




ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

*neuropsychiatrie
de l'enfance
et de l'adolescence*

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence xxx (2010) xxx-xxx

Article original

Une clinique de l'opposition à l'adolescence : du symptôme à la nosographie

A clinical expression of opposition during adolescence: From symptom to nosography

C. Gheorghiev^{a,*}, A. Consoli^b, F. Marty^c, D. Cohen^b

^a Service de psychiatrie, hôpital du Val-de-Grâce, boulevard de Port-Royal, 75005 Paris, France

^b Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, AP-HP, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^c Université Paris Descartes, 71, avenue Édouard-Vaillant, 92774 Boulogne-Billancourt, France

Résumé

À partir de l'observation clinique d'une position de refus systématique d'un adolescent centrée autour d'un mutisme persistant dirigé principalement contre ses parents et le corps médical, a été décliné selon le fil conducteur de l'opposition comme symptôme, différents syndromes organisés autour de cette manifestation clinique. Sans prétendre à l'exhaustivité, l'approche descriptive du cadre nosographique de l'opposition ici manifestée visait à en éclairer les différentes facettes : celle d'un refus volontaire et durable de parler dans des situations d'interactions sociales bien déterminées faisant évoquer le mutisme sélectif ; celle d'un renoncement et d'une résistance active à toute aide extérieure dans un abandon de soi proche du *pervasive refusal syndrome* (PRS) ; celle rendant compte d'une position d'hostilité et d'agressivité envers son entourage comme dans le trouble oppositionnel avec provocation. Au caractère habituellement contextuel de l'opposition et à la diversité de ses modalités d'expression répond la question singulière du sens qu'elle recouvre pour un sujet donné, irréductible à ses seules manifestations symptomatiques, invitant à appréhender ce phénomène selon une approche dimensionnelle plus proche de sa réalité clinique.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Opposition ; Refus ; Mutisme ; Adolescence

Abstract

From a case report of a pervasive refusal of an adolescent based on a persistent mutism mainly aiming his parents and doctors, were described various syndromes organized around its clinical expression according to the clue of opposition as symptom. Without pretension to exhaustiveness, a descriptive approach of opposition nosography context sought to throw light on its different facets: the one of a voluntary and lasting rejection to talk in specific social situations being reminiscent of selective mutism; the one of a renunciation and an active resistance to acts of help and encouragement in a moment of abandon close to PRS; the one accounting for a hostile and angry position towards his circle as in the oppositional defiant disorder. Next to the common contextual characteristic of opposition and its many modalities of expression, stands the singular question of its sense for a given subject, which cannot be reduced to its only symptomatic expressions, suggesting to grasp this phenomenon in accordance with a dimensional approach nearer to its clinical reality.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Opposition; Refusal; Mutism; Adolescence

1. Introduction

Les manifestations cliniques de refus sont nombreuses et diverses dans leurs modalités d'expression chez l'enfant et l'adolescent. Fréquentes dans cette tranche d'âge, elles trouvent

un retentissement variable dans des registres variés tels que l'école, la famille et la vie sociale, dont l'importance pourra être à l'origine d'une demande de soins en raison de la perturbation de l'environnement habituel du sujet. Si des mouvements transitoires d'opposition accompagnent le développement réputé comme normal d'un enfant, en rendant compte d'un processus dynamique d'adaptation et de maturation, leur persistance ou leur intensité peuvent être le signe manifeste de troubles dont il appartiendra au clinicien de situer le contexte. Une illustra-

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : charlesgheorghiev@orange.fr (C. Gheorghiev).

tion clinique de symptômes durables de refus et d'opposition à l'adolescence est détaillée pour proposer dans un second temps une discussion nosographique visant à éclairer différentes hypothèses étiopathogéniques d'un trouble au caractère tout autant pathologique qu'énigmatique, à savoir un mutisme jusqu'à présent rebelle à toute prise en charge.

