

Psychopathologie de l'enfant

Diagnostics structurels et Classifications

Formation de base

CEPUSPP axe psychanalytique

V. Dolivo

Psychopathologie de l'enfant

- Pas de corrélation rigoureuse entre symptôme, entité nosographique et organisation structurelle
- Ne pas se contenter de repérer les symptômes, mais porter attention aux processus maturatifs et aux étapes du développement
- Compréhension de la psychopathologie = mise en dialectique de la symptomatologie, des vicissitudes du développement global, du niveau de développement affectif, des facteurs familiaux et environnementaux

Psychopathologie de l'enfant: modèles de compréhension

- Le développement affectif se fait toujours de manière bidirectionnelle, par progression et régression
- La psychopathologie trouve son point de départ dans un raté du développement affectif
- Une pathologie peut survenir par non-dépassement d'un stade de développement ou par régression à un point de fixation antérieur
- Toujours prendre en compte le niveau le plus évolué qu'a atteint l'enfant

Psychopathologie de l'enfant

Modèles de compréhension

- Conception classique, linéaire, des stades de développement :
- Freud : narcissisme primaire, stade oral, stade anal, stade phallique-génital, oedipe, phase de latence, adolescence
- Klein : œdipe précoce, position schizo-paranoïde, position dépressive ou position de sollicitude (angoisse du 8ème mois)

Psychopathologie de l'enfant

Modèles de compréhension

- Notions d'équipement de base, de vulnérabilité psychique
- Importance de la relation d'objet (relations précoces)
- Modèle bionien : notion de contenance, de détoxification etc
- Multifactorialité
- Pas de causalité linéaire !
- Modèle de la « pelure d'oignon »
- Théories de l'attachement

Psychopathologie de l'enfant sous l'angle de la psychodynamique

- Se réfère à la notion de structure de personnalité, ou d'organisation
- Un symptôme (névrotique par exemple) ne *signe* pas une structure, un diagnostic doit reposer notamment sur l'appréciation du type d'angoisses, de relations d'objet et de défenses
- Importance des concepts kleinien dans la théorisation de la psychopathologie de l'enfant

La notion de structure psychique

- « Si nous jetons un cristal par terre, il se brise, mais pas n'importe comment, il se casse suivant ses directions de clivage en des morceaux dont la délimitation, bien qu'invisible, était cependant déterminée à l'avance par la structure du cristal. Des structures fêlées et fissurées de ce genre, c'est aussi ce que sont les malades mentaux. ».
S. Freud, in : L'interprétation des rêves

La notion de structure psychique

- J. Bergeret : l'appareil psychique est structuré selon les lignes de fragilité qui se brisent telles celles des lignes invisibles d'un cristal selon sa nature (structure) minéralogique et non en fonction de la nature du choc ; il y a une structure névrotique et une structure psychotique, les pathologies limites étant vues plutôt comme une a-structuration

La notion de structure psychique

- Définition (C. Burztein) : Ensemble de positions libidinales, de types d'angoisse et de mécanismes défensifs interdépendants, relativement stables, mais susceptibles de remaniements évolutifs en fonction de la maturation, mais aussi des interventions thérapeutiques

La notion d'organisation

- Chez l'enfant, certains auteurs préfèrent parler d'organisations plutôt que de structures, pour rendre compte de l'aspect évolutif et des potentialités maturatives, par ex. grâce à un traitement durant l'enfance ou grâce aux remaniements liés au processus d'adolescence
- Organisations stables : parviennent à éviter la désorganisation mais plus de difficulté à évoluer (organisations déficitaires, caractérielles, psychotiques, névrotiques et prénévrotiques)
- Organisations labiles : meilleure capacité de modification des lignes de force, mais plus grand risque de désorganisation par régression (organisations parapsychotiques et dysharmoniques, certaines dysthymies graves)

Psychopathologie de l'enfant: rappel des concepts kleinien

- Perception du moi et de l'objet comme séparés dès la naissance
- Présence très précoce de l'angoisse, comme réponse directe au travail de la pulsion de mort
- Deux formes d'angoisse : angoisse persécutrice, qui appartient à la position schizo-paranoïde, et angoisse dépressive, qui appartient à la position dépressive

Position schizo-paranoïde

- 1ère angoisse : peur d'être anéanti par la pulsion de mort
- Projection de cette pulsion à l'extérieur, fantôme de mauvais objet qui menace le moi du dehors, mais la totalité de la pulsion ne peut pas être projetée, une partie reste à l'intérieur
- Projections et introjections simultanées, l'objet persécuteur devient menaçant également de l'intérieur, à côté du bon objet protecteur introjecté
- Angoisse à ce stade : que le persécuteur ne détruise à la fois le moi et le bon objet idéalisé

