

Troubles anxieux et de l'adaptation chez l'enfant et l'adolescent (symptômes névrotiques)

Rédaction : JP Visier, P Mazet, M Myquel, C Vidailhet, JP Visier - Relecture : D Sauvage - Relecture 2008 : JP Raynaud

Objectifs :

Savoir connaître les différents modes d'expression des troubles anxieux et de l'adaptation chez l'enfant et l'adolescent
Savoir évaluer les risques évolutifs chez un enfant ou un adolescent présentant des troubles anxieux ou de l'adaptation
Savoir expliquer à l'enfant et à la famille la place de l'anxiété normale dans le développement
Connaître les bases du traitement des troubles anxieux et de l'adaptation chez l'enfant et l'adolescent

1. Introduction

Au cours de la structuration de la personnalité de l'enfant et de la construction de son identité, on peut constater des manifestations gênantes, douloureuses, étonnantes pour l'enfant et/ou son entourage. Lorsque ces manifestations sont labiles, changeantes, elles peuvent être le signe d'une souffrance psychique transitoire qui s'inscrit de façon tout à fait physiologique dans le développement. Quand elles sont persistantes ou plus intenses, elles peuvent aussi signer une organisation défectueuse de la personnalité qui est en train de se développer de façon non harmonieuse.

Ces manifestations sont retrouvées sous des termes différents dans les diverses classifications psychiatriques :

- Troubles anxieux de l'enfance ou de l'adolescence dans le DSM-IV, classification américaine qui se veut athéorique.
- Troubles émotionnels débutant dans l'enfance dans la CIM-10, classification de l'OMS.
- Troubles névrotiques dans la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA).

Epidémiologie :

Les troubles anxieux regroupent un ensemble de catégories dont la prévalence globale, en population générale, est l'une des plus élevées chez l'enfant (entre 8 et 22 % selon les auteurs et les catégories diagnostiques, tous troubles confondus).

La répartition des différents troubles anxieux varie en fonction de l'âge et du sexe.

L'âge moyen de début des troubles est compris entre 7 et 12 ans.

Les études rétrospectives montrent qu'au moins 80 % des adultes présentant des troubles anxieux avaient développé des symptômes anxieux avant l'âge de 18 ans.

L'ensemble des études plaide en faveur d'une plus forte prévalence dans le sexe féminin, quel que soit l'âge (sex-ratio M/F entre 0.7 et 0.4).

Hypothèses psychopathologiques :

La valeur psychopathologique de ces troubles varie selon les théories auxquelles on se réfère.

Les récentes connaissances sur le développement du nourrisson insistent sur l'importance des interactions entre l'enfant et son environnement, dans l'organisation de sa personnalité, à partir de données propres à chaque individu.

La psychanalyse n'a étudié directement les enfants que secondairement. C'est par reconstruction à partir d'analyse d'adultes essentiellement, que Freud a décrit la névrose infantile "normale" (conflits liés au complexe d'œdipe et à l'angoisse de castration existant chez tout enfant au cours de son développement).

La psychanalyse considère les symptômes ou les manifestations névrotiques comme l'expression de l'angoisse ou des processus mis en œuvre pour aménager les conflits intrapsychiques inconscients et lutter contre l'angoisse. En revanche, la névrose "clinique" correspond à une souffrance psychique qui nécessite des soins spécialisés.

Les cognitivistes considèrent le symptôme névrotique comme un comportement appris, une erreur dans les processus d'apprentissage. En supprimant le symptôme on supprimerait la névrose.

Les théories familiales systémiques prennent en compte les interactions familiales, le rôle de chaque membre de la famille, l'articulation des symptômes de l'enfant avec l'équilibre familial. La disparition du symptôme névrotique s'opérerait par la transformation du système familial en un nouveau système qui n'a plus besoin de la maladie du sujet désigné comme malade.

2. Manifestations des troubles anxieux

2.1. Symptômes d'angoisse

Angoisse = vécu pénible impliquant une insécurité, une menace liée :

- à un danger indéterminé ("peur sans objet"),
- à des événements impliquant un danger potentiel physique ou psychologique (séparation, intervention chirurgicale, examen), mais disproportionnée ou inadéquate aux yeux d'un observateur extérieur.

L'angoisse est une composante normale du développement.

Elle avertit d'un danger, s'inscrit dans une progression, manifeste des limites (que l'on peut dépasser) et des émotions (partir de la maison, montrer ses capacités peut être à la fois tentant et inquiétant).

