

L'éducation au regard des neurosciences

Entretien avec *Isabelle Filliozat*

Les découvertes récentes sur le cerveau peuvent-elles apporter un éclairage nouveau sur le développement de nos enfants ? L'opinion d'une psychologue clinicienne et formatrice.



> ISABELLE FILLIOZAT

Psychothérapeute, écrivaine, directrice de l'École des intelligences relationnelle et émotionnelle, elle a publié notamment *J'ai tout essayé ! Opposition, pleurs et crises de rage : traverser sans dommage la période de 1 à 5 ans* (Marabout, 2013), et *Il me cherche ! Comprendre ce qui se passe dans son cerveau entre 6 et 11 ans* (Lattès, 2014).

Quelles sont les plus grandes idées reçues que démentent les neurosciences ?

Avec Anouk Dubois, la psychomotricienne qui a illustré mon dernier ouvrage, nous avons cherché un angle non culpabilisateur. Nous partons du principe que tous les parents cherchent à être bienveillants mais qu'ils n'ont pas toutes les clés en main. Je veille à leur communiquer des informations fiables, ce que les neurosciences permettent. L'idée de base que partagent de nombreux parents, professionnels et médias, est que l'enfant cherche à prendre le pouvoir sur son parent.

À leurs yeux, quand un enfant de deux ans réalise l'action interdite en souriant à son parent, celui-ci pense qu'il le provoque. Cette interprétation est fautive ! Le comportement des enfants est toujours au service de leurs besoins, et non contre nous. Carence ou excès. Son attitude n'est donc qu'une conséquence, une réaction à un besoin non assouvi.

Autre point important : non, l'amour n'est pas une récompense, mais un carburant ! Souvent, les parents estiment que l'enfant mérite de l'attention s'il se comporte correctement, et au contraire

le punissent par leur éloignement. Le paradigme psychanalytique promeut l'image d'un enfant pervers polymorphe à qui il faut donner des limites. Pour démonter cette idée reçue, je me suis appuyée sur les théories de l'attachement. Je rappelle que l'enfant ne naît pas seul, qu'il vit dans l'interaction avec ses figures d'attachement.

Donc s'il se comporte mal, c'est peut-être pour une part parce qu'il est en carence d'attachement. L'enfant devient agressif quand son cerveau est sous stress. Or, le contact physique déclenche en 20 secondes une sécrétion d'ocytocine. À tout âge, l'enfant a besoin de ces contacts physiques pour se recharger en ocytocine et affronter le stress de sa vie quotidienne. À l'inverse, lui crier dessus ou l'enfermer dans sa chambre ne fait que renforcer son stress. L'enfant se fige, et n'est donc calme qu'en apparence.

Comment expliquez-vous que les comportements des enfants soient autant soumis à des sur-interprétations ?

C'est une question à laquelle il m'est difficile de répondre ! C'est pour moi un mystère. Je pense que si



DR

« Il est préférable d'indiquer à l'enfant ce qu'il peut faire et non ce qu'on ne souhaite pas qu'il fasse. »

elle joue indéniablement un rôle, la psychanalyse n'est pas la seule responsable de ces sur-interprétations. Ce qui est certain est que toute notre société s'est enfermée dans ces formes de parentalité, au point que nous soyons devenus le pays le plus violent d'Europe avec 85 % à 87 % des parents qui déclarent frapper leur enfant !

Dans mon dernier livre, chaque situation évoquée s'articule de la manière suivante : dans un premier temps, nous présentons la situation, par exemple :

« Elle fait exactement ce que je viens de lui interdire, et en me regardant dans les yeux ». Dans un deuxième temps, nous présentons la réaction habituelle des parents, puis évoquons le vécu réel de l'enfant en le faisant parler à la première personne du singulier : « C'est pas juste ! Tu m'as demandé de ne pas toucher et tout de suite, j'ai essayé. Je t'ai bien regardé dans les yeux pour vérifier que c'était bien ça que tu m'avais demandé. Maman, pourquoi tu cries ? Qu'est-ce que j'ai fait de mal ? Je me sens mauvaise ». J'aborde le point de vue des neurosciences : j'indique dans ce cas qu'avant l'âge de deux ans « faire le geste interdit est ainsi une manière d'utiliser son intelligence sensori-motrice pour assimiler la consigne verbale ». Enfin, nous présentons une option de parentalité positive, plus adaptée : « Stop ! Oui ma chérie, c'est exactement cela que je t'ai interdit de faire. Maintenant, le placard reste fermé ! ».

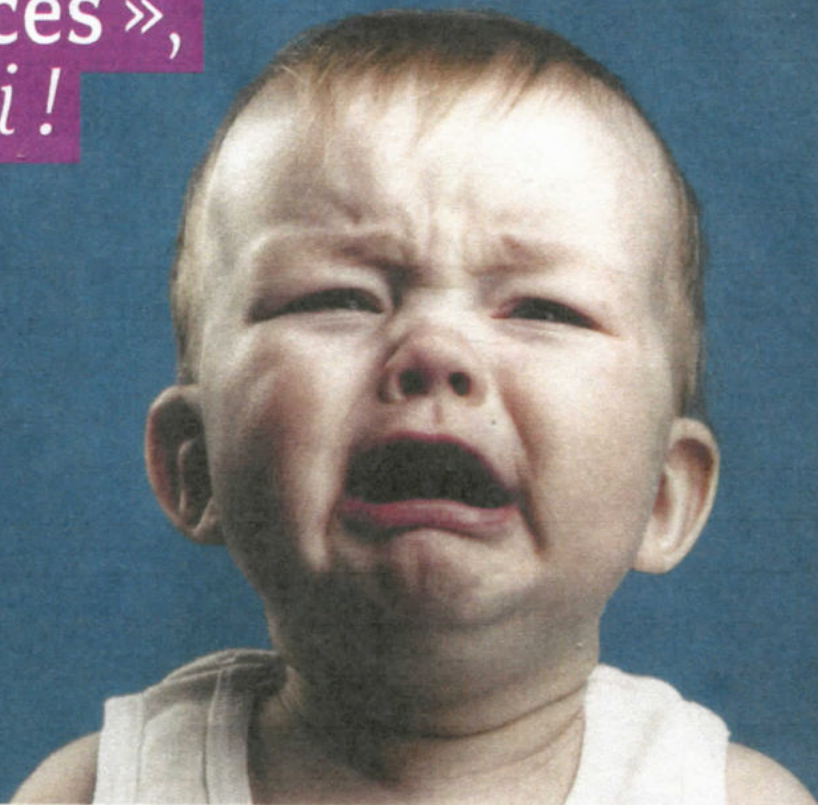
Quelles sont les grandes étapes de la maturation cérébrale d'un enfant, entre 1 an et 11 ans ?

