



Enseignement pour Adultes et de Formation Continue Tournai  
Eurométropole

Rue des Moulins, 4 à 7500 Tournai - Belgique  
Tél. : +32 69 22 48 41  
Site Web: [www.eafc-tournai.be](http://www.eafc-tournai.be)

**Bachelier : Educateur spécialisé en accompagnement psycho-éducatif  
UE.9 (709) - Dimensions psycho-éducatives des pratiques  
d'accompagnement  
Cours de « *Psychopathologie* » (UE9.2)**

Jean-François LALLEMAND  
 [jean.lallemand@eafc-tournai.be](mailto:jean.lallemand@eafc-tournai.be)

## PROGRAMME – Psychopathologie UE9.2

*-Le masculin est utilisé à titre épiciène-*

L'étudiant sera capable, *au départ de situations professionnelles en lien avec le travail d'éducateur spécialisé en accompagnement psycho-éducatif, pour une personne, un groupe ou un collectif* :

- ◆ de définir et illustrer le champ d'action de la psychopathologie ;
- ◆ de définir les notions de santé mentale et de normalité ;
- ◆ de situer les différents courants de pensée, les thérapies existantes et les diverses approches de la maladie mentale et des troubles psychiques ;
- ◆ de décoder le vocabulaire de base en santé mentale et l'utiliser comme outil de travail et non comme une étiquette qui enfermerait la personne ;
- ◆ de repérer le sens des termes utilisés par les autres acteurs présents dans les équipes pluridisciplinaires ;
- ◆ de découvrir la valeur du symptôme et développer une prise de distance entre la manifestation de celui-ci et l'identification d'une maladie mentale ;
- ◆ de décrire, au travers d'études cliniques, pour les principaux troubles psychiques présents tant chez l'enfant que chez l'adulte (troubles de l'humeur, troubles de l'attachement, troubles à expression somatique, troubles du comportement et du développement psychologique, pathologies déficitaires et organiques, conduites addictives, psychopathologies du travail...) :
  - les mécanismes psychopathologiques et leurs origines présumées,
  - les différentes approches d'aide et de soins, y compris les options d'interventions des équipes pluridisciplinaires et les logiques qui les sous-tendent,
  - les conséquences sur la fonction de l'éducateur spécialisé ;
- ◆ de mesurer l'incidence des troubles psychiques dans différents comportements problématiques tels que la dépendance, la maltraitance, la délinquance sexuelle ... ;
- ◆ de présenter différentes nosographies psychiatriques et classifications psychopathologiques, et d'en développer une lecture critique ;
- ◆ de proposer des interventions d'accompagnement psycho-éducatif pour le bénéficiaire et son entourage, tenant compte des spécificités psychopathologiques ;
- ◆ d'aborder des notions éclairant le processus relationnel dans la relation éducative telles que transfert, contre-transfert, attachement, rapport à la réalité... ;
- ◆ d'aborder la notion de souffrance personnelle et de souffrance d'autrui ;
- ◆ d'identifier ses propres limites face à l'accompagnement de personnes présentant des troubles psychopathologiques (envahissement, substitution ...).

## ACQUIS D'APPRENTISSAGE

**Pour atteindre le seuil de réussite**, l'étudiant sera capable :

- ◆ de définir, de décrire des concepts et des approches relatifs à la psychopédagogie, à la psychopathologie, aux modèles socio-éducatifs et psychopédagogiques ainsi qu'à l'éducation pour la santé ;

*au départ de situations professionnelles, en lien avec le travail d'éducateur spécialisé en accompagnement psycho-éducatif, pour une personne, un groupe ou un collectif,*

- ◆ de les analyser en utilisant des concepts et approches relevant de la psychopédagogie, la psychopathologie, des modèles socio-éducatifs, psychopédagogiques et de l'éducation pour la santé ;

- ◆ de poser un regard critique sur la pertinence de la mobilisation d'un modèle théorique en fonction de la situation éducative ;
- ◆ de proposer des pratiques d'accompagnement psycho-éducatif adaptées au(x) bénéficiaire(s) sur la base d'approches diversifiées relevant de la psychopédagogie, de la psychopathologie et de modèles socio-éducatifs et psychopédagogiques ;
- ◆ de proposer un projet d'éducation pour la santé.

**Pour la détermination du degré de maîtrise**, il sera tenu compte des critères suivants :

- ◆ niveau de précision : la clarté, la concision, la rigueur au niveau de la terminologie, des concepts et des techniques/principes/modèles,
- ◆ niveau de cohérence : la capacité à établir avec pertinence une majorité de liens logiques pour former un ensemble organisé,
- ◆ niveau d'intégration : la capacité à s'approprier des notions, concepts, techniques et démarches en les intégrant dans son analyse, son argumentation, sa pratique ou la recherche de solutions,
- ◆ niveau d'autonomie : la capacité de faire preuve d'initiatives démontrant une réflexion personnelle basée sur une exploitation des ressources et des idées en interdépendance avec son environnement.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AJURIAGUERRA J. (De), Manuel de psychiatrie de l'enfant, Masson, 1980  
 American Psychiatric Association DSM V – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Traduction française par J-D. Guelfi & al., Masson, 2015  
 BERGERET J., La personnalité normale et pathologique, Dunod & Bordas, 2003 (3<sup>ème</sup> édition)  
 BERGERET J. & al., Abrégé de psychologie pathologique, Masson, 2008 (10<sup>ème</sup> édition)  
 DOLTO Fr., La cause des adolescents, Laffont, 1985  
 FANTINI-HAUWEL C., GÉLY-NARGEOT M-C., RAFFARD S., Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante, Dunod, 2020  
 CAMBIER J., MASSON M., DEHEN H., MASSON C., Abrégé de neurologie, Elsevier Masson, 2012  
 LEMPERIERE Th., Abrégé de psychiatrie de l'adulte, Masson, 1978  
 TRAUBE P., Psychothérapie : voyage au cœur de soi, Mes cahiers de lecture, 2014  
 WIDLÖCHER D., Traité de psychopathologie, Grands traités, 1994

## PLAN DE COURS

### A. Définitions, concepts différentiels, champs d'action

Vers une définition de la santé mentale

Normal et pathologique :

- ◆ Définitions
- ◆ Caractéristiques différentielles

Les aspects socio-culturels de la maladie

### B. L'allégorie des trois maladies : la peste, la lèpre et la tuberculose ou l'allégorie du cristal de roche

L'allégorie de la peste

L'allégorie de la lèpre

La tuberculose ou l'allégorie du cristal de roche

## C. Structures de personnalité et troubles mentaux – études de cas

### Structure psychotique

Les pathologies majeures de la structure psychotique :

- ◆ La mélancolie – étude clinique
- ◆ La schizophrénie – étude clinique
- ◆ La paranoïa – étude clinique

### Structure névrotique

Les pathologies majeures de la structure névrotique :

- ◆ La névrose obsessionnelle – étude clinique
- ◆ La névrose hystérique : hystérie de conversion ou maladie psychosomatique – étude clinique
- ◆ La névrose hystérique : hystérie d'angoisse ou phobie – étude clinique

## D. L'éducateur et les autres intervenants : les limites

## E. La nosographie psychiatrique : phénoménologie

### I. Psychopathologie de l'enfant

1. Les troubles psychomoteurs
2. Les troubles instrumentaux
3. L'énurésie et l'encoprésie
4. L'organisation névrotique :
  - ◆ Les conduites phobiques
  - ◆ Les conduites obsessionnelles
  - ◆ Les conduites hystériques
5. L'organisation psychotique :
  - ◆ L'autisme
  - ◆ Les psychoses symbiotiques
  - ◆ Les dysharmonies évolutives
  - ◆ Les psychoses de latence
6. L'aménagement caractériel

### II. Psychopathologie de l'adolescent

- ◆ L'anorexie
- ◆ La conduite psychopathique
- ◆ Les troubles dépressifs
- ◆ Les tentatives de suicide
- ◆ Les relations de dépendance

### III. Psychopathologie de l'adulte

#### A. Aperçu des traitements

- ◆ La chimiothérapie
- ◆ Les thérapies de choc
- ◆ Les cures de sommeil
- ◆ Les psychothérapies

### B. Pathologies

- ◆ Les névroses
- ◆ Les psychoses
- ◆ Les perversions sexuelles
- ◆ Les dépressions
- ◆ Les toxicomanies
- ◆ La personnalité antisociale

### IV. Psychopathologie de la personne âgée

- ◆ L'état confusionnel
- ◆ Les démences

### V. Pathologies neuropsychiatriques

- ◆ L'épilepsie
- ◆ La chorée de Huntington
- ◆ La myopathie
- ◆ La poliomyélite
- ◆ La maladie de Parkinson

Elaboré avec l'aide précieuse de Laurie POUILLARD.

## A. Définitions, concepts différentiels, champs d'action

La *psychopathologie* plonge ses racines dans l'Antiquité : philosophes grecs et médecins arabes travaillaient à comprendre le fonctionnement mental et rendre la médecine plus objective, plus scientifique. En effet, les Grecs tentent notamment d'établir un lien entre l'humeur et les organes du corps (le mélancolique se caractérise par la bile noire, le colérique par la bile jaune).

Cette ambition fut oubliée lors des périodes d'obscurantisme religieux en Occident durant le Moyen-Age : la *maladie mentale* est vue alors comme une 'maladie surnaturelle' à travers les 'possédés' et les 'sorcières'. Mais la volonté d'une médecine raisonnée ressuscita lors de la Renaissance. A ce moment, il est admis que la pathologie mentale entraîne une *souffrance* menaçant la vie psychique, alors que la pathologie générale menace la vie organique et peut entraîner la mort.

Sur ces bases se construit la *psychiatrie*, puis ce qui allait devenir un peu plus tard, la *psychopathologie*. Ph. PINEL, reconnu comme le médecin aliéniste précurseur de la psychiatrie, crée le premier *système nosographique* des maladies mentales en 1793. Cette discipline étudie les *troubles mentaux*, une définition à la fois simple et complexe : normal et pathologique se chevauchent, le trouble mental apparaît comme un concept aux limites floues.

Au XIX siècle, la psychiatrie consiste en la description de tableaux cliniques et d'évolutions typiques, soit le schéma indispensable à l'*observation*, le *diagnostic* et le *pronostic* des troubles mentaux. Au XX siècle, l'*asile d'aliénés*, soit un lieu où sont enfermées les formes presque fatales de maladies mentales, laissera place à l'*hôpital psychiatrique*, soit un organisme de soins destinés à guérir... La notion de *syndrome* est exploitée : la typicité de structure et d'évolution relève d'étiologies diverses ! Ainsi l'ulcère à l'estomac connaît des causes diverses comme le stress, la mauvaise alimentation, la perte d'un emploi,... La maladie mentale prend ainsi un caractère plus dynamique et plus personnalisé, ce qui illustre la *conception psychodynamique et/ou psychogénétique*.

**Que tenter pour définir la psychopathologie?** L'approche descriptive des classifications anglo-saxonnes, rigides et néanmoins pratiques comme à travers le DSM V (abréviation anglaise *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ? Ou une approche plus souple, plus empirique, et donc difficile à cerner ?

### Vers une définition de la santé mentale

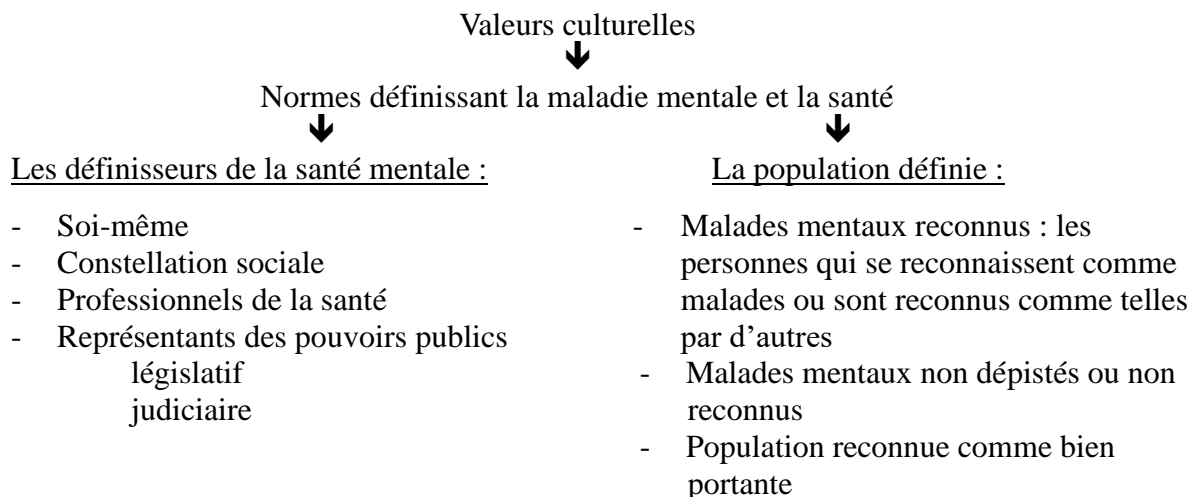
Comment les gens font-ils pour savoir s'ils sont en bonne santé mentale ? Ou encore pour savoir si les personnes les entourant sont normales ?

Certains pensent qu'on sait d'instinct ce qui normal et anormal... Ce serait une connaissance transmise par la famille et la collectivité.

Mais les limites de la santé mentale sont floues : que se cachent derrière la « réussite sociale et professionnelle », la « créativité », « l'épanouissement familial » ...

Les professionnels de la santé s'intéressent plus au *diagnostic* et au *curatif*.

Les sociétés diffèrent : un comportement est normal pour les uns, déviant pour les autres. Ainsi l'influence des drogues psychédéliques peut être vue comme une maladie mentale à travers la toxicomanie, un délit en médecine légale, ou encore une expérience mystique pour certains psychothérapeutes !



A titre d'information...

- Le Comité de la Santé mentale du Québec (CSMQ) propose la définition suivante :

*La santé mentale, définie brièvement comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants: le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et les qualités des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres: des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne.*

*La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives dominantes dans un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, politiques et environnementales. Toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu, comme par exemple la pauvreté, la pollution ou la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale. À l'inverse, toute condition qui facilite cette adaptation réciproque, comme par exemple, la distribution équitable de la richesse collective, l'accès à une éducation de qualité ou à un environnement sain, favorise et soutient la santé mentale. Dans cette perspective, la santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes considérées individuellement.*

- L'Organisation mondiale de la Santé mentale propose une autre définition :

*Une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. Une personne en bonne santé mentale est donc quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer ou pour travailler à la modifier si c'est possible. Cette personne vit son quotidien libre des peurs ou des blessures anciennes qui pourraient contaminer son présent et perturber sa vision du monde. De plus, quelqu'un en bonne santé mentale est capable*

d'éprouver du plaisir dans ses relations avec les autres. Bref, posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie: physique, psychologique, spirituel, social et économique. Ce n'est pas quelque chose de statique, c'est plutôt quelque chose qui fluctue sur un continuum, comme la santé physique.

## **Normal et pathologique**

D. OFFER et M. SABSHIN (1967) envisagent la notion de normalité en l'identifiant à :

- la santé : la normalité est ici une absence de symptômes
- une utopie : la normalité est alors un épanouissement total et une harmonie parfaite entre les humains
- une moyenne statistique : la norme est admise par la majorité. Là, le comportement moyen s'identifie à la santé, le comportement déviant s'identifie à la maladie mentale
- un processus : la normalité est donc une évolution de personnalité en fonction de situations qui favorisent le progrès et la croissance. Ici on pense aux tâches de développement de soi comme la confiance en soi, mais aussi à l'influence de l'environnement à travers la famille, les gens du quartier, les compagnons de sport, les systèmes de soin, les écoles ou encore les réseaux sociaux,...

⇒ Potentiel d'évolution et de changement : la notion du *syndrome* soulignera la possibilité d'évolution dans les différentes entités nosographiques rassemblant un ensemble de symptômes. Ici la typicité de structure relève d'étiologies diverses.

⇒ Continuum entre santé et maladies mentales : chacun d'entre nous peut à l'occasion déroger à nos normes sociales. Ainsi à travers la colère, l'état d'ivresse, des comportements inadaptés sont observés. Seules les personnes ayant des comportements extrêmes de manière intense et répétitive sont perçues comme souffrant de troubles psychologiques.

## **Définitions**

Selon D. WIDLÖCHER (1994), professeur de psychiatrie et psychanalyste français, la fonction principale de la psychopathologie consiste à étudier ces anomalies, en percer les mécanismes et la genèse, d'en définir la fonction, mais aussi d'étudier les moyens potentiels permettant de diminuer la souffrance qui en résulte.

