

Histoire de la psychopathologie de l'enfant

Histoire qui s'étale sur 1 siècle et demi ; elle débute en 1800 dans le sillage immédiat du traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale de Pinel (1745-1826).

Faute d'un appareil conceptuel, la psychiatrie de l'enfant s'est repliée sur une position pédagogique dans laquelle l'acquisition d'apprentissage l'emportera sur une compréhension plus psychologique.

I) Au Moyen-âge :

Saint Augustin (1354-1430) et St Thomas d'Aquin (1225-1274) assimilent les déficiences mentales à une cause naturelle. C'est à partir de l'Inquisition au 13^e que les fous et les idiots sont considérés comme des incarnations du malin.

II) A la Renaissance : 15^e-16^e

On trouve une opposition d'opinions entre ceux qui ne voient dans les faits humains que des œuvres naturelles et ceux qui avancent l'idée d'une démonisation de la personne humaine. À cette époque l'étiologie de l'idiotie, de l'aliénation reste inconnue.

III) À l'époque classique et siècle des lumières

Courant médico-pédagogique :

Au 17^e Félix Platter , « De mentis imbecillitate »(1665) isole un groupe particulier qui est l'imbécillité. Il est le premier à attribuer une cause héréditaire à la déficience mentale mais tout en considérant cette déficience mentale comme incurable. On peut préconiser un traitement pédagogique pour les formes les moins sévères.

Au même moment Thomas Willis « De anima Brutorum » (1672) propose une solution thérapeutique : allier les compétences d'un médecin et d'un pédagogue pour que l'intelligence des enfants puisse être redressée.

Il y a tout un courant médico-pédago autour de ces 2 auteurs.

Ère scientifique de la psychiatrie de l'enfant (18^e)

a)La réflexion nosographique :

Réflexion sur l'étiologie de déficiences mentales :

- Termes : « idiot et imbécile » incérés dans l'Encyclopédie de Diderot (1765)
- Effort nosographique de Cullen et Pinel.

Tout cet effort sera résumé dans un ouvrage de Pinel « Traité de Pinel ».

Ce traité signe l'acte de naissance de la psychiatrie moderne.

Arrivée à Paris de l'enfant VICTOR ou sauvage de l'Aveyron : cet enfant est soigné par Itard (chirurgien) (1775-1838) ; Début de la pédopsychiatrie.

b)Début de la pédopsychiatrie :

À travers VICTOR , glissement dans la pratique et la réflexion scientifique . : L'aspect humain est mis en avant et les termes « idiot » et « sauvage » sont mis en retrait.

C'est la première fois qu'un traitement moral est proposé à un enfant (Mise en pratique du traité de Pinel)

Pendant + de 4 ans , Itard s'occupe quotidiennement de Victor en essayant de le rendre à la communication : impossible de le faire parler. Itard abandonne toute action pédagogique et Victor se replie sur lui-même et aggrave son cas encore plus.

Victor est le témoin vivant de son échec.

Mais 30 ans plus tard , Itard qui s'occupe toujours d'enfants sourds-muets met en évidence parmi eux un groupe particulier : le mutisme , produit par la lésion des fonctions intellectuelles (1828). Ce sont les psychologies sans langage des dysharmonies évolutives.

IV) Les premiers services pour enfants idiots : 19e

Pendant les premières années du 19^e il n'existe pas encore de services spéciaux pour les enfants.(Victor était hébergé chez les sourds-muets).

La loi du 30 juin 1838 mise en place par Esquirol ne prévoit aucune mesure particulière pour le traitement des enfants.

Apport de Jean-Pierre Falret (médecin français, élève Esquirol)(1794-1870) et Félix Voisin

Jean-pierre Falret

De 1821 à 1840 , il s'occupe d'enfants idiots à la Salpêtrière et, sur 20 ans, on distingue 2 temps sur sa réflexion sur la pathologie mentale :

Jusqu'en 1830 : propose une étiologie organique et cherche une causalité anatomoclinique sous l'influence des théories régnantes issues de la phrénologie (régions spécifiques à certaines capacités : mémoire , mathématiques...) . C'est le début de la neuropsychologie.

Falret ouvre les corps et collectionne des moules et des plâtres du cerveau.

Il cherche des lésions anatomiques pouvant rendre compte de l'imbécillité et de l'idiotie.

À partir de 1830 : face à l'insuffisance de l'anatomopathologie, il cherche une origine plus psychologique pour l'idiotie et l'imbécillité.Ces pathologies seraient alors comprises comme un déficit de telles ou telles facultés morales.

Falret s'intéresse à l'histoire de la maladie (anamnèse) et au remaniement possible.

Félix Voisin

Il fonde en 1834 : École ortho phrénique : direction confiée à Falret.

Reçoit plusieurs catégories d'enfants :

- Enfants nés pauvres d'esprit
- Enfants aptes au plus grand vice (crimes) et à la plus grande vertu (grandes actions)
- Enfants qui ont reçu une éducation mal dirigée
- Enfants nés de parents aliénés (prédisposés à l'aliénation mentale)

Pour Voisin, outre la catégorie de l'arriération avec troubles associés (malformations de toutes sortes) tout le reste de la pathologie de l'enfant est considérée sous l'angle d'une étiologie psychogène.

Apport de Ferrus à Bicêtre (1784-1861)(assistant de Pinel , médecin français)

Ferrus a reçu en même temps de Falret et Voisin les enseignements d'Esquirol. Ferrus organise un service pour enfants idiots à Bicêtre.

Il parvint à force d'insister auprès de l'Administration à construire un endroit où recevoir les convalescents de son service : Saint Anne.

Pour lui , l'idiotie est une sorte d'engourdissement qui ne touche en rien à l'humanité de ses malades. Il s'agit de « réveiller par traitement moral et pédagogique ce corps dont les organes dorment ».

2 pôles étiologiques :

- Les grands délabrements somatiques avec un cortège malformatif ou pathologique
- Les troubles liés à de mauvaises conditions d'éducation

Après un engouement anatomopathologique dans les années 1820, nous avons assisté à l'efflorescence d'une tentative de traitement moral des enfants idiots et imbéciles même si les moyens étaient précaires.

V) Un nouveau souffle dans la réflexion sur les pathologies psychiatriques de l'enfant

Delasiauve et Bourneville :

Delasiauve

Il reçoit la responsabilité d'un nouveau service créé à Bicêtre pour les enfants dits arriérés. Il poursuit son œuvre à la Salpêtrière dans le service des épileptiques et idiots adultes.

À partir de 1864 le souci étiologique est secondaire. Il se préoccupe de questions d'instruction et de pédagogie.

En 1854 il publie « des principes qui doivent présider à l'éducation des idiots ».

Il porte un intérêt majeur aux « qualités restées intactes » de ses patients et il décrit des idioties partielles.

2 grandes catégories de maladies :

- Les déficiences organiques profondes avec étiologie organique
- Les déficits partiels : étiologies incertaines.

