

# Intervention psychologique a visée thérapeutique : « L'inhibition scolaire chez l'enfant »

Mme BOUFERMEI / AZIZE GHANIA

Université de Sétif

**Résumé**: La demande faite aux psychologues cliniciens praticiens correspond à une demande de psychothérapie qui suscite une intervention particulière dans l'instauration d'une relation entre le psychologue et l'enfant. Cette approche tient à illustrer que parmi la diversité des tableaux cliniques qui se présente à nous, celui de l'inhibition se révèle difficile à analyser.

Notre expérience, en tant que psychologue clinicienne en santé mentale, durant une dizaine d'années, nous a amené à faire la constatation que les problèmes de l'enfant ou de l'adolescent ne sont pris en charge qu'à partir des difficultés scolaires.

De nombreuses recherches ont par ailleurs révélé que les troubles psychiques de l'enfant d'âge scolaire sont toujours précédés ou accompagnés de difficultés scolaires. (Marciaux.M, 1971, p136).

Par ailleurs, si nous nous intéressons aux difficultés scolaires, c'est parce que l'angoisse et les réactions psychologiques et psychosomatiques qu'ils entraînent représentent une agression à la santé mentale des jeunes scolarisés. En fait, un enfant qui a des difficultés scolaires à suivre sa scolarité est avant tout une personne qui souffre, car il sera confronté aux jugements dévalorisants, aux sanctions et aux humiliations, qui alimentent ses sentiments d'infériorité et de culpabilité. Sentiments qui entraîneront des perturbations sur le plan de la personnalité et un blocage de l'activité de connaissance sur le plan scolaire.

On aboutit à une inhibition qui va s'étendre à toutes les matières et empêchera progressivement tout apprentissage, du fait que les inhibitions intellectuelles peuvent porter sélectivement sur les acquisitions scolaires et laisser subsister un fonctionnement normal dans les autres domaines. (Dictionnaire de psychologie, 1991, p365).

En effet, nous constatons, dans notre consultation, particulièrement drainée par des enfants d'âge scolaire, que parmi la diversité des tableaux cliniques qui se présente à nous, celui de l'inhibition s'avère bien complexe. Si nous nous accordons une importance particulière à l'inhibition, c'est parce que c'est une donnée trompeuse, se révèle d'une manière floue et avec des signes plus discrets. Elle peut passer inaperçue si l'enfant se coule dans les activités du

groupe. C'est alors sa persistance et surtout son impact sur les apprentissages scolaires qui donneront l'alarme. (Debray.R, 1997, p6).

Donc, à cette préoccupation, plusieurs interrogations sont posées :

- Qu'est ce que l'inhibition ?
- Quelles sont ses expressions ?
- Que faire ?.

L'inhibition est un terme emprunté à la psychologie réflexologique et à la psychanalyse, qui s'est vulgarisé pour désigner un comportement défensif fait de gêne, de blocage, de malaise émotionnel.

En physiologie, il désigne « *la réduction, voire la suppression de l'activité d'un système (organe, ensemble fonctionnel, sous l'effet d'un contrôle dit inhibiteur généralement de nature neurale ou hormonale* ». (Dictionnaire de psychologie, 1991, p364).

*Dans son acception psychanalytique stricte, « l'inhibition qualifie la limitation de la pulsion dans sa recherche de satisfaction ».* (Fedida. F, 1974, p160).

Elle peut être liée à « *une limitation que le moi s'impose pour ne pas éveiller le symptôme d'angoisse* ». (Freud.S, 1951, p20). Freud la considère comme un signe, un symptôme pour échapper à l'angoisse.

A partir de ces définitions, nous retenons la grande problématique qu'englobe les inhibitions .Nous avons affaire à un dysfonctionnement de l'appareil psychique qui renvoie pour le comprendre à accorder un intérêt particulier au vécu de l'enfant et aux relations qu'il entretient avec son entourage.

