



Troubles oppositionnels chez l'enfant : leur compréhension et leurs soins

Emmanuel de Becker

DANS **PSYCHOTHÉRAPIES** 2010/3 Vol. 30 , PAGES 123 À 133
ÉDITIONS **MÉDECINE & HYGIÈNE**

ISSN 0251-737X

DOI 10.3917/psys.103.0123

Date de mise en ligne : 01/09/2010

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-psychotherapies-2010-3-page-123?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 Médecine & Hygiène.

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.

TROUBLES OPPOSITIONNELS CHEZ L'ENFANT: LEUR COMPRÉHENSION ET LEURS SOINS

Emmanuel de BECKER¹

Résumé

Les demandes de consultation en psychiatrie infanto-juvénile qui concernent les troubles oppositionnels de l'enfant sont en augmentation. Parallèlement, l'opposition et en corollaire la violence représentent des aspects quotidiennement évoqués au sein de nos sociétés. A partir d'une situation paradigmatique, l'article développe une réflexion sur la compréhension des conduites d'opposition et leur accompagnement thérapeutique. Pour comprendre cette manière d'être, l'auteur parcourt diverses étiologies possibles en reprenant la distinction entre violence et agressivité. Si l'opposition (le « non ») traduit la différenciation et l'individuation, sa persistance au-delà de 30-36 mois indique un « avatar développemental ». Pour expliquer celui-ci, différents facteurs interviennent, qu'ils appartiennent au sujet lui-même, à son environnement ou à la société.

Vient ensuite le temps pour soigner ; plusieurs aspects sont alors abordés pour décrire l'accompagnement thérapeutique des troubles oppositionnels : le jeu de la demande, le format et le contenu des rencontres, les aménagements de la vie concrète.

Summary

The demand for child/juvenile psychiatric consultation for oppositional disorders of the child are on the increase. Concurrently violence represented as a consequence of opposition are aspects that are evoked daily in our societies. Starting from a pragmatic situation the article reflects on oppositional behaviours and the therapeutic endeavours that accompany them. To understand in this way the author goes over various possible etiologies while reviewing the distinction between violence and aggressiveness. If opposition, « no », means differentiation and individuation, its persistence over more than 30 to 36 months indicates a « developmental avatar ». To explain this, different factors intervene, whether they belong to the subject, the subject's environment or to society.

Then comes the time for treatment. Many angles are viewed to describe the therapeutic accompaniment of oppositional disorders: the question of the demand, the framework and content of meetings, concrete living arrangements.

Mots-clés

Agressivité – Colère – Opposition – Pulsions – Violence.

Key-words

Agressiveness – Anger – Opposition – Instinct – Violence.

INTRODUCTION

Dans les demandes de consultation, quel clinicien rencontrant des enfants ne s'est-il pas questionné devant l'importance que prennent les crises clastiques de colère, les comportements provocants, les attitudes de refus de règles et de limites... ? Par ailleurs, dans les écoles et déjà dans les crèches, les professionnels se plaignent de devoir gérer les enfants au lieu de transmettre un savoir. A les entendre, il s'agit d'arrêter les uns pour protéger les autres et de devoir faire face à l'hostilité, au négativisme...

Derrière ces signes apparaît la question de la violence. Notre monde est-il devenu plus violent ? Ces interrogations sont relayées tant au niveau des instances politiques qu'au niveau de la société publique au sens large. L'opposition, et en corollaire la violence, représentent des thèmes qui animent quantité d'échanges et de forums de discussion. Les médias et la pensée collective concourraient à l'affirmer. Cependant, dans un article paru dans la revue *Le Vif l'Express* (2009), on pouvait lire récemment : « *La seule analyse à long terme disponible sur la délinquance juvénile conclut à une relative stabilité durant les 25 dernières années, relèvent l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC) et la direction de l'information policière opérationnelle de la Police Fédérale. Aucune statistique policière ne permet jusqu'à présent de conclure à une hausse ou une aggravation. INCC et la Police Fédérale réagissent ainsi à des articles de presse récents faisant état d'une hausse et/ou d'une aggravation de la délinquance juvénile, en se référant à des chiffres issus de statistiques policières* ». Cet article invite à la prudence dans nos

¹ Psychiatre infanto-juvénile, Université Catholique de Louvain. Service de Psychiatrie infanto-juvénile des Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles.

jugements et l'analyse que nous portons à l'égard de notre société occidentale.

