

Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) : un trouble de la transformation des affects et de la pensée ?¹

Michael Günter

Standort Bad Cannstatt : Priessnitzweg 24, 14, D-70374 Stuttgart
m.guenter@klinikum-stuttgart.de

Résumé : *Dans la littérature sur la psychanalyse de l'enfant et de l'adolescent, le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est décrit comme un syndrome complexe aux caractéristiques psychodynamiques très diverses. Schématiquement, le trouble est divisé en trois catégories : 1. Un trouble des relations d'objet précoces qui aboutit au développement d'une organisation des défenses d'allure maniaque dans laquelle les angoisses de perte d'objet et les affects dépressifs ne sont pas traités via la symbolisation mais sont organisés sur un mode essentiellement corporel ; 2. Un trouble de la triangulation dans laquelle l'investissement de la position paternelle n'est pas stable, une structuration psychique fragile alterne avec un excès d'excitation et la régulation de l'affect est limitée ; 3. La présence d'un stress émotionnel ou d'une expérience traumatique.*

Je propose de poser un regard neuf sur le TADH à la lumière de la psychanalyse. En regard de la phénoménologie du trouble, nous devrions considérer, en sus de l'approche psychodynamique, que des déficits de la fonction alpha sont constitutifs du TADH. Ces déficits sont à l'origine des troubles de la pensée et du traitement des affects, et la symptomatologie apparaît comme une tentative (imparfaite) d'y remédier. A un niveau secondaire, on assiste au développement d'un cercle vicieux par le biais du renforcement mutuel d'une transformation défectueuse des données sensorielles et des affects en des contenus de pensée, d'un côté, et de processus secondaires défensifs largement narcissiques, de l'autre. Ces considérations sont importantes pour améliorer la compréhension du TADH et pour rendre compte de notre technique psychanalytique.

Mots-clés : trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TADH), trouble de la pensée, transformation de l'affect, triangulation, défenses narcissiques

Le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TADH) est le diagnostic psychiatrique le plus fréquemment posé dans l'enfance et l'adolescence. Mais alors que les caractéristiques symptomatiques du syndrome TADH sont restées remarquablement constantes au cours des derniers 150 ans (cf. Griesinger, 1845 ; Still, 1902), tout le reste est sujet, dans ce trouble, à des débats marqués par de féroces controverses.

La première controverse concerne l'étiologie des symptômes. Selon un modèle biologique et médical qui met l'accent sur les facteurs génétiques, le TADH est perçu d'une part comme un trouble des transmetteurs neuronaux cérébraux incluant le métabolisme de la dopamine, peut-être aussi celui de la noradrénaline et de la sérotonine, et d'autre part se caractérise par une extrême variabilité du tempérament déterminée génétiquement. Des preuves empiriques viennent étayer ces deux positions. Des études génétiques ont pu montrer que l'incidence et le degré des cas de TADH surviennent selon

¹ Article publié sous le titre: "Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) : An affect-processing and thought disorder? », *Int.J.Psychoanal.*(2014) 95 :43-66, traduit par Maria Hovagemyan-Odone, relu par Céline Gür Gressot et par l'auteur.

une distribution normale au sein de la population plutôt que comme la conséquence d'un défaut génétique dans le sens plus étroit du terme. D'autre part, des polymorphismes génétiques du système dopaminergique ont été associés au TADH (Banaschewski *et al.*, 2010 ; Faraone *et al.*, 2005 ; Levy *et al.*, 1997 ; Tannock, 1998). Ces polymorphismes n'augmentent que légèrement le risque de développer un TADH et sont très répandus dans la population (Smith *et al.*, 2009). Jusqu'ici les modèles théoriques mettant en relation un trouble des neurotransmetteurs et le TADH se sont montrés contradictoires et controversés. La discussion de l'influence des causes génétiques, des lésions organiques et des traumatismes anamnestiques dans la structure et la construction des réseaux neuronaux est encore en cours, surtout en ce qui concerne le cortex frontal et le striatum (Gensler, 2011 ; Günter, 2008 ; Zabarenko, 2011).

Par ailleurs, les preuves de l'importance causale des facteurs psychosociaux à l'origine de la survenue du TADH abondent. Christakis *et al.* (2004) ont montré que le risque de troubles de déficit d'attention chez les enfants en âge scolaire augmente de 10% par heure quotidienne de télévision regardée avant l'âge de trois ans. Différentes études longitudinales et épidémiologiques ont démontré que de nombreux troubles de la régulation en bas âge mais, plus encore, le stress psychosocial, augmentaient significativement le risque de développer ultérieurement un TADH (Becker *et al.*, 2004 ; Hjern *et al.*, 2010). Un champ important de la littérature psychanalytique et psychothérapeutique s'est régulièrement intéressé aux liens entre symptômes, relations familiales dysfonctionnelles et constellations typiques de conflits intrapsychiques dans les cas de TADH (cf. parmi d'autres, Berger, 1993 ; Bovensiepen *et al.*, 2002, Bürgin et Steck, 2007 ; du Bois, 2007 ; Gensler, 2011 ; Häussler, 2002 ; Heinemann et Hopf, 2006 ; Leuzinger-Bohleber et Fischmann, 2010 ; Leuzinger-Bohleber *et al.*, 2007, 2011 ; Seitler, 2008, 2011 ; Streeck-Fischer et Fricke, 2007).

Une deuxième controverse concerne la validité du statut d'entité nosologique du TADH opposée à une conception du TADH qui correspondrait à un ensemble de symptômes pris plus ou moins au hasard et rassemblés artificiellement sous ce terme. Une entité nosologique est caractérisée par une étiologie et une symptomatologie uniformes. En regard de cette définition, les controverses étiologiques décrites plus haut prennent toute leur signification. Ce qui reste également à éclaircir est de savoir jusqu'à quel point le TADH peut être considéré comme une maladie distincte ou si elle ne représente pas plutôt un facteur de risque de trouble développemental, surtout quand elle s'accompagne d'un comportement antisocial.

La question des ressources thérapeutiques, enfin, est aussi hautement matière à débat. L'effet des dérivés des amphétamines sur l'hyperactivité et le déficit d'attention, effet qu'il serait plus approprié de considérer comme non spécifique, a souvent conduit à conclure trop rapidement à une étiologie biologique du trouble. Les nouvelles analyses de l'étude princeps MTA(2), qui est régulièrement citée comme la référence majeure, a conclu à la claire supériorité du traitement pharmacologique sur les méthodes de thérapie comportementale (les approches d'inspiration psychanalytiques n'avaient pas même été prises en considération). Mais ces conclusions ne concernaient que les symptômes d'hyperactivité et de déficit d'attention et non les multiples comorbidités que l'on rencontre fréquemment dans le TADH. Ainsi, l'Etude d'Interventions Multimodales de Cologne a pu montrer une nette supériorité des interventions psychothérapeutiques sur celles qui étaient basées sur l'administration de médicaments (Conners *et al.*, 2001 ; Döpfner et Lehmkuhl, 2002). Par ailleurs, la preuve de l'efficacité de la thérapie comportementale n'est pas aussi universellement reconnue qu'on a tendance à le présenter (Ahrbeck, 2009). Au contraire, de plus en plus de doutes émergent quant à l'efficacité de certaines techniques d'intervention et leurs effets positifs à long terme n'ont pas encore été vraiment prouvés. Dans leur étude multicentrique NIMH(3), Jensen *et al.* (2007) ont découvert que, comparés à la thérapie comportementale, les effets positifs de la prescription médicamenteuse ne s'étaient pas maintenus au cours des trois ans de suivi.

2 Ndt : MTA pour National Institute of Mental Health Multimodal Treatment of ADHD : grande étude américaine randomisée effectuée en 1992 sur 579 enfants pendant 14 mois et concluant, à l'époque, à la supériorité du traitement médicamenteux sur les autres interventions testées chez les enfants qui présentaient un TADH.

3 Ndt : Acronyme pour National Institute of Mental Health : Institut national de santé mentale

En conclusion, nous devons faire face à une série de problèmes complexes qui suggèrent qu'il existe un syndrome relativement défini mais au sein duquel de nombreuses difficultés n'ont pas encore pu être éclaircies scientifiquement. Parallèlement a surgi un nouvel intérêt concernant les effets de l'accélération dans le rythme de nos vies, l'impact de la culture médiatique et la manière dont nous sommes inondés d'informations. Cela conduit à un changement dans nos habitudes de perception, dans les processus d'autorégulation liés à ces habitudes et dans la gestion de l'attention, de l'hyperactivité et de l'impulsivité. De tels phénomènes exercent d'importantes contraintes sur l'éducation et la scolarisation des enfants et des adolescents. Ainsi, le déficit d'attention avec hyperactivité peut être considéré comme un paradigme de notre époque et du développement des sociétés industrielles occidentales, et ceci peut, au moins en partie, expliquer que ce diagnostic soit si largement évoqué (Timini, 2005).

Psychanalyse d'enfant et TADH

Face à ce mélange de questions sans réponses et un diagnostic apparemment clair, la psychanalyse d'enfant se trouve dans une position embarrassante. Une manière d'en sortir serait de remettre en question l'existence du TADH ou du moins de douter de la précision de ce diagnostic (Gilmore, 2000). Ces doutes pourraient être raisonnablement fondés, notamment pour ce qui touche à la précision diagnostique de cette construction mais ils sont trop facilement interprétés, à tort, comme une négation du phénomène lui-même et de toutes ses conséquences. Au vu de l'émergence massive du problème, une telle position ne peut répondre au besoin de certitude diagnostique et au désir de concepts simples qui permettraient de mettre au point une thérapie. L'approche opposée a consisté à dénier l'efficacité des méthodes thérapeutiques d'inspiration psychanalytiques (cf. Gilmore, 2000). Une troisième position, largement adoptée dans la littérature clinique psychanalytique, a conduit les auteurs à se concentrer sur la description de la dynamique conflictuelle typique qui est régulièrement corrélée avec le TADH. Ce point de vue implique toutefois la reconnaissance d'une entité nosographique plus ou moins circonscrite, qui, comme nous venons de le décrire, ne semble pas encore vraiment établie, tant par rapport à une étiologie uniforme qu'en ce qui concerne une appréciation claire de la dynamique psychique et de la pathogénèse.

