une communication.

seule donnée scientifique objectivée concernant le fonctionnement cérébral d'enfants hyperactifs, et a donné lieu à l'utilisation du méthylphénidate, plus connu sous le nom de Ritaline®.

Généralement — et de façon schématique — le lobe frontal atteint vers l'âge de sept ans un stade de maturation neurologique suffisant pour permettre à l'enfant de rentrer dans les apprentissages scolaires, ce qui correspond en psychanalyse avec la période de latence pulsionnelle, décrite par Freud comme période où l'énergie pulsionnelle est — intégralement ou en majeure partie — détournée de l'usage sexuel et employée à d'autres fins [11]. Par-là, Freud entend des fins psychiques, sublimatoires, qui semblent faire défaut chez ces enfants.

Or, les études en imagerie cérébrale [1–3] ont montré que les enfants hyperactifs se présentent au niveau de leur fonctionnement frontal comme des tout-petits, ce qui — pour les neuropsychologues — expliquerait leur exigence de satisfaction immédiate des besoins, comme un bébé immature pour qui toute attente à la satisfaction serait vécue comme insupportable.

On voit comment un même symptôme peut être compris sur plusieurs plans, non contradictoires : sur un plan neuropsychologique comme un dysfonctionnement des fonctions exécutives entraînant une impossibilité à différer la satisfaction ; selon le modèle psychanalytique comme impossibilité à mettre en latence les exigences pulsionnelles.

En revanche, l'évaluation neuropsychologique permet également de remarquer qu'un nombre significatif d'enfants diagnostiqués cliniquement comme inattentifs ne présentent pas de troubles majeurs aux résultats des tests, et sont considérés comme faisant partie de la population normale. Ces enfants fonctionnent donc très correctement sur le plan de l'attention en relation duelle, avec une nette atténuation des symptômes par rapport à ce qui se produit dans un grand groupe de type classe.

On peut constater, en parallèle, que lors de la passation des épreuves projectives, avec un matériel pourtant excitant, un même nombre d'enfants a pu maintenir un niveau d'attention correct, rendant la passation possible jusqu'à son terme. Nous notons néanmoins souvent des manifestations d'hypervigilance et d'anxiété, qui nécessitent l'intervention contenante et répétée de l'adulte, dans un appel à l'autre dans ses capacités pare-excitant. L'intérêt d'une étude longitudinale sera notamment d'appréhender l'évolution de ces manifestations dans les cas où serait décidée la prescription médicamenteuse.

5. Processus de pensée

Chez Freud, la notion d'excitation endogène est liée dès les premiers textes à l'exigence d'une décharge ou d'une transformation qui peut prendre plusieurs formes. Qu'il s'agisse de la décharge de l'abréaction, de celle de la libération cathartique des affects dans la clinique de la conversion hystérique ou bien de la décharge inspirée des modèles de la physique dont celui de l'arc réflexe, toute forme d'excitation appelle à une décharge. Dès l'« Esquisse pour une psychologie scientifique », il développe cependant la fonction du travail de pensée comme moyen permettant la baisse des tensions. Ainsi, l'excitation,

lorsqu'elle se mentalise en affects et en représentations, viendrait nourrir les processus de pensée et la construction d'une scène psychique [10].

Chez les enfants que nous avons reçus, si l'on met en perspective l'évaluation des fonctions intellectuelles effectuée à l'aide du WISCIII, et l'analyse des processus de pensée au Rorschach, on remarque que ces processus de pensée sont peu investis par rapport à ce qu'on aurait pu attendre au vu de l'efficacité intellectuelle. Ainsi, l'évaluation intellectuelle rend compte de capacités dans la norme, voire au-dessus pour la sphère verbale. On souligne néanmoins de façon quasi constante un écart très significatif entre QI verbal et QI performance, confirmant l'hypothèse d'un profil cognitif dysharmonique. Le QI moyen est ainsi de 112 pour le QIV et de 91 pour le QIP, marquant un écart de 21 points. Chez les enfants les plus dysharmoniques, cet écart peut atteindre jusqu'à 36 points. Lorsque l'on s'intéresse aux subtests échoués significativement, on voit qu'il s'agit de l'arithmétique, des cubes, de la mémoire des chiffres, et du code, c'est-à-dire de subtests dont l'échec met en évidence des difficultés concernant la représentation mentale.

