

Psychopathologie développementale

Résumé

1. Introduction

Psychopathologie développementale: étude des origines et de l'évolution des patterns individuels dans l'adaptation

Psychopathologie de l'enfant : étude des troubles affectifs, cognitifs et sociaux qui marquent le développement de nombreux enfants

Objectifs : expliquer comment les désordres apparaissent, persistent, se modifient et disparaissent au cours du développement (étude des trajectoires, parcours, phases, continuité et discontinuité des troubles), intégrer les facteurs environnementaux, relationnels, personnels, biologiques (étude des facteurs de risque, de protection, de vulnérabilité et de résilience)

Pathologie : souffrance de l'enfant ou de l'entourage et risque pour le développement futur de l'enfant (critères diagnostics)

Trouble : les difficultés de l'enfant perturbent son comportement, son développement, la relation parent-enfant ou la vie de famille

Modèle transactionnel : l'enfant influence les parents et vice versa, les interactions parents-enfant constituent le contexte du développement de l'enfant et de la santé mentale, le trouble de l'enfant influence ces interactions et vice versa, contexte extrinsèque distal (culture, environnement, famille), proximal (parents), intrinsèque (enfant) et de médiation parent-enfant influencent les manifestations symptomatiques.

Modèle multifactoriel : facteurs personnels (biologique, génétique, tempérament,...), démographique (situation financière, niveau d'éducation des parents, structure familiale), familiaux (réseau social, conflits conjugaux, stress, pathologie des parents,...), parentalité (relations parents-enfants, pratique éducative...)

PRINCIPES DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DEV.

1. Les modèles propres à l'adulte ne permettent pas de comprendre les troubles psychologiques de l'enfant - Continuité et discontinuité entre troubles de l'enfance et troubles de l'âge adulte
2. L'expression des troubles change avec l'âge, le développement et les tâches liées à chaque étape
3. Une condition pathologique n'est pas associée à une cause spécifique, mais relève d'une causalité multifactorielle (principe de multidétermination des troubles). Les processus causaux sont de nature probabiliste
4. Principe d'équifinalité : différentes causes ont le même effet; une même cause peut avoir des effets différents
5. Principe de causalité circulaire : les effets *deviennent des causes* (cercle vicieux)
6. Continuité entre normal et pathologique (perspective dimensionnelle)

2. Troubles fonctionnels

Les troubles fonctionnels désignent une série de syndromes comportant une symptomatologie somatique sans support organique décelable et pour lesquels on fait

intervenir un déterminisme psychologique. Ces troubles touchent les grandes fonctions physiologiques : le sommeil et l'alimentation

A. Le sommeil

Part du bébé : s'endormir, continuer à dormir, se réveiller (composante individuelle)

Part des parents : régulariser les horaires, atmosphère calme, rituels (composante relationnelle)

Etats de vigilance : Etat 1 Sommeil lent, calme (reconstitution énergétique), Etat 2 Sommeil agité (sommeil paradoxale, 50%, rêve, intégration à long terme des expériences), Etat 3 Somnolence (transition), Etat 4 Eveil alerte, Etat 5 Eveil actif, Etat 6 Cris, pleurs

Prévalence des problèmes de sommeil : de 6 à 12 mois : 25% des enfants s'éveillent entre minuit et 5 heures (une ou plusieurs fois), de 12 à 18 mois : 30% des enfants ont des réveils nocturnes et des difficultés d'endormissement, 30-50% des enfants de moins de 2 ans ont des difficultés d'endormissement, refusent de dormir, réveillent leurs parents plusieurs fois par semaine. 10 à 15% des enfants de 4 à 11 ans ont régulièrement des insomnies; 4% reçoivent des somnifères, 25% des enfants avec trouble du sommeil ont tjs ce trouble à l'adolescence

510. Trouble de l'endormissement : *Le trouble est défini par* : le temps pris s'endormir et le besoin de la présence parentale lors de l'endormissement Difficultés d'endormissement présentes pendant 4 semaines au moins, à raison de cinq à sept épisodes par semaine chez un enfant d'au moins 12 mois.

520. Trouble du réveil nocturne : *Le trouble défini par* : la nécessité d'une intervention parentale lors du réveil nocturne (pris dans le lit des parents). Difficultés présentes pendant 4 semaines au moins, à raison de cinq à sept épisodes par semaine chez un enfant d'au moins 12 mois.

