

LA PEDOPSYCHIATRIE

De nombreuses études ont attesté le fait que la plupart des enfants montrent des problèmes psychologiques isolés, à un moment ou à un autre, et que beaucoup présentent des troubles émotionnels transitoires ou des difficultés comportementales. Dans une large mesure, ces troubles sont une partie intégrante du développement et ne posent pas de problèmes. D'un autre côté, beaucoup d'enfants ont des troubles psychiatriques qui interfèrent avec le développement normal et qui demandent un traitement, mais pas nécessairement par un psychiatre. On estime que 5 à 25 % des enfants (prévalence) souffrent de troubles d'une sévérité suffisante pour les handicaper dans leur vie quotidienne. On estime que seulement 7 % de ceux-ci nécessiteraient les soins d'un psychiatre. Il ne serait pas réaliste d'attendre que les psychiatres s'occupent de tous les problèmes psychiatriques de l'enfance. La véritable dimension du problème signifie que les médecins de famille, les pédiatres et les professionnels non médicaux tels que les enseignants, les assistants sociaux et les psychologues travaillant en dehors des cliniques, peuvent aussi s'occuper d'enfants ayant des troubles psychiques.

Ces troubles ne constituent pas forcément des maladies qui sont qualitativement différentes de la normalité. Il existe quelques conditions telles que l'autisme infantile, qui peuvent être dénommées des maladies, mais cela n'est pas vrai pour la grande majorité des troubles. La plupart des conditions diffèrent de manière quantitative de la norme en termes de sévérité ou de handicaps associés, mais de petites variations comportementales peuvent être trouvées chez beaucoup d'enfants essentiellement normaux. Un corollaire de ceci est que les symptômes isolés sont extrêmement fréquents et habituellement de peu de signification clinique. Les troubles sont diagnostiqués non seulement sur la présence de quelques items simples de comportement, qui sont spécifiques d'un point de vue diagnostique, mais aussi et surtout, sur la base de patterns d'une symptomatologie multiple qui est persistante et handicapante socialement.

Un autre point important est qu'il est commun pour des troubles, d'être partiellement ou entièrement spécifiques à certaines situations. Cette spécificité de situation implique que les troubles peuvent être compris en termes interactionnels. Ceci signifie que le problème se tient dans l'interaction entre l'enfant et son environnement et non uniquement à l'intérieur de l'enfant lui-même, ce qui ne signifie pas que les facteurs intrinsèques à l'enfant ne sont pas importants.

Ainsi, l'une des premières choses à faire, lorsqu'un enfant est référé, est une évaluation pour savoir si oui ou non il présente a un type de trouble nécessitant un traitement. Le fait que l'enfant ait été référé signifie que quelqu'un est concerné et une attention particulière doit être donnée à la question de savoir pour qui le symptôme est une nuisance. Il ne doit pas être nécessairement admis que cette préoccupation implique forcément un trouble psychiatrique chez l'enfant. Il se peut que le parent ait des soucis au sujet de quelque chose qui est un stade absolument normal du développement ou il se peut que ceci peut être un tout petit problème et que l'enfant soit utilisé comme raison pour chercher de l'aide au sujet de difficultés familiales sérieuses. Devant l'apparition de symptômes, il faut donc partir du fait qu'il existe un problème à étudier et qu'il existe peut-être quelque chose qui va mal chez l'enfant. Cela peut agir comme une valve de sécurité avant que la rébellion ou la défiance soit utilisée comme réponse à une situation intolérable ou encore se demander si le symptôme est une nuisance

comme par exemple, des comportements agressifs et bagarreurs à l'école, qui causent des ennuis aux enseignants. Il faudrait donc apprécier, si les plaintes initiales ou les symptômes viennent de l'enfant lui-même d'un parent, d'un maître, ou de quelqu'un d'autre, qui se soucie de son comportement. Bien que la plupart des enfants référés en clinique aient un problème psychiatrique, il est régulièrement constaté que les raisons de la référence se trouvent souvent chez les parents ou dans la famille, aussi bien que chez l'enfant.