Pour cette raison je défends l'idée que les symptômes du TADH soient compris, sur le plan psychodynamique, comme l'aboutissement final de conflits internes précoces d'origines diverses (cf. Leuzinger-Bohleber *et al.*, 2011). Compte tenu des zones d'ombres décrites ci-dessus, il me semblerait présomptueux de postuler une spécificité des conflits sous-jacents ou même des points de fixation potentiellement spécifiques comme cause du développement d'un TADH. Néanmoins, au vu de l'état de la recherche à cette date, je me sens autorisé à décrire trois éléments principaux dans la perception psychanalytique du TADH.

Le TADH comme formation défensive en réaction à des troubles précoces des relations d'objet

Les troubles du déficit d'attention, l'impulsivité et l'agitation psychomotrice peuvent être considérés comme des formations défensives contre des expériences traumatiques précoces que le moi infantile n'a pu ni élaborer ni intégrer. Ces défenses sont d'autant plus bétonnées qu'elles sont survenues plus tôt dans le développement. Les traumatismes peuvent correspondre à une perte d'objet, à une instabilité dans l'expérience de la relation avec les objets, à une carence sévère ou à d'autres troubles dans les relations dyadiques précoces. Si la terminologie diffère, les troubles profonds de la relation primaire qui ne peuvent être suffisamment symbolisés et qui sont donc organisés corporellement ou en troubles de l'attention, sont décrits de manière relativement similaire, et indépendamment de la perspective théorique des auteurs.

On peut parler de défense maniforme dans la mesure où l'expérience d'une douleur intolérable, la peur de la perte de l'objet et les angoisses de persécution sont repoussées en substituant ces formes plus primitives de défenses corporelles aux processus de symbolisation et de mentalisation. Stern (1998) éclaire la manière dont l'enfant peut répondre à la dépression maternelle du post-partum en développant un comportement hyperactif. Green (1983) a décrit l'effet de la « mère-morte » dans la désorganisation du développement précoce. Leuzinger-Bohleber *et al.* (2007) ont recensé les sentiments qui en découlent pour le petit enfant en termes de culpabilité, de fantasmes de vengeance et de haine dirigés contre l'objet primaire, sentiments qui trouvent leur expression dans les symptômes. La psychologie du Moi comprend théoriquement cette constellation comme un dysfonctionnement sévère et précoce des fonctions du moi « généré par l'échec de l'objet à contenir son attention et à la concentrer ». Il en résulte principalement « l'échec de l'apprentissage à utiliser la symbolisation pour exprimer l'émotion, ce qui conduit à laisser l'action impérieuse prédominer pour éviter d'être débordé par des sentiments insupportables » (Sugarman, 2006, p.238). La théorie des relations d'objet décrit quant à elle un objet interne instable, qui apparaît ainsi menaçant car peu fiable, persécuteur ou inatteignable. Ces deux perspectives indiquent que les processus psychiques de digestion et de symbolisation sont remplacés par des équations symboliques (Segal), qu'une fonction de « holding » (Winnicott) ou de « contenance » puis de transformation des éléments-bêta en éléments-alpha (Bion, 1965) sont insuffisamment développés, ou que la mentalisation et la « fonction réflexive » (Fonagy and Target, 1998) sont remplacées par l'action motrice et l'excitabilité. Dans sa conception de la formation d'une « seconde peau » due à l'échec de l'intégration très précoce des différentes parties de la personnalité, Bick décrit l'hyperactivité et ce qu'elle appelle « une fonction auto-contenante de type musculaire » comme des substituts qui pallient à la formation d'une « peau » psychique défectueuse (Bick, 1968, p. 485). D'une manière similaire, les liens entre le TADH et les troubles de la régulation infantile, et aussi entre le TADH et l'« attachement désorganisé », peuvent être considérés comme l'expression de relations d'objet et de modèles internes opérants instables. La théorie de l'attachement postule qu'il existe une transmission transgénérationnelle de désorganisations et/ou d'interactions désorganisantes entre l'objet primaire et le bébé. Cette position converge avec celle de la recherche sur les approches interactionnelles psychanalytiques chez le petit enfant (Brisch, 2002).

Troubles de la triangulation

L'expérience clinique montre comme il est difficile pour les familles qui ont un enfant souffrant de TADH de rester de manière stable dans une organisation triangulaire⁴ afin que cette dernière puisse faire son effet sur les interactions. Le défaut d'étayage alterne fréquemment avec des états d'excitation excessive dans lesquels tombent la mère et l'enfant – c'est le plus souvent la mère qui est impliquée – de sorte que, dans ces périodes tumultueuses, la régulation des affects peut être perdue. Toutefois, les enfants qui présentent de l'hyperactivité, de l'impulsivité et des troubles de l'attention ont, plus que la moyenne, besoin d'un tel étayage. Ainsi, l'irritabilité chez l'enfant interagit avec des relations familiales peu propices à le contenir, ce qui aboutit à un cercle vicieux.

Cette observation a conduit à un examen plus précis de la manière dont les représentations paternelles sont ancrées dans le monde interne de l'enfant. L'absence physique ou psychique du père, fréquemment observée (Heinemann et Hopf, 2006 ; Widener, 1998), laisse les enfants, et spécialement les garçons, sans possibilité d'internaliser une instance stable qui pose les limites et donc sans possibilité de s'autoréguler, en permettant à ce modèle d'orienter leur comportement. Nos propres recherches concordent sur ce point. Chez les enfants souffrant de TADH, la représentation d'un père qui pose les limites dans l'expérience que l'enfant a de lui-même était significativement plus présente après traitement avec du méthylphénidate (Koch, Straten and Günter, 2009). Nous considérons cette correspondance entre l'allègement de la sévérité des symptômes et une meilleure représentation paternelle comme une interaction complexe qui n'a pas encore été complètement comprise. Au lieu d'avoir une représentation paternelle stable qui garantit les limites, ces enfants peuvent être envahis par des aspects paternels violents et sadiques – comme cela est observé dans l'identification à

⁴ Ndt : littéralement l'auteur écrit « la position paternelle triangulaire ».

l'agresseur – et peuvent les reproduire dans la relation à l'égard de leur mère. L'hyperactivité représente alors, chez l'enfant, une sorte de conflit insoluble entre un lien précoce à la mère encore très contraignant et le désir de s'en affranchir et de devenir autonome (Heinemann and Hopf, 2006 ; Streeck-Fischer et Fricke, 2007).

Cette dynamique conflictuelle prend place, en principe, à un stade du développement postérieur à celui qui a été décrit lorsque nous avons évoqué la perturbation précoce de la formation des instances intrapsychiques. Les troubles de la triangulation peuvent relativement bien expliquer les nettes différences dans l'incidence du TADH entre garçons et filles. En revanche, expliquer cette différence de genre dans la fréquence des troubles précoces décrits précédemment demande de prendre en considération une réélaboration plus tardive de ces expériences. Au cours de la réélaboration œdipienne tardive, ces troubles sont généralement organisés chez la fille en symptômes internalisés alors que l'organisation des défenses chez le garçon tend à l'externalisation. Ce type d'organisation des défenses, qui correspond à un trouble de la triangulation, est assez facile à identifier dans le comportement manifeste alors que la mise à distance des angoisses paranoïdes précoces et de perte d'objet, telles que décrites précédemment, ne devient accessible et ne répond au traitement qu'au cours d'un travail thérapeutique en profondeur.

Stress émotionnel et expériences traumatiques

En termes psychanalytiques, nous pouvons définir un troisième groupe de patients pour lesquels l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité sont déterminés par un stress émotionnel ou des expériences traumatiques telles qu'une maladie grave, la mort d'un parent, de la maltraitance ou des carences survenant concurremment ou lors des stades précoces du développement (Szymanski *et al.*, 2011). Conway *et al.*, (2011) décrivent une comorbidité élevée entre trauma et TADH et concluent que : « Des expériences de situations négatives chroniques, qu'on appelle aussi traumatismes complexes, ne peuvent pas être différenciées de la symptomatologie du TADH et sont fortement corrélées avec le comportement couramment rencontré chez les enfants qui ont des difficultés de ...mentalisation » (p. 60). A proprement parler, ces enfants ne devraient pas être taxés de TADH puisque, dans ces cas, c'est le stress enduré qui permet d'expliquer les symptômes. Dans la pratique actuelle du diagnostic de routine, toutefois, cette restriction est fréquemment négligée ou ignorée alors qu'elle est prise en considération dans l'ICD-10, et le diagnostic de TADH est alors posé uniquement sur la base des symptômes. Dans ce processus, les facteurs de stress émotionnels sont souvent négligés. Il est ainsi important de traiter ce groupe comme une entité distincte puisque les symptômes résultent alors directement du stress. Dans ces cas, lorsque les effets directs du stress s'atténuent, l'hyperactivité, l'impulsivité et les troubles de l'attention tendent souvent à s'atténuer, surtout si l'on procure à ces enfants un environnement protecteur. Ces symptômes ne sont pas organisés en défenses aussi fortement bétonnées que dans les deux autres groupes.

En résumé, sur le plan de l'organisation des défenses, le trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention est, d'un point de vue psychanalytique, un phénomène qui peut avoir différentes origines. Les symptômes sont probablement organisés moins comme une entité psychopathologique spécifique, même en termes de conflictualité psychique, que comme l'aboutissement final d'un certain nombre de réactions à différents déséquilibres.

TADH : un trouble de la transformation des affects et de la pensée ?

Nous voyons ici combien il est difficile de définir, en termes de conflictualité psychodynamique, les problèmes qui se trouvent au cœur du TADH. De plus, il existe une grande variation dans les cas individuels auxquels les tentatives de regroupement décrites ci-dessus ne rendent pas vraiment justice. Depuis la fin des années 90, les efforts pour conceptualiser le TADH en termes psychanalytiques, ont donné naissance à un corpus de publications qui mettent l'accent sur des « perturbations qui touchent

les niveaux les plus primaires des fonctions du moi » (Gilmore, 2000, p.1286, de même Migden, 1998) en ce qui concerne les enfants dyslexiques avec des symptômes de TADH). Gilmore pointe le fait que : «C'est dans l'inconsistance et la variabilité des fonctions intégratives, organisationnelles et synthétiques du moi que réside vraiment le problème » (2000, p. 1287). Ce point de vue a abouti à certains aménagements de la technique de la psychanalyse d'enfant, ou, plus précisément, a conduit à mettre l'accent sur des aspects un peu différents de l'analyse des enfants avec TADH :

..l'analyste d'enfant s'attache particulièrement à organiser les états du moi, à synthétiser les distorsions transférentielles en un contenu narratif cohérent et historiquement significatif et à intégrer l'émergence des défenses avec les affects dissociés et les dérivés pulsionnels qui sont souvent à la fois transparents et rigidement déniés. Ces interventions, appliquées avec constance et avec tact, améliorent immédiatement le dysfonctionnement central du trouble connu sous le nom de TADH.