2. Illustration clinique

2.1. Histoire des troubles

Il s'agit d'un patient âgé de 15 ans hospitalisé dans le service à la demande de son psychiatre traitant pour la prise en charge de troubles où dominent agressivité et hostilité à l'encontre de ses parents. Les difficultés remontent à l'été 2006, sans facteur déclenchant évident, avec une dégradation progressive de la qualité de leurs relations. La position du patient oscillait entre un refus de la relation particularisé par l'absence volontaire d'échange verbal avec eux et un discours réduit à l'expression de ses besoins essentiels. L'agressivité était parfois plus explicite, avec l'énonciation d'insultes voire d'un souhait de mort à leur encontre. L'opposition dans la relation apparaissait dans un premier temps dirigée contre ses parents pour insidieusement s'étendre à toute figure d'autorité venant se substituer à l'autorité parentale, notamment aux médecins impliqués dans sa prise en charge mais également à ses enseignants, en s'exprimant au travers d'un mutisme persistant empêchant toute interaction avec ceux-ci. L'inquiétude du corps enseignant était grandissante devant la détérioration de la situation en classe, le patient passant d'un refus de travailler à une hostilité manifeste au travers d'attitudes insolentes et de provocations répétées. Le patient était également opposant à toute forme de soins en refusant de se rendre aux consultations qui lui étaient fixées. Devant l'aggravation des conflits au sein de la famille jusqu'à la crainte d'un possible passage à l'acte hétéroagressif, la décision d'une hospitalisation s'imposera. Si sa mise en œuvre suscitera angoisse et préoccupations en faisant envisager des moyens inhabituels tels que le recours aux forces de l'ordre voire à une hospitalisation d'office, celle-ci se déroulera sans heurt, le patient acceptant de suivre les ambulanciers jusqu'à l'hôpital, alors qu'il était enfermé dans sa chambre depuis plusieurs jours.

2.2. Antécédents et biographie

Le patient n'a pas d'antécédents familiaux ou personnels psychiatriques, son développement semble avoir été harmonieux, sans retard des acquisitions. Le suivi psychiatrique, initié à la demande conjointe des parents et du corps enseignant en raison de rapports de plus en plus conflictuels, est irrégulier et rapidement interrompu devant le refus du patient de se rendre aux entretiens, lesquels étaient marqués de façon constante par son mutisme. Une hospitalisation de cinq semaines, réalisée sur son secteur en mai 2007, se termine prématurément devant l'absence de coopération aux soins. Ce moment marque chez le patient un point de rupture avec le dispositif de soin jusqu'à son hospitalisation actuelle. Sur le plan familial, le patient vit au domicile

parental, sans partager d'autre intimité avec eux que ce lieu de vie commun, lieu particulièrement investi comme étant rattaché à ses origines. Ses parents témoignent d'une fierté quant aux qualités intellectuelles et physiques de leur fils, quand bien même sa persévérance, sa timidité et son esprit critique viennent désormais le desservir. Les conflits avec leur fils sont source d'une profonde blessure narcissique, en pouvant alimenter des contre-attitudes de rejet à son égard dans une ambivalence affective marquée. Les relations paternelles sont empreintes d'un moralisme rigide et autoritaire mettant à distance toute affectivité ; sa mère témoigne d'un attachement profond à son fils tout en étant en difficulté pour trouver la juste distance dans la relation. La place occupée par le patient au sein du système familial apparaît étroite, assignée aux attentes et injonctions parentales faisant peu de cas de sa subjectivité et de son propre désir. Les relations avec sa fratrie sont préservées, en y trouvant un espace où il lui est possible d'évoquer un peu plus son intimité ; c'est ainsi qu'il bénéficie auprès de son frère aîné, issu d'une première union du père, d'une attention et d'un exemple par ce qu'il a pu lui-même traverser au cours de son enfance, et dont il s'est depuis affranchi. Alors que sa présence aurait pu permettre de nuancer l'autorité et les exigences parentales en médiatisant les relations intergénérationnelles, il ne participe que rarement à la vie de famille. Son parcours scolaire est marqué par un redoublement en classe de quatrième. Celui-ci a été un épisode douloureux dont il impute la responsabilité à ses parents, qu'il accusera ultérieurement de ne pas avoir soutenu le projet de passage en classe supérieure malgré l'avis défavorable de ses professeurs. Depuis le redoublement, son attitude en cours devient opposante et provocante vis-à-vis de ses enseignants en se conformant à sa position de mutisme. Une exclusion de l'établissement scolaire est finalement prononcée, alors que la qualité des relations avec ses pairs ne semblait pas altérée.

