

# Perspectives psychanalytiques sur le développement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAHA)

**Marianne Robert**

DANS **REVUE FRANÇAISE DE PSYCHANALYSE 2008/4 Vol. 72** , PAGES 1213 À 1226

ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 0035-2942

ISBN 9782130567738

DOI 10.3917/rfp.724.1213

Date de mise en ligne : 22/09/2008

**Article disponible en ligne à l'adresse**

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2008-4-page-1213?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

## Compte rendu

### *Perspectives psychanalytiques sur le développement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)<sup>1</sup>*

Marianne ROBERT

Je voudrais faire part ici des diverses impressions que j'ai eues lors de ce colloque intéressant, rassemblant pour la première fois à Francfort-sur-le-Main, en Allemagne, des analystes et des scientifiques travaillant sur ce domaine très controversé, puisque la prescription de médicaments stimulants est en hausse rapide dans tous les pays occidentaux pour ce trouble comportemental de l'enfant, alors que beaucoup d'analystes en contestent même l'existence, ou pensent en tous cas qu'une approche psychothérapeutique est suffisante.

D'abord, quelques mots sur le cadre de ces rencontres. C'est Joseph Sandler qui a donné l'impulsion de ces réunions de recherche dans les années 1950, quand il a créé à la Clinique de Hampstead à Londres l'index du même nom, index des termes conceptuels en psychanalyse. Cette recherche conceptuelle s'est poursuivie à l'Institut de psychanalyse de San Francisco, puis au sein de l'Association de psychanalyse internationale, grâce à la création de deux sous-comités de recherche, l'un pour la recherche empirique et l'autre pour la recherche conceptuelle. C'est Marianne Leuzinger-Bohleber, au nom de ces deux sous-comités de recherche, qui nous a invités à Francfort, pour la première fois (alors que ces rencontres avaient toujours eu lieu à Londres auparavant), pour traiter de ce sujet (le colloque était en anglais).

1. Compte rendu de la IX<sup>e</sup> conférence de recherche « Joseph Sandler », 9 février - 2 mars 2008, Francfort-sur-le-Main.

Le lieu où se déroulait ce colloque n'avait rien de neutre, ce que j'ai vaguement remarqué mais ce que mes collègues allemands, dans les ateliers, ont raconté dans les détails. Nous nous trouvions dans une grande bâtisse sans personnalité, pourtant appelée Université Johann-Wolfgang-Goethe et qui, avant la guerre, était un hôpital psychiatrique dirigé par le D<sup>r</sup> Hoffman, très connu pour le personnage qu'il a créé et dont on raconte les mésaventures dans toutes les familles de culture allemande ou autrichienne (ce qui fut mon cas) : Strumpelpeter (un sale garnement très hyperactif). Pendant la guerre, ce bâtiment fut repris par l'industrie chimique I. G. Farben, connue pour la fabrication de DDT et autres produits à base de cyanure, comme le Zyklon B, avant de devenir une université...

Je commencerai par la fin, tant la conférence de Charles Hanly, philosophe de formation et futur président de l'API (et qui prendra la relève de Claudio Eizirik au Congrès de Chicago en juillet 2009), m'a parue intéressante. Celui-ci m'a semblé poser le problème de la recherche en psychanalyse d'un point de vue tout à fait passionnant, qui est l'angle de l'analyse logique. Son intervention s'intitulait : « Sur l'unité et la possibilité de vérification dans la théorie psychanalytique ».

**Charles Hanly** se plaint du pluralisme théorique en psychanalyse, refusant l'argument de Robert Wallerstein, selon lequel tous les analystes sont d'accord sur la théorie de la clinique, mais leurs positions conceptuelles ne relèvent que de métaphores, que chacun peut choisir à son gré. Il faut selon lui se préoccuper de l'unité du savoir psychanalytique, pour des raisons scientifiques et logiques, pour des raisons didactiques concernant la formation des candidats, et par égard envers le public. À l'époque où de nombreuses thérapies alternatives lui font concurrence, la psychanalyse ne doit pas compliquer les choses avec ses propres alternatives théoriques servant à comprendre la nature humaine. Sur le plan scientifique et selon une analyse logique, si deux théories analytiques sont contradictoires, toutes deux ne peuvent pas être vraies en même temps, et si l'une est vraie l'autre est fausse. Les théories opposées ne sont pas mieux, car bien que toutes deux ne puissent être vraies en même temps, toutes deux peuvent être fausses. Cette inconsistance logique, selon lui, rend l'éclecticisme indéfendable et pose une limite au pluralisme.