Les enfants se comportent différemment à différents âges et il est nécessaire de savoir quel comportement doit être attendu et à quel âge. En plus, tous les enfants ne sont pas les mêmes, si bien qu'une certaine marge de variabilité est aussi nécessaire à évaluer. Différents stades de développement sont associés avec différents stress et différentes vulnérabilités. Celles-ci doivent être comprises. Il ne s'agit pas seulement de savoir quand les choses arrivent durant le développement, mais aussi comment elles arrivent et quels sont les processus qui les affectent.

Comme les enfants se développent et changent tout le temps, les troubles ont besoin d'être pensés en termes d'évolution naturelle. En regardant le cours d'un trouble psychiatrique chez l'enfant, on doit faire une **distinction entre les facteurs qui engendrent le trouble du début et les facteurs qui le maintiennent**. Ceux-ci peuvent être entièrement différents. La **sévérité d'un trouble** est une part cruciale de l'évaluation psychiatrique. Cette sévérité comprend l'anormalité et le handicap, principalement une difficulté dans les fonctions sociales de l'enfant.

Pour juger de l'anormalité d'un trouble de l'enfance, différents critères sont été utilisés et incluent les questions suivantes:

1. *Le trouble est-il approprié à l'âge et au sexe ?*

Beaucoup de comportements sont normaux à un âge donné mais pas à un autre : énurésie, encoprésie, anxiété et séparation par exemple.

Les comportements liés au sexe sont aussi plus spécifiques pour des garçons que pour des filles, bien que beaucoup de garçons aient des traits supposés féminins et des filles des traits supposés masculins. Mais ceci est normal, dans la mesure où aucun des sexes ne comprend tous les traits de l'autre sexe.

2. *Persistance*

Beaucoup d'enfants peuvent avoir des peurs, des colères et d'autres sortes de comportements troublés. Mais il est beaucoup plus rare que ces comportements persistent sur une longue durée. Ainsi, il est clair que chaque enfant peut passer à travers une phase où il n'aime pas aller à l'école.

3. *Circonstances de la vie*

Des fluctuations transitoires du comportement de l'enfant et des états émotionnels sont communes et normales. L'efficacité psychologique a des pics et traverse des moments où l'enfant est plus adaptable. Le développement ne procède pas entièrement de façon linéaire mais passe par des plateaux et régressions transitoires qui font partie du développement normal. Ces fluctuations arrivent à certains moments plutôt qu'à d'autres et nous poussent à considérer les circonstances de la vie autour de l'enfant. Par exemple, beaucoup d'enfants ont des comportements immatures lorsqu'un petit frère ou une petite sœur naît, lorsqu'il commence l'école ou arrive dans une nouvelle classe, etc....

4. *Le milieu socioculturel*

La façon dont un enfant se comporte doit être évaluée en termes de norme pour son milieu socioculturel immédiat.

5. *Etendue du trouble*

Des symptômes isolés sont beaucoup plus communs que la présence de multiples symptômes. Il faut donner plus d'attention aux enfants qui ont beaucoup de perturbations émotionnelles et comportementales.

6. *Les types de symptômes*

Il est clair que quelques symptômes sont beaucoup plus fréquemment associés à des dysfonctions psychologiques que d'autres. Ainsi, le fait de se ronger les ongles n'est pas indicatif d'un trouble psychique. Ceci ne veut pas dire qu'il n'a pas de signification, bien au contraire, puisque ceux qui se rongent les ongles le font beaucoup plus lorsqu'ils sont tendus. Quoiqu'il en soit, tout le monde est parfois tendu mais la tension n'est pas synonyme de trouble psychique. Par contraste, les relations entre pairs sont beaucoup plus souvent associées à des troubles psychiques et demandent donc une attention beaucoup plus marquée.

