

Dysharmonies évolutives et Troubles envahissants du développement

Entre Classification de Mises¹, CIM² et DSM³

1 Présentation

1. Définitions

La dysharmonie évolutive ou trouble atypique du développement désigne une maturation anormale de certaines fonctions psychologiques, tant dans le domaine intellectuel qu'affectif. Le développement normal d'autres fonctions différencie les dysharmonies d'un retard global de développement. Il s'agit de troubles précoces, apparaissant avant six ans, et multifactoriels.

2. Critères communs du diagnostic MCDD et Dysharmonies évolutives

1. La régulation de l'état affectif et de l'anxiété est altérée au-delà de ce qui est observé chez des enfants d'âges comparables, et se manifeste par plusieurs des comportements suivants :

- anxiété ou tension intense et généralisée
- peurs et phobies souvent inhabituelles ou singulières
- épisodes de panique récurrents ou anxiété submergeant le sujet
- épisodes de désorganisation du comportement ponctués par des conduites nettement immatures, primitives ou violentes
- fréquentes réactions d'anxiété idiosyncrasiques ou bizarres

2. Comportement social et sensibilité relationnelle sont constamment altérés, et se manifestent par différents types de troubles :

- désintérêt social, détachement, évitement, ou repli sur soi, en dépit de compétences évidentes;
- relations avec les pairs fortement altérées;
- troubles marqués des liens affectifs, degré important d'ambivalence vis à vis des adultes;
- limitations profondes des capacités d'empathie ou de la compréhension exacte des affects d'autrui.

¹ La *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* (CFTMEA) publiée en 1988 sous la direction de Roger Mises « a pour ambition de répondre aux nécessités de comparabilité, aux exigences de la critérisation, sans renoncer aux études évolutives et à l'approche psychopathologique ».

² Il s'agit de la *Classification Internationale des Maladies* publiée en 1983 par L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le catalogue de l'OMS comprend plus de 14000 codes, hélas pas toujours harmonisé à ceux du DSM.

³ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* en français, publié en 1980 par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), puis révisé (DSM I à IV). Ce manuel est universellement utilisé (psychiatres, chercheurs, compagnies d'assurance, industrie pharmaceutique, grand public). Il est la référence mondiale admise de classification des maladies psychiatriques. Il est violemment critiqué par les praticiens de formation psychanalytique (Voir Gérard PIRLOT, Boin, 2009, *Contre l'uniforme mental, Scientificité de la psychanalyse face au neurocognitivism*). Boris Cyrulnik, par exemple, qui a participé à sa rédaction, critique ce qu'il a lui-même cautionné : les rédacteurs des différentes révisions du DSM, sous la pression de l'industrie pharmaceutique, recyclent et renomment d'anciennes maladies en "troubles" traités par de nouvelles molécules (Cf. TDHA et méthylphénidate, *Ritaline*).

3. Altération du processus cognitif (trouble de la pensée) se manifestant par certaines difficultés suivantes :

- irrationalité, intrusions soudaines dans le processus de pensée normal, pensées magiques, néologismes ou répétition de mots dénués de sens, pensées décousues, idées bizarres et d'un illogisme flagrant;
- incapacité à distinguer réalité et vie intérieure imaginaire;
- perplexité et confusion (troubles de la compréhension des processus sociaux ou difficulté à garder ses pensées organisées);
- illusions, idées prédominantes comprenant des fantasmes d'omnipotence, des préoccupations paranoïdes, un hyperinvestissement de personnages imaginaires, de fantasmes grandioses, de pouvoirs exceptionnels et une idéation référentielle.

4. Le syndrome apparaît lors des premières années de la vie.

5. L'enfant n'est ni autiste (il présente néanmoins un *Trouble Envahissant du Développement*), ni schizophrène (la notion de schizophrénie infantile reste un sujet débattu entre professionnels)

3. Diagnostic différentiel

Le diagnostic de dysharmonie évolutive, dans la CFTMEA, peut demander du temps. Il demande d'exclure la possibilité :

- de troubles névrotiques (catégorie 2)
- de psychoses (catégorie 1)
- de troubles des fonctions instrumentales (catégorie 6) quand ils sont bien individualisés et non liés à une perturbation évolutive de fond répondant aux critères de la dysharmonie évolutive.