2.3. Évolution clinique

La position d'hostilité du patient précédemment décrite a perduré longtemps au cours de l'hospitalisation dans le service. Sa massivité et sa fixité, en trouvant l'expression privilégiée d'une agressivité organisée autour d'une position inamovible de refus et d'opposition à la relation, a été à l'origine de questionnements sur sa nature ; sa persistance, manifestement en lien avec un effort coûteux pour le patient, était source pour lui de souffrance, sans pour autant pouvoir s'en défaire et trouver une solution satisfaisante pour son économie psychique autre que celle d'une opposition peu nuancée. Un clivage dans sa position vis-à-vis de l'équipe soignante est observé, en témoignant d'une plus grande ouverture auprès de certains personnels. Cette possibilité relationnelle est toutefois limitée et toujours empreinte de méfiance vis-à-vis de l'autre, à l'instar de ce leitmotiv « c'est toi qui le dit » en réponse aux remarques perçues comme intrusives. Le patient participera à diverses activités pour en refuser d'autres, dans un positionnement très tranché ; il refusera de participer aux entretiens familiaux ; les entretiens individuels pourront être maintenus, parfois dans un rapport de force où la fermeté dans le soin infléchira sa position de

refus. Pendant longtemps, ceux-ci se dérouleront sans participation active du patient, ce dernier restant silencieux tout en étant attentif et semblant réfléchir à ce qui pouvait être énoncé. Un échange verbal tout comme sa capacité à soutenir le regard du médecin ne sera possible qu'après plus de cinq mois d'hospitalisation.

Le contact est réticent, les propos stéréotypés et rigides. Les troubles sont rationalisés tout en étant rattachés à un unique registre scolaire : l'absence de justification de son redoublement. Les difficultés relationnelles avec ses parents, antérieures à cet épisode, vont dès lors s'aggraver en alimentant chez lui un sentiment d'injustice et de revendication. Une tristesse de l'humeur transparait dans l'inertie et le manque d'initiatives du patient, la restriction de ses champs d'intérêt ainsi que la négligence de sa tenue vestimentaire et de son hygiène corporelle, sans pour autant constituer un état dépressif caractérisé. Une dimension anxieuse est présente, à type de tension interne, d'appréhension de l'avenir lorsque celui-ci échappe à l'idée qu'il peut s'en faire, dans une résistance au changement et à la nouveauté. La fixité de son discours reflète un mode d'appréhension figée du monde externe, en donnant un sens univoque à une réalité éminemment changeante dont les incertitudes sont déniées. Sa pensée est cohérente, bien organisée, en faisant appel à une logique personnelle peu sensible à la dialectique. Il n'y a cependant pas d'élaboration délirante constituée. La relation à l'autre est emprunte de méfiance et de mépris vis-à-vis des jugements d'autrui dans une position d'autosuffisance. Au fil des entretiens, les confidences, toujours entrecoupées de pensées raisonnantes, seront plus nombreuses. Sa participation à la vie institutionnelle s'élargira, un retour des échanges avec ses parents sera observé, bien que ceux-ci demeureront circonscrits à une fonction utilitaire. La restauration de conditions plus favorables à la relation permettra d'envisager la sortie du service et la reprise d'une vie familiale au bout de six mois d'hospitalisation. Sur le plan médicamenteux, tout traitement sera refusé par le patient jusqu'aux dernières semaines d'hospitalisation, où il acceptera la risperidone à la posologie de 4 mg/j, prescrite le soir dans une visée d'apaisement d'une tension anxieuse majeure perturbant l'endormissement. Malgré l'efficacité symptomatique, l'observance du traitement sera distante à sa sortie, tout comme son adhésion au suivi ambulatoire. L'amélioration clinique du patient perdure à six mois de son retour à domicile, avec la reprise d'une scolarité et le maintien d'un lien plus apaisé avec ses parents.

