

Les troubles dysharmoniques évolutifs et cognitifs dans le développement affectif et intellectuel de l'enfant

Définition

La définition du Larousse est très succincte : La dysharmonie est une absence d'harmonie entre des choses et des personnes.

En Psychiatrie, nous posons le diagnostic psychopathologique de dysharmonie évolutive et cognitive lorsque l'accent est mis sur le déséquilibre important du développement affectif et cognitif en cours de maturation chez un enfant. Le diagnostic posé est donc psychogénétique plus que structurel.

Concernant les lignées du développement et de leur nécessaire équilibre constant, Anna Freud, évoquait déjà la maturité insuffisante de certains enfants par rapport au niveau de l'activité pulsionnelle, ce qui aboutit à une relation affective partielle sur un plan social et moral. Ces enfants ne peuvent lier et contrôler leurs pulsions prégénitales et agressives.

Par là Anna Freud, montre l'aspect désorganisateur de la dysharmonie où l'on assiste à une restriction des conduites appétitives et des possibilités d'investissement.

1. Dysharmonies évolutives et pathologies limites de l'enfance

A. Les troubles psychopathologiques dysharmoniques

On observe une dysharmonie au niveau de la maturation neurobiologique, mais aussi dans le développement de la psychomotricité, du langage et de l'intelligence ; l'organisation de la personnalité s'en trouve ainsi affectée.

Les manifestations cliniques s'expriment par des troubles de la personnalité intriqués à des retards dysharmoniques dans le développement des grandes fonctions instrumentales et cognitives. La symptomatologie est multiple et varie d'un enfant à l'autre. Elle se modifie également pour un même sujet au cours de son évolution. Ainsi on retrouve chez un enfant des symptômes, des traits, des positions qui se situent sur différents registres ; névrotique et psychotique, parfois psychopathique (cf les dysharmonies cognitives pathologiques). Ces troubles s'inscrivent dans les modes d'échanges et d'investissement qui unissent l'enfant à son environnement.

L'accent est souvent mis sur la précocité et la gravité des carences affectives, sociales, éducatives et sur les événements qui ont entraîné, très tôt, des ruptures et des distorsions dans l'établissement des liens affectifs.

Des facteurs neurobiologiques peuvent être à l'origine des premiers dysfonctionnements du Système Nerveux Central, par exemple chez les enfants prématurés, sans que l'on puisse minimiser cependant ce qui relève parallèlement des interactions établies entre l'enfant et son environnement familial. On ne peut donc se livrer à une explication simple de cette pathologie psychique désorganisatrice sur le plan du développement maturatif.

Chez ces enfants, la discontinuité des processus de soins maternels, les défauts d'étayage sont constants, il en découle de sévères failles narcissiques et des échecs importants dans les mouvements de séparation – individuation. Là encore la position dépressive décrite par Mélanie Klein, est certes abordée mais ne peut être pleinement élaborée. Cependant en dépit des atteintes psychopathologiques majeures, ces enfants se différencient des enfants psychotiques notamment par leur reconnaissance du soi et qu'ils disposent de capacités adaptatives assez satisfaisantes. Le sujet est alors en mesure de mobiliser des capacités suffisantes et de se confronter aux normes usuelles, mais persiste cependant chez lui des

modalités de l'ordre de l'emprise narcissique et du lien anaclitique (cf la dépression anaclitique du sujet Etat Limite). Ces clivages sont soutenus par des défenses archaïques où le déni tient une place essentielle. En dépit d'une adaptation de surface, ces enfants présentent des défaillances portant en autres, sur les fonctions de contenance, de symbolisation, de fantasmatisation et de liaison intrapsychique.

Par exemple, on observe chez ces enfants une sexualité souvent trop précoce par rapport à une organisation du moi encore infantile ou au contraire une hyper - maturité apparente du moi qui n'accepte pas le niveau pulsionnel régressif, commun aux enfants de l'âge de la latence, entre 6 et 11 ans. Ces enfants dysharmoniques ne jouent pas ou ne construisent pas de scénarios dans leurs jeux, jouent seuls, isolés ou n'ont que des rapports conflictuels, immédiats, agressifs dans leurs relations avec les autres enfants.

Petits ces enfants souffrant de défauts d'organisation de l'espace transitionnel au sens Winnicottien, leurs « objets transitionnels » ne leur permettent pas de trouver sécurité et contenant en dehors de la présence de leur mère. L'enfant dysharmonique est alors bien incapable de jouer seul en l'absence de sa mère, mais pire encore, également en sa présence !