(Gilmore, 2000, p. 1290)

Orford (1998), résume sa technique d'une manière similaire lorsqu'elle évoque le fait de « remplacer par une activité corticale plus sophistiquée les activations inconscientes habituelles et les réponses sous-corticales plus primitives » (p. 264). Elle remarque que les interventions qui sont couronnées de succès sont celles qui permettent à l'enfant qui souffre de TADH d'expérimenter un certain contrôle sur son chaos interne. Jones (2011) quant à lui, considère que le TADH est le résultat d'un « déficit dans le sondage de la réalité » et suggère d'adapter la technique thérapeutique « en insistant davantage sur le processus et sur les liens qui favorisent la mentalisation que sur les contenus » (p. 73). Il propose à l'analyste de s'offrir pleinement comme un objet de contact et d'investissement afin de soutenir le développement d'un ordre plus secondarisé de représentation des dérivés pulsionnels de l'enfant. Ces approches m'ont encouragé à repenser les potentielles difficultés qui sous-tendent, d'un point de vue psychanalytique, le TADH.

Je suis parti de la phénoménologie du trouble qui fait l'objet d'un large consensus. Au premier plan on trouve le trouble qui touche l'attention et, dans de nombreux cas, également les fonctions de contrôle. Puis on constate qu'il existe une tendance à éviter ou à interrompre le contact émotionnellement significatif et à maintenir une neutralité affective sur le plan de schémas plus ou moins conscients ou préconscients de représentations d'objets, d'interactions et d'affects (qui sont, dans la tradition de recherche empirique, désignés comme « représentations mentales »). En ce qui concerne l'impulsivité, on observe d'autre part un manque d'inhibition et de limites dans ces mêmes représentations mentales (cf. Koch et al., 2009). Cela est décrit en termes très similaires dans la littérature sur la thérapie comportementale. Sur la base de ce très large consensus se dégage l'idée que le TADH est un dysfonctionnement de la pensée et de l'affect : les informations sensorielles et les affects, soit les éléments-bêta, ne peuvent pas être digérés de manière à pouvoir être transformés en pensées et donc en éléments-alpha. En lieu et place, ils se déchargent directement en impulsions et donc en agitation motrice, faisant le lit de l'impulsivité et de l'hyperactivité. Ce qui semble encore plus fondamental est la désorganisation qui en résulte sur le plan de la pensée, dans le sens d'une incapacité à orienter l'attention vers les représentations internes, ce qui empêche la cohérence et la souplesse de la pensée et de l'action. Ainsi c'est la distractibilité qui est prédominante : les enfants ne peuvent pas mettre en lien deux pensées ou deux activités l'une avec l'autre ; dans leur pensée ils sautent d'une chose à l'autre et montrent un développement insuffisant de leurs capacités de mentalisation.

Tout cela mène à l'évitement ou à l'interruption du contact avec les autres et également à la neutralité affective, qui peut parfois aller jusqu'à une stupeur affective, c'est-à-dire à ce qui serait le contraire d'une transformation des affects, au sens de la fonction-alpha. De ce point de vue, les tendances à la persévération qui ont été observées, pourraient être vues comme une tentative de remplacer, jusqu'à un certain point, par des pseudo-représentations, la fonction-alpha manquante. Ces pseudo-représentations pourraient être mises en place au travers de la répétition à l'identique de schémas de pensée et d'action.

Si, comme je le suggère ici, l'on considère que le noyau central des difficultés psychiques internes dans le TADH est un trouble de la pensée – ou, plus précisément, un trouble du traitement des données sensorielles et affectives nécessaires à la formation de contenus pensables, c'est-à-dire un trouble de la fonction-alpha, il faut dès lors se poser les questions suivantes. Qu'est-ce qui différencie le TADH d'une psychose schizophrénique, dans laquelle il existe aussi une détérioration sévère de la fonction-alpha ? Phénoménologiquement, cette dernière affection produit des conséquences tout à fait autres. Je conçois ces différences essentiellement dans deux domaines.

1. Dans la psychose, des éléments non intégrables, des éléments de qualités contradictoires, sont rendus moins menaçants en subissant des processus de fragmentation. Cela conduit à la désintégration typique des fonctions du moi (Günter, 2000).
2. Dans la psychose on note la formation d'objets bizarres : des fragments de la personnalité sont expulsés par identification projective. De cette façon, l'appareil perceptif se débarrasse de la prise de conscience d'éléments de réalité interne et externe :

Dans le fantasme du patient les fragments expulsés du moi mènent une existence indépendante et incontrôlée alors qu'ils sont soit contenus par des objets externes, soit qu'ils les contiennent. Ils continuent à exercer leurs fonctions comme si l'épreuve à laquelle ils avaient été soumis n'avait servi qu'à accroître leur nombre et à provoquer leur hostilité à l'égard du psychisme qui les a éjectés. En conséquence le patient se vit entouré d'objets bizarres...

(Bion, 1956)

Ces deux aspects aboutissent à la pauvreté du contrôle de la réalité qui caractérise la psychose. En revanche, dans le TADH, ce n'est pas le morcellement ou la formation d'objets bizarres qui sont la conséquence d'une fonction-alpha restreinte (en ce qui concerne les objets bizarres je suis en désaccord avec l'opinion de Salomonsson, 2011) et qui, pour ainsi dire, la « compenseraient » pathologiquement (Günter, 2009). Ici, ce sont les affects non transformés qui se déchargent directement en actions impulsives. Ces derniers sont à l'origine de troubles de la cohérence narrative et de la destruction d'identifications qui comportent des objets internes complexes (c'est-à-dire des représentations à la fois d'objets, d'actions et d'affects). Lorsque les affects exigeraient l'intégration d'éléments contradictoires, les perceptions, qui sont nécessairement liées à l'affect, ne peuvent pas être intégrées par la fonction-alpha qui est restreinte. L'intégration est alors remplacée par des schémas de persévération tant sur le plan des actes que sur celui des affects qui se traduit par une « nervosité » de la pensée, de la distraction et une difficulté à diriger l'attention.

Pour aggraver encore les choses, les enfants TADH montrent fréquemment d'importantes difficultés relationnelles et interactionnelles, qui, à leur tour, génèrent des processus névrotiques secondaires marqués. Du coup, les constellations conflictuelles inconscientes s'embrasent d'autant plus, ce qui a pour conséquence, typiquement, la constitution d'affects dépressifs et agressifs accompagnés d'une forte baisse de l'estime de soi, de susceptibilité aux blessures narcissiques et de crises de rage liées à la frustration. Ce type de constellation conflictuelle œdipienne évolue parallèlement à ce que je considère être le noyau dur du TADH décrit ci-dessus et qui est traité en psychanalyse essentiellement dans les termes que j'ai mentionnés plus haut. Pour finir, nous pouvons nous trouver face à un cercle vicieux car ces « déraillements » névrotiques exigeraient une fonction-alpha encore plus intacte que chez un individu sain pour arriver à limiter les dégâts. La cascade de problèmes est plutôt exacerbée par deux facteurs : les capacités de régulation psychique déraillent encore plus, la maladie névrotique bétonnée s'installe et, troisième facteur, des détériorations de la fonction-alpha et de la capacité de mentaliser surviennent.

Trois formes d'organisation des défenses peuvent être observées au niveau de cette interaction complexe entre trouble de la pensée primaire et développement névrotique secondaire :

1. Une défense narcissique-maniforme couplée à des fantasmes grandioses et antisociaux et des symptômes agressifs-expansifs. Il peut y avoir une augmentation de l'impulsivité ou le patient peut développer un trouble narcissique chronique de la personnalité.

2. Une deuxième organisation des défenses dans de tels développements d'enfants atteints de TDAH se caractérise par des traits dépressifs, des signes d'anxiété sociale et de faible estime de soi, c'est-à-dire par une fragilité narcissique. Ici, à la faveur d'un cercle vicieux comme celui qui a été décrit plus haut, un traitement et une métabolisation inappropriées des affects anxio-dépressifs peuvent se développer (cf. Seitler, 2008, 2011). A première vue il semble que les filles tendent davantage vers cette forme d'organisation des défenses. Mais si l'on examine les choses de plus près, une couche similaire d'organisation inconsciente peut être régulièrement détectée chez les garçons – sous la première couche de défense narcissique et maniforme.

3. Un troisième groupe de patients peut être décrit de façon plus précise par les termes : désorganisé-dissocié : ce sont ces patients qui s'apparentent le plus clairement aux processus de fragmentation dans les développements psychotiques. Chez ces derniers, les données émotionnelles brutes ainsi que les perceptions brutes qui n'ont fait l'objet d'aucune transformation, c'est-à-dire les éléments-bêta (Bion, 1962a,b), sont organisés de manière rudimentaire. Ce type d'organisation est caractérisé par un *self*, une organisation relationnelle et une « nervosité » chaotiques et présente des similitudes avec ce que la théorie de l'attachement décrit comme le « type désorganisé ».

Une telle façon d'appréhender le noyau dur de la problématique TDAH, fondée sur Bion, a des conséquences considérables sur la technique thérapeutique. Sur cette base, la première étape importante devrait porter sur la restauration de la fonction-alpha détériorée, c'est-à-dire sur l'appareil psychique lui-même, avant que l'interprétation des conflits névrotiques, au sens plus strict du terme, ne soit efficace.

Etude de cas

Lukas, un garçon de neuf ans, avait suivi une psychothérapie analytique deux fois par semaine pendant deux ans lorsqu'il me fut présenté. A son entrée à l'école, il avait montré de grosses difficultés à s'intégrer socialement avec, dès le départ, beaucoup d'attitudes de défi. Durant les cours il se limitait par exemple à faire tourner sans fin sa chaise pivotante et se montrait par moment intraitable au point de refuser carrément d'exécuter ce qui lui était demandé. Il ne faisait jamais aucun devoir et se montrait d'humeur changeante. Il n'avait quasiment pas de contact social dans la classe et se sentait isolé. Depuis la troisième il avait manifesté des traits de plus en plus agressifs. Il exprimait répétitivement d'évidents fantasmes destructeurs et ne faisait que des bêtises en classe, au point que la situation frisait l'intolérable pour l'école. De pair avec une dyslexie de longue date, il avait été diagnostiqué de « trouble des conduites hyperactives » (ICD-10 : F90.1). Il m'avait été adressé afin que j'évalue la possibilité de lui prescrire un traitement médicamenteux en sus du traitement analytique en cours, afin d'éviter son éviction imminente de l'école. Des symptômes narcissiques et dépressifs sévères avaient aussi été mis en évidence.