Le terme « psychopathologie » possède également un double sens, et désigne d'abord l'ensemble des théories qui proposent une explication et une compréhension des troubles mentaux. Ainsi la *psychanalyse* pour les névroses, les *théories systémiques* prisées pour les comportements toxicomaniaques, le *béhaviorisme* pour l'autisme. Mais ce terme désigne également le groupe de troubles, et la pathologie elle-même. Ainsi, une phobie est une psychopathologie. La psychopathie, que l'on confond régulièrement avec la psychopathologie, en est une également.

Il convient à ce propos de se remémorer l'origine du terme : le mot grec "*psukhe*" signifie "*esprit*". "*pathos*" signifie "*maladie*". "*logos*" est l'étude, ou la connaissance. Littéralement, la psychopathologie est "*l'étude des maladies de l'esprit*". On préférera le terme de "*trouble*" plutôt que celui de "*maladie*", notamment à cause de la frontière ténue entre le normal et le pathologique.

## Caractéristiques différentielles

La psychopathologie est une discipline en elle-même, c'est-à-dire que son champ d'action se distingue notamment :

- **de la psychologie clinique.** Celle-ci est liée au mot grec "*kline*" qui signifie "*lit*" : la psychologie clinique s'occupe autant du normal que du pathologique : un deuil par exemple, est un événement douloureux qu'il convient de prendre en charge parfois. Ce n'est pas pour autant un trouble mental de nature psychopathologique, comme le serait une psychose maniaco-dépressive.

Le champ de pratique de la psychologie clinique se compose de deux types d'action :

- une **activité d'évaluation, de diagnostic** servant à orienter le patient vers une prise en charge. Les psychologues s'aident de diverses méthodes : échelles cliniques, tests projectifs, entretiens ou observations, psychométrie.
  - une **activité d'intervention psychologique** qui comporte les soins, les aides,... mais aussi l'ensemble des psychothérapies.
- **de la psychiatrie.** Psychopathologie et psychiatrie sont très liées sur le plan historique : jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle, elles constituaient une branche unique de la médecine. La psychiatrie naît en discipline spécifique à la fin du XVIII<sup>e</sup>, son but est de traiter les troubles mentaux. La psychopathologie n'est alors qu'un enseignement parmi d'autres, au sein des écoles de psychiatrie, au même titre que la physiologie, la biologie ou le droit.

Le psychiatre est avant tout un médecin qui donne un traitement médicamenteux. Certains psychiatres se forment à la psychothérapie comme la psychanalyse, la systémique, ou l'analyse transactionnelle...

- **de la psychanalyse.** La psychanalyse fut créée par S. FREUD à partir de son expérience auprès de patients névrosés. C'est une théorie étiologique des troubles et donc une théorie explicative du fonctionnement psychologique humain. Pour S. FREUD, il n'existe pas réellement de frontière entre normal et pathologique. L'angoisse existe partout et en chacun, la seule différence est de nature quantitative.

La psychanalyse désigne également une méthode d'investigation du fonctionnement psychologique, que l'on nomme plus particulièrement "*cure psychanalytique*". S. FREUD n'utilisait pas de tests, la *cure psychanalytique* se basait avant tout sur l'*association libre*, concept primordial de la psychanalyse. Celle-ci vise à libérer le patient de ses résistances et de ses conflits. Mais la cure psychanalytique n'est pas indiquée pour tous les troubles, par exemple, comme les psychoses.

## Les aspects socio-culturels de la maladie mentale

La 'culture' est une forme d'organisation symbolique du comportement. Elle apparaît donc un mode de vie avec ses coutumes, ses habitudes, ses croyances communes. C'est souvent la famille qui transmet les *normes*.

P. BARRABE et O. VON MERING (1963) étudient la relation mère-fils dans les familles italiennes, juives, irlandaises et américaines traditionnelles et relèvent un grand nombre de fils psychotiques. La mère italienne a trop de sollicitude pour son fils. La mère juive entretient avec son fils des relations trop émotives. La mère irlandaise rend son fils trop dépendant d'elle-



même. La mère américaine est surprotectrice, moralisatrice et donc inhibitrice.

Ainsi en ce début de millénaire, la notion de *stress* est devenue source de troubles mentaux en Occident. Les conditions de travail, notamment la flexibilité des horaires, la performance à travers la rentabilité amènent à des phénomènes de harcèlement moral et sexuel sur le lieu de travail.

La notion de *déviante* s'installe : l'individu échappe aux normes admises par la société. L'infraction aux normes est fonction du contexte culturel (médical, judiciaire, sociologique, ...). Ce sont surtout les membres de la collectivité et plus accessoirement les professionnels qui décident si une personne est déviante en fonction de la :

- visibilité des symptômes
- gravité des conséquences du comportement
- fréquence à laquelle le comportement se répète.

Ainsi un amérindien renfermé et taciturne est vu par les siens comme à la recherche d'une communication avec les esprits des anciens, et pour le professionnel de la santé occidental comme dépressif.

## **B. L'allégorie des trois maladies : la peste, la lèpre et la tuberculose ou allégorie du cristal de roche**

Il est ici fait référence à « l'allégorie des trois maladies », selon A. LEFEBVRE (1990). Une *allégorie* est une suite d'éléments descriptifs et/ou narratifs dont chacun correspond aux divers détails de l'idée qu'ils prétendent exprimer. La façon de traiter ces trois célèbres maladies s'associe aux diverses approches de la maladie mentale : les termes ou concepts utilisés dans les *équipes pluridisciplinaires*, la perception et l'identification du symptôme comme signe de la maladie mentale.

### **L'allégorie de la peste**

La peste est une maladie astigmatique au départ, liée au Bacille de Yersin (1894). Elle démarre par une simple fièvre et une toux, cette maladie très contagieuse se transmet par l'air et le contact. Pour information, l'Europe occidentale connaît entre 1347 et 1351 vingt-cinq millions de morts. Paris en 1450 comptera quarante mille morts et Londres en 1665 septante-cinq mille morts. L'Inde entre 1896 et 1917 comptabilisera dix millions de morts. La peste est donc une maladie iciale, elle s'abat d'un seul coup et décime une ville entière. L'état de crise est décrété.

L'allégorie de la peste est celle de la communication et est liée à la notion du contrôle. La personne infectée est isolée, bloquée chez elle et très vite n'est plus vue comme une personne mais plutôt comme un objet d'étude. Dans une ville pestiférée, chaque personne est potentiellement malade et donc suspecte. Les autorités de la ville gardent le pouvoir à travers la statistique du chiffre, ici le nombre de morts. L'enregistrement des morts est permanent, chaque maison est visitée plusieurs fois par jour. En référence à S. BUFFARD (1973) – « L'homme fouillé est un homme possédé ».

D. ROSENHAN (1973) souligne le caractère indécollable du diagnostic en psychiatrie. Selon W. HOCK (1992), les professionnels de la santé mentale doivent être sensibilisés aux dangers que comportent les diagnostics. Souvent, l'étiquette de « malade mental » reste accolée aux gens longtemps après la sortie de l'hôpital psychiatrique, ce qui les expose à la discrimination.

## L'allégorie de la lèpre

La lèpre est une maladie infectieuse liée au bacille de Hansen (1871). L'incubation oscille entre deux et cinq ans, ensuite commence l'apparition de taches sur le corps amenant par la suite la déformation des extrémités, voire des pertes de doigts, orteils,... Les malades au Moyen-Age sont bannis des villes et isolés dans des léproseries : la première en France date de 450, et en 1550, deux mille léproseries sont comptées.

L'allégorie de la lèpre est celle de l'espace et est liée à l'éloignement, c'est la peur de la contamination. Les anormaux, le pathologique est placé hors des villes, est éloigné. Ainsi souvent les hôpitaux psychiatriques, les prisons sont encore aujourd'hui hors de nos villes. La maladie prend toute la place et la personne n'existe plus, ainsi le prisonnier perd son nom et a pour matricule son numéro de cellule de détention. Son identité est alors refusée et n'est plus reconnue par la société, cela pour avoir plus de maîtrise. Les prisons sont souvent construites comme d'anciens châteaux forts avec de doubles hauts murs d'enceintes, un vide de type no man's land, des archères ou créneaux, poivrières, mâchicoulis et autres meurtrières.

Si les lépreux revenaient en ville, ils devaient se signaler au moyen d'une cloche ou d'une crécelle. Une distance est toutefois gardée, mais il y a comme une jouissance du bien portant face au corps souffrant du lépreux. Par jouissance, comprenons non du plaisir mais plutôt ce que nous éprouvons et qui nous fait sentir vivant. Le bien portant identifie la souffrance comme étant extérieure et se sent ainsi rassuré et en sécurité. Les stigmates de la maladie, donc les *symptômes* sont bien visibles ! Cela contrairement à la peste.

La notion du bouc-émissaire s'apparente également à cette allégorie. Le bouc est un symbole de toute puissance sexuelle, le mal ou plutôt le malin... Le diable est souvent représenté avec un corps de bouc ! Ainsi à la découverte du sida, des décisions d'éloignement ont d'abord été prises, la volonté de signaler les cas (au niveau professionnel, pour les banques, ...). Des responsables ont été recherchés, principalement la population homosexuelle et les toxicomanes.

M. KLEIN évoque le *mauvais objet*. Ce qui dérange selon elle est projeté à l'extérieur de soi ou de son cercle. Ainsi lors d'une dispute où quelque chose nous est reproché, notre première réaction est de dire 'et toi, toi aussi tu...' Nous rejetons ce que nous ne supportons pas en nous, ce qui est mauvais en nous. L'enfant lorsqu'il se cogne à une table, se retourne sur elle, la frappe ou la traite de méchante table ! Nos maisons sont d'ailleurs conçues avec des toilettes pour évacuer urine et excréments, donc ce qui n'est pas bon pour le corps.

S. FREUD souligne que la société a besoin de bouc-émissaires, un être vivant est sacrifié pour apaiser la colère d'un dieu ou éviter sa vengeance. La population les crée donc comme avec les Juifs, les roux ou encore les gros... Un peu comme lorsque l'on mange, notre organisme garde le bon et chasse à l'extérieur ce qui est mauvais, c'est vital !

Plus récemment, des essais d'enseignement intégré notamment pour les enfants autistes ont été menés. Ici contrairement au système de la léproserie, les enfants sont inclus dans la société et dans ce microcosme qu'est l'enseignement ordinaire.

Les éducateurs travaillent souvent grâce à l'allégorie de la lèpre... les institutions pour personnes handicapées, les prisons, les hôpitaux psychiatriques, les séniories,... Quand nous éduquons, nous tentons souvent de réduire les pulsions, l'enfant doit éviter de frapper par exemple. La société aime à penser que la personne handicapée n'a pas de sexualité, elle en rejette l'idée pour se protéger.

Le lépreux, le fou fascinent à l'instar de Quasimodo et Esméralda (personnages de *Notre-Dame de Paris*, roman de Victor HUGO - 1831). Ainsi Marc Dutroux, la représentation ultime du mauvais comme psychopathe pédophile, a reçu beaucoup de demandes en mariage, en lien avec la représentation dans l'inconscient collectif de la toute puissance sexuelle et physique du diable.

## La tuberculose ou l'allégorie du cristal de roche

La tuberculose se transmet par l'air et est liée au bacille de Koch (1882). Au XIX siècle, la maladie est courante, elle commence par une gêne respiratoire... Des crachoirs sont d'ailleurs installés dans tous les endroits publics. Son incubation est longue tout comme son évolution, contrairement à la peste. Les sanatoriums vont être créés au bord des lacs, en montagne, en forêt ou encore en bord de mer pour des cures visant la pureté de l'air. Ce qui est très différent de la léproserie, précédemment décrite. Les malades y séjournent puis repartent chez eux. La maladie connaît donc des états de crise, des rémissions... Elle évolue, ce qui en psychopathologie s'associe à la notion de *syndrome*. De plus, les malades se détachent de la maladie, en parlent et sont aussi écoutés.

Cette maladie amène donc à l'observation longue et minutieuse. Ainsi, S. FREUD évoque l'observation d'un morceau de cristal de roche. Des séries de lignes y sont repérées, toutes différentes d'un cristal à l'autre. Si le cristal fait une chute, il va se rompre selon les lignes qui le structureraient. Ces lignes constituent donc sa façon d'être au monde, sa beauté, sa solidité mais aussi sa faiblesse. Les structures de personnalité d'un être humain sont exactement construites comme un cristal de roche. Des lignes de structure de personnalité se développent dès la naissance durant l'enfance et l'adolescence, et la structure est définitivement acquise à l'âge adulte. Quand la personne déclenche une maladie mentale, ce sera en fonction de sa structure de personnalité.

L'allégorie de la tuberculose est donc celle de la structuration et est liée à la structure, aux instances de personnalité. Pour rappel, le *Ca* est le siège des pulsions et est régi par le principe de plaisir. Le *Surmoi* est le siège des obligations et des interdictions et est régi par le principe de conscience morale. Le *Moi* trouve l'équilibre entre le *Ca* et le *Surmoi* en s'adaptant au monde environnant et est régi par le principe de réalité. Ce compromis sera teinté de frustration et d'angoisse pour ne pas pouvoir satisfaire les pulsions (*Ca*) et/ou pour ne pas pouvoir s'adapter aux lois extérieures (*Surmoi*). Des *symptômes* vont donc se développer...

Des *mécanismes de défense* sont construits pour rendre le *Moi* plus fort, pour mieux résister à la frustration et à l'angoisse. Ainsi pour rappel : **Voir cours de Psychologie en UE2.1 (704.1)**

- le refoulement : maintenir hors de la conscience des représentations inacceptables, p. ex. oublier des agressions sexuelles durant l'enfance
- la conversion somatique : traduire à travers le corps un mal être psychique, p. ex. développer un ulcère à l'estomac ou une œsophagite par stress professionnel
- la dénégation : se protéger d'une réalité désagréable en refusant d'en admettre l'existence, p. ex. l'alcoolique refusant de reconnaître sa dépendance à l'alcool

- la sublimation : canaliser la pulsion dans une direction moins dangereuse que dans la réalité pure, p. ex. canaliser ses désirs sexuels ou son agressivité vers le sport, ou l'art
- la projection : attribuer à autrui ses propres pulsions ou motifs inacceptables, p. ex. être jaloux pour ne pas s'avouer ses propres envies de tromper l'autre
- la régression : réagir à une situation de manière qui correspond à un stade antérieur de développement, p. ex. redevenir enfant plaintif lorsqu'on est malade
- la rationalisation : trouver des raisons socialement acceptables pour justifier des actions aux motifs inacceptables, p. ex. justifier de tricher à un examen en disant 'tout le monde le fait'

## C. Structures de personnalité et troubles mentaux : études de cas

L'allégorie des trois maladies d'A. LEFEBVRE (1990), et principalement l'allégorie du cristal de roche, permettent d'aborder la notion de *structure* de personnalité.

La structure mentale d'un individu se construit durant l'enfance et, sauf exceptions, s'achève à la fin de l'adolescence. Cette structure mentale s'appelle *personnalité*. Cette structure de personnalité organise notre rapport au monde. Elle est présente, que nous soyons dans un bon état de santé psychique, ou que nous versions dans la maladie : le terme utilisé en psychiatrie s'appelle "décompensation". Les lignes qui la marquent ne se voient pour ainsi dire pas à l'état normal, mais s'observent plus facilement par un examen minutieux, comme à travers un test de personnalité, ou en phase de crise d'un sujet.

En référence à J. BERGERET (1985), il existe classiquement deux grandes structures de personnalité:

- la structure psychotique
- la structure névrotique

Chaque individu a sa propre structure. Il ne peut en changer. Quand il mène une vie "satisfaisante", sa structure de personnalité lui assure un état de normalité. Si les conditions de son existence se dégradent très fortement, si l'individu ne peut endurer une épreuve, la *décompensation* qu'il vivra suivra les lignes de sa structure. Par exemple, une personne avec une structure névrotique déclenchera une maladie névrotique de type *névrose*, une personne de structure psychotique développera une *psychose*.

Il existe une troisième construction de personnalité, nommée *astructuration*, car elle est vue comme moins stable que les structures psychotique et névrotique. Cette formation est souvent reprise sous les vocables *borderline* ou *état limite*.

Dans son développement, l'enfant passe par des étapes. Si son évolution est perturbée peu après la naissance, sa structuration sera plutôt d'ordre psychotique. Si par contre son développement se poursuit sans encombre jusqu'à l'Œdipe, sa structuration sera plutôt névrotique. Mais certains pourront ne pas adhérer ni à la structuration psychotique, ni à la structuration névrotique et rester *astructurés*.

⇒ Application :

Afin de répondre aux questions posées à la suite de chaque situation clinique présentée, mieux vaut s'interroger sur :

Le type d'angoisse ?

*morcellement*

*abandon / séparation*

*castration / perte d'objet*

*mort*

Le type de structure ?

Les mécanismes de défense ?

La force du Moi ?