Tous les âges sont marqués par des étapes de maturation cérébrale clés dans le développement de l'enfant. Ces mécanismes sont complexes. Il est difficile d'identifier avec précision l'ensemble de ces étapes, tant les neurosciences débutent sur le sujet. Je préfère donc en parler avec beaucoup de précaution.

Quand il est tout-petit, les neurones de l'enfant ne sont pas encore bien connectés entre eux. Les connexions vont s'organiser progressivement en fonction des expériences qu'il va vivre. À partir de deux ans et demi, il va être en capacité d'inhiber son action. Avant, ses actions vont dans le sens des images qu'il a dans la tête, et l'interdit dirige justement l'attention de l'enfant vers ce que nous interdisons ! C'est aussi pourquoi il est préférable de lui indiquer ce qu'il peut faire et non ce qu'on ne souhaite pas qu'il fasse. La négation le contraint à réaliser deux gestes mentaux : la construction d'une image mentale et la négation de cette représentation. Un exemple : au lieu de lui dire : « Ne va pas sur la route », mieux vaut privilégier la formulation positive suivante : « Reste sur le trottoir ! ».

Vers 7 ans : l'enfant se trouve davantage en capacité de raisonner. Son cerveau préfrontal se câble, ce qui lui permet d'anticiper, de penser, mais cette zone du cerveau ne sera pas mature avant l'âge de 25 ou de »

« Caprices », c'est fini !



Kirza / istock

« **Q**uand les parents ne comprennent pas ce que veut l'enfant, ils l'accusent généralement de faire des "caprices". Ce mécanisme simplifie l'interprétation des parents et rejette la faute sur l'enfant. Toutefois, compte tenu de son développement cérébral, l'enfant n'est pas en capacité de faire un caprice ! Un très jeune enfant ne peut pas conserver trois images mentales simultanément dans son cerveau. Sans oublier qu'il n'est pas capable de se représenter ce que nous voulons. Tant qu'il n'a pas encore la théorie de l'esprit, il n'est donc, par définition, pas capable de se mettre à la place de l'autre. Or, faire un caprice consiste à faire l'hypothèse de ce que souhaite le parent et à anticiper sa réaction. Les caprices sont en réalité des réponses du cerveau de l'enfant à

des situations trop complexes pour lui. Un test simplissime nous permet de savoir si l'enfant est en capacité de faire un caprice : présentez-lui un cube ou une plaque qui a des trous dans lesquels se glissent les formes correspondantes, des triangles, des ronds, des cubes. Tendez-lui un triangle, et demandez-lui dans quel trou il va. À vingt mois, un enfant choisira le trou au hasard, parce qu'il ne peut tenir à la fois dans sa tête l'image du trou et l'image du triangle, et les comparer. À quarante mois, il insérera le triangle dans le bon trou dans 85 % des cas. À partir de 4 ans, l'enfant réussit la tâche systématiquement. C'est-à-dire qu'il est parvenu à conserver en tête simultanément la représentation du trou, celle du triangle, et la superposition mentale de ces deux images mentales !

Nous pourrions éventuellement parler de caprices quand l'enfant atteint 4 ans, compte tenu de son développement cognitif. Toutefois, cette interprétation ne se révèle pas très utile : elle nous éloigne au contraire de l'enfant et ne nous permet pas de lui répondre de manière appropriée. Pensant qu'il s'agit d'un caprice, donc d'une demande non légitime, les parents vont avoir tendance à dire non, à punir. Ils vont être à côté de la plaque. J'affectionne tout particulièrement l'image de la casserole qui déborde pour décrire les mécanismes classiques de la parentalité. Quand le lait déborde de la casserole, poser des limites revient à poser un couvercle sur la casserole. Dans une dynamique de parentalité positive, le parent va baisser le gaz, et va donc répondre à la cause plutôt qu'au comportement lui-même. »

Propos recueillis par H.J.

» 28 ans ! Entre 9 et 11 ans s'amorce une autre bascule : l'enfant devient plus facilement capable d'apprendre de ses erreurs. Avant cet âge, les punitions ne servent donc pas à grand-chose.

Votre second ouvrage est consacré au décryptage des comportements des enfants plus âgés, de 6 à 11 ans. Pourriez-vous citer un ou deux exemples de comportements souvent mal interprétés par les parents, les plus représentatifs de cette tranche d'âge ?