La dysharmonie évolutive se distingue de la psychose précoce déficitaire et de la dysharmonie psychotique. Il est également possible de distinguer les *déficiences dysharmoniques de versant psychotique* et les *déficiences dysharmoniques de versant névrotique*. Sur ces points de vue, la classification apparaît d'une telle finesse qu'il est au fond difficile de la maîtriser. Il s'agit en fait d'un vieux débat entre une approche française à la recherche de finesse clinique et une approche anglo-saxonne plus pragmatique.

2 Classifications nosographiques

Dans la classification internationale de l'OMS (CIM-10), ce type de troubles se retrouve englobé dans la catégorie des «*Trouble envahissant du développement*» (code F84.0 à F84.9). Les classifications internationales (CIM 10, DSM IV) ne se recoupent pas tout à fait avec la classification française (CFTMEA), où le trouble est codé 3.0.

Les recommandations de la Haute Autorité de la Santé indiquent qu'il faudrait maintenant poser le diagnostic de *Trouble Envahissant du Développement* plutôt que celui de *Dysharmonie évolutive*.

Cet écart entre CIM 10 et CFTMEA pose problème :

- dans le dialogue avec les parents (en attente d'un diagnostic clair)
- dans la mise au point du projet thérapeutique (approche thérapeutique ou éducative)
- dans la participation française aux recherches internationales

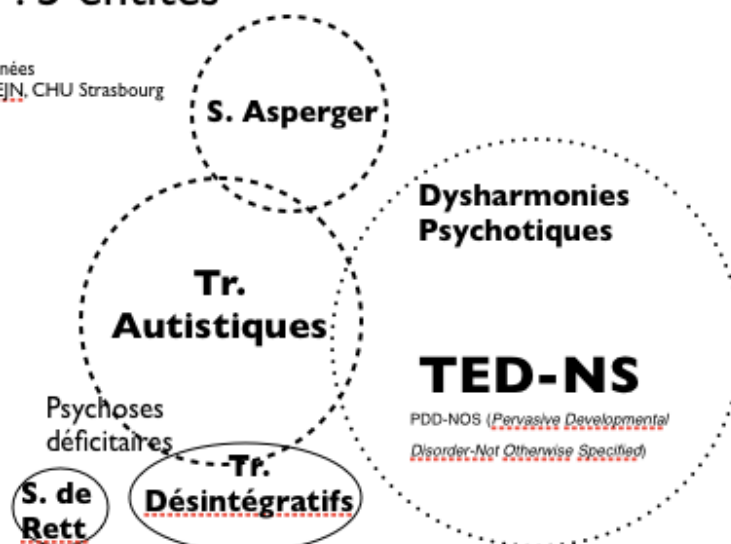
Les troubles dysharmoniques (MCDD des anglo-saxons, *Multiple Complex Developmental Disorder*, Simon Baron-Cohen, 1986) s'inscrivent aujourd'hui dans les "PPD-NOS", Troubles Envahissants du Développement non spécifiés.

3 Perspective développementale

Le terme de *dysharmonie évolutive* est souvent utilisé en France pour décrire les troubles de la série autistique. Ce terme ne figure pas dans la nomenclature internationale CIM10 et ne devrait plus être utilisé selon les recommandations. Les troubles dysharmoniques correspondent aux MCDD des anglo-saxons, *Multiple Complex Developmental Disorder* (Simon Baron-Cohen, 1986) et s'inscrivent aujourd'hui dans les "PPD-NOS", Troubles Envahissants du Développement non spécifiés. En 2013, une nouvelle édition du DSM devrait consacrer l'expression "*Troubles du spectre autistique*" (TSA) et abandonner le sigle "TED".

