

Troubles du développement et troubles du comportement chez l'enfant :
comment les repérer et comment les questionner ?

I. Remarques préliminaires.

1. La question du trouble : rappel de la définition.

trouble, adjectif

Sens 1 [Qui n'est pas limpide, qui manque de transparence.](#) Ex [L'eau est trouble.](#) Synonyme [brumeux](#) Anglais cloudy

Sens 2 [Flou, confus.](#) Ex [J'ai la vue trouble.](#) Synonyme [flou](#) Anglais blurred

Sens 3 [Suspect.](#) Synonyme [douteux](#) Anglais shady

trouble, nom masculin

Sens 1 [Confusion, agitation, désordre.](#) Synonyme [agitation](#) Anglais confusion

Sens 2 [Désarroi, inquiétude.](#) Synonyme [inquiétude](#) Anglais distress

Elucider un trouble, comme un policier, un détective cherche à élucider un mystère, ou un archéologue cherche la clé d'interprétation d'une découverte.

Le psychanalyste se situe dans cette perspective, par rapport au trouble, chez l'enfant, qu'il nomme symptôme.

D'où l'importance des mots, du langage.

Comprendre le trouble avant de le soigner. L'enfant est dans une famille, jamais seul, porteur d'une histoire transgénérationnelle dont il est important d'en prendre la mesure.

Comprendre le trouble, c'est déjà un pas vers le soin.

La parole comme pansement thérapeutique : penser et panser.

2. La question de l'observation clinique du médecin, du soignant en général.

Distinguer névrose et psychose.

Repérer les signes pathognomiques d'une psychose.

Cas de Noël.

Miroir, langage (pas le je, ou bien, il est instable): discours plaqué, compréhension au pied de la lettre, marche sur la pointe des pieds.

Banalisation du problème (grave) par la mère.

Rôle de l'école, comme lieu de dépistage, mais attention aux erreurs d'appréciation, par crainte de passer à côté d'un trouble, par ex, le langage, ou les conduites d'opposition qui brouillent les pistes.

3. La relation parents-enfants ; Mère-enfant : évaluer la qualité de la relation. L'enfant seul : joue-t-il ? Comment ? L'angoisse de séparation

Les difficultés de séparation : un pb du côté maternel ?

La possessivité de la mère et l'impossible de la séparation pour l'enfant.

- Les colères de l'enfant : comme tentative de se séparer de la mère en posant un non à la fusion désirée par la mère.

-.Le fonctionnement en vases communicants.- L'angoisse de la mère transmise à son enfant.

La mère comme ne voulant pas voir grandir son enfant..

-.Les vœux de mort de la mère à l'égard de son enfant.

-.Les vœux de mort du père à l'égard de son enfant.

Réfléchir à sa propre histoire d'enfant, vous qui êtes pédiatres, infirmiers, etc.. vous qui êtes dans le soin, de quoi avez-vous manqué ? (contre-transfert, et son désir de soignant).

Réfléchir sur sa relation à sa mère... pour ne pas être dans la réponse uniquement médicale, ou être agi par son histoire, et affirmer sans nuance et recul..

Le pédiatre, ou le corps médical, vu comme celui qui sait.

La seule personne qui sache : c'est la mère.

Savoir les écouter si l'insistance est là, et savoir faire le tri des dramatisations excessives, car être mère rend inquiet...

II. Le développement psycho-affectif dit « normal ».

La théorie psychanalytique : la notion de stades de développement.

a). Théorie de Winnicott

Selon Winnicott, un bébé seul ne peut pas survivre; il a besoin de soins maternels pour se développer.

Winnicott a introduit la notion de "préoccupation maternelle primaire": elle apparaîtrait en fin de grossesse et dans les premières semaines de vie du bébé. Elle lui permet de se rendre disponible physiquement et psychologiquement pour son bébé. Cette mère va devenir "suffisamment bonne" et apporter plus de satisfactions que de frustrations à son bébé. Elle va s'adapter aux besoins de l'enfant et lui permettre de passer du principe de plaisir au principe de réalité.