Autres troubles du sommeil : insomnies précoces sévères (forme agitée ou calme), parasomnies (terreurs nocturnes, somnambulismes, cauchemars, rythmies du sommeil)

Troubles associés : troubles somatiques (digestion, maux de tête et de ventre eczéma) trouble de l'alimentation, colères fréquentes, problème respiratoire, troubles anxieux

Diminution significative des problèmes de sommeil de 4 à 15 ans, les problèmes de sommeil à 4 ans prédisent des problèmes d'anxiété, de dépression, d'attention et d'agression à 15 ans (trouble du sommeil = facteur de risque)

B. Trouble de l'alimentation

Part du bébé : organiser un réflexe (orientation, succion, déglutition), discriminations gustatives et olfactives, coordonner les activités (sucrer, aspirer, déglutir, avaler, respirer, regarder, explorer), passer d'un état de besoin à un état de satiété, s'adapter à de nouveaux aliments, participer à la tâche

Part des parents : trouver un ajustement favorable (position), s'ajuster aux rythmes du bébé, s'ajuster à ses tentatives de participation, ajuster la quantité et la nature des aliments, rituels et distracteur

Normalité	Poids	Taille
Naissance	3,25kg (2700-4200gr)	50cm (48-53)
1 an	10kg (8-11)	74 cm (70-77)
2 ans	12kg (10,5-14)	86cm (82-90)

Remarques: les différences inter-individuelles sont très faibles à la naissance et augmentent avec l'âge, diagnostic pour trouble de l'alimentation uniquement s'il y a un retard important par rapport au poids et à la taille attendu à cet âge

Prévalence : 25-35% des enfants avant 5 ans, 2% de troubles sévères avant 12 mois, présents dans 50-60% des retards de croissance non organique

Facteurs associés : nourri au sein jusqu'à 3 mois (diminue de ½ la probabilité de troubles alimentaires), petits poids à la naissance (2* plus de troubles alimentaires), conditions médicales (reflux gastro-oesophagiens, troubles respiratoires, cardiaques), négligence, abus, discord ou psychopathologie parentale

601. Trouble alimentaire lié à la régulation des états

Présence des 3 critères suivants

- Difficulté à atteindre et à maintenir un état de calme pendant les repas
- Les difficultés d'alimentation ont commencé dès la naissance
- Echec dans la prise de poids ou perte de poids

602. Trouble alimentaire de la réciprocité parent-enfant

Présence des 3 critères suivants

- Pas de signes de réciprocité sociale appropriés (e.g., engagement visuel, sourire, ou babillage) avec le caregiver durant le repas
- Déficit significatif de la courbe de croissance
- Le déficit de croissance et l'absence de relation ne sont pas uniquement dus à un problème physique ou à un trouble envahissant du développement

603. Anorexie infantile

Présence des 6 critères suivants

- Refuse de manger des quantités de nourriture adéquates depuis au moins un mois
- Début du refus de nourriture avant l'âge de trois ans
- Semble ne pas avoir faim et manque d'intérêt pour la nourriture, mais grand intérêt dans l'exploration ou l'interaction avec le caregiver ou les deux
- Déficit significatif de croissance
- Le refus de nourriture ne survient pas après un événement traumatique
- Le refus de nourriture n'est pas dû à un problème médical

604. Aversion sensorielle à la nourriture

Présence des 4 critères suivants

- Refus de manger des aliments avec goût, texture ou odeur spécifiques.
- Début du refus lors de l'introduction d'un nouveau type de nourriture
- Pas de difficulté avec les aliments préférés.
- Présence de carences nutritionnelles ou retard du développement oral-moteur

605. Trouble de l'alimentation associé à des conditions médicales

Présence des 4 critères suivants

- Début du repas normal, détresse au cours du repas, refuse de poursuivre.
- Présence de conditions médicales responsables de la détresse face à la nourriture.
- Intervention médicale améliore, mais ne supprime pas le problème
- L'enfant ne prend pas de poids ou peut même en perdre.