Bourneville (1840-1909)

En 1875 un rapport d'inspection révèle que seule une douzaine d'asiles psychiatriques ont réservé un quartier spécifique aux enfants. De plus, ils sont insalubres, sans équipement et surencombrés.

Bourneville va donc organiser des classes spéciales ou « asiles-écoles » dans son service.

Il sera suivi par d'autres médecins.

Dans les premières années du XXe siècle, 5 asiles du modèle de Bourneville seront créés en France.

Application du traitement médico-pédagogique : sa forme

2 pôles :

- Traitement hygiénique : locaux bien aérés, nourriture saine et abondante, hydrothérapie, gymnastique et marche.
- Éducation : développer les facultés restantes : exercices de reconnaissance d'objets, dessin, musique, mémoire, leçon de choses, développement de leur volonté (apprentissage de la propreté, investissement dans des actions communes)

1905 : Binet et Simon ont pour projet de faire des tests d'intelligence.

Bourneville prendra la direction de la fondation Vallée où il montrera son souci médico-pédagogique en faisant des efforts de prise en charge physique, pédagogique et physiologique.

Ses conceptions étiologiques :

- D'un côté il y a toute la pathologie lourde qui relève d'une étiologie grave et invalidante ,
- De l'autre côté, il y a un ensemble très hétérogène de troubles regroupés sous les qualifications « d'imbéciles et d'arriéré »

Il accorde une importance au poids des déterminants psychosociologiques.

Édouard Seguin

Il va jouer un rôle décisif dans la prise en charge des enfants idiots.

En 1839 il ouvre une école pour enfants idiots à Pigalle qui ne sera qu'éphémère.

En 1842 le conseil général des hôpitaux de Paris décide de confier à Seguin la direction de l'école de Bicêtre pensant qu'il pouvait appliquer ses méthodes pédagogiques aux enfants idiots.

Sa méthode :

Préconiser une éducation des sens et de la mémoire. Elle est basée sur 3 éléments :

- L'initiative
- L'activité avec la gym
- Les rapports à autrui

À Bicêtre , Seguin se heurte à l'opposition de certains médecins mais aussi à l'administration hospitalière et il quitte Bicêtre en 1843. (1 an après)

En 1859 il part aux USA. C'est par lui que vont se développer de nombreux instituts pour enfants et que la psychiatrie américaine va prendre racine. Il crée de nouvelles institutions.

Pour lui la question de l'étiologie est reléguée à l'arrière-plan du projet pédagogique.

Il considère toute organisation pathologique de l'enfant accessible aux traitements médico-pédagogiques.

La Fondation Vallée (1816-1885)

Vallée entre à Bicêtre en 1844 après Seguin, il entreprend auprès des enfants idiots sa formation d'instituteur et de thérapeute ;Il fondera son propre centre de traitement en achetant à Gentilly une propriété en 1847.

À sa mort , cette propriété deviendra propriété de l'assistance publique et sera rattachée au service des enfants idiots de Bourneville à Bicêtre.

Depuis cette maison est connue sous « Fondation Vallée ».

VI) Idiotie , démence , psychose

La démence précoce infantile

Dans les différentes éditions de son traité de psychiatrie , Kraepelin (1855-1926), décrit une classe de maladie « la démence précoce » en raison de l'apparition juvénile très précoce des premiers signes de démence.

Les traits cliniques de ses patients sont l'ambivalence, l'autisme, la bizarrerie évoluant inéluctablement vers un état de démentiel d'hébétude et d'incohérence.

Sanctis (1862-1935) s'intéresse aux formes très précoces de la démence précoce et qu'il baptisera « démence précocissime » .

Les symptômes de cette démence :

- Bonne mémoire
- Bonne capacité de perception mais contrastant avec une instabilité de l'attention , une faiblesse voire une absence de pensée d'ordre supérieure
- Des perturbations graves de l'activité volontaire
- Des troubles du caractère et des attitudes (négativisme ...)
- Impulsivité

La plupart des auteurs décrivent des démences précoces apparues entre 5 et 10 ans sans troubles antérieurs évidents. S'ajoute à cela des observations de démence précoce chez des enfants atteints d'imbécillité.

En 1813, Kraepelin se pose la question d'un lien entre démence précoce et l'imbécillité. Pour lui, l'imbécillité lui apparaît comme le signe d'une poussée antérieure et très précoce de la maladie.

Targowla étudiera ces formes et les regroupera sous « débilites mentales évolutives » (1933)

La schizophrénie

Le cadre des démences précoces de Kraepelin sera reconsidéré par Bleuler en 1911.

Pour lui il s'agit plus de la désagrégation de la personnalité que d'un effondrement démentiel global et irréversible. Il parlera alors de schizophrénie où les symptômes démentiels trouveront une place secondaire. Ainsi la démence infantile et la démence précocissime seront rebaptisées schizophrénie infantile.

Heuyer (médecin français) (1884-1977) se demande s'il faut conserver l'étiologie présumée par Kraepelin d'une « auto-intoxication génitale (héréditaire) » ou s'il est nécessaire d'aborder une compréhension psychoaffective du processus pathologique de l'enfant.

Dans ce courant Mélanie Klein (1882-1960) dans ses premiers écrits psychanalytiques , donne une voie de compréhension psychogénétique (dans le sens développement). C'est une première ouverture vers la psychologie.

L'autisme infantile précoce

Léo Kanner met en évidence une pathologie particulière : l'autisme infantile plus connu sous le nom de « maladie de Kanner » . Il va différencier l'autisme infantile précoce de la schizophrénie. « Au contraire de la schizophrénie infantile , il ne s'agit pas d'un processus de retrait de la participation à un mode de relations antérieures mais davantage d'une solitude autistique extrême ».

Dans l'autisme infantile précoce , l'enfant ignore , exclu et refuse tout ce qui vient de l'extérieur qui est vécu comme une menace (personne , bruit , objet...).

Ces patients donnent l'impression de ne rien voir et de ne rien entendre autour d'eux. Leur langage est souvent absent et l'emploi du « je » n'apparaît jamais.

Les psychoses infantiles

Le terme de schizophrénie infantile exprimant trop de circonstances négatives de la fissuration du monde intérieur , il est remplacé par celui de psychose dont le caractère vague traîne moins de connotations pessimistes. : On parle de psychose infantile.

L'acte de naissance officiel de ce groupe de psychose infantile est récent et sera reconnu dans l'article de Diatkine en 1959 dans l'encyclopédie médicochirurgicale.

7) Intérêts pour les troubles plus bénins.

Face à ce nouveau regard psychiatrique se met en place un intérêt pour des troubles plus bénins sans rupture profonde avec la réalité.

C'est autour de l'enfance en danger que seront créées des consultations de guidance infantile, de conseils, de dépistage, et d'orientation médico-pédagogique.

Parallèlement on assiste à la multiplication d'internats puis d'externats pour enfants dits caractériels et à la fondation des premiers centres CMPP.

CONCLUSION

Sous l'influence de philosophes comme LOCKE (1632-1704), et Rousseau (1712-1778), d'éducateurs, comme Seguin et Itard, le 19^e « découvre » véritablement les enfants dans un certain contexte de bien-être économique (progrès médical, révolution industrielle, scolarisation obligatoire introduite dans de nombreux pays ...).