TED : 5 entités

Source : CRA Midi-Pyrénées
Modèle du Pr BURSZTEJN, CHU Strasbourg



1. TED

Les *troubles envahissants du développement* (TED) ont en commun une association de symptômes connue sous le nom de « *triade de Wing* », du nom de la chercheuse anglaise qui a prouvé par une étude clinique et statistique que cette association de trois catégories de symptômes survenait plus souvent que ne le voulait le hasard, donc qu'il s'agissait bien d'un syndrome (ensemble de symptômes survenant ensemble). Ces troubles sont :

- des troubles de la communication verbale et non-verbale
- des troubles des relations sociales
- des centres d'intérêts restreints et/ou des conduites répétitives

Pour la CIM 10, les TED (code F84.0 à F84.9) sont définis comme un « *Groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations* »

2. L'autisme

C'est le plus connu des cinq troubles envahissants du développement. Voici les caractéristiques associées de l'autisme qui touche 4 à 5 garçons pour une fille :

- Troubles de la communication
- Difficultés à comprendre les situations sociales et les attentes de l'entourage
- Troubles sensoriels
- Comportements stéréotypés ou répétitifs
- Apparition avant l'âge de 30 mois.

L'hypothèse scientifique actuelle concernant l'autisme est la suivante :

"L'autisme est une maladie précoce qui prend naissance le plus souvent pendant la grossesse. On trouve plus de neurones dans certaines régions cérébrales des enfants autistes. La prolifération cellulaire ayant lieu exclusivement in utero chez l'homme, cette preuve ne peut être contestée. L'autisme est une maladie du développement cérébral avec la formation très tôt de réseaux neuronaux aberrants qui rendent difficile la communication des enfants autistes dès leur plus jeune âge.

L'autisme a parfois une origine génétique, mais l'environnement joue un rôle crucial. On a pu identifier des mutations génétiques dont l'expression chez l'animal cause des malformations et un « comportement autistique ». Ces mutations, qui ont un impact sur la formation de connexions entre cellules nerveuses, entraînent dans le cerveau de l'embryon un cercle vicieux avec des effets délétères sur les régions atteintes.

Des études épidémiologiques montrent une bonne dizaine de facteurs de type environnementaux ayant un rapport avec l'autisme. Ainsi, une étude danoise des corrélations entre autisme et complications à la naissance montre plus de soixante facteurs périnataux liés à l'autisme, y compris une présentation anormale du bébé lors de la naissance, des complications de type ombilicale/placentaire, une détresse foetale, une lésion ou un trauma néonatal, une naissance multiple, une hémorragie maternelle, une naissance en été, un faible poids à la naissance, une petite taille pour l'âge gestationnel, une malformation congénitale, des difficultés de nutrition, une anémie néonatale, une incompatibilité ABO [les trois groupes sanguins] ou de type rhésus.

La probabilité d'avoir un enfant autiste augmente de façon significative quand deux facteurs sont réunis. Des toxiques tels que les métaux lourds et les pesticides ont aussi une incidence sur l'expression de la maladie. En résumé, l'autisme est une maladie développementale multifactorielle". ("Autisme : Ni rituel psychanalytique ni réductionnisme génétique !". Collectif : Yehezkel Ben-Ari, neurobiologiste, président de l'Association Vaincre l'autisme ; Nouchine Hadjikhani, neuroscientifique, membre du conseil scientifique de Vaincre l'autisme ; Eric Lemonnier, pédopsychiatre au CHU de Brest. Le Monde, 23/02/2012.

3. Syndrome d'Asperger

Difficultés à comprendre les situations sociales et les attentes de l'entourage
Émergence normale de la parole avec difficulté de la communication
Intérêts souvent obsessionnels
Intelligence normale ou supérieure

4. Le trouble désintégratif

Même caractéristiques que l'autisme, apparition entre l'âge de 3 et 10 ans
Très rare
Développement normal suivi d'une régression de la motricité, du langage et des habiletés sociales
Difficultés à comprendre les situations sociales et les attentes de l'entourage

5. Syndrome de Rett

Touche essentiellement les filles
Manifestations avant l'âge de 30 mois
Développement normal suivi d'une perte de la communication et du contrôle moteur
Difficultés à comprendre les situations sociales et les attentes de l'entourage
Causes connues: mutation du gène MeCP2 sur le bras long du chromosome X, région Xq28

6. TED non spécifié

Plusieurs caractéristiques associées à l'un des TED, qui ne se retrouvent pas en nombre suffisant pour permettre de poser un diagnostic selon les protocoles établis.

