

Note de
Cours de Psychologie

Licence 2

Semestre 4

Année 2006/2007

**Psychopathologie de l'enfant
C.M.**

U.E : PSY42A

INTRODUCTION : QUELQUES GENERALITES HISTORIQUES SUR LA CLINIQUE :

La Psychologie Clinique est la dernière née dans le champ de la Clinique. Elle se caractérise par une méthode et une démarche qui lui sont propres.

En France, son apparition est récente : elle date des années 1940-1950. En effet, son apparition est due au besoin de création d'un corps professionnel afin de s'occuper des troubles psychiques et des traumatismes engendrés par la 2^{ème} Guerre Mondiale.

On distingue 2 types de Psychologie Clinique :

- La Psychologie Clinique Dynamique : considère l'individu dans sa globalité, au sein de son milieu de vie. Elle s'inspire de la Clinique Psychanalytique : de son corpus théorique, de sa méthode et de sa pratique. Elle considère l'Inconscient, la recherche du sens, le refoulement, etc. Elle s'appuie sur le sujet de l'Inconscient, sur sa parole, et privilégie le sens.
- La Psychologie Clinique Médicale / Expérimentale / Cognitive / Scientifique : s'appuie plus sur les données de la médecine et de la science expérimentale. Elle comprend la neuropsychologie, les neurosciences, etc. Elle se fonde avant tout sur l'observation et l'objectivation (de la recherche et du sujet lui-même).

La Clinique Psychanalytique est née avec **FREUD**; elle est apparue au début du 20^{ème} siècle. Elle a une méthode (fondée sur les associations libres), un corpus théorique et une pratique qui lui sont propres. Elle apparut devant les limites que la Clinique Psychiatrique rencontrait à ce moment. Ces limites étaient surtout liées à une organisation psychique particulière : l'hystérie ; celle-ci était une énigme pour le savoir médico-psychiatrique.

La 1^{ère} Clinique était la Clinique Médicale, dont fait partie la Psychiatrie. Elle est apparue vers les 17-18^{èmes} siècles. Elle se constitue comme corpus théorique avant tout pour traiter les pathologies organiques. Mais avec le développement de la médecine, et les transformations de l'existence dans le cadre de la civilisation, les rapports à soi et à Autrui ont changé, ce qui amena l'apparition de nouveaux troubles d'ordre psychopathologique. [*La souffrance existentielle est toujours abordée selon le savoir de telle ou telle civilisation.*] Avec le développement de la médecine et la volonté de traitement de toutes les pathologies (mêmes psychiques), des limites se font jour : des troubles ne relèvent pas (ou peu) du corps, mais du psychique.

↳ La Psychiatrie est donc mise en place pour un traitement correct des pathologies psychiques. Elle est née en développement et en complémentarité de la Clinique médicale.

On distingue 2 grandes périodes dans le développement de la Psychiatrie :

- La Psychiatrie Classique : elle se basait sur des modèles théoriques élaborés à partir d'observations précises de cas et de classifications fines, afin d'apporter des explications. Quelques grandes figures : PINEL, ESQUIROL, EY, etc.
- La Clinique Psychiatrique des Manuels : à partir des années 1960-1970, on prit du recul par rapport aux précédentes constructions théoriques, pour privilégier la construction de modèles plus schématiques. *Ex : en se basant sur le D.S.M., etc.*

CHAPITRE I : LA PLACE DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT EN PSYCHIATRIE : NAISSANCE ET DEVELOPPEMENT.

I. DE 1790 A 1870 :

Cette période fut marquée par **2 traits essentiels** :

- 1) **Sur le plan nosologique** : à côté des notions de folie et d'aliénation mentale, qui, jusque-là, servaient à désigner toutes les manifestations psychopathologiques, une nouvelle notion va apparaître : « **l'arriération mentale** ». De ce fait, une bonne partie des pathologies mentales désignées par le terme « folie », va devoir se ranger désormais sous la rubrique « arriération ». Une division de s'introduire dans le champ de la folie entre :
 - **L'aliénation mentale** : proprement dite, chez l'adulte (« les fous ») ;
 - **Des pathologies dues à une arriération soit congénitale, soit acquise depuis enfance.**
- 2) **Sur le plan clinique** : cette notion d'arriération, bien avant d'être observée directement chez l'enfant, va d'abord faire son apparition dans la clinique de l'adulte. Les enfants ne faisant pas encore partie des usagers des institutions asilaires à cette époque.
En conclusion, l'invention et l'introduction de la notion d'arriération dans le champ de la psychiatrie se limite encore à l'adulte.

Le premier pas dans ce sens revient au fondateur de la clinique psychiatrique : Philippe **PINEL**. En 1790, il fut le premier à avoir introduit la notion d' « idiotisme » pour qualifier un état pathologique repéré chez l'adulte, et dans lequel les facultés mentales, affectives et intellectuelles, sont endommagées, oblitérées. Le malade est réduit à une existence végétative, tout en gardant quelques manifestations psychologiques telles que : les rêvasseries, des sons à peine articulés, ou des crises d'excitation.

Pour **PINEL**, cet état d'idiotisme est soit :

- d'origine congénitale, et par conséquent il est irréversible et donc incurable,
- ou acquis, et peut-être incurable, car il dépend du milieu ambiant.

PINEL tient à distinguer cet état de la notion de « **démence** », qui désigne déjà un autre état proche de l'idiotisme, et dans lequel les facultés mentales existent bien, mais tendent progressivement vers leur abolition.

À la suite de **PINEL**, **ESQUIROL** ne change rien au tableau sémiologique de l'idiotisme, isolé et décrit par son maître, mais sépare l'idiotisme acquis et curable, de l'idiotisme congénital.

Il considéra l'idiotisme acquis comme la forme aiguë de la démence, et appellera l'idiotisme congénital : « **idiotie** ».

Selon lui : « *l'homme en démence est privé des biens dont il était complet, c'est un riche devenu pauvre ; quant à l'idiot, il a toujours été sur le plan intellectuel dans l'infortune et la misère* ».