L'angoisse de séparation fait partie du processus maturatif de l'enfant.

Modes d'expression de l'angoisse :

L'angoisse est rarement verbalisée directement en tant que telle.

Elle doit être recherchée derrière :

- ▶ Des manifestations somatiques : céphalées, douleurs abdominales, vomissements, plaintes répétées de localisation changeante, fatigue.
- ▶ Des craintes sur la santé, la mort (celle de l'enfant ou de membres de l'entourage)
- ▶ Des troubles du coucher et du sommeil : - opposition au coucher (normale vers 2/3 ans)
 - éveils anxieux
 - rêves d'angoisse
 - terreurs nocturnes
 - insomnies
- ▶ Des troubles du comportement : - colère
 - instabilité
 - opposition
 - agitation
 - ou inhibition

2.1.1. Angoisse de séparation

= trouble anxieux le plus fréquent chez l'enfant pré pubère.

La prévalence varie entre 3,5 et 5,4 % et le sex-ratio entre 0,4 et 1 garçon pour une fille.

Les pics de fréquence sont observés à l'âge de 6 ans et à l'âge de 11 ans (correspondant respectivement à l'entrée à l'école primaire et au collège).

Le mode d'entrée est le plus souvent brutal sans signe prémorbide mais il existe aussi des formes progressives.

Le rôle des facteurs déclenchants est discuté.

Cette forme clinique comporte 3 séries de signes :

- La détresse lors de la séparation : se manifeste lors de la survenue ou de l'anticipation de la séparation. Il peut exister un véritable état de panique avec signes somatiques (douleurs abdominales, céphalées, nausées, palpitations, impression d'évanouissement ou de mort). On peut trouver des manifestations agressives (pleurs, colères, provocations) en particulier à l'adolescence. La préoccupation majeure et continue de l'enfant est son accessibilité à la mère. Il ressent une crainte permanente des éloignements (rester seul, dormir seul, rester à l'école, séjourner hors de la famille, faire face à une orientation professionnelle à l'âge adolescent).

- Les ruminations et les préoccupations morbides : elles sont constantes.

L'enfant présente des pensées obsédantes concernant l'intégrité de la famille (peur de la maladie ou du décès d'un parent) mais aussi sa propre intégrité (peur de kidnapping, séquestration, maladie ou hospitalisation).

Des cauchemars à thème de séparation et des préoccupations sur la mort sont fréquemment retrouvés chez les 5-8 ans.

- La nostalgie du chez soi : elle correspond chez l'adolescent à un sentiment du manque de la maison ou des membres de la famille.

Ces enfants ont un désir intense de réunions familiales.

L'angoisse de séparation est rarement isolée et au contraire souvent associée à d'autres manifestations. La principale comorbidité concerne :

- Les troubles du comportement (irritabilité, colère, violence, tyrannie)
- La dépression (dans 30 % des cas selon certaines études)
- Les autres troubles anxieux (en particulier phobies simples, troubles paniques, hyperanxiété)
- La consommation de toxiques (tranquillisants, alcool, haschich), à l'adolescence.

2.1.2. Trouble panique

= récurrence chez un même sujet d'attaques de panique successives.

Les attaques de panique sont des crises d'anxiété paroxystiques de survenue brutale et d'évolution brève.

Il associe :

- Manifestations subjectives : peur de mourir, de devenir fou, de perdre le contrôle de soi-même.
- Malaises physiques: palpitations, tremblements, sueurs, dyspnée, vertige, paresthésies, douleur, nausées.
- Symptômes psychosensoriels, trouble des perceptions sensorielles, dépersonnalisation, déréalisation.
- Manifestations comportementales : appel à l'aide, recherche de sécurité, évitement.

Trouble panique et agoraphobie sont très souvent associés.

Ce n'est pas l'angoisse qui est pathologique mais la difficulté à la maîtriser.

C'est donc la permanence, l'intensité des troubles, le fait que l'angoisse devienne envahissante, ou l'entrave que les troubles apportent au développement harmonieux de l'enfant qui doivent attirer l'attention sur le caractère pathologique de ces manifestations.

2.2. Symptômes de type phobique :

Phobies = peurs irrationnelles d'un objet, d'une situation "objectivement" dépourvus de danger.

Elles s'accompagnent de conduites d'évitement et de réassurance avec utilisation d'un objet ou d'une personne contraphobique (ex : un enfant qui a une phobie des ascenseurs pourra le prendre accompagné ou en emportant une petite voiture dans sa poche).