3. Discussion

3.1. Le mutisme sélectif

De nombreuses données épidémiologiques sont non concordantes avec une telle hypothèse, ce trouble débutant le plus souvent chez des enfants en âge préscolaire, pour être repéré en moyenne entre six et huit ans [1]. Il est observé préférentiellement chez la fille [2] et plus fréquemment chez une population migrante [3], avec une prévalence rare comprise entre 0,03 et 0,2 % [4]. Pour autant, la symptomatologie du patient répond à la définition du syndrome de mutisme sélectif, décrit initiale-

ment par Kussmaul en 1877 sous le terme d'aphasie volontaire [5], en tant que trouble de la communication consistant en un défaut persistant de langage dans des situations sociales spécifiques impliquant habituellement le recours à la parole (école), alors que le langage s'avère préservé dans d'autres situations à l'apparence plus familière (maison). De même que l'aphasie est devenu mutisme, au qualificatif volontaire a été préféré celui d'électif puis celui de sélectif dans le DSM IV [6]. Ce changement de terminologie dans les classifications internationales correspond à une évolution de la conceptualisation du trouble, en insistant sur le caractère contextuel d'une interaction sociale donnée plutôt que sur l'opposition que pouvait exprimer un tel comportement [7]. Le mutisme sélectif a longtemps été compris dans une perspective d'opposition, apparaissant comme la traduction comportementale d'un mécanisme de défense contre une angoisse envahissante déclenchée par la rencontre de l'étranger face auquel la réponse réside dans la fuite ou le combat, *flight or fight* [8], dans un contexte familial particulier marqué par la force du lien mère-enfant ayant pu faire évoquer à Hayden le terme de mutisme symbiotique [1]. Une telle compréhension du trouble était prédominante jusqu'à l'avènement d'études contrôlées qui ont pris le pas sur les observations cliniques isolées, en mettant en évidence le noyau anxieux du syndrome appréhendé comme la réponse internalisée d'un sentiment de peur généré par la confrontation à des situations sociales inquiétantes pour le sujet [9]. La proximité avec une anxiété sociale précoce a été objectivée dans de nombreuses études [10], tant par les caractéristiques du fonctionnement psychique du sujet, marquées principalement par l'inhibition et la timidité [2], que par les circonstances d'apparition des symptômes de mutisme renvoyant à des situations d'interactions sociales source d'appréhension [11]. Le mutisme sélectif a pu être envisagé comme le symptôme d'autres troubles anxieux [9], que ce soit un trouble phobique plus général, un état de stress post-traumatique ou encore celui d'une anxiété de séparation dont les liens avec une problématique d'attachement ont pu récemment être soulignés [12].

Si d'un point de vue critériologique, notre illustration clinique répond aux principales coordonnées du diagnostic de mutisme sélectif, il n'en est que trop caricatural par le refus contextuel et durable de toute communication orale, à savoir le confinement à un mutisme hostile dans les situations de rencontre avec le personnel médical qui durait depuis plus de deux ans. Notre observation diverge de la population traditionnellement rencontrée dans cette affection, en s'éloignant tant de sa temporalité (trouble de la première enfance s'inscrivant dans un contexte familial et neurodéveloppemental particulier) que de sa probable origine anxieuse dont il serait une modalité d'expression. Le mutisme apparaît ici au rang d'un symptôme au sein d'une configuration plus large d'opposition, le renoncement au langage dans les conditions du soin apparaissant dans le prolongement d'un vécu familial marqué par l'expérience de l'inanité de sa parole auprès de ses parents, où paradoxalement refuser de parler devenait un moyen d'exprimer quelque chose de lui-même qui pouvait être entendu quand bien même cela était sous le mode de l'agressivité et de l'opposition.