Les comportements sont plus diversifiés à cet âge, où la personnalité se construit, qu'au cours de la petite enfance. Certains sont toutefois assez récurrents. C'est le cas de l'enfant qui, pendant le repas,

« Mieux vaut dire "stop !" plutôt que "non !" à son enfant. Quand on nous dit non, nous nous figeons, tout le corps se renferme. »

mâchouille sa viande sans parvenir à l'avaler. Tout de suite, les parents y voient une cause psychologique, et pensent que l'enfant joue la comédie. En fait, c'est juste la sérotonine qui fait mal son travail : elle traduit le morceau de viande, à tort, comme une substance dangereuse. Ce qui déclenche une réaction de stress : le cœur s'accélère, l'enfant peut se mettre à transpirer, et la motricité buccale est stoppée afin de bloquer l'accès de l'estomac à ce « poison ». Dès lors, l'organe voméro-nasal, qui est situé à la base du nez, déclenche le nauséux, un processus de défense : l'enfant, qui a envie de vomir, n'arrive plus à avaler. Cette réaction s'observe surtout vers 7-8 ans, âge auquel l'organe voméro-nasal s'hyperactive. Si tous les enfants sont susceptibles de passer par cette période, tous n'y passent pas. En revanche, si ce comportement persiste, il est prudent d'aller consulter un orthophoniste. Un travail progressif tout simple de stimulation sensorielle peut désensibiliser l'enfant.

Un autre comportement caractérise particulièrement bien la tranche des 6-11 ans, celui du petit garçon qui ne réagit pas quand on lui parle. Une fois de plus, les parents pensent souvent qu'il s'agit là de mauvaise volonté, qu'il fait semblant de ne pas

entendre. D'une part, l'hémisphère gauche du cerveau, siège du langage, se développe plus tard chez les garçons. D'autre part, la réception verbale tarde à être bien connectée aux aires associatives.

Ainsi, quand on commence à parler avec de grandes phrases, l'enfant peut se déconnecter de l'échange, être dans la confusion. Parfois, il peut aussi s'agir de problèmes d'audition, qui touche 3 garçons pour une fille, et 3 à 10 % des enfants.

Ainsi, il peut être plus impactant de lui adresser un seul mot, comme « douche », « lumière », au lieu de lui formuler toute une requête. En dirigeant son attention sur un seul objet, l'enfant est contraint de mobiliser son cerveau frontal pour reconstituer lui-même le sens de la requête. Dès lors est sécrétée de la dopamine, l'hormone de l'action volontaire, de la motivation. L'enfant se sent plus autonome, plus responsable.

Pensez-vous que cette approche « neuro » des comportements des enfants tend à se démocratiser ?

Oui, tout à fait ! Et c'est tant mieux. Le grand public est de plus en plus tourné vers la recherche des informations, et cherche à réfléchir différemment. Les neurosciences ne proposent pas une nouvelle théorie, mais une nouvelle source d'informations fiables (mais en évolution !).

Certaines pistes éducatives, directement inspirées des neurosciences, s'avèrent d'ailleurs très efficaces ! Un exemple frappant : mieux vaut dire « stop ! » plutôt que « non ! » à son enfant. L'impact positif s'observe à plusieurs niveaux : le parent n'est pas le même quand il dit « non » et quand il dit « stop ». L'enfant perçoit son énergie, sa voix. Que le lecteur fasse lui-même le test ! Quand on nous dit non, nous nous figeons, tout votre corps se renferme, nous pouvons ressentir de la peur, de la culpabilité. C'est d'autant plus complexe à gérer pour un jeune enfant dans le sens où les zones associatives de son cerveau n'arrivent pas encore à calmer cette montée d'émotions. ●

**PROPOS RECUEILLIS
PAR HÉLOÏSE JUNIER**

À lire aussi : Catherine Gueguen, *Pour une enfance heureuse. Repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau*, Robert Laffont, 2014.

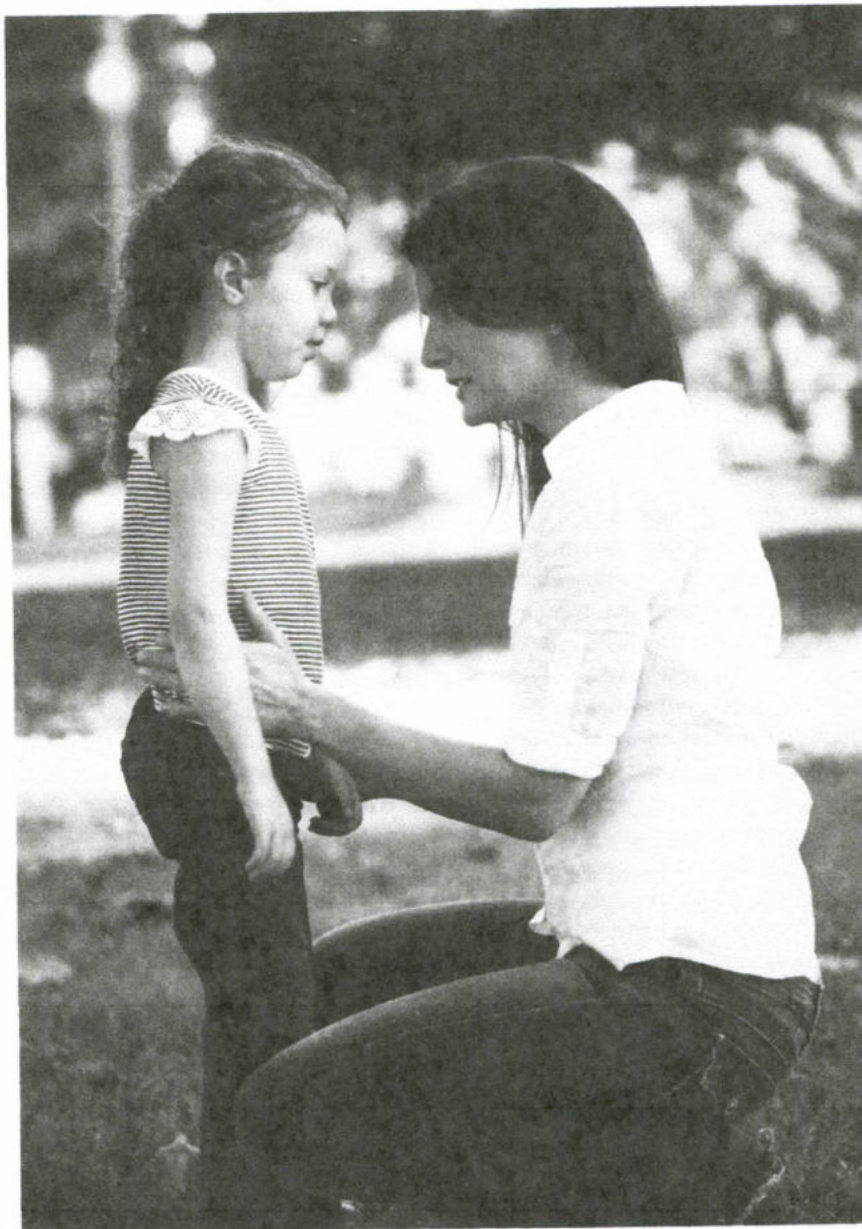
Peut-on éduquer sans violence ?