Pour **ESQUIROL**, l'idiotie n'est pas une folie, une aliénation, mais c'est plutôt un état d'arrêt très précoce et très important dans le développement des facultés intellectuelles de l'adulte. Esquirol pense que sur le plan thérapeutique, il n'y a aucune possibilité de changer cet état, il déclara : « rien ne saurait donner au malheureux idiot, même pour quelques instants, plus de raison, plus intelligence ».

Cette déclaration catégorique se justifie moins par les faits eux-mêmes que par les **positions pathogéniques organicistes d'ESQUIROL** : l'idiotie trouverait sa cause soit dans des déformations de la tête, soit dans des atteintes lésionnelles des organes cérébraux.

E. GEORGET (élève d'Esquirol - 1795-1828) critique la notion de démence aiguë, qui, dans l'esprit de son maître, désigne une absence transitoire accidentelle de la Raison. Il propose de la nommer « **stupidité** », et cela afin d'insérer ce type de démence dans la catégorie des arriérations, et, en même temps, de lever toute ambiguïté entre cette notion, et celles d'*idiotisme* (cf. Pinel) ou d'*idiotie* (cf. Esquirol), deux entités déjà posées pour désigner les affaiblissements dits « congénitaux » et irréversibles des fonctions intellectuelles.

II. DE 1870 A 1930 :

Cette période est caractérisée par le passage de l'arriération mentale, qui débute depuis l'enfance chez l'adulte, à la psychose chez l'enfant.

Au début de cette période, **B.A. MOREL**, à la fin de sa vie, utilise pour la première fois le terme de « **démence précoce** » ou « **démence juvénile** ».

Mais cette entité clinique ne désigne pas encore une catégorie psychopathologique chez l'enfant. Elle désigne seulement les premiers signes des états démentiels chez l'adulte, caractérisés par deux traits ou troubles :

- 1) **la précocité du début ;**
- 2) **la rapidité de l'évolution vers la démence terminale.**

À cette période, dans un premier temps, ces quelques constatations cliniques dues à **MOREL**, vont orienter alors de l'attention des cliniciens vers l'enfance des aliénés adultes.

Dans un deuxième temps, au début du XXe siècle, de nombreux cliniciens, reprenant la notion de démence précoce, telle qu'elle va être décrite par **KRAEPELIN** chez de jeunes adultes, vont décrire certaines formes de démence qui surviennent dès les premières années de l'enfance, et qui constituent de véritables démences infantiles selon eux.

SANCTE DE SANCTIS (1862 -1935 - Italie) va mener des recherches sur l'arriération mentale dans des asiles-écoles, qu'il crée en 1899, pour les enfants arriérés.

En 1906, il décrit chez les enfants de 4 à 10 ans une entité qu'il dénomme la « **démence précocissime** » par analogie avec la démence précoce décrite par **KRAEPELIN** chez des patients s'approchant, ou entrant dans l'âge adulte.

Il trouve les symptômes de la démence précoce notamment :

- Un désintérêt progressif par rapport au milieu familial ;
- Des réactions discordantes et immotivées ;

- Des stéréotypies et maniérisme ;
- Parfois un syndrome hallucinatoire ou catatonique ;
- Quant à son évolution : elle se fait vers un état démentiel en une ou plusieurs poussées.

Deux ans plus tard, **TH. HELLER** isole, en 1908, sous le nom « déméntia infantilis » une entité clinique qu'il estime indépendante des autres décrites jusqu'alors. Selon lui, il s'agit de cas d'enfants qui, malgré un début de développement harmonieux, entrent, ou tombent, vers quatre ans, dans une détérioration progressive, pour aboutir en quelques mois un état de démence irréversible. Ses enfants, malgré la conservation d'une physionomie intelligente et d'une certaine capacité d'attention, ce qui les différencie des arriérés « vrais » finissent par sombrer assez rapidement dans une complète idiotie. Ils ne se nourrissent plus de manière autonome, deviennent incontinents et perdent complètement l'usage du langage.

E. BLEULER, en 1911, crée de terme de « schizophrénie », qu'il substitue à la démence précoce de **KRAEPELIN**. Il l'attribue à une dissociation au niveau des fonctions psychiques fondamentales : la pensée, les émotions et la motricité.

Dans cette catégorie, il va distinguer :

- 1) les symptômes primaires, organisés autour de la dissociation. Cette dissociation est le symptôme principal de l'origine lésionnelle de cette maladie, et est essentiellement organique ;
- 2) les symptômes secondaires sont par contre, pour lui, d'ordres psychogènes, c'est-à-dire « la réaction de l'âme malade au processus morbide de base ». À l'intérieur de cette seconde catégorie de symptômes, **BLEULER** place l'autisme, dont il invente le terme. Il forge cette notion à partir d'une contraction du concept freudien d' « auto-érotisme ». Mais en éliminant la dimension libidinale, L'EROS, car, malgré son accueil favorable de la psychanalyse, **BLEULER** rejette la dimension pulsionnelle que **FREUD** a introduite très tôt, et sur laquelle la psychanalyse a depuis fortement insisté. **BLEULER** s'intéresse surtout à la dimension du sens dans la psychanalyse, du sens inconscient.

BLEULER utilise le terme d'autisme pour désigner ces symptômes :

- La perte de contact affectif avec la réalité ;
- Le repli dans un monde « pour Soi » ;
- La prédominance relative absolue de la vie intérieure.

À la suite de l'invention par **BLEULER** de la catégorie de la schizophrénie, le premier auteur qui va l'évoquer dans son rapport à l'enfance est **Auguste HOMBURGER (1873 - 1930)**, qui en 1926 parle de « schizophrénie infantile ».

Mais la description détaillée de cette catégorie n'est faite qu'en 1933 par **H. W. POTTER**. Celui-ci recueille six observations d'enfants (de 6 à 12 ans) qui présentent une régression tant intellectuelle qu'affective, ce qui est, pour lui, un signe déterminant pour porter ce diagnostic.

N.B.: la déficience et l'arriération porte sur la dimension intellectuelle,
Alors que schizophrénie infantile touche les sphères intellectuelles et affectives.