Les phobies peuvent être des éléments normaux au cours du développement. On rencontre ainsi la peur :

- de l'étranger vers 8 mois
- du noir vers 2 ans
- des gros animaux vers 3 ou 4 ans
- des petits animaux vers 4 ou 5 ans
- du loup, de l'ogre, des sorcières
- des microbes, des maladies, de la mort vers 6 ou 7 ans
- de situations inhabituelles ou banales (peur de vidange de la baignoire ou de la chasse des WC)
- d'être seul dans une pièce.

Ces peurs s'atténuent spontanément de manière assez habituelle.

Certaines peuvent d'ailleurs persister sans retentissement décelable sur le développement (ex. : la peur des souris ...)

L'absence totale de ces peurs au cours du développement est même considérée par certains comme une anomalie.

Le caractère pathologique de ces manifestations tient à leur intensité, à leur persistance prolongée, à l'angoisse qui les accompagne, à la difficulté à se réassurer, à la complexité des processus contraphobiques, et à leurs effets nocifs sur le développement.

2.2.1. Phobies sociales

Peur de parler en public, peur de rougir, peur de ce que l'autre pense de vous. Elles peuvent être des éléments normaux du développement, en particulier, à l'adolescence.

Là encore, leur gravité dépend du contexte et de leur caractère plus ou moins invalidant pour l'enfant (ex. : aspects pathologiques de la timidité).

2.2.2. Phobies scolaires (refus scolaires anxieux)

Relativement fréquentes (2% des enfants d'âge scolaire). Refus de se rendre à l'école ou de pénétrer dans la classe qui s'accompagne de manifestations d'angoisse intenses (céphalées, maux de ventre, sueurs) et éventuellement de réactions de panique en particulier si l'enfant est forcé.

Le calme revient quand l'enfant est assuré de rester à la maison où il peut d'ailleurs travailler. L'enfant n'est pas accessible au raisonnement. Il promet d'aller à l'école le lendemain.

On peut retrouver accompagnant cette phobie scolaire, d'autres phobies, des manifestations obsessionnelles, une angoisse de séparation, un état dépressif.

En l'absence d'intervention rapide, on peut aboutir à une déscolarisation dont les effets peuvent devenir dramatiques. Il s'agit d'une urgence thérapeutique.

Cette phobie scolaire se rencontre souvent chez des enfants dont l'investissement scolaire est très important et qui ne supportent pas l'idée d'un échec ou d'un résultat inférieur à leur souhait mais aussi chez des enfants dépendants et immatures.

Elle est à différencier des difficultés de séparation de l'enfant avec la mère à l'école maternelle.

Elle est aussi à différencier de l'école buissonnière qui, en particulier, ne s'accompagne pas de manifestations d'angoisse.

2.2.3. Phobies atypiques

Certaines manifestations d'allure phobique (y compris scolaires) relèvent en fait d'autres entités pathologiques. On peut les retrouver, teintées de bizarrerie et parfois accompagnées d'angoisses majeures (ex. : peur d'être emporté par le vent, panique déclenchée par l'aspirateur, peur de son ombre, etc.) dans un contexte de psychose infantile ou d'autisme qui est à évaluer.

2.3. Symptômes de type obsessionnel

Obsession = une idée ou une conduite qui s'impose.

Rituel = procédés à valeur "magique", accomplis de façon répétitive, dont l'accomplissement soulage l'angoisse mais qui devient lui-même impératif (ex. : lavages de mains répétés sans cesse).

Compulsion : une dimension "compulsive" infiltre plus ou moins l'ensemble : le sujet se sent obligé de penser ou de faire, tout en ayant conscience de l'inutilité "objective" de ces obligations.

► Des comportements ritualisés d'allure obsessionnelle sont **normaux** au cours du développement :

- objets jetés à terre avec demande qu'ils soient ramassés (processus de va et vient, perdu-retrouvé, action d'échange et introduction de rythmes chez le bébé)
- rituels d'endormissement (2-3 ans) ;
- rituels de vérification ;
- rituels autour de la propreté (recherche du pot – lavage de mains) ;
- préoccupations concernant la maladie, la mort ;
- insistance auprès de l'entourage sur le respect des règles (code de la route, peur de l'infraction et de sa punition) entre 6-9 ans ;
- collectionnisme (7-10 ans) ;
- perfectionnisme scolaire.

