

Troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent

La théorie de l'attachement

- **Lorentz** a décrit le phénomène d'empreinte, le petit fait alliance avec le premier objet en mouvement
- **Harlow** a montré que les interactions et contacts sont importants pour déterminer la dynamique d'interaction.
- Les bébés humains séparés de leur mère démontrent des réactions de tristesse, de découragement et d'indifférence.
- Les **expériences de Spitz** ont montré qu'un bébé totalement privé de sa mère montre des signes de retard de croissance et de contact très maigre.

L'alimentation est au cœur de la relation précoce mère-enfant. Le bébé va apprendre à percevoir ses propres besoins, il va activer ses pleurs, la mère va donner le sein, le stimulus du sein dans la bouche active la tétée et le lait dans la bouche active la déglutition.

La régulation mutuelle de l'interaction mutuelle peut être décrite à 3 niveaux

- 1) **Comportemental** : expression faciale, regards, gestes
- 2) **Affectif** : contact œil à œil, attention, vocalisations du bébé
- 3) **Fantasmatique** : attitude corporelle de la dyade, distances, verbalisation au cours de la consultation.

I. Les troubles alimentaires du nourrisson

L'anorexie d'opposition

- La plus **fréquente**
- L'enfant présente plus un **refus** qu'une absence d'appétit.
- La plupart du temps il a **besoin d'un changement**, ce n'est pas un réel caprice.
- **Stress environnemental** (changement de nourrice, déménagement...)
- Un rapport de force accentue le malentendu (parents qui ne constatent pas ce refus, qui ne propose pas de choses nouvelles...)
- **Souvent, pas d'impact sur le poids** et la croissance mais une perte de poids ou une stagnation pondérale est un critère de gravité

L'anorexie d'inertie

- Plus **rare** et plus **grave** que l'anorexie d'opposition
- **Perte de poids constante** avec engagement du pronostic vital
- Associée à des **troubles dépressifs ++**
- Début précoce possible
- Contexte de **privation affective**

Les vomissements

- Ils sont **fonctionnels** ou **psychogènes**
- Le **contexte relationnel maman-bébé est souvent mal adapté** (la mère nourrit mal son enfant, contexte de séparation)
- Risque de **déshydratation** aigu

Le mérycisme : Retour du bol alimentaire dans la bouche que le bébé garde en bouche.

- Sentiment **d'insécurité** chez l'enfant
- Signe **dépressifs**, repli sur soi
- Contexte de **carences affectives sévères**

II. Les troubles transgressifs chez l'enfant et l'adolescent

L'enfant doit apprendre les règles de vie qui s'automatisent au fur et à mesure. Rupture avec l'idée du comportement que l'enfant devrait « normalement » avoir face à son environnement.

Avant de parler de troubles il faut **s'assurer** de l'**éducation** de l'enfant, de son **environnement** (judiciaire). On doit également vérifier que ce **n'est pas un comportement isolé, réactionnel** (variation de la norme)

La fugue

- **L'enfant** fugue beaucoup plus **rarement** que l'adolescent. Elle est de durée brève et il se rend dans un **endroit familial**. Il rentre lui-même ou **se laisse raccompagner** par des passant ou des représentants de l'autorité.
- **L'adolescent** fait des fugues **prolongées** et évite de signaler sa présence. On a souvent une dimension de **fuite ou de rupture du milieu parfois précoces**.

Cela peut être un comportement d'évitement, comme refus scolaire, reflet d'un enfant déficitaire ou psychotique, lié à une crise d'épilepsie ou hystérique.

Que faire ?

- ✓ Comprendre le pourquoi de la fugue
- ✓ Prévenir les autorités administratives de l'hôpital
- ✓ Ne pas se substituer aux instances judiciaires et ne pas porter de jugement moral
- ✓ Réfléchir à un cadre pour éviter les récidives

Les vols

C'est potentiellement le délit le plus fréquent chez l'adolescent. Il touche plus les hommes que les femmes (tendance qui évolue).

Il faut voir deux notions : la **propriété** et l'**interdit**.

- 1) **Notion de propriété de l'objet** : à partir d'1/2 an 2 ans
 - 2) **Notion d'interdit** : 6-7 ans
- Chez **l'enfant**, la personne visée est le plus souvent, la **mère** le **père** ou la **fratrie**. Il existe peu de culpabilité et c'est en grande partie la réponse de l'entourage qui va conditionner la notion d'interdit.
 - Chez **l'adolescent**, le vol peut s'étendre aux **amis**, aux **voisins**, à l'**entourage** scolaire.

Que faire ?

- ✓ Comprendre le pourquoi du vol
- ✓ Eviter la rigidité extrême et la dramatisation surtout chez l'enfant en bas âge ou dans un contexte névrotique
- ✓ Eviter la tolérance et la banalisation pour les enfants ayant un manque d'intériorisation des interdits.

Le mensonge

- Il existe le mensonge **utilitaire** et le mensonge **compensatoire** (mythomane, organisé comme une fausse présentation de soi la plupart du temps pour mieux servir son image sociale ou dans le groupe)

Que faire ?