L'idée de l'existence d'une psychose 10 sociétés Yves et cause 10 tiques chez l'enfant émergeant à partir du champ de l'arriération mentale, commence à s'imposer et attirer l'attention d'un nombre croissant de cliniciens. C'est bien de cette période que nous vient la notion de PSYCHOSE INFANTILE

↳ EN RESUME :

La clinique psychiatrique de l'enfant était d'abord, dans un premier temps, un décalque de la clinique élaborée à propos de l'adulte. Donc, la psychiatrie infantile constituait un champ complémentaire de la clinique psychiatrique de l'adulte.

C'est dans un deuxième temps seulement qu'une clinique spécifique commence à se constituer autour de l'existence d'une pathologie mentale propre à l'enfant, et en particulier des états pathologiques relevant de la psychose.

L'idée de l'existence de psychose dissociative et autistique chez l'enfant émergeant à partir du champ de l'arriération mentale commence à s'imposer et à attirer l'attention d'un nombre croissant de cliniciens et c'est bien de cette période que nous vient la notion actuelle de psychose infantile.

III. DE 1930 A NOS JOURS :

À cette période, avec le développement des théories psychologiques, et en particulier l'apport considérable de la psychanalyse, l'enfant est non seulement considéré en lui-même, ce qui constitue mais c'est plutôt l'enfance qui va désormais éclairer le devenir de l'adulte, ce qui constitue un **renversement de perspective**.

Ainsi, cette période connaît la naissance d'une véritable pédopsychiatrie, dans laquelle la clinique et psychopathologie vont acquérir une spécificité nette et définitive par rapport à celle de l'adulte. Toutefois, ce qui caractérise cette période, c'est le dégagement de 2 perspectives, 2 grandes orientations, dans la mise en place de la clinique et de la psychopathologie de l'enfant dans sa schématique moderne :

1) La perspective médico-psychiatrique, qui, sur le plan clinique, est *fondamentalement descriptive, phénoménologique*. Sur le plan étiologique, elle continue à défendre et à tenter de démontrer le bien-fondé de la *thèse organiciste* avancée fermement dès l'origine de la psychiatrie ;

Une perspective psychanalytique, inaugurée dès 1930 par **MELANIE KLEIN**, qui, dans le sillage de FREUD, fut la première à s'être intéressée à la *compréhension, et au traitement psychanalytique de psychose chez l'enfant*. Dans ce domaine, elle fut rapidement talonnée par **B. BETTELHEIM**, **M. MAHLER** et beaucoup d'autres psychanalystes. Les investigations cliniques de ces derniers (M. KLEIN y compris), et leurs élaborations théoriques, non seulement deviennent absolument incontournables, mais elles ne cessent de féconder la clinique et psychopathologie en général.

CHAPITRE II : ARRIERATION ET PSYCHOSE DE L'ENFANT EN PSYCHIATRIE : CLASSIFICATION ET ETIOLOGIE

I. CLINIQUE ET ETIOPATHOGENIE DES ARRIERATIONS MENTALES :

⇒ CLASSIFICATION DES ARRIERATIONS EN CATEGORIES :

Aux prémices de la pédopsychiatrie, l'arriération mentale était pratiquement son unique objet d'études. Cette sous-discipline médicale s'est donc constituée à partir, et autour, de cette notion d'arriération, qui continue à couvrir, en psychiatrie, une bonne partie de la pathologie mentale chez l'enfant.

1) L'ARRIERATION PROFONDE :

Elle désigne un **niveau mental inférieur à deux ou trois ans**, et un **Q.I. qui se situe entre 0 et 50**, avec une distinction entre:

- **idiotie** : dont le score est inférieur à 25 ;
- **l'imbécillité** : le score est de 25 à 50.

Cette catégorie est caractérisée par un retard massif dans l'ensemble des acquisitions. Par exemple : *le langage est presque inexistant, voire limité à quelques mots ou phonèmes ; l'autonomie au niveau des comportements de la vie quotidienne (bain, etc.) est très réduite.*

À ce syndrome sont associés le plus souvent des troubles d'ordre neurologique, des anomalies morphologiques, et/ou des crises épileptiques.

2) L'ARRIERATION MOYENNE :

Age mental ne dépassant pas 6 ou 7 ans, et Q.I. se situant entre 50 et 65.

Dans cette catégorie, le retard de développement psychomoteur est fréquent, le langage reste asyntaxique (*même si ce niveau dépend beaucoup du degré de stimulation de l'entourage*). La pensée se maintiendrait au stade préopérateur. La lecture, quand elle devient possible, reste au niveau d'un déchiffrage rudimentaire. L'ensemble de ces facteurs fait que la scolarité devient quasiment impossible. Néanmoins, une certaine autonomie des comportements sociaux est envisageable

3) L'ARRIERATION LEGERE :

Le **quotient intellectuel se situe entre 65 et 80**, sachant que le Q.I. normal est entre 90 et 110.

Cette catégorie se caractériserait par un développement psychomoteur normal, le plus souvent sans anomalie somatique ou organique associée. Le langage ne comporterait pas de trouble particulier, et l'intégration sociale et familiale est souvent satisfaisante.

Ce qui la spécifie, par contre, c'est l'échec scolaire massif au seuil de l'école primaire, qui relatif à l'incapacité d'accéder au raisonnement formel, ce qui constitue un obstacle majeur pour franchir les premiers pas de la scolarité.

Par ailleurs, pour cette catégorie, les perturbations affectives seraient prévalentes, et s'organiseraient selon deux directions possibles :

- vers une instabilité psychomotrice, avec des réactions coléreuses devant l'échec, et des troubles du comportement s'actualisent dans des petits délits, tels que le vol.
- Ou vers une inhibition comportementale et affective : passivité, abattement, soumission extrême à l'entourage familial, socio-éducatif et scolaire.

QUELQUES REFLEXIONS SUR LE PLAN CLINIQUE ET ETIOPATHOGENIQUE :

Cette clinique est fondamentalement descriptive pour la construction d'entités psychopathologiques. De plus, il manque de la dynamique à tout cela : les dimensions de la personne, et du changement ne sont pas prises en compte.

