

PETITE ENFANCE

Chapitre 1 : ENJEUX D'UNE PREMIERE CONSULTATION

Introduction-Préliminaires

Anamnèse comme retour sur la passé

- Variables du normal et pathologique
- Seulement des hypothèses théoriques
- récurrences et convergences : catégories
- Pas de clivage dans les différents champs d'observation.
- Positionner sémiologie par rapport à durée de la consultation
- tout est communication et signes
- Différences et ressemblances en fonction des ages de développement de l'enfant (nourrisson, dans interaction avec mère/ enfant : médiation par jeu/ adolescents : langage)

I- Grandes catégories d'observations directes cliniques

A- Sphère de la motricité

Normal et pathologique
Rapport oculo-moteur
Handicap éventuel et mode d'adaptation
Mouvements : harmonie/dysharmonie
Motricité fine et globale
Mode d'exploration
Schéma corporel et image inconsciente du corps
Rythme

B- Triptyque/triade/ trio de la sphère sociale/ relationnelle

1. Comportement social

Contact social et évolution
Contact visuel(fovéal/périphérique)
Toucher et manipulation
Mode de découverte et adaptation à l'environnement
Communication : production et réception/compréhension

2. Affectif

Echanges émotionnels dans ses rapports intérieurs/extérieurs
Ressenti de l'examineur

Bipartition : psy et patient : dissonance et harmonisation
Angoisse et type (bonne/ mauvaise/// archaïque/oedipienne)
Type de relation instaurée
Investissement dans la relation
Capacité de contact direct

3. Fantasmatique

Mobilisation de deux ou trois générations : psy-historiens, transmission inter et transgénérationnel
Relation d'objet : tout ce qui peut être investi par le sujet
- investissement narcissique
- investissement objectal
Mythologie familiale : données transgénérationnelles
Quel type de commerce avec l'objet
Mère et enfant comme deux partenaires avec scénarios imaginaires : étude de l'expression des fantasmes et de leur influence réciproque lors des échanges.

II- Exemples : enfant du burkina

Pas de l'ordre de l'entretien mais du soin affectif
Motricité : atonie, hypotonie, pas d'exploration de la pièce
Comportement social : aucune évolution en un mois, isolée parmi les autres enfants, sans jeu, même quand on lui propose
Affectif : aucun contact noué, regard périphérique, indifférence, pas de pleurs
Fantasmatique : difficile à dire

III- Anamnèse et enquête familiale

Anamnèse = retour sur le passé=> psy historien
Recherche des antécédents et des causes

A- Spécificités de l'enquête anamnétique en psychopathologie psycho

1- Différent enquête médicale

Remémoration aussi exacte que possible, vérifiable, sans oubli
Catégorisation dans champs prédéfinis
Technique de l'interrogatoire : directivité, traque(persécuteur)=> éléments autre sont digressifs et parasites.
Formulaires, questionnaires pour systématisation
=>

2- Proche de la psychiatrie infantile

Facteurs objectifs mais non dissociables du sens pour l'individu : subjectivité et singularité et intégration
Parfois anamnèse méthodique à fins de recherche ou épidémiologiques (objectifs limités et simplification excessives
Méthode anamnétique : or sujets exposés aux même situations aphyogènes n'ont pas tous la même évolution ;

Méthode catamnétique : or sujets ayant les mêmes troubles n'ont pas les mêmes antécédents, et sujets ayant mêmes antécédents n'ont pas les mêmes troubles

=> en Psychopathologie de l'enfant

Impossible causalité linéaire car nombreuses variables

Problèmes posés par l'objectivation de la méthode anamnétique :

- distorsion due à implication personnelle des témoins
- visée de totalité illusoire
- valorisation des facteurs externes au détriment des facteurs internes
- renforcement des rationalisations parentales même si déculpabilise

B- Apports psychanalytiques à l'anamnèse

Conflits et fantasmes inconscients dans interaction

Sexualité infantile

Conflit oedipien

Implication perso des parents essentielles pour entendre dim conscientes et inconscientes dans passé et présent

Investigation de la dynamique (parents entre eux, parents avec enfants, famille avec psy)= implications transférentielles.

Reconstruction parentale comme significative de leur organisation mentale

Entretien centré sur enfant et projections parentales sur lui

Cf Anamnèse associative : Deutsch : entretien centré sur histoire enfant et famille à travers subjectivité des parents.

Ne pas évacuer la réalité de l'enfant

Spécificité entretien avec enfant :

- demande d'un tiers
- mise en échec des parents
- des éléments très disparates déterminent vie enfant

C- Notre travail d'investigateur

Définition anamnèse

« construction d'un espace d'intelligibilité clinique, fait de représentations que se donnent nécessairement le clinicien au fur et à mesure qu'il poursuit son investigation d'un cas et qu'il recourt à des modèles explicatifs ou interprétatifs »

Part toujours de la situation concrète et réelle.