Les données narcissiques

## Structure psychotique

Classiquement, la structure psychotique se décide si la personne subit des perturbations trop importantes au cours du début de son développement. Des carences, des frustrations, des chocs psychologiques importants et la personne voit sa personnalité basée sur les éléments suivants:

- une certaine défaillance narcissique
- une certaine difficulté à se détacher de la relation fusionnelle, l'angoisse de séparation
- avec un Moi ne réussissant pas à s'ébaucher comme un organisateur, une angoisse de morcellement
- avec une réalité extérieure rejetée, une organisation délirante
- le mécanisme projectif défensif en miroir (je suis triste car tout le monde est triste), cathartique (tout le monde est triste mais moi, je ne suis pas triste), ou paranoïde (je ne suis pas triste, ce sont les autres qui sont tristes)
- le mécanisme de défense classique structural, le déni de la réalité

Ainsi, en référence à S. FREUD, la psychose est un conflit entre le Moi et le monde extérieur : il y a réparation avec le Ca à travers un monde interne et un déni de la réalité.

## Illustrations en pathologie dans la structure psychotique

Voici trois s mentales typiques du versant pathologique de la psychose :

- la **mélancolie** : désespoir intense, autodépréciation importante (impression de n'être plus bon à rien, de ne servir à rien, de n'avoir jamais rien réussi de valable), forte culpabilité (impression d'être responsable de nombreux maux souvent imaginaires) ; ralentissement général, risque suicidaire très élevé
- la **schizophrénie** : désintégration de la personnalité (dédoublement), perte du contact avec la réalité, fléchissement de l'élan vital et mental (repli sur soi, apparition de fantasmes délirants et/ou hallucinatoires), symptômes psychomoteurs (catatonie)
- la **paranoïa** : délire systématisé sans affaiblissement intellectuel, méfiance, orgueil, hypertrophie du Moi, susceptibilité, jugement faux, rigidité du psychisme

## La mélancolie

### Situation clinique « Elle ne savait pas me voir » d'après M. Vanneufville

Léa est une femme de 41 ans, d'allure soignée, à la parole assez lente et possédant un BEP de sténodactylo. Elle est mère de trois enfants, une fille de 22 ans, un garçon de 19 ans d'un premier mariage et un garçon de 11 ans d'un deuxième mariage. Elle est, depuis trois ans, remariée à un homme qu'elle aime. Elle a fait légitimer son dernier fils, né alors qu'elle n'était pas encore divorcée ; elle a une bonne relation avec ce fils qu'elle adore, dit-elle, mais tous ces liens d'amour ne changent rien à sa volonté de se donner la mort, de multiplier les tentatives de suicide (jusqu'à quatre injections d'air en une semaine).

Léa raconte que, dans son enfance, chez ses parents, bateliers sur une péniche, « *c'était l'enfer* ». Elle a été élevée entre le bateau et la pension. Elle a quatre sœurs dont elle est l'aînée. Sa mère buvait et devenait alors très méchante. Léa devait protéger ses sœurs dans les bagarres entre ses parents. Son père buvait au café, sa mère sur le bateau, et ils se battaient. Son père la tapait jusqu'à ce qu'elle ne se relève plus.

À l'âge de 6 ans, elle est allée en pension pour enfants de bateliers. C'était un ancien asile avec des barreaux aux fenêtres, l'ambiance était plutôt sinistre, ce n'était pas mieux que sur le bateau, mais étant enfant, elle avait « appris à faire le dos rond, à laisser passer ». Elle se réfugiait dans la lecture du journal, des romans ou des revues.

C'est à 18 ans qu'elle a fait sa première tentative de suicide (elle a pris de l'aspirine en grande quantité), lors du premier rapport avec son récent mari ; elle a trouvé ça horrible, elle dit qu'avec son premier mari, c'était toujours une corvée.

Ses premiers enfants, Léa les a voulus. Malheureusement, six jours après sa naissance, sa fille est tombée malade. Pendant neuf jours on a craint pour sa vie et après, dès que l'enfant tombait malade, Léa paniquait. Elle a alors fait une dépression durant cinq mois.

Comme elle ne voulait pas que ses enfants aillent en pension, elle avait voulu descendre à terre, et le couple est alors devenu propriétaire d'un café. Environ trois ans plus tard, elle rencontre F. qui allait devenir son second mari.

Peu après, à 29 ans, elle a fait une deuxième tentative de suicide avec du Lexomil®. Elle ne supportait plus son mari. Mariée depuis dix ans, elle décide alors de divorcer. Pendant ce temps, elle avait arrêté de voir F.

Léa s'est mise finalement à vivre avec F. qui est soudeur, ça se passe bien entre eux. En janvier de l'année suivante, elle est enceinte alors qu'elle n'est pas encore divorcée et va encore très mal. À vrai dire, elle a fait une dépression après les trois accouchements ; au troisième, elle a complètement sombré et a été hospitalisée. Elle refusait l'enfant. Elle avait le sentiment de ne pas être capable de lui donner assez d'amour et de tendresse.

Les tentatives de suicide : une fois, c'était avec une bouteille de gaz dans la Renault 5. Une autre fois, c'était avec la carabine de chasse. Elle a pensé aux petits, s'ils la découvraient avec une balle dans la tête ! Alors elle a renoncé aussi. Léa a fait des tentatives de suicide récemment, des choses qui ne laissent pas de traces, pour les enfants. Elle s'est injectée trois ou quatre fois de l'air dans les veines... Quand elle essayait de se suicider, elle ne pensait plus aux enfants.

Quand la question lui est posée, elle reconnaît avoir deux fois, depuis la mort de sa mère, entendu des voix : hospitalisée, elle l'a entendue crier : « *Au secours !* »

Elle a toujours eu l'impression que sa mère ne l'aimait pas, qu'elle était sa bête noire : « *Elle ne savait pas me voir* ». La mère lui faisait à elle, des choses qu'elle ne faisait pas aux autres : à 14 ans, elle a voulu la brûler avec un fer à repasser. Enfant, elle avait déjà l'impression que c'était de sa faute si ses parents se battaient et elle se reprochait de ne pas assez aider sa mère.

Quand on lui demande si elle a envie de s'en sortir, elle répond qu'elle n'est même pas partagée, qu'aucune partie d'elle n'a envie de vivre. Léa est quelqu'un de désespéré, elle est particulièrement décidée à mourir. C'est un cas de mélancolie gravissime avec de très nombreuses tentatives de suicide : injection d'air dans les veines, immolation, ou elle se jette sous une voiture, avale du verre, se défenestre).

⇒ Question : Quels mécanismes psychologiques identifions-nous dans cette maladie ?

⇒ Question : Quelles fonctions l'éducateur peut-il prendre dans l'accompagnement de ce cas ?  
Quelles attitudes peut-il adopter ?

## La schizophrénie

### Situation clinique « Gérard ou Michel Sardou » d'après B. Dehalleux

Gérard, 37 ans, pleure beaucoup et baragouine des sons étranges. Il est très raide, figé corporellement, surtout quand on l'approche. Il est incapable du moindre exercice physique comme de se coucher sur le sol, monter ou descendre une pente, se mettre dans un bain.

Gérard a une manière particulière de se positionner devant un miroir, il aime ça et choisit ses vêtements avec soin, se coiffe avec attention, tout en appréciant les compliments. L'image du corps reste pourtant morcelée. Ses dessins se réduisent souvent à un rond pour la tête, deux traits pour le reste du corps et des yeux hors du visage.

L'accentuation de ce registre imaginaire dans lequel Gérard évolue lui a sans doute permis de développer des capacités d'imitation incroyables. Il est en effet capable d'imiter parfaitement n'importe quel personnage un peu important de son entourage; il passe en fait une grande partie de son temps à imiter Michel Sardou, un personnage idolâtré dans sa famille. Mais il peut aussi bien contrefaire à s'y méprendre tout adulte ou enfant jusque dans le plus petit détail; il repère ainsi des tics, des intonations de voix, des manières de soupirer, des gestes infimes ... Il est alors le reflet parfait de l'autre, une copie conforme.

Cependant de manière générale, il arrête dès qu'il se sent regardé ou écouté. Il paraît alors ennuyé et gêné; il se détourne, sourit un peu et va continuer plus loin dès qu'il se croit à nouveau seul. Il a aussi une manière personnelle de recevoir une remontrance d'un adulte. D'abord il se fige, puis peu après, il la reproduit telle quelle dès qu'il est seul.

Mais tout bascule dès qu'il est confronté par exemple au désir d'une personne. Le moindre regard, la plus petite interrogation, une demande neuve ont pour effet de l'angoisser vivement. Il disparaît sous terre, submergé par l'angoisse; rien ne la canalise, ne la régule; il se fige, bégaye, commence à trembler.

Disons que c'est un "petit" monsieur plutôt insignifiant, qui circule entre le chômage, la maladie et un travail d'ouvrier de nuit. La mère par contre est dotée d'un pouvoir surnaturel – elle le dit en tout cas. Elle est capable de prédire une mort prochaine. Son mari n'est pour elle qu'un enfant supplémentaire. Elle a tout, dit Gérard, et rien ne lui fait obstacle. Par exemple, lors de l'inscription de son fils, elle a menacé de faire appel au Roi, si nous persistions dans notre idée de le prendre comme interne. Faire appel au Roi c'est aller chercher ce qui fait loi ou autorité dans le réel, là où cela manque dans le symbolique, dans sa parole, ou dans celle du père. Elle n'a aucun projet ou rêve pour ses enfants. Pourtant, c'est bien elle qui a placé Michel Sardou au centre de sa famille; tous suivent ses concerts en Belgique et à l'étranger. Elle a donc situé le chanteur en lieu et place d'idéal de ce qu'elle n'a pas trouvé chez son homme. On commence à saisir pourquoi ce garçon passe tant d'heures à imiter ce chanteur.

⇒ Question : Quels mécanismes psychologiques identifions-nous dans cette maladie ?

⇒ Question : Quelles fonctions l'éducateur peut-il prendre dans l'accompagnement de ce cas ?  
Quelles attitudes peut-il adopter ?

## La paranoïa

### Situation clinique « expertise de paranoïa délirante » d'après M. Vanneufville

Emile est né en 1925 dans un pays de l'est de l'Europe, dans une famille de fermiers aisés. En 1942, il est déporté par les Allemands comme travailleur dans une ferme allemande.

En 1945, libéré par les alliés, il émigre en Belgique suite à la signature d'un contrat d'engagement comme mineur de fond. Ayant fait la connaissance en 1948 d'Henriette A., il l'épouse en 1950. A partir de 1953, il ouvre, sous le nom de sa femme, un café-cantine qui lui rapporte beaucoup d'argent. En 1957, suite à la méconduite supposée de sa femme, il demande la séparation; en 1958, le divorce est prononcé et il est pensionné. Emile, seul, continue l'exploitation très prospère du café jusqu'en 1962. Il rencontre Suzanne S., en instance de divorce, qui a un enfant de cinq ans, Jean-Marie. Il ouvre alors un bar avec "serveuse" le long d'une route, qui lui sera, dit-il, un excellent rapport. En 1965, il se marie avec sa concubine, Suzanne S.

En 1969, naît Maurice, le fils ardemment désiré. Dès l'année suivante, débutent les conflits avec le beau-fils, Jean-Marie, qui a alors 14 ans. Celui-ci commencerait à traiter Emile de sale immigré. "Depuis que mon fils est né, c'est alors qu'ont commencé mes misères" dit-il. Les relations avec sa femme ne font que se dégrader : Emile a le sentiment d'être exploité et il est très jaloux. Il imagine de quitter sa femme mais se décide finalement à rester pour l'éducation de son fils, Maurice.

En 1976, quand son fils Maurice lui apprend que "Jean-Marie a caressé Maman", il comprend subitement tout ce qui se tramait autour de lui. Sa femme serait l'objet d'un chantage de la part de son propre fils, Jean-Marie. Elle devrait lui verser de l'argent pour qu'il ne révèle pas le secret infamant de leurs relations sexuelles incestueuses. A travers de multiples indices, des paroles où il comprend des sous-entendus, des regards de connivence ou de crainte, Emile se persuade totalement de la réalité de la relation incestueuse entre le fils et la mère, et des visées de son beau-fils sur sa fortune. Il décrit Jean-Marie comme un garçon sans-gêne, qui "se promène torse nu dans la maison pour faire admirer ses muscles". Il accroît son contrôle sur les dépenses du ménage et ne permet plus d'aparté "entre le fils et la mère". En 1978, son beau-fils se marie à l'âge de 21 ans.

Après le mariage, de nouveaux doutes assaillent Emile : sa femme n'aurait-elle pas eu des relations sexuelles avec son propre père, avec son frère, avec l'ami de sa mère, avec un cousin ? Lui-même n'a plus de relations sexuelles avec sa femme. Bientôt, il se sent menacé par tous ces hommes amants de sa femme. Il est convaincu que son beau-fils a saboté les pièces les plus coûteuses de sa nouvelle voiture. Son beau-fils est à la tête de la conspiration qui a pour but de le supprimer lui, dans un premier temps, son fils Maurice dans un deuxième temps, en vue de s'accaparer définitivement de sa fortune. Le lundi 14 mai 1979, il va faire part de ses craintes d'être assassiné au Commissaire de Police de l'arrondissement qui ne l'écoute pas et refuse d'intervenir. Emile comprend alors que le commissaire est à la solde de son beau-fils Jean-Marie et qu'il doit se taire.

L'après-midi même, le petit Maurice que les autres essaieraient de détourner de son père, refuse de faire ses devoirs avec lui. La signification est très claire : le complot consiste à persuader Maurice que Emile n'est pas son vrai père. Le soir même, Emile place dans le coffre de sa voiture la carabine 22 L.R. qu'il avait achetée trois mois auparavant. Il est alors tout à fait convaincu de ne pouvoir compter que sur lui-même pour se défendre. La nuit est très agitée. Néanmoins, le mardi se passe dans une surveillance active mais sans heurts. Le mercredi 16 mai, alors qu'il conduisait sa femme et son beau-fils à leur travail, Emile a la certitude subite que son beau-fils assis sur la banquette arrière prépare un mauvais coup : il va sans doute le poignarder dans le dos avec son couteau de poche. Comme Emile ne le quitte pas du regard dans le rétroviseur, la voiture fait un écart et Jean-Marie le traite de "conducteur du dimanche". C'est une provocation et le signal qu'il va passer à l'attaque physique. Emile s'arrête alors au bord de l'autoroute, prend sa carabine dans le coffre et abat son beau-fils sur la banquette arrière. Selon lui, il aurait agit en pure légitime défense. Il vit alors son emprisonnement comme la plus grande injustice.

⇒ Question : Quels mécanismes psychologiques identifions-nous dans cette maladie ?



⇒ Question : Quelles fonctions l'éducateur peut-il prendre dans l'accompagnement de ce cas ?  
Quelles attitudes peut-il adopter ?

## **Structure névrotique**

Cette structure sera atteinte par l'individu si celui-ci a pu accéder à une relation triangulaire satisfaisante. Cela sous-entend ne pas avoir subi de trop fortes frustrations ou pressions au cours du développement, avoir passé le cap du Complexe d'Oedipe "sans trop de dégâts", passer (comme tout enfant) la période de latence, et enfin vivre l'orage affectif de l'adolescence sans que les acquis antérieurs ne soient remis en question.

- Dans les structures névrotiques, un vrai Surmoi s'est organisé : l'enfant a accepté la Loi oedipienne, renonce à la relation fusionnelle à la mère et accepte l'identification au parent du même sexe.
- Le Moi est beaucoup plus complet et structuré que dans la structure psychotique. Ce Moi rencontre les exigences du "principe de plaisir" sous contrôle du "principe de réalité". Ce Moi aura une certaine "solidité" psychique mais ceci n'empêche pas la survenue d'une maladie.
- Les mécanismes de défense des névroses sont surtout :
  - le refoulement
  - le déplacement
  - la conversion somatique
  - la sublimation, la rationalisation
- La réalité est reconnue par le sujet. Elle n'est pas déniée par un délire comme dans la psychose mais plutôt transformée.

## **Illustrations en pathologie dans la structure névrotique**

La névrose est un conflit entre le Moi et le Ca/Surmoi, le Moi est coupé du Ca et il y a réparation avec le monde extérieur. Deux sous-structures sont classiquement reconnues comme typiques des névroses:

- névrose obsessionnelle
- névrose hystérique :    la névrose d'angoisse (phobie)  
                                      la névrose de conversion (maladie psychosomatique)

### **La névrose obsessionnelle**

Cette névrose est caractérisée par la présence de symptômes compulsifs et de pensées obsédantes. Le sujet se sent contraint, obligé d'effectuer certains actes, certains gestes sur lesquels il n'a aucune maîtrise, une espèce de cérémonial. Des pensées gênantes et incongrues surviennent sans cesse et le poussent à des rituels parfois bien complexes dont le but inconscient est de réduire une trop forte angoisse. Le Surmoi est tellement présent et accablant qu'il devient en lui-même la preuve d'une culpabilité. L'obsessionnel s'attache à son symptôme, celui-ci devient indispensable car son Moi a besoin de lui. Il va donc lui porter de plus en plus d'intérêt; cet intérêt grandissant va lier le symptôme au Moi.