Ces efforts ont permis de mettre en lumière les différences individuelles dans le processus éducatif et d'offrir une meilleure compréhension des besoins et des capacités des enfants ainsi que des vulnérabilités et des limitations de certains d'entre eux.

Si ces développements médico-éducatifs représentaient des progrès importants, ils ont eu cependant peu d'impacts immédiats dans le domaine de la psychopathologie, domaine qui émerge petit à petit de la médecine.

Jusqu'au début des 20^e, les ouvrages qui traitent des différentes psychopathologies mettent l'accent plus sur les adultes que les enfants (exception le Traité de Paul Moreau de Tours en 1888 et intitulé « La Folie chez les enfants »)

La majorité des modèles étiologiques qui ont été développés tout au long du 20^e l'ont été sur la base de travaux effectués auprès d'adultes puis parfois généralisés auprès d'enfants.

Ces généralisations sont inadéquates car elles ne reflètent pas ou mal les changements considérables qui accompagnent le développement affectif, cognitif et social des enfants atteints d'un trouble psychopathologique.

À l'exception de troubles nettement déficitaires (arriération mentale, débilité...) L'existence d'une pathologie de l'enfant apparaît moins évidente que celle de l'adulte.

En clinique infantile, il n'est pas possible de se référer comme pour l'adulte avec le DSM à un cadre nosographique rigoureux et à des classifications systématiques.

Chez l'enfant, il y a des psychopathologies évolutives et changeantes

Le psychologue est confronté à une psychopathologie changeante et il doit évaluer le trouble en tenant compte de :

- Processus de développement propre à l'enfant
- L'évolutivité de l'organisation pathos...

Lorsqu'on parle de normalité et d'anormalité pour un enfant, il s'agit de savoir si l'on se réfère à des normes (notions statistiques) ou s'il faut s'intéresser aux possibilités de l'enfant en fonction de son histoire et de son équipement (ses potentialités). Il faut s'intéresser à l'histoire de l'enfant (où vit-il ? son environnement...)

La souffrance psychique qu'exprime l'enfant est rarement comprise. C'est souvent l'entourage qui attire l'attention sur un trouble morbide. Les manifestations psychopatho.

Les plus bruyantes et les + dérangeantes (agressivité , fugue...) ne correspondent pas forcément à des troubles graves.

À l'inverse , des troubles comme l'autisme infantile peuvent êtres bien tolérés et même « étouffés » par la famille.

Il y a une spécificité de la psychopathologie infantile.

Les théories de référence en psychopathologie

Théorie behavioriste

Elle est sous-tendue par un courant behavioriste qui s'appuie sur les paradigmes de conditionnement classique :

Travaux de Pavlov, mais aussi sur le conditionnement opérant ou instrumental avec les travaux de Skinner. Dans l'optique behavioriste, les comportements normaux et anormaux sont acquis. Acquis et maintenus par des mécanismes sous-tendus par les lois générales de l'apprentissage.

Ils rejettent toute cause interne et ils lient l'apparition de tout comportement à l'environnement.

Il s'agira alors de chercher à préciser les conditions spécifiques environnementales qui précèdent, accompagnent ou suivent le comportement pathologique ou normal.

La psychopathologie cognitive

L'approche cognitiviste a conduit à l'élaboration de plusieurs théories dont certaines mettent l'accent sur les distorsions cognitives.

L'une des plus connues est la **théorie de Beck en 1967**.

Pour Beck, la dépression serait causée par la présence de schéma cognitif ayant un contenu négatif ou schéma dépressogène. Ces schémas vont créer une distorsion cognitive de sorte que le sujet ne va sélectionner et intégrer que les informations à connotations négative. C'est ce qu'on appelle un biais négatif. Ces schémas vont entraîner l'apparition de symptômes de la dépression :

- Auto reproche
- Culpabilité
- Dévalorisation

La psychopathologie psychanalytique

L'approche psychanalytique a ouvert une nouvelle voie de compréhension des troubles psychologiques.

Il y a quatre contribution importantes.

Freud a proposé un modèle avec sa première et deuxième topique.

- Inconscient et conscient
- Ça, moi et surmoi

Très important dans la compréhension de la formation des symptômes.

- Importance du passé personnel
- Expérience individuel actuelle

La maladie mentale est conçue dans une perspective fonctionnelle. Elle constitue un ajustement par rapport à des problèmes qui n'ont pas pu être résolus d'une manière plus satisfaisante.

La psychopathologie athéorique

Création et développement du DSM

(Diagnostic and statistical manual of mental disorders)

L'idée de créer une psychopathologie ou la description des troubles est athéorique est apparue au États-Unis avec le DSM.

Le DSM 1 est publié en 1952.

Le DSM 2 est publié en 1968.

Le fait d'opter pour une position athéorique fait qu'au lieu d'indiquer comment sont apparus les troubles, on va tenter de décrire ce que sont les manifestations de ses troubles. On parle d'une approche descriptive.

Le processus d'élaboration du DSM 3 débute en 1974, lorsque que l'APA (American Psychiatric Association) crée un groupe de travail sur la nomenclature. Un des objectifs était de se faire accepter des cliniciens et des chercheurs d'orientation théorique différente. Le DSM 3 sera approuvé en 1979.

EN 1983, l'APA procède à une révision du DSM 3 car les critères étaient peu clairs, voire même contradictoire. Et on l'a appelé le DSM 3 R. Le processus de perfectionnement du DSM a continué et a abouti en 1994 au DSM 4. Actuellement DSM 4 R

Bibliographie :

Ionescu Serban (1991, 1995)

Quatorze approches de la psychopathologie . Nathan.

Les questions des classifications : CIM-10, DSM-IV-R et CFTMEA

I) Les principes de classification

La classification permet de distinguer les troubles en ce qui a trait à leurs symptômes respectifs et à leur évolution.

ALLILAIRE en 1994 énonce 4 principes qui sont à la base d'une classification.

- L'exhaustivité.
- Tous phénomènes ayant une probabilité d'être observé doit être classé, doit être classé.
 - La conceptualisation : tout objet
 - La dénomination : tout ce qui procède des caractères communs doit être désigné par le même terme.
 - La hiérarchisation : Chaque catégorie diagnostic doit être délimité en fonction de critères dominants et de critères subordonnés.

Une classification ne peut pas faire l'unanimité parce que les troubles y sont classés à partir d'une conception théorique particulière sur la maladie mentale.

II) Les modèles de classification

La classification **catégorielle**

Elle consiste en une approche dichotomique : un trouble est présent ou absent.

La classification **dimensionnelle**

Elle évalue le trouble sur la base d'un score globale, ainsi des questionnaires ou échelles sont utilisés.

Tenir compte d'un score global peut s'avérer plus exacte que de considérer l'absence ou la présence de symptôme si on présume que la différence entre le normal et le pathologique est un continuum.

III) Le DSM

Une classification catégorielle

Le DSM 4 propose des critères diagnostic pour tous les troubles psychopathologiques.