- ✓ Comprendre le contexte
- ✓ Question de la négation ? est-ce qu'il comprend réellement le non
- ✓ Ne pas porter de jugement moral
- ✓ Ni dramatisation ni banalisation
- ✓ Eviter au parent de mentir à l'enfant

Les conduites agressives

- Chez le **grand nourrisson** on remarque des réactions de **frustration**, de **rage**. Elles sont orientées vers l'adulte qui en est responsable.
- **L'enfant** va manifester des réactions beaucoup plus actives ; caprices, agitation physique, affirmation de sa puissance. D'où l'importance de la réaction de l'environnement qui doit le réguler.
- **A l'âge scolaire**, l'enfant va exprimer son agressivité avec ses pairs sous forme **d'échanges verbaux** ou de **bagarre** mais progressivement il pourra avoir recours aux jeux et aux rêves.
- On peut cependant rencontrer des **conduites pathologiques**, notamment selon la **sévérité** et la **fréquence** des crises. On a une **intolérance à la frustration**.
- Les **violences contre les biens** sont la plupart du temps réalisées par un adolescent. Quand elle est **solitaire** elle révèle assez souvent une **organisation psychopathologique problématique**.
- La crise clastique peut parfois être le seul recours qu'à un individu pour lutter contre son sentiment d'emprise par le monde extérieur. Le risque de récurrence dépend largement de l'entourage.
- Dans les **violences contre les personnes** on distingue les **violences intrafamiliales** des autres. On retrouve souvent un lien passionnel étroit en particulier avec la mère dans un contexte de **mésentente conjugale chronique**. Le type de **personnalité** est dit « **limite / psychotique** » et **non névrose**. ATCD de violences physiques/sexuelles/traumatisme ++. Les **violences extrafamiliales** se font souvent en bandes d'adolescents, on est toujours proche de la délinquance. Les meurtres sont rares.

Que faire ?

- ✓ Comprendre le contexte
- ✓ Contention ?
- ✓ Névrose ? Psychose ?
- ✓ Priorité à la **parexcitation**
- ✓ Médication ? Hospitalisation ?

III. Les troubles du comportement alimentaire (anorexie et boulimie)

L'anorexie mentale

C'est une pathologie grave. Conduite **d'addiction** ou de **dépendance** car c'est un processus par lequel un comportement permet de **procurer un plaisir** et **d'écarter une sensation de malaise interne**.

- Touche ++ les filles avec deux pics de survenue : 13-14 et 18-20 ans.
- AAA, anorexie, aménorrhée et amaigrissement.

Anorexie : Conduite de restriction alimentaire justifiée par un régime alimentaire drastique. Sensation de faim remplacée par une intolérance à la nourriture.

Signes cliniques associés

- ✓ Potomanie : besoin irrésistible de boire constamment.
- ✓ Mérycisme
- ✓ Douleurs abdominales
- ✓ Vomissements provoqués (risque d'hypokaliémie)
- ✓ Prise de laxatifs et diurétiques
- ✓ Hyperactivité motrice

Signes somatiques

- ✓ Cheveux secs, tombants, cassants, peau sèche, dents abîmées...
- ✓ Hypertrophie des parotides
- ✓ Troubles cardio
- ✓ Hypothermie
- ✓ Constipation
- ✓ Fractures liées à l'ostéoporose

Contexte psychologique

- ✓ Dénier de la gravité
- ✓ Sentiment de bien-être et de maîtrise
- ✓ Désir de maigrir et peur de grossir
- ✓ Isolement relationnel
- ✓ Sexualité désinvestie
- ✓ Faible estime de soi
- ✓ Dépression

Données paracliniques & diagnostics différentiels

- ✓ Troubles métaboliques
- ✓ Anémie
- ✓ Bradycardie (<40)
- ✓ Hypotension (<9/5)
- ✓ Densité osseuse
- ✓ Épuisement
- ✓ Troubles biologiques graves

- **Anorexie-boulimie** : 50% des cas
- **Anorexie chez le garçon** : 10% souvent associée à un trouble de l'identité sexuelle
- **Anorexie pré pubère** : grave, 8-10%, associée à un retard de croissance parfois grave
- **Anorexie sub clinique** : pas de graves problèmes cliniques mais souffrance psychologique qui mérite d'être prise en charge.
- *Durée d'évolution de plusieurs mois à toute une vie*
- *Décès dans 10% des cas*
- *Rechutes dans 50% des cas*
- *Chronicité dans 15-20% des cas*
- *Normalisation au bout de 5 ans dans environ 80% des cas*
- *Guérison à 4 ans en moyenne*

La boulimie

Consommation exagérée d'aliments avec perte de contrôle des prises sans rapport avec la sensation de faim

- 1,5% de la population féminine
- 3-4 fille/ 1 garçon
- Début vers 18-20 ans

La crise dure quelques jours et parfois plusieurs semaines, elle est **impulsive** et **irrésistible**. Les aliments sont caloriques. Le patient a un sentiment de **solitude**, de **culpabilité**, de **dégoût de soi**.

Cette maladie évolue par accès vers des vomissements provoqués -> Boulimie à poids normal

- Beaucoup plus impulsif que l'anorexie
- Normo pondérale dans 70% des cas
- Avec obésité 30% des cas
- Formes masculines plus sévères avec troubles possibles de l'identité sexuelle
- **État de mal boulimique** exceptionnel et grave.