Position schizo-paranoïde

- Mécanismes de défense schizoïdes pour se protéger de ces angoisses de persécution : renforcement du clivage entre l'objet idéalisé et le mauvais objet, idéalisation excessive, déni omnipotent
- Pas d'expérience de l'absence à ce stade primitif. Le manque de bon objet est vécu comme une attaque par les mauvais objets, la frustration comme une persécution, tandis que les bonnes expériences se fondent dans le fantasme d'un objet idéal en le renforçant

Position dépressive

- Son élaboration permettra d'établir un objet interne total suffisamment stable, une relation objectale globale
- Correspond à l'angoisse du 8^{ème} mois, ou position de sollicitude
- Elle marque un moment capital entre le point de fixation des névroses et celui des psychoses
- Les angoisses naissent de l'ambivalence: le nourrisson a peur que ses pulsions destructrices n'anéantissent l'objet qu'il aime et dont il dépend entièrement
- Découverte de la dépendance par rapport à l'objet, perçu comme autonome et capable de s'en aller, d'où angoisses de séparation et de perte d'objet (angoisses dépressives)
- La découverte de la dépendance augmente le besoin du nourrisson de posséder l'objet, de le conserver au-dedans de lui, et de le protéger contre sa propre destructivité
- Aimer = dévorer (phase orale), d'où peur d'anéantir le bon objet externe mais aussi le bon objet intériorisé
- Nouveau type de défenses (défenses maniaques), qui visent à nier la réalité psychique de la douleur dépressive
- Apparition de mécanismes de réparation

Psychopathologie de l'enfant : niveaux de fixation et de régression

- 1. Formation du narcissisme primaire tardif, identifications primaires et refoulement primaire
- 2. Position dépressive
- 3. Œdipe
- 4. Latence
- 5. Adolescence

1. Formation du narcissisme primaire tardif

- *Psychoses précoces : autisme, psychose symbiotique et certaines psychoses à évolution déficitaire rapide (rares)*
- La psychose clinique peut apparaître plus tardivement par régression à un point de fixation

2. Position dépressive

2.1. Position dépressive abordée seulement mais pas complètement. Les angoisses archaïques (annihilation, morcellement), arrivent tout juste à être contenues par des angoisses de séparation liées à l'agressivité, à la perte de l'objet.

- *Parapsychose (Lang), prépsychose*
- *Dysharmonie évolutive*
- *Dysthymie grave*

2. Position dépressive

- 2.2. Position dépressive engagée mais pas élaborée. La dépression est patente, avec angoisses de séparation massives et problématique de gestion de l'agressivité. Le sujet a échappé aux failles précoces. Les angoisses archaïques n'apparaissent plus
- *Organisation névrotique ratée ou raté de la névrose* : quelques symptômes névrotiques mais pas de réelle organisation névrotique. Prédominance des affects dépressifs

2. Position dépressive

2.3. Position dépressive élaborée, mais le sujet trébuche sur la fin et ne l'aménage pas tout à fait. Il n'est pas possible de constituer une névrose infantile suffisamment organisée

- *Prénévrose*
- *Névroses actuelles*

3. Oedipe

Réussite de la constitution de la névrose infantile, mais l'oedipe est mal aménagé. La névrose infantile ne se désactualise pas et l'entrée dans la phase de latence est impossible.

- *Névrose de l'enfance (phobique par ex.)*
- *Névrose préclinique*

4. Phase de latence

- *Névrose de caractère, caractérose*
- Ne pas parler de troubles du caractère avant l'âge de latence, à part chez certains enfants massivement carencés qui ont fait une dépression très grave et , comme défense, ont construit une carapace caractérielle
- La pathologie peut aussi intervenir par régression, d'où exacerbation de la latence, *hyperlatence* au lieu de passer à l'adolescence

Classifications en psychiatrie de l'enfant

- Utilité discutée : mouvance de la pathologie chez l'enfant, insuffisant de considérer l'enfant hors de son contexte familial et environnemental, « étiquetage » peu adéquat, figeant le regard que l'entourage a sur l'enfant , effet Pygmalion (THADA, HP.)
- MAIS nécessité de poser un diagnostic précis dans certaines pathologies (autisme) pour lesquelles des traitements particuliers doivent être mis en œuvre
- Importance pour le dialogue entre professionnels et pour la recherche, « evidence based medicine »
- Sous tendues par une théorie, reflètent la pensée de ceux qui les élaborent

Classifications en psychiatrie de l'enfant

- DSM 5
- Classification Internationale des maladies CIM 10
- Classification Francophone des Troubles mentaux de l'enfant et de l'Adolescent (CFTMEA), révisée en 2012
- Classification 0-3 ans
- Classification « genevoise » (diagnostic structurel) de F. Palacio Espasa et R. Dufour