La famille déménagea dans le quartier de notre hôpital, raison pour laquelle sa thérapie fut interrompue après presque quatre ans. Les parents me demandèrent de reprendre son traitement. A cette époque il avait dix ans et était en cinquième année au *Gymnasium* (école primaire) et les parents espéraient vivement que leur fils puisse se stabiliser. Toutefois la situation à l'école empira à nouveau lorsqu'il se cassa le bras juste après le début du trimestre et, de ce fait, il se trouva considérablement handicapé pendant de nombreuses semaines. Après cet épisode il se mit, par périodes, à refuser complètement le travail scolaire. Il pouvait murmurer des menaces terrifiantes à ses camarades, ce qui conduisit l'école à faire des menaces d'expulsion. Même à la maison il était perçu comme provocant ou fuyant. Les jeux vidéo étaient la seule chose qui l'intéressait. Cela générait de furieuses disputes

avec son père qui faisait remarquer que son fils ressemblait beaucoup à l'enfant qu'il avait lui-même été à son âge. Je décidai ainsi d'offrir à Lukas un traitement psychanalytique intensif. A cette époque il avait 11 ans.

Au départ, cette analyse conduisit à une stabilisation relativement rapide de la situation scolaire et à une certaine amélioration de la situation familiale même si cette dernière restait très difficile. Bien qu'il semblât collaborant, Lukas se montrait avec moi émotionnellement assez inaccessible sauf au travers des fantasmes violents et agressifs qu'il me décrivait sur un ton provocateur. On notait la présence d'une défense narcissique prononcée qui s'accompagnait d'une mauvaise image de soi, d'une attitude provocante et d'une inaccessibilité émotionnelle. Cela dit, Lukas se présentait presque toujours à l'heure à ses séances et aimait venir.

Pendant de longues périodes de son traitement il n'était pratiquement jamais possible d'interpréter ses conflits inconscients, ce d'autant plus que de telles tentatives de ma part semblaient avoir peu d'effets sur lui. La priorité était de travailler sur les mécanismes à l'aide desquels Lukas cherchait à compenser ses difficultés à penser et à transformer ses affects. Ces solutions aboutissaient toutefois à l'isoler presque complètement à la fois émotionnellement et socialement. Lukas se montra très longtemps incapable de jouer librement pendant les séances – et probablement aussi en dehors d'elles.

Je vais maintenant mettre en évidence quelques points qui ont influencé le déroulement des séances et qui illustrent l'importance du trouble sur la capacité du patient à gérer relations, pensée et affects.

Jeux vidéo

Lukas me suppliait de le laisser jouer à des jeux d'ordinateur. Nous parvînmes ainsi à l'accord suivant : pendant 20 minutes de chaque séance il serait autorisé à utiliser mon ordinateur pour jouer à des jeux gratuitement accessibles sur internet. Il devrait toutefois accepter que, bien que je ne joue pas avec lui, je participerais d'une certaine manière : je voudrais savoir de quoi il en retournerait et je resterais dans une sorte de conversation avec lui pendant son jeu. D'habitude il choisissait un jeu de guerre. Après un an et demi de traitement, il choisissait plus souvent des jeux qui demandaient une certaine dextérité dans le maniement de la souris pour qu'il puisse atteindre son but. Je m'asseyais sur l'accoudoir d'une chaise derrière lui, en suivant de près chacun de ses mouvements, et je le forçais à expliquer, ou à essayer d'expliquer, quel était le but du jeu. C'était un travail ardu : d'habitude je devais lui tirer les vers du nez et ses réponses se limitaient souvent à quelques mots marmonnés entre deux mouvements. Ceci permettait néanmoins une forme rudimentaire de communication sociale pendant tout le temps où il était en danger de couler dans le monde virtuel du jeu, ce qui probablement se produisait quand il jouait en dehors des séances.

J'essayais aussi de continuer à nommer les affects, qu'ils soient agressifs, comme la colère suscitée par un échec, la déception, des moments de triomphe face à un adversaire ou de l'admiration pour ses qualités. C'était un travail très lent et pénible qui avait souvent très peu d'écho de sa part ce qui, contre-transférentiellement me faisait, à mon tour, me sentir incapable de faire un véritable travail analytique. Le processus devenait plus vivant lorsqu'il essayait d'obtenir que je l'autorise à jouer plus de 20 minutes. Ceci se transforma rapidement en un jeu dans lequel, presque à chaque fois, il négociait avec moi 10 minutes de délai supplémentaire, mais en contrepartie il devait accepter qu'à la fois suivante il ne joue pas du tout sur l'ordinateur. Alors qu'il employait son esprit, sa créativité et son habileté à essayer d'obtenir de ma part une ou deux minutes de jeu supplémentaires, je restais de marbre avec mes limites en dépit de tous ses efforts pour les repousser.

Combat de singes

Un de ses « jeux » favoris et plus fréquents était de ligoter mon singe marionnette ou de le frapper sur la table ou contre la porte tellement violemment que je craignais que ses yeux ne tombent. Il le lançait

contre le mur ou sur le plancher, sautait sur lui comme un catcheur, le cognait dans le ventre avec son coude, etc. Il était capable d'occuper toute une séance avec ce jeu à l'allure de persévération. Les commentaires agressifs et destructeurs qu'il faisait au cours de ce jeu étaient stéréotypés et énoncés sans affect.

Je me concentrais sur le jeu en mettant en mots ce qui était en train de se passer et en essayant de nommer les affects potentiels : colère, désir de détruire, douleur, peur, impuissance. Lorsque j'attribuais au singe des sentiments d'impuissance, de douleur, de peur, etc., il faisait en général ce commentaire : « Bien fait pour lui », « Il en mérite encore plus ». Mais en général il retombait dans sa persévération agressive qui était tellement violente qu'elle l'épuisait physiquement. Contre-transférentiellement je me sentais de plus en plus désespéré et je pensais que tout ceci ne finirait jamais bien, quoiqu'intérieurement je sois capable de relier ces sentiments avec son monde intérieur. Néanmoins, au cours de cette période de traitement, il était impossible de lui interpréter tout sentiment dépressif qu'il repoussait. Si je proposais des interprétations, il se montrait immédiatement menacé par mes paroles et les expulsait en attaquant le singe de plus belle. Après environ un an et demi de notre travail commun il commença aussi à me ligoter et même à essayer de me gifler. Je considérais qu'il s'agissait d'une évolution dans notre relation et je commentais les affects en jeu en disant quelque chose comme : « Monsieur Günter doit être frappé parce que je suis tellement fâché contre lui », « Il fallait le frapper parce qu'il continue à demander des choses tellement stupides à propos de l'école », « Il fallait le punir parce qu'il m'a fait attendre ». Maintenant il était au moins capable d'accepter ces commentaires auxquels parfois il répondait même par un petit signe de la tête. Cela était très différent des effets qu'avaient eu mes précédentes tentatives d'interpréter le contenu des séances. Quand, par exemple, le requin et le singe avaient piégé les petits animaux et les avaient par la suite cruellement tués, mon commentaire n'avait eu aucun effet sur son état émotionnel et n'avait pas pu déclencher un mouvement de réflexion.

Les débuts du développement de la symbolisation

Les premiers pas vers des formes symboliques de communication eurent lieu très lentement, surtout en marge du traitement : à la fin d'une séance il lui arrivait de me provoquer (et ainsi de se mettre en relation avec moi) en disant : « Peut-être que je ne viendrai pas demain, qui sait ? ». Après environ un an et demi également, il commença à dire qu'il se sentait tellement fatigué. Il se couchait sur mon divan et s'endormait. Ce qui était remarquable, c'est qu'il restait éveillé un long moment avant de s'endormir. Si je lui parlais de temps en temps, il se contentait de marmonner quelque chose ou disait deux ou trois mots puis redevenait silencieux. Finalement il s'endormait, parfois en fin de séance.

L'ensemble complexe de problèmes décrits ici montre assez précisément ma conception que le TADH correspond à un trouble de la transformation de la pensée et de l'affect au sens de Bion. Lukas était incapable d'élaborer adéquatement perceptions et affects, c'est-à-dire les éléments-bêta, de manière à en faire des pensées et à les transformer en éléments-alpha. Au lieu de cela ils faisaient irruption sous forme d'impulsions et d'agitation motrice en produisant les symptômes d'impulsivité et d'hyperactivité. Ce qui était encore plus fondamental était la désorganisation de la pensée qui en résultait – dans le sens d'une incapacité à porter son attention sur les représentations internes et à atteindre ainsi une cohérence et une souplesse de la pensée. Cela avait conduit à un échec scolaire sévère malgré le fait que Lukas était nettement plus intelligent que la moyenne. Malgré cela le tableau était dominé par sa distractibilité, son incapacité à mettre en lien deux pensées ou deux activités l'une avec l'autre, une instabilité de la pensée et un développement insuffisant des fonctions de mentalisation.

Ce travail avec Lukas a souvent mis en question mon identité de psychanalyste et a suscité dans de nombreuses séances des sentiments contre-transférentiels de haine, de colère, d'impuissance et de désespoir. Après un an et demi, la situation s'aggrava à tel point qu'il fut de nouveau menacé d'être chassé de l'école. Pendant ce temps un autre problème était que Lukas n'avait aucune sorte de contact social. Ses fantasmes omnipotents devinrent incontrôlables. Il refusait toute forme de travail et de

coopération à l'école et se montrait de plus en plus rebelle à la maison. Lukas, ses parents et moi-même convînmes que les choses ne pouvaient pas continuer ainsi et nous décidâmes de l'hospitaliser dans notre service pédiatrique, ce qui nous permit la poursuite de la thérapie à une fréquence de quatre fois par semaine.