Dans ces critères, certains sont obligatoires : **critères nomothétiques** (A ,B, ...)

et d'autres facultatifs : **critères polythétiques** (1,2,3 ...)

Il faut obligatoirement réunir tous les critères nomothétiques et avoir un nombre précis de critères polythétiques pour être diagnostiqué pour telle pathologie.

Le but de cette démarche est d'augmenter la probabilité diagnostic.

Le diagnostic multi axial

Le DSM 4 propose **cinq axes** permettant une appréciation catégorielle des différents symptômes. Chaque axe représente un domaine particulier susceptible d'aider le clinicien dans son choix thérapeutique et son pronostic.

L'Axe 1

Il regroupe les troubles mentaux ainsi que les autres situations non attribuables à une maladie mentale mais qui nécessitent une prise en charge.

Cf. Livre Ionescu .

Liste des 15 troubles

L'Axe 2

Cet axe regroupe :

- Les troubles de la personnalité
- Traits de personnalité
- Mécanismes de défenses
- Cet axe permet également de coder le retard mental.

L'Axe 3

Conditions médicales générales, à savoir : les effets de la santé physique sur la santé psychique comme l'annonce d'une maladie grave.

L'axe 4

Facteur précipitant une pathologie ou un trouble préexistant

Problèmes psychosociaux et environnementaux : les événements de vie, le stress familial ou interpersonnel et des événements positifs : grossesse, promotion professionnelle qui peuvent entraîner une fatigue physique voir de l'anxiété.

L'Axe 5

Évaluation globale du fonctionnement : échelle EGF.

C'est un continuum qui va de 100-91 (le plus haut niveau de fonctionnement à la catégorie 10-0 (le plus bas niveau).

Critiques de la classification du DSM

Elle laisse dans l'ombre d'autres aspects majeurs telles que l'étiologie, l'évolution.

La cotation par symptômes et le choix restreint d'item oblige le clinicien à ne choisir les symptômes que parmi ceux qui lui sont offerts. Or le patient peut présenter d'autres symptômes.

Il est possible également que des patients aient le même diagnostic mais ne répondent pas tous aux mêmes critères.

Le DSM a une approche comportementaliste parce que l'on s'intéresse aux symptômes observables d'un point de vue comportemental.

Malgré toutes ces critiques, le DSM est un instrument utile, dans la recherche et en psychopathologie. Il a permis une meilleure communication entre les spécialistes de la santé mentale. Mais cette classification représente plus un compromis qu'un consensus.

IV) La classification multiaxiale : La CIM-10

Classification internationale des maladies – 10^{ème} révision.

La CIM-10 présente une classification des troubles psychiatriques des enfants et des adolescents. C'est aussi une classification catégorielle multiaxiale et athéorique.

Axe 1 : Troubles mentaux et troubles du comportement

L'un des principes de la CIM-10 est qu'il ne doit pas exister de différence de classification en fonction de l'âge, et pourtant l'âge est pertinent pour déterminer les problèmes. C'est la raison pour laquelle le premier axe comprend certains codages qui finalement ont peu d'intérêt pour les enfants ex. la maladie d'Alzheimer.

- Troubles envahissants du développement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence ex. : Troubles hyperkinétiques ; Angoisse de séparation.
- Troubles mentaux organiques ex. Alzheimer

- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho actives
- Schizophrénie et troubles délirants
- Troubles de l'humeur
- Troubles névrotiques (troubles anxieux ou phobiques, TOC...), troubles liés à des facteurs de stress (post traumatiques) et troubles somatoformes .
- Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques. Asme, ulcères
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

L'Axe 2 : Troubles spécifiques du développement psychologique

Cet axe code :

- Les troubles du développement de la parole et du langage
- Les troubles des acquisitions scolaires (lecture, orthographe, expression écrite)
- Les troubles du développement moteur (dyspraxie, troubles de la coordination motrice ...)

Bibliographie DSM code B.U. 616.890.75
 Classification CIM-10 616.890.75.CIM
 Classification CFTMEA 616.890.75.CLA

L'Axe 3 : « Niveau intellectuel »

- Décrit le niveau actuel de fonctionnement intellectuel d'un individu : retard en taille léger moyen grave et profond.

L'Axe 4 : « Autres affections souvent associées à des troubles mentaux et à des troubles du comportement

Cet axe permet de coder les problèmes médicaux qui ne relèvent pas du domaine proprement psychiatrique. Ex : maladies infectieuses et parasitaires, maladie de l'appareil respiratoire.

L'axe 5 : Situations psychosociales anormales associées

Cet axe permet de coder les situations psychosociales anormales qui pourraient avoir un rapport avec le problème psychiatrique. Ex. : Perturbation dans les relations intrafamiliales, les événements de vie,

L'Axe 6 : Correspond à l'évaluation globale de l'incapacité psychosociale.

Cet axe reflète le fonctionnement psychologique, social, et le niveau d'activité du patient au moment de l'évaluation clinique. On prend en compte le fonctionnement sur les trois mois précédents l'évaluation.

Du fonctionnement social bon ou excellent à une incapacité totale et envahissante. C'est un continuum et c'est à l'évaluateur de faire l'évaluation.

Les éditeurs du DSM 4 R ont travaillé en collaboration avec les éditeurs de la SIM 10, de façon à harmoniser ces deux systèmes. Le DSM 4-R et encore plus la SIM 10 sont les classifications les plus utilisées aujourd'hui. Pour les troubles psychopathologiques de l'enfant et de l'adolescent, **il est essentiel de souligner que ces deux systèmes sont encore**

en pleine évolution. Les descriptions et les critères diagnostiques seront probablement pour la plus part révisés à la lumière des études taxonomiques et développementales en cours.

V) LA CFTMA (Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent)

S'est efforcés d'introduire diverses innovations sur le plan nosographique et s'est efforcé de renforcer les liens avec la SIM 10. D'inspiration psychodynamique, cette classification est ouverte à tout les courants spécifiques de la psychiatrie, les aspects les plus actuels de la pédopsychiatrie sont largement pris en compte. Par ex. Les données concernant l'autisme et les troubles psychotiques.

Des contributions très innovantes ont été apportées pour les classement des troubles observés aux âges extrêmes (chez le bébé). Ainsi pour le sujet très jeune, il y a un axe qui s'appelle axe 1 bébé créée pour les enfants de 0 à 3 ans.