DSM

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American psychiatric association
- Classification syndromique
- Disparition de la notion de structure dès le DSM III
- Consacre 1 chapitre aux « troubles habituellement diagnostiqués au cours de l'enfance ou de l'adolescence ».
- DSM 5 (2015) : disparition du syndrome d' Asperger, tous les troubles envahissants du développement sont inclus dans les troubles du spectre autistique TSA
- Les catégories « adultes » peuvent être utilisées si les critères sont remplis, sauf la catégorie troubles de la personnalité »

CIM - 10

- Classification internationale des maladies, OMS
- Classification syndromique
- La plus utilisée en clinique dans les pays francophones.
- Pas de chapitre spécifique pour la pédopsychiatrie, mais 2 sections dans le chapitre V (troubles mentaux) :

troubles du développement psychologique

*troubles du comportement et troubles émotionnels
apparaissant habituellement dans l'enfance*

Possibilité d'utiliser les catégories « adultes » si les critères diagnostiques sont remplis.

Classification francophone des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent CFTMEA

- Basée sur une approche clinique et psychopathologique, vise à donner un sens aux symptômes
- S'étaye sur les concepts psychodynamiques, et sur la notion de structure
- A été développée pour rendre compte spécifiquement de la pathologie des enfants et des adolescents
- 2012 : CFTMEA-R, avec transcodage vers la CIM-10
- 2015 : Parution d'une version « adultes »

CFTMEA-R

- 4 catégories structurelles principales :

Autisme et troubles envahissants du développement

Troubles névrotiques

Pathologies limites

Troubles réactionnels

+ 1 catégorie *Variations de la normale*

Catégories secondaires permettent de préciser la symptomatologie

Diagnostic structurel chez l'enfant (Palacio, Dufour)

- Référence aux concepts kleinien
- Vise à créer une ouverture conceptuelle et clinique pour les organisations situées entre névrose et psychose (états limites)
- Se base sur des critères cliniques et psychodynamiques pour catégoriser la psychopathologie de l'enfant
- Importance accordée à la conflictualité dépressive
- Analyse à l'aide d'une « grille » diagnostique

Obsessionnelle Hystérique Phobique	<i>Tr léger personnalité</i> Hypomane	<i>Tr léger personnalité</i> inhibée oligodepressive	<i>Tr moyen personnalité</i> Inhibée (>5,6ans)	<i>Tr moyen personnalité</i> Mixte (<5,6 ans)	hypomaniaque Dépressive - schizoïde Tr identité, narcissique	évolutive
Eveillé Intelligent	<i>Moins module</i> Vivacite, familiarite	Reserve, peu communicatif Inhibition mais symbolisation	Serieux Triste Ralentissement	Hypomanie avec phases inhibition importante	Polymorphe Changeant Discontinu Instabilité Hyperactivité	Discontinu
Adequat Ph: évitant H: séducteur Ob: séri	Chaleureuse Séductrice Contrôle discret	Reserve peut se rechauffer si interlocuteur relance ++	Distance Peu de rechauffement	Séducteur Trop à l'aise Superficiel Régresse, efféminé...	Excès familiarité et retrait schizoïde Pouvoir, sado- masochisme	Contact Tr attachement sv Inapproprié à absence
Bien organisées Ph et H : maladresse Ob: retenue, méticulosité Symbolisation Conflits internalisés	Bonnes Hyperactivité, pt fuite idée Langage adultomorphe Test réalité ok	Bonnes Peu inverties Test réalité +/- ok	Motricité ralentie Bon potentiel intell, diminution prod symbolique Cours pensée ralenti mais pas intrusion proc primaire (BDL)	Motricité changeante Potentiel int mais limites réalisation Cours pensée: accélérée puis suspension.... Test réalité peu solide	Hyperactivité Maladresse brusquerie Bon potentiel int mais mal utilise (mh/ regr) Retard langage Fuite idée Tr identité Fantasme riche, cru (rupture symb) Test réalité +/-	Altération fcts du Moi Fonctionnement en mosaïque
Modules Angoisse castration+culp Dépressives modérées (perte incompris délaisse)	Défaut modulation Manifestation dépressive dans jeu, dessin Joie---agi	Idem Si thème anxigène isolation affect Gd sérieux	Tristesse froideur Affects peu modules, CTENNUI	gaite et perplexité anxieuse Thème dépressifs sans reconnaître	Inquiétude angoisse A dépressives intenses (perte o) soit triste soit hypomane Rage désespoir si frustration	
Refoulement Symbolisation Refoulement Isolation Ph: déplacement H: conversion O: contrôle form réactionnelle	Refoulement ++ Ecrase vie fantasmatique, pulsion Défense maniaque +deni	Idem Refoulement tel que aspect latence précoce Retour refoulé symbolique mais répétitif	Refoulement +++ Pauvreté production EDF mélancoliforme id objets détruits Hypochondrie Devalorisation	Défenses maniaques (id. objets idéalisés) Refoulement massif- perplexité, discontinuité	Défense type psychotique Pulsions agressives mal contrôlées, agi Déplacement pulsions conflituelles représentation destruction	
Pulsions libidinales (Sensibilité face à examineur, jeu)	Pulsions libidinales surtout	Pulsions libidinales surtout Expression contrôlée				