## Situation clinique « J'ai toujours peur que mon fils prenne froid et tousse » d'après J-P Bègue

Poussée par son mari qui menace de divorcer, Marie, une femme de 40 ans s'est décidée à consulter pour se débarrasser de l'obsession qui lui gâche la vie et celle de sa famille.

Lors du premier entretien, Marie explique qu'elle craint toujours qu'il arrive quelque chose à son fils mais surtout qu'il prenne froid et tousse. Comme elle redoute en permanence une atteinte de ses poumons, elle met tout en œuvre pour lui éviter de prendre froid.

Le matin, dès qu'elle se lève, elle regarde la température extérieure et la vérifie plusieurs fois pour ne pas se tromper ; la veille elle regarde les prévisions météo à la télévision pour connaître l'évolution de la température au cours de la journée du lendemain.

Elle impose à son fils de prendre un pull supplémentaire dans son sac au cas où la température viendrait à chuter ; il sait que s'il avait froid, il doit impérativement l'appeler sur son portable. Par ailleurs elle lui demande sans arrêt s'il n'a pas froid. La nuit, elle se réveille plusieurs fois pour écouter s'il ne tousse pas, il lui arrive même de se lever pour aller vérifier qu'il n'est pas découvert dans son lit.

Quand la famille séjourne à la montagne dans sa maison l'été, elle est toujours aussi inquiète et elle ne parvient pas à se détendre même quand il fait beau et chaud, elle pense aux écarts de température importants entre le matin et le soir, et entre l'extérieur et l'intérieur dans la journée. Elle oblige son fils à enfiler un pull quand il rentre dans la maison, son mari lui dit qu'elle est folle et lui montre le thermomètre marquant 25 degrés.

Un été où son fils avait pris froid et avait toussé plus que d'habitude, elle était tellement inquiète qu'elle lui avait fait un maillot en fourrure pour mettre sous sa chemise.

Marie évoque ainsi son fils de 10 ans, sa fille de 12 ans et son mari informaticien peu présent de par son travail. Quant à elle, elle s'occupe des enfants. Elle parle également de sa famille d'origine : son père pharmacien, sa mère chimiste et son frère de 8 ans son aîné.

Après quelques séances, Marie évoque son enfance au cours de laquelle il y a eu une période où elle a souhaité être un garçon comme son frère parce qu'elle le trouvait fort et beau, et aussi parce qu'il était plus avantageux qu'elle : sa mère lui trouvait toujours des excuses quand il faisait des bêtises et elle ne lui demandait jamais de participer aux tâches ménagères. Quant à son père, il considérait implicitement son frère comme plus intelligent parce qu'il était très fort en math, il avait toujours des très bonnes notes, ce qui n'était pas son cas, elle était rêveuse et attirée par les livres dans lesquelles elle trouvait une compensation au manque d'amour qu'elle ressentait. Elle aimait beaucoup son frère et aurait voulu qu'il s'intéresse à elle mais il se moquait d'elle et la repoussait la plupart du temps quand elle voulait jouer avec lui.

A une autre séance, elle me parle de son fils et de son comportement. Elle le décrit comme gentil et obéissant ; il fait bien attention de ne pas prendre froid ; il lui demande toujours comment il doit s'habiller. Elle met l'accent sur son problème de santé pour expliquer qu'il n'a pas beaucoup d'amis, qu'il est craintif et que ses résultats scolaires sont irréguliers. Quand son fils est malade ou quand il a des mauvaises notes, son mari dit qu'elle est très proche de lui, mais que par contre quand il va bien ou quand il lui arrive d'avoir une bonne note elle le critique, elle n'est pas gentille avec lui comme si elle n'était pas contente. Son mari l'accuse d'être injuste avec son fils et de ne pas s'en rendre compte.

A une séance ultérieure, Marie évoque la préoccupation de l'herbe du pré devant la maison qu'elle ne supporte pas de voir pousser, son mari doit la couper régulièrement sous peine de violentes critiques de sa part. Elle ajoute que ses amies lui disent qu'elle est toujours en train de parler de couper ou de castrer, elle reconnaît qu'elle a horreur de tout ce qui se dresse, elle prétend que ça gêne la vue et que ça ne fait pas net. Un jour, son mari et son fils avaient planté un tilleul près de la maison, il grandissait trop vite d'après elle et comme elle ne voyait plus que cet arbre pousser de jour en jour, elle l'avait fait périr en cachette.

⇒ Question : Quels mécanismes psychologiques identifions-nous dans cette maladie ?

⇒ Question : Quelles fonctions l'éducateur peut-il prendre dans l'accompagnement de ce cas ?  
Quelles attitudes peut-il adopter ?

## La névrose hystérique : hystérie de conversion - 'maladie psychosomatique'

C'est une "pathologie" qui a toujours débattu des rapports entre le corps et l'esprit. En conversion somatique, les symptômes physiques les plus variés se retrouvent : atteintes sensitives (surdité, c civit , ...), troubles cardio-respiratoires ou gastriques, trouble de phonation (mutisme...), somnambulisme... S'ajoutent les caractéristiques suivantes :

- Le th atralisme ou *histrionisme*, soit une tendance à attirer l'attention et à se faire remarquer dans le but de plaire
- L'exagération de l'affect, une dramatisation dans l'expression des émotions (larmes faciles,...)
- La labilité émotionnelle : des sautes d'humeurs ( lans chaleureux alternant avec phases de bouderies)
- La suggestibilité, être influençable et changer d'avis   tout bout de champ
- La mythomanie
- Une sexualité perturbée : soit une éviction totale de la sexualité avec activités de remplacement (hyper protection des enfants, activisme féministe, ...), soit une hypersexualité sur le mode nymphomane

### Situation clinique « Martin, 32 ans, raconte... » d'après M. Trybou

Martin raconte... « J'ai vécu sept ans avec une femme qui m'a donné un garçon, aujourd'hui  g  de neuf ans. Mon épouse était agoraphobe et j'ai accepté de l'aider en me sacrifiant. En dehors du travail, je n'avais donc aucune vie sociale. Pour elle, j'ai fait abstraction de ma propre personne et de mon épanouissement personnel. Notre relation s' st dégradée, notamment sur le plan sexuel. Puis j'ai appris qu'elle avait rencontré quelqu'un sur Internet. J'avoue, je l'avais fait installer pour qu'elle garde, malgré tout, un contact avec l'extérieur. Nous nous sommes séparés, mais ma vie ne s'en est pas trouvée améliorée. Je n'avais que le travail pour toute occupation, mais pas d'amis, ni d'activités, ni de sorties...

Au bout de trois ans et demi d'une telle vie, ma main gauche s' st paralysée du jour au lendemain. Les examens neuro, cardio-vasculaires etc... n'ont rien révélé. Plusieurs médecins m'ont dit que l'origine devait être psychologique, mais je n'y ai pas cru. C' st un rhumatologue qui m'a, le premier, parlé de « syndrome de conversion ».

J'ai fini par consulter un psychologue. Il m'a aidé à entamer un travail sur moi-même. Les trois mois qui ont suivi ont été ceux d'une profonde introspection. Pour reprendre confiance en moi, j'ai appris à me lancer de petits défis, dans le but de retrouver une vie sociale normale. J'étais persuadé que ma séparation était responsable de mon handicap soudain de la main. Peu à peu, je regagnais un peu d'estime de moi et mon handicap s' st atténué.

Aujourd'hui, je comprends que j'avais toujours vécu par procuration et que je ne m'étais jamais totalement permis d'être moi-même... L  était la véritable raison de mon problème. »

⇒ Question : Quels mécanismes psychologiques identifions-nous dans cette maladie ?

⇒ Question : Quelles fonctions l'éducateur peut-il prendre dans l'accompagnement de ce cas ?  
Quelles attitudes peut-il adopter ?

## La névrose hystérique : hystérie d'angoisse - 'phobie'

La phobie, ainsi l'agoraphobie ou la claustrophobie, est caractérisée par la peur irrationnelle d'une situation particulière, comme la peur de prendre l'ascenseur (ascensumophobie), ou bien d'un objet spécifique, comme la peur des araignées (arachnophobie). Ce peut être une véritable angoisse qui s'empare des personnes qui y sont confrontées. Consciente de sa peur, la personne phobique tente d'éviter, par tous les moyens, la situation ou l'objet redouté.

### Situation clinique « phobie scolaire » d'après M. Trybou

**Maxime**, 13 ans, n'arrive plus à aller en cours : des garçons de la classe l'ont pris en grippe et se moquent à longueur de journée de ses cheveux. « On me dit constamment que je suis un mouton, ah tiens voilà le mouton, hey le mouton on va te raser pour faire un pull. Et quand j'explose, c'est moi qui me fais engueuler par les profs ». Maxime a des crises d'angoisse le matin avant même d'arriver au collège.

**Sylvain**, 16 ans, est en classe de terminale. Il a subitement développé la peur de se faire pipi dessus ou de vomir en cours, et qu'il ne puisse pas avoir le temps de sortir de la salle. Quand il prend le train le matin, il a l'impression qu'il n'arrivera même pas au but. Sa mère l'emmène en voiture, ce qui le relaxe, mais dès qu'il entre dans le lycée, l'anxiété lui fait se demander s'il n'a pas des nausées, « avoir une anxiété tellement forte que je me dis que je vais forcément vomir ».

⇒ Question : Quels mécanismes psychologiques identifions-nous dans cette maladie ?

⇒ Question : Quelles fonctions l'éducateur peut-il prendre dans l'accompagnement de ce cas ?  
Quelles attitudes peut-il adopter ?

## D. L'éducateur et les autres intervenants : les limites

Dans une équipe de soins psychiatriques, l'éducateur sera en contact avec **d'autres intervenants du service** : les autres professionnels du service : assistants sociaux, psychologues et psychiatres, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, médecins, infirmiers et aides-soignants... la place et le rôle de chacun dépendant de la manière dont les travailleurs ou les pouvoirs de tutelle conçoivent le travail pluridisciplinaire. Le cadre évolue entre le centre hospitalier psychiatrique, le centre de guidance, les unités ambulatoires psychiatriques, les MSP – maison de soins psychiatriques,...

Le **médecin**, les **infirmiers** et les **aides-soignants** touchent principalement à la santé physique, les soins corporels et l'hygiène. L'**assistant social** établit le lien entre le bénéficiaire et le monde extérieur à l'institution, la famille comme par exemple dans ses démarches administratives, dans un cadre judiciaire ou encore dans la recherche d'un lieu d'hébergement. L'**ergothérapeute** utilise le média du jeu, d'une activité ou du travail pour appréhender le comportement du bénéficiaire. Le **psychologue** et le **psychiatre** gère la prise en charge psychique, la souffrance : le premier cultive un espace de parole et de communication, utilise des instruments comme les tests psychologiques ; le second porte la responsabilité du bénéficiaire notamment à travers l'autorisation de sortie, prescrit

souvent un traitement médicamenteux. Psychologue et psychiatre peuvent exploiter également des cadres psychothérapeutiques comme la systémique, la psychanalyse.

L'**éducateur** se positionne parmi tous ces professionnels et se doit de respecter les limites de chacun. Sa prise de parole, son rôle de relais auprès du bénéficiaire, de sa famille, des autres professionnels baignent dans le relationnel. Sa mission d'accompagnement au quotidien du bénéficiaire se nourrit également du relationnel tout comme ses tâches d'éducation à travers les apprentissages et les diverses activités. La pratique d'accompagnement fait de l'écoute le premier pôle de sa fonction et le premier rôle de l'accompagnateur. Ainsi, la vie communautaire institutionnelle exige que l'éducateur soit sans cesse à l'écoute du cœur de l'autre. Pour écouter, il faut : être disponible, accueillir l'expression de l'autre, réfléchir sur la pensée de l'autre, réagir à la pensée de l'autre. Somme toute être en relation...

L'éducateur œuvre aux frontières de divers mondes : médical, psychologique, social, culturel, juridique... et opère des liens entre ces mondes. L'éducateur sera bien souvent au carrefour des discours et des actions de divers « spécialistes ». Par son regard et son approche « généraliste », il pourra être amené à exercer une fonction liante et intégrative par rapport aux autres intervenants.

⇒ Application : Repérer les principales fonctions de l'éducateur au niveau relationnel

1. Fonction d'accompagnement et d'éducation
2. Fonction de reliance (liens avec le réseau relationnel - famille, voisinage, structures,...)
3. Fonction d'interface (intégration dans une équipe pluridisciplinaire)

Voir cours de *Relation professionnelle : méthodologie* en UE2.2 (704.2)

## D. La nosographie psychiatrique : phénoménologie

- Extraits choisis de l'Abrégé de Psychopathologie à l'usage des Travailliers sociaux – Lallemand J-Fr. (2016)

L'objectif est avant tout nosographique, soit la classification à thématique psychiatrique en référence à l'approche structurale de J. BERGERET (1985) : elle se veut claire et aisée dans son utilisation pour toute situation et pratique professionnelles.

L'étudiant y trouvera une présentation d'allure chronologique des diverses pathologies mentales se distribuant de la petite enfance à l'état sénescence de l'individu. Les éléments diagnostiques et quelquefois différentiels y sont décrits à travers des éléments observables, les types de traitement y sont également succinctement abordés ainsi que les diverses étiologies.

## II. Psychopathologie de l'enfant.

### 1. Les troubles psychomoteurs.

#### 1.1. Les troubles psychomoteurs organiques.

Les "minimal brain damages" constitue un dysfonctionnement et une dysmaturité cérébrale. Des lésions cérébrales sont souvent observées, elles influencent le développement non seulement psychomoteur mais aussi cognitif et affectif de l'enfant.

#### 1.2. Les troubles psychomoteurs psychiques.

##### 1.2.a. L'enfant hyperkinétique.

Ce trouble instable psychomoteur ou instable postural touche les enfants entre 6 et 12 ans.

Symptômes : - fluctuation de l'attention  
- réaction de prestance  
- agitation motrice

Lors de situations vécues par l'enfant comme stressantes, son angoisse augmente et entraîne une agitation.

Ainsi lors de la *rencontre de personnes étrangères*, l'enfant fragilisé filtre moins bien les stimuli extérieurs, une brusque décharge motrice s'en suit mêlée d'agressivité et de destruction. L'enfant tente ici de modifier les volumes de son environnement "en cassant".

Troubles associés : strabisme et problèmes oculaires, énurésie

Traitement : l'enfant devra vivre dans un univers serein et attentif, une thérapie psychomotrice pourra aider l'enfant

##### 1.2.b. Le syndrome de Gilles de la Tourette.

L'instabilité psychomotrice s'accompagne de tics :  
- moteurs ex: cracher  
- vocaux ex: coprolalie, écholalie, aboiement

Traitement : médication neuroleptique

### 2. Les troubles instrumentaux.

Il est fait ici référence aux instruments, soit l'équipement cérébral qui préside à la perception des stimuli et permet l'organisation de la réponse motrice. La dimension affective, souvent source de l'énergie instrumentale et motrice, interfère au niveau des circuits organiques.

## Zoom rapide sur le TDA/H = Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

Le TDA/H est un trouble de l'inhibition qui affecte les champs d'activités suivants : la mise en œuvre et l'organisation; la vigilance et l'attention soutenue; l'effort soutenu et la planification; la mémoire de travail.

Le TDA/H est une pathologie fréquente touchant actuellement, selon les sources, entre 3 à 12% des enfants et 1 à 6% des adultes.

Le TDA/H est un désordre neurodéveloppemental et neurobiologique s'exprimant par 3 symptômes cardinaux à l'intensité fluctuante:

- **Le déficit d'attention** : distraction, instabilité des idées, difficultés à s'organiser, oublis et pertes d'objets,...
- **L'hyperactivité** : éparpillement dans les activités, retard, bruit et bavardage incessant, incapacité à rester assis,...
- **L'impulsivité** : hypersensibilité, 'être à fleur de peau', sautes d'humeur, opposition, provocation,...

Les enfants atteints souffrent fréquemment d'une faible estime d'elles-mêmes et d'un sentiment de sous-performance chronique.

Il existe différentes expressions cliniques du TDA/H :

- Le TDA/H avec inattention prédominante ou TDA (DSM-V 314.00) ;
- Le TDA/H avec impulsivité/hyperactivité prédominante (DSM-V 314.01) ;
- Le TDA/H mixte (DSM-V 314.01), forme la plus fréquente qui associe à des degrés divers, difficultés attentionnelles, hyperactivité motrice et impulsivité.