Ceci étant dit, nous pensons que l'opposition avec colère et violence participe de plus en plus aux modalités transactionnelles et ce dès le plus jeune âge. Ces comportements renvoient à un vaste ensemble de manifestations symptomatiques où l'on peut débattre longtemps sur les notions de normalité et de maladie et, quel que soit le référentiel épistémologique sur lequel on s'appuie, il est illusoire de vouloir cerner toutes les dynamiques psychiques et relationnelles rentrant dans le cadre des « troubles oppositionnels ». L'article se centre sur les conduites d'opposition, en développant à partir d'une situation paradigmatique une réflexion sur leur compréhension et leur accompagnement thérapeutique. Nous nous limiterons à la catégorie des mineurs d'âge prépubère.

VIGNETTE CLINIQUE

Pour illustrer notre propos, prenons une situation clinique qui, sans être paradigmatique, pointe les difficultés rencontrées.

Nous sommes interpellés, dans une relative urgence, par une mère de famille préoccupée par ses deux garçons, l'aîné, David, âgé de neuf ans et le cadet, Oscar, âgé de sept ans. Médecin belge travaillant dans la recherche scientifique, elle s'est séparée du père de ses enfants, artiste peintre londonien, il y a environ trois ans. Vivant dans la même grande ville, ils ont, au fil des ans, établi un dialogue correct et mis en place à l'amiable un système de résidence alternée pour les deux enfants.

Les préoccupations consistent, pour le premier fils, dans un comportement de plus en plus récalcitrant et opposant à toute consigne et, pour le second, en des agissements massives liées à la vie familiale.

Les quatre membres de la famille se présentent au premier rendez-vous. Dans un discours structuré et bien construit, Madame énumère « tous les problèmes » de son fils aîné ainsi que les retentissements de ceux-ci sur les autres. Elle-même estime qu'Oscar souffre de l'attitude de David qui n'arrête pas de le « torturer ». S'appuyant sur ses notes, elle développe point par point les faits, questions et paroles de son fils qui la conduisent à le diagnostiquer comme « psychopathe ». Le père acquiesce, tout en tentant de relativiser, de temporiser, accordant à la relation mère/fils aîné la dimension la

plus problématique, alors que chez lui, les deux garçons s'épanouissent sans heurts ni conflits majeurs. Certes, il doit parfois « remettre les choses à leur place », mais, selon lui, dans des proportions acceptables et normales.

Madame reprend alors la parole, non sans irritation pour reprocher au père de lui laisser le rôle du parent structurant, mettant des règles, absentes, d'après elle, dans l'autre contexte familial.

Devant la tension grandissante entre les deux parents, nous nous tournons vers les enfants et nous intéressons à leurs perceptions. David et Oscar reproduisent alors des désaccords et disqualifications à leur niveau ; visiblement construits psychiquement dans des registres différents, ils éprouvent du mal à comprendre l'attitude et le raisonnement de l'autre.

Nous apprenons par ailleurs que David a rencontré précédemment divers intervenants d'épistémologies différentes ; approches cognito-comportementale et analytique se sont succédé sans modification des attitudes de l'enfant. A vrai dire, David n'est pas demandeur d'une aide qu'il estime inutile à son niveau : « *C'est ma mère qui est malade... c'est elle que vous devez soigner !* ». En explorant les sphères d'ancrages socio-familiaux des enfants, nous découvrons que les questions dépassent largement le cadre de la relation centrée sur la mère et David. Nous proposons dès lors de poursuivre la première analyse en rencontrant d'abord séparément chaque protagoniste, ensuite les différentes dyades (par exemple, fratrie, couple parental, enfant/parent).

Lors de l'entretien individuel, David confie sa rage intérieure qu'il adresse principalement à sa mère, sans pouvoir en saisir les éléments d'étagage : « *C'est comme ça depuis toujours... c'est tout... elle le fait exprès de me chercher...* ». Peu accessible à l'invitation d'un dialogue avec un professionnel perçue comme une remise en question trop confrontante, David rejette l'utilité de rencontres à visée thérapeutique : « *Les psys, ça pose des questions, ça fait passer des tests,... mais ça n'apporte pas de solutions !* » – « *Solutions?... Penses-tu qu'il serait intéressant d'en trouver ? Mais à quel(s) problème(s) ?...* », osons-nous répondre.

Un embryon d'échange verbal prend naissance, nous permettant d'appréhender un noyau dépressif franc derrière un cortège symptomatique très démonstratif. A côté de rencontres individuelles, nous veillons à maintenir les entretiens avec les autres membres de la famille, n'hésitant pas à proposer, malgré la sépara-

Madame surenchérit: « *A cinq ans, il s'est cogné malencontreusement contre le lave-vaisselle... il a tapé dessus comme un enragé, estimant que l'appareil était responsable... Régulièrement, David se couchait par terre, évitant d'effectuer la moindre tâche... Tout ce qui touche à la contrainte, à l'autorité est difficilement vécu par David. Par ailleurs, la séparation a aggravé la situation. Aujourd'hui, je suis son punching-ball... Il n'a aucune remise en question, pourtant il sait que son comportement n'est pas correct... Il rêve d'une vie de plaisir, sans règle... à part les siennes!...* ».