Il donne l'exemple de Freud, qui a été à lui-même son propre tiers. Il a proposé deux théories de l'agressivité, l'une avant 1920, qui ne nécessitait pas de suspension du principe de plaisir, et l'autre après 1920, avec la pulsion de mort, où le principe de plaisir et la satisfaction hallucinatoire du rêve ne s'appliquent pas, et où le masochisme est premier, et n'est pas du sadisme retourné contre la personne propre. Ces deux théories de l'agressivité sont incohérentes, leurs théories du rêve sont contradictoires et leurs théories de la relation entre maso-

chisme et sadisme sont opposées. Les disciples de Freud se sont ensuite ralliés à l'une ou à l'autre position, ce qui pose un problème logique, qui est resté scientifiquement irrésolu au sein du pluralisme psychanalytique actuel. Seule la recherche conceptuelle, selon cet auteur, peut éclairer ce que sont les théories implicites des analystes. Un autre exemple est la théorie du complexe d'Œdipe. Dans la théorie freudienne classique, ce complexe est une vicissitude liée au développement et elle dépend des pulsions libidinales et agressives, constitutionnelles. Les identifications enracinées dans le rapport aux parents sont fondamentales pour la résolution de ce complexe mais pas pour sa genèse. Au contraire, dans la psychologie du Soi kohutienne, c'est l'échec parental à satisfaire les besoins narcissiques de leurs enfants pendant une phase d'épanouissement « innocent », sexuel et agressif, qui provoque le complexe d'Œdipe ; et la psychologie interpersonnelle, pour sa part, considère que le complexe d'Œdipe est un artefact lié à la relation entre analyste et patient, et c'est l'interaction entre ces deux protagonistes, une sorte de *synthèse a priori* kantienne, une pure forme intuitive comme l'espace et le temps kantien, qui détermine ce que chacun peut savoir de l'autre. Toutes ces théories ne sont pas compatibles, dit C. Hanley. La théorie freudienne est psychobiologique, la théorie kohutienne est psychologique, la théorie interpersonnelle est épistémologique. En plus de ces différences, ces théories sont contradictoires. Si l'une est vraie, les autres sont fausses. On peut aussi faire une analyse logique du modèle freudien des pulsions/rerelations d'objet/défense par opposition au modèle américain pulsion/défense et au modèle interpersonnel qui met en premier les relations d'objet ; du modèle du conflit par opposition au modèle déficitaire ; de l'hypothèse freudienne du narcissisme comme premier organisateur de la libido, par opposition à l'hypothèse de la psychologie du Soi qui adopte une lignée indépendante du développement du narcissisme ; de la théorie freudienne de l'étaillage par opposition à la théorie de Bowlby de l'attachement, etc. Le nombre de contradictions montre à quel point le pluralisme dans la psychanalyse contemporaine a dépassé les limites de la science et de la logique. L'auteur ne fait que désigner un problème ; en outre, l'analyse logique n'est au plus qu'un pas en direction d'une unification valable de la théorie. Par ailleurs, satisfaire au critère de la cohérence est nécessaire, mais pas suffisant pour établir la vérité d'une théorie. Des preuves indépendantes sont nécessaires. La recherche empirique permet d'étudier les faits intersubjectifs concernant le développement et le fonctionnement psychiques, mais des études de résultat sont très importantes aujourd'hui pour mieux évaluer l'efficacité de la thérapie psychanalytique dans ses différents modes théoriques et techniques (par exemple, quelle est l'importance de la fréquence des séances sur le résultat ? Et, surtout, une différence dans l'orientation théorique et technique a-t-elle la moindre importance pour le résultat ?).

La recherche empirique est un tiers indispensable pour la poursuite de la connaissance psychanalytique. C'est Freud qui, le premier, a mené une étude empirique, quoique informelle, sur le résultat, quand il s'est aperçu que les cures prédites par sa théorie de la séduction, avec sa technique cathartique, ne donnaient pas les résultats prédits par sa théorie, et il a ainsi modifié sa théorie étiologique pour y inclure la sexualité infantile. Aussi, sa très grande capacité d'autocritique lui a permis de fonctionner comme tiers en rapport avec son propre travail. Il a pris en note les cas négatifs, qui réfutaient la théorie de la séduction comme étiologie universelle des névroses. La psychanalyse a besoin de tiers, des points d'observation méthodologiques d'où des observations peuvent être faites pour tester la théorie et la thérapie analytiques, ce que la recherche empirique et conceptuelle peut fournir. L'analyse logique est un exercice en recherche conceptuelle, mais peut aussi être utile en recherche empirique. Cela ne veut pas dire que la recherche clinique est irrémédiablement viciée par la position subjective de l'analyste. La recherche clinique a encore de beaux jours devant elle, mais beaucoup reste à faire pour que la psychanalyse clinique devienne empiriquement valable, conclut C. Hanley.

**Peter Fonagy** a fait la première présentation, sur « Attachement et régulation précoce de l'affect. Attachement, trauma et psychanalyse ». Il nous dit que son exposé est extrait de son livre *Mentalizing in Clinical Practice*, et j'ai appris avec surprise que ce terme « mentalisation » provient du concept de l'École de psychosomatique de Paris !

Il faut d'abord étudier les régulations normales de l'affect, dit-il, avant de se pencher sur les populations pathologiques (les états limites, son champ d'étude). (Pour ce qui est des zones cérébrales qu'il évoque, je renvoie le lecteur intéressé à son livre ou à d'autres textes sur ce sujet.)