L'Axe 1 : Catégories cliniques

Il comporte 9 chapitres

Chapitre 1 : Autisme et troubles psychotiques

1. Psychoses précoces (troubles envahissants du développement du développement).
 - Autisme infantile précoce type Kanner (CIM 10 codes F84.0 « Autisme »)
 - Syndrome d'Asperger (CIM-10 –F)
2. Schizophrénies (CIM10 : F20 « schizophrénie »)
 - Schizophrénie de l'enfant
 - Troubles S à l'adolescence
 - Schizophrénie avérée (adulte)
- 3 Troubles délirants
(CIM 10 : F22 « troubles délirants persistants »)
4. Troubles psychotiques aigus
 - Épisode aigu pouvant prendre la forme de bouffée délirante ou de schizophrénie aigue.
5. Troubles thymiques
 - Psychoses dysthymiques de l'enfant (CIM 10 : code F25) « troubles schizo-affectifs »
 - Troubles thymiques de l'adolescent CIM 10 code F25°
 - Troubles maniaco-dépressif
 - Troubles thymiques sévères qui modifie le rapport au réel.
6. États dépressifs après épisode psychotique
(CIM 10 : F20.4 « dépression post schizophrénique »)

Chapitre 2 : Troubles névrotiques

Selon le symptôme dominant, on peut observer différents types de troubles névrotiques.

- Les troubles névrotiques à dominante : anxieuse, hystérique, phobique, ou obsessionnelle.
- On trouve également dans cette catégorie la dépression névrotique.

Chapitre 3 : Pathologie limite et troubles de la personnalité

- Les dysharmonies évolutives
- Les pathologies limites ou border line (CIM 10 code F60 31) – Non assimilable

On observe une angoisse envahissante, des symptômes névrotiques multiples et changeant, et un syndrome dépressif.

Au niveau psychopathologique, on relève notamment 3 choses :

- Un défaut d'étayage
- Une atteinte portée au travail de séparation
- Des failles narcissiques (atteintes aux sentiments d'identité, représentation de soi inacceptable)

Chapitre 4

- Les troubles réactionnels
- La dépression réactionnelle

Chapitre 5 (arriérations, débilites mentales, démences)

On trouve notamment :

- Déficiences harmoniques (F70 à F 79)
- Déficiences dysharmoniques
- Démences

Chapitre 6 : Troubles spécifiques du développement des fonctionnements instrumentaux

- Beaucoup de correspondance avec la CIM 10 F80, F81, F82, 88 ?89 ?98,8 etc.
- Troubles cognitifs et troubles psychomoteurs

Chapitre 7 : Troubles des conduites et des comportements

Chapitre 8 : Troubles à expression somatique

Chapitre 9 : Variations de la normale

- Ces symptômes se retrouvent dans l'évolution normale de l'enfant ou de l'adolescent.
- Ex. Les rituels du jeune âge, les régressions transitoires, des moments dépressifs etc.

Complément de l'axe général : Axe 1 Bébé (0 à 3 ans)

- Bébé à risques de troubles sévères du développement
- Les dépressions du bébé
- Bébé à risque d'évolution dysharmonique
- Les états de stress
- Hypermaturité et hyper précocité pathologiques
- Distorsions du lien

- Retards d'acquisition divers
- Troubles des grandes fonctions psychosomatiques

Axe II : Facteurs associés ou antérieurs éventuellement étiologiques

- Facteurs organiques
- Facteurs et conditions d'environnement

Classification DSM : 616 890 75

CIM 10 : 616 890

CFTMEA : 616 890 75 CLA

Les déficiences intellectuelles

I) Le retard mental selon le DSM IV

A. Les trois critères servant au diagnostic d'un « retard mental »

- Critère a : Fonctionnement intellectuel général se situant significativement en dessous de la moyenne c'est à dire un Q.I. de moins de 70.
- Critère b : Déficits concomitant du comportement adaptatif
- Critère c : Début avant l'âge de 18 ans

B. Les degrés de sévérité : Décrit dans le DSMIV-R

- Le retard mental léger : Q.I. entre 55 – 70
- Le retard mental moyen : Q.I. entre 35-40 et 40-55
- Le retard mental grave : Q.I. entre 20-25 et 25-35
- Le retard mental profond : Q.I. inférieur à 20-25.

Voir la description qualitative dans le DSM IV-R

C. La prévalence

Prévalence par catégorie diagnostique :

- Le groupe des individus ayant un retard mental léger représente 85% de la population ayant un retard mental.
- Le groupe des individus ayant un retard mental moyen représente 10%. 3 à 4% ont un retard mental grave. 1 à 2 % un retard mental profond.
- Prévalence générale est de 1 %.

Troubles associés :

- Au niveau cognitif :
 - o Moindre efficacité des processus de traitements de base de l'information : Baisse de la mémoire à court terme, de la mémoire de travail, déficit de récupération de l'information en mémoire, une baisse des temps de réaction
 - o Déficit de l'attention sélective
 - o Moindre efficacité pour la résolution de problème
 - o Manque de stratégie cognitive
 - o Accroissement de la différence déficience en fonction de la complexité de la tâche
 - o Base de connaissance pauvre et mal organisée
- D'un point de vue non cognitif :
 - o Absence de motivation
 - o Faible estime de soi
 - o Troubles de l'humeur
 - o Hyperactivité

II) Le retard mental selon la CFTMEA

Dans L'axe 1 du Chapitre 1, on trouve la catégorie déficiences mentales.

Les déficiences harmoniques

Les troubles de l'intelligence apparaissent fixés. Les manifestations sont à rattacher aux troubles globaux du développement et de l'organisation des capacités des fonctions cognitives.

Les déficiences dysharmoniques

Les troubles de l'intelligence s'inscrivent dans un processus évolutif.

Certains retards sont accessibles à des actions curatives. Les traits déficitaires sont intriqués à des troubles de la personnalité et des troubles instrumentaux.

Les déficiences avec poly handicap sensoriel et/ou moteur.

Le déficit intellectuel est intriqué à des troubles neurologiques sévères à expression motrice et/ou sensorielle.

Les démences

Il existe une réduction des capacités mentales, pouvant évoluer vers une limitation durable.

Troubles en rapport direct avec des facteurs organiques.

Catégories « non spécifiée » correspond avec la CIM 10 au retard mental sans précision.

III) Les facteurs étiologiques

A. Facteurs héréditaires

Gènes défectueux ou aberrations chromosomiques :

- Anomalie du nombre comme la trisomie 21 (1/1000), 18 (1/5000)
- Anomalie de structure : syndrome de Prader Willi au niveau du chromosome 12
- Fragilité d'un site avec le syndrome de l'X fragile.

Mutation d'un gène :

- Mode de transmission autosomique récessif : La Phénylcétonurie
- Transmission sur un mode gonosomique (chromosome sexuel) :
- Syndrome de Lesch – Nyhan caractérisé par un retard mental moyen.

B. D'autres facteurs biologiques

- Problème au cours de la grossesse d'origine viral ou toxique ou problème périnataux : hypoxie, infections diverses
- Problèmes post-nataux : Toutes les encéphalopathies d'origines virales : méningites, toxiques, ex empoisonnement au plomb, dégénératives, traumatiques (maltraitance, accident de la route).

C. Facteurs familiaux sociaux et culturels

- Psychopathologie parentale liée à l'alcoolisme, la maltraitance, le manque de soin adéquat en cours de développement (vaccination, alimentation, soins médicaux).

On ne trouve aucune étiologie chez 30 à 40% des sujets.
Parfois, les causes du retard sont multifactorielles.