606. Trouble de l'alimentation associé avec des lésions du tractus gastro-intestinal

Autres troubles durant l'enfance : mérycisme ou rumination, pica (manger tout), coprophagie (excréments), hyperphagie habituelle, phobie alimentaire

Etiologie : facteurs physiologiques (appétit pauvre, difficultés sensorielles, problème de motricité,...) ; facteurs relationnel (refus de s'alimenter, cpts parentaux inadaptés), modèle transactionnel : tempérament de l'enfant (réaction à la nouveauté, approche-retrait, adaptabilité, seuil, réactivité) et interactions parents-enfant (parents : insensibilité, contrôle, intrusion ; enfant : refus opposition)

Anorexie-boulimie pendant l'adolescence : Critères : a) Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour âge et taille. Indice de masse corporel (BMI < 17.5), b) Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale, c) Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme du corps sur l'estime de soi; ou déni de la gravité de la maigreur actuelle, d) Aménorrhées : absence d'au moins 3 cycles menstruels consécutifs ; **type** : restrictif ou avec boulimie

Repères

Capacités	0-2/3 mois	3-6/7 mois	7-10/11mois	11-15/16 mois	16-24 mois et +
Alimentation (motricité orale)	Tête	Suce /mord	Mâche	Mastique	Mastique bien
Texture des aliments	Liquide	Purée	Grumeaux	Haché en morceaux	Nourriture de table
Instruments	Sein / biberon	Cuillère	Tasse / doigts	Mange seul	Fourchette
Langage	Gazouille	Babille	Sons détachés	Mots détachés	Mots associés
Motricité fine	Agite les doigts	Saisit /retient	Transporte	Relâche /lance	Griffonne
Motricité globale	Soulève la tête	Se tourne	S'assoît seul	Se tient debout / marche	Court/ saute

3. Trouble de la régulation et de l'information sensorielle

Observations chez les enfants souffrant d'un trouble de la régulation : **0-6 mois** : coliques du nourrisson, excessive crying infants, bébés irritables, difficiles, hypersensibles, inconsolables ; **6 – 30 mois** : problèmes d'auto-consolation, détresse lors de changements de routines, détresse dans les activités quotidiennes (change, bain, repas), défenses tactiles, insécurité gravitationnelle, maladresse motrice, hypotonie, évitement ou recherche de sensations, problèmes de sommeil, d'alimentation, **auto-apaisement, consolabilité, irritabilité** (durée et fréquence de l'état 6), **pics d'excitation**

Etiologie : immaturité du SNC → défaut d'intégration sensorielle et difficulté à réguler le comportement et les réponses émotionnelles → Interfère avec la maîtrise et le développement sensori-moteur, interfère avec le développement socio-émotionnel, entretient les cris, l'évitement, l'opposition, péjore la qualité des interactions parents-enfant

Régulation : Mécanismes (moyens, stratégies) destinés à maintenir ou retrouver l'équilibre, compenser les perturbations. auto-régulation, régulation interpersonnelle ; **système de régulation du nouveau-né** : physiologique (bâillement), moteur (sucrer le pouce), états de vigilance, attentionnel/interactif (fixer, éviter)

Tempérament : Style comportemental reflétant comment l'individu fait ce qu'il fait, comment il réagit, fait face aux excitations, personnalité de base (génétique, héréditaire), régulation physiologique : base constitutionnelle (réactivité, autorégulation), régulation émotionnelle de l'individu en interaction avec l'environnement, construction sociale : résultat de l'interaction entre le style de l'enfant et les caractéristiques des soins parentaux et demandes de l'environnement ; **dimensions du tempérament** : niveau d'activité, régularité/rythmicité, approche-retrait, adaptabilité, seuil de réactivité sensoriel, intensité des réactions, humeur et qualité des émotions, concentration ou distractibilité, persévérance/durée d'attention, **type de tempérament** : facile (40%), difficile (10%), lent à s'animer (15%)

400. Troubles de la régulation de l'information sensorielle : *au moins* : 1 difficulté dans le traitement de l'information sensorielle (système tactile, vestibulaire, proprioceptif, auditif et visuel, olfactif : odeur/goût) *et* 1 difficulté dans l'organisation motrice (tonus, motricité) *et* 1 ou

plusieurs symptômes comportementaux (langage, vision-espace, attention/concentration, impulsivité, recherche de sensations), **TYPE** : *hypersensible* (410) : type A : *crainitif-prudent*, type B : *opposant et provocateur* ; *sous-réactif* (420) ; *recherche de stimulation/impulsif* (430)

Prévalence : 2-7% de la population tout-venant, 40-50% des enfants avec difficultés de régulation