► Ces comportements sont évocateurs de **difficultés de structuration de la personnalité**, soit par leur intensité, soit par leur association à d'autres troubles :

- envahissement par le symptôme (ex. : rituel du coucher interminable, rangements incessants) ;
- apparition d'angoisse en l'absence de respect du rituel ;
- envahissement par le doute ;
- scrupules, timidité et inhibition scolaire chez un enfant intelligent ;
- intellectualisation sans rapport avec l'âge ;
- apparition de tics ;
- troubles dépressifs ;
- mise en évidence d'une insécurité importante.

2.4. Symptômes à manifestations corporelles

Le corps est un lieu d'expression de l'ensemble de la personne. Son dysfonctionnement peut renvoyer à ce que la parole ne peut dire ou à ce qui ne peut se penser. Ceci est essentiel chez les tout-petits, chez qui les

difficultés relationnelles ou d'élaboration, mais aussi les étapes normales du développement, se manifestent à travers des difficultés somatiques.

Des manifestations corporelles, sans que l'on retrouve de substrat organique, peuvent être l'expression d'un conflit intrapsychique.

Au cours de son développement l'enfant comme l'adolescent

- a besoin d'attirer l'attention et de séduire
- a besoin d'imiter
- est suggestible
- éprouve de la difficulté à relier désir et réalité et peut les confondre plus ou moins
- peut fabriquer, enjoliver.

► Certains symptômes nécessitent une exploration concomitante sur le plan organique et sur le plan psychologique :

- troubles ostéo-musculo-articulaires : boiteries, paralysies, douleurs
- troubles de la parole, pouvant aller jusqu'au mutisme
- céphalées
- douleurs abdominales, etc.

Ne doivent pas être considérés comme "rien", sous prétexte que l'exploration organique reste négative ou peu probante.

Doivent au contraire attirer l'attention sur la difficulté ou l'impossibilité pour l'enfant de mentaliser une souffrance qu'il ne peut ni reconnaître ni faire reconnaître à sa juste place.

Ces symptômes échappent au contrôle de l'enfant et doivent être différenciés de la simulation qui est volontaire, même si elle peut aussi relever de difficultés de structuration de la personnalité.

Les "bénéfiques" éventuellement tirés des manifestations corporelles peuvent être source de confusion pour le médecin et l'entourage quant au caractère "volontaire" des troubles.

Un rapprochement avec les troubles constatés chez l'adulte a pu faire qualifier ces manifestations d'« hystériques » en référence à la théorie psychanalytique. Malheureusement, ce terme a été détourné de son sens dans le langage courant, y compris médical. Il est souvent porteur d'un regard dépourvu d'empathie sur le malade, dont la souffrance n'est ainsi pas reconnue et son utilisation est inadéquate chez l'enfant.

2.5. Inhibition

= limitation plus ou moins intense de l'expression intellectuelle, verbale et motrice.

La carence d'expression n'est pas synonyme d'une carence des potentialités.

Elle est normale dans certaines situations et aussi à certaines périodes du développement (puberté). Elle se manifeste par une retenue devant l'inconnu, la nouveauté, l'inhabituel (ex. : contrôle scolaire, rencontre d'un personnage admiré ou redouté, changement de classe, colonie de vacances, etc.)

Modes d'expression de l'inhibition :

- Corporel :
 - gestes empruntés
 - raideur tonique
 - pauvreté mimique
 - impression d'être figé ou ralenti

- Langagier :
 - parle peu (jusqu'au mutisme)
 - possibilités de troubles d'élaboration du langage oral ou écrit

- Fonctionnement intellectuel et imaginaire :
 - sensation de tête vide, de difficultés à penser ("n'imprime plus"), difficulté d'évocation
 - difficulté de participation qui peut entraîner des difficultés scolaires
 - parfois, donne l'impression de déficience intellectuelle (avec diminution de l'efficacité aux tests de niveau)
 - pauvreté imaginaire qui peut se retrouver dans les jeux (ex. : ne peut dessiner spontanément mais seulement recopier, a des activités de jeux essentiellement répétitives)

- Vie relationnelle :
 - difficultés à nouer des liens avec les autres, à s'engager dans la relation

- repli sur soi et chez soi
- difficulté à témoigner de ses émotions

L'excuse de la timidité, le non dérangement de l'entourage par excès de sagesse ou l'étiquetage rapide comme enfant à faibles compétences empêchent souvent de reconnaître la gêne au développement de la personnalité dont ces manifestations sont le signe.