Winnicott décrit trois fonctions de la mère:

- le holding (porter): soutien physique et psychique de l'enfant (l'enfant doit être entouré et compris)
- le handling (main): manipulations que la mère a avec son bébé lors de la toilette, de l'habillage et des soins. Ils favorisent les échanges entre la mère et l'enfant.
- object presenting (présentation d'objet): capacité de la mère à mettre à la disposition de son bébé un objet psychique ou psychique quand celui-ci en a besoin, ni trop tôt (sinon l'enfant n'aura pas l'expérience du désir, du besoin), ni trop tard (provoquant de la déception, de la frustration, l'enfant n'osant plus désirer sachant que son désir ne sera pas satisfait).

Notion "d'objet transitionnel": "doudou" de l'enfant dont il a besoin pour s'endormir, se calmer. Pour l'enfant, il se situe à la limite en le dedans et le dehors. Il est très investi par l'enfant et va lui permettre de se confronter à la réalité. Cet objet va résister à l'épreuve de la réalité: même abîmé, il est toujours là.

b) Introduction aux stades de développement libidinal décrits par Freud

Trois essais sur la théorie sexuelle(1905).

Zone corporelle privilégiée, constitue principale zone de plaisir chez l'enfant

Le stade oral (première année de vie du bébé)

Source de la pulsion: la bouche. Objet de la pulsion: sein maternel ou son équivalent. But de la pulsion: la succion

A ce stade, le bébé ne fait pas de distinction entre lui et les autres. Petit à petit, il va comprendre que le sein appartient à sa mère, qu'elle s'occupe de lui donc qu'il a une action sur elle.

Abraham a distingué deux stades au niveau du stade oral:

- le stade oral primitif (six premiers mois de vie) où le bébé ne fait pas la distinction entre lui et les autres
- le stade sadique oral (six mois suivants) où le bébé a un désir de mordre et d'agresser le sein maternel: apparition du fantasme d'introjection du sein maternel.

Le stade anal (de un à trois ans)

C'est le stade où le bébé acquiert la propreté. Source de la pulsion: la muqueuse anale. A ce stade, l'enfant comprend qu'il peut faire plaisir à sa mère. Il peut décider de répondre ou non au désir de sa mère.

Abraham distingue deux stades au niveau du stade anal:

- le stade sadique anal où l'enfant prend plaisir à l'expulsion de ses besoins.
- le stade de rétention où l'enfant refuse de faire ses besoins quand sa mère le met sur le pot.

Le stade phallique (de deux à quatre ans)

Source de la pulsion: les organes génitaux. Objet de la pulsion: le pénis du garçon (pour la fille aussi car selon Freud, à cet âge, les enfants n'ont pas conscience de la différence des sexes). Le pénis va être vu comme un objet de puissance et non comme un organe reproducteur.

Apparition de la curiosité sexuelle qui entraîne la découverte de la différence des sexes. Apparition également fréquente du déni de castration de la part du garçon et de la fille quand l'enfant constate que la fille n'a pas de pénis. Petit à petit, cette différence va être acceptée. On parle d'angoisse de castration liée à la découverte de la différence des sexes: le garçon a peur qu'on lui prenne son pénis, la fille croit qu'on le lui a enlevé (on parle d'angoisse de manque pour la fille).

Apparition des fantasmes originaires.

Le stade œdipien (complexe d'Oedipe de quatre à six ans)

Source de la pulsion: organes génitaux. Objet de la pulsion: le parent de sexe opposé.

Selon Freud, pour la fille, l'angoisse de castration marque l'entrée dans le stade œdipien. Il va y avoir détournement de l'amour pour la mère vers le père. Il y a changement d'objet d'amour. Elle veut obtenir du père ce qu'elle n'a pas eu de la mère (le pénis) mais elle ressent de la culpabilité envers sa mère qui continue à s'occuper d'elle.

Le garçon désire sa mère ("quand je serai grand, je me marierai avec maman"). Le père est alors

vu comme un rival qui entraîne le développement de pulsions agressives envers ce dernier. Toutefois, le garçon ressent un sentiment ambivalent envers son père car il aimerait lui ressembler; il y a alors identification au père. Il va y avoir déclin du complexe de castration quand le garçon va avoir peur que son père se venge (par la castration). Il renonce alors à sa mère comme objet d'amour et va vouloir d'avantage s'identifier à son père. Se met également en place la notion de l'interdit de l'inceste, donc du Surmoi.