Après environ deux mois de traitement hospitalier, ses parents et moi-même abordâmes la question de l'incident qui était survenu quand Lukas avait 9 mois, au cours duquel il avait par accident été grièvement brûlé par de l'eau bouillante. Cela avait été mentionné une seule fois, en passant, au début du traitement. Il avait dû séjourner deux semaines à l'hôpital, livré à une douleur extrême à chaque changement de pansements – aujourd'hui cette procédure aurait lieu sous anesthésie – et il devait avoir affreusement crié. Après cette période hospitalière, il se mit à refuser toute proximité physique. Il refusait toute relation émotionnelle tendre sans possibilité de négociation et au désespoir de sa mère. Il gardait rigoureusement ses distances. Au cours de la séance qui suivit immédiatement cette conversation avec ses parents, Lukas se mit à brûler la fourrure du singe en utilisant les allumettes posées près de la décoration de Noël faite de feuilles et de bougies qui se trouvait dans mon bureau.

Pendant un certain nombre de séances Lukas se consacra activement et en imagination à mettre le feu et à brûler la fourrure du singe, et se montra profondément intéressé à ce qui arrivait. Je saisis l'occasion de mettre en relation ces activités et ces fantasmes avec sa grave brûlure de nourrisson et lui parlai de la peur de mourir, du désespoir, de la douleur et de la rage aussi bien que de son refus ultérieur du contact humain et de ses propres sentiments. Il réagissait en se montrant réellement triste et à certains moments il était en mesure de comprendre lorsque je lui interprétais que ses fantasmes de violence le protégeaient contre des angoisses dépressives.

Dans la suite du travail Lukas se mit à exprimer ses fantasmes de violence dans sa vie quotidienne, au sein du service hospitalier et à l'école. Toutefois il arrivait, au moins en partie, à leur donner une forme figurée. Ceci est le dessin d'un diable qu'il a peint environ six semaines après le début de la période où il s'est trouvé intérieurement aux prises avec sa brûlure (voir Figure 1).



Figure 1 : Lukas, Diable

Il fallait le réprimander sans arrêt : alors, pendant un petit moment, il pouvait se distancer de ces fantasmes de violence et semblait véritablement choqué par lui-même. Toutefois cet état ne durait pas et il se remettait rapidement à les exprimer devant n'importe qui d'une manière qui était insupportable. Nous décidâmes ainsi d'en discuter avec lui et nous convînmes qu'à l'avenir de tels fantasmes violents devaient être confinés à l'intérieur des séances avec moi. Cela avec deux objectifs : l'un était que nous espérions battre en brèche sa constante dérive vers le monde fantasmatique, ce qui l'empêchait de participer au quotidien de la vie de l'école et de l'hôpital. L'autre était mon sentiment que ces parties destructrices de lui-même appartenaient en fait à la séance analytique et que c'est là qu'il fallait leur donner leur propre place.

Au cours de ces semaines, Lukas ne jouait pas seulement avec le feu mais avait également fait plusieurs trous dans la peau du singe à force de le frapper avec une paire de ciseaux. Il avait arraché une partie du rembourrage, particulièrement le rembourrage qui représentait le cerveau, qu'en général il remettait en place à la fin de la séance. Lors d'une séance du mercredi, alors que nous nous dirigeons

vers mon bureau, il me dit que le singe allait en voir de toutes les couleurs parce qu'un autre patient l'avait embêté. Je demandais ce qui s'était passé et il m'expliqua que ce patient l'avait insulté. Il en était irrité et il ne pouvait rien y faire, de sorte que le singe allait devoir souffrir. A ce moment je dis que je pensais qu'il était en train de sauter une ou peut-être plusieurs étapes dans cette histoire. Il me répondit qu'il sautait l'agression. Ce à quoi je répondis qu'il en était de même avec la colère. Il fut alors frappé du fait qu'il avait laissé de côté ses fantasmes de violence. J'en convins et ajoutai que je pensais qu'il avait encore omis une étape. Il me demanda de quoi il s'agissait et je lui suggérai qu'il avait mis de côté le sentiment d'impuissance et de détresse qu'il avait ressenti lorsqu'il avait été insulté. Il comprit immédiatement ma brève suggestion et fit immédiatement un dessin de la séquence des événements (voir Figure 2).

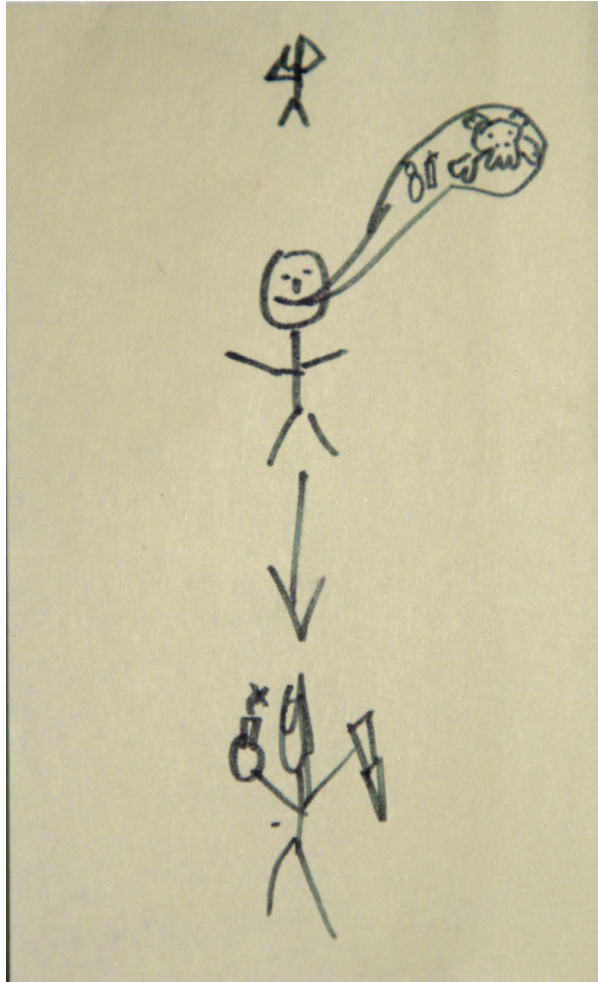


Figure 2. Lukas : Séquence des évènements : Se sentir sans défense---se mettre en colère---émergence des fantasmes violents et destructeurs

En haut de la feuille il fit un croquis de lui-même comme un petit homme-allumette qui se sent sans défense. Puis le personnage se met en colère, « dit des choses » et réagit pour finir de façon destructive. Je mentionnai ce que je remarquais : le personnage du milieu, celui qui devenait agressif, était le seul qui avait un visage. Cela aussi, il le saisit immédiatement. Il observa que le personnage qui devenait violent s'était perdu. A ce moment il apparaissait pensif, presque déprimé. Mais il se mit tout de suite à attaquer le singe de la manière la plus violente, en le lançant contre le mur et en l'embrochant avec le coupe-papier. Il y mit tant de force qu'il en fut baigné de sueur. Pendant qu'il se comportait de la sorte il continuait à s'accrocher à l'idée que le singe devait souffrir. Après un bref commentaire de ma part, il me demanda comment il serait possible de le ressusciter. Je dis que le singe aurait à traverser de terribles souffrances et à se sentir impuissant et sans défense. Il sortit le cerveau du singe. Puis il formula à nouveau la question : était-il mort et donc soulagé de toute souffrance ? Pouvait-on ressusciter le cerveau ? Mais après il *aurait* encore à souffrir ? Alors je lui proposai à

nouveau l'interprétation que ses fantasmes étaient une tentative de supprimer pensées et sentiments pour ne pas avoir à souffrir.

A la séance suivante il dit d'emblée que le singe aurait à souffrir. Il commença la séance en haletant comme s'il faisait une attaque de panique. Je l'interrogeai à ce sujet et il ne répondit pas mais se calma assez rapidement. Puis il se déchaîna sur le singe de la manière habituelle, en l'embrochant, en le jetant contre le mur ou à terre. Ce comportement alla en s'empirant jusqu'au moment où il ne montra plus d'égards pour mon mobilier bien que nous eussions convenu qu'il ne l'abimerait pas, et j'eus à le réprimander à ce sujet à de nombreuses reprises. Pour finir il voulut mettre le singe dans ma lampe-torche et le faire griller, ce que je ne permis pas. A la place, je lui proposai l'interprétation que le singe devait être grillé de la manière avec laquelle lui-même avait été grillé. Il répondit qu'après tout on aurait pu lui donner un anesthésique. Le reste de la séance tourna autour de sa peur de changer qu'il mit en lien avec sa peur de ne plus être en mesure d'être violent et fort. Je fis à nouveau un commentaire sur le danger intolérable qui se profilait qu'il puisse se sentir sans défense et impuissant.

Il commença alors à ligoter le singe en étirant ses extrémités avec la ficelle à tel point qu'elles s'en trouvaient quasiment arrachées. Puis il prit les ciseaux, les plaça au niveau de la hanche et commença à couper la jambe. Contre-transférentiellement j'étais extrêmement tendu au cours de cette séance ; sa destructivité m'oppressait et je lui communiquai un peu de ce sentiment. Cette séance montre les fluctuations constantes qui avaient lieu dans son organisation émotionnelle : par moments il pouvait supporter des sentiments dépressifs et comprendre à un niveau symbolique les communications qui avaient lieu entre lui et moi. Si toutefois mes mots induisaient un vécu trop bouleversant pour lui, peut-être simplement parce que je répétais une interprétation et que je montrai ainsi que je voulais que *lui* comprenne ce qui était significatif pour *moi*, il était repris par des angoisses paranoïdes et réagissait immédiatement de manière stéréotypée pour les repousser.

La semaine suivante il poursuivit ses actes de violence sur le singe. Je le confrontai à son mode de défense : il agissait de la sorte pour ne pas sentir et pour ne pas penser et je ne me retins pas d'ajouter que ce comportement l'isolait, le laissait seul et l'empêchait de réussir quoi que ce soit à l'école. Par moments il semblait pensif et capable de comprendre ce que j'avais dit alors que moi-même je me sentais complètement épuisé, déprimé et sans perspective. En réponse à mon interprétation du cercle vicieux dans lequel il était pris, il fut au moins capable de dire que dans un certain jeu de cartes qu'il faisait, il existait une combinaison qui impliquait que les deux parties devenaient tellement destructives et s'emballaient à tel point qu'il n'y avait plus d'issue, elles devaient se détruire l'une l'autre.

Quelques séances plus tard il emballa le singe dans une profusion de bandages que je gardais sur une étagère et à partir de ce moment il s'occupa à autre chose. Chaque quinzaine, toutefois, il retournait vérifier comment allait le singe. Au cours des trois mois qui suivirent, une amélioration durable se fit sentir. Je citerai ici de brefs extraits de deux séances qui prirent place après deux ans et demi d'analyse et presque huit mois d'hospitalisation, pour montrer comment Lukas était, à ce moment, capable et désireux de réfléchir à lui-même et à sa situation, au moins par intermittence.