L'attachement, dont la base biologique est l'empreinte (comme chez les oies de Konrad Lorenz), est déclenché par la peur, c'est un besoin humain universel, réciproque, s'adressant à un adulte particulier, et qui permet une régulation de la peur, qui diminue en cas d'attachement sécuritaire. En 1990, McLean a montré que l'addiction active les mêmes zones du cerveau, les drogues remplaçant dans ce cas l'attachement. Pour Jaak Panksepp, le rapport mère-bébé et celui entre deux partenaires mâle et femelle sont aussi déterminés par le même mécanisme cérébral. Il en va de même dans l'amour romantique. Pour Insel (2003), l'attachement social est une addiction. La dopamine (DA), le neuromédiateur du système de la récompense, est celui qui intervient dans les addictions.

Dans les recherches animales, une étude s'est portée sur les campagnols, dont il existe deux types. Le campagnol des prairies vit en couple, il est très fidèle, alors que le campagnol de la montagne est solitaire. Les campagnols monogames ont beaucoup plus de récepteurs à la vasopressine que les autres, et

il est possible, par un transfert génétique, de modifier la localisation du récepteur à la vasopressine, qui se trouve près du récepteur à la DA chez les campagnols fidèles. Ainsi, les campagnols des montagnes peuvent devenir fidèles à leur tour, et éprouvent du plaisir à se lover l'un contre l'autre.

Si l'on montre des images de visages de bébés à leurs mères, les mêmes régions cérébrales sont activées à l'IRMf (imagerie par résonance magnétique fonctionnelle) que chez ces campagnols, et elles sont aussi activées chez les pères.

Si l'on montre à une mère le visage d'un bébé souriant, triste, pleurant, ou neutre, il y a une différence d'activation à l'IRMf selon que le bébé est le sien, ou un bébé étranger.

On fait passer l'interview de l'attachement adulte (*AAI : Adult Attachment Interview*) à des femmes enceintes pour voir quel était leur type d'attachement dans l'enfance. Si elles avaient un attachement sécurisé, leur réponse à l'IRMf à un visage heureux est plus élevée que si elles avaient un attachement insécuré ou désorganisé. Et les mères insécurées ne montrent pas de préférence devant l'image de leur propre bébé (pas d'augmentation du système de la récompense dopaminergique dans le noyau accumbens) ; par contre, il y a une augmentation de l'activité dans l'*insula*, qui témoigne du fait que ces mères reflètent l'affect de leur bébé : elles sont tristes s'il est triste.

Dans un protocole expérimental dérivé du *still face* (visage immobile), où cette fois la mère qui a soudain le visage figé et sans expression est cachée à son bébé qui ne voit le visage de sa mère que reflété dans un miroir, le même système cérébral est activé et le reste longtemps sans se désactiver. Six mois plus tard, répétant l'expérience, le bébé regarde encore plus son propre reflet quand la mère devient accessible à nouveau et que son visage redevient expressif.

Mais que tout cela conduise Peter Fonagy à dire que le plus grand facteur de risque pour l'état limite n'est pas le traumatisme, mais la négligence, m'a laissée perplexe. Ainsi, la négligence ne serait pas un traumatisme ? (À moins que l'acceptation du mot « trauma » soit différente de l'autre côté de la Manche.) Un cercle vicieux peut s'installer : l'exposition à la maltraitance entraîne de la détresse, de la peur, qui entraîne une activation du système de l'attachement, ce qui entraîne une recherche de proximité, ce qui entraîne une exposition à la maltraitance, etc. Chez les patients limites, le système de l'attachement est convoqué de plus en plus, et devient hypersensible. Fonagy termine par un modèle de l'état limite : pour cette pathologie, il existe des facteurs constitutionnels, qui entraînent une mauvaise régulation de l'affect ; et en cas de traumatisme, de stress, il y a une activation du système de l'attachement. Et l'attachement précoce dépend de l'environnement, ce qui entraîne une mauvaise régulation de l'affect.

Je passerai, dans la discussion, celle du neurologue **Gerd Lemkhul**, qui n'a été que louanges, pour citer celle d'un psychanalyste suédois, Björn Salomonsson, dont la pensée me semble partagée par de nombreux analystes : il a affirmé qu'il ne voulait pas que la théorie de l'attachement pénètre dans la psychanalyse, qu'il s'agit d'un concept surfait et qui n'apporte rien à la psychanalyse ni à l'expérience clinique (son exposé fut, bien sûr, un peu plus détaillé, mais l'essentiel est là).