7. *Sévérité et fréquence des symptômes*

Des difficultés légères et peu fréquentes sont beaucoup plus communes que les difficultés graves. Il s'agit donc, si un enfant est amené par des cauchemars, des colères, des tics ou d'autres symptômes, de connaître leur fréquence et d'obtenir une claire description de ce qui se passe actuellement. Est-ce que la colère consiste à crier durant deux minutes ou à se rouler par terre pendant une heure et demie ? Est-ce que par cauchemars, les parents veulent simplement dire que l'enfant raconte au matin qu'il a eu un mauvais rêve ou encore qu'il a été réveillé la nuit en transpirant ou couvert de sueur et complètement paniqué ?

8. *Changement de comportement*

Une considération importante est de savoir si le comportement a changé. En d'autres mots, le comportement actuel est-il normal pour cet enfant (plutôt que pour les enfants en général). C'est ainsi que des comportements qui durent toute une vie peuvent être très handicapants par leurs implications. Mais l'attention doit toujours être donnée à une altération dans le comportement de l'enfant, d'autant plus si ce comportement est d'un type qui n'est pas attendu en terme de maturation et de développement ordinaire.

9. *Spécificité de situation*

En général, un problème qui est manifeste dans tous les settings, reflète un trouble plus fondamental que celui qui est évident, uniquement dans une situation. Par ailleurs, le degré de spécificité de situation n'est pas un bon guide pour juger de l'anormalité d'un comportement. La présence d'une spécificité de situation est importante en termes d'éclairage que cela pose sur la dynamique du problème de l'enfant en interaction avec d'autres personnes.

Mis à part tous ces critères, à prendre soit en combinaison les uns avec les autres, soit uniquement à titre isolé, il faut encore se faire une idée exacte du handicap qui est associé à l'anormalité en tant que terme purement statistique. Pour prendre un exemple, une intelligence très haute est rare mais n'est pas un trouble, alors qu'une intelligence très basse est également rare, mais est un trouble parce qu'associée à un mauvais fonctionnement et à un handicap social.

Quatre principaux critères de handicap peuvent être utilisés : la souffrance, les restrictions sociales, l'effet sur autrui et les **interférences avec le développement**. Les symptômes doivent être évalués pour savoir dans quelles mesures ils sont associés ou interfèrent avec des processus développementaux dans le sens d'un ralentissement du progrès ou dans le sens de développements anormaux ou déviants (dépendance et indépendance, agressivité ou retrait social.). Les symptômes peuvent être recadrés dans un contexte interpersonnel. Il n'est pas rare de trouver que le principal problème de l'enfant ne tient pas dans le comportement personnel en soit, mais plutôt dans la manière dont il interagit de manière déviante ou mal adaptée avec les autres gens.

Facteurs influençant la survenue de troubles psychiques chez l'enfant

I Facteurs non développementaux:

1. Temperament
2. Exposition à des modèles = Identification
3. Renforcement des contingences = conséquences = éducation = modes interactionnels
4. Abus et négligences
5. Stress lié à perte ou séparation de proches
6. Hospitalisations et dysfonctions cérébrales
7. Echec scolaire chronique
8. Expérience récente de stress aigu (événement aversif et incontrôlable)

II Facteurs développementaux :

1. Modifications émotionnelles (angoisses selon âge et hormones)
2. Modifications dues au contexte social
3. Facteurs cognitifs neuropsychologiques impliqués dans l'autocontrôle : attention, langage, mémoire, raisonnement.
4. Facteurs cognitifs impliqués dans la compréhension :
 - De soi (insight) et image de soi
 - De ses relations interpersonnelles
 - Valeurs morales et sociales
 - De ses croyances irrationnelles ou liées à l'autocontrôle
 - Capacité à surmonter égocentrisme.
5. Capacité de résolution de problèmes et habiletés sociales.