Evolution : ajustement et variations de la normale, difficultés d'attention, impulsivité, hyperactivité, troubles hyperkinétiques, dyspraxie développementale, difficultés d'apprentissage, difficultés de comportements (colères, opposition), troubles anxieux, difficultés à s'engager dans des interactions sociales réciproques (retrait, inhibition, timidité), difficultés à faire face aux changements, transitions, séparations → trouble de la régulation = facteur de risque pour l'évolution ultérieure

Traitement : guidance parentale, thérapie psychomotrice, intégration sensorielle/ergothérapie, guidance interactive

4. Trouble envahissant du développement (autisme)

Observations : traits et expressions du visage, apparence extérieure, orientation dans l'espace, stéréotypies, stimulations visuelles et auditives, parole et langage, comportement dans le jeu

Prévalence : 1%, 4-5 garçons pour 1 fille (avec retard mental grave : 1G pour 1F, sinon : 8 à 9G pour 1F)

Trouble autistique (DSM-IV) :

A. Au total six manifestations présents avant l'âge de 36 mois dont (au moins) :

- 2 *interactions sociales réciproques* (isolement social, comportements non-verbaux : contact oculaire, mimique, postures, gestes, relations avec les pairs, partage des intérêts, plaisirs, réussites, attention conjointe, empathie, réactions aux besoins et émotions des autres)
- 1 *communication verbale et non-verbale* (aucun langage à proximité trompeuse, retard ou absence de développement du langage, si le langage est présent : incapacité à engager ou soutenir une conversation (pragmatique), usage stéréotypé et répétitif du langage ou langage idiosyncrasique, langage pédant (je /tu, mot /concept))
- 1 *répertoire comportemental rigide stéréotypé* (retard mental profond à intelligence supérieure= ilôts d'intelligence, intérêts restreints (objets ou situations particulières), habitudes ou rituels inflexibles, gestes stéréotypés, préoccupation (parties d'objets), absence de jeu symbolique)

→ TRIADE AUTISTIQUE

B. *Début* : avant l'âge de 3 ans du fonctionnement anormal dans au moins un des trois domaines

C. Perturbation pas mieux expliquée par le diagnostic de Syndrome de Rett, ou de Trouble désintégréatif de l'enfance.

CD-0-3 :

- 1) Trouble significatif du développement de l'interaction sociale réciproque avec les parents (initier, répondre, maintenir)
- 2) Trouble significatif de la communication pré-verbale et verbale (geste de pointage, jeu symbolique)
- 3) *Trouble significatif du traitement de l'information sensorielle*
- 4) *Trouble significatif de la planification motrice*

Troubles associés : épilepsie (20-30% des enfants autistes), retard mental (75% des enfants autistes ont un QI <70), automutilation, oppositions, colères, impulsivité, trouble du sommeil/ de l'alimentation, symptômes dépressifs, troubles de l'humeur, troubles psychiatriques (adultes)

Autisme = trouble du développement comportant de nombreux déficits cognitifs subtils et complexes touchant le traitement de l'information (fonctions exécutives et opérations complexes), défaut

précoce de : *exploration perceptive et intégration sensorielle imitation (absente) attention régulation émotionnelle*, affectant l'ensemble du développement cognitif, communicatif et affectif

Etiologie : facteurs génétiques, neurobiologiques, neuropsychologiques, pré et périnataux

Traitement : prise en charge institutionnelle, approche cognitive-comportementale, traitement logopédique, guidance et soutien aux parents, psychothérapie

Conclusions : 1) Trouble neuro-développemental précoce, 2) Etiologie multifactorielle, complexe, hétérogène (bases génétiques certaines), 3) les caractéristique changent en fonction de l'individu et au cours du développement, 4) l'intervention doit commencer tôt et être intensive, 5) pronostique favorable pour les enfants avec QI élevé, soutien familiale, tempérament stable, maîtrise du langage, intervention précoce, intervention logopédique

Syndrome de Rett : gène MECP2, n'affecte presque que des filles, 1 sur 10 à 15'000, développement normal pendant les 6 à 18 premiers mois puis désintégration rapide se terminant avant 3 ans, manifestations : périmètre crânien (normal à la naissance puis ralentissement), perte de l'usage volontaire des mains (6-30 mois), démarche chancelante, trouble de la communication, retard mental sévère (QI<30)