2 écueils :

- étude descriptive exclusive des données factuelles
- étude du sens exclusif dans histoire subjective

⇒ intégrer les données

issues de la clinique

issues de l'observation directe

reconstruction des événements de l'enfance

⇒ profil métapsychologique global de l'enfant

IV- Grille de lecture proposée par Brusset comme canevas d'investigation

- 1- **Histoire des troubles (actuels, passés)**
- 2- **Composition de la famille et conditions de vie**
- 3- **Evènements marquants dans la vie de l'enfant** (maladies, séparation, décès)
- 4- **Grossesse et accouchement** (conditions physio et psycho)
- 5- **Développement dans la première enfance** (somatique, psychomoteur, langage, cognitif)
- 6- **Evolution des échanges avec l'entourage et des échanges affectifs** (alimentation, premier sourire intentionnel, étranger, tolérance à séparation, sommeil, acquisition propreté, réactions aux premiers interdits, conduites et intérêts sexuels)
- 7- **La vie scolaire** (maternelle, aides pédagogiques, projets, relations avec pairs..)
- 8- **Place de l'enfant dans les attentes parentales et dans la dynamique conjugale ...**

Conclusion

- Parfois nécessité de **plusieurs entretiens pour détective privé**
- **Attention à étiquetage et diagnostic car grande plasticité** à âge de l'enfance
- Parfois appel au **réseau et aux modes d'approche pluridisciplinaires** (investigations somatiques/gastro pédiatres)
- Parfois **effet thérapeutique** immédiat de s'intéresser à interaction parents-enfants
- caractère **provisoire et relatif des schémas** qui organisent les données de l'anamnèse
- **But = construire un projet thérapeutique**
- **Toujours trouver des éléments positifs** pour la restitution aux parents (ménager la culpabilité et éviter la culpabilisation)
- **ne pas se contenter de constructions arbitraires à partir d'a priori** théoriques en évacuant la réalité de l'entourage et enfant.
- désir de parentalité non réalisable
- formation continue quand on est débutant

Compléments culturels

Enfant de remplacement : van gogh

Chapitre 2 : La parentalité/ parentification /parenthood Le passage du deux au trois

Introduction

Pourquoi faire des enfants ? Balancement éros-thanatos

- lutte contre la mort « les hommes font d'abord des enfants parce qu'ils n'en mènent pas large face à la mort »
- lutte contre le temps : chronos
- constat de finitude : entre inscription dans l'éternité et angoisse de mettre au monde un mortel et angoisse de confrontation à sa mort
- plafond à l'acte de créativité (enfant imaginaire et enfant réel) : écart entre productions attendues et œuvres produites

Devenir parent en l'an 2003/ aspects sociologiques

Triomphe de la médicalisation : même volonté technique de maîtrise de la nature, parfois mise à mal et d'autant moins bien supportée quand il y a des failles

Période de mutation du fonctionnement familial, et désinstitutionnalisation de la famille classique, avec fragilisation de l'identité de mère (rupture avec conception animale d'une mère seulement procréatrice, et rupture avec conception divine d'un pouvoir maternel mythique) Fin du prestige de la grossesse, entre valorisation et dénigrement

Problèmes du manque de rites entourant la naissance et problèmes des ruptures de Complexification de la filiation et affiliation : difficulté du devenir parent

I- Parentalité/ Généralités

A- Définition :

« ensemble des représentations, affects, comportements du sujet, en relation avec son ou ses enfants, que ceux-ci soient nés, en cours de gestation, ou non encore conçus » (choix du prénom, séances d'haptonomie, participation aux séances d'exercice à l'accouchement, jeu de vibrations avec le bébé, désir d'enfants)

Dynamique évolutive : la parentalité est un processus mental individuel du devenir parent, animé par le désir d'enfant (enracinement transgénérationnel, environnement social, culturel)

Un secteur de fonctionnement et pas une instance : la parentalité est un sous-ensemble de la relation d'objet à enfant imaginaire, réel

Synergie paternité et maternité (fertilité) : conjugalité (savoir si autres personnes ressources quant il n'y a ni filiation, ni affiliation)

Programme conscient toujours infiltré d'éléments inconscients

3 dimensions pour décrire transition vers parentalité

Exercice : règles qui structurent la parentalité, filiation instituée

Expérience : aspects subjectifs conscients et inconscients

Pratique : qualités

B- Parentalité et périnatalité

Cf « *périnatalité psychique* » : segment des processus intergénérationnelles, projet parental et phase d'activation des fantasmes originaires

Manzano, Palacio-Espasa et Zilkha parlent eux de « *scénarios narcissiques de la parentalité* » : projections narcissiques ayant une place prépondérante dans la relation parent-enfant sous forme d'identifications projectives. (pas nécessairement pathologiques, et peut être promotrices, ie harmonieuses pour le développement de l'enfant, et non chargées d'agressivité ou persécution : eg attribution maligne des parents maltraitants). L'enfant réagit à ces pressions fantasmatisques exprimées dans le comportement communicatif de l'enfant en fonction de ses propres motivations (identification totale, partielle, rejet) (et réidentification forcée du parent avec ses propres imagos parentales, identification qui infiltre toute sa relation avec son enfant)