En ce qui concerne l'analyse des processus de pensée à travers le test du Rorschach, nous constatons leur faible investissement. Pour les enfants qui ont entre huit et dix ans, cela se traduit par une absence ou une rareté des réponses kinesthésiques, des G organisés ou des D organisés, et une faible représentation des réponses montrant des capacités de symbolisation.

Nous insisterons sur le contraste entre, d'une part, les capacités verbales présentes au WISCIII, d'autre part un vocabulaire peu élaboré au Rorschach ainsi que des constructions de récits relativement pauvres aux tests thématiques. Nous mettons cette apparente contradiction en lien avec la spécificité des deux types d'épreuves [5] : les épreuves projectives suscitent une régression, alors que les épreuves de niveau appellent à fonctionner à un niveau plus adaptatif, d'où l'apparent paradoxe entre des capacités intellectuelles normales, et leur moindre exploitation face à des tests peu structurés, et qui font appel au monde interne, à la créativité et à la vie fantasmatique.

Nous constatons ainsi que les processus de pensée ne parviennent pas à décharger l'excitation par les seules voies du travail psychique. Or, la population concernée par notre travail correspond en ce qui concerne son âge à la période de latence à laquelle nous faisons référence ci-dessus. C'est ainsi comme si les « digues » [11] psychiques, dont Freud suppose qu'elles s'édifient à cette période, ne parvenaient pas à éviter la nécessité d'une décharge de l'excitation sexuelle, qui s'impose alors à eux par le biais de l'agir.

6. Représentations d'objets et identifications

Si nous pouvons ainsi appréhender l'écart entre l'évaluation intellectuelle effectuée par épreuves de niveau et l'investissement des processus de pensée aux projectifs, qu'est-ce que ces derniers peuvent nous apporter dans la compréhension de la dysharmonie constatée entre les quotients verbaux et de performances ?

Les épreuves performances mettent en jeu, entre autres choses, la dimension motrice, l'organisation de la perception, et la capacité à fonctionner seul, hors relation, ce qui nécessite de prendre appui sur des représentations d'objets suffisamment intériorisées.

Or nous constatons, lors du bilan projectif, un surinvestissement de la dimension relationnelle dans l'ici et maintenant de la passation à travers un appel à l'autre et à ses capacités de pare-excitation, de contenance et d'étayage, ce qui confirme la difficulté à fonctionner seul. Dans le même temps nous remarquons, dans les protocoles de projectifs, un évitement de la relation au niveau représentationnel. Au Rorschach, nous notons ainsi la rareté de l'évocation de représentations de relation aux planches II, III et VII, l'évitement global de toute représentation de relation, et la très grande difficulté, aux épreuves thématiques, à soutenir des représentations de relation, ce qui va dans le sens d'une difficulté à intérioriser des représentations d'objet. De plus, dans les protocoles, nous avons remarqué que les réponses concernant l'humain étaient généralement asexuées et neutres, signes de difficultés d'identifications secondaires.

Par ailleurs, nous constatons une fragilité du sentiment d'identité chez ces enfants : le peu d'intériorisation des représentations de relation objectale s'accompagne d'une fragilité de la représentation de soi sans pour autant relever d'une problématique identitaire franche. Cela se traduit par la rareté, dans les protocoles recueillis, des réponses H entières et de bonne qualité, témoignant de la difficulté à appréhender une représentation humaine perçue dans sa globalité. Pour les enfants âgés de six à huit ans, les chiffres sont particulièrement significatifs : la moitié des protocoles ne comportent aucune réponse H entière, alors que les réponses A ne sont que rarement supports de déplacement. Outre la rareté des kinesthésies de relations évoquée plus haut, les kinesthésies humaines sont quasi inexistantes.