La période de latence (de cinq à sept ans)

A ce stade, toutes les pulsions sexuelles diminuent, il n'y a pas instauration d'une nouvelle organisation des pulsions. Apparition de la sublimation: toutes les pulsions sexuelles vont être détournées. L'enfant va s'intéresser aux choses concrètes; il n'est plus dans l'imaginaire.

A ce stade, le refoulement va être très opérant.

Les identifications vont se faire à l'extérieur du cercle parental. Le Moi se renforce, les mécanismes de défense sont plus opérants. Le surmoi augmente, il s'enrichit.

La période pré-adolescente

Réapparition des pulsions sexuelles pré-génitales. Ambivalence de l'amour portée aux parents: rejet de la famille mais besoin de preuves d'amour de ses parents. On parle de crise narcissique. L'enfant est en capacité d'avoir des rapports sexuels; il va rechercher des objets d'amour extérieurs à la famille.

L'ascétisme: l'adolescent se refuse à tout plaisir physique pour se centrer que sur des choses spirituelles.

III.TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES DES CONDUITES DE L'ENFANT.

Ref : Enfance et psychopathologie de Daniel Marcelli. Masson.

1. STRESS ET TRAUMATISME. P.441-452.

- Facteurs de risque.

a) Chez l'enfant.

La prématurité; la souffrance néonatale, la jumeolarité, la pathologie somatique précoce, les séparations précoces, une maladie somatique chronique et troubles réactionnels ou de l'adaptation.

b) Dans la famille.

Séparation parentale, mésentente chronique, alcoolisme, maladie chronique d'un parent, couple incomplet, le décès.

c) Dans la société.

Misère socio-économique. Variables qui se renforcent avec des effets cumulatifs. Misère socio-économique et prématurité par ex.

Distinguer les événements ponctuels et réparables (hospitalisations, séparation parentale; décès, naissance d'un cadet, mouvement migratoire); et les situations chroniques et durables qui ont des effets prolongés.

Etudes rétrospectives des facteurs de risques.

Une psychopathologie manifeste dans la petite enfance ne prédit pas nécessairement une inadaptation ultérieure.

Anna Freud: " c'est moins l'enfant qui est vulnérable que le processus de développement lui-même".

Notion de compétence, de résilience et de vulnérabilité: considérer les capacités de faire face (coping) du côté de l'enfant et de sa famille.

- **troubles réactionnels de l'adaptation : notion d'enfant vulnérable.**

Représente la manifestation clinique supposée consécutive aux événements de vie et facteurs de risque. On définit ainsi un état de " détresse et de perturbation émotionnelle entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant".DSMIV.

Les manifestations cliniques apparaissent dans les trois mois qui suivent l'évènement DSMIV.

Symptômes: anxiété, troubles du sommeil, instabilité, fléchissement ou échec scolaire, manifestations dépressives, troubles du comportement : vol, fugue.

La vulnérabilité est-elle une fragilité ?

Le bébé est vulnérable et compétent.

Cf les points positifs pas seulement les aspects négatifs du trouble.

Cela influe déjà sur la prise en charge si regard positif.

Tout enfant est merveilleux. Compétence du bébé.

Désigne la capacité active du bébé à utiliser ses aptitudes sensorielles et motrices pour agir ou tenter d'agir sur son environnement. (Vision, audition, odorat, le goût, la motricité). Grandes différences entre les bébés dans leur capacité d'excitabilité ou d'apaisement.

Importance des échanges affectifs et sociaux qui entourent et conditionnent le développement de ces diverses compétences.

La prématurité.

Cf Catherine Mathelin -Vanier: Le sourire de la Joconde une clinique de la prématurité. Que j'ai présentée au colloque des 20 ans de l'association A propos, en octobre 2009, en collaboration avec les sages-femmes octobre.

Mère vulnérable-enfant vulnérable.

L'ENFANT MALADE, LA PREMATURITE. ENFANTS DE PMA.