**William Carey** est un pédiatre de Philadelphie, qui a fait une présentation sur « Le tempérament de l'enfant, et comment y faire face ». S'il y a tant de diagnostics de troubles de l'attention avec hyperactivité et tant de prescriptions de stimulants chez l'enfant, c'est parce qu'on néglige le tempérament. Il y a de nombreuses différences de tempérament, qui est un style comportemental. Ce facteur constitutionnel a été reconnu par Freud. Thomas et Chess, à New York, ont décrit 9 traits de tempérament, qui sont tous normaux. Le tempérament associé à un environnement particulier donne un *fit*, un ajustement. Il existe aux États-Unis une forte résistance à l'égard du rôle du tempérament dans l'attachement (peut-être en France aussi, car on n'en entend guère parler). Il y a un lien entre le tempérament et le TDAH. En cas de *misfit*, de mauvais ajustement entre le tempérament et l'environnement, cela peut faire croire à un déficit du système nerveux central et donc amener à la prescription médicamenteuse. Le trait de tempérament peut lui-même se cacher derrière une anomalie du système nerveux central. Le tempérament peut-il lui-même conduire à un diagnostic correct de TDAH ? Les critères diagnostics du TDAH dans le DSM sont très vagues, et il existe beaucoup de comorbidités. Ils sont plus stricts dans la classification ICD-10, selon laquelle 1 à 2 % des enfants souffrent de TDAH. La recherche sur le tempérament montre que la moitié des enfants sont plus actifs et moins attentifs que la moyenne.

**Jorge Canestri**, psychanalyste de Rome, a discuté cette présentation.

Le terme « tempérament » n'est pas commun en psychanalyse, mais la notion l'est. Pour Freud (« Analyse avec fin et analyse sans fin »), le tempérament est inné. Il emploie d'autres termes, tels que « constitution », « disposition », « hérédité ». Il dit qu'il faut faire attention à la nature, et pas seulement à l'environnement (controverse inné/acquis). Cela se rapporte à sa notion des séries complémentaires. Dans l'étiologie de la névrose, interviennent ce que vit l'enfant et des facteurs constitutionnels : ce sont les séries complémentaires. Mais la biologie moderne a introduit davantage de complexité, car l'environnement n'est pas un facteur indépendant. L'expression des gènes, on le sait maintenant, dépend de l'environnement. Par exemple, l'expression du gène de la monoamine oxydase (MAO) est différente chez les enfants maltraités (étude fondamentale de Caspi : la MAO, qui dégrade la noradrénaline et la sérotonine,

est abaissée chez ces enfants, leur taux de sérotonine est donc élevé, et leur agressivité est par conséquent augmentée). Le génotype modère la sensibilité aux attaques de l'environnement.

Canestri évoque la notion de niche ontogénétique que West et King ont mise en évidence : une fonction du Moi insuffisante, associée à un environnement pauvre, à des traumatismes précoces, peut conduire à un trouble de l'attention avec hyperactivité, qui est un syndrome, et pas une maladie.

Dans un atelier organisé par **Nathan Szajnberg**, psychanalyste de San Francisco vivant actuellement à Jérusalem, et intitulé « Recherche psychanalytique empirique sur le développement précoce », on a pu voir quelques vidéos filmées par Henry Massie sur des relations entre des bébés et leurs parents, filmées dans leur famille, ainsi que quelques films de 76 de ces enfants, trente ans plus tard. Si, souvent, un mauvais attachement dans l'enfance conduisait à des troubles de la personnalité trente ans plus tard, il arrivait qu'un bébé féminin ayant eu un très mauvais attachement à sa mère, inaffective, devienne trente ans plus tard, elle-même, une excellente mère pour son bébé, et le contraste entre ces deux séquences vidéo était saisissant (et on pense au rôle compensateur du père dans ce cas-là).

**Bradley Peterson**, psychiatre et psychanalyste de New York, a fait une présentation très intéressante : « Perspectives neurobiologiques sur le TDAH : études en IRMF. Rôle de la vulnérabilité, de la maturation et du changement compensatoire. »

L'hypothèse est que le TDAH est un trouble de l'autorégulation.

En 2003, on a étudié l'épaisseur du cortex chez des sujets. La diminution de l'épaisseur du cortex avec l'âge témoigne d'une augmentation du contrôle autorégulateur. Cette diminution d'épaisseur du cortex est due à un élagage des neurones et des synapses. Dans le TDAH, c'est l'hippocampe qui est le siège des troubles cognitifs. L'amygdale, quant à elle, est le siège des risques pour des troubles affectifs, qui sont augmentés dans les familles avec un membre souffrant de TDAH, même si aucun autre membre de la famille n'en est atteint : il y aurait un lien entre la vulnérabilité pour les troubles de l'attention avec hyperactivité et celle pour la psychose maniaco-dépressive et les troubles de l'humeur en général. Ici, il faut entrer un peu plus dans l'anatomie : dans l'hippocampe, c'est le gyrus denté qui change de forme en réponse à l'expérience (par la plasticité cérébrale, les cellules-souches donnent naissance à davantage de neurones). Et l'hippocampe est 7 % de fois plus grand en cas de TDAH ; par contre, l'amygdale ne change pas de forme. C'est la tête de l'hippocampe qui augmente de taille, et un peu le corps médian. Et plus la structure est élargie, moins il y a de symptômes, ce qui veut dire que cet élargissement est utile, compensateur dans le TDAH : il y a moins de symptômes. Or la partie antérieure de l'hippo-