Une vague éducative d'un nouveau genre émerge, rejetant aussi bien l'autoritarisme que le laxisme.

HÉLOÏSE JUNIER

Mardi, 19h30. Mathéo, 3 ans, refuse de manger l'assiette de légumes que sa mère a mis un temps fou à lui concocter. Le ton monte. Plus sa mère insiste, nerveuse, plus l'enfant rechigne et se raidit. Le père intervient, il élève la voix, sermonne son fils, le prive de dessert et le menace de l'envoyer au lit s'il n'obéit pas. Mathéo pleure puis, à son tour, se met à crier. Excédé, son père lui donne une fessée assortie d'un « Ça t'apprendra à faire des caprices ! Tu es un méchant garçon. » Sidéré, Mathéo baisse la tête et ne dit plus un mot, tandis que ses parents achèvent leur repas... dans le silence. En l'espace d'une dizaine de minutes, les parents de Mathéo ont pratiqué l'humiliation, la menace, la punition et la fessée. Autant de choses qu'ils n'auraient pas le droit, sur le plan juridique, de faire subir à un adulte. La grande majorité des chercheurs en neurosciences les considèrent aujourd'hui comme des maltraitements émotionnels et physiques, néfastes pour le bon développement intellectuel et affectif de l'enfant (1). La tentative d'une loi antifessée, en 2009, sous l'impulsion de la députée de Paris Edwige Antier, atteste de ces nouvelles aspirations. Entre autoritarisme et laxisme, une pratique éducative intermédiaire, non violente et respectueuse des besoins de l'enfant comme de ceux de ses parents, est-elle réellement envisageable ou délibérément utopique ?

Aux États-Unis, un mouvement d'éducation bienveillante, connu sous le nom de



L'«*attachement parenting*» séduit de plus en plus de nouveaux parents insatisfaits par l'autoritarisme et le laisser-faire. Ce mouvement se rapproche du style d'éducation démocratique, distinct du style autoritaire, permissif ou encore négligent, évoqués par la psychologue américaine Diana Baumrind (p. 28). Si, dans nos contrées, cette vague éducative demeure marginale, elle gagne néanmoins du terrain. Les ouvrages, articles de presse, conférences filmées et ateliers de parents ne cessent de se multiplier, touchant de plus en plus d'éducateurs, parents et enseignants. L'éducation bienveillante s'inspire de l'héritage des pédagogues tels que Maria Montessori et Célestin Freinet et des travaux plus récents sur la communication non violente du psychologue Marshall Rosenberg (2). Rompant avec certains postulats psychanalytiques, elle s'inscrit dans le champ de la psychologie positive, à dominante comportementale et alimentée par celui des neurosciences affectives. L'intrication de ces mouvements a changé la vision de l'enfant : il n'est plus perçu comme un être manipulateur qu'il faut redresser sous peine qu'il devienne tyrannique, mais comme un individu vulnérable, au cerveau immature et à la bonté naturelle, qui nécessite d'être accompagné avec bienveillance pour bien s'épanouir. L'engouement est tel qu'en 2008, le Conseil de l'Europe a encouragé les États membres à pratiquer la parentalité positive (3). Mais concrètement, comment se concrétise-t-elle au quotidien ?

Éviter le rapport de force

Il s'agit tout d'abord de maintenir un cadre éducatif dans le respect de l'enfant et de ses besoins fondamentaux, tout en gardant à l'esprit que «*toute critique, toute agression exprime un besoin non satisfait*» (4). Le premier palier consiste à comprendre l'enfant et son comportement, et à conserver une posture empathique : «*Pourquoi ne mange-t-il pas son assiette de légumes ? Je sais que ce n'est pas pour me blesser qu'il ne mange pas ce que je lui ai préparé, mais parce qu'il lui manque quelque chose à cet instant T. Je vais donc essayer de comprendre de quoi il s'agit au*

lieu de me braquer et d'impulser un rapport de force.»

Cette posture empathique aide à désamorcer la crise. Mais elle ne suffit pas à éduquer. C'est pourquoi les défenseurs de l'éducation positive, comme la psychiatre Catherine Gueguen, insistent sur l'importance de fixer des limites claires à l'enfant, et d'appliquer des sanctions si les bornes sont dépassées. Les limites éducatives sont les mêmes que dans une éducation autoritaire, mais appliquées différemment : il ne s'agira pas, par exemple, de préparer le plat préféré de Mathéo pour compenser le fait qu'il ne mange pas ses légumes. Néanmoins, il pourra manger son dessert et terminer son repas serein, sans être sous la pression des adultes. Les punitions humiliantes, qui viennent soulager l'adulte, sont remplacées par des sanctions circonstanciées, liées à l'action commise : «*À présent que tu es calmé, tu vas ramasser les légumes que tu as jetés par terre quand tu étais énervé.*»