	Névrose Obsessionnelle Hystérique Phobique	Paranevrotique <i>Tr léger personnalité</i> Hypomane	Paranevrotique <i>Tr léger personnalité</i> <i>inhibée</i> <i>oligodepressive</i>	Paradepressive <i>Tr moyen personnalité</i> Inhibée (>5,6ans)	Paradepressive <i>Tr moyen personnalité</i> Mixte (<5,6 ans)	BDL hypomaniaque Dépressive - schizoïde <i>Tr identité,</i> <i>narcissique</i>	Dysharmonie évolutive	Psychotique
Fantasmes	Exprimés à travers bonne symbolisation, œdipiens Ph: ang castration H: rivalité phallique O: régression anale	Expression symbolique Œdipe, mais régression orale et agressivité	Tendance inhibition fant Œdipe régression orale, agressivité	Fantasmes dépressifs agressifs (incapacité, dévalorisation), libidinaux (solitude, perte, mort) Oraux avides --- culpabilité	Fantasmes dépressifs Maniaques Oraux, anaux Œdipiens archaïques	Fantasmes crus et effrayants interrompent la symbolisation	Idem	
Surmoi Moi idéal Idéal du moi	Surmoi pas trop sévère (plus chez obsessionnel)	Surmoi œdipien plus rigide Idéal haut place	Surmoi œdipien sévère critique Idéal haut place --- sentiment échec	Surmoi sévère Inhibiteur Idéal exigeant Sentiment échec	Surmoi non œdipien contre agressivité --- tendance à se blesser Idéal très exigeant	Surmoi très sévère non protecteur (peu de sens moral, empathie)		
Self Identifications	Estime de soi satisfaisante Accepte sa condition d'E Id. aspects parentaux idéalisés	Identification aux objets idéalisés (impression narcissique)	Difficile de les cerner impression adultomorphe	Dévalorisation Échec Auto-reproches Hypochondrie	Idem	Self grandiose avec moment d'effondrement (pathologie narcissique) Discontinuité image soi, tr identité		Self mal construit L'image ne tient pas
Principales demandes de consultation	Tr fonctionnels (maux ventre) Peurs Tr sphinctériens	Tr sommeil Tr comportement Scolarité un peu perturbée ADHD	Idem	Tr comportement Problème scolaires Diff apprentissage Tristesse phobies tr langage, ...	Idem	Tr comportement (agressivité, ADHD) Retard langage Tr apprentissages Svt atcd familiaux dépression etc		Problèmes relationnels Retard langage Tr communication Tr comportement majeur

Classification diagnostique 0-3 ans

- Conçue au départ comme un outil purement diagnostique, mais utilité plus générale dans la prise en charge des troubles du bébé et du jeune enfant
- Complémentaire aux autres classifications psychiatriques, s'intéresse spécifiquement aux troubles observés durant les 1ères années
- Avantage : permet de décrire des pathologies encore pas fixées, sans les assimiler à des catégories diagnostiques utilisées chez l'enfant plus âgé

Classification 0-3 ans

- Axe I: troubles cliniques (diagnostic principal)
- Axe II: relations (évaluation quantitative)
- Axe III: affections médicales et troubles développementaux (cotés selon CIM10 ou DSM)
- Axe IV: facteurs de stress psychosociaux
- Axe V: fonctionnement émotionnel et social

Bibliographie

- American Psychiatric Association: Mini DSM 5, Critères diagnostiques, 2016
- De Becker E. et al.: La question du diagnostic en psychiatrie infanto-juvénile. La psychiatrie de l'enfant, vol.58, 2015, 571-594
- Bergeret J.: Psychopathologie pathologique, théorique et clinique, 11^{ème} éd., Masson, 1995
- Burztejn C.: Classifications en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, in: Ferrari P., Bonnot O.: Traité européen de psychiatrie et psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Ed. Lavoisier, 2013
- Misès R.: Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R.2012: correspondances et transcodage CIM10. EHESP, 2012
- OMS: CIM-10/ICD-10. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, 1992
- Palacio F., Dufour R.: Diagnostic structurel chez l'enfant. Masson, 1994
- Petot D.: L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant, 3^{ème} éd., Dunod, 2014
- Zero to three. DC: 0-3R. Classification revisitée. Devenir (numéro spécial),2009/5, Ed. Médecine et Hygiène