campe code les relations spatiales et temporelles entre les différentes expériences sensorielles. Ensuite, celles-ci sont transférées dans la partie postérieure de l'hippocampe, sous forme de mémoire à long terme. Pour l'amygdale, c'est le contraire qui se passe : elle diminue de volume. Elle répond à des stimuli émotionnels. Il s'agit d'une réponse compensatoire. Le retard dans la maturation corticale dans le cortex préfrontal tend à se normaliser à l'adolescence. Les médicaments stimulants (comme la ritaline, mais le café aurait, ou a, le même effet chez l'adulte, m'a dit l'orateur en aparté : le café est un excitant et il est donc normal qu'il permette de mieux se concentrer...) augmentent la suppression de l'activité en mode de base chez les enfants souffrant de TDAH. Et cette activité de base a pour correspondant psychique le fonctionnement en processus primaire (comme dans le rêve). Le cortex temporal inférieur est stimulé et le noyau cingulaire antérieur, siège des associations libres, selon l'auteur, est inhibé, ce qui est confirmé par l'amélioration des performances au test de Stroop (où le sujet doit dire le nom de la couleur avec laquelle apparaît un mot sur un écran sans être perturbé par le fait que le mot « rouge » peut apparaître en bleu, par exemple : cela témoigne de la capacité du sujet à se concentrer et à écarter les informations perturbatrices, les associations libres, en quelque sorte).

**Mary Target**, qui travaille au Centre Anna-Freud de Londres, avec Peter Fonagy, a tenté une discussion psychanalytique de cette présentation, tout en intégrant les résultats neuropsychologiques de l'intervenant, sans y parvenir facilement.

**Marianne Leuzinger-Bohleber** y a beaucoup mieux réussi le lendemain, avec une présentation nettement psychanalytique, prenant de la distance par rapport à la neurophysiologie, mais avec une discussion théorique très solide, sur laquelle je vais surtout insister, en omettant l'illustration clinique, par faute de place : « Régulation précoce de l'affect et ses perturbations : approche du TDAH en psychanalyse avec un enfant et un adulte ». Elle utilise la métaphore du kaléidoscope pour illustrer les schémas d'information toujours changeants que l'on peut voir dans le matériel clinique à partir de la riche diversité dans la théorie psychanalytique contemporaine, et la manière dont on peut utiliser celle-ci pour acquérir des connaissances avec nos patients. Elle donne néanmoins raison à Charles Hanly, et dit qu'il est nécessaire de reconnaître les contradictions irréconciliables dans les explications théoriques des phénomènes cliniques et de les soumettre à un dialogue intrapsychanalytique et interdisciplinaire consacré à la recherche et à l'unification du savoir de base psychanalytique.

Dans l'*ego psychology*, les auteurs affirment que l'objet primaire dans une « famille TDAH » caractéristique n'a pas permis à l'enfant de développer des fonctions du Moi suffisamment stables et bonnes. L'enfant dépend pour son

existence du soutien fiable et continu qu'il reçoit de ses objets primaires pour réguler son comportement – à savoir, ses processus physiologiques, sensoriels et moteurs. Si les parents ne peuvent pas fournir à l'enfant ce type de soutien, il sera à peine capable de développer une régulation primaire adéquate de ses pulsions et de ses affects : l'hyperactivité peut en être une conséquence. En outre, les pulsions non suffisamment intégrées psychiquement risquent d'envahir le Moi et ainsi d'inhiber ou d'entraver complètement le développement de la pensée symbolique en processus secondaire – en d'autres termes, elles risquent d'empêcher de fixer l'attention, de verbaliser les affects, les besoins et les fantasmes, ainsi que la capacité de se concentrer.