3.2. *Le pervasive refusal syndrome*

La notion de *pervasive refusal syndrome* (PRS) traduite imparfaitement par celle de syndrome de refus global a été introduite par Lask et al. en 1991 [13] à partir de l'observation clinique de patientes qui présentaient des troubles dont la caractéristique principale était un refus persistant de marcher, parler, manger, boire ou prendre soin d'elles-mêmes. Ce syndrome particulièrement rare et sévère a fait l'objet de publication de cas cliniques ponctuels, ainsi que d'une revue de la littérature récente [14]; celle-ci a retenu au total 24 observations depuis 1991. Elle mettait en évidence sur le plan épidémiologique un âge de début moyen de dix ans et demi, une atteinte préférentielle du sexe féminin, alors que des antécédents traumatiques étaient classiquement retrouvés. Absent des classifications internationales, il a toutefois bénéficié de la définition de critères diagnostiques, lesquelles mettaient au premier plan les troubles de l'alimentation avec au centre un refus alimentaire pourvoyeur de perte de poids [15]. Ce n'est pourtant pas tant la restriction dans le registre de l'alimentation que la position inamovible de refus qui est ici en jeu, en se déclinant dans divers domaines selon la susceptibilité individuelle. Les auteurs ont ainsi adapté les critères d'identification du syndrome, en retenant cinq caractéristiques essentielles : le refus complet ou partiel dans au moins trois domaines que sont l'alimentation, la locomotion, le langage, l'attention à des soins personnels ; une résistance active et hostile à toute aide et soutien extérieur ; un retrait social et un refus scolaire ; l'absence d'organicité sous-jacente ou d'autres troubles psychiatriques pouvant rendre compte de la symptomatologie ; une sévérité des troubles nécessitant des soins hospitaliers [14]. Si le retentissement somatique était souvent au premier plan, le noyau des troubles s'organisait selon les auteurs autour de la résistance active à toute aide dans une position de refus catégorique. Diverses hypothèses étiopathogéniques ont été proposées, sans pouvoir rendre compte d'un trouble à la présentation énigmatique : psychodynamique à partir des notions d'*helplessness and hopelessness* fondées sur la perception infantile d'un avenir incontrôlable rendant vaine toute tentative de maîtrise conduisant à l'abandon de soi et de tout projet [16] ; traumatique, avec l'existence d'antécédents d'abus sexuel ou de rencontres répétées à la violence [14] ; neurobiologique, avec l'observation ponctuelle d'une hypoperfusion du lobe temporal médian gauche impliquant le corps amygdalien, corrigée après renutrition du patient [15]. Le rôle d'un *abnormal illness behaviour*, concept défini dans les années 1970 comme un mode inadapté et inapproprié de vécu, de perception, et d'évaluation de son propre état de santé qui persiste malgré la prise en charge médicale, a été souligné chez ces patients devant leur refus habituel de coopération aux soins et l'interprétation personnelle de leurs symptômes somatiques [15]. La conjonction d'une personnalité prémorbide aux traits de perfectionnisme et de timidité, d'antécédents psychiatriques infantiles et parentaux, et d'événements de vie stressants a pu être évoquée comme facteurs précipitants du syndrome [17]. Jaspers et al. l'inscrivent au sein d'un continuum psychopathologique allant dans le sens d'une gravité croissante du refus, dans une position d'opposition à un acte donné, au retrait défini comme un mouvement de dis-

tanciation de la réalité externe, jusqu'à la régression comme retour à un stade antérieur de développement ou d'adaptation [14]. Refus et retrait seraient plus fréquents chez l'enfant, la régression plus habituelle chez l'adulte.