IV Les perspectives d'intervention

A . L'intervention sur l'efficience intellectuelle ou éducabilité cognitive

a) Valorisation des processus par rapport aux connaissances

Il s'agit d'apprendre à penser sans passer par l'acquisition des connaissances.

b) Enseignement de stratégies spécifiques

Un grand nombre de stratégies dans le traitement de l'information et pour la mémorisation sont proposées :

- la répétition
- L'apprentissage par regroupement d'éléments
- l'élaboration d'images mentales

Ces stratégies améliorent la mémorisation et l'apprentissage chez des sujets présentant des incapacités intellectuelles légères.

Limites :

les stratégies apprises sont rapidement abandonnées si on cesse de solliciter leur utilisation. Les sujets ne les transfèrent pas à d'autres situations que celles utilisées dans le cadre de l'apprentissage . Ainsi ces stratégies présentent un intérêt limité dans la vie quotidienne.

c) Développement d'habilités particulières nécessaires pour la vie quotidienne

Il s'agit de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, des opérations de base, d'apprendre à l'individu à faire ses courses à utiliser des moyens de transport etc.

d) La métacognition

Elle correspond au connaissance que le sujet possède à propos de son propre fonctionnement cognitif. Il s'agit d'une démarche stratégique proposée par Borbowski en 1988 qui consiste à attribuer les réussites et les échecs en fonction de l'effort fourni par le sujet.

Il s'agit également de faire adapter une démarche stratégique au sujet pour mémoriser, apprendre et résoudre des problèmes

e) La médiation

Le modèle de Feuerstein en 1980.

L'adulte va aider l'enfant à interpréter l'information, résoudre des problème et apprendre.

Limite de ces enseignements d et e, la capacité à raisonner sur ses propres processus cognitifs n'apparaît pas chez l'enfant avant 9 ans. Or 9 ans d'âge mental correspond à la limite supérieure des sujets représentant des sujets représentant des incapacités intellectuelles légères.

f)L'apprentissage opératoire par induction

Il s'agit de placer l'individu dans des situations de conflit cognitif qui l'amèneront à modifier ses représentations et sa manière de penser. Les expériences réalisées dans ce cadre sont de type piagétienne et visent à introduire un raisonnement opératoire.

Limite de cet apprentissage : Ces interventions sont efficaces et applicables au déficit intellectuel léger ou moyen.

g) Valorisation des facteurs cognitifs par le biais des facteurs conatifs

Il s'agit de prendre en considération les facteurs motivationnels et émotionnels dans l'apprentissage c'est-à-dire :

- Développer le sentiment de compétence
- L'estime de soi

B) Valorisation des rôles sociaux

Il s'agit du développement, de la mise en valeur et du maintien des rôles sociaux valorisés.

Développement des compétences

L'amélioration de l'image sociale

Se courir a contribué au développement des services visant à maintenir et à soutenir les milieux de vie naturelle des patients

L'approche communautaire

Elle repose sur la reconnaissance du potentiel des individus et des membres de la communauté pour interagir entre eux.

Cette approche permet l'actualisation des principes de la V.R.S.

Elles exigent une bonne connaissance du milieu de vie des personnes et une bonne mobilisation pour réussir cette intégration sociale. Il s'agit d'outiller les parents pour développer au maximum le potentiel de l'enfant dès les premières années de sa vie.

V) Notions complémentaires

Les notions classiques de « viscosité génétique » et « hétérochronie »

L'étude du raisonnement chez les patients ayant une déficience intellectuelle peut se faire par des épreuves piagétienne.

Les structures intellectuelles au lieu de se former dans des structures équilibrées ouvertes sur un progrès ultérieur par intégration de structure plus complexe se clôturent en un état d'inachèvement ou de faux équilibre

On parle de viscosité génétique pour caractériser ce défaut d'équilibration.

L'hétérochronie :

Cette notion exprime le fait que le déficient intellectuel comparé à l'enfant normal se développe à des vitesses différentes selon le secteur de développement.

Par exemple : meilleur en visuo-spatial, mais bon en rapidité

Les notions modernes de dysharmonie évolutive mises en évidence par Misès en 1975.

Cet auteur distingue 3 groupes :

- Les déficiences intellectuelles prises dans une organisation fixée ou peu évolutive.
- Les psychoses à expression déficitaire

- Les déficiences dysharmoniques. Les traits communs sont les traits déficitaires, troubles de la personnalité, troubles affectifs et/ou troubles instrumentaux (langages, praxies, gnosie).

Les déficiences dysharmoniques à versant psychotiques :

Elles se caractérisent par des angoisses profondes qui s'observent d'un point de vue comportementale par des conduites d'agitation ou au contraire de retrait.

Au test de personnalité, on constate une médiocre distinction entre le réel et l'imaginaire, on constate des tendances projectives et une vie fantasmatique très primitive.

Elle se distingue des psychoses déficitaires par l'absence d'instructurations massives de la personnalité. Il existe des aménagements relationnels et des mécanismes adaptatifs assez variés pour se protéger d'une dissociation globale.

Les déficiences dysharmoniques à versant névrotiques :

Elles se caractérisent par des résurgences fantasmatiques primaires et des noyaux conflictuels diverses. Conflit œdipiens, fixation pré-génital : orales, anales etc.

On observe dans ce cadre différents symptômes névrotiques : La phobie

Les obsessions,

L'inhibition etc.

Les dysharmonies cognitives (Gibello en 1984)

Il s'agit d'enfants et d'adultes pour lesquels l'organisation du raisonnement n'est pas homogène. Dans certains secteurs de la pensée, les sujets utilisent des procédés de raisonnements très élaborés et dans d'autres secteurs, ils se révèlent incapables d'autres raisonnements que des raisonnements archaïques.

Autre notion moderne : La démence

Il s'agit d'un état déficitaire correspondant à un affaiblissement global, progressif et irréversible des diverses fonctions mentales.

- Troubles de mémoires,
- Troubles d'attentions
- Troubles du jugement et du raisonnement
- Mais également des troubles de l'humeur et de la motivation.

Les démences sont souvent liées à des lésions cérébrales spécifiques.

Biblio :

DSM IV R

CFTMEA

Ionescu Les déficiences intellectuelles, Paris, Nathan

Misès L'enfant déficient mental Paris, P.U.F.

Gibello L'enfant à l'intelligence troublée

Les troubles du comportement et du caractère chez l'enfant

1^{ère} partie : L'hyperactivité

I) Définition :

DSM IV TR

On parle de trouble de déficit de l'attention ou hyperactivité.

Globalement, on observe une inattention, une hyperactivité et une impulsivité.

II) Épidémiologie

Se trouble est fréquent : Il touche **3 à 5% des enfants d'âge scolaire**. Il présente une co-morbidité importante.

En effet **2/3** des enfants hyperactifs ont au moins un diagnostic co-morbide psychiatrique. Le plus souvent il s'agit de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux.

III) Facteurs étiologiques

1) Facteurs neurobiologiques

Le système dopaminergique est impliqué dans les processus motivationnels. Il permet de réguler la réponse comportementale et motrice.