Renoncer à devenir un parent parfait

La parentalité positive consiste également à conserver une posture positive, c'est-à-dire à se focaliser sur les points forts de l'enfant, sur ce qu'il fait de bien, plutôt que sur ses erreurs. Grâce à l'action de l'ocytocine, hormone de l'attachement, câliner et complimenter un enfant permet de le nourrir sur le plan affectif, de le valoriser, de diminuer son niveau de stress, et ainsi de le rendre plus enclin à appliquer les règles des adultes. Enfin et surtout, insistent ses promoteurs, se lancer dans la parentalité positive, c'est faire tomber la pression, renoncer une fois pour toutes à devenir un parent parfait et à élever un enfant parfait. Tout un programme... Toutefois, cette approche de la parentalité n'est pas exemptée de critiques. On lui reproche d'être utopique, trop théorique et déconnectée de la réalité du quotidien et des contraintes qui le caractérisent. Pour d'autres, la parentalité positive demeure un concept flou, qui ne fait que cultiver un sentiment de culpabilité et d'impuissance chez les éducateurs naturellement imparfaits. D'autres encore la trouvent

L'éducation positive alimentée par les neurosciences

La petite zone cérébrale située au-dessus de nos orbites, nommée le *cof* (cortex orbito-frontal), joue un rôle essentiel dans notre capacité à gérer nos émotions, à être empathique, à développer notre sens moral. Sa bonne maturation est indispensable pour vivre sereinement en société, explique la pédiatre Catherine Gueguen, auteure de *Vivre heureux avec son enfant. Un nouveau regard sur l'éducation au quotidien grâce aux neurosciences affectives* (2015). Or, des chercheurs ont souligné que plus l'entourage de l'enfant pratiquait l'humiliation et la punition, plus la maturation de cette zone ralentissait. À l'inverse, plus l'entourage se montrait chaleureux et empathique, plus cette zone mûrissait. Les humiliations verbales peuvent engendrer chez l'enfant de l'agressivité, de la violence, de la délinquance, une réduction du volume de l'hippocampe, voire des troubles psychiatriques. Un enfant élevé avec empathie et compréhension aura plus de chances de devenir empathique. Une étude du profil de 2641 enfants recevant en moyenne deux fessées par mois de la part de leurs parents montre qu'à 5 ans, ces enfants ont davantage tendance à attaquer les personnes et à détruire leurs objets et ceux des autres. ■ H.J.

trop dogmatique. Par-delà ces débats, elle propose toutefois des ressources utiles à bien des parents. ■

(1) Catherine Gueguen, *Pour une enfance heureuse. Repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau*, Robert Laffont, 2014.

(2) Marshall Rosenberg, *Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs)*. Introduction à la communication non violente, 2^e éd., La Découverte, 2005.

(3) Voir la plaquette explicative téléchargeable sur le site du Conseil de l'Europe www.coe.int/fr/

(4) Marshall Rosenberg, op. cit.

« Je te cause plus ! »

Par **Francesco Cro**, psychiatre.

Depuis quelque temps, Luca refuse de manger des aliments solides et de parler à son instituteur. Serait-ce un caprice ? Non, il souffre d'un véritable trouble anxieux – le mutisme sélectif – qui l'empêche de communiquer dans certains contextes sociaux.

Luca est un petit garçon de presque 6 ans. Aujourd'hui, ses parents l'accompagnent à une consultation au service de neuropsychiatrie infantile d'une université romaine, car il refuse de parler en dehors du cercle familial, y compris à ses professeurs à la maternelle. Depuis la naissance de son petit frère – ils ont à peine quatorze mois de différence –, Luca a changé : il s'oppose à ses parents, les provoque, et a refusé tout aliment solide pendant près d'un an. Il n'acceptait qu'une nourriture liquide ou semi-liquide au biberon.

Au moment de ce rendez-vous, Luca a encore des difficultés avec l'alimentation à la maison, alors qu'il mange de façon plus variée et plus régulière à l'école. Il ne veut plus parler avec les adultes hors de sa famille, mais échange parfois avec les enfants de son âge, même s'il a tendance

EN BREF

- Luca, âgé de 6 ans, ne parle plus à des adultes en dehors du cercle familial.
- Il souffre de mutisme sélectif, un trouble anxieux, dû aux tensions qui se sont accumulées dans sa famille. De sorte qu'il a des difficultés à vivre normalement loin de ses parents – il n'est pas « sécuritaire ».
- En France, le mutisme sélectif affecte un peu moins de 1% des enfants, principalement âgés de 5 à 10 ans.
- Des thérapies familiales et individuelles livrent des résultats encourageants.

à les regarder jouer au lieu d'aller vers eux. Un peu comme s'il était trop timide ou inhibé. L'isolement est un phénomène récurrent dans cette famille : peu avant la naissance de Luca, ses parents se sont installés dans un petit village où ils n'avaient ni proches ni amis. Ils n'ont pas réussi à créer de nouvelles relations et ne pouvaient compter que sur eux-mêmes. Ils se méfiaient quelquefois des autres, mettaient facilement fin à des échanges, pour n'importe quelle raison, et ont changé plusieurs fois de baby-sitter, à cause de petites incompréhensions.

TOUTE LA FAMILLE SOUFFRE...