Le désinvestissement du monde par notre patient, le retrait dans un mutisme hostile à toute sollicitation, le refus de toute aide extérieure, notamment de soins au détriment de son propre intérêt, rendent compte d'une semblable position d'opposition active. Si le retentissement somatique n'était pas aussi franc, les conséquences sociales et scolaires étaient au premier plan, avec une marginalisation et un isolement relationnel presque total. La coloration agressive de l'opposition trouve toutefois chez lui une expression plus singulière, avec cette particularité de s'inscrire dans une dimension d'adresse à l'autre en tant que témoignage d'un désaccord profond confinant à la rupture de tout lien. Agressivité également dans le possible retournement contre autrui d'une violence qui trouvait la médiation d'une position silencieuse de refus, avec l'évocation de menaces physiques à l'encontre de son entourage. C'est par le biais de cette composante agressive qu'il nous semble opportun d'aborder la question du trouble oppositionnel.

3.3. *Trouble oppositionnel avec provocation*

Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) a été individualisé en 1966 lors de la troisième édition du DSM en regroupant un ensemble de manifestations antisociales et agressives dont le caractère hétérogène a pu initialement susciter des controverses quant à la validité d'un tel regroupement syndromique, alors que les études récentes tendent à confirmer la cohérence de ses critères diagnostiques [18]. Sa prévalence est élevée, évaluée entre 1 % et 6 % selon la méthode employée, avec une classique prédominance masculine, en étant l'un des troubles les plus fréquents chez l'enfant et l'adolescent [19]. Il consiste en la récurrence de comportements à caractère hostile, négativiste ou opposant à l'origine de perturbations dans différents registres familiaux, scolaires et sociaux, en faisant référence à des manifestations émotionnelles impliquant colère, irritabilité et perte de contrôle. Ces comportements sont le plus souvent dirigés contre une personne incarnant une figure d'autorité. Trouble des conduites et personnalité antisociale représentent des modalités évolutives du trouble oppositionnel avec lequel le recoupement des critères diagnostiques est important, la distinction reposant sur l'existence de transgressions des lois et des règles sociales qui ne sont pas ici observées. Sur le plan étiopathogénique, le TOP apparaît comme l'intrication complexe de facteurs biologiques (dysrégulation de la transmission monoaminergique, baisse du cortisol, taux élevé de testostérone), sociaux (bas niveau socioéconomique, dysfonctionnement familial) et psychologiques [20]. Dans ce dernier domaine, ont été évoqués le rôle d'un attachement insécure, d'un défaut de traitement des informations sociales pouvant être à l'origine d'une attente paradoxale de récompense après un comportement agressif [21], ou encore d'une réponse comportementale à une position parentale inadaptée par son caractère intrusif ou trop distant [22]. Modalité de gestion de l'angoisse pour certains, ce trouble, malgré des critères de durée ou

d'intensité, apparaît fluctuant en étant lié à des données contextuelles, pour être manifesté à certains endroits et pas à d'autres en fonction de l'interaction du sujet avec son environnement [22]. L'observation précédente, à partir d'une opposition fixée d'un adolescent se déclinant en diverses modalités de résistance et d'hostilité envers ses parents et toute figure substitutive d'autorité, illustre la dimension contextuelle du trouble oppositionnel par le refus d'une relation bien déterminée, en exprimant à la fois sur un versant comportemental et émotionnel la réponse d'un sujet à un entourage perçu comme menaçant pour sa propre intégrité.