La pédopsychiatrie, dans sa démarche clinique, pour distinguer ses catégories procède ainsi:

- > mesurer le degré de maturité socio-affective ;
- > examiner les fonctions cognitives ;
- > relever les divers troubles instrumentaux associés ;
- > et surtout, par évaluation du Q.I., sensé indiquer le niveau du développement cognitif et intellectuel de l'enfant par rapport à son âge réel, et à la moyenne des enfants de son âge.

Cette utilisation massive est centrale pour cette clinique, dans le repérage et la classification de ses catégories, ce qui amène quelques remarques :

1) CONCERNANT L'ARRIERE-FOND IDEOLOGIQUE DE CETTE DEMARCHE :

Il faut rappeler que c'est l'expansion scolaire, et le caractère obligatoire qu'a pris la scolarité, qui furent à l'origine de la création des tests de mesures, ayant pour souci de distinguer les enfants aptes à une scolarité normale, et ce qui sont inadaptés à celle-ci.

Pour cela, il fait appel à la psychologie, et en particulier à la psychologie différentielle.

C'est le psychologue **ALFRED BINET** qui, au début du XXe siècle, introduit à cet effet la psychométrie, qui deviendra rapidement le critère de partage des différents groupes d'enfants selon leur niveau intellectuel, et, partant de là, des différentes catégories de déficiences.

Ainsi, la classification des arriérations mentales se fait classiquement à partir du Q.I., évalué à l'aide de différents tests cognitifs de mesures, et d'échelles cognitives essentiellement.

Cependant, ces techniques ne mesurent pas un Q.I. au sens strict du terme, encore moins ce qu'il est convenu d'appeler « intelligence », qui n'a jamais pu avoir une définition univoque. Tout au plus, ces tests permettent-ils d'apprécier statistiquement les capacités intellectuelles d'un enfant, par rapport à celles d'autres enfants de son âge, et de son milieu socioculturel (dans le meilleur des cas). Le Q.I. ainsi mesuré ne permet-il de donner, tout au plus, qu'une idée approximative sur l'inconstance, ou la constance, relative aux attitudes cognitives et intellectuelles d'un individu à un âge donné, en référence à son groupe d'âge.

Ceci étant, les cliniciens continuent à amalgamer, à tort, trois aspects différemment assimilables :

- *l'inégalité au niveau des acquisitions selon le milieu culturel ;*
- *l'inaptitude scolaire ;*
- *l'arriération et la débilité.*

2) SUR LE PLAN DE LA CLASSIFICATION :

Les frontières posées sur la base du Q.I. entre la normalité et la débilité, voire entre les sous catégories de celle-ci, sont très **arbitraires**, puisqu'elles n'ont d'intérêt que statistique, et donc comparatif. C'est-à-dire par rapport à des normes, et non pas à une spécificité intrinsèque.

Les critères d'évaluation de son distinctif par rapport à des normes, un modèle comparatif. **La compréhension de l'entité en elle-même en regard de ses spécificités propres est mise de côté.**

La constitution, à partir du Q.I., des groupes de déficients, cherche à donner l'impression que le passage de l'une à l'autre de ces catégories se fait par franchissement d'un seuil numériquement défini, et donc « *scientifiquement établi* ».

Néanmoins, on ne peut pas manquer de constater que les résultats obtenus par ce procédé, sont, dans le temps, effectivement sujets à modification. (*Cf. les travaux de Françoise DOLTO, selon qui on ne peut pas poser un examen avec le page du Q.I., car on fige le sujet même*) Ces résultats sont très variables, **puisque'un enfant, au fil du temps et selon les circonstances, peut très bien évoluer dans un sens ou dans l'autre.** Tout dépend du contexte, rien n'est fixé.

Les déficiences mentales constituent ainsi un groupe très hétérogène de par leurs aspects cliniques, dont les tableaux sont infiniment variés, et de par leur pronostic, dont les évolutions sont loin d'être simples et univoques.

3) CONCERNANT LE PLAN DE L'ETIOLOGIE / DE L'ETIOPATHOGENIE :

La démarche étiologique en psychiatrie tente de hiérarchiser les facteurs supposés expliquer l'origine de la déficience et ses manifestations psychopathologiques. Les facteurs d'ordre organique (*génétiques, accidentels, etc.*) sont mis en avant lorsqu'ils sont avérés. Mais au-delà de ce constat, on part, en pédopsychiatrie, du principe qu'il existe une corrélation statistique entre la profondeur du déficit intellectuel et l'existence d'une étiologique organique, même quand elle n'est pas démontrable.

Autrement dit, plus le déficit est profond et plus l'on considère que la probabilité de trouver une cause organique est grande.

Par conséquent, les causes ou facteurs socio-psychologiques et affectifs ne sont envisagés sérieusement que dans les cas de déficiences légères, et parfois moyennes.

Par conséquent, cette manière de considérer les choses, n'est pas sans conduire à une **conclusion théorique simpliste**, qui serait de dire : « *à déficience profonde et très profonde une origine organique principalement et à déficit léger, voire moyen, des causes socioculturelles et affectives* ».

Ainsi, plus le déficit mental est sévère et plus le clinicien se trouve enclin à privilégier l'étiologie organique, tandis que les **facteurs psychologiques** ne se trouvent conférer qu'à un **rôle d'appoint**, lorsqu'on accepte de leur en reconnaître un.

Toutefois, dans la clinique psychiatrique, de nombreux cas apporte un sérieux démenti à cette manière de voir, et cela pour au moins **deux raisons** :

- Parce que la mise en évidence d'un facteur (ou plusieurs) même avéré, ne doit pas faire méconnaître la dynamique inter et intra subjective fondamentale pour le sujet dit « déficient ». À partir de là, lorsqu'une cause organique est repérable, il n'est pas sûr à tous les coups qu'elle soit le facteur explicatif principal de la pathologie. Il faut considérer la **Multifactorialité**.
- Les déficiences mentales majeures (telles que l'arriération profonde) peuvent ne s'accompagner d'aucun facteur organique (=d'aucune étiologie organique) évident. Elles peuvent même être le résultat d'un processus relationnel et subjectif mutilant gravement et précocement la vie cognitive (*cf. l'autisme sur le plan de l'étiologie*).