Cas d'Enzo : enfant vulnérable, mère fragile ; Hypothèse sur la prématurité. Séances diagnostiques ; mise en évidence d'un pb dans le couple, un père qui met tout sur le dos de sa femme qu'il présente comme fragile. « je le savais » dit-il..

Enfant agité, angoissé. Veut contrôler ses parents être "le chef"

La question de l'angoisse de mort à l'œuvre.

Cas d'Enzo, la mère a failli mourir après la naissance du petit.(hospitalisée)

Peur de perdre leur petit-fils puis leur fille pour grands-parents. Contexte fortement anxiogène.

Le bébé" n'est pas le bébé rose qu'ils attendaient" me dira la maman (différence entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel). Dessin du petit Enzo (raconter le cauchemar)

2.TROUBLES DE L'ALIMENTATION, DU SOMMEIL, DU DEVELOPPEMENT PSYCHO-AFFECTIF.

a) Anorexie précoce du nourrisson

b) Anorexie du second trimestre.

Apparaît le plus souvent entre 5 et 8 mois.

Soit progressivement, soit brutalement, parfois à l'occasion d'un changement de régime alimentaire.

Svt, anorexie centrée sur la relation à la mère. Le nourrisson mange parfaitement avec une autre personne (nourrice, puéricultrice, grand-mère, etc). La mère ressent cette conduite comme un refus.

Le repas ne signifie plus pour l'enfant, prendre de la nourriture, mais absorber l'angoisse de la mère (Dolto).

Evolution en anorexie simple ou anorexie mentale grave.

Le refus témoigne de la « contamination anxieuse » que subit la relation à la mère, avec la tentative de maîtrise qui en résulte.

Difficulté de mentalisation pourrait constituer le lit d'une future organisation psychosomatique.

Thérapie de la mère seule ou du couple mère-enfant svt nécessaire.

Anorexie précoce grave peut-être un des signes précoces d'autisme ou de psychose infantile précoce.

Comportements alimentaires déviants. (Boulimie, potomanie, pica, coprophagie).

3. TROUBLES RELATIONNELS.

Les signes précoces de l'autisme. (Le collègue va en parler, je ne détaille pas)

a) CARENCE AFFECTIVE.

L'hospitalisme et la carence partielle.

Chez les nourrissons entre 5/6mois et 2-3 ans.

Fréquence de troubles d'allure psychosomatiques et/ou d'infections récurrentes : otites, vomissements. Retard staturo-pondéral

b) PATHOLOGIES AFFECTIVES ET MENTALES DES PARENTS.

Parents psychotiques, déprimés.

c) SEMILOGIE DE LA DISCONTINUITÉ DES LIENS :LA SEPARATION.

BOWLBY a décrit les trois stades de la réaction à la séparation :

- phase de protestation
- phase de désespoir ;
- phase de détachement.

Interprétation dans une perspective psychodynamique :

- protestation ; expression de la douleur et de la souffrance
- désespoir : manifestation de la dépression et du deuil;
- détachement : travail psychique de défense et de reconstruction.

Réaction particulièrement intense chez l'enfant de 5 mois à trois ans.

La répétition des séparations semble très nocive ,car l'enfant développe rapidement une extrême sensibilité et une angoisse permanente qui se traduit par une dépendance excessive à son environnement (réaction d'attachement angoissé de Bowlby).

Quand la séparation se prolonge, on observe :

- un arrêt du développement affectif et cognitif avec des chutes parfois spectaculaires des QD et QI.
- des perturbations somatiques : grande fragilité aux infections, maladies fréquentes ;
- des troubles psychosomatiques (anorexie, énurésie, troubles du sommeil)
- symptomatologie de la dépression ;
- difficultés d'adaptation à l'école chez l'enfant plus grand, troubles de comportement habituels...

Sémiologie de la carence par distorsion : les familles –problèmes. (Pages 460-461)

Abord psychopathologique

- carence par insuffisance ;
- psychopathologie de la séparation ;
- carence par distorsion –G. Diatkine.

4. Troubles sphinctériens.

Enurésie, encoprésie. (Pas le temps de détailler, je les cite simplement)

5. Troubles du développement et des apprentissages.

Troubles des difficultés scolaires.