### Les causes.

Les zones cérébrales responsables de l'attention, du sens de l'organisation et du contrôle des mouvements s'activent de façon anormale ou ont une anatomie singulière. On note un déséquilibre dans les neurotransmetteurs du cerveau, comme la dopamine et la noradrénaline.

### Prises en charge.

Le traitement médicamenteux. Celui-ci repose généralement sur des psychostimulants qui stimulent le système nerveux central : le chlorhydrate de méthylphénidate avec Ritaline® en France/Belgique, ou encore Biphentin®, Concerta®

La méthode Tomatis. Le traitement du TDAH est l'une des principales applications de cette forme d'éducation auditive mise au point par un médecin français, le D<sup>r</sup> Alfred A. Tomatis.

Selon la méthode Tomatis, le TDAH serait attribuable à une mauvaise intégration sensorielle. Dans un premier temps, cette approche consiste à améliorer la capacité d'écoute chez le jeune patient en stimulant son cerveau et en l'aidant à se concentrer sur des sons sans être distrait. Pour ce faire, le patient utilise des écouteurs spéciaux pour écouter des cassettes conçues pour cette méthode et sur lesquelles on retrouve la musique de Mozart, des chants grégoriens ou même la voix de sa mère.

Le yoga, la relaxation.

## 2.1. Les troubles instrumentaux purs.

### Symptômes :

- Troubles psychomoteurs : l'enfant est maladroit, a peine à s'habiller seul, à rouler en vélo dépourvu de stabilisateurs
- Dyspraxie liée à un déficit perceptif de l'organisation spatiale  
ex: copie de la figure de REY
- Perturbation du schéma corporel : difficulté dans le dessin d'un bonhomme
- Difficultés graphiques : comment l'enfant écrit-il ou tient-il son crayon ?
- Troubles d'organisation rythmique : incapacité à reproduire un son
- Troubles de la symbolisation - difficulté de mentalisation :  
l'enfant parle mal et peu, il a des difficultés à exprimer ses affects, ce qu'il ressent, ce qui entraîne une décharge motrice
- Troubles narcissiques : l'enfant est fragilisé et a besoin de valorisation, d'ailleurs il ne prendra du plaisir que dans des situations connues craignant l'échec et l'inconnu.

A l'école et en groupe, l'enfant aime ici jouer "au caïd" et se livre à des réactions de prestance. Sa dépendance à un adulte peut être importante, ainsi, sa recherche d'aide auprès d'une personne gratifiante pour réaliser ses travaux scolaires.

Traitement : la rééducation sera de type global, le jeu du corps complètera la pratique du dessin pour développer la fonction symbolique, les jeux de rythmes et les chants seront exploités.

## 2.2. Les troubles de latéralité.

La latéralité s'acquiert à 6 ans. Pour repérer l'oeil dominant, demander à l'enfant de cligner de l'oeil, pour le bras dominant lui demander de croiser les bras, pour le pied dominant shooter dans un ballon. La latéralité n'est pas toujours homogène, elle est liée à la force du membre dominant, certains sont droitier de la main et gaucher du pied !

## 2.3. Les troubles du langage écrit.

### 2.3.a. La dyslexie.

C'est la difficulté d'acquérir la lecture en dehors de tout déficit mental et sensoriel.

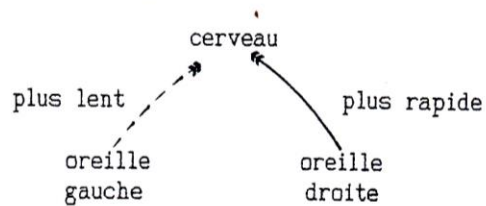
### Fautes typiques :

- Confusion sonore s=ch | p=b | d=t et visuelle i=j | u=v | n=m | t=r
- Inversion or = ro | croix de Chassagny d b  
q p
- Omission ballon = balle
- Substitution cil = mil
- Addition d'une syllabe ex: et
- Difficulté à découper la phrase ou dans les césures de syllabe, faute d'écoulement



Symptômes : \* sensoriels

- la vue : mauvaise discrimination visuelle ex; confusion t et r - a et n perception visuelle mouvante, labile ⇒ lecture "hachurée"
- l'ouïe : mauvaise discrimination auditive due à l'émotion trouble stéréophonique - HENWEBERT consistant à un décalage d'arrivée de deux sons



\* psychomoteurs

- mauvaise perception du schéma corporel, mauvaise conscience de soi
- difficultés motrices : maladresse, mauvaise coordination des mouvements fins
- difficultés spatiales : croix de Chassagny d b confusion ! q p
- difficultés temporelles et rythmiques : chronologie non acquise
- difficultés langagières : articulation, inversion, mot concret

\* psychologiques

- personnalité floue et instable
- intelligence normale

Etiologie :

La dyslexie touche surtout les garçons, il y a une certaine transmission familiale. Elle apparaît peu de temps après la naissance mais ne serait détectée que lors de la scolarisation de l'enfant. Des liens avec les souffrances néonatales comme un accouchement difficile ou prématuré ont été établis.

Traitement :

Outre la logopédie, l'éducateur proposera des :

- activités favorisant l'expression comme le mime, le modelage, le dessin, le chant, ...
- jeux psychomoteurs comme les jeux de ballon, la natation, ...

L'instituteur préférera la méthode gestuelle pour l'apprentissage de la lecture.

### 2.3.b. La dysorthographe

C'est la difficulté d'acquérir le langage écrit en dehors de tout déficit mental et sensoriel. Elle est souvent liée à la dyslexie.

p.ex.: jai<sup>4</sup> été<sup>2</sup> an<sup>3</sup> franse<sup>1</sup> é<sup>2</sup> jai<sup>4</sup> lojé<sup>1</sup> dent<sup>3</sup> zune<sup>4</sup> vila<sup>1</sup>

- (1) faute d'usage
- (2) faute grammaticale
- (3) faute d'homonymie
- (4) faute de notions catégorielles

Traitement : logopédie

### 2.3.c. La dyscalculie

C'est la difficulté d'acquérir la notion de nombre et d'opération en dehors de tout déficit mental et sensoriel. Elle est rarement associée à la dyslexie.

Symptômes : - inversion des chiffres ex:  $27 + 3 = 75$   
- difficulté à réaliser les opérations + et - , x et :  
- difficulté dans la représentation géométrique

Traitement : logopédie

### 3. L'énurésie.

Selon KREISLER (1966) ce symptôme consiste en une miction incontrôlée :  
- qui persiste après l'âge de la maturité de la fonction,  
- qui se produit pendant le sommeil,  
- dont le cours évolutif est systématique,  
- qui est singulière par son déclenchement inopiné et involontaire,  
- qui est normale dans son développement physiologique.

Selon GESELL : - entre 15 et 24 mois, les mictions se régularisent  
- à 2 ans, la propreté diurne s'acquiert  
- à 3 ans, la propreté nocturne s'acquiert  
- à 4 ans, la propreté doit être acquise.

#### \* Les interrogations :

L'éducateur se doit de se poser toute une série de questions, l'énurésie touche en majorité les garçons ...

- Quand est apparue l'énurésie ? quel est le facteur déclenchant ?  
p.ex.: les conflits interparentaux, la naissance d'un bébé,...
- Qui va coucher l'enfant ?
- Qui emmène l'enfant aux toilettes ? Qui le change ? Qui a réalisé son éducation sphinctérienne ?
- L'enfant a-t-il une tendance potomaniaque ?

#### \* Les satisfactions de l'énurétique :

Celles-ci peuvent se modifier avec le temps...

Les bénéfices primaires :

- Sensation régressive avec érotisation cutanée
- Plaisir d'ordre masturbatoire avec fixation à l'érotisme uréthral, l'enfant s'assure de la présence de son pénis, la sensation est orgasmique
- Plaisir contrôlé dans la sensation d'un corps-qui-se-remplit-et-qui-se-vide

Les bénéfices secondaires :

Ils concernent avant tout l'effet du symptôme sur l'entourage...

- Registre régressif : le contact cutané privilégié pour la mère qui soigne son enfant, le lave et le change comme un bébé

- Masochisme de l'enfant : il recherche la punition et l'attitude répressive surtout si ses parents sont sévères
- Registre oedipien : malgré l'interdit de l'inceste, l'enfant entretient une complicité avec sa mère, se protège des menaces de castration
- A l'adolescence : c'est un refus de la sexualité adulte.

\* **Etiologie :**

L'énurésie est plus fréquente chez les garçons, chez les enfants placés en institution, chez les arriérés mentaux et chez les enfants encoprétiques.

Elle semble souvent le fruit d'erreurs éducatives, les parents sont trop tolérants ou trop exigeants. La propreté ne peut être acquise que si la maturité fonctionnelle et donc neurologique est atteinte. Ainsi l'enfant pour uriner doit pouvoir se mettre debout !

\* **Traitement :**

- Ecarter les facteurs anxigènes comme les conflits familiaux, les problèmes scolaires
- Proposer une activité extrascolaire, extrainstitutionnelle ou extrafamiliale comme la pratique d'un sport
- Favoriser le sommeil en réduisant l'apport hydrique en soirée, en responsabilisant l'enfant
- Amener l'éducateur à une attitude moins maternante et plus autonomisante
- Proposer une méthode behavioriste d'éducation mictionnelle : certains appareillages permettent le réveil de l'enfant par un dispositif sonore dès qu'une goutte d'urine apparaît au méat urinaire
- Pharmacologie : la prise d'antidépresseurs du type Imipramine réduit l'envie de miction

4. L'encoprésie.

Selon KREISLER (1966), l'encoprésie consiste en une défécation dans la culotte chez l'enfant qui a dépassé l'âge habituel d'acquisition de la propreté, cette défécation est provoquée par la rétention des matières fécales.

Ce symptôme est diurne et touche surtout les garçons vers l'âge de sept ou huit ans, il est un cas sur deux associé à l'énurésie.

**Typologie :**

- 1°- Agressivité : l'émission fécale est volontaire, active et réactionnelle, elle consiste en une expression immature.
- 2°- Passivité : l'enfant est ici anxieux, il prend plaisir à la rétention mais n'apprécie pas le contrôle sphinctérien en tant que tel.
- 3°- Perversion : à travers le registre masturbatoire, l'enfant s'assure de son omnipotence, de sa toute-puissance.
- 4°- Affections digestives : les diarrhées.

5. Organisation névrotique.

Dans toute névrose, il existe une angoisse : pour déterminer le type de névrose, il faut donc avant tout pouvoir identifier le type d'angoisse.

5.1. Les conduites phobiques.

La phobie est une crainte non justifiée d'un objet ou d'une situation dont la confrontation est pour l'individu source d'angoisse, cette peur est irraisonnée et obsédante.

5.1.a. Phobie archaïque ou prégénitale - *de 0 à 2 ans.*

Elle est liée à l'angoisse de séparation ou angoisse du huitième mois, l'enfant se perçoit comme un être à part entière, indépendant de sa mère. Le personnage extérieur et étranger induit une perception de séparation et d'absence de la mère, ce personnage incarne l'**objet phobogène**. L'enfant se met à pleurer et à crier, il tente d'accéder à un objet connu et rassurant, peluche ou jouet, et produit avec lui des gestes répétitifs de l'ordre du rituel.

Remarque : L'enfant d'organisation psychotique quant à lui face au personnage extérieur et étranger développe une peur passive avec une décharge motrice incohérente.

5.1.b. Phobie génitale - *de 2 à 7 ans.*

C'est ici l'installation des peurs avec la phobie du loup, des fantômes, ou des squelettes. Elles sont nombreuses à cette époque et diminuent en nombre vers sept ou huit ans car se mettent en place les **mécanismes de défense** qui renforcent la solidité du Moi. Ainsi, le refoulement est opérationnel ainsi que le déplacement ou l'intellectualisation de par la scolarisation de l'enfant, ici les peurs et les conflits sont rationalisés.

5.1.c. Phobie scolaire - *à partir de 5 ans.*

L'enfant subitement refuse de se rendre à l'école, pourtant son adaptation au milieu scolaire semble réussie. Il ne parvient à justifier son refus que par des raisons apparemment trop faibles. Ainsi en hypothèse, l'école devient l'objet de déplacement de l'angoisse de castration, l'école est vécue comme persécutrice.

5.1.d. Angoisses liées au sommeil - *de 2 à 6 ans.*

- \* Les **terreurs nocturnes** - de 2 à 3 ans - sont des états d'angoisse soudains et brusques, l'enfant durant ces épisodes semble éveillé et en grande souffrance, il est difficile de la soulager. La nuit implique bien entendu la séparation de la mère pour l'enfant.
- \* La **peur du noir** est liée à l'âge de deux ans à la séparation de la mère, par contre à l'âge de quatre ans, elle est en relation avec la peur oedipienne, donc l'angoisse de castration. La peur du noir peut d'ailleurs s'associer à ce moment à la **peur des voleurs**.

## 6.2. Les conduites obsessionnelles.

L'**obsession** est un sentiment de malaise anxieux dont l'individu ne peut se défaire et contre lequel il lutte avec plus ou moins d'angoisse. Cette préoccupation intellectuelle ou affective assiège la conscience. L'élément parasite est incoercible, ce peut être un doute, un scrupule, une pensée obscène ou un problème absurde.

Ainsi, l'enfant vit souvent dans la crainte de mal faire, il peut se sentir coupable d'un fait et redoute d'en parler. S'installent ici des **rituels** et des **compulsions**, ce sont des gestes automatiques qu'il ne peut s'empêcher de faire. L'enfant semble avoir été "marqué" par le vécu de son stade anal, l'acquisition de la propreté sphinctérienne.

- p.ex.:
- en période oedipienne : le rituel du coucher
  - vers sept ou huit ans : la méticulosité
  - en période de latence : les collections

## 6.3. Les conduites hystériques.

Ici, le conflit psychique se marque dans le corps, il y a **conversion** sur le plan somatique, les troubles psychosomatiques sont évoqués.

- p.ex.:
- l'enfant qui boite subitement ou se paralyse d'un membre,
  - l'enfant mutique, l'enfant vivant une brusque cécité, sans qu'aucune donnée bio-physiologique ne dysfonctionne.

## 7. Organisation psychotique.

### 7.1. L'autisme infantile précoce.

Symptômes :

- Absence de communication avec l'extérieur : le regard est vide, les mimiques sont absentes, les réactions émotionnelles sont étranges
  - Isolement et sensations réduites : l'enfant vit dans le retrait une grande solitude, il semble sourd et développe une vision périphérique
  - Stéréotypies motrices, gestes automatiques : le développement psychomoteur est atypique
  - Absence de langage ou difficultés majeures dans son acquisition : selon KANNER (1943), l'enfant autistique n'ayant pas acquis le langage avant l'âge de cinq ans n'en aura jamais
- Typologie :
- absence de langage ; évolution déficitaire et schizophrénique
  - écholalie ; répétition des derniers mots prononcés
  - évolution atypique ; apparition du langage seulement vers quatre ans
  - génie
- Possibilité d'activité auto-érotique et d'acte auto-agressif : les états d'excitation sont sauvages

Selon TUSTIN (1992), "l'autisme est une protection autosensuelle de type réflexe que nous possédons tous, mais qui, quand elle est exploitée de façon massive et exclusive, constitue une pathologie". L'enfant autistique est enfermé dans une capsule rigide, comme une coquille, c'est le recours massif et exclusif à la "mise en capsule autogénérée".

Etiologie :

Ce syndrome, dont les premiers symptômes apparaissent quelques temps après la naissance, est le résultat d'une combinaison de facteurs :

- Dépression maternelle : dépression grave avant ou après la naissance
- Grossesse mal vécue par la mère
- Dépression postnatale de l'enfant
- Difficulté chez la mère à imaginer les besoins et désirs de l'enfant

Des hypothèses de plus en plus nombreuses tentent actuellement à prouver l'origine neurobiologique constitutive de l'autisme. Un fonctionnement neuronal atypique, des cellules nerveuses mal constituées pourraient également être la cause partielle, voire unique, de l'autisme.

Traitement :

L'objectif quasi unique du cadre médical et psychothérapeutique est d'établir une relation avec l'entourage : la mère, l'éducateur, le psychothérapeute. La communication ne sera pas obligatoirement verbale mais pourra être également physique. Les méthodes utilisées se doivent de respecter la vulnérabilité de l'enfant autistique, il faut l'aider à revivre la terreur, la rage ou le désespoir, lui apprendre à supporter, à exprimer de tels sentiments.

7.2. Les psychoses symbiotiques.

Le premier développement apparaît comme normal, mais lors de la deuxième année de l'enfant, suite à un événement traumatique comme la disparition de sa mère, une détérioration psychique se met en place. Il y a perte des acquis antérieurs avec régression et désintérêt, hypotonie musculaire, disparition des éléments de communication tant verbale que non verbale.