On attribue à R. D. Fairbairn, dans les années 1940, la première étude explicite de la régulation de l'affect. Il est le pionnier de la théorie psychanalytique de la relation d'objet. Pour lui, la libido n'est pas en quête de plaisir, principalement, mais en quête d'objet. Les affects permettent de faire la distinction entre « bons » et « mauvais » objets et/ou expériences et les états du Moi associés, ce qui a une grande importance pour la psyché, puisque les mauvais objets intolérables internalisés, les parties du Moi et les expériences relationnelles sont refoulées dans l'inconscient. C'est pourquoi les auteurs proches de la théorie psychanalytique des relations d'objet se centrent sur les internalisations de relations importantes dans la petite enfance quand ils cherchent des explications plausibles pour l'émergence de symptômes du TDAH. Ils considèrent les processus d'internalisation comme centraux pour la formation des structures psychiques, mais aussi des besoins pulsionnels et des traits de personnalité. Des études cliniques et empiriques plus récentes ont montré qu'il est important de faire la distinction entre deux états affectifs chez les nourrissons : des états avec une activation relativement basse de l'affect et des états avec un affect fort, intense, que l'on appelle des *peak affects* (affects extrêmes) (cf. Kernberg, 2001 ; Laplanche, 1996). Dans le premier état affectif modéré, des internalisations « normales » de nos expériences peuvent avoir lieu au moyen du contact avec d'autres personnes. Les expériences sont liées à des sensations corporelles agréables, en adéquation avec la réalité, qui laissent une impression dans la mémoire incarnée (*embodied memory*) de l'enfant en tant que coordinations sensorimotrices-affectives. Dans des situations ultérieures avec des informations analogues que nous acquérons par divers canaux sensoriels, ces coordinations sensorimotrices-affectives nous aident à produire de la « mémoire ». Ainsi, en se fondant sur des expériences précoces comme l'orientation dans la réalité, nous pouvons développer des attentes en termes de ce que nous considérons être un comportement « normal » de la part de nos partenaires d'interaction et les interpréter « adéquatement ». Au cours du développement, celles-ci sont liées au langage et à des images. Cela diffère des expériences avec des

affects extrêmes – à savoir, des affects intenses, positifs et négatifs, qui dépassent la capacité du nourrisson de traiter les stimuli. De tels états affectifs extrêmes de joie, d'euphorie, de bonheur d'être réuni à une autre personne, ou d'angoisse, de peur, de rage ou de douleur, donnent naissance à des « souvenirs incarnés », des souvenirs incarnés psychiquement, qui sont problématiques mais tout à fait vivants : des images de relations idéalisées orientées vers les moments heureux de l'enfant au sein et qui laissent leur impression sur la psyché comme desirs de fusion avec l'objet aimé. De même, les affects extrêmement négatifs produisent des images de soi extrêmes d'un être haineux, à la merci d'agressions intenses, exposé sans aide aux attaques en provenance de l'extérieur. Plus les frustrations et les expériences douloureuses, comme dans les expériences traumatiques, ont été intenses, plus les pulsions agressives déclenchées par elles seront intenses, et le Moi de l'enfant ne pourra pas les supporter ni les attribuer à son propre Soi. C'est pourquoi il projette ces pulsions agressives immédiatement sur autrui et se sent par conséquent extrêmement menacé et persécuté par l'extérieur aussi. Ainsi, un souvenir d'expériences relationnelles qui ont été négatives et dangereuses, pour le Soi et pour l'objet, s'enracine et donne naissance à des « vérités psychiques ». Par conséquent, quand un affect extrême est déchargé, ou dans des situations traumatiques, il y a une tendance psychique à catégoriser les événements et les expériences comme absolument bonnes ou absolument mauvaises : les relations sont clivées en une partie idéalisée et une autre persécutrice.

Dans des conditions normales, non traumatiques, ou, selon les termes de Winnicott, « suffisamment bonnes », une tolérance croissante se développe vis-à-vis de telles situations extrêmes, de sorte que l'expérience primitive archaïque, le clivage entre le « bon » et le « mauvais », peut enfin être psychiquement intégré. La théorie psychanalytique des relations d'objet a souligné que l'objet externe doit aider, par empathie avec la condition d'impuissance du nourrisson, pour permettre aux affects extrêmes d'être soulagés de manière répétée, « fiable » et prévisible. Il transmet donc une confiance primaire dans le bon objet. Parallèlement, le « Soi émergent » se sent psychiquement capable de contribuer à s'aider lui-même personnellement à se débarrasser de sentiments extrêmes de frustration, de colère et de haine. Il se définit donc comme un Soi fondamentalement actif, puissant, qui n'est pas simplement passivement soumis à l'autre. Dans les termes de la psychologie du Soi, ce dernier, au cours de ce processus, peut finalement se passer de mécanismes de défense primitifs, tels que le fantasme de Soi grandiose ou l'imaginaire parentale omnipotente, et développer un sentiment central de Soi étayant, sûr et cohérent.

Récemment, ce sont surtout les résultats empiriques de la recherche sur l'affect et de la recherche sur le nourrisson qui ont suscité l'intérêt des psychana-