5. Troubles de la relation parents-enfants

Fonctions des relations parents-enfants : s'attacher, établir des relations interpersonnelles, assurer la santé psychologique, se développer et apprendre, communiquer, transmettre la culture et ses valeurs

Observations : sensibilité du caregiver (percevoir les signaux de l'enfant, les interpréter correctement, y répondre adéquatement et promptement ; le caregiver avec la + haute sensibilité devient la figure d'attachement principale de l'enfant ; haute sensibilité parentale favorise un attachement sécure) ; fondé sur les regards réciproques, les expressions faciales, les interactions verbales, le rythme des échanges, le dialogue tonique (toucher, maintien postural, distance) ; → *empathie, accordage affectif* ; niveaux d'observation : cpt, motivation, émotion, cognition, identification (qu'est que je ferais/ressentirais à sa place ?)

Attachement :

- *Sécure (B)* : équilibre entre la recherche de proximité et le partage avec la base de sécurité (caregiver) et l'exploration de l'environnement (60%)
- *Insécure* :
 - **A** : évitement, hostilité (ne recherche pas la sécurité, font comme s'ils pouvaient se débrouiller seul, ne développent pas de relation de confiance, 10-15%)
 - **C** : résistance, ambivalence, colère, cramponnement excessif (privilégie la proximité mais ne se sentent pas bien dans la proximité, 10-15%)
 - **D** : désorganisés (signaux ambigus, rythme de changement d'état rapide, enfants maltraités ou négligés)

Troubles de la relation parents-enfants

- surrégulation /surimplication : relations orchestrées par le caregiver, mode intrusif non personnalisé, chez le parent : anxiété, dépression, colère ; chez l'enfant : passivité ou colère ; enfant perçu par le parent comme un pair et non comme un individu en soi
- sous-régulation /sous-implication : faible engagement mutuel, échanges réduits, manque de réaction du caregiver aux signaux de l'enfant, ambivalence affective, retrait ou isolement, tristesse, absence de plaisir, histoire parentale de déprivation
- relation anxieuse, tendue : relations tendues, contraintes, peu de plaisir réciproque, parent inquiet du développement et surprotecteur ; enfant : accroché au parent, anxieux, passif, anxiété prédominante des 2 parts, interprétation erronée des cpt de l'enfant et réponse inappropriée

- **relation hostile, avec colère** : interactions dures, abruptes, manquant de réciprocité émotionnelle envers les demandes de l'enfant, enfant : cpt de résistance, de crainte, d'évitement, de vigilance ; enfant perçu comme dépendant, parent ne comprend pas ses besoins, enfant perçu comme menaçant le contrôle, l'autorité parentale
- **relation de maltraitance/abus** : a) maltraitance physique (mauvais traitement, isolement, punitions extrêmes), b) maltraitance verbale et émotionnelle (rejet, attaque, minimisation de l'enfant), c) abus sexuel

Evaluation de la qualité de la relation parent-enfant : PIR-GAS (parent-infant relationship global assessment scale) **de 10 à 90** :

Adapté (81-90) : relations souvent réciproques et synchroniques qui protègent et servent au développement de l'enfant et du parent, conflits résolus de manière appropriée

si >70 : sans trouble

Altérée (51-60) : relations affectées par des expériences de détresse des partenaires, conflits dans plusieurs domaines et résolution difficile, progrès développementaux de la dyade peuvent être affecté si le pattern ne se modifie pas

41 à 69 : altéré

Pathologique (31-40) : la plupart des interactions sont conflictuelles ou inappropriées au développement, rigide, interactions influencent négativement le développement de l'enfant

10 à 40 : avec trouble

Régulation appropriée : accordage affectif et empathie (contingence, synchronie, réciprocité) ; le caregiver est suffisamment sensible aux signaux du bébé (besoins, état, excitabilité), produit des réponses ajustées (nature et rythme des réponses), modifie son cpt (en fonction du niveau de développement et des compétences de l'enfant)

Rappel : préséance voir fin du ch.5

AXES	DSM-IV	DC 0-3
I	Troubles cliniques	Diagnostic primaire état de stress traumatique (100), déprivation ou maltraitance (150). Trouble de l'affect (200), trouble de l'ajustement (300), trouble de la régulation (400), trouble du cpt du sommeil (500), trouble du cpt de l'alimentation (600), trouble de la relation et de la communication (700), troubles envahissants du développement (710)
II	Troubles de la personnalité et retard mental	Diagnostic de la relation
III	Affections médicales générales	Troubles physiques, neurologiques, mentaux
IV	Problèmes psychosociaux et environnementaux	Stress psychosocial
V	Evaluation globales du fonctionnement (CGAS)	Niveau de développement fonctionnel et émotionnel