3.4. L'opposition : du contexte au sujet

Les critères diagnostiques du précédent cadre nosographique sont essentiellement descriptifs, ce qui nécessite de différencier ce qui est de l'ordre d'une pathologie réactionnelle et ce qui renvoie à un trouble du fonctionnement psychique du sujet [23]. Ainsi, l'opposition a pu être comprise comme un phénomène inscrit dans un continuum, engageant la combinaison de facteurs émotionnels et comportementaux, et impliquant une dimension situationnelle et individuelle [24]. Continuum de par le polymorphisme et la diversité des manifestations de l'opposition que l'on peut situer sur une échelle allant d'une réaction normale de résistance à un stimulus externe perturbateur à une constellation de comportements et d'actions négativistes et hostiles tels que l'on peut les observer dans le trouble oppositionnel avec provocation [25]. À côté de l'expression comportementale de l'opposition est mis en avant depuis une dizaine d'années le rôle d'une réponse émotionnelle particulière chez ces patients. Elle se caractérise par un défaut de contrôle de la colère, un manque de ressenti de la peur, notamment vis-à-vis des conséquences sociales et disciplinaires de leurs actes [26] ou encore par une difficulté d'expression de la tristesse et une expression inappropriée du sentiment de joie [27]. Il est une dimension contextuelle de l'opposition, qui trouve des situations préférentielles d'expression (famille, école, groupe de pairs...) l'inscrivant pour une part dans la relation à l'autre, dont le statut sera plus ou moins bien différencié, en ayant qualité de réponse à la stimulation venant de l'extérieur. Mais il est aussi une part liée au fonctionnement psychique intrinsèque du sujet au-delà des interactions avec son entourage, en conditionnant la valeur adaptative de cette réponse ainsi que le sens qu'elle revêt pour le sujet en fonction de sa psychopathologie. L'observation précédente témoigne de cette distinction clinique essentielle : le refus et l'opposition, cristallisés autour d'une position de mutisme vis-à-vis d'interlocuteurs clairement définis et positionnés dans une relation d'autorité, trouvaient des particularités d'expression de par leur fixité et leur radicalité rendant compte d'un fonctionnement psychique emprunt de rigidité et de méfiance à l'autre.

La méfiance est en effet une dimension centrale chez notre patient, laquelle infiltre sa relation au monde en la régissant selon un rapport de force ; la relation à l'autre s'inscrit dans une constante rivalité imaginaire, l'autre étant perçu comme une menace pour sa propre intégrité. À la fragilité des assises narcissique répond par un aménagement défensif des traits d'hypertrophie du moi dans la surestimation de lui-même, l'égoïsme et

le mépris hautain d'autrui. Le trouble du jugement est patent, le paralogisme préservant le sujet de toute implication personnelle dans le nouage de ses liens avec le réel pour en attribuer la responsabilité à l'autre auquel est reconnue l'antériorité de l'action à laquelle il oppose une défense légitime. S'agit-il pour autant d'un fonctionnement paranoïaque ? Confrontons le fonctionnement du sujet à la place qu'il a pu occuper dans la dynamique familiale. Face aux intrusions répétées de ses parents dans son intimité, au forçage d'une relation selon des représentations parentales figées et désincarnées de ce que doit être une relation parent-enfant, à l'impossible ajustement d'une position parentale dont chaque vacillement appelait en retour une rigidité supplémentaire, il a pu être salvateur pour le sujet de se retrancher derrière un mutisme qui paradoxalement était pour lui l'unique réponse possible, l'expression ultime de sa liberté de sujet, refus et opposition devenant la seule façon d'être au monde qui lui restait. Cette issue bien singulière a permis de sauvegarder un temps le sujet pour secondairement trouver ses limites par l'entrave qu'elle représentait dans son quotidien, sans qu'il lui soit alors possible de se défaire de ce mode de défense jusqu'à sa récente prise en charge hospitalière ; celle-ci a permis d'ouvrir la perspective d'une parole libératrice, à même d'offrir une place à un sujet reconnu dans son altérité. La reconnaissance du statut de sa parole comme l'expression de son désir personnel a permis au sujet le renoncement au mutisme et sa réinscription dans un lien à l'autre où le langage retrouvait une valeur de communication.