Les neurones noradrénergiques. Ils jouent un rôle dans la vigilance et les processus d'attention sélective. Il permet de filtrer les stimuli inappropriés ou sans rapport avec la tâche en cours.

Ce système innerve le cortex préfrontal qui joue un rôle dans les processus d'inhibition et dans la mémoire de travail.

2) Facteurs neuropsychologiques

- Troubles au niveau des fonctions exécutives.
- Trouble de la flexibilité .L'auto régulation des comportements nécessite une flexibilité cognitive et comportementale
- Trouble d'inhibition

L'inhibition : sélection des stimuli pertinents dans l'environnement et inhibition des autres.

Il s'agit de ne sélectionner qu'une réponse adéquate en réponse au stimuli pertinent.

- Trouble de la mémoire de travail

Elle traite et stocke simultanément les informations

- Trouble de l'attention extrêmement important

3) Facteurs neuroanatomiques

Le cortex préfrontal et les ganglions de la base qui sont impliqués dans les processus de contrôle et d'inhibition

4) Les facteurs génétiques

Les études montrent une fréquence d'hyper activité 5 fois supérieures dans les familles de sujet hyper actifs. Un récepteur dopaminergique spécifique DRD 4 a été mis en évidence dans l'hyper activité.

5) Les facteurs familiaux et psychosociaux

Dans l'hyper activité entrent en jeux les conflits et la psychopathologie familiale.

I) Prise en charge

1) Traitements médicamenteux

Les psychostimulants : Ritaline ®

Seul psychostimulant disponible en France

Stimulant du système nerveux central qui augmente la concentration de la dopamine et de la noradrénaline. Il est administré chez les enfants de plus de 6 ans. L'efficacité de ce traitement s'observe au niveau moteur (comportement et conduite) au niveau social (meilleure interaction avec les parents les pairs, les enseignants) et au niveau cognitif (meilleure attention, amélioration au niveau de la mémoire de travail, meilleures stratégies cognitives et la qualité et la quantité de travail fourni est augmentée).

Les anti-dépresseurs

Du fait de l'inefficacité des psycho stimulants dans 30% des cas. De leur contre-indication ou de leurs effets secondaires (tics moteurs, angoisse, -6ans)

Les anti-dépresseurs sont proposés comme traitement de second ordre.

L'efficacité est 2 à 3 fois moindre que les psycho stimulants surtout sur les troubles cognitifs. De plus l'action de ces produits baissent au delà de quelques mois.

2) Les psychothérapies

Les psychothérapies cognitivo-comportementales

Elles visent à modifier le comportement de l'enfant par la mise en place de technique d'auto contrôle.

Les psychothérapies psycho dynamiques

Il s'agit de voir ce qui se passe au niveau des interactions parent enfant et d'évaluer ce qui se passe chez le patient c'est à dire : sa personnalité, ses émotions, le vécu de la maladie, ou bien la dimension dépressive latente.

3) Rééducation orthophonique

Rééducation spécifique langage et écriture.

4) **Aménagement du lieu de travail.** L'enfant hyper actif est très distractible. Il est donc nécessaire d'aménager un lieu de travail calme, non encombré d'objet inutile.

5) Structuration du travail

Lui dire à l'avance le temps à y consacrer et ce qu'il doit faire.

6) Apprentissage de stratégie

Gestion métacognitive :

- Anticipation de la nature et des implications du problème
- Comparaison et sélection des stratégies d'exécution
- Planification des stratégies retenues
- Contrôle et régulation.

Exécution :

- Application.

7) Adaptation au temps de concentration

L'enfant reste attentif très peu de temps et l'apprentissage doit être découpé en séquence brève.

8) Les renforcements positifs

Les réussites dans les exercices sont immédiatement encouragées et cela permet à l'enfant de poursuivre ses efforts et d'améliorer son estime de soi.

9) Les parents

Il est important d'impliquer les parents dans le traitement et la prise en charge thérapeutique.

10) L'école

L'école doit se situer au centre du dispositif thérapeutique : parents enfants soignants.

Biblio :

Bouvard M, Le Heuzey, Mouren-Simeoni. L'hyperactivité de l'enfance à l'âge adulte. Collection conduite. Doin.

Code B.U. 616 . 858 .9 BOU

Ménéchal :

Partie II

La psychopathie chez l'enfant et l'adolescent

I) Description clinique

1) Les conduites de dissociabilité

Troubles au niveau des conduites sociales

A. L'impulsivité et l'agressivité

Toutes frustrations ou tout conflit entraînent des comportements impulsifs agressifs. Hétéro ou auto- agressivité (automutilation ou tentative de suicide).

B. Instabilité

Sur le plan comportemental :

Instabilité motrice sous forme de fugue, d'errance, et un besoin impérieux de bouger.

Sur le plan thymique :

Il y a une labilité de l'humeur (passage d'un état dépressif à un état hypo maniaque).

Sur le plan moteur :

On observe une maladresse gestuelle et des dystonies (perturbations du tonus musculaire qui provoque des difficultés du mouvement et de l'équilibre).

Sur le plan scolaire :

On constate un absentéisme, un désintérêt, et tout apprentissage est refusé. Désir d'apprentissage plus valorisant.

Tout désir et tout besoin doit être comblé immédiatement : **Intolérance à la frustration.**

C. Interactions sociales

Patients souvent appréciés par leurs pairs car contact facile.

Mais s'il est déçu de la relation ou s'il n'en attend plus rien, son comportement va totalement changer. Il va devenir froid, méprisant et agressif.

Avec ses proches, grandes avidités affectives. En général, il se montre jaloux, exigeant et dominateur. Et lorsqu'un manque affectif ou une déception surviennent, on assiste à un effondrement spectaculaire : tentative de suicide, absorption abusive d'alcool ou de drogue et une angoisse massive sous-jacente.

1) Les conduites de retraits

A. La passivité

Ennui, oisiveté, manque d'intérêt général pour les activités scolaires ou de loisir.

B. La dépendance

Il n'y a pas d'autonomie complète. Le patient ne prend aucune initiative et ne peut rien entreprendre seul ce qui entraîne chez eux un sentiment de dévalorisation qui entraîne des conduites autos agressives.

C. Décompensations aiguës

Périodes dépressives avec une anxiété majeure et passages à l'acte. On assiste aussi à des réactions projectives persécutives. (Ils attribuent leur maladie à autrui)

La psychopathie est un trouble de la personnalité qui n'est pas classée dans les névroses ni dans les psychoses.

Elle se caractérise par des conduites anti-sociales une agressivité auto ou hétéro et une anxiété majeure.

Il n'y a aucune culpabilité.

II) Hypothèses étiologiques

1) Hypothèses psychogénétiques

A. Carences et ruptures affectives durant la petite enfance

Winnicott : Les conduites anti-sociales seraient mises en place pour combler un manque.

B. Absence d'investissement narcissique.

C'est-à-dire absence d'amour pour l'image de soi. Menace de défaillance et une angoisse extrême. Pour combler cette angoisse, il va y avoir des passages à l'actes impulsifs.