6. Troubles anxieux

Trouble émotionnel ou internalisé

Caractéristiques : début insidieux, gravité minimisée durant l'enfance, **comorbidité** : comportementale (évitement, fuite ou compulsions), cognitif (rumination, interprétations erronées, obsessions), affectif (peur, angoisse, panique, détresse), physiologique (changement du rythme respiratoire et cardiaque, sueurs froides, crampes d'estomac), avec autres troubles (de l'humeur, du comportement, énurésie, troubles alimentaires)

Epidémiologie : prévalence : 5-18% de la population ; sex ratio : 2F/1G, **1G**

• **Anxiété de séparation** : 33% enfants consultants; pic à 8-9 ans; durée 8 ans; plusieurs épisodes; enfance **F=G**, adolescence **4F / 1G**

• **Anxiété généralisée (hyperanxiété)** : 15% enfants consultants; débute plus tard; **F**

- Phobie spécifique : 15% enfants consultants; **F**
- Anxiété (phobie) sociale : rare avant l'adolescence; **G**
- Attaque de panique : chez 40 à 60% des adolescents de 14 à 19 ans
- TOC : 0.5% chez les enfants; plus nombreux à l'adolescence; **G**

Modèles théoriques : a) Modèle psychanalytique : Un trouble anxieux résulte du déplacement de l'angoisse sur un objet externe, le Moi est capable d'éprouver de l'angoisse (Freud). Dès la naissance : *angoisse de morcellement, néantisation*, 2^{ème} semestre : *angoisse de perte (séparation, absence)*, Stade phallique : *angoisse de castration* ; Surmoi : *angoisse sociale ou morale* ; La fonction maternelle permet de contenir les angoisses du bébé (Winnicott) ; b) Modèle comportemental (Watson, Skinner, Barlow) ; conditionnement classique répondant : l'anxiété est une réponse apprise au cours d'une expérience traumatique, par association (fortuite) entre un stimulus neutre et un stimulus conditionnel aversif ; conditionnement opérant : l'évitement des situations anxiogènes permet de réduire l'angoisse (signal de danger) ; c) Modèle cognitif La réponse anxieuse dépend de l'activation chronique de schémas cognitifs (perception des sensations internes, pensées, images) organisés autour de thèmes de menace, danger ; *Biais d'interprétation* : ambigu = menace; cognitions négatives, *Biais attentionnel* : en faveur des stimuli menaçants, *Sensibilité à l'anxiété* : provoque malaise, embarras, perte de contrôle, d) Modèle intégratif (transactionnel) : l'anxiété résulte de la difficulté à faire face, en raison d'*un ou différents facteurs* : vulnérabilité de l'enfant : inhibition comportementale, retrait face à la nouveauté, style et modèle interne d'attachement : insécure (désorganisé), pratiques éducatives parentales : rejet, critique (vs chaleur, acceptation), sur-implication contrôle (vs autonomie), fonctionnement familial : rigide, désengagé, conflictuel

Etiologie : hérabilité a un rôle prédominant pour les TOC et inhibition/timidité ; environnement familial : anxiété de séparation

Traitement : thérapie cognitive-comportementale, thérapie familiale, thérapie psychodynamique

Evolution : Mal connue, gravité minimisée, font rarement l'objet de soins, tendance à diminuer avec l'âge, mais environ 50% des difficultés persistent (dépression, troubles de l'humeur), tendance à durer plus longtemps chez les filles, évoluent rarement de façon continue, Phobies spécifiques : meilleur pronostic ; anxiété de séparation généralisée : 66-75% de persistance ; TOC : 70% des ado ont le même diagnostic au début de l'âge adulte

Regroupement des troubles anxieux : troubles anxieux I : anxiété de séparation, phobie spécifique, anxiété généralisée, phobie sociale, attaque de panique, troubles anxieux II : TOC ; troubles anxieux III : Stress post-traumatique