Comme pendant à la faiblesse du H%, on assiste au contraire à une inflation du nombre de réponses (H), comme si l'investissement du monde imaginaire était une tentative de palier les difficultés de figuration de la représentation humaine, par l'investissement d'une représentation idéalisée, toute puissante, dans une dimension défensive par rapport à la fragilité mentionnée plus haut, sous l'égide d'un idéal du moi écrasant.

La multiplicité des réponses humaines et animales partielles (Hd et Ad) semble également prendre la place de cette représentation humaine globale qui ne peut se figurer, comme pour Marine, sept ans et demi, qui ne peut percevoir de représentation globale, mais énumère à la planche II : des yeux, une bouche, des bras, puis à la planche IV : des bras, des pieds, des mains, une tête, des oreilles. De même, chez Pierre, huit ans, la partiellisation de la représentation semble renvoyer à la difficulté à constituer une représentation unifiée de soi. Il dit par exemple à la planche I : là on dirait des petites cornes un peu de girafe (Ad), ça on dirait des yeux un peu (Hd), y'a deux petites mains ouvertes un peu (Hd), et ça a des oreilles et c'est tout (Ad), y'a une trompe (Ad), on dirait un peu un visage de tapiro, mais pas complètement. (Ad).

Nous pouvons donc parler d'un sentiment d'identité fragile avec une représentation de soi, qui est parfois en cours de construction. Dans une perspective psychodynamique, nous évoquerons des assises narcissiques fragiles, car il s'agit moins d'un corps morcelé que d'une partiellisation de la représentation, en lien avec des représentations d'objets partiels.

Cette représentation de soi chaotique, incohérente et fragile va de pair au Rorschach avec une intense recherche d'accrochage perceptif et une pauvreté d'organisation de la perception : F% élevé mais F+% relativement faible, peu de variété des modes d'appréhension (G simples et D simples), ce qui corrobore les résultats obtenus au WISC en performance.

Ainsi, si les indices de socialisation demeurent dans leur ensemble dans les normes, rendant compte d'une adaptation à la réalité qui persiste, nous percevons beaucoup de facteurs à la limite de la norme, signant une fragilité de l'adaptation, notamment une fragilité des limites, traduits par exemple par un F+% peu élevé. Si le F+% moyen est de 60, il ne rend pas compte d'un F+% majoritairement faible. Cette faiblesse globale du F+% est ainsi contrebalancée par certains protocoles où, à l'inverse, un F+% excessivement élevé semble avoir une fonction de défense contre toute émergence fantasmatique. Aux côtés de ce F+% peu élevé, on constate un nombre de banalités à la limite de la norme. Notamment, la banalité de la planche III est difficilement perçue (exemple : Brice, six ans, à l'enquête aux limites : « non, on voit que des dents pointues et une grosse mouche », Clément, 11 ans : « j'arrive pas à voir »).

Ainsi, nous retrouvons bien aux épreuves projectives et en particulier au Rorschach l'appui sur des représentations internes fragiles à travers les essais d'accrochage perceptif échoués, les difficultés d'organisation de la perception et les troubles du sentiment d'identité renvoyant à la question de l'image du corps et de la motricité que nous avons inférée à l'échec de l'échelle performance. Tous ces éléments vont dans le sens d'une problématique des limites générale à cette population ; ils confirment ceux dégagés dans une précédente recherche auprès d'une population d'enfants agités placés en institution thérapeutique [6–8].

7. Résultats globaux du Rorschach

Groupe des 6–8 ans.

13 Garçons âge : 6–8 ans	R	G%	D%	F%	F+%	A%	H%
Moyenne du groupe	23	42	47	72	55	31	13
Normes (J. Blomart ^a)	16	54	38	64	71	64	14

^a Données de J. Blomart recueillies à Bruxelles, en 1970, sur 480 jeunes des écoles. D'après *Le Rorschach chez l'enfant et l'adolescent, étude génétique et liste de cotation des formes*, EAP, Paris, 1998.