Ces manifestations peuvent s'exprimer de façon permanente ou transitoire mais répétitive.

3. Troubles de l'adaptation

La classification internationale des maladies (CIM-10) les décrit comme une réaction non adaptée à un facteur de stress identifiable, débutant dans les 3 mois suivant la survenue de celui-ci.

Le point important est le caractère non adapté, entraînant un handicap du fonctionnement social ou scolaire ou des symptômes exagérés par rapport à une réaction prévisible à ce facteur de stress.

Les perturbations cessent après la disparition du facteur de stress ou quand un nouveau niveau d'adaptation est atteint.

L'évolution est souvent spontanément favorable en quelques mois.

Il convient de distinguer les facteurs de stress aigus comme un déménagement ou un changement d'école et les facteurs de stress chroniques comme par exemple une maladie somatique chronique ou des conflits familiaux.

Différentes formes cliniques sont possibles en fonction des symptômes prédominants, avec humeur anxieuse et/ou dépressive, ou d'autres émotions se manifestant par un comportement régressif (énurésie, succion du pouce ou « parler bébé ») et/ou perturbation des conduites (colères, agressivité) inhibition, retrait social ou manifestations atypiques.

► Syndrome de stress post-traumatique

Il est caractérisé par le développement avec un temps de latence variable de symptômes typiques faisant suite à un événement traumatisant (stress) hors du commun.

L'enfant peut être exposé à un seul événement traumatisant du type catastrophe naturelle ou prise d'otage, attentat, accident de la circulation avec mort d'un proche..., ou bien, il peut être soumis à des traumatismes répétés : mauvais traitements physiques ou sexuels, persécutions au cours des régimes totalitaires....

On distingue classiquement 2 types de traumatisme :

- Type 1 : fait divers violent
- Type 2 : mauvais traitements physiques et sexuels

La clinique est dominée par :

- Un **syndrome de remémoration** (ou reviviscence) de l'événement : l'enfant est envahi par des souvenirs répétitifs de la situation stressante qui s'imposent à son esprit (jeux répétitifs, remises en acte, flash-back) ou par des cauchemars où il revit celle-ci.

- Un **évitement persistant des stimuli** : il fait des efforts délibérés pour éviter les sentiments, les activités ou situations éveillant le souvenir du stress. Il s'intéresse moins aux activités auparavant investies dans un émoussement de la réactivité générale.

- Une **hyperréactivité neurovégétative** avec symptômes physiques, hyper vigilance, irritabilité, accès de colère, difficultés de concentration et troubles du sommeil.

- Des **troubles associés** à type d'autres troubles anxieux, troubles de l'humeur, culpabilité

Dans le cas des traumatismes de type 2, des mécanismes d'adaptation (déli, identification à l'agresseur, auto agressivité, émoussement psychique, dépersonnalisation et dissociation) s'inscrivent dans un processus d'accommodation et de protection psychique.

4. Evaluation clinique

Nous avons décrit les symptômes névrotiques les plus fréquents chez l'enfant.

Il importe d'évaluer :

- la gêne entraînée par le ou les symptômes pour l'enfant et pour l'entourage
- comment ces symptômes influencent la structuration de la personnalité de l'enfant ou rendent compte de perturbations de celle-ci.

4.1. Eléments en faveur d'un risque évolutif :

4.1.1. Au niveau des symptômes :

- intensité des symptômes
- multiplicité des symptômes (de façon successive ou concomitante)
- persistance d'un symptôme
- absence de tendance à la résolution progressive et spontanée (en particulier, au-delà de l'âge où certaines manifestations peuvent être considérées comme normales)

4.1.2. Au niveau de l'enfant :

- envahissement par les symptômes
- non progression vers la maturité
- inhibition à jouer
- instabilité
- bonne adaptation scolaire apparente mais perte de plaisir
- inhibition du désir de connaître ou chez les plus grands, intellectualisations
- difficulté à maîtriser l'angoisse
- fuite dans l'imaginaire (toujours ailleurs)
- hyperadaptation aux exigences éducatives familiales
- sentiment de gêne, de souffrance, de honte lié au symptôme

4.1.3. Au niveau de l'environnement :

- méconnaissance ou désintérêt des symptômes et des difficultés de l'enfant, par la famille
- réduction de l'enfant à ses troubles. On s'intéresse essentiellement à ses symptômes que ce soit pour le fustiger ou pour le plaindre. Dans le même temps, ses compétences sont sous estimées.
- concomitance entre des difficultés de l'enfant (fragilité liée au franchissement d'une étape de développement ou à une maladie organique) et des difficultés de l'entourage (problème dans la réalité : maladies, difficultés sociales, ou problèmes de personnalité).