Il lui est également difficile comme l'enfant normal d'affirmer son autonomie psychique en jouant avec ses représentations psychiques et de prendre plaisir dans l'exercice de son fonctionnement psychique. A ce sujet l'enfant qui joue vrai joue faux, alors que l'enfant qui joue faux joue vrai ; c'est-à-dire que le second peut jouer avec son imaginaire, jouer des personnages différents tout en considérant la réalité extérieure, alors que le premier ne peut se décoller d'un imaginaire qu'il semble vivre comme une réalité absolue, il ne dispose pas d'une vie fantasmatique lui permettant une adaptation adéquate aux « obligations conscientes ». L'enfant dysharmonique tient certes à distance ses expressions pulsionnelles les plus crues, (que l'on rencontre habituellement chez l'enfant psychotique), mais demeure cependant vulnérable à la mentalisation et à l'élaboration de sa pensée. Il se trouve souvent au sentiment de vide et se trouve dans l'impossibilité de faire évoluer sa dépendance anaclitique. Dès lors, dans certaines circonstances, ses modalités adaptatives se trouvent débordées au point qu'il éprouve une véritable dépossession de son espace psychique qu'accompagnent des phénomènes majeurs de sidération. Il devient ainsi vulnérable à la perte de l'objet, à la dépression, aux atteintes narcissiques et subit les troubles des grandes fonctions cognitives. Nous retrouvons ainsi :

Perte d'objet :

- angoisses de séparation
- phobies scolaires, avec attaques de paniques

Ces manifestations s'observent lors des premières séparations d'avec la mère, au moment de l'entrée en classe maternelle. En classe ces enfants oscillent entre le vide de la pensée et des préoccupations concernant leur entourage proche. Ils développent parfois avec leur mère des modes de réassurance mutuelle, ou celle-ci, par exemple, vient se montrer, de loin, à l'enfant à l'occasion de chaque récréation.

La dépression :

- ralentissement idéo - affectif
- repli sur des activités stéréotypées et dévitalisées
- déni de la souffrance psychique et de l'impuissance douloureuse
- mobilisation de défenses maniaques avec omnipotence et contrôle de l'objet maternel, contrôle de ses propres affects. La dépression venant ici constituer le symptôme dominant du refus scolaire déclaré.

Les défaillances narcissiques :

- représentation de soi dévalorisée, estime de soi faible, face aux incapacités d'apprentissages déclarées
- défauts de disponibilité de la vie psychique et incapacité à sublimer la réalité par la créativité
- incapacité à soutenir des expériences gratifiantes, restent pris dans des illusions aliénantes
- ressentiments d'injustice et de préjudice qui viennent réactiver l'omnipotence infantile, ce qui déclenche un fort refus dans les apprentissages, et des règles
- ils développent des conduites de maîtrise et de revendication à l'égard de leur entourage. Ils veulent que tout leur soit donné et tout de suite.
- absence de culpabilité et précarité des interdits intériorisés
- réactions d'oppositions violentes et sans objet

Nous verrons dans le second chapitre concernant les dysharmonies cognitives pathologiques (D.C.P), tout un ensemble de troubles cognitifs, langagiers, et praxiques venant invalider leur capacité d'apprentissage et de créativité. Mais avant, attardons nous un instant sur leurs troubles de l'endormissement et du sommeil caractérisant leur défaut de contenant psychique.

Des conduites d'endormissement et du sommeil :

Pour s'endormir, l'enfant doit pouvoir se reposer, s'étayer sur une bonne image fusionnelle mère-enfant protectrice, accepter cette régression et l'investir d'une charge libidinale non menaçante. Le rôle de l'entourage est donc d'aménager l'aire transitionnelle de l'endormissement pour que la régression soit acceptée. Les difficultés d'endormissement des enfants témoignent de la fragilité de cette aire transitionnelle d'endormissement. Nous trouvons comme pathologie :

1. une insomnie de la première année : nous assistons soit à une insomnie agitée, où le bébé ne cesse de hurler, de crier de s'agiter, s'accompagnant de mouvements rythmés avec de violents balancements, voire de conduites auto-agressives. Soit à une insomnie calme, où le bébé reste dans son lit, les yeux grands ouverts, silencieux, de jour comme de nuit. Il semble ne rien demander, ne rien attendre.

De telles insomnies traduisent un échec dans les capacités de régression précoce du nourrisson. La plupart des difficultés témoignent par exemple d'un état anxieux ou d'une organisation conflictuelle interne, faisant redouter la régression induite par le sommeil.

Ce symptôme nécessite un travail psychothérapique dans les interactions de la mère et de son enfant.

2. Difficultés d'endormissement de l'enfant. Au-delà du besoin pour les enfants de 2 à 6 ans d'instaurer un aménagement favorisant le sommeil, de ce passage de la vie diurne à la vie nocturne en passant par exemple le temps nécessaire à raconter l'histoire du soir, nous trouvons donc comme manifestations cliniques :

une opposition au coucher : l'enfant crie, s'agite

des rituels du coucher : très fréquents entre 3 et 6 ans. L'enfant exige que son oreiller, son jouet, son mouchoir, ses pantoufles ou tels objets soient rangés d'une certaine façon, toujours identique. Ces manifestations obsessionnelles traduisent la tentative de maîtrise de l'angoisse suscitée par la rupture de la relation mère-enfant.

une phobie du coucher : demande contraphobique : lumière allumée, porte ouverte, l'enfant veut qu'on lui tienne la main, veut s'endormir dans le lit des parents.