4 Perspective environnementale

Les pathologies limites de l'enfance

Roger MISES

In *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, PUF, 1995, T.2, pp. 1345-1362

Introduction

Les pathologies limites de l'enfance sont difficiles à classer : pathologies limites, narcissiques, anaclitiques, faux-self, schizoïdes ... Le terme de « *pathologie limite* » vise l'ensemble des formes cliniques repérables entre névroses et psychoses. Le terme de « *dysharmonie évolutive* » a été retenu pour l'enfance, par opposition aux « *pathologies narcissiques* » de l'adulte, afin de souligner les potentialités évolutives. Ce terme permet aussi de distinguer ces états pré-œdipiens, où l'archaïque domine et où la question de la dépendance est centrale, des psychoses.

Il s'agit pourtant d'états où les défenses archaïques contre l'angoisse dominant (déli, projection, retournement contre soi, en son contraire). Au niveau étiopathogénique, une place importante est laissée aux causes environnementales précoces.

Motifs de consultation

Le jeune enfant est amené en consultation pour des troubles de l'alimentation, du sommeil, du contrôle sphinctérien, des manifestations fonctionnelles.

Plus tard, ce sont des éléments liés à l'immaturité, la dépression. Plus tard encore, à l'âge scolaire, des troubles des conduites et des difficultés scolaires.

Etude psychopathologique

Elle permet de relier les symptômes amenant à consulter à l'organisation de la personnalité de l'enfant et au réseau familial.

1. Les défauts d'étayage

Dépression maternelle, discontinuité du processus des soins maternels.

« *Contrairement à la psychose, dans les pathologies limites, l'enfant, en dépit des défaillances de l'environnement, s'est trouvé capable de mettre en œuvre des capacités d'adaptation et de rétablissement, même si elles sont développées de façon dysharmonique* ». (p. 1351)

2. Les défauts d'élaboration de la fonction de contenance

Défaut du pare-excitation, débordement par des excès de tension interne, défaut de préconscient, expression de l'angoisse par le corps et l'agir.

3. Echec de la période transitionnelle

Dans les conditions habituelles, l'enfant construit ses premières représentations, entre 8 et 18 mois, de façon omnipotente, dans l'aire d'illusion de la période transitionnelle où se déploie la créativité primaire. Au contraire, l'enfant évoluant vers une pathologie limite, du fait de la défaillance des objets transitionnels, reste soumis aux angoisses archaïques (intrusion, vidange) et à l'omnipotence. Les relations sur le mode de l'emprise et de la spécularité sont maintenues. L'aptitude à jouer seul est mise en défaut. Ce climat gêne les réponses de

l'entourage dans la succession gratification/manque qui permet un déploiement global de la personnalité. La vie fantasmatique est réduite et, avec elle, la capacité de symbolisation.

4. Les défauts d'élaboration de la position dépressive.

Ils constituent un fait majeur dans les dysharmonies. Ne pouvant se défaire du mécanisme précoce projection/introjection, du clivage de l'objet, l'enfant aura difficilement accès à la position dépressive. L'enfant va privilégier le mécanisme de défense maniaque pour se protéger des angoisses dépressives.

Pourtant, en dépit de l'échec de l'élaboration de la position dépressive, contrairement aux psychoses, l'enfant a ici accès à un « *sentiment de soi* » (Kohut, 1974). Il y a prédominance des angoisses dépressives sur les angoisses psychotiques (morcellement, néantisation, Racamier, 1981).

La dépression occupe une place centrale dans la clinique dysharmonique, avec son cortège d'affects pénibles, de sentiment de vide, de désinvestissement, d'expressions somatiques, de pensée opératoire.

Néanmoins, toujours contrairement aux psychoses, une relation triangulaire œdipienne se dessine, mais sectorielle, ne concernant que la vie sociale. Il s'agit d'une « *pseudo-œdipe* », d'une « *bi-triangulation* » (Green, 1983). L'absence de l'objet reste impossible à introjecter.