=> devenir mère/père = franchissement d'étapes intergénérationnelles, dont le programme conscient est toujours infiltré de traits inconscients, qui font retour dans cet étranger familial qu'est l'enfant(Bydlowski)

C- Parentalité et Grossesse

1. Transparence psychique, fonctionnement psychique placentaire : perméabilité aux représentations inconscientes, censure moindre, retour de la névrose infantile et d'angoisses archaïques préœdipiennes (cf fantasmes d'enfants monstrueux)

Les différents types d'enfants :

- imaginaires : préconscient, fruit désir de grossesse, et mandat transgénérationnel
- fantasmatisque : inconscient, conflits infantiles, incestueux
- mythique : réf culturelles et médiatiques

Père enceint

Tous acteurs principaux subissent des réaménagements

D- Parentalité et post partum

Confrontation enfant dedans et dehors

Violence et deuils (cf haine dans le contre-transfert) : confrontation à séparation, castration et mort..

Attachement BOWLBY : faire attention aux séparations mères-enfants

Grande réactivité

Dépression

Préoccupation maternelle primaire

« *Néof formation psychique maternelle* » (Cramer et palacio espasa)

Effusion projective parentale, plus ou moins

II- Avatars de la périnatalité

Institution maternité = temple de fécondité et scène de tragédies quotidiennes avec multiples avatars de la naissance et de la filiation.

Idéal médical fait croire, en rejoignant les fantasmes parentaux, à croyance illusoire de naissances merveilleuses : alors que jeu combiné d'**Eros et Thanatos**

Processus à **double hélice biopsychique** : avatars somatiques et psychiques, qui se recourent.

A- Avatars de l'anténatalité

- angoisses de mort pendant l'accouchement : craintes archaïques d'anéantissement, fantasmes primaires.
- angoisse de déformations
- impact de l'échographie

Bien sûr distinguer la encore le normal et le pathologique, car la normalité en anténatalité n'est pas l'absence d'inquiétude mais n'est pas non plus la présence d'angoisse débordante.

B-Avatars de la périnatalité

- couveuse : prématurité (abus sexuels), grossesse séparée investissement de l'enfant
- traumatisme de deuxième grossesse, après mort anténatale, fausse couche, IVG
- mort d'un enfant
- rapports avec l'équipe : jargon médical, défenses

C-Avatars de la postnatalité

- dépression du post partum
- psychose puer puérale

III- Exemples

Exemple d'un avatar et des enjeux (prendre texte sur mort prénatale ou / révélation post natale d'un handicap à la maternité)

A- Enfant, famille, professionnels face à la révélation postnatale d'un handicap à la maternité

Teneur traumatique et variabilité de son empreinte selon la formalisation de la révélation (porteuse de vie ou de tragédie), et selon la métabolisation du choc et de la nature et du devenir des résurgences psychiques anténatale. Toujours traumatique car écart entre enfant imaginaire et enfant réel et réalité comme confirmation d'un fantasme prénatal, avec faute réelle ou imaginaire à expier

Béance narcissique

Tous acteurs d'une même tragédie (vidéo) Annonce qui implique différents acteurs : parents, nourrisson famille élargie et soignants, et représentants du groupe d'appartenance (besoin pour discourir sur l'un d'eux de savoir ses rapports avec les autres : émetteurs et récepteurs de l'annonce.

Fantasme prénatal devenu réalité : traumatique car effacement limites réel et imaginaire (rejoint fantasmes de déformations anténataux) : anticipation imaginaire d'une éventuelle anomalie. Fantasmes d'enfants monstrueux dus à réactivation angoisses archaïques préœdipiennes dans la transparence psychique, comme sanction coupable d'un vœu inconscient de transgression incestueuse, ou projection d'agressivité sur le bébé (déplacement d'agressivité dédiée à la grand-mère et déplacée).

Mode adaptatif : premier temps de sidération par rapport à déliaison traumatique (effraction) et secondairement période de réaménagement (dénî, révolte, surprotection, désinvestissement, rejet de l'enfant) : variabilité de la résonance du choc dépend des traumatismes antérieurs mal cicatrisés et ainsi réactivés

Malaise des soignants en écho :: non dit, évitement de la chambre, laisser l'enfant quitter la maternité sans oser dire, idéal médical fortement mis en échec

Et l'enfant dans tout ça : rôle de figurant (souvent relégué) mais comment va-t-il user de ces compétences, et épancher sa soif relationnelle dans ce= tohu bohu relationnel : se placer à hauteur de ses performances et non de ces déficiences, tout en se gardant de se mettre à la place des parents, humanisation