Origines des problèmes psychologiques chez les enfants

1. *Défaut de connaissance, ignorance*

2. *Fausse idées, fausses croyances*

- p.ex :
- la vérité ne doit pas être dite
 - ce qui arrive est de notre faute

3. *Désinformation pour garder le secret :*

- par parents, époux, le patient
- au sujet d'informations importantes
- par omissions, suppressions, falsifications, distorsions,
- oublis d'une partie / du tout
- exonérer pour accuser quelqu'un d'autre, trouver un bouc-émissaire

pour :

- éviter une critique, une honte
- garder le pouvoir sur autrui
- rediriger l'agressivité
- peur d'être rejeté

peut être dû à :

- divergence entre ce que nous faisons et manière dont nous le faisons
- confusions rôles/fonctions
 - p.ex père/juge/éducateur
 - p.ex mère/enseignante
- difficultés émotionnelles des parents.
- attentes négatives de la famille, des parents, de l'entourage, portées par l'angoisse

4. *Attachement insécurisant*

- discontinuité du lien: séparation, déménagements, placements, changements de substituts parentaux
- mauvaise qualité du parentage: mauvais traitements, absence d'investissements

5. *Signification et attribution causale erronée du symptôme*

A Attribuer le symptôme à de fausses raisons :

- Peur des copains à l'école ou pour sa mère à la maison ?
- Indigestion et céphalées alors que sa mère menace de renier l'enfant s'il la quitte physiquement ?
- L'enfant est difficile depuis sa naissance = il a été non désiré/rejeté ?
- Il souffre d'une dépression endogène ou/ il fait le deuil pathologique d'un père mort quelques années auparavant ?

B Le symptôme comme réponse à une situation

- non explicitée
- détachée du contexte
- jugement de valeur émis
- symptôme présenté comme inexplicable

C Le symptôme comme évitement de l'émotion douloureuse.

- les parents ont découragé les enfants et dénié les perceptions de leurs enfants en leur enjoignant le silence.
- pour les parents, il est difficile, pénible et douloureux d'admettre que leur propre comportement peut avoir contribué à causer et maintenir le problème de l'enfant.
- difficile à reconnaître et se rappeler des événements de vie réelle et des émotions liées à eux.

Rejet caché = simulation d'affection.

6. *Communication et émotion*

- Non exprimée, non verbalisée, non tolérée, non reconnue, non décryptée, simulée
- Centrée sur humeurs parentales, le comportement de l'enfant, de la fratrie
- Disqualifications

7. *Problèmes éducatifs*

- *Absence de règles, de limites et d'attentes claires vis-à-vis des enfants.*

Style trop directif / non directif
Pression inadéquate en rapport avec âge / sexe

limites absentes, floues, rigides

au moins une identification affectueuse à un parent.

absence de réactions si abus / délinquance

demandes nombreuses, inadéquates, contradictoires, négatives

- *absence de "monitoring":*
Les parents ou les personnes concernées ne reconnaissent pas les actes et les émotions des enfants. Donc elles ne peuvent pas y répondre adéquatement.
- *Absence de contingences efficaces :*
au niveau des techniques, remplacées par des décharges émotionnelles

au niveau d'une différenciation adéquate entre activités pro sociales encouragées et antisociales découragées.
- *Absence de processus de résolution de problèmes* pour faire face à des crises ou des problèmes familiaux.
- *Absence de cohésion parentale/familiale.*
incohérence / absence / polarisation parentale
- *Attitudes parentales excessives :*
Nécessité d'une relation chaleureuse avec l'enfant, permettant au moins une identification affectueuse à un parent.
- *Importance de la dimension du modeling* (les parents doivent donner l'exemple).

- *Importance de l'identification* à un groupe ou à des normes de milieu socioculturelles, ne rendant pas acceptable ou tolérée une solution délinquante.

8. Mauvais traitements psychologiques

Coercition	domination, hostilité, humiliations, rabaissement, ridiculiser, faire honte, critiques
Menaces	physiques, de tuer, d'abandon, compromettre la sécurité de l'enfant
Isolement	absences d'interactions avec autrui, déménagements
Encouragement	à actes autodestructeurs, antisociaux, déviants, inadaptés bouc émissaire, enjeux dans séparations des parents
Hyper protection	déni des besoins émotionnels, des interactions, sur implication, démission des parents, enfant roi
Négligences	de soins médicaux, éducatifs, privations de lecture privations de conversations, de jeux, de jouets, d'activités extérieures