Si les résultats scolaires sont plus que satisfaisants, les parents s'accordent pour souligner ses attitudes négativistes et opposantes, quel que soit le milieu de vie où David se trouve.

Ayant *in fine* obtenu un « terrain d'entente » entre les deux parents, nous envisageons les possibilités de meilleure cohérence de la fonction parentale, portée, il est vrai, par deux personnalités bien trempées dans leurs différences. Nous en recadrons la complémentarité, reconnaissant la diffraction des rôles marquée avec force par la séparation familiale. Si les actes d'autorité ont leur importance certainement à l'égard des enfants, la parole se doit d'être signifiante et structurante. Ainsi, par exemple, nous soutenons la notion de couple parental, en pointant le fait que si David transgresse les règles chez sa mère, c'est l'autorité conjointe qu'il confronte. Dès lors, dans cette logique, le père s'engage à reprendre, en un temps opportun avec David, l'impact de son attitude de non-respect envers les règles des adultes, père et mère réunis sur ce point.

Il ne s'agit nullement de gommer les divergences et les spécificités de chaque parent; l'important, dans cette visée de cohérence, consiste à définir quelques principes communs sur lesquels les enfants peuvent s'appuyer comme référentiels solides au-delà du lieu d'hébergement. La notion d'autorité transcende alors les relations, le processus d'intériorisation étant facilité par une identification plurielle aux figures parentales (ce n'est plus un seul parent qui assure la fonction).

Nous ne nous sommes pas arrêtés à ce seul aspect; lors de cet entretien et ultérieurement, nous avons abordé la question du noyau dépressif perçu chez David, veillant d'abord à ce qu'il soit reconnu. Nous avons également été attentifs aux affects des autres membres de la famille.

Lors d'une rencontre individuelle avec la mère, celle-ci confie un malaise diffus ainsi qu'une tristesse

de fond, justifiant à nos yeux une thérapie personnelle, ce que Madame entreprend peu de temps après.

Au moment où nous écrivons ces lignes, six mois de prise en charge se sont écoulés; si nombre d'éléments ont été mobilisés, bien des difficultés persistent dont le comportement perturbateur de David et la relation conflictuelle mère/fils aîné. Le suivi est donc loin d'être clôturé.

LE TEMPS POUR COMPRENDRE

Pourquoi tel enfant s'oppose-t-il systématiquement à l'adulte tant dans son milieu scolaire que dans son lieu de vie? Que cherche-t-il à montrer, à obtenir? Quelles sont ses « bonnes raisons » de répéter ce comportement? Il est classique, voire aisé d'attribuer ces avatars de développement aux défaillances parentales, nous avons tous en mémoire telle ou telle famille marquée par un manque de fermeté, de clarté, de constance dans les messages attribués à l'enfant, ou des systèmes dans lesquels règnent confusion et chaos. Par ailleurs, on est tenté par une prédiction négative qui consiste à anticiper de futures délinquances ou psychopathies, devant de telles attitudes constatées durant l'enfance. Mais le praticien est aussi perplexe quand il observe ce comportement « difficile » chez un enfant, alors que ses frères et sœurs ne le présentent pas.

Dans la classification du DSM-IV, le déficit de l'attention et le comportement perturbateur sont repris dans le même grand chapitre. Cette association, s'appuyant entre autres sur la constatation que plusieurs symptômes comme l'hyperactivité, l'agitation et les conduites opposantes sont retrouvés occasionnellement chez le même enfant, conduit à des amalgames rencontrés tant dans le chef de professionnels que dans le public et les familles. Certes, certains enfants manifestent, par exemple, un déficit de l'attention compliqué par des comportements vindicatifs, où le « non » à l'adulte s'accompagne de colères et d'idéations paranoïdes: « *C'est l'autre qui est fautif, qui m'a cherché... je n'ai fait que me défendre...* ». A les entendre, ils sont victimes d'incompréhension et d'injustice, campant sur leur position, ne soutenant guère de remise en question personnelle.