Prise en charge : Attention particulière à aménagement de la sortie de la maternité des parents : passage de relais en continuité avec d'autres médicaux (médecins de famille assistante sociale, pédiatre) ou institutionnel (camps, pmi, sesad)
Impossible codification de la formalisation de l'annonce (qui, comment)

IV- Enjeux thérapeutique et prise en charge

A- Fonctions du psy en amont de natalité : prévention primaire

Prévention= axe majeur de santé mentale, d'autant plus que moins de temps d'hospitalisation en néonate et donc moins de repérage possible

Enjeux préventifs primaires d'un accompagnement médico-social du tout venant

1- Normal et pathologique

Etre sensible pas seulement aux manifestations psychiatriques

Vigilance par rapport à arrière boutique

Distinguer le normal et le pathologique

2- Dès le lycée et dès le désir d'enfant

Pas seulement prévention post natale ou périnatale

Anténat

Lieu d'accueil et à l'élaboration préventive de la transparence psychique, et de son cortège d'expressions fantasmatiques

3- Travail auprès des équipes

Cf défenses

Façon d'annoncer un diagnostic anténatal/post natal de malformation, lieu, formalisation, accompagnement...

4- Prévention en transparence psychique : réactualisation des conflits enkystés ; s'intéresser et s'interroger sur la potentialité structurante ou destructrice ces fantasmes archaïques, primaires, préodipiens pendant la grossesse (furtifs, discrets, envahissants) : angoisse signal (préparation et adaptation/ anticipation créatrice) OU angoisse paralysante/détresse

5- Collaboration interdisciplinaire pour un accompagnement humaniste holistique

Responsabilité des maternités, sensibilisation des gynécologues obstétriciens, échographistes, et des animateurs de groupe de préparation à l'accouchement

6-Savoir si personnes ressources

Quand il n'y a ni filiation ni affiliation savoir si personnes ressources et bienveillantes pour co-penser

B- Fonctions du psy en aval

Accompagner après révélation d'une annonce de handicap

Psychothérapies mères-bébé

Thérapies brèves parents-enfants (Manzano et Palacio Espasa : les scénarios narcissiques de la parentalité)

⇒ moyens

- **utiliser la qualité des projections narcissiques parentales** dans la consultation thérapeutique : que projettent-ils ? (aspects infantiles d'eux-mêmes vécus comme carencés et abandonnés, imae infantile idéalisée d'eux-mêmes, objet parental endommagé/idéalisé/négatif)
- **interprétation du transfert qu'effectue la mère sur l'enfant, en tant que répétition avec ses objets primitifs**
- **évaluation du deuil développemental** : manière dont a été élaborée la perte des objets primitifs...
- CAMPS

⇒ buts :

⇒ éviter les rééditions psychiques

- ⇒ **éviter les reproductions transgénérationnelles** et les compulsions de répétition (traumatisme du deuxième accouchement après une mort)
- ⇒ **permettre bonne interaction mère enfant**(éviter risques psychosomatiques et de reproduction par l'enfant)

Conclusion

Parentalité est en germe tout au long de notre vie : ma contribution à cet exposé, en guise de créativité, est une sorte de symbolique de ma parentalité à venir
Cf enfants et tamagotchi ;déjà en germe dans les jeux de poupées, dans le rapport avec un animal domestique

Importance de la prévention pour éviter à des gens comme le philosophe **Cioran** d'intituler le titre de son ouvrage « de l'inconvénient d'être né » ou d'oser formuler « être heureux comme un mort né ».

On pourrait d'interroger sur le **devenir beau-parent** : belle-mère, beau-père : quels enjeux psychologiques ?

Et on pourrait poursuivre la réflexion sur le devenir **parent-adoptif** : différences et ressemblances avec le devenir parent biologique.

Pas oublier que le futur parent fait le bébé, mais que le bébé fait aussi le parent : donc pas oublier les compétences su nouveau né.

Chapitre 3 : Psychosomatique

Introduction

Polysémie et galvaudage autour de la psycho soma (d'abord utilisé en psychopathologie adulte) : définition :

- *le champs psychosomatique recouvre les maladies physiques dont le déterminisme et l'évolution reconnaît le rôle des facteurs psychologiques ou conflictuels/ KREISLER*
- *les maladies psychosomatiques sont caractérisées par une désorganisation somatique, passagère ou permanente, dont la genèse ou le développement, comporte un déterminisme d'ordre psychologique, soit actuel, soit d'ordre régressif, qui met en évidence des organisations psychobiologiques précoces/ AJURIAGUERRA*

Parent pauvre de l'enseignement universitaire alors que

Nous sommes **tous des ex-nourrissons psychosomatiques**

Matériel à penser du nourrisson = son corps et son expression corporelle (participation de plusieurs voies : vocalisations, gazouillis, prémabules du langage, pleurs et cris dans différentes modulations et pour lequel il s'agit de survie, gestuelle, mimiques, sourires, peau et couleur comme réactivité de ses émotions, sommeil, alimentation, tonus, élimination, digestion, excrétion) Fait partie des **compétences** du nourrisson pour survivre : tout le **matériel biologique et fonctions vitales** à sa disposition. *Mosaïque première/MARTY*

Recouvre série de relations où corps et psyché sont en interrelations serrées.