Au cours d'une des séances, nous remarquâmes que les choses s'étaient améliorées de son point de vue. Il n'avait maintenant presque plus de fantasmes violents et, socialement, il se comportait bien mieux. Sérieusement et de manière réfléchie il discuta avec moi de sa situation et de la manière de résoudre ses problèmes. Il était pensif et triste. A ce moment je lui demandai s'il n'avait jamais repensé à son précédent thérapeute. Il dit que non et resta silencieux. Nous avons eu cette conversation au cours d'une courte promenade, qu'il avait demandée à plusieurs reprises au cours de l'analyse, lorsqu'il était terrorisé par ses angoisses paranoïdes. Dans de tels moments les interprétations avaient toujours empiré les choses, rendant ses peurs tellement insupportables qu'il interrompait la séance. C'est la raison pour laquelle j'avais cédé à sa demande et lorsque nous fûmes de retour, il alla se cacher. Puis, pour le reste de la séance, il proposa que nous sortions sur le balcon. Nous étions plongés dans une atmosphère de réflexion qu'il interrompit en prenant une petite pierre et en la lançant dans la mare. Il dit à quel point c'était bon de casser quelque chose. Il me demanda s'il pouvait ensuite lancer une pierre plus grosse sur une voiture.

Je commentai plutôt brièvement et sèchement qu'il semblait en train de mettre à distance une humeur dépressive par l'agressivité et les fantasmes de violence. Il réagit par une question inopinée : « D'où vient ce trou dans le mur ? ». Il y avait effectivement un trou dans le mur dont une brique était tombée. Puis il demanda s'il pouvait jeter la pierre dans l'eau. Je lui fis brièvement remarquer, qu'à mon avis, il s'agissait toujours de casser quelque chose. Il lança la pierre en essayant, apparemment par égard pour moi, de toucher le bord du bassin, mais la pierre alla malgré tout frapper l'eau ce qui, visiblement, le choqua un peu. Je me limitai à dire : « Plouf ». Il me regarda immédiatement et sembla avoir compris que je faisais allusion à la manière dont l'agression fait disparaître les affects et le malaise.

La manière dont je comprenais la séance était la suivante : au début il était aux prises avec l'ensemble de sa situation et avec ces longues années au cours desquelles son développement s'était atrophié et il les considérait de manière pensive et réflexive. Lorsque, toutefois, je m'approchai trop près de lui en lui rappelant son précédent thérapeute, et donc toutes les souffrances de ses années de développement, il se retira psychiquement et s'échappa dans ses fantasmes de violence. Cependant, et là se trouvait la

différence avec le passé, quand je m'y référais, il était en mesure de sentir le trou dans son appareil psychique, perception déclenchée par la vision du trou dans le mur. Il était ébranlé de remarquer les déficiences de ses processus de pensée et de transformation des sentiments.

Il devenait capable d'accepter un compromis, compromis que je comprends comme un processus rudimentaire de digestion d'expérience. Ma conviction est, qu'à ce stade du traitement, faire des interprétations de contenu s'avère moins utile et efficace que de se mettre à l'écoute du processus de digestion mentale du patient et de décrire l'état actuel de son fonctionnement. Quand cela aboutit, le patient peut se dégager, pendant quelque temps, de ses défenses automatiques contre ses états émotionnels et leur transformation, et peut accéder à une communication réciproque.

Au cours de la séance suivante Lukas dû malheureusement m'attendre pendant quelques minutes. Il se cacha. Je remarquai qu'il s'agissait de renverser les rôles et de me montrer ce que c'était que de devoir attendre. Ce commentaire eu pour effet de détendre la situation. Il voulait jouer au football, ce que je voyais comme une fuite narcissique, mais à ce moment-là je décidai d'accepter la suggestion. Il trouva rapidement une idée de jeu : il allait être le gardien de but et je devrais tirer des penalties. Il rattrapa tous mes tirs très adroitement. Il y eut une séquence à la fin du jeu où il repoussa la balle tellement fort qu'elle passa au-dessus de la haute clôture et manqua de peu de frapper une fenêtre de son service. Il imagina tout de suite que la balle allait briser la fenêtre et atterrir dans le service et que nous n'aurions pas à aller la chercher et à nettoyer. Je lui demandai ce que cela signifiait pour nous. Il éluda d'abord ma question en disant que c'était la fin de la séance. Lorsque j'insistai en disant qu'il voulait surement dire par là quelque chose de bien précis, il me demanda de quoi il s'agissait et je lui dis qu'il s'agissait surement d'utiliser la force brute pour fracasser quelque chose, sans devoir assumer, comme il l'avait fantasmé, la corvée du nettoyage.

Il releva immédiatement mon commentaire en disant que j'allais surement vouloir qu'il paie pour la vitre brisée, ce à quoi je répliquai : « Dans ce cas ça serait comme si je fracassais la réalité et que je te faisais porter le chapeau pour ne pas avoir à nettoyer ». Ensuite il dit que la vitre serait suffisamment solide pour ne pas se casser. J'interprétais : « Alors quelque chose resterait intact », ce à quoi il répliqua qu'il comprenait très bien que les fantasmes de violence ne pouvaient pas rendre inopérante la réalité. Il *fallait* assumer les conséquences. Pour garder la métaphore du football, ce commentaire m'apparut, à l'instar de beaucoup d'autres dans cette phase finale de traitement, comme le bref signal d'un remarquable processus de pensée après une longue bataille de ses défenses contre mes tirs intrusifs (c'est-à-dire mes interprétations).

Quelques semaines plus tard Lukas quitta l'hôpital et entra dans un foyer thérapeutique où il pouvait poursuivre sa scolarité. Il s'y sentit à l'aise bien qu'il trouvât difficile dans un premier temps de s'intégrer au groupe et à l'organisation scolaire. Progressivement, et en partie avec une médication qu'il avait reçue la plupart du temps pendant l'analyse, il réussit à trouver une certaine place dans le groupe et un certain degré de rendement scolaire. A ce moment-là, en raison de la distance, nous dûmes arrêter l'analyse et ne pûmes nous rencontrer qu'une fois par mois, lorsqu'il rentrait à la maison pour le week-end.

Le développement remarquable de sa capacité à transformer ses pensées et ses émotions eut un retentissement visible et il me faisait part de ses progrès lorsque nous nous rencontrions de temps à autre, à l'occasion des week-ends de congé à la maison. Il commença à évoquer la douleur qu'il ressentait lorsqu'il pensait aux nombres d'années de développement qu'il allait encore lui falloir pour devenir modérément normal et pour être accepté. Il était maintenant capable de décrire ses peurs nocturnes de persécution et son vécu de ne pas être réellement reconnu ni aimé par quelqu'un. Il parlait de son désespoir mais disait aussi qu'il espérait pouvoir peu à peu être en mesure de faire face à tout cela.

Conclusion

Dans ce traitement, le travail thérapeutique a dû tout d'abord s'adresser aux déficits de base de la pensée, de la perception et du traitement des affects qui avaient conduit à une grave incapacité à entrer en relation avec les gens et à se mettre en contact avec eux. Les comportements destructeurs, qui par moments étaient extrêmes, n'étaient pas accessibles à une quelconque analyse ou traitement de leur contenu. Ils ne pouvaient qu'être reconnus dans leur qualité de pseudo-activité psychique qui se substituait à des relations et à des conflits authentiques et réels. Comme s'il s'agissait de pensées et d'affects stéréotypés préfabriqués de façon industrielle qui ne sont jamais aussi facilement disponibles que dans les jeux vidéo. L'élément le plus « vivant » que j'ai pu y percevoir, « vivant » étant une manière de parler toute relative, me semblait être la façon qu'avait Lukas de les utiliser comme une armure narcissique. Ils se prêtaient à être mis au service d'idées de grandeur qui l'aidaient à se protéger d'un vécu de profondes déceptions, d'humiliations et d'impuissance extrême. Ainsi, j'ai eu à modifier considérablement ma technique. Pendant longtemps j'ai dû m'abstenir d'interpréter la corrélation inconsciente parfois plus qu'évidente entre sa fixation agressive et destructive et son identification à un mauvais objet terrorisant et persécuteur généré par son traumatisme infantile précoce et la détérioration qui s'en était suivie dans son développement. Ma tâche en tant qu'analyste était de poursuivre mon activité de pensée et d'élaboration des affects pour lui donner la possibilité de s'intéresser à mon activité mentale. Lorsque je lui parlais, mes mots servaient principalement à lui montrer qu'il y avait encore à une fonction-alpha à l'œuvre qui pouvait lui être utile à lui aussi pour transformer ses affects insupportables et essayer de les concilier. J'insistais souvent, par exemple sur le fait qu'il y avait encore quelqu'un à l'intérieur de lui qui pouvait penser à propos de ce qu'il faisait en termes d'affects et de relations émotionnelles sans que je prétende savoir exactement quel affect spécifique était en cause et de quelle source inconsciente il provenait. J'ai montré dans mon article comment cette approche graduelle a conduit à une identification à ce type d'activité mentale. Après un long temps d'analyse il pouvait mieux tolérer des sentiments dépressifs, même si au début c'était de façon brève, et devint ainsi capable d'accueillir mes interprétations dans leur signification symbolique.

Ce choix technique présente des similitudes avec les considérations de De Masi sur la théorie psychanalytique de la psychose lorsqu'il conclut que le traitement psychanalytique de la psychose ne peut pas fonctionner avec l'attitude interprétative habituelle forgée par l'expérience thérapeutique avec des patients névrotiques :

Une fois l'effondrement advenu, la thérapie analytique de l'état psychotique consiste essentiellement à tenter une reconstruction non omnipotente, dans le but de restaurer le fonctionnement de l'inconscient émotionnel, afin de restituer au patient l'usage de sa propre conscience en l'aidant à reconstituer sa perception de lui-même, son identité personnelle et les fonctions qui la soutiennent.

(De Masi, 2000)⁵

Notons toutefois que l'autodestruction des processus mentaux n'est pas aussi étendue dans le TADH qu'elle ne l'est dans la psychose.