4. Conclusion

À partir de l'observation clinique d'une position de refus systématique d'un adolescent centrée autour d'un mutisme persistant dirigé principalement contre ses parents et le corps médical, a été décliné selon le fil conducteur de l'opposition comme symptôme, différents syndromes organisés autour de cette manifestation clinique. Sans prétendre à l'exhaustivité, l'approche descriptive du cadre nosographique de l'opposition ici manifestée visait à en éclairer les différentes facettes. Irréductible à une perspective catégorielle érigeant l'opposition en une entité clinique autonome trouvant diverses modalités d'expression, elle bénéficie d'une approche dimensionnelle plus à même de rendre compte d'un phénomène transnosographique, qui au-delà de la nécessité de préciser ses coordonnées cliniques et contextuelles impose d'en rechercher le sens qu'il recouvre pour le sujet.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] Hayden TL. The classification of elective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1980;19:118-33.
- [2] Steinhausen HC, Juzi C. Elective mutism: an analysis of 100 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:606-14.
- [3] Elizur Y, Perednik R. Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:1451-9.

- [4] Sharp WG, Sherman C, Gross AM. Selective mutism and anxiety: a review of the current conceptualisation of the disorder. *J Anxiety Disord* 2007;21:568–79.
- [5] Kussmaul A. *Die Störungen der Sprache*. Leipzig: FCW Vogel; 1877.
- [6] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual for mental disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- [7] Standart S, Le Couteur A. The quiet child: a literature review of selective mutism. *Child Adolesc Ment Health* 2003;8:154–60.
- [8] Lesser-Katz M. The treatment of elective mutism as stranger reaction. *Psychotherapy* 1988;25:305–13.
- [9] Anstendig KD. Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking DSM IV classification. *J Anxiety Disord* 1999;13:417–34.
- [10] Black B, Uhde TW. Elective mutism as a variant of social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:1090–4.
- [11] Wright H, Cuccaro M. Selective mutism continued. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:593–4.
- [12] Demogeot N, Lighezzolo-Alnot J, Claudon P. Mutisme à l'école et problématique d'attachement : étude clinique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2009;57:206–15.
- [13] Lask B, Britten C, Kroll L, Magagna J, Tranter M. Children with pervasive refusal. *Arch Dis Child* 1991;66:866–9.
- [14] Jaspers T, Hanssen GM, Van der Valk JA, Hanekom JH, Van Well GTJ, Schieveld JN. Pervasive refusal syndrome as part of the refusal-withdrawal-regression spectrum: critical review of the literature illustrated by a case report. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18:645–51.
- [15] Thompson SL, Nunn KP. The pervasive refusal syndrome: the RAHC experience. *Clin Child Psychol Psychiatry* 1997;2:145–65.
- [16] Nunn KP, Thompson SL. The pervasive refusal syndrome: learned helplessness and hopelessness. *Clin Child Psychol Psychiatry* 1996;1:121–32.
- [17] Von Folsach LL, Montgomery E. Pervasive refusal syndrome among asylum-seeking children. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2006;11:457–73.
- [18] Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:1275–93.
- [19] Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:1468–84.
- [20] Connor DF. *Aggression and antisocial behaviour in children and adolescents: research and treatment*. New York: The Guilford Press; 2002.
- [21] Dodge K. The structure and function of reactive and proactive aggression. In: Pepler DJ, Rubin KH, editors. *The development and treatment of childhood aggression*. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1991, p. 201–18.
- [22] Steiner H, Remsing L. Work Group on Quality Issues. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;41:126–41.
- [23] Bursztejn C. Les troubles des conduites : abord nosologique et épistémologique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2007;55:443–9.
- [24] Hoffenaar PJ, Hoeksma JB. The structure of oppositionality: response dispositions and situational aspects. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43:375–85.
- [25] Gard GC, Berry KK. Oppositional children: taming tyrants. *J Clin Child Psychol* 1987;15:148–58.
- [26] Eisenberg N, Fabes RA, Guthrie IK, Murphy BC, Maszk P, Holmgren R, et al. The relations of regulation and emotionality to problem behavior in elementary school children. *Dev Psychopathol* 1996;8:141–62.
- [27] Cole PM, Zahn-Waxler C. Emotional dysregulation in disruptive behavior disorders. In: Cicchetti D, Toth SL, editors. *Developmental perspectives on depression*. New York: University of Rochester Press; 1992, p. 173–210.