I- Spécificité dans champs psychopathologie enfant :

A- série de troubles

avec étiquette psychosomatique, grande diversité (mais surtout alimentation et sommeil comme marqueurs fondamentaux des premières fonctions vitales et de la plus ou moins bonne qualité de l'introjection des soins à l'égard du nourrisson) Plein de cordes à son arc expression, affectif, émotionnel : trouble des fonctions digestives (mércisme, reflux gastrooesophagien, troubles des fonctions d'élimination (constipation, mégacolon fonctionnel, encoprésie, énurésie, troubles des fonctions alimentaires, troubles

B- interaction enfant / environnement :

« *there is no such a thing as a baby* » DWW (pas possible de considérer troubles hors situation relationnelle, car indifférenciation/ajustement ac environnement psychoso) Fonction maternelle et père excitation, défaut de capacité d'interprétation parentale, mères dangereuses sorcières. Donc toujours analyser le système familial et les substituts familiaux

C- Sens et fonction des troubles : pas symbolique

Il ne faut pas confondre la conversion hystérique et la psychosomatique : deux chemins de développement différents (psycho soma née de la critique du trouble conversif)

Trouble conversif : partageable, sens symbolique, symptôme signifiant (DORA) Une fois interprété il y a une levée du symptôme ; langage corporel : le corps parle

Trouble somatique : bête, sans signification, trop archaïque, l'émetteur et le récepteur n'en comprennent pas le sens, sentiment d'énigme, le corps est une victime, ne pense pas.

II- Rappels théoriques : histoires des pensées sur le corps

A- Premiers intérêts :

1918 terme apparaît comme adjectif
1920-1930 : Chicagos-seven Alexander (asthme,
Aujourd'hui un nom
Marty et l'école de Paris

B- fonctionnement psychosomatique

1-MARTY : échec du préconscient

symptôme somatique est du à une défaillance du préconscient (matelas entre pulsions et conscience, qui permet une série d'associations transformant la pulsion et la rendant exprimable.

- ⇒ dans le symptôme somatique, il y a **défaut de mentalisation** (capacité à discerner, élaborer les conflits)
- ⇒ carence de représentations provoque un **surinvestissement de l'agir** et du corps

2.Reprise par GOLSE :

hyperagissement fantasmatique non symbolique

Freud, représentations de mots et représentations de choses

Pré conscient comme filtrage et couplage

Hyperagissement des fantasmes archaïques, mais carence d'expression fantasmatique car pensée concrète, factuelle, relation blanche

Pas symbolique : impossible de penser le symptôme en terme de sens

III- Sémiologie d'un exemple : encoprésie

A- Définition

Trouble des fonctions d'**élimination** : émission fécales répétées dans des endroits inappropriés, volontaire ou non ; au moins une fois par mois pendant trois mois ; pas de causes physiologiques.

Age d'apparition : **3-4 ans.**

Primaire ou secondaire

Un symptôme en soi **pas pathognomonique de psychose.**

Jusqu'en 1970, clivage psyché soma (réponses uniquement biologiques).

Parfois des lésions anales, avec rétention plus ou moins consciente

Classification Missonier :

- réactionnel
- névrotique : hystérique, ou obsessionnel classiquement (homme aux loups)
- mixte= gros des troubles ; peut tourner vinaigre et à la dépression ; résistant à l'interprétation et hermétique
- psychose : auto calmant (et non autoérotique) et compulsif qui plus est
- psychosomatique

Interprétation psychopathologique

Stade oral : plaisir autoérotique sur zone partielle, symbiose, peau commune, incorporation bon lait, intériorisation ; entrée du père en jeu et sevrage, d'où autonomie parent-enfant

Stade anal : fait suite au sevrage, marqué par apprentissage moteur et communication ; rétention pouvant agir comme autoérotisme ; entre investissement narcissique et investissement objectal : faire plaisir à soi ou faire plaisir à l'autre. Plaisir autoérotique du va et vient du bâton fécal sans possibilité de trouver des substituts(et là commence l'addiction)

Question de **pulsion d'emprise** : dans quel sens l'utiliser ?

Caca comme partie de lui-même : que va-t-il faire de cette chose à lui, et peut aller dehors ; normalement devrait se passer sans morcellement.

Abraham : stade sadique anal : obsessionnel =contrôle et psychose = morcellement.