Le climat familial de Luca est également tendu. Son père et sa mère proviennent de familles psychologiquement en détresse : ils ont vécu plusieurs traumatismes qui n'ont jamais été racontés ni partagés. La mère de Luca a souffert jeune fille de dépression et a « rechuté » après la naissance de son second enfant. Ce qui a probablement influé sur la qualité de sa relation d'attachement avec Luca, qui n'avait jusqu'alors montré aucun signe de trouble psychologique ou alimentaire. Grazia Terrone, psychologue et chercheuse à l'université de Foggia, en Italie, a montré qu'une

« JE TE CAUSE PLUS! »

- dépression maternelle provoque parfois opposition et troubles alimentaires chez l'enfant, âgé de 18 à 36 mois, ce qui peut compromettre le développement de son autonomie. Car perturber la relation d'attachement engendre en général des liens mère-enfant pathologiques. L'enfant tente alors de maintenir le contrôle sur les « figures » parentales, par exemple en s'y opposant, car il ne les perçoit pas de façon « sécurisée », selon le terme du psychiatre et psychanalyste britannique John Bowlby – le père de la théorie de l'attachement. En effet, si l'enfant était sécurisé, il serait capable de quitter avec confiance les figures parentales pour explorer l'environnement, puis d'y revenir en cas de peur ou de nécessité.

UN TROUBLE DE L'ANXIÉTÉ

Pour évaluer le comportement de Luca, les médecins demandent à ses parents de remplir le questionnaire CBCL (*Child behavior checklist*), élaboré par deux psychologues américains, Thomas Achenbach, président du Centre de recherche pour les enfants, les jeunes et les familles de l'université du Vermont, et Leslie Rescorla, directrice de l'Institut pour l'étude de l'enfant à l'université Yale. Ce test permet de mettre en avant les traits psychopathologiques du sujet. Ainsi, les spécialistes découvrent que Luca présente une souffrance sur le plan des troubles dits internalisants, c'est-à-dire liés à l'humeur, l'anxiété et la dépression, plutôt que sur celui des troubles externalisants, qui correspondent à des altérations du comportement, par exemple à de l'agressivité.

Durant les autres entretiens et examens de la consultation, la mère du petit semble nier sa propre souffrance, tandis que son père est très stressé et présente une vulnérabilité psychopathologique tant dépressive que paranoïde (une forme de délire associé à une perte de contact avec la réalité). Sa femme le décrit en effet comme « hypercontrôlant, maniaque de l'ordre et de la propreté, hypocondriaque », et dresse le portrait d'une personnalité rigide et obsessionnelle. Elle met aussi en avant, chez Luca, une forme de rigidité : l'enfant serait « maniaque de l'ordre, vif, intelligent et créatif, mais aussi conflictuel et provocateur ». Les capacités cognitives et l'intelligence de Luca sont en effet supérieures à la moyenne, et il est en avance pour son âge sur son développement psychomoteur et linguistique.

Le trouble dont souffre ce jeune patient repose sur un attachement insécure : Luca est extrêmement anxieux quand il doit se séparer de ses parents. Pendant l'évaluation neuropsychologique, il refuse de les quitter, maintenant toujours un contact physique avec eux. À la maison,

contrairement à son petit frère, il dort dans leur lit. Et à l'école, il n'arrive pas toujours à les laisser à l'entrée de la classe et se retient également souvent d'aller à la selle, avec des épisodes occasionnels d'encopésie (une forme d'incontinence fécale).

Autre symptôme de Luca : son comportement d'opposition qui se manifeste aussi à l'école par une difficulté à accéder au jeu symbolique et à dessiner des objets autres que des figures géométriques répétitives et stéréotypées. D'ailleurs, lors de la consultation, invité à construire un récit en partant d'une série d'images, Luca refuse d'abord. Mais après avoir été rassuré sur ses difficultés à parler, il propose une histoire, la mime, la met en scène à l'aide d'objets, en sollicitant la participation de sa mère et du personnel médical. Il montre alors de réelles aptitudes et intentions pour communiquer.

TIMIDE, OBSTINÉ, CAPRICIEUX... OU MUTIQUE ?

De quoi souffre Luca ? La neuropsychiatre de l'enfance Flavia Capozzi et ses collègues, Filippo Manti, Virginia Sirchia et Francesca Piperno, cliniciens et chercheurs en psychopathologie infantile, diagnostiquent alors un mutisme sélectif : un refus persistant de parler qui se manifeste dans des situations sociales spécifiques, en général hors du milieu familial, alors que l'enfant fait preuve à la maison de capacités d'échange conformes à celles de son âge.

“

Le mutisme sélectif correspond à un refus persistant de parler qui se manifeste dans des situations sociales spécifiques, en général hors du milieu familial.

Dans le cas de Luca, le mutisme sélectif n'est pas associé à d'autres troubles du langage, de l'apprentissage, de l'attention ou du comportement. Quelle en est l'origine ? Pour les cliniciens, elle est probablement à chercher dans l'extrême souffrance psychologique de ses parents, qui

Biographie

Francesco Cro

Psychiatre au Service de la santé mentale de Viterbe, et enseignant en psychiatrie au Master de techniques de réhabilitation psychiatrique de la Faculté de médecine La Sapienza, à Rome.

aurait empêché le développement d'un attachement sécure, de sorte que le petit patient n'aurait pas appris à distinguer sa propre vie psychique des projections des vécus et des angoisses de ses parents. Ces dernières auraient envahi l'espace psychologique de Luca, lui ôtant la possibilité d'établir une relation avec le monde extérieur en utilisant ses propres mots.

DES PARCOURS PARENTAUX MARQUÉS PAR LA SOUFFRANCE

Pour les neuropsychiatres de l'enfance, les symptômes de Luca sont ainsi l'expression des conflits, des traumatismes et des peurs du couple parental, transférés de façon inconsciente sur l'enfant. La thérapie individuelle doit donc nécessairement être associée à des rencontres familiales, pour aider les parents à reconnaître les mécanismes qui ont contribué à l'apparition et à la persistance du trouble de leur fils. En effet, bien que la timidité et l'inhibition soient en partie d'origine génétique (on naît tous plus ou moins timide et inhibé), l'histoire familiale des enfants atteints de mutisme sélectif comporte souvent des événements stressants, comme des deuils, des divorces, des déménagements... Et ces situations ont parfois une valeur «transgénérationnelle», c'est-à-dire que l'enfant mutique ne les a pas vécues directement, mais à travers l'expérience de ses parents, voire de ses grands-parents.