Ceci étant souligné, notre expérience nous incite à être prudents par rapport aux divers symptômes de l'enfant; une attention déficitaire correctement objec-

séparation). Le caractère inné est parfois critiqué, entre autres par la notion d'instinct développée par Berge- ret, notion trop éloignée de l'humain. L'éthologie parle d'« instinct d'agression » comme source interne d'énergie spécifique se déchargeant à l'extérieur, envers un animal rival par exemple.

Des auteurs comme Houssier mettent en avant, pour comprendre la violence, un défaut de symbolisa- tion par le fait que les affects ne sont pas reliés aux représentations et aux objets internes stables (1999, 2002). Si la violence naît lorsque les pulsions de mort ne rencontrent pas les pulsions de vie dans une conflic- tualité (déliasion pulsionnelle), l'agressivité s'inscrit dans une intrication pulsionnelle, faite d'ambiva- lences relationnelles; le conflit est présent et force à la conscience de l'autre².

Si Bergeret situe l'agressivité sur un versant œdipien, des auteurs comme Winnicott ou Golse distinguent l'agressivité primaire qu'ils considèrent comme pré- œdipienne car adressée à un objet peu différencié, de l'agressivité secondaire, plus mentalisée et aux enjeux clairement œdipiens ((Golse, 1995; Winnicott, 1984).

Dans le premier temps, le nourrisson est dans une relation d'emprise, peu conscient de la séparation, à l'ambivalence peu effective, capable de destruction et de protection. Par la suite, l'agressivité œdipienne prend place et situe le sujet dans les questions de la posses- sion de l'objet total avec, en corollaire, les affects de rivalité, de jalousie, de culpabilité.

En poursuivant ces considérations théoriques, l'on constate que l'agressivité est liée au désir et à la pul- sion. Rappelons que la pulsion fait référence à une force intérieure de nature psychophysiologique, à l'ex- pression habituellement spontanée, tandis que le désir passe par une élaboration intellectuelle de reconnais- sance propre de l'existence pulsionnelle, entraînant excitation, plaisir.

L'agressivité est également reliée à la sexualité, s'en différenciant entre autres par sa visée d'autocon- servation: préserver son territoire avant d'en conqué- rir, si possible, d'autres. L'agressivité émerge de l'intri- cation des pulsions de vie et de mort (union-désunion); la pulsion destructrice s'exprime à l'occasion de la désunion.

L'agressivité est aussi comprise comme primaire quand elle est caractérisée par un but gratuit, ayant valeur d'affirmation de soi, de différenciation, d'expres- sion de toute-puissance.

C'est vers quinze mois que l'enfant est habité par cette force de domination dont il ne peut aisément réfréner l'expression. Ultérieurement, par des facteurs extérieurs et internes liés à son développement, l'enfant oriente la destinée de cette agressivité primaire qui prend une dimension défensive, réactionnelle, lorsque la menace d'affects pénibles et d'agression se présente. L'agressivité peut alors être tournée vers autrui ou se retourner contre le sujet lui-même sous une forme de culpabilité (autopunition, automutilation, tentative de suicide, etc.).

Précisons que les menaces consistent en des dan- gers réels ou imaginaires; les situations de frustration de séparation, d'humiliation, de disqualification, d'in- justice, ... sont autant de « déclencheurs » d'agressivité réactionnelle.

Si l'agressivité possède en soi une dimension cons- tructive, comme Houzel (1998) parle de valeur struc- turante du conflit, elle peut aussi connaître une orien- tation pathologique; Berger (2006) en souligne certains aspects.

La distinction entre « normal et pathologique » est alors évoquée sans, nous semble-t-il, pouvoir définir une ligne de démarcation. Une question paraît cepen- dant intéressante à ce niveau: comment l'enfant éla- bore-t-il l'agressivité tant dans ses représentations men- tales que dans leurs expressions comportementales? En d'autres termes, se sent-il libre et à quel degré de se représenter et de réaliser l'agressivité? Existe-il une « cen- sure » interne? Constate-t-on un refoulement massif ou, au contraire, un « laisser-aller » agressif, agressant?

A partir de ces repères que sont les positions d'adhé- sion ou de réprobation du sujet par rapport à son agressivité, on peut « catégoriser » différents tableaux symptomatologiques (immaturité affective, psychopa- thie, délinquance, ...) (Hayez, 2001)

Revenons à la notion de violence, utilisée couram- ment par les cliniciens. Faisant référence à une force irrésistible mobilisant l'énergie disponible, se déployant sans tenir compte de ses effets, le principe de réalité est, un temps, bousculé. La violence fait écho à une souffrance envahissante, menaçant l'intégrité du Moi. Perçue comme transgression majeure, elle va à l'en- contre des lois naturelles, dans une visée de destruc- tion et d'éclatement.