Freud : deux types de fixations

Enjeu = qu'est ce qui commande ; dépend du type de relation aux parents (est ce que despote qui oblige à, est ce que laxiste qui laisse faire, est ce que dialecticien qui impose pour promouvoir entrée dans le monde civilisateur)

Choisir son camp entre adulte et enfant (est ce que batman a des coches) Cf certains parents qui ont nostalgie de l'enfance...

Hypothèse d'un **triple dysfonctionnement** :

- **relationnel** : système interactif (processus de désillusion/illusion de DWW)autonomie de l'enfant gênée
- **parental** : composante intergénérationnelle : comment parents ont eux-même acquis la propreté
- **enfant** : choix inconscient pour investissement narcissique ; défécation vécue comme une perte d'objet /cadeau ou arme

IV- Séméiologie d'un autre exemple : le RGO

Enfant qui régurgite, pleure, se tortille : remontée anormale du contenu gastrique dans l'œsophage (avec deux variantes soit régurgitation, soit vomissement, parfois les deux) soit actif (contraction volontaire des muscles abdominaux) soit soudain et dans effort.

Trouble alimentaire le plus fréquent(30%), parfois dès naissance ;

Pathologie plurifactorielle : souvent phénomène transitoire et maturatif et le plus souvent fonctionnelle.

Influences extérieures : type d'alimentation et position du corps. (cf enfant du Burkina)

Trouble des mécanismes antireflux : investigation avec fibroscopie

Pathologie évolutive selon événements de vie du nourrisson (nature de l'alimentation, voyages) qui disparaît souvent avec la marche.

Distinguer normal et pathologique (RGO physiologique, ac simple régurgitation au moment d'un rot, et RGO pathologique anormalement fréquent et à l'origine d'une grande douleur)

Complications :

- **oesophagites** (douleur récurrente entre les repas, avec pleurs violents et hypertonie du tronc)

- **ORL et respiratoires** : otite, asthme, bronchite (changement de symptômes) peuvent être liés à des RGO masqués qui peuvent passer inaperçus.

- **neurologique** : troubles du sommeil, malaise grave

- **lien possible avec mort subite** : d'où surmédicalisation sans forcément penser au sens psy que ça peut recouvrir ; surmédicalisation alimentée par angoisse de mort, chez mère et pédiatre, cercle vicieux qui peut tourner à l'obsession. D'autant plus que escalade médiatique, donc surprotection anxieuse.

Interprétation psychopathologique

Processus interactif

Fonction alimentaire symbolise lien Mère-enfant (bonne mère, ingestion, réplétion//mauvaise mère avec reflux, douleur, tortillement, sommeil perturbé comme refus maternel)

=> contexte de **frustration pour les deux partenaires** de la dyade

- sentiment d'incompétence, de dévalorisation et blessure narcissique, et préoccupation morbide chez la mère

Peut naître de l'ambivalence d'une mère à l'égard de son enfant, culpabilité de l'agressivité, mauvaise adaptation aux besoins, pas de verbalisation ou explication à l'enfant ; peut être un problème avec un IVG antérieur : elle porte un enfant mort-vivant fantasmatiquement, ce qui résume toute sa problématique ; sans doute fantasmatique de haine par rapport à son bébé.

Problème avec **allaitement** (letche ligue) : pas parce que allaité que l'enfant n'a pas de problèmes (car peu être empiété par la mère, emprise, avec faux self et vampirisation) . Ne pas avoir d'apriorismes qualitatifs : c'est le corps à corps qui est important(présent même dans biberon)

Lien **incorporation physique et introjection du lien à mère** : vomissement comme précurseur de projection (rejet de ce qu'il sent comme pathologique chez sa mère). Mère a rôle de contenant et de pare – excitant

RGO = dépression masquée ? car rejet protecteur comme un mécanisme de défense au niveau physiologique.

V- Finale sur thérapeutiques et prise en charge

A- Observation

Interaction et le système familial

Connaître les variations du normal et du pathologique

B- Recours pluridisciplinaire

Vu que RGO et encoprésie peuvent avoir des causes lésionnelles, ou biologiques, on peut faire une investigation somatique.

Gastropédiatre : consultation

Médicaments pour apaiser la douleur en cas de lésion de fécalome

Intervention directe ou indirecte du psychologue

⇒ synergie somaticien – psy

⇒ en plus après un temps de trouble fonctionnel il peut y avoir du lésionel

C- En libéral

Si conversion hystérique, peut biaiser l'affaire d'envoyer chez le somaticien ; mais faut avoir de l'expérience
Sinon voir les dégâts : trouble fonctionnel ou troublé lésionnel sont les deux voies possibles
Nécessaire d'être en lien avec un service psychiatrique pas loin, qui ne dégagent pas du psy, car peut être vécu comme blessure narcissique.
Avoir du tact : trop de psy peut créer la rupture, pas assez correspond à une banalisation
Ni trop tôt ni trop tard
Ne pas envoyer tout de suite à l'hôpital prendre son temps..