Cette analyse m'a donné l'occasion de retracer la fonction potentielle de la mise en scène dramatique dans le jeu, de l'immersion du patient dans le monde virtuel et de schèmes d'action répétés avec persévération quoique mis en scène de façon théâtrale. Ces derniers⁶ sont virtuellement vides de contenus et semblent mécaniques : leur fonction semble être de servir de rempart aux affects et surtout de rempart à des processus de pensée anxiogènes, douloureux et apparemment insupportables. Dans l'histoire de Lukas, cela s'est ancré à un stade très précoce et mena à la déformation de tout son développement psychique et au trouble massif de sa capacité à entretenir des relations et à fonctionner tant socialement que dans le champ cognitif.

Ces formes de défenses massives qui attaquent le fonctionnement mental tant dans sa capacité de pensée que dans celle de l'élaboration des affects, me semble relativement typique de la

⁵ Ndt : traduit par nous-mêmes.

⁶ Ndt: les schèmes d'action.

symptomatologie du trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention dans sa diversité. Le but du travail psychanalytique est de procéder étape par étape afin de déceler la « mise en scène », c'est-à-dire la dramatisation des conflits intrapsychiques inconscients, et de se servir de cette « dramaturgie », pour utiliser le terme créé par Lothane (2009). Cela signifie que la première étape consiste à considérer ce qui se passe comme l'externalisation de « drames internes insupportables » (McDougall, 1982) qui « attendent tous leur réalisation sur la scène analytique ». Même si le patient donne l'impression de vouloir éviter toute relation, l'analyste peut comprendre ses tempêtes émotionnelles et ses dramatisations comme une tentative de transfert et prendre au sérieux le désir sous-jacent et refoulé du patient de provoquer une réponse qui, en réalité, vient s'achopper sur son conscient et bétonne l'organisation défensive.

Ainsi l'analyste doit, au début, être prêt à se laisser empêtrer ou plutôt à s'empêtrer activement dans ce qui est réalisé sur la scène analytique. Ce n'est qu'après cette étape que le développement de la communication symbolique peut être élaboré. Dans mon article je souhaitais montrer de quelle manière ce type de développement peut être soutenu et décrire les modifications techniques nécessaires dans l'analyse des patients TADH. Une fois la communication symbolique établie, la technique thérapeutique se rapproche peu à peu du processus habituel d'interprétation du transfert et du travail de reconstruction.

Mon point de vue sur la technique thérapeutique dans le traitement des enfants sévèrement atteints de TADH semble tout à fait en accord avec la perspective de Salomonsson (2006,2001). Partant de la description de différents niveaux sémiotiques, Salomonsson met en relation de soudaines détériorations du processus de symbolisation dans l'analyse avec la présence ou l'absence d'un objet interne contenant chez le patient. Si l'analyste peut être ressenti comme le représentant d'un bon objet interne, le patient peut comprendre les interprétations, les mots étant les vecteurs de messages symboliques (Salomonsson, 2006). Si l'objet interne ne peut pas contenir les désirs et les affects de l'enfant, Salomonsson parle d'une contenance défaillante : « Une telle contenance met en péril les processus de pensée de l'enfant parce que la transformation (Bion, 1965) des éléments-bêta en éléments-alpha est bloquée » Salomonsson, 2011, p.91). Dans cette constellation, l'objet interne de l'enfant semble inaccessible, dédaigneux et méprisant. Quand il essaie d'entrer en contact avec lui, cet objet le rejette et raille ses efforts. De telles expériences peuvent déclencher impulsivité, hyperactivité et crises émotionnelles » (p.89). Dans ces situations les mots se transforment en missiles projetés par les mauvaises intentions de l'analyste. Ils sont vécus « comme des objets concrets plutôt que comme des messages sur les sentiments ou les pensées de l'enfant » (p.89). Salomonsson conclut que « La pensée verbale est liée à la conscience qu'a l'individu de sa réalité psychique (Bion, 1954, p.114). Les mots rendent l'enfant conscient de sa rage et du risque consécutif de perdre les bons objets » (2011, p. 99). Ils attristent l'enfant « parce qu'ils lui rappellent sa destructivité. La tristesse est ainsi mise en relation avec l'expérience que le contenant ne comprend pas, qu'il n'est pas intéressé à l'enfant ou même qu'il le méprise » (p.99). Les émotions douloureuses et la dépression doivent être évacuées ; elles sont expulsées dans l'analyste via l'indentification projective. Parler de ce qui se passe à un niveau symbolique va ainsi interrompre la relation entre l'analyste et l'enfant et mettre à mal la capacité du patient à poursuivre sa réflexion (Salomonsson, 2006, pp 1043-4).

Sans vouloir émettre de doute sur une prédisposition biologique au TADH, au moins chez un certain nombre d'enfants, ma propre expérience avec des enfants et des adolescents qui souffrent d'un TADH sévère suggère que nous devrions absolument continuer à développer nos concepts psychanalytiques théoriques et les techniques psychanalytiques de son traitement.

En effet, la conceptualisation psychanalytique du TADH a jusqu'ici été orientée vers le répertoire classique de la compréhension des troubles précoces d'une part, et des développements névrotiques œdipiens d'autre part. Cette compréhension a eu des conséquences pour le traitement psychanalytique du TADH qui risque de méconnaître le noyau central de la problématique de ce trouble. Si l'on ajoute aux deux catégories mentionnées ci-dessus un troisième volet, à savoir que dans le TADH il y a un trouble dans les fonctions de transformation de la pensée et de l'affect – ou, dans une autre terminologie, des parties de la fonction-alpha – cela signifiera qu'au moins dans les cas sévères, le traitement doit s'adresser aux fonctions de l'appareil psychique. Comme je l'ai déjà souligné, une telle

conception du TADH s'articule bien aux concepts psychanalytiques modernes. Les fondateurs de ces concepts – Bion en tête – se sont de plus en plus intéressés au processus de pensée, à la transformation des affects et aux troubles qui en découlent pour les relations d'objet. Ils ont fait de ces thèmes le centre de leurs réflexions sur la technique thérapeutique.

Cette manière de considérer le TADH, telle qu'elle est décrite dans l'étude de cas, change la manière dont le traitement psychanalytique est mené, pour les enfants mais aussi pour les patients avec TADH en général. Les interprétations sur le contenu conflictuel doivent être suspendues pendant une longue période ou, dans les cas moins sévères, devraient au moins être accompagnées par un travail qui porte sur le fonctionnement de l'appareil mental, particulièrement sur la capacité de transformer les affects via la symbolisation et la capacité d'entrer en relation avec les objets. La difficulté du travail analytique avec ces patients réside dans le fait d'essayer de trouver avec eux la manière de développer à nouveau L, H et K (amour, haine et connaissance, Bion) : ce qui signifie trouver une voie qui permettra au patient d'expérimenter l'amour, la haine et la connaissance en relation avec les objets et qui rende supportable les peurs qui surgissent au cours de ce processus.

Bibliographie

- Ahrbeck B (2009). Das hyperaktive Kind, die multimodale Therapie und die evidenzbasierte Medizin. [L'enfant hyperactif, la thérapie multimodale et la médecine basée sur les preuves.] *Kinderanal* **17**:366-87.
- Banaschewski T, Becker K, Scherag S, Franke B, Coghill D (2010). Molecular genetics of attention deficit/hyperactivity disorder. [Génétique moléculaire du trouble d'attention avec hyperactivité]. *Eur J Child Adol Psychiat* **19**: 237-57.
- Becker K, Holtmann N, Laucht M, Schmidt MH (2004). Are regulatory problems in infancy precursors of later hyperkinetic symptoms? [Les problèmes de régulation en bas âge sont-ils des précurseurs de symptômes hyperactifs ultérieurs ?] *Acta Paed* **93**:1463-9.
- Berger M (1993). « Und die Mutter blickte stumm auf dem ganzen Tisch herum »: Anmerkungen zur Diskussion um das hyperkinetische Syndrom. [„Et la mère regardait tout autour de la table d'un air entendu » : notes pour la discussion du syndrome d'hyperactivité.] *Kinderanal* **1**:131-49.
- Bick E (1968). The experience of the skin in early object-relations. [L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces.] *Int J Psychoanal* **49** :484-6.
- Bion WR (1954). Notes on the theory of schizophrenia. [Notes sur la théorie de la schizophrénie.] *Int J Psychoanal* **35**:113-18.
- Bion WR (1956). Development of schizophrenic thought. [Développement de la pensée schizophrénique.] *Int J Psychoanal* **37**:344-6.
- Bion WR (1962a). The psycho-analytic study of thinking. [L'étude psychanalytique de la pensée.] *Int J Psychoanal* **43**:306-10.
- Bion WR (1962b). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF, 1979.
- Bion WR (1965). *Transformations : passage de l'expérience à la croissance*. Paris : PUF, 1982, 2002.
- Du Bois R (2007). Psychoanalytische Modelle zur Entstehung, Verarbeitung und Behandlung des ADHS. [Modèle psychanalytique de compréhension, élaboration et traitement du TADH.] *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* **56**:300-09.
- Bovensiepen G, Hopf H, Molitor G, editors (2002). *Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. [Enfants agités et inattentifs. Psychoanalyse du syndrome d'hyperactivité.] Frankfurt a/M: Brandes & Apsel.
- Brisch KH (2002). *Attachment disorders : From attachment theory to therapy*. [Troubles de l'attachement: de la théorie de l'attachement à la thérapie.] New York, NY : Guilford.
- Bürgin D, Steck B (2007). Psychoanalytische psychotherapie und ADHD-Trias. [Psychothérapie psychanalytique et triade TADH.] *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* **56**:310-32.
- Christakis DA, Zimmermann FG, DiGiuseppe DL, McCarthy CA (2004). Early television exposure and subsequent attentional problems in children. [Exposition précoce à la télévision et problèmes d'attention subséquents chez l'enfant.] *Pediatrics* **113**:708-13.
- Conners CK, Epstein JN, March JS, Angold A, Wells KC, Klaric J, et al. (2001). Multimodal treatment of ADHD in the MTA : An alternative outcome analysis. [Traitement multimodal du TADH dans le MTA: Analyse d'un résultat alternative.] *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* **40**:159-67.