220. Trouble anxieux de la première et petite enfance (DC 0-3R)

Manifestations : 1. Peurs multiples ou spécifiques, 2. Peurs de l'étranger ou de la séparation excessives, 3. Episodes de panique excessive, 4. Inhibition ou restriction excessives du champ des comportements, 5. Anxiété profonde, 6. Agitation, cris excessifs, troubles du sommeil, de l'appétit, irritabilité, colères

Durée : au-delà de deux semaines

Conséquences : entrave au fonctionnement normal (jeu social, langage, sommeil, alimentation)

Critères d'inclusion (positifs) : Les troubles doivent se manifester dans différents contextes et concerner différentes relations ou interactions, les troubles de l'affect doivent être associés à des difficultés comportementales et émotionnelles chez l'enfant, *sinon, on préférera le diagnostic de Troubles de la Relation (Axe II)*.

Critères d'exclusion (négatifs) : Les troubles ne se manifestent pas seulement à l'occasion d'une transition développementale (*peur de l'étranger, période d'opposition*, par exemple).

Peur : sentiment désagréable déclenché par la perception d'un danger lié à un objet, situation, événement ; émotion primaire ; naissance : bruits soudains ; 6-9 mois : personnes inconnues et

situations nouvelles, 2 ans : animaux et obscurité ; 5 ans : animaux sauvage et créatures imaginaires ; 7 ans : accident, mort et catastrophes ; adolescence : évaluation négative des autres et échec

Anxiété : affect pénible associé à l'attente d'un événement vécu comme désagréable, avec sentiment d'impuissance à s'en défendre ; **Anxiété-trait** : caractéristique permanente de l'individu ; **Anxiété-état** : éprouvé mobilisé par certaines situations spécifiques ; **Anxiété normale** : alerte, protège, guide, pousse à l'action ; **Anxiété pathologique** : détresse extrême, maîtrise impossible, réassurance impossible, conduit à l'évitement. Si elle persiste, perturbation du développement

Types d'anxiété et diagnostics : **Anxiété ciblée** : Anxiété de séparation, Phobie spécifique, Anxiété ou phobie sociale, Trouble obsessionnel-compulsif **Anxiété envahissante** : Trouble panique **Anxiété réactionnelle** : Etat de stress post-traumatique **Anxiété flottante** : Anxiété généralisée

Angoisse : angoisse existentielle, propre de l'être humain, peur sans objet ; l'angoisse surgit lorsque l'individu ne peut pas faire face aux dangers externes et internes. Réaction de désarroi, produit de l'état de détresse. Angoisse normale. **Symptôme** : paralysie, inhibition, entrave au fonctionnement

7. Les troubles de l'humeur

A. Petite enfance

210. Deuil / chagrin prolongé

Manifestations consécutives à une perte

Séquence : Protestation / Désespoir / Détachement

1. Pleurer, appeler, chercher le parent absent
2. Refuser les tentatives de consolation
3. Retrait affectif, léthargie
4. Perturbations de l'alimentation
5. Perturbations du sommeil
6. Arrêt, régression ou perte des acquis développementaux
7. Restriction du registre émotionnel
8. Hypersensibilité et détresse à tout ce qui évoque la personne disparue

230. Dépression de la petite enfance

Manifestations : présence de au moins 5 symptômes

1. Humeur dépressive ou irritable
2. Diminution marquée du plaisir et des intérêts
3. Perte ou gain de poids
4. Insomnie ou sommeil excessif
5. Agitation psychomotrice ou lenteur
6. Fatigue ou perte d'énergie
7. Sentiment d'inutilité ou de culpabilité inappropriée
8. Problème de concentration, attention, décision
9. Allusions répétées à la mort

Durée : au moins deux semaines

240. Trouble mixte de l'expression émotionnelle

Difficultés persistantes à exprimer des émotions de façon adéquate, eu égard au niveau de développement de l'enfant.

Manifestations : au moins deux semaines

1. Absence de modes d'expression émotionnelle positif (plaisir, joie, curiosité) ou négatif (colère, peur, honte, tristesse, envie, jalousie, empathie, fierté). Absence de peurs, d'inquiétude, d'anxiété.