Groupe des 9–11 ans.

12 garçons âge 9–11 ans	R	G%	D%	F%	F+%	A%	H%
Moyennes du groupe	21	44	47	82	54	42	23
Normes (J. Blomart)	16	54	38	64	64	64	14

Nous retrouvons bien, pour les deux groupes, quelques-uns des traits significatifs développés ci-avant : un nombre de réponses supérieur aux normes, dû à l'inflation des réponses partielles ; le recours à l'accrochage perceptif mais de mauvaise qualité, ainsi que l'importance du nombre de réponses humaines dont nous précisons qu'il s'agit essentiellement de réponses humaines partielles (Hd) ou de réponses (H). Notre projet d'étude longitudinale permettra une comparaison entre les résultats obtenus au temps 1, et présentés dans le tableau ci-dessus, et ceux obtenus au temps 2. Les épreuves thématiques, quant à elles, ne peuvent donner lieu à la même quantification, et nous privilégierons donc l'approche qualitative.

8. Illustration clinique

Nous aimerions maintenant illustrer cela à travers l'exemple d'un enfant de huit ans, Éric, chez qui nous avons pu voir combien le matériel projectif avait un effet excitant et effractant.

Pendant l'entretien, Éric est dans une grande tension intérieure et dans une excitation qu'il cherche à évacuer en ricanant de façon décalée, et en allant répétitivement aux toilettes. Il supporte avec difficulté d'entendre sa mère parler de lui : il se lève, s'agite, et jargonne pendant qu'elle parle. Il est néanmoins extrêmement attentif à ce qui se dit. Il devient particulièrement agité quand sa mère exprime des affects et se met à pleurer.

Le matériel du Rorschach a immédiatement un effet excitant sur Éric, qu'il tente d'endiguer en dressant minutieusement par écrit la liste de tous les matériaux isolants qu'il connaît : le bois, le plastique, la terre, la laine de verre... Entre chaque planche de Rorschach, il reprend sa liste, et la poursuit soigneusement, en nous demandant de confirmer à chaque fois qu'il s'agit bien de matériaux isolants, et non de matériaux conducteurs. Il s'interroge même à haute voix : « la peau, c'est isolant ? Non, c'est conducteur, enfin, je ne sais pas ». Grâce à cette liste qu'il dresse, et qui semble le contenir, il peut passer le Rorschach. Son protocole met en évidence à la fois l'intensité de l'excitation pulsionnelle et l'échec des défenses narcissiques.

II :

V^V^ V^V.

Le sang.

Euh, le ventre.

5' c'est tout... tu mets des notes ?

III :

Des gens.

On dirait une tête, ça c'est une tête, on dirait une espèce d'animal.

Un scarabée et c'est tout. C'est un scarabée déchiré. Une espèce de bestiole, mais déchirée.

(Reprend son tableau : « de la roche, c'est une matière isolante ? Ca conduit pas, la terre ? »).

Enquête : Tout ça c'est l'araignée sauf qu'elle s'est décrochée, on l'a coupée. (très agité, va se cacher dans le placard).

Devant le matériel figuratif de CAT, Éric redouble d'agitation. Il tente dans un premier temps de se calmer en écrivant sur une feuille les récits qu'il livre — on note qu'il a là recours à une activité motrice symbolisée — mais cela ne suffit pas à contenir son excitation. Au bout de trois planches, il demande d'arrêter à l'aide d'une formule évocatrice de son rapport à l'autre sur un mode projectif et de ce qu'il ressent alors : « arrête, ou sinon ça va exploser ». Nous sommes alors obligés d'interrompre la passation. On voit de quelle façon il utilise à ce moment-là une part coûteuse de son énergie pour tenter d'endiguer par lui-même une excitation pulsionnelle extrêmement intense, ce qui est à mettre en lien avec un défaut de pare-excitation. Si la fonction de l'agitation dans sa dimension de lutte contre l'anxiété et la dépression est importante à prendre en compte, nous percevons bien à travers cette vignette clinique combien il est important d'accorder une place à l'excitation pulsionnelle dans sa dimension sexuelle infantile.