II. LES ARRIERATIONS PSYCHOSES OU PSYCHOSES DEFICITAIRES :

À partir de ces quelques constats (précédemment évoqués) avancés sur le plan clinique, on commence à se rendre compte, en pédopsychiatrie, et globalement en psychiatrie, que les déficiences intellectuelles -- non seulement considérées comme pathologies mentales spécifiques, mais supposées inscrites dans le patrimoine génétique (purement organique) -- ne constituent pas un tableau clinique unifié et strictement isolable.

La déficience intellectuelle n'est qu'un syndrome témoin, **soit d'un déficit organique** (*c'est le cas dans la trisomie 21*), **soit d'organisations mentales sous-jacentes** pouvant être très différentes les unes des autres, mais sans être nécessairement reliées à une étiologie organique précise.

D'ailleurs, dans la déficience mentale profonde ou moyenne, les pédopsychiatres ne cessent de rencontrer un ensemble de symptômes qui n'est pas sans évoquer le tableau clinique de certaines psychoses infantiles, comme l'autisme par exemple.

Ce constat a conduit certains auteurs à proposer cette catégorie psychopathologique -- **l'arriération psychose** -- dans laquelle coexistent des troubles cognitifs plus ou moins graves, une organisation de la personnalité du type psychotique et/ou autistique.

- **Le syndrome psychopathologique qui caractérise ces catégories se décline à travers les symptômes et manifestations suivants :**

- 1) **Le premier développement** est tantôt globalement retardé de manière homogène, tant sur le plan physique que mental ou intellectuel (=arriération harmonique), tantôt partiellement affecté. Dans ce dernier cas, il existe alors une certaine « **dysharmonie** » entre les différents secteurs, et il est parfois même noté une précocité des acquisitions motrices fines, qui, dans d'autres cas, sont tout à fait inexistantes.
- 2) **Les troubles psychomoteurs** sont très fréquents, rendant compte de perturbations graves sur le plan de l'émergence de l'identité de Soi, et sur l'image du corps propre (*c'est un problème de construction de l'image inconsciente du corps, qui permet de s'approprier le schéma corporel organique*).
- 3) **Les troubles du langage** sont souvent constatés, et prennent la forme d'altérations massives de la communication, ou d'anomalies dans le maniement du langage (troubles importants) comme outil de communication.
- 4) **Les troubles de l'alimentation** sont possibles, en particulier une anorexie très précoce.

- 5) **Les troubles du comportement** confèrent ou donnent à ce syndrome un caractère de « bizarrerie ». On constate parmi ses troubles :
- une agitation hypomaniaque,
 - un repli autistique,
 - des conduites étranges,
 - des comportements agressifs.
 - les conduites auto-agressives (voir d'automutilation), sont très fréquentes et se manifestent souvent à l'occasion de frustration ou de séparation.
- 6) **L'anxiété** se manifeste tantôt par des crises paroxystiques, tantôt de façon sourde, puisque dans ces cas, les aménagements élaborés de l'angoisse sont quasi-inexistants par contre les rituels sont fréquents.

Dans ce cadre nosographique, le syndrome psychotique ou autistique, et les manifestations déficitaires, peuvent se combiner et évoluer différemment selon les cas. Mais un déficit mental grave peut-être le risque majeur de l'évolution d'une organisation précoce psychotique ou autistique de la personnalité.

➔ Dans une tentative de regroupement psychopathologique, les pédopsychiatres français subdivisent cette catégorie en **2 sous-groupes**, en fonction du degré de la gravité des troubles de la personnalité :

- **Les déficiences dites « harmoniques »** : dans lesquelles l'arriération domine le tableau clinique, alors que les autres troubles de la personnalité sont relativement absents ou discrets ;
- **les déficiences dites « dysharmoniques »** : dans lesquelles est repérée la présence de symptômes déficitaires avec des troubles instrumentaux divers (troubles du langage, de la praxie, etc.), et des troubles affectifs variables.
Au sein de cette catégorie, les pédopsychiatres isolent **deux autres sous-entités** :
 - **les dysharmonies à versant psychotique (avec l'autisme)** : dans lesquelles les **performances intellectuelles sont souvent très limitées**, et s'accompagnent d'une **angoisse profonde** (de mort, d'annihilation) qu'expriment cliniquement **des conduites d'agitation ou de retrait, et des bizarreries du comportement**. Au niveau des tests de personnalité, cette angoisse se traduit par une **vie fantasmatique très primitive, crûment exprimée**, avec une **médiocre différenciation entre la réalité et l'imaginaire**.
 - **les déficiences dysharmoniques à versant névrotique** : dans lesquelles le déficit intellectuel, qui est habituellement moins sévère, est associé à des **symptômes variables identiques à ceux rencontrés chez des enfants non déficitaires et non psychotiques**, comme par exemple des **peurs phobiques**, des **comportements obsessionnels**, des **conduites d'échec** et des **inhibitions**.

III. TABLEAU CLINIQUE DES TROUBLES AUTISTIQUE :

Le tableau clinique de l'autisme fut isolé et décrit pour la première fois par deux cliniciens : **LEO KANNER** et **HANS ASPERGER**.

Ce fut l'une des conditions particulières :

- 1) **KANNER** et **ASPERGER** étaient autrichiens tous les deux, mais **KANNER** était aux *États-Unis*, alors que **ASPERGER** était à *Vienne*. L'un n'étant pas au courant des travaux de l'autre, ils parviennent séparément, mais simultanément, à isoler et décrire ce syndrome.
- 2) Pour désigner ce syndrome, ils utilisent le terme « **AUTISME** » forgé par **BLEULER**.
- 3) Ils annoncent tous les deux les résultats de leurs recherches la même année (**1943**). **KANNER** les publie dans une revue, et **ASPERGER** dans sa thèse de doctorat.

N.B. : les chercheurs donnent la priorité à Kanner, car il a insisté sur la dimension primaire de ce syndrome. De plus Kanner a traité des cas avec de graves troubles du langage. Quant à Asperger, il s'est centré sur les étapes secondaires du syndrome, sur « l'autisme de haut niveau ».