5. La pathologie narcissique

Les assises narcissiques sont altérées. Il y a persistance d'une relation d'emprise, de comportements d'attachement inadéquats (Kreiser, 1985). Ceci constitue le « *défaut fondamental* » (Balint, 1968 ; Bowlby, 1984). Le défaut d'intériorisation des bons objets entraîne l'absence de l'amour de soi et la constitution d'un « *soi blanc* » (Giovacchini, 1975), d'un « *soi grandiose* » (Kohut, 1974), avec arrogance narcissique, manifestations d'auto-suffisance, refus de se soumettre aux temporisations, aux règles qu'impose une réalité dont la mise à l'épreuve constitue une source répétitive de blessure pour le narcissisme.

L'opposition entre moi-idéal et idéal du moi est douloureuse pour l'enfant ou l'adolescent dysharmonique : le moi-idéal reste au service du maintien de la toute puissance infantile avec présentation d'idéaux mégalomaniques appuyés sur l'imitation, de projections qui restent ciblées sur les parents, d'accès de rage narcissique.

6. Les clivages du moi, l'hétérogénéité structurelle, les troubles cognitifs

Les clivages du moi

Les clivages du moi génèrent un fonctionnement en faux-self (maintien côte à côte de positions inconciliables sans qu'il y ait conflit (Cf. position paradoxale de Winnicott, ambiguïté de Bleger).

Hétérogénéité structurelle

Ce fonctionnement paradoxal, où l'évitement du conflit est central, cette persistance de courants contradictoires hétérogènes, ce rejet de la castration, est décrit par Freud dans le cas de « *L'Homme aux loups* » (1918) avec persistance de défenses archaïques (déli, forclusion). Les relations sont marquées de mimétisme et de soumission et garantissent le lien avec la réalité. Cette hétérogénéité structurelle entretient de sévères défauts d'articulation entre les aspects différenciés et non-différenciés du fonctionnement mental, d'où résulte le risque d'une perte toujours croissante de la mobilité psychique.

Troubles cognitifs

Dans les espaces psychiques clivés persiste un mode de pensée animiste, prélogique, placé sous le signe de la toute puissance infantile. Ces troubles de la pensée, à la frontière de l'imaginaire et du réel, peuvent être inapparents dans le jeune âge, chez des enfants intelligents possédant une adaptation suffisante, mais se révèlent quand vient à défaillir la maîtrise exercée sur soi ou sur les objets (adolescence, départ du domicile familial). Surviennent brutalement des sentiments douloureux de perte du lien, de sidération,

d'impossibilité de penser. Ici, les mécanismes de refoulement tiennent une place restreinte relativement aux clivages. Les attaques du cadre vont parfois jusqu'à prendre la forme d'un refus de l'existence (Bion, 1967). Troubles gnosiques, praxiques et du langage (oral et écrit) entraînent des difficultés d'apprentissage. L'insuffisance intellectuelle peut constituer une composante notable du tableau clinique et il est souvent difficile, ici, de distinguer structure déficitaire et inhibition par carence d'investissement.

Traitement

La prise en charge doit être pluridimensionnelle et conserver une orientation psychothérapique et rééducative. Le recours aux seules techniques rééducatives selon une visée normative risque de réactiver les représentations traumatiques et de raviver les blessures narcissiques.

La cure psychothérapique oscille entre la menace d'une régression difficile à manier et la structuration progressive d'une pathologie en faux-self. Des supports institutionnels sont souvent nécessaires (groupes, hospitalisation de jour).

En l'absence de prise en charge, les enfants dysharmoniques évoluent vers une gamme étendue de troubles mentaux (dépression, anorexie/boulimie, addictions, comportements autodestructeurs, pathologie grave de la personnalité, psychose avérée).

Une mention spéciale pour les enfants "*normopathes*" (Mc Dougall, 1982 ; Dejours, 1986), pauvres en symptômes, qui passent inaperçus car leur fonctionnement en faux self satisfait les attentes de l'entourage familial et scolaire : la question d'une dysharmonie évolutive se pose rétrospectivement face à des décompensations psychotiques d'adolescents. De même, on peut se poser la même question diagnostique face aux pathologies du narcissisme négatif de l'adulte (Green, 1983).

* * *