Les travaux portant sur des groupes d'enfants de 5à12ans, nous décrivent des types d'enfants silencieux, peureux, timides, introvertis et anxieux. Cette variété de signes est évocatrice d'une inhibition comportementale ainsi soulignée par Janet dans ses travaux sur l'aboulie.

Il s'agit des manifestations psychasthéniques rencontrées dans les états de dépression. (Fedida.F, 1974, p13).

Pour de nombreux auteurs, on pourrait relier ces signes et expressions à l'angoisse de séparation : à l'école, l'enfant se trouve dans un nouveau milieu, différent de celui de la famille. Il y rencontre un certain nombre de règles à respecter. Il doit investir d'autres objets que ses parents , enseignants et camarades. (Marcelli.D, Braconnier.A, 1983, p41).

D'autres particularités cliniques apparaissent ainsi décrites par Ajuriaguerra : « *les syndromes intellectuels au cours desquels (...) l'enfant se*

*sent comme bloqué devant la tâche à accomplir, en désarroi, il essaie en vain de recommencer (...) ceci entraîne au moment de l'activité elle-même un état de tension angoissante avec souvent fatigue et céphalalgies qui ne font qu'augmenter avec la reprise de l'activité. ».(Ajuriaguerra.J, 1994, p922).*

Dans la littérature psychologique, l'inhibition scolaire peut cacher donc, soit des expressions somatiques (céphalées, nausées, troubles cardiaques, respiratoires, douleurs abdominales...et ils s'apparentent alors à la somatisation de l'anxiété, soit des expressions comportementales (colères, rêveries, troubles de certaines fonctions : sommeil, alimentaire...ils s'apparentent en l'absence de toute lésion organique, aux désordres de l'affectivité.

Certains auteurs voient une analogie entre ce qui se produit lorsque l'aliment est véhiculé de la relation affective parents- enfants et ce qui se passe lorsque la matière scolaire en vient à jouer le même rôle.

Dès lors, nous comprenons « le blocage scolaire », qui intervient comme une forme réactionnelle de défense de moi devant la surcharge anxiuse et la tentative d'ingérence forcée. Au cours de notre travail, nous avons découvert la grande richesse du travail quotidien . Car la recherche théorique partant de la pratique quotidienne renvoie à celle-ci pour l'améliorer et donc c'est un processus continu de formation et d'amélioration de la pratique.

*A titre d'illustration, nous présentons ce cas clinique d'une inhibition scolaire :*

B.Manel, âgée de 11ans qui se fait remarquer par une obésité importante. Elle s'est présentée en consultation accompagnée par sa mère ; orientée par le médecin des UDS (unité de dépistage et de soin), pour un motif de difficultés scolaires.

A l'anamnèse, nous apprenons que Manel est venue au monde après 2 ans de mariage. La naissance normale, le développement psychomoteur est dans les normes.

A partir de 5 ans, le poids de Manel commence à augmenter suite à la venue d'un petit frère Iyes. Tout a fait différent de sa sœur, sur le plan physique et scolaire.

Durant l'entretien, la mère ne cache pas ses plaintes qui portent sur la désobéissance, la colère et les mauvaises notes de sa fille, malgré le suivi et les efforts déployés des parents, plus particulièrement la mère. L'incapacité de concentration, le manque d'attention, les oubli et la tendance vers les activités extrascolaires surtout le jeu, l'envahissent. Manel passe des heures devant ses livres, en donnant ainsi l'image d'une travailleuse qui ne réussit pas. Tous ces signes alertent ses parents et son enseignante qui l'oriente vers le médecin des UDS. Une boulimie est dépistée.

L'examen psychologique de Manel se déroule dans une atmosphère agréable. Coopérante avec nous, elle exécute les tâches demandées. Concernant la prise en charge psychologique, il s'agissait d'abord de déterminer la pathologie présentée et ce par l'entretien et l'observation.

A ce titre, nos observations ont porté sur deux situations différentes au cours desquelles, nous avons utilisé les moyens d'investigation suivants :

- Dessin libre.
- La figure complexe de Rey.