Rappel : théorie Piagetienne du développement de l'intelligence.

a) L'instabilité :

Est le motif de signalement le plus fréquent. Diagnostic d'hyperactivité en question.

Aux Etats-Unis, 50 pour cent des enfants qui consultent en service psychiatrique reçoivent le diagnostic.

L'hyperactivité entraîne une gêne fonctionnelle dans deux des 4 domaines sociaux, familiaux, scolaires ou professionnels (suivant le DSM IV).

Description clinique: souvent association de troubles de l'attention, et d'hyperactivité et d'impulsivité.

Faible capacité à se concentrer, à organiser son travail, à finir une tâche, avec un changement fréquent d'activité.

Les enfants ne semblent pas écouter ce qu'on leur dit, fautes d'inattention, et toute tâche demandant un effort de concentration semble évitée.

Impulsivité: activité motrice exagérée pour l'âge, enfant toujours sur la brèche, incapable de rester assis.

A l'école, enfants remuants, difficultés à respecter les règles, le cadre.

Prendent des risques.

Peuvent aller jusqu'à des troubles de comportement de type colères, agressivité.

Symptômes associés:

-difficultés cognitives, révélées par des tests,

- difficultés de repérage spatio-temporel,

-retard scolaire,

-troubles du contrôle sphinctérien (énurésie),

-labilité affective, conflits avec l'entourage.

Comorbidité: 2 tiers des enfants présentant un TDAH présentent un autre diagnostic: troubles des conduites, troubles oppositionnels avec provocations, troubles de l'apprentissage, troubles anxieux, troubles de l'humeur.

Un ex d'hyperactivité chez un enfant de 7ans qui a redoublé le CP.

4 entretiens dont trois entretiens parents-enfants, et le symptôme a disparu, entraînant une modification radicale du comportement de l'enfant face au travail scolaire et dans sa relation à ses parents qui était très tendue. Traitement par la parole (sans ritaline), en touchant la question de l'origine du symptôme.

Nathanaël. Des angoisses de mort ont pu être verbalisées. La peur de perdre ses parents. La mort non digérée du grand-père: travail du deuil en cours. L'enfant pleure à l'évocation de la mort de son grand-père;

Réflexion globale sur une société qui accélère sans savoir forcément où elle va..

b) Difficultés spécifiques avec risque d'aboutir à l'échec scolaire.

Dyslexie, dyscalculie. (Soin par l'orthophoniste)

Retard scolaire, échec scolaire. Un fléchissement scolaire peut-être le 1^{er} signe d'une organisation psychotique. Refus scolaire. Inhibition scolaire. Souffrance chez l'enfant incapable de travailler, ou de se concentrer. Traduit une organisation névrotique conflictuelle.

Phobie scolaire, refus scolaire anxieux. (Psychothérapie)

A distinguer de l'angoisse de séparation développementale (enfant de 2-3 ans).

Le langage, la motricité, l'attention et la concentration. (Psychothérapie plus psychomotricité par ex).

Conclusion sur le normal et le pathologique.

Le normal: 4 axes d'approche :

- en tant que santé opposé à la maladie. ,
- en tant que moyenne, statistique,
- en tant qu'idéal, utopie à réaliser ou à approcher,
- en tant que processus dynamique, capacité de retour à un certain équilibre.

Normal en tant que processus, potentialité à recouvrer la santé, la maladie ne peut se réduire à ses signes lésionnels.

Toute demande pédopsychiatrique avance à l'aide :

- d'une évaluation symptomatique,
- d'une évaluation structurelle,
- d'une évaluation génétique,
- d'une évaluation environnementale.

Se méfier si pas de symptômes chez l'enfant, ne veut pas dire que l'enfant est normal, qu'il a une bonne santé mentale: il s'agit sans doute d'une normalité de surface, n'est qu'un conformisme adaptatif, une organisation en faux self selon Winnicott, une soumission aux pressions et exigences de l'entourage.

Enfants souvent incapables de construire une organisation psychique interne cohérente et d'élaborer les inévitables conflits de développement.

Parfois ATCD: blanc apparent, normalité factice, enfants gentils, ont poussé sans pb, puis, schizophrénie à l'adolescence, etc... Voir leur structure mentale...