lystes pour la régulation de l'affect. De nombreuses études ont montré que le système de renforcement le plus important dans la petite enfance est l'affectivité du partenaire social (Krause, 1998, 2005). C'est vrai non seulement dans les premiers mois de la vie mais plus tard aussi, quand l'enfant de 1 an, par exemple, avec une mobilité croissante et des changements cognitifs, langagiers et émotionnels liés, doit dépendre davantage de la personne de référence primaire qui lui procure une assurance sociale de sa base et qui lui fournit une sécurité. Un grand nombre d'études récentes, impressionnantes, concernent la « référence sociale ». L'expérience la plus connue est sans doute une modification de celle où le bébé « grimpe par-dessus une "falaise visuelle" », utilisée d'abord pour tester la perception de l'enfant et ses réactions d'angoisse appropriées à l'âge. De nouvelles analyses des enregistrements vidéo ont maintenant montré que les enfants qui marchent à quatre pattes cherchent le contact visuel avec leur mère dès qu'ils perçoivent un danger (perceptif). Cela fournit une preuve impressionnante que ce ne sont pas que les *feedbacks* cognitifs et verbaux qui soulagent la peur de l'enfant : c'est surtout toute la résonance, la réaction émotionnelle de la personne de référence qui peut donner à l'enfant un sentiment de sécurité. Cet exemple nous montre aussi la pertinence d'une aide empathique lors des premières étapes du développement pour la formation des talents émotionnels, cognitifs et sociaux. Si les capacités d'« accordage », de contenance et de *holding*, ainsi que (plus tard) de référence sociale sont absentes, l'enfant ne sera pas capable de s'identifier, grâce à ces capacités, à l'« objet suffisamment bon » et de développer ultérieurement sa propre régulation de pulsions et d'affects internes.

Daniel Stern (1985), pour ne nommer qu'un exemple, a montré dans des microanalyses d'interactions filmées en vidéo comment des nourrissons réagissent à leurs mères dépressives. Il a distingué divers types de réactions. Les nourrissons d'un certain type semblent essayer, avec toute leur force, de ramener leur « mère morte » à la vie : un comportement hyperactif observable en est le résultat. De plus, ces bébés ne semblent pas avoir assez d'espace interne et externe pour éprouver leurs propres pulsions et sentiments en tant qu'indices d'un « Soi émergent ». Ils sont insuffisamment capables d'avoir une expérience récurrente d'un « effet de soi », d'une « cohérence du Soi » et d'une « affectivité du Soi » pour leur donner un sentiment de base d'avoir leur propre histoire de soi, un sentiment qui, comme nous l'avons appris, est l'une des conditions nécessaires pour le développement d'un sentiment de soi central stable. Ce peut être une des raisons pour lesquelles le développement d'un « faux self » est souvent observé chez les enfants souffrant de TDAH dans la psychothérapie psychanalytique.

D'importantes contributions à la régulation de l'affect proviennent aussi de la recherche empirique sur l'attachement (voir Doell, 2007, etc.). Dans cette tra-

dition, Peter Fonagy, György Gergely, Elliot L. Jurist et Mary Target (2004) ont récemment présenté une compréhension originale de la régulation de l'affect. Ils reprennent un grand nombre des modèles explicatifs psychanalytiques mentionnés ci-dessus, mais formulent l'hypothèse pour expliquer le développement de la régulation de l'affect et ses perturbations, ainsi que le développement apparenté de la capacité de mentalisation, sur la base causale du modèle de *biofeedback social*.

« Les interactions coordonnées avec la mère vont souvent main dans la main avec le réfléchissement en miroir de l'affect ; en d'autres termes, c'est la mère qui représente pour l'enfant, au travers de son expression faciale et vocale, les sentiments qu'elle pense qu'il a, afin de calmer et soulager les émotions du bébé. Le réfléchissement en miroir de l'affect étaye la capacité de la régulation de l'affect en donnant à l'enfant une occasion de construire des représentations secondaires de ses états affectifs constitutionnels. L'image internalisée de la personne de référence qui réfléchit ce qui se passe à l'intérieur du nourrisson devient l'organisateur de l'expérience émotionnelle de l'enfant. Ainsi, le Soi n'est pas simplement accessible à l'influence de l'environnement, mais est à un certain degré constitué par ses interactions avec l'environnement social » (P. Fonagy *et al.*).

En conséquence, le concept de « régulation de l'affect » joue un rôle central dans la constitution du développement du Soi et du développement de la capacité à mentaliser.

Pour les troubles du développement qui nous intéressent ici, comme le TDAHA, il est particulièrement intéressant de savoir que des relations précoces problématiques, des abus ou autres traumatismes, entravent le développement de la mentalisation et du réfléchissement, car, comme Fonagy et Target l'ont souligné, la mentalisation et un attachement sécure sont avant tout les résultats d'une bonne expérience de contenance, au sens d'une régulation de l'affect précoce comme elle vient d'être décrite, dans la socialisation précoce. L'attachement insécure peut être compris comme l'identification de l'enfant au comportement défensif de la mère. Ces mères, par exemple, ne sont pas capables de réfléchir les affects négatifs et le stress de l'enfant, parce qu'elles se sentent elles-mêmes menacées par lui. Quand de tels affects négatifs sont perçus, ils font probablement revivre des souvenirs de leurs propres expériences insoutenables, dont elles doivent donc se protéger. En conséquence, ces enfants ne peuvent maintenir leur proximité avec leur mère que s'ils sacrifient en même temps leur capacité de refléter. Dans le cas des « mères mélangées », par contre, les affects négatifs de l'enfant sont réfléchis d'une manière exagérée ou mélangés à leur propres expériences, qui semblent alors étranges ou inquiétantes pour l'enfant. Dans les deux formes d'attachement insécure, les enfants vont internaliser l'attitude de la personne de référence. L'absence de synchronicité entre l'état affectif

de l'enfant et celui de sa mère devient alors le contenu de l'expérience de soi de l'enfant.