- 2. Intensité perturbée** : affect inversé ou inapproprié
 a) crises de colère ou apathie
 b) inadéquation de l'expression émotionnelle : l'enfant rit lorsqu'il est bouleversé
3. Interférence avec le fonctionnement attendu / approprié

La dépression du nourrisson est consécutive à une carence de soins (négligence, mauvais traitement, discontinuité) ou à une perte réelle, séparation prolongée

Traitements : consultation thérapeutique, traitement avec le ou les parents, thérapie conjointe parent-bébé (psychodynamique ou guidance interactive), hospitalisation conjointe (mères gravement déprimées)

B. Chez l'enfant et l'adolescent

Episode dépressif

1. Humeur dépressive ou perte de l'intérêt ou du plaisir.
 2. Changement significatif par rapport au comportement habituel.
 3. Présence de 4 symptômes dépressifs au moins (cf dysthymie)
- L'épisode est **terminé** lorsque la personne ne manifeste plus de symptômes pendant min. 2 mois

Dépression majeure : Survenue d'un ou plusieurs épisodes dépressifs de min. 2 semaines.

Trouble dysthymique (ou dépression mineure chronique)

Humeur triste ou irritable, *presque toute la journée* (ou un jour sur deux) pendant min. 1 an, accompagnée d'au moins 2 des symptômes suivants :

- Appétit augmenté ou diminué
- Insomnie ou hypersomnie
- Manque d'énergie ou fatigue
- Faible estime de soi
- Trouble de l'attention ou difficulté à prendre des décisions
- Sentiment de désespoir

Syndrome hypomaniaque du jeune enfant

1. trouble manifeste et durable de l'affect : tristesse ou exaltation, euphorie
2. existence d'inhibitions ou d'hyperactivité
3. manifestations négatives persistantes de l'estime de soi ou soi grandiose, hypomanie
4. manifestations négatives du vécu des relations avec les objets : vécu de perte, solitude, abandon ou idéalisation

Equivalents dépressifs chez l'enfant : Irritabilité, apathie, manque d'appétit, anorexie, difficultés scolaires, phobie scolaire, absentéisme, retrait, inhibition, difficultés d'interaction avec les pairs, agressivité, délinquance, anxiété
 → dépression masquée

Caractéristiques : Début : généralement entre 6 et 13 ans, augmentation dans les pays industrialisés, **enfant meilleur informant** (que les adultes), **idées suicidaires** observées chez 2/3 des enfants et adolescents avec troubles dépressifs, 74% des suicides réussis pour les 15 -24 ans sont associés à un diagnostic de dépression

Epidémiologie : prévalence population générale : 5%, augmentation en fonction de l'âge (passe de 1% à 6 ans à 6-9% chez les ado), 10-40% des ado ont des symptômes dépressifs sans remplir tous les critères diagnostiques, **sex ratio** : dès 14 ans : 2-3F/1G, traitements insuffisants

Comorbidité : troubles anxieux (33-66%), troubles des conduites (garçons ado : 11%, facteur favorable), anorexie (fille), problèmes de santé physique, problèmes scolaires

Modèles : perspective psychodynamique (perte de l'objet, agressivité contre soi), **comportementale** (stress liés aux événements de vie, renforcement, faible compétence social et rejet par les pairs), **cognitive** (impuissance acquise : learned helplessness, hopelessness, Seligman, **distorsion cognitive** : Beck, vision négative de soi, du monde et du futur ; distorsion du traitement de l'information auto-évaluative)

Traitement : thérapie psychodynamique individuelle, psychodrame de groupe, travail de réseau, thérapie cognitive-comportementale, hospitalisation, traitement médicamenteux

C. Suicide

Rare dans les groupes sans psychopathologie, garçons : suicides réussis alors que filles : plutôt tentatives de suicide, 2^{ème} cause de mortalité chez 15-24 ans ; forte probabilité de récurrence

Facteurs prédisposants : **facteurs psychopathologiques** (dépression grave, trouble de la personnalité, impulsivité, abus de substances), **cognitif** (hopelessness, coping, problem-solving, style d'attribution, impulsivité), **facteurs précipitants** (conflits interpersonnels : ¾ des suicides réussis ; conflits à l'école, séparations, échecs, abus sexuels : 44% des filles)

Catégories de suicidants

- Irritables, impulsifs, hypersensibles à la critique
- Anxieux pour les événements à venir, peur de faire faux, trouvant difficiles de s'adapter à de nouvelles circonstances, très perfectionnistes; avec un niveau d'exigence élevé
- La symptomatologie est agie - *sur le corps* – et non mentalisée
- La personne se sent dans une impasse et ne peut utiliser que des conduites auto-destructrices