Remarque : Quand l'enfant est séparé de sa mère, au contraire de l'enfant autistique, une crise d'agressivité et d'hypermotricité incoordonnée est observée.

7.3. Les dysharmonies évolutives.

Dans ces formes de pré-psychose, le développement de l'enfant n'est pas harmonieux : le moteur, le langagier, le cognitif ou l'affectif n'évoluent pas aux mêmes rythmes ni de manière coordonnée. Les difficultés de mentalisation sont importantes : l'enfant ne parvient pas à symboliser ses sentiments et ses sensations.

Le pronostic évolutif est surtout d'ordre schizophrénique.

7.4. Les psychoses de latence.

Elles s'installent entre les âges de six à douze ans.

Symptômes :

- Hallucinations visuelles, auditives et/ou olfactives, soit des perceptions en état d'éveil d'un objet, une personne, un animal ou une situation qui n'existe pas dans la réalité
- Bizarrie du comportement, jeux atypiques sans imagination ni création

- Isolement
- Délire, soit un désordre de la pensée qui fait prendre pour réels des faits imaginaires, les thèmes sont innombrables : persécution, frustration, culpabilité, grandeur, possession,...
- Perte des repères spatio-temporels

Remarque : La **psychose tardive** présente les mêmes symptômes mais n'apparaît que vers l'âge de onze-douze ans.

#### 7.5. L'évolution psychotique générale de l'enfant.

- 1°. Désagrégation de la vie psychique : négativisme, refus,...
- 2°. Troubles du langage et de la pensée : délire, langage incohérent avec hermétisme des propos, monologue, altération de la logique, ralentissement
- 3°. Désorganisation de la vie affective : émotions paradoxales, inadaptation des expressions émotionnelles, déchainement pulsionnel avec auto-érotisme et agression sexuelle, mutilation
- 4°. Discordance psychomotrice : geste mécanique, état catatonique avec persévération d'attitude, maniérisme, refus de mobilisation et passivité
- 5°. Mécanismes hallucinatoires visuels, auditifs et/ou olfactifs

Les traitements sont dispensés dans des institutions spécialisées, une approche médicale et pharmacologique se conjugue souvent avec une approche psychothérapeutique.

#### 8. Astructuration.

Ici principalement, on se situe dans le groupe des enfants caractériels correspondant au Type 3 de l'enseignement spécial belge. L'**aménagement caractériel** est lié à un fonctionnement mental peu structuré : les comportements d'agitation violente et les passages à l'acte agressifs et destructeurs peuvent être nombreux, l'échec scolaire est quasi habituel.

Etiologie :

Les causes sont souvent liées à des frustrations affectives précoces, des carences d'autorité parentale et éducative, un milieu socio-culturel ou socio-économique défavorisé.

p.ex.: les enfants rejetés et maltraités ou bien trop gâtés et étouffés par une sollicitude excessive; la mésentente des parents; le placement en institution; l'absence prolongée du père;...

Traitement :

Un traitement psychothérapeutique et des conseils éducatifs dispensés conjointement permettent souvent de faire disparaître ces manifestations caractérielles. Il est parfois nécessaire de retirer l'enfant de son milieu familial pour le placer dans un établissement spécialisé où une rééducation et un apprentissage professionnel peuvent être entrepris.

### III. Psychopathologie de l'adolescent.

Il n'existe pas à proprement parler de psychopathologies propres à l'adolescence, les maladies psychiques développées à cette période sont le plus souvent le fruit des évolutions pathologiques de l'enfance. Toutefois, trois états pathologiques retiendront notre intérêt : l'anorexie, la conduite psychopathique et les troubles dépressifs.

A l'adolescence, le corps vit de réelles transformations: chez le garçon, les premières éjaculations apparaissent et la pratique masturbatoire s'installe pour contrôler la castration; chez la fille, les premières menstrues voient le jour confirmant ainsi son angoisse infantile d'être castrée.

Les **plaintes hypocondriaques** sont donc nombreuses ainsi que les **préoccupations dysmorphophobiques** et **narcissiques**. Le corps devient le représentant symbolique, il porte un message et communique : les phénomènes de mode vestimentaire, le maquillage, les tatouages en sont des illustrations.

L'adolescent recherche une image satisfaisante de lui-même qui le soutiendra sur le plan narcissique et personnel : l'**Idéal du Moi** se met en place souvent en parallèle avec le culte des idoles permettant les essais identificatoires.

#### 1. L'anorexie.

Elle constitue avant tout un **mal-être**, ses premiers symptômes sont insidieux : l'adolescente se sent grosse et suit alors un régime. En effet, cette maladie touche principalement les adolescentes, seuls 10% d'adolescents se comptent chez les anorexiques, ceux-ci vivent des perturbations des plus graves. Un taux de 1 à 5% de mortalité est enregistré en général !

Tableau clinique :

- Restrictions alimentaires : amaigrissement, troubles de l'appétance
- Trouble de la perception du corps - "*se sentir moche*" :  
perturbation de l'estimation de son poids, de sa taille et de ses formes : habillement ample ou en "couches superposées"

$$\text{poids idéal médical} = \text{BMI} = \frac{\text{poids (Kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (m)}} = 21 = \text{Body Mass Index}$$

—• BMI  $\leq$  18 = anorexie

- Hyperactivité physique et intellectuelle  
intensification des exercices pour prévenir toute prise de poids
- Troubles digestifs divers, équilibre biochimique sanguin modifié d'un point de vue endocrinien : aménorrhée, vomissements, usage régulier de laxatifs et de diurétiques
- Blanchissement et dessèchement de la peau
- Changement des attitudes et du comportement :  
caractère solitaire et taciturne, opposition face aux amis et aux parents, absence de relation amoureuse, épisode dépressif



De plus, SELVINI observe que les anorexiques féminines confectionnent les repas pour les autres, ont une communication pauvre mais sont valorisées scolairement, sont inhibées au niveau des conflits et de l'agressivité, ont eu des relations familiales pauvres (mère dominante, père exclu, absent ou séducteur).

Etiologies possibles :

- Dysfonctionnement biologique endocrinien notamment des hormones TRH, l'hypophyse produirait des endorphines qui diminueraient la douleur tout en augmentant le bien-être
- Influence sociale : la minceur constitue l'idéal féminin pour la société  
Idéal du Moi : maigrir, contrôler sa faim, différer l'attente
- Perturbation de l'apprentissage des habitudes familiales surtout du comportement alimentaire durant l'enfance  
l'anorexie équivaut à un gage de toute puissance face aux parents
- Refus de la féminité et de la sexualité : refuser de ressembler à sa propre mère
- Rapports perturbés avec la mère : trop présente ou trop distante  
l'identification oedipienne est troublée  
p.ex : le rejet du lait consiste à refuser d'incorporer le sein maternel, le lait étant le premier élément maternel
- Recherche du vide dans le corps, démarche caractéristique de l'organisation psychotique

Remarque : Chez les garçons, l'interprétation étiologique se situe dans le refus de s'imposer et de s'affirmer comme adolescent et futur adulte. Sans doute l'esprit de compétition a-t-il été brimé par le personnage paternel ? L'anorexie consiste ici à défier le père comme symbole de l'autorité.

## 2. La conduite psychopathique.

Elle correspond dans un référent judiciaire à la **délinquance juvénile**, et dans un référent sociologique à la **sociopathie** puisque les règles édictées par la société ne sont pas respectées. Les conflits avec le groupe social, les réactions négatives au milieu environnant sont alors nombreux.

Symptômes :

- Renvois scolaires pour inconduite, école buissonnière  
le niveau scolaire est bas alors que le niveau intellectuel est normal voire supérieur
- Fugues nocturnes, violation des règles familiales, mensonges fréquents
- Délinquance : vol, acte de vandalisme, incitation à la bagarre, incendie
- Cruauté physique envers des personnes ou des animaux, agressivité
- Traits toxicomaniaques : abus d'alcool, de drogue
- Rapports sexuels fréquents, difficiles ou pervers
- Instabilité dans les activités, ou les relations sociales

L'adolescent de conduite psychopathique sera impulsif, ses passages à l'acte seront nombreux - casser, brûler, frapper - parce qu'il vit des difficultés de **mentalisation**. Ainsi, cet adolescent ne parvient pas à exprimer ses sentiments, son vécu verbalement, la symbolisation n'est pas effective... alors il passe aux actes ! Son Moi et son Surmoi sont faibles, il ne peut que profiter des autres et en dépendre. Pour y parvenir, il cultivera un aspect séducteur et donc manipulateur.

Traitement : il n'existe pas à proprement parler de "traitement", aucune thérapeutique n'est spécialement efficace mais le temps, une influence attentive peuvent amener une bonne adaptation.

### 3. Les troubles dépressifs.

L'adolescent se situe entre deux sentiments : sa représentation idéale de lui-même avec ses fantasmes grandioses et réformateurs, et le sentiment de ne pas pouvoir réaliser cet Idéal du Moi. Naissent alors chez lui désarroi et autodépréciation.

- \* **Les tentatives de suicide** : l'adolescent se sent abandonné, isolé, inutile, sa solution est de verser dans un passage à l'acte suicidaire. Pour lui, rien ne sert, le monde est vide, il refuse de s'investir, ne trouve pas d'intérêt dans son environnement et manque de projets d'avenir. Sa demande ici implicite est un appel au secours, à la communication, à l'attention.

En effet dans notre structure sociale, les adolescents se voient interdire certaines formes d'accomplissement. Bien que matures sexuellement, la société continue à les traiter comme des enfants et les emprisonne dans une machinerie scolaire peuplée d'examens et autres diplômes, donc des rituels étroitement surveillés. Le taux d'adolescents suicidaires est très grand en Belgique, les réalités et perspectives socio-économiques ne facilitent pas leur insertion.

- \* **Les relations de dépendance ou états d'assuétude** : l'adolescent devient coutumier de la consommation d'alcool ou de drogue. Ce type de conduite semble plus répandu chez les garçons et plutôt dans le milieu urbain que rural. Souvent, l'adolescent tente de fuir une certaine misère sociale et/ou affective, de s'écarter des conflits, de juguler angoisse et anxiété. Sa difficulté, ou son impossibilité, d'établir une identité, et l'absence d'expériences épanouissantes dans un univers de plus en plus banalisé renforcent de telles conduites. A travers la prise d'alcool et/ou de drogue, l'adolescent lance un défi et exprime son désir d'affirmation, il joue avec la mort et prend des risques redoutables...

# La souffrance, plus forte que la vie

Pourquoi un jeune décide-t-il de mettre fin à ses jours ? Comment détecter des signes, l'aider ou réagir face à une classe endeuillée ?

**P**sychiatre d'ados et psychanalyste, Denis Hirsch évoque les racines du suicide (deuxième cause des décès chez les 15-25 ans) la prévention et l'accompagnement des personnes concernées.

**PROF : Comment comprendre ce geste ?**

**Denis Hirsch :** L'adolescent qui pense à se suicider se sent impuissant, isolé, coupable ou honteux, débordé par ses difficultés, et souhaite que cesse sa souffrance.

Soyons clair : penser à la mort fait partie des pensées normales d'un adolescent qui a besoin de *jouer* ainsi avec son imaginaire. La puberté, source de bouleversement de son identité, de sa relation à lui-même et à son corps, l'oblige à remanier ses liens avec ses parents et à faire son deuil de l'enfance. Tout adolescent vit donc des moments où il rumine des pensées sombres, puis son entrain revient. Cette *déprime* est normale : il parvient à mettre en mots, en fantasmes, ces vécus de deuils. Par contre, le jeune *dépressif* fait tout pour ne pas penser et ressentir ces vécus, il dénie sa détresse en l'exprimant par un symptôme, un acte ou un trouble du comportement.

**Mais justement, quels sont les signes inquiétants à repérer ?**

**Denis Hirsch :** La difficulté, c'est qu'ils sont variables et peu spécifiques. On peut s'appuyer sur trois types de signes. Il y a d'abord des messages directs ou indirects (textes, dessins). Ce peut être aussi des manifestations telles que la fatigue, l'anxiété, la tristesse, l'ennui, l'isolement, l'irritabilité, l'agressivité, un sentiment d'échec et d'inutilité... Ou des signes montrant la vulnérabilité : des décisions impulsives, brutales, incontrôlées, des conduites dangereuses, des fugues, de l'absentéisme, une chute de

résultats scolaires, des changements dans l'apparence et les soins personnels, ... L'histoire familiale individuelle, des événements de vie douloureux (déplacement ou placement, perte d'un être cher, ...) peuvent évidemment jouer un rôle important.

Pris isolément, la plupart de ces signes ne sont ni spécifiques ni exceptionnels chez un ado. Ce qui doit alerter, c'est lorsqu'ils s'accumulent et/ou se précipitent et qu'ils marquent un changement brusque du comportement habituel.

**L'école a-t-elle un rôle à jouer ?**

**Denis Hirsch :** Des enquêtes le montrent : lorsqu'un jeune parle de son intention de mettre fin à sa vie, c'est avant tout à un ami. Très secondairement, et de façon moins directe, à des adultes de référence : psychologue du CPMS, médecin, enseignant, ... Et rarement à ses parents.

L'ado soumet ses parents à un paradoxe : ils doivent le comprendre et ne pas se mêler de ses secrets, le laisser vivre des expériences nouvelles et, en même temps, le couvrir et le protéger. Par conséquent, le jeune qui se sent fragile et déprimé ne peut pas toujours en parler à ses parents par crainte de se sentir trop dépendant et attaché à eux. Ce conflit entre dépendance et autonomie peut apparaître moins intensément avec des adultes à l'école. Un ado peut ainsi dire sa détresse à un enseignant qui le prendra au sérieux sans jugement moral ni curiosité intrusive.

**Une position bien délicate pour cet enseignant confident ! Quel cadre doit-il se donner ?**

**Denis Hirsch :** Il doit se fixer des objectifs cohérents et des limites pour éviter de s'engager au-

delà de ses possibilités personnelles et de sa fonction de pédagogue.

D'abord, se dire que l'objectif n'est pas de résoudre à tout prix les problèmes du jeune, mais de lui offrir un temps de répit qui éloigne la menace suicidaire, relance ses capacités de penser, rompe sa solitude et atténue ses sentiments de honte, de culpabilité.

L'étape suivante, c'est, en maintenant un lien de confiance et de confidentialité, de guider, voire d'accompagner cet élève vers des intervenants spécialisés, quand l'adulte sent que c'est urgent et perçoit les limites de ses capacités d'aide. Cet enseignant doit aussi éviter de mettre hors jeu les parents de l'ado souvent enclin à critiquer le milieu familial et à idéaliser son confident. Le plus souvent possible, c'est important d'informer les parents, de les sensibiliser à la souffrance de leur enfant – dont les confidences sont respectées – et de les associer aux démarches de soins.

Sans ces balises, le confident risque de se sentir isolé, coincé dans une relation trop



© Franck Eté, Smeun

fusionnelle qui peut rapidement devenir angoissante pour lui-même et inopérante pour le jeune. Ou être déconcerté par des variations brutales dans la distance entre lui-même et l'ado. Quand celui-ci demande désespérément à être entendu et compris d'un adulte, il peut craindre d'être trop mis à nu, compromis dans son identité. Il faut respecter ces mouvements, sans perdre de vue que le jeune suicidaire reste en danger et que son refus de dialogue masque un besoin d'aide et une vulnérabilité énormes. Poursuivre le dialogue reste précieux même après l'instauration de soins spécialisés : cela diminue le risque de récurrence, respecte l'investissement de l'ado et le rassure sur le bien-fondé de sa démarche.

#### Mais comment concilier le relai vers d'autres personnes et la confidentialité qu'exige le jeune ?

Très tôt dans le dialogue, l'adulte peut dire qu'il aura peut-être besoin lui-même, à un moment ou à un autre, d'une discussion confidentielle avec un collègue. Et le jeune tolérera souvent un secret partagé avec d'autres personnes que son confident pour peu qu'il comprenne qu'elles pourront aussi l'aider.

#### Comment assurer la prévention à l'école ?

Prévenir suppose d'abord que les équipes éducatives reconnaissent la réalité du risque de suicide, et que l'on puisse exprimer et critiquer les idées reçues qui l'entourent – « *Ceux qui en parlent ne passent pas à l'acte* », ou « *Le suicide est héréditaire...* ». Cela suppose aussi qu'elles connaissent les signes pouvant annoncer une crise suicidaire.

Prévenir, c'est aussi discuter la question dans les équipes éducatives, construire une procédure et un dispositif en cas de suicide ou de tentative de suicide et disposer d'une bonne information sur les ressources d'aide pour les jeunes. L'école peut aussi établir des contacts voire un partenariat avec des services de santé compétents.

Proposer des conférences aux élèves dans toutes les classes n'est pas la bonne stratégie. Il vaut mieux, en s'appuyant sur l'aide de professionnels, promouvoir la santé mentale en insistant sur le savoir-être (estime de soi, empathie, capacité de résoudre les problèmes, de résister à l'influence des autres,...), la communication, la participation, la gestion des conflits, la qualité des relations humaines, notamment entre adultes et adolescents.