↳ Pour la suite de notre étude, nous nous baserons sur la description de **KANNER**.

➤ SYMPATOMATOLOGIE DES TROUBLES AUTISTIQUES :

Kanner décrit un tableau clinique, avec 2 types de troubles symptomatiques :

1. LES SYMPTOMES PRIMAIRES : (=PRINCIPAUX TROUBLES DE L'AUTISME)

a. LA SOLITUDE, OU ISOLEMENT AUTISTIQUE :

KANNER donne une description clinique de ce trait, essentiellement à partir de ce qu'en rapportent les parents (*contrairement à actuellement où l'on se base sur un diagnostic médical, et ce dès les premiers jours d'existence*), et de leurs témoignages, sur le comportement de l'enfant depuis tout bébé. Ceux-ci décrivent leur enfant comme ayant toujours été **AUTOSUFFISANT**, et comme vivant dans une **COQUILLE**, ne sollicitant personne et se refusant à tout contact. Les enfants autistes agissent comme si personne ne se trouvait autour d'eux. Ils semblent ne pas nécessiter la présence de l'autre.

↳ Partant de ces témoignages concordants, Kanner note, comme relevant de **l'autisme infantile précoce** :

« Il y a depuis le départ une extrême solitude autistique qui, toutes les fois que cela est possible, dédaigne, ignore, exclut tout ce qui vient de l'extérieur vers l'enfant [...] depuis le début de la vie ».

N.B. : puisque les troubles surgissent dès le début de la vie, on peut imaginer une origine génétique héréditaire. Du point de vue de la psychanalyse, la fermeture a une connotation symbolique, il s'agit d'une défense à l'égard de l'autre (c'est une position dynamique défensive).

La **SILENCIEUSE SAGESSE**, dont ces enfants donnent l'impression depuis très tôt, est, selon l'auteur, l'expression de leur « *incapacité à développer la quantité habituelle de conscience sociale* ».

Dans l'autisme, il y a donc, dès le départ une **extrême solitude**, qui coupe l'enfant, et l'exclut de tout ce qui l'interpelle de l'extérieur. Il s'agit selon **KANNER**, « **d'une incapacité primaire d'établir des relations affectives normales avec le milieu extérieur** ».

N.B. : « incapacité » est synonyme de déficience, c'est-à-dire d'absence de moyens. Or, en psychanalyse, on insiste sur la dimension dynamique, sur la défense, c'est-à-dire que l'on considère l'autiste comme « étant dans l'acte ». Au contraire, en psychiatrie, en employant le terme « d'incapacité », on victimise la personne, la considérant ainsi comme inapte à l'action.

C'est ce qui, selon l'auteur, explique qu'un contact physique, une parole, ou même un regard qui peuvent être vécus comme menaçants de rompre leur solitude. **Dès lors, ces actes sont soit :**

- **ignorés complètement, comme s'ils n'avaient pas existé** (*pas de réaction de l'enfant*)
- **ressentis comme une INTRUSION INSUPPORTABLE** et l'enfant peut réagir avec **grande agitation, parfois accompagnée de comportements auto-agressifs** (*se cogner, se frapper la tête, etc.*).

↳ Ce trait de refus primaire de contact permet, selon KANNER, de distinguer l'autisme de la schizophrénie, dans laquelle le retrait et le repli sur soi ne surviennent que **secondairement** à une relation initiale déjà plus ou moins bien établie avec le monde extérieur.

b. LE BESOIN D'IMMUABILITE :

C'est à la suite de l'observation des comportements de ses enfants, à l'égard d'autres personnes et des objets, que KANNER note la remarque suivante :

« *Le comportement de l'enfant est gouverné par un **obsessionnel et anxieux désir d'immuabilité**, que personne, sauf l'enfant lui-même, en de rares occasions, ne peut rompre* ».

Pour l'enfant autiste, son monde extérieur doit être régi par une IMMUABILITE PERMANENTE. Certains objets doivent s'y trouver à la même place, les actions doivent se dérouler dans un **ordre fixé et stable**. Toutes modifications dans son monde reconstruit peuvent provoquer chez lui des **crises de rage et d'agitation** (dues à une *déstabilisation*).

↳ **C'EST DEUX TRAITES, LA SOLITUDE EXTREME ET LE BESOIN « OBSESSIONNEL » D'IMMUABILITE SONT LES DEUX SYMPTOMES MAJEURS PRINCIPAUX DE L'AUTISME, PUISQU'ILS SONT TOUJOURS PRESENTS, DANS TOUS LES CAS OBSERVES.**

2. LES SYMPTOMES SECONDAIRES :

La solitude autistique et le besoin d'immuabilité sont accompagnés par d'autres troubles plus ou moins présents, voire absents selon les cas. Il s'agit des troubles secondaires, que Kanner appelle ainsi, car ils découlent directement des symptômes primaires. Ils vont être exposés par ordre relatif aux fonctions majeurs qui touchent au développement de l'enfant.

a. LES TROUBLES ALIMENTAIRES :

Il est constaté que le moment du repas est souvent l'occasion de lutte entre la mère et son enfant. Ces troubles se traduisent parfois par des vomissements fréquents ; néanmoins, ces troubles disparaissent au bout de quelques mois, et souvent de manière brusque.

KANNER considère ces troubles alimentaires précoces comme :

«*Le refus de l'intrusion la plus précoce qui est apportée à l'enfant venant de l'extérieur*».