4.2. Eléments en faveur d'une évolution positive spontanée :

4.2.1. Au niveau des symptômes :

- symptômes classiques dans cette période de développement

4.2.2. Au niveau de l'enfant :

- absence d'envahissement par le symptôme
- poursuite d'un développement global harmonieux
- aisance dans la relation
- attrait pour la connaissance et le jeu
- facilité imaginaire s'accompagnant d'une bonne adaptation à la réalité
- manifestations modérées d'angoisse

4.1.3. Au niveau de l'environnement :

- position attentive de la famille
- absence de projection majeure du symptôme dans l'avenir (ni "cela passera à la puberté", ni fascination par "qu'est-ce-que ça va devenir quand il sera adolescent ?")

Il est nécessaire d'être attentif à l'évolution des symptômes pour éviter une organisation pathologique de la personnalité se constituant progressivement à bas bruit.

Le pronostic repose en partie sur une évaluation précoce permettant une intervention thérapeutique efficace.

5. Traitement

5.1. Bases du traitement :

Les indications des modalités d'abord thérapeutiques ne sont pas réductibles aux seuls symptômes mais à une évaluation de la dynamique des interactions qui s'exercent entre les symptômes, la personnalité de l'enfant et l'environnement.

La thérapeutique porte sur :

- les symptômes
- la personnalité de l'enfant
- les interactions avec l'environnement

▶ Aborder exclusivement les symptômes peut conduire à la négation de la souffrance cachée de l'enfant et peut compromettre l'harmonie du développement de sa personnalité.

Cet abord isolé risque de faire disparaître la réalité psychique aux dépens de la réalité manifeste.

▶ Négliger les symptômes en s'intéressant seulement à leur origine peut être un manque de respect à l'égard de l'enfant et de sa souffrance.

L'accès à la réalité psychique peut être compromis par le défaut d'intérêt ressenti par l'enfant pour la réalité manifeste.

▶ Centrer le travail uniquement sur les dysfonctionnements familiaux et parentaux et sur l'histoire peut être une façon de privilégier le passé aux dépens du présent et de ne pas donner à l'enfant la place qui lui revient.

5.2. Moyens thérapeutiques :

▶ Une thérapeutique médicamenteuse (sédatifs, antidépresseurs) : peut favoriser une amélioration des symptômes et une reprise de la dynamique évolutive de la construction de la personnalité.

Ne doit jamais être poursuivie de façon durable et isolée chez l'enfant. (Pour la conduite du traitement et le risque d'effets secondaires, cf. Chapitre Prescriptions des psychotropes).

▶ Un soutien psychothérapeutique : peut aider à dénouer une situation critique, permettre une reprise de la dynamique évolutive de la personnalité qui a échoué dans des conflits inconscients.

Ce travail ne peut s'effectuer que s'il y a une alliance suffisante avec les parents.

On doit au minimum s'assurer qu'ils peuvent supporter le changement de place de leur enfant entraîné par la thérapeutique et qu'ils ne se vivent pas comme abandonnés, exclus ou jugés.

▶ Une thérapie cognitivo-comportementale : peut aider à supprimer les symptômes gênants.

A l'abri de cette thérapeutique, la dynamique évolutive de la personnalité peut se remettre en marche de façon satisfaisante mais il est essentiel de s'en assurer.

▶ Une thérapie familiale : peut permettre de travailler sur les interactions et sur la place de chacun.

▶ L'hospitalisation en pédopsychiatrie : est parfois indiquée.

Lors de situations invalidantes, elle permet une prise de distance (pour l'enfant comme pour les parents) et une réorganisation des relations.

Elle peut favoriser l'autonomie et permettre de réintroduire une sécurité.

▶ Les actions socio-éducatives : permettent de comprendre les tensions s'exerçant dans le milieu de vie.

Elles peuvent contribuer à augmenter la confiance en lui de l'enfant.

Là encore, les indications sont liées à l'ensemble symptôme / enfant / entourage et non à la seule symptomatologie évaluée isolément.

Ces traitements ne s'opposent pas et ne sont pas exclusifs les uns des autres.