² Roussillon (1999, 2007) développe l'idée d'une construction psychique préexistante qui aurait comme fonction de répondre à un état d'angoisse profonde.

et maltraitements comme facteurs environnementaux précipitant les troubles oppositionnels. En fait, l'enfant qui grandit dans des fonctionnements familiaux marqués par le chaos et/ou la transgression, introjecte cette manière d'être au monde. Par négligence, nous entendons le défaut de préoccupation à l'égard de l'enfant, par un manque récurrent de respect de ses besoins élémentaires. L'enfant évolue dans un système soit imprégné de confusion, d'incohérence, soit traversé par le terrorisme parental. Sans repères, sans limites et souvent sans écoute, le jeune non considéré comme sujet à part entière reproduit les types d'interactions de son milieu. S'il s'identifie aux membres de sa famille dans leurs fonctionnements, il peut aussi s'opposer dans le secret espoir d'attirer l'attention ou simplement de ressentir le sentiment d'exister. Bien des cas de figure se rencontrent et de nombreux auteurs ont étudié les différents tableaux familiaux dans lesquels la maltraitance s'inscrit. Il est évident que les troubles oppositionnels ne prennent pas naissance exclusivement dans des contextes négligents ou maltraitants. La question de l'autorité au sein de la famille doit être centralement abordée car elle définit le comportement de l'enfant dans les contextes intra- et extrafamiliaux. Vaste question qui implique d'étudier soigneusement des notions comme les rapports générationnels, les règles, les limites, les sanctions... Ainsi par exemple, des parents ayant intégré des concepts comme « il est interdit d'interdire », redoutant de « casser leur Mozart ou Einstein en herbe », se refusant à poser clairement des limites, construisent le terrain propice à des réactions d'opposition chez l'enfant. Celles-ci sont à comprendre comme une recherche de structure parentale, certes limitante, mais assurant une fonction « pare-angoisse » vitale. Le risque existe alors de voir ces parents osciller entre le « laisser-faire » et la réaction violente en retour, sur exaspération. Une autre illustration, devenue classique et qui est évoquée dans notre vignette clinique, consiste dans le vécu d'enfants confrontés aux séparations parentales. Ici, ce n'est pas tant l'intensité des conflits persistants post-séparation que les disqualifications réciproques parfois subtiles dans lesquelles les individus évoluent, qui sont pathogènes. On constate un « travail » de fond d'annulation de l'autorité de l'autre parent, incitant l'enfant à s'y confronter systématiquement. Celui-ci « joue

le jeu », par angoisse, par peur de représailles, par loyauté ou encore par excitation et sentiment de toute-puissance. Ces états chronifiés dans le temps font le lit de demandes de consultations de plus en plus fréquentes.

- Vient enfin le plan sociétal dans lequel nous vivons tous. Si des initiatives privées et publiques mettant en exergue des notions comme le respect et la responsabilité soutiennent un certain optimisme, on déplore, à côté, des messages et discussions qui privilégient l'individualisme et le matérialisme. Ces incitants sociaux n'encouragent guère les familles à structurer avec bienveillance les relations entre adultes et enfants. Nous sommes sollicités et donc invités, en tant qu'intervenants en Santé Mentale, à nous positionner, peut-être au-delà d'une seule écoute, sur ces questions d'autorité. Il est clair que le concept a évolué; de verticale elle connaît une dimension horizontale exigeant si pas des justifications, du moins une légitimité basée sur l'expérience de vie. Loin de prôner un « retour de régimes anciens », nous pensons que le temps est venu de repenser les types de liens dans lesquels l'autorité a nécessairement une place, car l'autorité suffisamment ferme et bienveillante aide l'enfant à s'épanouir et à définir des patterns transactionnels où l'opposition systématique n'est pas vraiment pertinente.

LE TEMPS POUR SOIGNER

Par ce terme, on entend tous les actes, y compris de langage, qui visent à apporter une aide à l'enfant manifestant un trouble oppositionnel et à sa famille. Épinglons quelques éléments d'ordre thérapeutique spécifiques à la problématique évoquée.

- Un premier aspect concerne la demande (et la non-demande) de consultation. Celle-ci, si elle est sollicitée d'habitude par le(s) parent(s), a rarement une raison d'exister aux yeux de l'enfant. Amené (de force) à la séance, il confirme par son attitude générale les propos parentaux à son encontre; pourtant, l'enfant affirme, lui, qu'il ne connaît personnellement aucune difficulté et que s'il y a « un problème », c'est au niveau des adultes qu'il se situe. La première étape, pour le clinicien, consiste à réa-