Par ce biais, ces enfants indiquent ainsi, selon KANNER, leur **incapacité primaire de prendre contact avec le monde, avec l'environnement.**

N.B. : selon Kanner, le contact primaire avec l'extérieur est celui de l'alimentation. Or, en psychanalyse le contact primaire est celui du Langage. Dès la naissance, nous venons au monde dans un monde construit par le langage et réglé par celui-ci. Selon Lacan, on est inscrit dans le langage.

b. LES TROUBLES PSYCHOMOTEURS :

Généralement, ils apparaissent au cours du deuxième semestre de vie de l'enfant, et se manifestent à travers les aspects suivants :

- 1) Une apathie générale de l'enfant dans son berceau (pas de sourire, ni de pleurs) ;
- 2) Une absence de réactions motrices ou faciales à l'approche des gens. L'expression affective du visage est absente, le bébé ne rit pas et ne pleure pas. Le **regard** est soit évasif (coup d'œil furtif, pas de fixation), soit vide (regard à l'horizon, à travers les gens), soit périphérique (du coin de l'œil) ;
- 3) Une absence de réaction anticipatrice à être pris dans les bras. Cette absence de réaction, qui peut être normal jusqu'à 4 mois, se prolonge jusqu'à la 2^{ème} ou 3^{ème} année chez l'enfant autiste ;
- 4) Une absence d'adhésion corporelle de l'enfant quand il est pris dans les bras. Le comportement d'agrippement fait défaut chez lui ;
- 5) La station assise et la marche sont acquises sans difficultés notables en leur temps. Toutefois, ces enfants présentent par la suite les traits suivants :
 - une démarche lourde et des performances psychomotrices grossières ;
 - en même temps est paradoxalement, ils sont très habiles et adroits en ce qui concerne la motricité fine (par exemple le dessin).
- 6) Un balancement rythmique du corps ou de la tête, et aussi des stéréotypies gestuelles (avec les mains ou des objets).

c. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT :

Ces troubles se manifestent aussi bien à travers la relation de l'enfant aux personnes qu'aux objets.

- **À l'égard des objets :** ces enfants manifestent un intérêt tout particulier, il porte un attachement singulièrement fort, aux objets qu'ils parviennent à manipuler et maîtriser, en leur faisant remplir une tâche, une fonction, un rôle déterminé, précis.
Par contre, ils ont peur panique des objets dont ils n'ont pas le contrôle, et qui leur paraissent se mouvoir en dehors de leur volonté.
- **À l'égard des personnes :** ces enfants ne leur prêtent généralement pas la moindre attention, même s'ils sont conscients de leur présence. Ils ne réagissent pas à leur existence, tant que celles-ci n'interfèrent pas dans leur monde et s'y imposent. De même, ces enfants restent insensibles aussi bien à la présence qu'à l'absence des parents. Il reste aussi complètement indifférent face à un compagnon de jeu.
D'un autre côté, toute personne n'est considérée que soit comme faisant partie des objets ambiants, soit comme un simple bras qui le force à arrêter son mouvement, soit un pied qui intercepte son objet. **Il considère la partie et non la totalité.**

d. LES TROUBLES DU LANGAGE

Dans l'autisme, **l'acquisition et l'utilisation du langage** (= *point de vue utilitariste du langage en psychiatrie*) prennent généralement **trois cas de figure** :

- 1) **Certains enfants n'acquièrent jamais le langage**, ils restent mutiques. **D'autres saisissent ce qui se dit autour d'eux**, « stockent » un nombre considérable de mots et de phrases, mais qu'ils utilisent que très rarement. Ces acquisitions existantes mais inutilisables peuvent parfois, et quand c'est nécessaire, faire brusquement apparition.
- 2) D'autres utilisent le langage dans une **logorrhée intarissable**. Ceux-ci parlent correctement, sans problèmes de vocabulaire, ni de grammaire, ni même d'articulation phonétique. Ils ont souvent emmagasiné un nombre impressionnant de mots, de phrases, de chansonnette avec une facilité étonnante.
- 3) Le langage dans l'autisme présente un trouble très caractéristique, les enfants autistes ont tendance à émettre ce qu'ils ont appris à la manière d'un perroquet. Leur parole se distribue dans une restitution, une répétition soit instantanée, soit différée de ce qu'ils ont mémorisé. Ainsi d'un côté l'inversion pronominale est courante, l'autre est interpellé par le pronom « je » alors que soi-même est désigné par le pronom « tu ». Ce fonctionnement langagier donne à penser que les pronoms personnels ainsi que les règles grammaticales sont restituées telles qu'elles étaient entendues et enregistrées sans appropriation personnelle. D'un autre côté le langage paraît vidé de sa capacité métaphorique, symbolique ce qui en fait un langage dépourvu de sens et cela de deux manières. Parfois ce langage est trop abstrait et incompréhensible, pour le sujet autiste, ce qui le rend difficilement articulable à la réalité ; parfois il est trop concret et donc plat ce qui empêche ce langage de se décoller et transcender les choses qu'il désigne en premier lieu. C'est donc la capacité relationnelle du langage qui est altérée, le système communicatif dans son ensemble est touché ce qui aboutit à une absence de communication entre l'autiste et son environnement humain.

On peut dire que parallèlement à cette description clinique détaillée de l'autiste, les deux auteurs tiennent à distinguer nettement ce syndrome de deux grandes entités psychologiques voisines, la schizophrénie, qui, entre autre, ne débute que vers l'âge de trois quatre ans après un contact, une relation assez bon avec la réalité et un rapport affectif assez harmonieux avec l'entourage familial. Le syndrome de l'autisme par contre s'installe depuis le début, d'après les auteurs. D'autre part, des arriérations et leurs diverses formes car chez les autistes non-déficitaires on ne peut manquer de constater des signes d'intelligence le plus souvent mal employé et parfois une mémoire prodigieuse.

IV. Les psychoses symbiotiques :

Ces états psychique ont été décrit par Margaret Mahler en 1952 sur sa conception du développement psychologique affectif basé sur la notion du processus de séparation-individuation.

Pour elle, les psychoses symbiotiques s'opposent aux psychoses autistiques par le fait qu'elles « représentent une fixation ou une régression à un stade plus différencié de la personnalité, dès lors les portraits cliniques sont infiniment plus complexes, nuancés et variable que dans les cas d'autistes infantiles précoces » (cela rejoint ce que dit Kanner).