#### Comment, aussi, gérer la détresse suscitée par un tel acte chez les élèves et les enseignants ?

Annoncer le décès est important parce qu'il vaut mieux une information claire que des rumeurs. Et pour montrer que les adultes et l'école reconnaissent le fait et se soucient des élèves et de ce qu'ils ressentent. Puis, il faut rapidement aider les élèves et les enseignants à gérer solitude et culpabilité, à comprendre ce qui s'est passé et à entreprendre un travail de deuil. Les élèves peuvent se demander si c'est à cause d'eux que leur copain a disparu, s'ils auraient pu l'aider à temps. Il s'agit de les aider à exprimer des sentiments toujours ambivalents (tristesse, remords, colère). ●

Propos recueillis par  
**Catherine MOREAU**

#### ➔ Pour en savoir plus

- Le Centre de Prévention du Suicide dispose d'un site où l'on trouve une série de ressources, dont des publications, brochures,... [www.preventionsuicide.be](http://www.preventionsuicide.be)
- La Cellule provinciale de prévention du suicide, à Liège, a édité une brochure, *Le risque suicidaire et les adolescents. Quelques repères pour les directeurs et enseignants du secondaire face à une problématique complexe.* [bit.ly/1bo18Vj](http://bit.ly/1bo18Vj)
- L'ASBL Question Santé propose, dans le magazine *Bruxelles Santé* (n°29, mars 2003) un dossier intitulé *Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. Quelle prévention en milieu scolaire ?* [bit.ly/135kchX](http://bit.ly/135kchX)
- Le Programme de promotion de la santé financé par la Fédération Wallonie-Bruxelles répertorie des ressources, dont un DVD de prévention pour les ados, *Le mal être : des jeunes dans tous leurs états*, disponible en prêt. <http://bit.ly/1aGiTwr>
- Le Service de santé mentale de l'ULB a réalisé une *Recherche-action pour une prévention du suicide en milieu scolaire en région de Bruxelles-Capitale.* <http://bit.ly/1945PDU>
- BANTUELLE M., DEMEULEMEESTER R., *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*, INPES, coll. Référentiels, 2008

#### Aider à gérer les émotions

Confrontée à une situation liée au suicide, la direction d'un établissement scolaire peut faire appel aux équipes mobiles<sup>(1)</sup>, en complément à l'intervention du CPMS. « *Des rencontres, parfois individuelles à plusieurs reprises, avec les enseignants et avec les élèves, permettent d'exprimer pensées et émotions, puis de gérer le contre-coup* », témoigne Danièle Debergh, préfète de l'Athénée royal de La Louvière. Les médiateurs scolaires en Région wallonne et bruxelloise agissent davantage de manière préventive face à des élèves « à risque ».

Par ailleurs, la Direction générale de l'Enseignement obligatoire a mis en place un numéro vert Assistance écoles (0800 / 20 410, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h), qui peut aiguiller vers les services de la Fédération Wallonie-Bruxelles (CPMS, Équipes mobiles, Services de Médiation scolaire,...) et préciser la façon d'y faire appel, mais aussi vers d'autres services pouvant apporter aide ou accompagnement (Centres de santé mentale, Centre de prévention du suicide, services d'écoute téléphonique,...).

C. M.

<sup>(1)</sup> [www.enseignement.be/index.php?page=23747](http://www.enseignement.be/index.php?page=23747).

#### IV. Psychopathologie de l'adulte.

##### Aperçu des traitements.

##### 1. Les traitements biologiques ou chimiothérapie :

- psycholeptiques : abaissent le tonus psychique
  - agissant sur l'humeur :
    - les neuroleptiques ex: Haldol, Nozinan, Largactil, Neuleptil
    - les tranquillisants ex: Temesta, Valium, Théralène, Pertranquil
    - effet sédatif ex: Malcion - anxiolytique ex: Lexotan - antiépileptique ex: Rivotril
  - agissant sur la vigilance : les hypnotiques ex: Gardenal
- psychoanaleptiques : élèvent le tonus psychique
  - agissant sur l'humeur :
    - les antidépresseurs ex: Prozac, Redomex, Anafranil, Serlain
    - les thymorégulateurs à base de Lithium ex: Maniprex, Tegretol
  - agissant sur la vigilance : les amphétamines, la caféine
- psychodysleptiques : perturbent le tonus psychique
  - les hallucinogènes ex: LSD
  - les anti-parkinsoniens ex: Artane

##### 2. Les thérapies de choc :

La sismothérapie est réalisée sous anesthésie générale à raison de 6 à 8 séances tous les deux jours, elle consiste en une décharge électrique de 220 volts en  $\frac{1}{2}$  seconde avec une intensité de 50 à 250 mA, elle provoque une attaque épileptique par la décharge en masse et synchrone d'un groupe de neurones cérébraux.

Elle s'indique dans les états de mélancolie, la schizophrénie, les états maniaques, les états dépressifs graves, les délires chroniques.

##### 3. Les cures de sommeil :

La narcothérapie permet un sommeil discontinu et de profondeur variable pendant plusieurs jours, elle utilise des hypnotiques comme les barbituriques (sommifères) dans des conditions d'isolement et de calme.

##### 4. Les psychothérapies :

En groupe : le psychodrame (jeu de rôles), les thérapies systémiques et familiales, l'ergothérapie

En individuel : la psychanalyse, l'hypnose ou narcoanalyse, les thérapies comportementales, les thérapies de soutien ou guidance psychologique

Survol des méthodes psychothérapeutiques.

- L'approche psychanalytique.

La souffrance psychique est un symptôme, la manifestation tangible d'une pathologie localisée dans l'**inconscient**. Cette manifestation déguisée doit être déchiffrée pour accéder à la cause profonde. Sous l'effet d'un traumatisme ou d'un conflit de la petite enfance, le souvenir s'associe à un affect. Ceux-ci sont refoulés et parasitent l'inconscient.

La psychothérapie analytique consiste à instaurer une relation entre le thérapeute et le patient pour que ce dernier puisse revivre, en **transfert**, le conflit infantile et cette fois le résoudre. Le patient est donc invité par la technique des **associations libres** ou l'**analyse des rêves** à revivre les fragments oubliés de sa vie affective et à transférer sur le thérapeute les émotions (haine, amour, peur, colère,...) vécues de manière dramatique durant l'enfance. La "guérison" est obtenue lentement lorsque le patient a pris conscience de son conflit et a intégré harmonieusement les éléments de sa personnalité actuelle.

⇒ S. FREUD, C.G. JUNG, S. FERENZI, J. LACAN, Fr. DOLTO, ...

- L'approche behavioriste ou comportementale.

Le **comportement** de l'homme, comme celui de l'animal, dérive de phénomènes de **conditionnement** et d'**apprentissage**.

Le symptôme est un mauvais conditionnement et le traitement, de courte durée, consiste à le supprimer du **répertoire comportemental** du patient. L'**éducation comportementale clinique** dessine quatre étapes : établir les objectifs prioritaires en terme de comportement; observer ce comportement et en décrire les conditions d'apparition soit l'**analyse fonctionnelle**; mettre au point et appliquer le programme d'éducation basé sur les **processus de renforcement et de diminution** en lien avec des **renforceurs positifs** et des **stimuli aversifs**; évaluer les résultats de l'intervention.

⇒ I.P. PAVLOV, B.F. SKINNER, J. WATSON, ...

- L'approche systémique.

L'individu est un être de **communication** : on ne peut pas ne pas communiquer... Dans son système -l'homme et les autres- des colères, des tristesses, des insatisfactions s'installent : on essaie de comprendre et on comprend de moins en moins. Il faut alors sortir de son cadre de référence habituel et communiquer sur sa communication, soit la **métacommunication**.

La systémique envisage le **système se définissant comme un ensemble d'éléments interdépendants** dont le fonctionnement est régi par des lois précises. En conséquence, si on modifie un élément du système, le tout est automatiquement modifié, l'**homéostasie** est rompue. Par exemple, le système couple ou le système famille donne lieu à des thérapies conjugales et/ou familiales, le thérapeute y travaille avec tous les membres du couple ou de la famille.

⇒ G. BATESON, D. JACKSON, P. WATZLAWICK, V. SATIR ...

- L'analyse transactionnelle.

Dans la vie, l'individu joue les rôles appris durant l'enfance grâce aux messages parentaux au sujet de lui-même, des autres et du monde. Certains messages l'épanouissent, les permissifs, d'autres entravent sa croissance, les inhibiteurs. En fonction des attentes des parents, l'individu prend une décision de survie, soit un comportement qu'il répète même si sa raison d'être initiale a disparu.

La thérapie a pour but de retrouver les messages inhibiteurs, les décisions de vie qui en découlent et de faire prendre conscience au patient de la façon dont ils l'empêchent de vivre pleinement. Le patient revivra ces émotions aiguës associées aux messages anciens et prendra une re-décision adaptée à sa réalité actuelle.

⇒ E. BERNE

- La programmation neurolinguistique - PNL.

Chaque individu possède son propre système de représentation du monde. Pour comprendre quelqu'un et l'aider à résoudre ses problèmes, il faut connaître son système de représentation : le thérapeute doit parler son langage. Or ce langage est détectable parce qu'il transite par les canaux sensoriels. Ainsi, le patient disant "je vois, c'est clair!" a un langage visuel dominant, celui exprimant "j'entends bien mais je me dis..." a un langage auditif. Observer le vocabulaire, le mouvement oculaire sont des voies de prise en charge thérapeutique, celle-ci est de durée brève et porte sur des problèmes ponctuels et précis.

⇒ R. BANDLER, J. GRINDER, ...

- La sophrologie.

Cette méthode de relaxation est une synthèse du rāja yoga, de la méditation Zen et des techniques relaxantes occidentales. Par des exercices respiratoires, méditatifs et de détente musculaire, la sophrologie vise à approfondir la conscience du schéma corporel, elle procède par induction d'un état de conscience intermédiaire, la sophronisation, entre la veille et le sommeil. Le thérapeute invite à décontracter progressivement les muscles des différents segments du corps, ensuite à expérimenter la pesanteur et la chaleur des membres, il adjoint également des exercices visant la prise de conscience des rythmes respiratoires et cardiaques. L'induction au calme est proposée au moyen d'images mentales.

⇒ A. CAYCEDO

Remarque :

Dans chacune de ces méthodes de traitement ou de croissance personnelle, donc de psychothérapie, on trouve :

- une conception de l'homme - philosophie
- une théorie de la personnalité - psychologie
- une conception de la santé mentale - psychopathologie
- un ensemble d'outils techniques - technologie thérapeutique.

Pathologies.

1. Les névroses.

1.1. L'hystérie : *Prépondérance féminine*

La grande crise : la crise de nerfs

La petite crise : la syncope

La maladie psychosomatique : les symptômes d'expression somatique et/ou psychique comme l'ulcère, l'herpès

Symptômes : théâtralisme voire mythomanie, suggestibilité, séduction, insatisfaction sexuelle

Traitements : psychothérapie analytique, chimiothérapie anxiolytique

1.2. La névrose obsessionnelle : *Prépondérance masculine*

Obsession, compulsion et rituel : être obsédé par les microbes, se laver les mains dix à vingt fois sur la journée

Psychasthénie (hésitation perpétuelle, fatigue)

Traitements : chimiothérapie à antidépresseur, thérapie comportementale

1.3. La névrose d'angoisse :

Les crises d'angoisse : sentiment d'insécurité, appréhension d'un danger, désarroi, pessimisme, sudation, pâleur

L'état permanent et diffus : sentiment d'insécurité, lutte continuelle

Traitements : chimiothérapie anxiolytique, sophrologie (relaxation), psychothérapie analytique

1.4. La névrose phobique :

Angoisse spécifique, au-delà du contrôle volontaire, déclenchée par un objet ou une situation et qui disparaît en son absence

Phobie des hauteurs, claustrophobie, agoraphobie, phobie des animaux

Traitements : chimiothérapie anxiolytique, sophrologie (relaxation), psychothérapie analytique ou thérapie comportementale

1.5. La névrose traumatique :

Consécutives à un événement mettant la vie en danger, celle de la personne ou celle d'un proche

Effroi avec émotion et stupeur, ruminations (pensées répétitives), rêves ou cauchemars récurrents

Traitements : thérapie de soutien, chimiothérapie anxiolytique, narcoanalyse



*Dans la première partie du traitement le thérapeute fait partie du cadre. On verra au bout d'un certain temps se développer une assurance plus grande, une confiance en soi meilleure. On pourra alors conduire la prise en charge de manière classique et tenter de faire découvrir au patient que ce qu'il craint a déjà été vécu.*

**Conclusion :**

*Il y a du désespoir dans la phobie. Mais que l'angoisse puisse trouver une forme de sublimation telle paraît être l'issue possible de la phobie. C'est la raison qui pousse volontiers les phobiques aux avant postes de la création dans un idéal narcissique.*

**Liste des Phobies Traitées**

---

<i>Acrophobie (Endroits élevés)</i>	<i>Musophobie (Souris)</i>
<i>Aéro-acrophobie (Peur de prendre l'avion)</i>	<i>Mysophobie (Saleté et microbes)</i>
<i>Aérophobie (Courants d'air)</i>	<i>Nosophobie (Maladies)</i>
<i>Agoraphobie (Grands espaces et lieux publics)</i>	<i>Nudophobie (Nudité)</i>
<i>Aichmophobie (Objets pointus)</i>	<i>Numérophobie (Numéros)</i>
<i>Ailurophobie (Chats)</i>	<i>Nyctophobie (Nuit)</i>
<i>Algophobie (Douleur)</i>	<i>Ochlophobie (Foules)</i>
<i>Amatophobie (Poussière)</i>	<i>Ophidiophobie (Serpents)</i>
<i>Amaxophobie (Peur d'être dans un véhicule)</i>	<i>Ornithophobie (Oiseaux)</i>
<i>Anémophobie (Vent)</i>	<i>Pédiophobie (Poupées)</i>
<i>Anthropophobie (L'homme en général)</i>	<i>Phasmophobie (Fantômes)</i>
<i>Apeirophobie (L'infini)</i>	<i>Phobophobie (Phobie)</i>
<i>Apiphobie (Abeilles)</i>	<i>Photophobie (Lumière)</i>
<i>Aquaphobie (Eau)</i>	<i>Phnigophobie (Étouffement, étranglement)</i>
<i>Arachnéphobie (Araignées)</i>	<i>Ptéronophobie (Plumes)</i>
<i>Astraphobie (Éclairs)</i>	<i>Pyrophobie (Feu)</i>
<i>Aurophobie (Aube)</i>	<i>Satanophobie (Démon)</i>
<i>Bathophobie (Profondeurs)</i>	<i>Sidérodromophobie (Trains)</i>
<i>Batrachophobie (Grenouilles)</i>	<i>Strygiophobie (Enfer)</i>
<i>Bélonéphobie (Aiguilles)</i>	<i>Taphophobie (Peur d'être enterré vivant)</i>
<i>Bibliophobie (Livres)</i>	<i>Thalassophobie (Mer)</i>
<i>Brontophobie (Tonnerre)</i>	<i>Thanatophobie (Mort)</i>
<i>Cancérophobie (Cancer)</i>	<i>Thermophobie (Chaleur)</i>
<i>Chionophobie (Neige)</i>	<i>Toxicophobie (Poison)</i>
<i>Chromatophobie (Couleurs)</i>	<i>Trichophobie (Cheveux)</i>
<i>Claustrophobie (Espaces clos)</i>	<i>Triskaïdékaphobie (Chiffre 13)</i>
<i>Climacophobie (Escaliers)</i>	<i>Xénophobie (Étrangers)</i>
<i>Cremonophobie (Précipices)</i>	<i>Zoophobie (Animaux)</i>
<i>Crystallophobie (Verre)</i>	
<i>Cynophobie (Chiens)</i>	
<i>Diképhobie (Justice)</i>	
<i>Dromophobie (Peur de traverser la rue)</i>	
<i>Eisophobie (Miroir)</i>	
<i>Emétophobie (Peur de vomir)</i>	
<i>Entomophobie (Insectes)</i>	
<i>Ereutophobie (Peur de rougir en public)</i>	
<i>Génophobie (Sexe)</i>	
<i>Géphyrophobie (Peur de franchir un pont)</i>	
<i>Gynophobie (Femmes)</i>	
<i>Hématophobie (Sang)</i>	
<i>Homilophobie (Sermons)</i>	
<i>Hylphobie (Forêts)</i>	
<i>Kleptophobie (Peur de voler ou de devenir voleur)</i>	
<i>Lyssophobie (Peur de devenir fou)</i>	
<i>Métallophobie (Métaux)</i>	
<i>Monophobie (Peur d'être seul)</i>	