Lors de ces deux épreuves, nous constatons :

- Lorsqu'il s'agit de tester l'activité mnésique, Manel se montre limitée dans ses résultats : la fonction cognitive bloquée fait défaut à la réflexion.
- Lorsqu'il s'agit d'exécuter un dessin libre, Manel se montre plus motivée et compétente.

Sans entrer dans des considérations analytiques très poussées du dessin, du point de vue de la psychogenèse des troubles alimentaires, la boulimie est souvent associée à l'anorexie mentale : « il s'agit d'un transfert sur la conduite alimentaire, sur les rapports avec le corps et souvent avec la mère ». (Brusset.B, 1993, p245).

Manel aurait vécu la naissance d'un frère comme un événement traumatisant, qui a laissé surgir une angoisse de perte d'objet.

C'est principalement comme somatisation d'une défense contre l'angoisse que la boulimie intervient ». (Fedida.F, 1974, p59). La carence de mentalisation serait compensée par l'apport abusif de la nourriture. Ici, c'est la fonction intellectuelle qui se trouve inhibée. Après avoir repérer les différents niveaux de blocage chez Manel, nous avons prolongé alors la consultation par plusieurs séances pour observer les possibilités latentes de l'enfant.

Au cours de ces séances, notre approche thérapeutique s'appuie sur les activités graphiques du dessin et le jeu. Deux niveaux qui permettent la créativité, voir le réinvestissement du fonctionnement intellectuel de cette fille ; « *la psychologue cherche à susciter l'initiative, le choix, l'expression libre verbale ou non verbale... l'enfant joue devant elle, elle s'intéresse à son jeu, y participe éventuellement en aidant à manipuler la matériel, à le ranger... elle écoute l'enfant dans son discours* ». (Mazella.S, 1984).

Un changement important s'est progressivement produit : Manel s'est intéressée à l'activité scolaire et a fait des progrès dans ses résultats, ce qui annonce un changement positif.

Nous avons travaillé sur le transfert pour avoir le changement .En fait, il s'agit d'une nouvelle circulation de l'énergie psychique pour la reprise du développement de la personnalité.

Un changement qui se situe dans l'interaction entre la psychologue et l'enfant, entre la psychologue, l'enfant et la famille, du fait que le travail consiste surtout à maintenir l'atmosphère de sécurité et de confiance qui tissait cette relation thérapeutique. C'est pourquoi, dans notre approche nous avons privilégié des activités de dessin et de jeux qui sont des exaltolides moyens d'expression et de médiation de la relation.

Compte tenu de ce que nous avons présenté, il apparaît évident que l'aspect préventif est primordial. Il conviendrait de prendre des dispositions beaucoup plus importantes et surtout pratiques. Instaurer le dépistage précoce qui implique une information, une formation et une sensibilisation des pédagogues, médecins de la santé scolaire et des parents.

**Bibliographie :**

- 1- Ajuriaguerra.J,( 1994) : Manuel de psychiatrie de l'enfant.2éme ed.Masson.
- 2- Brusset.B, (1993) : Anorexie mentale et boulimie du point de vue de la genèse. « in neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- 3- Debray.R,(1997) : L'environnement scolaire de l'enfant. Encycl.Med.
- 4- Dictionnaire Psychologie, (1991), PUF.
- 5- Fedida.F, (1974) : Dictionnaire de psychanalyse. Librairie Larousse, Paris.
- 6- Freud.S, (1951) : Inhibition Symptômes et Agoisse.PUF.
- 7- Evequoz.G, (1984) : Le contexte scolaire et ses otages, vers une approche systémique des difficultés scolaires.ESF, Paris.
- 8- Mannoni.P, (1979) : Troubles scolaires et vie affective chez l'adolescent.ESF.
- 9- Marcelli.D, Braconnier.A, (1983) : Les difficultés scolaires. Pratique médicale.
- 10- Mazella.S, (1984) : La dynamique d'une consultation de psychologie pour enfants à Alger, contribution à l'étude du problème du changement . OPU .