Ainsi ce qu'elle décrit comme étant le syndrome symbiotique est caractérisé, d'après elle, par les aspects cliniques suivants :

- Pendant la première ou les deux premières années, il n'y a pratiquement pas de trouble évident sauf parfois des troubles du sommeil et des troubles alimentaires. A cette période ces enfants sont tout au plus décrits comme des nourrissons hypersensibles ou pleurnichards.
- Les troubles qui se mettent à se manifester entre la deuxième et la quatrième année deviennent manifestes soit progressivement soit soudainement à certains moments clés du développement de la personnalité en lien avec les expériences vécues de forte teneur affectives, comme par exemple l'entrée en maternelle, une hospitalisation, etc. Dans de telles situations, l'enfant est mis en demeure de se confronter à une séparation brutale et donc douloureuse avec la mère.
- Une angoisse massive de séparation et d'annihilation s'installe ce qui provoque alors certains effets comme une désorganisation de la personnalité conduisant à des irrégularités dans le développement et une vulnérabilité frappante du moi devant la moindre frustration.
- De profondes réactions de panique se produisent devant la menace de l'écroulement de l'état quasi délirant de la toute puissance symbiotique. Une réorganisation de la personnalité s'en suit avec l'installation d'un ensemble de symptômes, de troubles dont on peut compter :
 - Une perte des frontières du moi
 - Une réaction excessive à tout échec et donc une réaction de panique extrême sans motif précis
 - Une certaine détérioration du langage avec en particulier des phénomènes d'écholalie
 - Fin des préoccupations délirantes et/ou hallucinatoires à travers des constructions imaginaires, irréelles ou autour d'objets inanimés

Chapitre III : Autisme et psychose dans la clinique psychanalytique

• L'approche psychanalytique de la causalité psychopathologique

Concernant la question relative à l'étiopathogénie des troubles autistiques et psychotiques, les réponses d'épandent des présupposés philosophico-idéologiques et des constructions théoriques qui fondent la conception que se fait le clinicien de ces pathologies et par extension de la conception qu'il se fait de la souffrance psychique et, au-delà, de l'humain en général.

Nous avons vu que pour le discours médico-psychiatrique, tout en intégrant des hypothèses psychoaffective, psycho-cognitive ou sociologique, ces troubles sont, en dernière analyse, que la résultante d'un fonctionnement lésionnel, d'un déficit, d'un dysfonctionnement biochimique et/ou d'une fragilité, vulnérabilité constitutionnelle, inscrite dans l'organisme de l'enfant.

Sur les plans épistémologique et théorique, c'est-à-dire au niveau de la construction d'un savoir, le moins qu'on puisse dire de cette perspective et qu'elle est objectivante, biologisante et médicalisante.

Sur le plan clinique et éthique elles s'intéressent moins au sujet, à la personne, au malade qu'au trouble, à la maladie dans ces signes dysfonctionnels apparents et dans ces causes extérieures éventuelles. Cette perspective s'obstine à traiter le sujet, la personne en tant qu'objet, non seulement d'observation mais aussi d'expérimentation et de manipulation médico-orthopédique diverses.

D'un autre côté l'invention de la psychanalyse à travers la découverte des lois et des mécanismes de l'inconscient ont eut pour effet d'opérer un déplacement dans l'ordre de la causalité dans le domaine de la psychopathologie. Avec la psychanalyse l'accent va se déplacer de l'innéité, de l'organicité comme étant les facteurs principaux des troubles psychopathologiques chez l'enfant et auxquels s'ajouter ou pas des facteurs d'ordres affectifs et ou environnementaux, l'accent va se déplacer vers le fonctionnement psychique vers les dimensions intra et intersubjective vers une causalité proprement psychique.

La mise en évidence du sujet de l'inconscient à travers ses manifestations imprévues, inattendues (lapses, actes manqués, rêves, etc.) mais néanmoins déterminées, voir surdéterminées. Ces éléments font échouer toutes explications extérieures et aprioristes de la causalité psychique ; explications qui ne prennent en compte ni la décision du sujet, ni sa position impliqué dans ce qui lui arrive ni ses choix et ses décisions pour en faire quelque chose en propre. Ainsi la causalité que promeut la psychanalyste ne fait pas série avec celles avancées par les autres modèles explicatifs que ce soit les modèles biologisant et uni-factoriel ou les modèles dit plurifactoriel multipliant les facteurs à l'infini sous prétexte d'exhaustivité.

La psychanalyse introduit une coupure, un fossé entre les déterminations multiples et variées postulées par les sciences médico-comportementales, d'un côté, et les effets de l'inconscient de chaque sujet impossible à prédire à l'avance ou à en prévoir les conséquences.

Aucune science ne peut prévoir à l'avance quand, comment et pourquoi un vécu traumatique, par exemple, survenant à un moment donné de l'enfance peut il ou pas se muer en un trouble pathologique.

Avec la clinique psychanalytique nous quittons la démarche psychiatrique, médico-psychiatrique traditionnel strictement calqué sur le modèle biomédical aussi bien sur le plan de l'explication qu'au niveau de la démarche clinique.

Dans cette démarche, il s'agit principalement de répertorier, de relever et de décrire les symptômes ou les troubles de manière objective et distanciée. Cette distanciation a pour objectif inavoué d'évacuer, de mettre à l'écart, l'application transférentielle du clinicien que toute relation clinique met en jeu.

Ce repérage sémiologique qui constitue l'essentielle de la démarche pédopsychiatrique s'effectue dans un champ clinique qui s'appuie fondamentalement sur le regard du clinicien. Regard qui en définitif organise l'observation du sujet pris comme objet d'investigation. Contrairement à cette démarche la clinique en psychanalyse est inséparable de l'écoute de la parole du sujet et de sa prise en compte. Laquelle parole est relancée dans la relation transférentielle qui lie ensemble clinicien et patient.

Cette parole prise et déployée dans cette relation particulière va non seulement réactualiser chez le patient les symptômes en tant que porteur de sens de sa trajectoire personnelle et comme supporteur de son être de jouissance mais va aussi permettre au sujet de la parole d'advenir en tant que sujet qui a intimement quelque chose dans ce qui lui survient et auquel revient la décision finale de soutenir la manière dont il souhaite faire avec.

Le but de la clinique psychanalytique est de faire ressurgir, même là où il s'avère difficilement repérable, comme dans l'autisme par exemple, un sujet dont les manifestations désirantes vont non seulement ponctuer les rythmes de la relation transférentielle avec le clinicien lors du traitement mais aussi décider de l'orientation à donner à celui-ci et le but qu'il y a à lui fixer.