C. Perturbations au niveau d'un stade libidinal qui est le stade anal.

C'est à ce stade qu'il y a un apprentissage de la maîtrise, du contrôle, je donne ou je retiens.

Pour le psychopathe, il s'agit d'une évacuation immédiate et une incapacité à se contrôler ou se maîtriser.

2) Hypothèses organiques

A. Retard de la maturation neurologique :

.On remarque des anomalies de l'activité enregistrée à l'EEG. Cette pathologie diminue avec l'âge.

Ou neuropsychologique :

Trouble de l'attention, inhibition (lobe frontal)

B. Anomalies au niveau de la conductance cutanée.

Perturbations des réactions cutanées. On a fait l'hypothèse qu'il existe des perturbations au niveau des réactions émotionnelles.

C. Les études génétiques

Peu convaincantes. Pour certaines études, on retrouve des traits de personnalité chez les parents et les frères et sœurs et d'autres ne montrent aucun lien et aucune corrélation.

3) Hypothèses environnementales

On constate qu'il y a souvent des troubles psychopathologiques dans la famille : Séparation parentale, troubles psychiatriques chez les parents, et des conduites additives dans la famille.

Biblio :

Lecture obligatoire.

Adolescence et psychopathologie.

Chapitre « Les conduites psychopathiques » Marcelli, Masson page 354/374

Les psychoses de l'enfant et de l'adolescent

I) L'autisme infantile précoce

1) Définition :

Trouble qui se manifeste avant 3 ans.

Perturbation sur 3 plans :

- **Interactions sociales**
- **Communication**
- **Comportement**

Il est souvent accompagné d'un retard mental mais pas toujours.

Selon le cadre théorique dans lequel on se place on n'utilise pas la même terminologie.

DSM 4 : Troubles autistiques

4 critères :

- Altérations qualitatives des interactions sociales
- Altérations qualitatives de la communication
- Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements mais aussi des intérêts et des activités
- Retard ou caractère anormal du fonctionnement débutant avant l'âge de 3 ans dans au moins un des domaines suivant : interaction sociale, langage, jeu symbolique ou l'imagination

Critère de la CIM 10

A aller chercher.

Description de la CFTMEA

Approche psychanalytique - psychodynamique

Autisme infantile de type Kanner

Manifestation cliniques générales :

- **L'autisme**

Il se traduit par une indifférence affective par rapport à l'entourage mais également par une absence de communication.

Sur le plan comportemental, l'enfant reste inactif et immobile et se livre à des mouvements stéréotypés tels que balancement ou mouvements répétitifs des bras.

Toute intrusion de l'entourage ou toute modification de l'environnement peut déclencher des réactions d'anxiété intense voire même des réactions d'anxiété agressives.

Ce besoin de stabilité de l'environnement et ce besoin de repères est très caractéristique de cette pathologie.

On peut observer un comportement inverse à ce repli autistique, un comportement d'agitation et d'instabilité psychomotrice.

Les enfants autistes n'investissent pas les individus dans leur totalité. Ils investissent certaines parties des objets ou certaines parties des personnes.

L'objet est un objet partiel.

- **Les troubles du langage**

Ils sont constants mais d'intensité variable. Lorsque le langage a pu se développer, on constate des écholalies directes ou indirectes. (Répète tout de suite ou différées).

On constate également des troubles au niveau de l'emploi des pronoms personnels. Tu ou il. Le je n'apparaît jamais.

- **Autres symptômes**

On constate des rituels dans de nombreuses activités : alimentaires, habillements, manipulation des objets.

On observe également des tics

Dans 20% des cas, on observe une épilepsie associée.

2) L'étiologie de l'autisme

Très hétérogène et très complexe. On insiste beaucoup plus sur les facteurs génétiques et les études montrent que 3 à 5% des enfants autistes ont un frère ou une sœur qui souffre du même trouble.

10% des enfants autistes seraient atteints du syndrome de l'X fragile.

3 facteurs :

- Génétiques
- Psychologiques
- Familiaux

II) Les différents types d'autismes infantiles

1) Le syndrome d'asperger

Regarder les critères dans le DSM 4 et dans la CIM 10

C'est un trouble qui se manifeste dès la petite enfance. **On observe des perturbations au niveau des interactions sociales et des comportements mais :**

- Pas de retard mental
- Pas de troubles cognitifs majeurs
- Pas de troubles du langage

Les perturbations sociales sont comparables à celles des enfants autistes d'une manière générale mais en moins prononcées.

Ex. :

- Intérêts très étroits (certains animaux, objets)
- Incapacité à comprendre les besoins ou les préférences des autres
- Incapacité à prendre en considération une perspective différente

2) Le syndrome de Rett

Regarder les critères dans le DSM 4 et la CIM 10

Trouble qui apparaît au cours de la 1^{ère} ou de la 2^{ème} année après une période de développement normal.

C'est un trouble progressif

Il se caractérise par :

- Des perturbations au niveau des interactions sociales
- Perte partielle ou totale du langage

- Ralentissement de la croissance crânienne
- On observe toujours un retard mental profond
- Difficultés sociales et physiques majeures

3) Le trouble désintégratif de l'enfance

Période de développement normale d'au moins 2 ans et par la suite s'installe une désintégration des compétences acquises.

Cette désintégration s'accompagne de

- Trouble des interactions sociales
- Troubles du comportement
- Trouble de la communication

III) Autres psychoses précoces (CFTMEA)

1) Les psychoses à expression déficitaire

Présence de :

- Retard mental sévère
- Trait autistique ou psychotique (phénomène dissociatif, épisode de délire, notamment aux alentours de l'adolescence, accès d'angoisse, régression et comportements auto agressifs)

2) Les dysharmonies psychotiques

Le déficit intellectuel est modéré.

Dysharmonies dans l'apprentissage du langage et de la psychomotricité.

Pas de retard mental sévère mais des traits psychotiques :

- Menaces de ruptures avec le réel
- Absence d'organisation du sentiment de soi
- Affects et représentation d'un extrême crudité
- Intérêts très primitifs
- Angoisses spécifiques (dépressives, séparations, anéantisements)

Troubles comportementaux associés :

- Instabilité ou inhibition motrice

Symptômes de types névrotiques : c'est à dire phobies et obsessions.

3) Les psychoses symbiotiques

Margaret Mahler à l'origine du concept de symbiose

Elles sont caractérisées par :

- Un premier développement normal puis une régression au cours de la 2ème ou 3^{ème} année.

Cette régression survient souvent à la suite d'un événement minime mais vécu comme traumatisant par le patient.

- Perte des acquisitions antérieures
- Désintérêt et indifférence affective

- Régression motrice très impressionnante avec hypotonie
- Disparition de la communication verbale et parfois non verbale

Contrairement à l'enfant autiste qui est totalement indifférent à son entourage, ces enfants investissent beaucoup la mère et seulement la mère mais il l'investisse comme objet contra phobique. Les autres personnes étant investies comme des objets phobogènes.

Selon Margaret Mahler, c'est au niveau structural de type symbiotique que ces enfants régressent. Il n'y a plus de différenciation entre eux et leur mère.