- Conway F, Oster M, Szymanski K (2011). ADHD and complex trauma : A descriptive study of hospitalized children in a urban psychiatric hospital. [TADH et trauma complexe: une étude descriptive d'enfants en hôpital psychiatrique.] *J Infant Child Adolesc Psychother* **10**:60-72.
- De Masi F (2000). The unconscious and psychosis: Some considerations on the psychoanalytic theory of psychosis. [Inconscient et psychose: quelques considérations sur la théorie psychanalytique de la psychose.] *Int J Psychoanal* **81**:1-20.
- Döpfner M, Lehmkuhl G (2002). Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). [Thérapie basée sur les preuves du TADH chez les enfants et les adolescents.] *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* **51**: 419-40.
- Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, et al. (2005). Molecular genetics of attention deficit/hyperactivity disorder.[Génétique moléculaire du trouble d'attention avec hyperactivité]. *Biol Psychiat* **57**:1313-23
- Fonagy P, Target M (1998). Mentalization and the changing aim of child psychoanalysis. *Psychoanal Dialog: Int J Relational Perspectives* **8**:87-114. [Mentalisation et changement d'objectif dans la psychanalyse d'enfant.]
- Gensler D (2011). Trouble paying attention. [Troubles de l'attention.] *J Infant Child Adolesc Psychother* **10**: 103-15
- Gilmore K (2000). A psychoanalytic perspective on attention deficit/hyperactivity disorder. [Une perspective psychanalytique sur le TADH.] *J Am Psychoanal Assoc* **48**:1259-93.
- Green A (1983). Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Paris : Editions de Minuit.
- Griesinger W (1845). *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende* [Pathologie et thérapie des maladies psychiques à l'attention des médecins et des étudiants]. Stuttgart: Krabbe.
- Günter M (2000). Zersplitterung und Containment. Die stationäre Behandlung jugendlicher Psychosen. [Morcellement et contenance. Le traitement hospitalier des psychoses juvéniles]. *Kinderanal* **8**:266-88.
- Günter M (2008). Die Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung (ADHS)-Diagnostik und Therapie einer komplexen Problematik. [Le trouble de l'attention avec hyperactivité (TADH)-diagnostic et thérapie d'une problématique complexe.] *Kinder-Jugendmed* **8**:7-12.
- Günter M (2009). Objektverluste und bizarre Objekte – Fragmentierung und Containment. Fluktuierende Organisationsniveaus und ihre Bedeutung für die psychoanalytische Behandlung schwerer Psychosen. [Perte d'objet et objets bizarres – Morcellement et contenance. La fluctuation des niveaux d'organisation et leur signification dans le traitement psychanalytique des psychoses sévères.] *Texte. Psychoanalyse. Ästhetik. Kulturkritik* **29**:27-44.
- Häussler G (2002). Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom aus psychiatrischer Sicht. [Regard psychiatrique sur le syndrome d'hyperactivité et de déficit d'attention.] *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* **51**:454-65.
- Heinemann E, Hopf H (2006). *AD(H)S. Symptome-Psychodynamik-Fallbeispiele- Psychoanalytische Theorie und Therapie*. [TAD(H). Symptômes-Psychodynamique-Exemples de cas-Théorie et thérapie psychanalytique.] Stuttgart: Kohlhammer.
- Hjern A, Weitoft GR, Lindblad F (2010). Social adversity predicts ADHD-medication in school-children: A national cohort study. [L'adversité sociale comme facteur prédictif d'un traitement contre le TADH chez les enfants en âge scolaire : étude d'une cohorte nationale.] *Acta Paediatr* **99**:920-4.

Jensen P, Arnold L, Swanson J, *et al.* (2007). 3-year follow-up of the NIMH MTA study. [Trois ans de suivi de l'étude NIMH MTA.] *J Am Acad Child Adol Psychiatr* **46**:989-1002.

Jones B (2011). The reality-sampling deficit and ADHD : Indication for an active technique.[Le déficit du sondage de la réalité dans le TADH : directives pour une technique active.] *J Infant Child Adolesc Psychother* **10**:73-86.

Koch I, Straten A, Günter M (2009). Mentale Repräsentationen bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung – Veränderungen unter Behandlung mit Methylphenidat. [Représentations mentales chez les enfants TADH- changements sous traitement de méthylphénidate.] *Kinderanal* **17**:416-43.

Leuzinger-Bohleber M, Fischmann F (2010). Attention-deficit-hyperactivity disorder (AD/HD): A field for contemporary psychoanalysis? Some clinical, conceptual and neurobiological considerations based on the Frankfurt prevention study.[Trouble du déficit d'attention avec hyperactivité: un champ pour la psychanalyse contemporaine? Considérations cliniques, conceptuelles et neurobiologiques portant sur l'étude de prévention de Francfort.] In: Tsiantis J, Trowell J, editors. *Assessing change in psychoanalytic psychotherapies with children and adolescents*. [Evaluer le changement dans les psychothérapies psychanalytiques des enfants et des adolescents.] 139-76. London:Karnac.

Leuzinger-Bohleber M, Laezer KL, Pfenning-Meerkoetter N, Fischmann T, Wolff A, Green J (2011). Psychoanalytic treatment of ADHD children in the frame of two extra-clinical studies: The Frankfurt prevention study and the EVA study. [Traitement psychanalytique d'enfants TADH dans le cadre de deux études extra-cliniques : l'étude préventive de Francfort et l'étude EVA.] *J Infant Child Adolesc Psychother* **10**:32-50.

Leuzinger-Bohleber M, Staufenberg A, Fischmann T (2007). ADHS-Indikation für psychoanalytische Behandlungen? Einige klinische, konzeptuelle und empirische Überlegungen ausgehend von der Frankfurter Präventionsstudie. [TADH- une indication pour les traitements psychanalytiques? Quelques réflexions cliniques, conceptuelles et empiriques à partir de l'étude préventive de Francfort.] *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* **56**:356-85.

Levy F, Hay DA, McStephen M, Wood C, Waldman I (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. [Trouble de l'attention avec hyperactivité: une catégorie ou un continuum ? Analyse génétique d'une étude de jumeaux à large échelle.] *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* **36**:737-44.

Lothane Z (2009). Dramatology in life, disorder and psychoanalytic therapy : A further contribution to interpersonal psychoanalysis. [Dramaturgie dans la vie, trouble et thérapie psychanalytique: une autre contribution à la psychanalyse interpersonnelle.] *Int Forum Psychoanal* **18**:135-48.

McDougall J (1982). *Théâtres du Je*. Paris, Gallimard.

Migden S (1998). Dyslexia and self-control: An ego psychoanalytic perspective. [Dyslexie et auto-contrôle: un point de vue de la psychanalyse du moi.] *Psychoanal Study Child* **53**:282-99.

Orford E (1998). Wrestling with the whirlwind: An approach to the understanding of ADD/ADHD. [Lutter avec la tornade: une approche pour comprendre le Déficit d'Attention avec ou sans Hyperactivité.] *J Child Psychother* **24**:253-66.

Salomonsson B (2006). The impact of words on children with ADHD and DAMP: Consequences for psychoanalytic technique. [L'impact des mots sur les enfants souffrant de TADH et DAMP: conséquences sur la technique psychanalytique.] *Int J Psychoanal* **87**:1029-47.

Salomonsson B (2011). Psychoanalytic conceptualizations of the internal object in an ADHD child. [Conceptualisations psychanalytiques de l'objet interne chez un enfant TADH.] *J Infant Child Adolesc Psychother* **10**:87-102.

Seitler BN (2008). Successful child psychotherapy of attention deficit/hyperactive disorder : An agitated depression explanation. [Psychothérapie réussie d'un enfant souffrant d'un trouble de l'attention avec hyperactivité: l'explication par une dépression agitée.] *J Am Psychoanal* **68**:276-94.

Seitler BN (2011). Is ADHD a real neurological disorder or a collection of psychosocial symptomatic behaviours ? Implications for treatment in the case of Randall E. [Le TADH est-il un vrai trouble neurologique ou un assemblage de comportements symptomatiques psycho-sociaux ? Implications thérapeutiques dans le cas de Randall E.] *J Infant Child Adolesc Psychother* **10**:116-29.

Smith AK, Mick E, Faraone SV (2009). Advances in genetic studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. [Avancées dans les études génétiques du trouble de déficit d'attention avec hyperactivité.] *Curr Psychiat Rep* **11**: 143-8.

Stern D (1998). *The motherhood constellation*. New York, NY: Basic Books. La constellation maternelle. Paris: Calmann-Lévy, 1997.

Still GF (1902). Some abnormal physical conditions in children. [Quelques maladies physiques chez l'enfant.] *Lancet* **1**:1008-12, 1077-82, 1163-8.

Streeck-Fischer A, Fricke B (2007). "Lieber unruhig sein als in einem tiefen dunklen Loch eingesperrt": ADHD aus psychodynamischer Sicht. [Mieux vaut être agité qu'enfermé dans un trou sombre et profond": regard psychodynamique sur le TADH.] *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* **56**:300-09.

Sugarman A (2006). Attention deficit hyperactivity disorder and trauma. [Trouble du déficit d'attention avec hyperactivité et trauma.] *Int J Psychoanal* **87**:237-41.

Szymanski K, Sapanski L, Conway F (2011). Trauma and ADHD – association or diagnostic confusion? A clinical perspective. [Trauma et TADH – association ou confusion diagnostique? Une perspective clinique.] *J Infant Child Adolesc Psychother* **10**:51-9.

Tannock R (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive, neurobiological and genetic research. [Trouble du déficit d'attention avec hyperactivité: avancées dans la recherche cognitive, neurobiologique et génétique.] *J Child Psychol Psychiatr* **39**:65-99.

Timini S (2005). *Naughty boys and dissocial behaviour : ADHD and the role of culture*. [Mauvais garçons et comportement antisocial: TADH et le rôle de la culture.] Houndmills:Palgrave Macmillan.

Widener AJ (1998). Beyond Ritalin: The importance of therapeutic work with parents and children diagnosed ADD/ADHD. [Au-delà de la Ritaline: l'importance du travail thérapeutique avec les parents et les enfants qui souffrent du trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité.] *J Child Psychother* **24**:267-81.

Zabarenko L (2011). ADHD via psychoanalysis, neuroscience, and cognitive psychology: Why haven't we fielded a team? [TADH au travers de la psychanalyse, des neurosciences et de la psychologie cognitive: pourquoi ne jouons-nous pas en équipe?] *J Infant Child Adolesc Psychother* **10**:5-12.

Curriculum Vitae

Michael Günter est professeur de pédopsychiatrie à l'université de Stuttgart.

Il est psychanalyste formateur et membre de la Société allemande de psychanalyse.

Il est rédacteur en chef de la revue psychanalytique *Kinderanalyse* et est l'auteur de plusieurs livres dont :

Playing the Unconscious. Psychoanalytic interviews with children using Winnicott's Squiggle technique. London : Karnac 2007.