9. Conclusions et références

En conclusion, nous avons pu entrevoir chez les enfants que nous avons reçu une grande fragilité du fonctionnement psychique, tout particulièrement du sentiment de l'identité et des représentations internes, ce qui a des conséquences évidentes sur les modalités relationnelles et sur l'adaptation à l'environnement [7]. Si l'apaisement symptomatique est fondamental, si le traitement médicamenteux peut participer de cet apaisement, on comprend qu'il est nécessaire de proposer un traitement relationnel sur lequel l'enfant puisse prendre appui. Nous sommes également sensibles à la dimension pulsionnelle sexuelle perceptible chez ces enfants dont le pare-excitation est fragile. L'intérêt de l'étude longitudinale que nous poursuivons actuellement sera d'appréhender les effets éventuels des traitements proposés, chimiothérapiques et/ou psychothérapiques ainsi que l'évolution de ces mouvements psychiques au moment de l'approche, puis de l'entrée dans l'adolescence.

Références

- [1] Berquin P, Castellanos FX, Giedd JN, Liu H, Rapoport JL. Functional MRI in attention deficit-hyperactivity disorder. *Brain Dev* 1998;20:437.
- [2] Berger M. L'enfant instable. Approche clinique et thérapeutique. Paris: Dunod; 1999.
- [3] Castellanos FX, Giedd JN, Marsh WL, et al. Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1986;53:607–16.
- [4] Chabert C. Le Rorschach en clinique adulte, interprétation psychanalytique. Paris: Dunod, coll « Psychismes »; 1987.
- [5] Chabert C. Rorschach et T.A.T. : antinomie ou complémentarité. *Psychologie Française* 1987;32(3):141–4 (numéro spécial « cinquantenaire du T.A.T. »).
- [6] Cohen de Lara A. (1998) « Enfants agités : diversité des organisations psychopathologiques », Thèse de Doctorat sous la direction du Pr. C. Chabert, Université Paris-V–René-Descartes.
- [7] Cohen de Lara A. Troubles du comportement chez l'enfant et dépendance à l'environnement. *Psychologie Clinique et Projective* 2000;6: 2000.
- [8] Cohen de Lara A. (2004) « Risque d'évolution psychopathique chez un enfant agité ». *Psychiatrie de l'enfant* 2004;47(2):511–30.

- [9] Claudon P. La représentation de Soi chez l'enfant instable. Étude clinique projective. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2003;51:411–7.
- [10] Freud S. (1895), « Esquisse d'une psychologie scientifique ». In: *La naissance la psychanalyse*. Paris: PUF; 1996.
- [11] Freud S. *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris, Gallimard 1905;1987: 99–100.
- [12] Marty P. *Mentalisation et psychosomatique*. Paris: Delagrang; 1991.
- [13] Ménéchal J. « L'hyperactivité infantile, du “faux désir” au déficit auto-érotique ». In: Ménéchal J, editor. *L'hyperactivité infantile. Débats et enjeux*. Paris: Dunod; 2001.
- [14] Quartier V. Problématique de l'agir au CAT (2003) « Diagnostics et Prognostics ». *Psychologie Clinique et Projective* 2000;9.
- [15] Roman P. « Troubles somatiques et catastrophes de symbolisation ». *Psychologie Clinique et Projective* 1997;3:75–86.
- [16] Roman P. « Contribution des méthodes projectives à la clinique de l'hyperactivité infantile ». In: Ménéchal J, editor. *L'hyperactivité infantile. Débats et enjeux*. Paris: Dunod; 2001.
- [17] Roussillon R. « La fonction symbolisante de l'objet ». *Rev Fr Psychanal* 1997;61(2):399–413.
- [18] Roussillon R. « Activité “projective” et symbolisation ». In: Roman P, editor. *Projection et symbolisation chez l'enfant*. Lyon: PUL; 1997.