Comment traiter les jeunes patients? Selon Capozzi et ses collègues, il faut prendre en compte cette complexité transgénérationnelle et structurer la prise en charge sur plusieurs niveaux, individuel et collectif, en incluant les adultes de référence, comme les parents et les enseignants. Le mutisme sélectif bénéficie d'autant plus de la rééducation qu'il est associé à des troubles neurodéveloppementaux, comme un retard du langage. Au service de neuropsychiatrie infantile de l'université La Sapienza, à Rome, dirigé par Gabriel Levi, on propose des thérapies de groupe: les enfants, en petit nombre, et pas forcément atteints du même trouble, interagissent, jouent ensemble et communiquent, à l'oral si possible mais également de façon non verbale, par exemple par mimes. Les résultats obtenus avec les enfants mutiques sont encourageants: ils «réapprennent» ainsi à communiquer avec petits et grands.

Quant aux aspects affectifs du trouble, comme l'anxiété, l'inhibition et l'opposition, ils font l'objet d'interventions psychothérapeutiques variées. Par exemple, avec les thérapies cognitivo-comportementales, adaptées au jeune âge des patients, on les aide à se désensibiliser de l'intense anxiété

PEUT-ON CHOISIR DE SE TAIRE ?

La première description moderne d'un cas clinique caractérisé par le refus volontaire de parler date de 1877. On la doit à un médecin allemand, Adolf Kussmaul, qui baptise ce trouble «aphasie volontaire». En 1934, le psychiatre suisse Moritz Tramer invente le terme de «mutisme sélectif»: il met l'accent sur le fait que l'enfant fait un choix quand il décide de rester silencieux.

Il faudra attendre 1983 pour qu'une nouvelle définition du mutisme sélectif, celle de la psychologue suédoise Stina Hesselman, souligne la difficulté des enfants à s'exprimer dans des circonstances précises et en réponse à des situations vécues comme menaçantes. Sue Newman et Carolyn Miller, deux Américaines ayant des enfants souffrant de mutisme sélectif, reprennent cette conception et fondent la Selective Mutism Foundation. Elles demandent et obtiennent que la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV, 1994), de l'Association psychiatrique américaine, adopte le terme de «mutisme sélectif», qui est alors considéré davantage comme une incapacité de parler liée à une intense anxiété sociale que comme un véritable refus.

Cette nouvelle optique permet d'envisager le trouble comme une difficulté psychologique complexe. Ce n'est en effet ni une simple manifestation d'opposition, punie et stigmatisée en milieu scolaire, ni le résultat d'insuffisances ou d'abus de la part des parents, culpabilisés par des théories psychologiques superficielles et infondées. Dans la cinquième édition du DSM en 2013, le mutisme sélectif est classé parmi les troubles de l'anxiété.

sociale qui les submerge. D'autres traitements dits psychodynamiques considèrent le mutisme comme une manifestation de conflits ou traumatismes émotionnels qu'il est possible de faire émerger via le langage symbolique du jeu. Dans tous les cas, il convient également de mettre en place un soutien psychologique pour les parents, l'objectif étant de s'interroger sur les relations et les échanges dans la famille.

Enfin, parents et enseignants doivent être informés et formés sur la nature du mutisme sélectif et sur les facteurs qui contribuent à son apparition et à sa persistance. Si le problème n'est pas abordé en mettant l'accent sur le fait que l'enfant souffre beaucoup de cette pathologie, les adultes peuvent éprouver un sentiment de colère et de frustration qui les porterait à adopter des comportements punitifs ou rigides, avec pour effet d'accentuer la vulnérabilité affective du jeune patient. La thérapie de Luca, par exemple, reposera davantage sur les dynamiques parentales qui ont provoqué le trouble que sur ses manifestations. Et peu à peu, il réussira à nouveau à parler avec des adultes en dehors de la maison. ●

Bibliographie

M. G. Craske et M. B. Stein, Anxiety. *Lancet*, vol. 388, pp. 3048-3059, 2016.

A. Hua et N. Major, Selective mutism. *Curr. Opin. Pediatr.*, vol. 28, pp. 114-120, 2016.

Pourquoi les ados se font-ils mal ?

Les comportements autodestructeurs – anorexie, scarifications, mutilations – sont une façon pour l'adolescent d'agir sur sa vie.

Des outils existent pour mieux les prévenir.

PHILIPPE JEAMMET

Professeur émérite de l'enfant et de l'adolescent à l'université Paris-V, il a publié, entre autres, *Pour nos ados, soyons adultes*, Odile Jacob, 2008.

L'adolescence se caractérise par un début d'autonomie, et donc par une nouvelle distance relationnelle aux parents. En ce sens, elle représente un puissant révélateur : l'adolescent met à l'épreuve ses propres ressources, c'est-à-dire ce dont il hérite de sa famille et de son enfance. Même s'il va bien, il voit vaciller son sentiment de sécurité interne, son image de lui-même, autrement dit sa confiance en lui et dans les autres. Les pathologies psychiatriques de l'adolescence, par les vulnérabilités qu'elles expriment, ne font que redoubler cet effet révélateur de l'adolescence normale.

Parfois apparaissent des conduites qui paraissent inhabituelles à l'entourage : le retrait, l'évitement subi des liens habituels, le dénigrement de soi, de ses compétences ainsi que toutes les formes d'attaque du corps qui vont des accoutrements provocants jusqu'aux scarifications en passant par la trichotillomanie (l'arrachage compulsif de ses poils) ou l'anorexie mentale ; la tentative de suicide en étant la forme extrême.