CONCLUSION

Ordre sans failles = mort ; désordre = vitalité (encoprésie comme moyen pour arriver à certain équilibre)

Henri Michaux

« les rapports difficiles à établir avec la souffrance, voilà ce que ne réussit pas le souffrant, voilà sa véritable souffrance, la souffrance dans la souffrance »

Nietzche Ecce Homo

« Je suis corps et âme, voilà ce que dit l'enfant et pourquoi ne devrait on pas parler comme les enfants ..je suis corps de part en part, et rien hors de cela et l'âme n'est qu'un mot pour quelque chose qui appartient au corps ».

DWW Objets transitionnels et phénomènes transitionnels

« cette chose qu'on appelle nourrisson n'existe pas, j'entends par là que chaque fois qu'il y a un nourrisson , on trouve des soins maternels, et que, sans soins maternels il n'y aurait pas de nourrisson ».

Chapitre 4 : Dépression du nourrisson

Introduction

Période de méconnaissance de dépression du nourrisson jusque dans années 70, avec résistance des adultes, et forme d'idéalisation de cet âge et non culpabilité.

Aujourd'hui on évoque davantage de symptômes dépressifs qu'on n'établit le diagnostic de dépression

I- Dépression et dépressivité

Mélanie Klein :

Position car réactualisation tout au long de la vie, matrice psychique qui se joue de manière inaugurale et va se rejouer. Cheminement normal, nécessaire apprivoisement de la dépression pour un bon équilibre psychique

Position schizo paranoïde :

Binarité, clivage entre méchant (haine, projection, fécalisation) et bon objet (idéalisation) Western

Position dépressive

Reconnaissance que deux objets ne sont qu'un ; deuil haine et amour pur, vie tempérée et dialectique

=> Distinguer **dépression de vie et dépression de mort** (Palacio-espasa) ; dépressivité normale et dépression comme symptomatologie clinique.

La dépression peut être un couloir de vie

Dép de vie : psycho

Dépr de mort : patho

II- Histoires des idées : épistémologie

1. Spitz

Notion de séparation à la base de la réflexion sur dépression du nourrisson et jeune enfant.

Bébés de mères délinquantes, séparation brutale

Hospitalisme

Dépression anaclitique

- peur de la séparation : pleurniche, quête affective
 - tristesse due à perte affective de l'objet
 - accumulation défensive angoisse contre dépression
- = repli, recherche du lien, diminution du poids, du quotient de développement, troubles peau

2. BOLWBY

Obs enfants de 5 mois à 3 ans, confrontés à séparation et décrit trois phases :

- Détresse, protestation : pleurs, agitation, inconsolable
- Désespoir : refus de manger, habiller, inactivité, et pas d'affects

- Détachement : enfant résigné qui accepte son état (refus du contact, reste couché sur son lit, ne pleure plus)

Plus la séparation est longue et sans substitut, et plus le pronostic est négatif

=> attention grande variabilité selon substitut, résilience, âge, maturation de la relation d'objet

III- Sémiologie

A- interactionniste

Compétences du bébé, lien avec **enfant imaginaire, mythique, fantasmatique, réel, narcissique**

Voir **intersubjectivité des deux psychismes**

Symptôme comme lieu géométrique entre la mère et l'enfant(ex : utilisation du bébé comme antidépresseur, sans censure de l'amante et réinvestissement du lit/lien conjugal)

B- Signes chez l'enfant

Passé par **corps et comportement : son matériel à penser**

Comportement vide(KREISLER) :

- regard fuyant
- bébé figé sans les yeux brillants de pensée, ni regard qui l'humanise
- absence de réactivité
- vacuité affective : pas d'expression ni de vibration affective : bébé désespérant car n'accroche pas donc entraîne un cercle vicieux pathogène, surenchère fait ricochet, donc angoisse de l'interlocuteur
- absence d'activité autoérotique
- =défaut grave de la relation objectale

Dépression névrotique : troubles anxieux et phobiques < surprotection mère

Psychose précoce : autisme de Kanner

Troubles psychosomatiques

C- 4 constituants de la dépression

- **atonie thymique : dépression blanche**
- **inertie motrice**
- **pauvreté de communication**
- **désorganisation psychosomatique**

IV- Dépression masquée : prendre un exemple

Troubles psychosomatiques

Bonnes résistants si :

- interaction mère enfant = stable
- perméabilité : harmonie et ajustement réciproque
- plénitude : interaction fantasmatique ; les deux prennent plaisir

3 circuits à risque psychosomatique pathogènes :

- surcharge 'excitation : défaut d'anticipation, mère imprévisible, pas de rôle contenant, donc débordement des capacités de pare excitation mentale ; fonction de garde du corps malmenée

- distorsion, qui gêne ou remplace une fonction spécifique au bébé : insuffisance cohérence, pas de régularité
- insuffisance chronique de l'attachement

V- Thérapeutiques et prises en charge

A-repérage

Repérage concret, prodromes, signes chez la mère, interaction, recours à l'anamnèse

Voir intersubjectivité des deux psychismes : **vision bifocale mère-enfant**

Mandat transgénérationnel (valeur narcissique) pathogène ou positif : se demander de quel mandat l'enfant est porteur, car ayant une face comportementale, psychique.

faire un **diagnostic différentiel** : ne pas confondre maltraitance et dépression

Prudence sur nosologie et étiquetage car grande plasticité et réversibilité possible ; ne pas confondre dépressivité et dépression

B- prise en charge

Dépression appelle une prise en charge **prompte**, car risques de rechute dépressive, plus tard, et grande souffrance morale,...