Des traumatismes précoces sévères ont un effet encore plus dramatique sur le développement ou, parfois, sur l'absence de développement de la capacité de mentalisation. Dans un article récent, Fonagy (2007) rapporte le cas d'enfants et d'adolescents sévèrement traumatisés qu'il a interviewés et/ou traités en thérapie en prison. L'un des facteurs contributifs principaux derrière leurs actes de violence était qu'ils avaient développé peu, voire aucune capacité de mentalisation, et n'étaient donc pas capables, par exemple, de se mettre à la place de leurs victimes, ni physiquement ni mentalement. Il parle d'« attachement violent » et/ou de traumatisme de l'attachement. On pouvait tout à fait décrire ces adolescents comme souffrant d'« état limite », dit-il.

Bien qu'un grand nombre des enfants souffrant de TDAH dans l'étude de prévention de Francfort (FP) et dans l'étude d'efficacité thérapeutique actuellement en cours aient aussi souffert de traumatismes précoces (et présentent des types d'attachement insécure), la plupart ne pourraient pas être diagnostiqués comme souffrant d'état limite. Néanmoins, ils souffrent souvent de troubles graves de la régulation de l'affect et des pulsions, mais d'une manière différente.

Ici, Marianne Leuzinger-Bohleber a voulu soulever la question de savoir si la constitution du sous-groupe d'enfants TDAH implique une déviation spécifique du réfléchissement précoce de l'affect, mis en relation avec la maladie dépressive de l'objet primaire, qui s'est avéré être un facteur traumatogène pour son enfant. Les mères dépressives, comme les études de Daniel Stern le montrent aussi, réfléchissent surtout les affects extrêmes négatifs de leur bébé d'une manière spécifique « non congruente, catégoriellement déformée » (Fonagy *et al.*, 2004), et seront donc peu capables d'aider leur bébé à développer une régulation adéquate de leurs affects.

Ainsi, d'un point de vue psychanalytique, il est absolument nécessaire de mettre à nu l'histoire traumatique idiosyncrasique d'un enfant ou d'un adulte souffrant de TDAH, cela avec le patient, afin de reconnaître les causes spécifiques qui se cachent derrière le trouble de la régulation de l'affect et des pulsions (voir Bohleber, 2007 ; Grubrich-Simitis, 2007, etc.). Contrairement à une forme de traitement fondée sur les médicaments, par exemple, un travail thérapeutique exploratoire de ce genre offre une occasion de découvrir les racines inconscientes des échecs des processus de régulation internes qui peuvent conduire aux symptômes de TDAH et qui, au contraire, font un effort actif pour s'attaquer à la faiblesse de la régulation de l'affect et des pulsions. Dans le transfert sur l'analyste, les souvenirs incarnés des relations objectales traumatogènes et les fantasmes apparentés deviennent reconnaissables, ainsi que la quête d'expériences autres, qui sont utilisées dans des traitements effectifs dans le sens

des processus d'internalisation susmentionnés, pour le développement d'une régulation stable de l'affect.

Après avoir présenté deux cas cliniques, celui d'un enfant et celui d'un adulte, qu'elle différencie bien des cas d'enfants limites étudiés par Fonagy, car ils ont une capacité de mentalisation et peuvent se mettre à la place de l'autre, elle conclut sur la prévention. Un traitement psychanalytique aussi précoce que possible du TDAH peut non seulement prévenir une énorme souffrance mentale pour ceux qui en sont affectés, mais permet aussi de faire beaucoup d'économies de différentes manières : une prévention thérapeutique, psychosociale et pédagogique précoce a des dimensions sociales pour les enfants avec des troubles de la régulation de l'affect et des pulsions, évitant, selon toute probabilité, de la violence et de la destructivité dans l'avenir.

J'ai dû omettre certains exposés (ainsi que la bibliographie), par manque de place, et ai insisté sur certains autres. Du point de vue scientifique, c'est certainement la présentation de Bradley Peterson qui m'a paru la plus convaincante : j'en ai conclu après lui qu'il existe réellement certains cas de troubles de l'attention avec hyperactivité (*ADHD : Attention deficit disorder with hyperactivity*), qui s'améliorent avec la ritaline (comme il est bizarre de donner un amphétaminique à des enfants, et pourtant...). Il a fallu que je me déplace à Francfort pour arriver à cette conclusion. Mais en écoutant l'exposé de Marianne Leuzinger-Bohleber, il m'a semblé que rien n'est perdu pour la psychanalyse (pour quelque trouble psychiatrique que ce soit, y compris l'autisme, les troubles limites, les psychoses, etc.) et qu'une intégration fine des connaissances neuroscientifiques à la psychanalyse est une voie d'avenir.

Marianne Robert  
5, rue Gazan  
75014 Paris