Menace sur le territoire

Les apprentissages scolaires sont également une voie privilégiée d'expression : basculement soudain d'une réussite en son contraire. Il en est de même de la qualité des relations sociales et notamment des liens avec les objets d'attachement privilégiés. On assiste à ce renversement plus ou moins brutal de la proximité et de la dépendance affective en son contraire

avec souvent un caractère ostentatoire et provocant qui désarçonne les parents et les déçoit. Déception que l'adolescent semble tout faire pour renforcer en se montrant de plus en plus difficile...

Les facteurs déclenchant de ces conduites sont souvent difficiles à cerner. La puberté en elle-même est un facteur, en ce sens où elle correspond à une variation de la relation à quiconque représentait jusqu'à un repère ou un appui : parents, mais aussi professeurs, amis, etc. L'adolescent peut alors se sentir « débordé » par les autres, ou, en miroir, confronté à une menace de soumission aux autres. Si ces ressources, conjuguées aux soutiens environnementaux de l'adolescent, sont insuffisantes pour contenir la tension que cette situation fait peser sur son équilibre psychique, il peut survenir un douloureux vécu d'impuissance.

À ce vécu d'impuissance, l'adolescent répond comme l'animal qui perçoit une menace sur son territoire. L'être humain considère comme son « territoire » tout ce à quoi il confère une valeur : sa famille, ses croyances, mais aussi bien son club de foot, sa bande de copains, etc. Quand il se sent menacé sur ce territoire, il a tendance à vouloir reprendre activement la main sur ce qu'il a eu le sentiment de subir. Il éprouve la nécessité de se percevoir à

nouveau comme acteur de sa vie, afin d'éviter l'effondrement ou la désorganisation. La destructivité est la forme la plus accessible de cette maîtrise. Si le plaisir et le succès sont toujours aléatoires, comme tout ce qui est de l'ordre de la vie, car ils dépendent de la réponse des autres, le déplaisir, l'échec provoqué et l'autodestruction sont toujours sûrs, surtout quand on les provoque soi-même. Plutôt s'infliger soi-même ce que l'on craint de subir que de se le voir imposer par autrui. Ce n'est pas un choix mais cela peut devenir la tentation d'en faire ce que le psychanalyste américain Erik Erickson appelait une « identité négative ».

Anesthésique émotionnel

Toutes ces conduites ont également en commun de prendre la forme d'une amputation d'une partie des acquis et des potentialités dans l'un des trois champs nécessaires au développement : le corps, les apprentissages, la sociabilité. Les scarifications en sont un exemple caricatural. Si l'on demande à ces jeunes filles pourquoi elles se scarifient, elles ont beaucoup de peine à trouver une réponse sauf, en fin de compte, le fait que ça les soulage – c'est là la clé de ce type de conduites. Ce n'est pas un choix de leur part mais bien une contrainte subie, à laquelle elles tentent dans un second temps d'adhérer ou même de considérer comme un choix délibéré. Pourquoi cette adhésion voire cette appropriation de ces conduites ? Parce qu'elles apportent un soulagement et rassurent ces sujets. Pourquoi ce sou-



Christine Hart/PhotoROR/Alamy

lagement ? Parce que le moi retrouve ainsi un rôle actif face à la menace de débordement.

En revanche, si quelqu'un d'autre cherche à imposer à l'adolescent ce qu'il s'inflige lui-même, la réaction est immédiatement inverse : il se révolte, crie à l'injustice, se pose éventuellement en victime.

Ces conduites se nourrissent toujours de déceptions accumulées. Mais la déception est elle-même proportionnelle au désir et à l'envie qui lui sont sous-jacents. Elle se nourrit de l'intensité du désir pour pousser le sujet à se priver de ce dont il aurait le plus envie : la nourriture pour les anorexiques, le bien-être physique et moral pour les adolescents qui se blessent

ou se mutilent. La compulsion de répétition, caractéristique de ces conduites autodestructrices, est ainsi paradoxalement au service de la sauvegarde voire du triomphe de la maîtrise, tout en conduisant à des blessures plus ou moins graves, quand ce n'est pas à la mort. La conduite autodestructrice permet d'éponger la souffrance, véritable anesthésique affectif. L'émotion – tristesse, angoisse, etc. – s'efface au profit de la sensation – douleur, faim, etc. – sur un mode qui peut prendre une véritable dimension addictive. On parle parfois de masochisme, ce qui supposerait une forme de plaisir, voire d'érotisation. C'est toujours possible, mais le masochisme semble bien secondaire par rapport au soulagement apporté par cette reprise d'une position active. On observe d'ailleurs aussi des conduites autodestructrices chez les enfants en bas âge. On y retrouve l'absence de plaisir et le besoin compulsif d'une autostimulation pour se sentir exister. Ces comportements seront d'autant plus destructeurs que la carence relationnelle de l'enfant sera plus massive.

Un soulagement momentané

Ces conduites sont souvent difficiles à vivre pour l'entourage. Pour trouver la réponse adaptée, il est nécessaire de comprendre qu'elles ne sont pas un choix, contrairement à ce que pensent souvent les adolescents. Elles s'imposent à eux car elles leur apportent un soulagement momentané, ce en quoi elles ne sont pas aussi « folles » que l'on peut parfois le croire. Mais elles ne sont pas justes, car il n'est jamais acceptable de s'abîmer d'une façon ou d'une autre pour se sentir exister et moins mal. En ce sens, si elles ne sont pas toujours pathologiques, elles sont toujours pathogènes. Elles ne doivent pas devenir le moyen habituel pour l'adolescent de réguler ses tensions. Il revient aux adultes de ne pas laisser les adolescents dans ces comportements à la fois non choisis et destructeurs, d'essayer d'en comprendre les raisons avec lui et de prendre les mesures pour l'aider à trouver d'autres moyens d'expression et reprendre confiance en lui et dans les autres. ■