Travail en réseau avec le pédo psychiatre ; si par exemple, après 3 entretiens, il n'y a toujours pas de restauration

Mythe de s'imaginer tout gérer tout seul.

C-Projets thérapeutiques

Pour finaliser et faire prendre sens au repérage

CONCLUSION

Que le mal de vivre que chante Barbra se retransforme en joie de vivre.

Chapitre 5 : dépression jeune enfant et ado

Introduction

I- Dépression et dépressivité

Mélanie Klein :

Position car réactualisation tout au long de la vie, matrice psychique qui se joue de manière inaugurale et va se rejouer. Cheminement normal, nécessaire apprivoisement de la dépression pour un bon équilibre psychique

Position schizo paranoïde :

Binarité, clivage entre méchant (haine, projection, fécalisation) et bon objet (idéalisation) Western

Position dépressive

Reconnaissance que deux objets ne sont qu'un ; deuil haine et amour pur, vie tempérée et dialectique

Position dépressive ne peut être abordée si :

- pulsions agressives trop intenses contre bon objet qu'on a peur de perdre, ou du fait de l'absence de l'objet

- manière dont la mère a satisfait les besoins de l'enfant

- pas objet suffisamment bon introjecté

=> Distinguer **dépression de vie et dépression de mort** (Palacio-espasa) ; dépressivité normale et dépression comme symptomatologie clinique.

La dépression peut être un couloir de vie

Dép de vie : psycho

Dépr de mort : patho

II-Histoire des idées

A- Réaction primaire ou élaboration psychique secondaire

Entre bowlby et freud, instinct(réaction quasi physiologique à la séparation avec l'objet d'attachement) et élaboration(secondaire à incapacité du moi à élaborer l'angoisse de séparation et de mort) bipolarité

III- Spécificités de la dépression enfant par rapport à adulte

A- Sémiologie

Rare plainte dépressive

Hostilité de contact avec adulte

Sagesse excessive ou indifférence voire apathie

Conduites à risque

Jamais d'affects dépressifs exprimée mais culpabilité inconsciente

B- Le masque

Conduites bruyantes, et les troubles psychosomatiques également.

- passage à l'acte
- accidents
- conduites antisociales ou à risques
- équivalents dépressifs

C- La lutte contre la dépression

Elle est plus active et plus bruyante, d'où une installation progressive du déni de la dépression : autotraitement, agitation, instabilité

D- Classification d'Ajuriaguerra

1- Symptômes directement liés à la dépression (comme adulte)

tristesse durable, désinvestissement, degré de mentalisation

2- Symptômes rattachés à la souffrance dépressive

Conséquences dépression : instabilité psychomotrice, difficultés scolaires, réduction ou suractivation des relations avec les pairs

3- Systèmes défensifs : déni de la dépression

hypomanie, évitement, prestance, mégalomanie,

⇒ normalité = inquiétude : quand quelqu'un dit que tout va bien, louche.

4- Equivalents dépressifs

IV- Dépression masquée : prendre un exemple

V- Etiologie psychopathologique

A6 CYRULNIK

Pas de substitut à l'objet manquant//résilience

B- Agressivité/culpabilité

Agressivité du sujet par rapport à l'objet manquant, d'où culpabilité (auto reproche, dévalorisation, retournement contre soi)

Surmoi oedipien : culpabilité et menace de perte d'amour comme agressivité fantasmatique

Surmoi archaïque : culpabilité et menace de retrait d'étayage ou peu d'agression

VI-Thérapeutiques

A- Repérage

Différencier les types de dépression et le type de culpabilité

Vigilance diagnostique

B-Evolution

Donne peu d'indications sur la structure sous jacente

C-Prise en charge

Attitude thérapeutique active par rapport au dév de l'enfant : proposition selon cadre structural

- thérapie pour mère
- thérapie familiale , sauf pour ado dans un premier temps
- thérapie de soutien
- Importance du réseau pour internats thérapeutiques, placements, hospitalisation
- Traitement médicamenteux juste suspensif et pas curatif
- SUICIDE

Conclusion

Nizan, Eden Arabie

J'avais 20 ans, je ne laisserais personne dire que c'est le plus bel âge de la vie

L'incompris de Comencini

The hours : séparation