## 2. Les psychoses.

### 2.1. La schizophrénie :

Syndrôme dissociatif : dépersonnalisation (dédoublement), troubles de la pensée (délire), troubles du langage (néologisme), troubles de l'affectivité (émotions paradoxales), troubles psychomoteurs, troubles des conduites (apragmatisme)

Traitements : hospitalisation, chimiothérapie neuroleptique

### 2.2. Les psychoses délirantes :

Etat chronique délirant à thème de persécution (paranoïaque), de grandeur, à thème mystique, passionnel (érotomaniaque)  
Dépersonnalisation, participation thymique

Traitements : hospitalisation, chimiothérapie neuroleptique, thérapie de soutien

### 2.3. Les psychoses hallucinatoires :

Organisation délirante avec phénomènes hallucinatoires (visuels, auditifs, olfactifs, cénesthésiques), désorganisation de la personnalité

Traitements : hospitalisation, chimiothérapie neuroleptique, thérapie de soutien

### 2.4. La psychose maniaco-dépressive :

Evolution cyclothymique avec comme pôles :

- la manie : excitation et exaltation de l'humeur (présentation exubérante, euphorie), fuite des idées, hyperactivité désordonnée, insomnie
- la mélancolie : inhibition de la volonté, inertie et ralentissement idéo-moteur, perte du goût de vivre, désir de mort, anorexie

Traitements : hospitalisation, chimiothérapie conjugant antidépresseur, tranquilisant sédatif et thymorégulateur à base de Lithium

### 2.5. La paranoïa :

Psychose chronique constitutionnelle sans dissociation de la personnalité : surestimation du Moi, absence d'autocritique, fausseté du jugement, méfiance et susceptibilité, état sthénique  
Potentiel criminologique

Traitements : chimiothérapie neuroleptique, thérapie de soutien mais difficilement acceptés

3. Les maladies de l'astructure :

3.1. Les perversions sexuelles :

Masturbation persistante et frénétique, transsexualisme, transvertisme, pédophilie et pédérastie, fétichisme, sadomasochisme, exhibitionnisme et voyeurisme, nécrophilie, zoophilie, urophilie et scatophilie

Traitements : chimiothérapie hormonale, psychothérapie analytique, thérapie de soutien

3.2. Les dépressions:

**Endogène** liée à une affection ou un dysfonctionnement interne (hypothyroïdie, tumeur cérébrale) et non à une cause externe particulière : sont observées des anomalies au niveau d'au moins deux neurotransmetteurs, la noradrénaline et la sérotonine

**Psychogène** liée à une pathologie psychiatrique de départ (maniaco-dépression, alcoolisme)

**Exogène** en réaction à un événement extérieur (deuil, mariage d'un enfant, accouchement)

Remarque : schéma comparatif en page suivante  
- Remerciements à Mme M. Lebrun

Symptômes : dysphorie (tristesse, sentiment d'abandon et d'inutilité) inhibition et perte d'intérêts, troubles du sommeil (asthénie, hypersomnie, sommeil irrégulier), baisse libidinale, troubles de l'appétit (boulimie, anorexie), plaintes somatiques, anxiété manifeste, conduite suicidaire

Traitements : chimiothérapie à antidépresseur, thérapie de soutien, psychothérapie analytique, narcothérapie

Cas particulier : *la dépression saisonnière*

Les plus fréquentes se situent à l'automne et en hiver, elles sont liées aux trop courtes périodes de lumière. Ses caractéristiques spécifiques s'axent en premier sur une grande fatigue ressentie, en deux sur une hypersomnie en découlant et en trois sur un grand appétit principalement dirigé vers le sucre. Le traitement consiste dans ce cas de figure à s'exposer quotidiennement et pendant un temps donné à une lampe émettant une lumière blanche dans un certain faisceau de longueurs d'onde.

Les toxicomanies :

Etat d'intoxication périodique ou chronique engendré par la consommation répétée d'une drogue entraînant les caractéristiques suivantes : - invincible désir de continuer  
- tendance à augmenter la dose (accoutumance)  
- dépendance psychique et parfois physique

Drogue douce - dépendance psychique ex: café, tabac, haschisch  
Drogue dure - dépendance psychique et physique ex: alcool

Classification des drogues :

- 1°- Effet sédatif : - calmants/somnifères
  - \* benzodiazépines ex: Valium, Rohypnol,...
  - \* barbituriques ex: Gardenal, Luminal, Vesparax
  - alcool
  - opiacées : opium, morphine, héroïneSymptômes : décontraction musculaire, sensation orgasmique,...
- 2°- Effet stimulant : - amphétamine
  - cocaïne
  - crackSymptômes - drogues psychotoniques : endurance contre la faim et la fatigue, confusion, onirisme,...
- 3°- Effet stimulant et hallucinogène : ectasy (XTC)  
Symptômes - stupéfiants : hyperexcitabilité, spasmes, augmentation libidinale,...
- 4°- Effet sédatif et hallucinogène : les solvants  
colles ex: Patex - essences ex: gaz de briquet  
détachants/dissolvants ex: Sassi
- 5°- Effet hallucinogène : - cannabis, marijuana, haschisch, sheet
  - LSD
  - PCPSymptômes - drogues psychédéliques : euphorie, effacement des notions spatio-temporelles, augmentation libidinale, perceptions sensorielles modifiées et fantastiques

Remarque : tableau comparatif et récapitulatif en page suivante  
- Remerciements à M. G. Delmotte

Traitements : sevrage par neuroleptique, traitement substitutif à la méthadone, psychothérapie de soutien en groupe et en individuel

### 3.4. La personnalité antisociale :

Elle est le fruit des aménagements caractériels de l'enfance et de la conduite psychopathique de l'adolescence. Ce type de personnalité se caractérise par un mode de comportement irresponsable et antisocial.

#### Manifestations :

- Incapacité à maintenir une activité professionnelle régulière : chômage, absences répétées au travail, abandon de plusieurs emplois sans projet réaliste d'obtention d'une autre activité professionnelle
- Incapacité à respecter des obligations financières : dettes impayées, difficulté à subvenir aux besoins d'une personne ou d'un enfant à charge
- Mythomanie : le psychopathe place souvent une "couche dorée" sur sa médiocrité quotidienne, dit souvent sentir "psychologue", développe des projets mégalomaniaques ou suradaptés
- Incapacité à se conformer aux normes sociales : actes passibles d'arrestation comme le vol, molestation, exercice d'une activité illégale
- Irritabilité, agressivité : bagarres, agressions, molestation d'un conjoint ou de son enfant
- Mensonges répétés, absence de respect pour la vérité : utilisation de pseudonymes, abus de confiance
- Imprudence pour la sécurité : conduite en état d'ivresse, excès de vitesse répétés
- Hypersexualité, conduites perverses
- Absence de remords : le psychopathe pense souvent avoir eu raison de maltraiter, voler autrui ...

#### Traitement :

Il n'existe pas à proprement parler de "traitement", aucune thérapeutique n'est spécialement efficace mais le temps, une influence attentive peuvent amener une bonne adaptation.

## V. Psychopathologie de la personne âgée.

La présénescence s'étale de 45 à 65 ans, elle précède la sénescence qui constitue le processus de vieillissement normal. Au point de vue psychique, un déclin progressif des aptitudes des fonctions sensorielles et intellectuelles s'enregistre, ainsi les temps de réaction tant auditive que visuelle diminuent, la mémoire se dégrade dans sa phase de fixation et d'évocation des événements récents.

La sénilité ou l'état sénile constitue quant à lui un état déficitaire et pathologique.

### 1. L'état confusionnel.

Bien que courant chez la personne âgée malade psychiquement, cet état n'est pas propre à la psychopathologie sénile, ses causes peuvent être nombreuses :

- infectieuse : méningite, encéphalite
- intoxication : alcool, médicament, monoxyde de carbone,...
- endocrinienne et métabolique : diabète, insuffisance rénale,...
- atteintes cérébro-méningées : tumeur, traumatisme crânien, AVC,...

Symptômes : - désorientation spatio-temporelle  
- troubles mnésiques  
- onirisme : rêve vécu et agi  
- trouble de la conscience  
- perturbations biologiques : déshydratation, escarre,...

Traitement : étiologique et symptomatique, les neuroleptiques peuvent combattre l'agitation

### 2. Les démences.

Elles constituent un état chronique lié à un déficit progressif.

Symptômes :

- désorientation spatio-temporelle
- trouble de l'attention
- trouble mnésique : amnésie lacunaire
- trouble du langage et du raisonnement : raturage, logorrhée, soliloque
- trouble du caractère : irritabilité, égocentrisme, indifférence, régression affective avec puerilité
- troubles des conduites : turbulence nocturne, errance

Traitement : étiologique et symptomatique, les neuroleptiques peuvent combattre l'agitation

Formes :

a. **La maladie de Pick** : *Prépondérance masculine*

Elle apparaît entre 45 et 65 ans, c'est une pathologie présénile caractérisée par :

- perte d'initiative : apathie et akinésie + incontinence
- troubles des conduites : euphorie puérile, tendance à flairer et renifler
- appauvrissement et stéréotypie du langage ; itération verbale + mutisme
- trouble d'agnosie : impossibilité de reconnaître et utiliser des objets usuels
- atrophie frontale et temporale du cerveau

b. **La démence sénile** :

Elle apparaît après 65 ans, c'est une pathologie sénile caractérisée par :

- turbulences nocturnes
- troubles de la mémoire
- réduction pondérale globale du cerveau (1300gr. → 1000gr.)

c. **La maladie d'Alzheimer** : *Prépondérance féminine*

Elle apparaît entre 45 et 65 ans, c'est une pathologie présénile caractérisée par :

- troubles praxiques : incapacité à l'habillement, activités persévératrices improductives
- troubles aphasiques : le langage devient jargonophasique
- hypertonie musculaire
- atrophie globale du cerveau

## VI. Pathologies neuro-psychiatriques.

### 1. L'épilepsie.

L'épilepsie se caractérise par une décharge neuronique des structures profondes du cerveau, c'est une expression électrique bilatérale, synchrones et symétriques.

Traitement : médication anti-épileptique - ex: Tégrétol, Dépakine, surveillance EEG

#### 1.1. L'épilepsie "grand mal" :

Elle se manifeste par des crises paroxystiques.

Le début est brutal et est lié à une perte de conscience.

La phase tonique dure 10 à 20 secondes et consiste en une contraction intense de l'ensemble des muscles accompagnée d'un cri inarticulé et saccadé. Le malade chute souvent, se cyanose intensément, son rythme cardiaque s'accélère et une hypersécrétion salivaire se produit.

La phase clonique dure 20 à 30 secondes et se caractérise par des secousses musculaires entraînant parfois la morsure de la langue.

La phase résolutive entraîne un relâchement musculaire et donc des sphincters avec perte des urines. La respiration reste bruyante et s'accompagne d'un écoulement salivaire sanguinolent. Le malade peut à ce moment s'endormir, sa peau reprend une coloration normale et son rythme cardiaque se calme.

#### 1.2. L'épilepsie "petit mal" :

Elle se manifeste par une absence : principalement chez l'enfant, se caractérise par une brusque dissolution de la conscience sans modification du tonus postural. Le malade interrompt sa phrase ou son geste, son regard devient fixe, les yeux tournés vers le haut; et après quelques secondes, il reprend la phrase ou le geste abandonné.

### 2. La chorée de Huntington.

Cette maladie musculaire dégénérative génétique évolue sur 25 à 30 ans, elle apparaît vers 40 ans. Des mouvements anormaux apparaissent d'abord à la face, touche la bouche et la langue, et affecte la parole qui devient inintelligible. Ensuite, ces mouvements touchent tout le corps, la marche devient difficile, les gesticulations désordonnées se multiplient, le malade évolue vers un état grabataire. De plus, viennent se greffer des troubles psychiques comme des difficultés d'attention, des troubles mnésiques, de l'agressivité et de l'irritabilité, des phases anxieuses et des périodes dépressives.

Traitement : symptomatique avec médication antidépressive et neuroleptique, kynésithérapie spécialisée



3. La myopathie.

Cette affection musculaire dégénérative est héréditaire et touche principalement les garçons : dystrophie musculaire à évolution lente souvent accompagnée de calvitie précoce, d'atrophie testiculaire, de cataracte.

Traitement : symptomatique avec médication adaptée et kynésithérapie spécialisée

4. La poliomyélite.

Elle est une maladie virale entraînant une dégénérescence des cellules nerveuses qui débute dans le renflement cervical de la moelle. Une atrophie musculaire progressive s'installe, les réflexes tendineux disparaissent mais la sensibilité est maintenue. Si la paralysie atteint la sphère labio-glosso-laryngée, des troubles graves de la respiration et de la déglutition entraîne la mort.

Traitement : symptomatique avec médication adaptée et kynésithérapie spécialisée

5. La maladie de Parkinson.

Cette "paralysie agissante", découverte par Sir James Parkinson en 1817, touche 1% de la population. Elle apparaît vers 50 ans et consiste en une atrophie neuronique du locus niger.

Symptômes :

- tremblement : d'abord discret suite à une émotion, le phénomène va petit à petit modifier l'écriture, la fréquence de tremblement devient de l'ordre de 5 par secondes soit d'un membre supérieur, inférieur et/ou de la face
- raideur : un segment du corps se fixe et devient rigide, la mobilisation se fait par à-coups, en "roue dentée"  
p.ex.: perte du balancement du bras lors de la marche, faciès figé
- akinésie : difficultés dans les mouvements automatiques et volontaires  
p.ex.: incapacité ou lenteur à s'habiller, voix faible mal articulée

Traitement : intervention neuro-chirurgicale, médication anti-parkinsonienne - ex: Artane

## Liste non exhaustive de questions

1. En quoi *l'allégorie de la lèpre*, en référence à A. LEFEBVRE, peut s'associer aux diverses approches de la maladie mentale ? Expliquer.
2. En quoi *l'allégorie de la peste*, en référence à A. LEFEBVRE, peut s'associer aux diverses approches de la maladie mentale ? Expliquer.
3. En quoi *l'allégorie de la tuberculose ou du cristal de roche*, en référence à A. LEFEBVRE, peut s'associer aux diverses approches de la maladie mentale ? Expliquer.
4. Quels sont les *mécanismes de défense* majeurs rencontrés facilement dans la *structure névrotique* ? Et ceux rencontrés dans la *structure névrotique* ? Expliquer brièvement.
5. Différencier les rôles du psychiatre, du psychologue et de l'assistant social dans une *équipe pluridisciplinaire* composée également d'éducateurs et d'infirmiers. Expliquer succinctement.
6. Qu'entend-on par *TDA/H* ? Décrire les symptômes majeurs. Différencier du *syndrome de Gilles de la Tourette*.
7. Qu'entend-on par *trouble instrumental pur* ? Citer trois symptômes majeurs – concevoir trois activités éducatives en lien.
8. Imaginer trois activités éducatives que l'éducateur pourrait mener dans le cadre d'une *dyslexie* diagnostiquée par un(e) logopède / orthophoniste.
9. Définir en référence à L. KREISLER l'*énurésie* chez l'enfant. Quelles sont les questions que l'éducateur doit se poser à l'apparition des symptômes ? Quels sont les approches et traitements possibles ?
10. Décrire et différencier trois *conduites phobiques* chez l'enfant.
11. Décrire les symptômes majeurs de l'*autisme infantile précoce*.
12. Décrire l'*évolution psychotique* générale de l'enfant.
13. Décrire les symptômes majeurs de l'*anorexie* chez l'adolescent.
14. L'adolescent peut vivre des *troubles dépressifs*, expliquer. A travers quels passages à l'acte ou comportements peuvent s'exprimer ces épisodes dépressifs ? Décrire.
15. Dans le cadre de la *toxicomanie*, décrire une classification des drogues en fonction de leurs effets.

16. Qu'entend-on par 'TOC' chez l'adulte ? Expliquer : symptômes et traitement. Différencier de la *névrose d'angoisse*.
17. Décrire la *névrose traumatique* chez l'adulte : symptômes, étiologie et traitement. Différencier de la *névrose phobique*.
18. Décrire la *psychose maniaco-dépressive* ou *dépression bipolaire* chez l'adulte : schéma, symptômes et traitement.
19. A quoi correspond la *schizophrénie* chez l'adulte ? Expliquer symptômes et traitement.
20. Différencier les trois types de *dépression* chez l'adulte, situer la *dépression post-partum*. Evoquer la *dépression saisonnière* et son traitement particulier.
21. Différencier les trois types de *démence* chez la personne âgée.
22. Différencier succinctement les trois phases de *l'épilepsie "grand mal"*.
23. Décrire les trois symptômes fondamentaux de la *maladie de Parkinson*.
24. Décrire l'approche psychothérapeutique de type systémique et la sophrologie face à la maladie mentale.